



**Revue d'histoire de l'enfance « irrégulière »**

Le Temps de l'histoire

**8 | 2006**

**Le corps du délinquant**

---

## Le corps comme élément d'élaboration de nouveaux savoirs sur l'enfance délinquante

Joëlle Droux et Mariama Kaba

---



### Édition électronique

URL : <https://journals.openedition.org/rhei/369>

DOI : 10.4000/rhei.369

ISBN : 978-2-7535-1646-5

ISSN : 1777-540X

### Éditeur

Presses universitaires de Rennes

### Édition imprimée

Date de publication : 15 novembre 2006

Pagination : 63-80

ISSN : 1287-2431

Ce document vous est offert par Bibliothèque cantonale et universitaire Lausanne



UNIL | Université de Lausanne

### Référence électronique

Joëlle Droux et Mariama Kaba, « Le corps comme élément d'élaboration de nouveaux savoirs sur l'enfance délinquante », *Revue d'histoire de l'enfance « irrégulière »* [En ligne], 8 | 2006, mis en ligne le 01 décembre 2008, consulté le 05 juin 2021. URL : <http://journals.openedition.org/rhei/369> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/rhei.369>

---

# Le corps comme élément d'élaboration de nouveaux savoirs sur l'enfance délinquante

**Joëlle  
Droux**<sup>(1)</sup>  
et  
**Mariama  
Kaba**<sup>(2)</sup>

De nombreux éléments permettent d'affirmer qu'entre les années 1890, date des premiers dispositifs d'intervention sur la question de l'enfance en danger élaborés un peu partout en Europe, et les années 1940, époque à laquelle sont modifiés plusieurs dispositifs légaux nationaux de gestion de la délinquance (avec notamment la mise en place de centres d'observation médicalisés des jeunes délinquants),<sup>(3)</sup> le corps et son analyse se sont imposés comme des éléments-clés dans la procédure juridique d'examen des cas de délinquance. Entre ces pôles temporels, on peut noter une progression indéniable de la place prise par l'élément corporel (et par extension, la place prise par les experts médicaux de la corporalité) dans l'élaboration de nouveaux savoirs sur la délinquance juvénile.

Pour s'en convaincre, il suffit d'examiner le rôle joué par les médecins dans les processus législatifs de protection de l'enfance durant cette période. Dans le canton de Genève, pour se limiter à cet exemple,<sup>(4)</sup> les médecins restent d'abord absents des premiers débats qui agitent l'opinion publique sur la question du système de protection de l'enfance en danger (lois cantonales genevoises de 1891 et 1892, instaurant respectivement la déchéance de la puissance paternelle et la protection étatique de l'enfance abandonnée) ; ils restent également discrets lors des débats législatifs qui, en 1913, donneront naissance à la première juridiction spécialisée pour l'enfance délinquante (la Chambre pénale de l'enfance, équivalent genevois du Tribunal pour enfants français créé par la loi de 1912). En revanche, lorsque la loi genevoise de 1913 est modifiée en 1935, les médecins entrent dans le débat, réclamant qu'avant toute sentence prise par le juge du tribunal pour enfants, les jeunes délinquants soient soumis à une expertise médico-pédagogique. Bien plus, la nouvelle mouture de la loi genevoise impose au magistrat spécialisé deux

(1) Maître-assistante, université de Genève, Fonds national suisse de la recherche scientifique.

(2) Assistante de recherche, université de Genève, Fonds national suisse de la recherche scientifique.

(3) En France, c'est une loi de juillet 1942 qui prévoit la création de centres d'observation des jeunes délinquants. En Suisse, c'est le nouveau Code pénal fédéral, adopté en 1937 et entré en vigueur en 1941, qui établit l'obligation d'observation médico-pédagogique des mineurs délinquants.

(4) Dans le domaine du

droit civil, chaque canton suisse a son propre Code civil jusqu'en 1911. À partir de cette date, il existe un Code civil fédéral uniformisé pour l'ensemble des cantons. Mais il faut noter que les dispositifs cantonaux étaient déjà largement unifiés avant cette date, et que le texte de 1911 ne fait que valider ce processus d'uniformisation du droit civil. Il en sera de même avec le Code pénal fédéral : avant 1941, les codes pénaux propres à chaque canton présentaient de fortes similitudes.

(5) Le droit pour la Confédération helvétique de rédiger un Code pénal fédéral a été donné par votation populaire en 1898, mais il faudra pas moins de 40 années de délibérations pour aboutir à un texte qui satisfasse tous les acteurs (juristes, politiques, cantons, etc.).

assesseurs qui auront une voix délibérative dans la procédure autant que dans le jugement : l'un d'eux est médecin, l'autre pédagogue. Un même tournant médicalisateur s'observe dans l'élaboration du Code pénal fédéral<sup>(5)</sup> : les premières versions qui ont été discutées au niveau des experts juridiques et des chambres fédérales n'évoquent que marginalement la possibilité de faire expertiser les jeunes délinquants par le corps médical avant le jugement ; en revanche, la version finale prévoit explicitement la possibilité pour le magistrat de mandater une expertise médicale avant de porter son jugement sur un mineur délinquant, s'il l'estime nécessaire.

Or cette évolution n'est pas le fait d'une sorte de coup de force des médecins réalisé contre la volonté des magistrats instructeurs. Dans l'ensemble des textes qui circulent alors dans le champ juridique helvétique, les magistrats et les juristes semblent unanimes à réclamer l'intervention de l'expert médical, notamment grâce à la mise en observation des mineurs délinquants : elle seule, selon la juriste Alice Arnold, permet de « pouvoir constater si les troubles dont ils souffrent ont leur cause dans le milieu défectueux ou s'ils sont d'ordre pathologique ».<sup>(6)</sup> On pourrait multiplier de telles citations, dans le domaine suisse comme dans le domaine français où les thèses médicales défendent de façon véhémement cet argument tout au long de l'entre-deux-guerres. Les politiques eux-mêmes semblent convaincus, dès les années 1930, que les dispositifs de gestion de la délinquance juvénile doivent être changés pour intégrer le regard et l'expertise des spécialistes du corps. À Genève, lors des débats visant à réformer dans ce sens la loi de 1913 sur la Chambre pénale de l'enfance, personne ne remet en cause cette modification, alors même que l'atmosphère politique, une des pires que Genève ait connue au cours de son histoire, se prêtait particulièrement aux polémiques entre la droite et la gauche de l'échiquier politique ; or ici le consensus semble établi : communistes, socialistes et partis de droite s'accordent à reconnaître qu'il faut « soumettre ces enfants [*délinquants*] à une véritable clinique. Il faut déterminer quelle est leur ascendance et les questions d'hérédité, quelles sont leurs tares physiques, examiner leur psychisme, se livrer à un examen qui est très compliqué, qui doit être poussé très loin, de façon à pouvoir déterminer ce qu'il faut faire. »<sup>(7)</sup>

Se pose alors la question de savoir ce qui a pu pousser l'ensemble de l'opinion publique « informée » à modifier dans ce sens les dispositifs existants.

Quels sont les processus qui, durant la première moitié du XX<sup>ème</sup> siècle, ont favorisé cette nouvelle place accordée à l'expertise du corps et du psychisme délinquant dans la procédure judiciaire ? De quels types d'expertise s'agissait-il, sur quelles pathologies portaient-ils et par quels experts ont-ils été définis ? Le présent article vise à expliciter comment le phénomène de la délinquance juvénile s'est progressivement médicalisé entre ces années 1890 et 1940, en tentant de cerner le rôle joué par le corps dans cette évolution : si désormais le délinquant est considéré comme un malade en puissance dont la pathologie doit être diagnostiquée avant d'être jugée, c'est que la criminalité est désormais considérée bien plus comme le symptôme d'un dysfonctionnement corporel que comme le signe d'une faute morale. Nous essayerons de montrer que cette nouvelle conception a connu plusieurs stades d'élaboration, que nous rapprocherons des différents paradigmes qui se succèdent et se chevauchent alors dans l'histoire des idées et des pratiques médicales. Nous avons déterminé quatre paradigmes qui constituent la structure de notre étude :

1. le paradigme morélien, qui promeut la notion du corps dégénéré ;
2. le paradigme microbien, qui présente le corps délinquant comme germe de contamination ;
3. le paradigme métabolique, qui considère la délinquance comme reflet d'un dysfonctionnement métabolique ;
4. le paradigme psychosomatique, qui postule la délinquance des corps déstabilisés.

Les deux premiers paradigmes, qui seront traités brièvement, posent les bases des deux paradigmes suivants, lesquels sont caractéristiques des nouveaux savoirs médicaux sur le corps de l'enfance délinquante, au moment où les médecins investissent le champ juridique en tant qu'experts.

### 1. Le paradigme morélien : le corps dégénéré

Nous n'insisterons pas beaucoup sur ce paradigme bien connu, notamment dans ses avatars ou corrélats : tour à tour, Bénédic-Augustin Morel, puis l'Italien Cesare Lombroso et le Français Alexandre Lacassagne ont voulu voir dans le phénomène de la délinquance un signe de la dégénérescence de la « race humaine » ; les variantes de cette théorie de la dégénérescence ont été largement étudiées.<sup>(8)</sup> Rappelons, pour mémoire, le modèle déterministe italien de Lom-

(6) Alice Arnold, *La réforme en Suisse du droit matériel applicable aux mineurs délinquants*, thèse de l'université de Genève, Liège, G. Thone, 1935, p. 7.

(7) Mémorial du Grand Conseil de Genève, 1932, p. 443. Orateur Frédéric Martin (droite), président du Conseil d'État.

(8) Voir notamment Marc Renneville, « L'anthropologie du criminel en France », *Criminologie*, XXVII, n° 2, 1994, p. 185-209.

(9) Laurent Mucchielli,  
« Criminologie, hygiénisme et eugénisme en France (1870-1914) : débats médicaux sur l'élimination des criminels réputés "incorrigibles" », *Revue d'histoire des sciences humaines*, n° 3, 2000, p. 57-88.

broso, selon lequel certains auteurs de délits sont des criminels-nés non amendables et déterminés physiquement à récidiver : ils correspondent au type anthropologique primitif, selon la théorie de l'atavisme. Leur dégénérescence physique est visible et mesurable par la recherche de stigmates que Lombroso et ses élèves s'évertueront à raffiner à l'infini. Cette théorie du corps dégénéré pose comme postulat que le processus de dégénérescence s'attaque parallèlement aux fonctions psychiques et à l'enveloppe corporelle : un psychisme dégénéré est donc littéralement lisible par les marques qu'il a provoquées sur l'enveloppe corporelle ; le tout est inné.

La version française de Lacassagne n'est guère différente au fond de celle de l'école italienne, comme l'a bien montré Laurent Mucchielli.<sup>(9)</sup> Elle aussi postule que la dégénérescence se lit dans les stigmates du corps, mais elle en affecte la cause non pas seulement aux antécédents héréditaires, mais aussi au « milieu social » : la misère et surtout la triade des fameux fléaux sociaux (alcoolisme, syphilis, tuberculose). La différence qui sépare l'école française de sa consœur italienne tient surtout dans la possibilité qu'elle crée d'une prophylaxie sociale et médicale de la dégénérescence et donc de la criminalité : puisque la dégénérescence est la conséquence de mauvais comportements familiaux, il faut intervenir en amont pour lutter contre l'influence des parents (alcooliques, syphilitiques...), afin de protéger leur descendance. Mais l'intervention sur le délinquant lui-même, une fois le délit ou le crime commis, se limite à la seule recherche des signes de dégénérescence qui viennent conforter la théorie ; en aucun cas Lacassagne ne propose de traitement, ni même ne cherche à imposer de façon systématique une expertise du corps délinquant qui serait à même d'orienter le jugement : le juge reste seul maître de sa décision, qui reste basée essentiellement sur des éléments d'ordre juridique ou moral (âge du délinquant, gravité du délit, discernement, etc.). Quant à l'école lombrosienne, elle est plus fataliste encore : la dégénérescence, innée, constitue un élément purement biologique sur lequel on ne peut pas agir.

L'intérêt de ces deux écoles pour notre sujet résulte dans le fait qu'elles intègrent l'enfant parmi les criminels ; et pour cause : Lombroso présente un type de criminel-né (si l'on naît criminel, on l'est à tous les âges de la vie), et Lacassagne insiste particulièrement sur l'influence néfaste du mauvais milieu dès le plus jeune âge du délinquant.

## 2. Le paradigme microbiologique : le corps comme germe de contagion

Ce paradigme microbien, qu'on pourrait aussi appeler pasteurien, a contribué, dès les années 1890, à donner une légitimité à une intervention juridique qui vise à isoler les auteurs de troubles, en présentant le mineur délinquant ou prédélinquant comme un germe dont il faut protéger la société. Le monde scientifique vit alors les grands bouleversements de la microbiologie, qui met en évidence le rôle des germes dans la diffusion des maladies infectieuses. Or la criminalité infantile, à la frontière du mal moral, du péché et de la maladie, subit les influences directes de la nouvelle terminologie scientifique. La médecine intervient dans le domaine juridique en tant que pourvoyeuse d'outils d'analyse et de métaphores socialement efficaces pour définir la délinquance et ses origines : on évoque les milieux impurs qu'il faut stériliser, la contagion du mal, les germes héréditaires de la misère.<sup>(10)</sup> Au début du siècle suivant, Lacassagne compare le milieu social à un bouillon de culture de la criminalité, le criminel à un microbe qui a trouvé le bouillon qui le fait fermenter.<sup>(11)</sup>

Le corps du délinquant devient ainsi objet de suspicion et de mise à l'écart prophylactique, attitude non dénuée d'un certain fatalisme, là encore. En effet, une fois que l'acte délinquant a été commis et que le mineur est diagnostiqué non seulement comme atteint, mais surtout comme dangereux pour ses congénères, la médecine se désintéresse de son sort. Elle offre les outils conceptuels qui permettent de le classer parmi les éléments dont la société doit se protéger, au même titre que le bacille tuberculeux ou celui du charbon, par un dispositif de contingentement et d'isolement sévère. Mais le mineur délinquant n'est pas expertisé de façon systématique par la médecine des années 1890-1920, et son corps ne fait que rarement l'objet d'interventions thérapeutiques. Il est comme dissous dans la métaphore corporelle qu'il véhicule : la contagion morale et physique qu'il risque d'exercer sur ses congénères. Il n'en sera plus de même à partir des années 1920.

## 3. Le paradigme métabolique : la délinquance comme reflet d'un dysfonctionnement métabolique

Durant les premières décennies du XX<sup>ème</sup> siècle, si l'on ne peut affirmer que le paradigme microbien est en crise, on peut néanmoins dire que sa toute

(10) Joëlle Droux et Martine Ruchat, « Constructing juvenile delinquency as a national health problem : a case study (Geneva, Switzerland, 1900-1950) », *Hygiea Internationalis*, à paraître en 2006.

(11) Alexandre Lacassagne, « Des transformations du droit pénal et les progrès de la médecine légale de 1810 à 1912 », *Archives d'anthropologie criminelle, de médecine légale et de psychologie normale et pathologique*, 1913, p. 364.

(12) Historique in A. Mossé, *De l'état actuel de l'opothérapie : méthode générale, médication thyroïdienne*, Montpellier, Ch. Boehm, 1898, p. 158 sq.

puissance explicative a perdu de son autorité, ne serait-ce que parce qu'au-delà des premières et belles victoires qu'il avait engrangées (contre la diphtérie, le charbon, le choléra, etc.), son efficacité semble buter contre des fléaux toujours aussi puissants et redoutables, au premier rang desquels la tuberculose. Certes, on sait dépister les malades et on tend toujours plus à les isoler, mais on ne sait guère les soigner faute de médicaments efficaces. L'immunologie et la sérothérapie ont révélé ici leurs limites.

Le courant qui semble alors en voie d'expansion dans le monde médical occidental est ce qu'on pourrait appeler le paradigme métabolique : de nombreuses découvertes faites depuis le début du siècle ont en effet contribué à orienter le regard médical non plus tant vers les agents infectieux extérieurs qui s'attaquent au corps que vers le corps lui-même et ses modes de réaction et de fonctionnement endogènes, sa physiologie normale et pathologique. Le phénomène s'observe en particulier à travers les recherches sur la nutrition, qui permettent, après avoir dès les années 1850 identifié progressivement la composition des aliments et leur apport au métabolisme en termes caloriques (glucides, lipides, protéines), d'identifier ces composants quasi invisibles mais nécessaires au bon fonctionnement métabolique que sont les vitamines (dès 1912). Des maladies, que jusqu'alors on affectait à des causes sociales ou infectieuses (le rachitisme par exemple), sont alors clairement identifiées comme étant des maladies de carence relativement facilement détectables et curables. Le succès des thérapies vitaminiques (favorisé largement par le marché des vitamines synthétiques de supplémentation) va contribuer, par une sorte de regain de la médecine « humorale », à banaliser une représentation de la maladie considérée non plus comme un état résultant d'une attaque de l'extérieur, mais comme une réaction chimique qui se joue à l'intérieur du corps, mettant en jeu les fonctions vitales du métabolisme.

Un autre grand courant d'idées qui va alimenter ce tournant métabolique est le développement des recherches en endocrinologie (qu'on appelle alors opothérapie). Né à la fin du XIX<sup>ème</sup> siècle avec les travaux de Brown Séquard, ce courant de la physiologie, qui s'intéresse aux effets des sécrétions glandulaires sur le métabolisme, va se développer de façon relativement foudroyante<sup>(12)</sup> : en partant du constat que certains désordres morbides sont dus à l'insuffisance fonctionnelle de certains organes produisant des sécrétions

internes, on va tenter de suppléer ces dysfonctionnements par des apports d'extraits glandulaires animaux issus d'organes similaires. Les premières tentatives sont faites à base d'injections hypodermiques de produits glandulaires, puis on s'essaie au procédé d'ingestion alimentaire avant de tenter l'ingestion d'extraits secs en cachets, poudres, comprimés.<sup>(13)</sup> Les résultats sont parfois spectaculaires, notamment dans la lutte contre les états myxœdémateux liés à l'insuffisance thyroïdienne. Rapidement, la technique s'appliquera non seulement à traiter les dysfonctionnements ou altérations des organes à sécrétion interne, mais également les maladies des appareils en corrélation physiologique avec ces organes : de fait, c'est presque tout le fonctionnement métabolique qui peut ainsi être l'objet des traitements opothérapiques. Citons seulement quelques exemples tirés de la littérature des années 1920<sup>(14)</sup> :

1. opothérapie dite splénine (extrait sec de rate de veau ou de porc) : contre l'arriération des enfants liée à une insuffisance polyendocrinienne ;

2. opothérapie surrénale (extrait de capsules surrénales ou adrénaline) : contre les retards de croissance ou la croissance exagérée, ou encore les déviations homosexuelles du développement ;

3. opothérapie orchitique ou testiculaire (testicule de taureau ou de bélier desséché dans le vide et pulvérisé) : contre l'infantilisme, les affections du système nerveux, la paralysie générale, la neurasthénie ;

4. opothérapie ovarienne (extrait de l'ovaire de vache ou de brebis) : contre les déséquilibres du système nerveux féminin, les psychoses, l'obésité ;

5. opothérapie thyroïdienne et parathyroïdienne (corps thyroïdien du mouton desséché à froid et pulvérisé) : contre les troubles de croissance de l'enfance, l'infantilisme, les psychoses, les désordres nerveux, les myxœdèmes.

Le développement commercial de ces thérapies emprunte les mêmes chemins que celui des suppléments vitaminiques. Entre les années 1900 et 1930, leur banalisation dans l'opinion publique comme dans la corporation médicale contribue à constituer ce « tournant métabolique » de la médecine occidentale, qui recentre le regard clinique sur l'organisme humain et son fonctionnement corporel.

Le retour en force de cette conception du corps va jouer un rôle fondamental dans le regain d'intérêt de la corporation médicale face à l'expertise des délinquants. En effet, la grande majorité des thèses médicales consacrées

(13) Louis Hallion, *La pratique de l'opothérapie : principes, indications, posologie*, Paris, Masson, 1911.

(14) Pierre Byla et H. Penau, *Les produits biologiques médicaux*, Paris, A. Maloine, 1921.

(15) Paul Desorthes, *L'instabilité du mineur délinquant : essai pathogénique et médico-légal*, thèse de médecine légale et de psychiatrie de la faculté de Lyon, Bourg, impr. Berthod, 1934, p. 76-77.

(16) On peut « mettre en évidence de façon remarquable la parfaite concordance qui existe à l'époque de la puberté entre la délinquance et les troubles endocriniens » (Albert Crémieux, M. Schachter et S. Cotte, *L'enfant devenu délinquant : étude médico-sociale et psychologique*, Marseille, Comité de l'enfance déficiente, 1945, p. 69).

(17) Lettre du juge Jeanneret à Léon Nicole (année 1935 ?), Archives d'État de Genève, Département de l'instruction publique, 1985, cote va 5.3.380.

(18) Citons à cet égard une des épreuves mises en œuvre pour déceler les dysfonctions de la thyroïde, le médecin recherchant « le signe de la thyroïde de Parisot et Richard » : le sujet est étendu et à jeun ; le médecin note le pouls et la pression artérielle ainsi que le réflexe oculocardiaque et fait plusieurs notations de chaque repère ; il pratique ensuite une injection hypodermique de 1 gramme d'organe frais de thyroïde et attend 10 minutes ; à partir de la 10<sup>ème</sup> minute, on prend de 10 minutes en 10 minutes jusqu'à la 60<sup>ème</sup> minute les repères ; au delà de 10 pulsations de plus, avec chute de la tension et ralentissement

à cette question s'appuient sur l'exemple de ces nouvelles thérapies pour revendiquer une expertise médicale obligatoire des délinquants juvéniles. Ces travaux consacrent une bonne part de leurs efforts à démontrer que ces enfants doivent être examinés avant tout jugement, afin de détecter d'éventuels troubles glandulaires susceptibles d'avoir orienté le comportement déviant. L'étiologie de l'instabilité psychique qui pousse les jeunes délinquants à fuguer ou à vagabonder (deux des délits les plus fréquemment relevés chez les populations infantiles et adolescentes) pourrait ainsi être rapportée à des états glandulaires déséquilibrés : c'est notamment le cas des enfants dotés d'une constitution émotive, fréquemment impulsifs, irrésolus, fugueurs par excitation ou impulsivité passagère. Chez ces enfants, « cette fragilité psychique s'accompagne d'une véritable fragilité endocrin sympathique » et le « rôle des facteurs endocriniens dans la formation du caractère et de la personnalité » est fondamental pour comprendre la commission du délit : la fugue et le vagabondage ne sont chez eux que la « manifestation du déséquilibre psychique Basedowien : le syndrome hyperthyroïdien a créé le déséquilibre psychique et l'entretient ».<sup>(15)</sup> Les déséquilibres internes sont d'autant plus manifestes lorsque les délinquants sont des adolescents, lesquels traversent à la puberté d'importantes perturbations glandulaires (ovariennes, hypophysaires, thyroïdiennes, testiculaires, etc.).<sup>(16)</sup> Par ailleurs, l'influence des troubles glandulaires sur les comportements des enfants peut être plus indirecte. Un enfant momentanément ou chroniquement affaibli par un trouble du développement lié à des altérations de ses sécrétions internes est facilement influençable par des camarades qui l'entraîneront vers le délit : il a en effet tendance à se fatiguer vite à l'école, devient distrait,

inattentif, dissipé, et de ce fait est une proie facile pour ses camarades malintentionnés. En dépistant au plus tôt, dès l'école, tout trouble du développement ou de la croissance liés à des affections glandulaires, parents, instituteurs et médecins généralistes feront œuvre de prophylaxie contre la délinquance.

Ainsi, ce n'est plus tant la nature du délit, ni même la personnalité du délinquant, ses antécédents personnels ou familiaux, ou son milieu, que le juge doit connaître avant de décider quelle peine sera infligée au délinquant, mais bien son fonctionnement corporel, la carte d'identité de ses troubles internes, lesquels pourront orienter la décision du magistrat en direction d'une thérapie médicale (au lieu d'une décision de placement institutionnel en maison de correction). Les questions classiques du discernement, de la responsabilité des enfants face à leurs actes délictueux sont balayées par cet impérialisme du corps glandulaire : l'enfant peut commettre un délit ou un crime non parce qu'il le veut, mais parce que sa physiologie déséquilibrée l'y a poussé, directement ou indirectement.

Face à ce nouveau paradigme métabolique fortement implanté dans la pratique médicale quotidienne de la société, les magistrats, convaincus, s'inclinent. Bon nombre d'entre eux réclament une expertise médicale qui puisse les aider à prendre une juste décision à l'égard du mineur délinquant physiologique, mais aussi, éventuellement, à désengorger les maisons de correction. C'est le cas du juge pour enfant genevois Pierre Jeanneret, qui écrit au chef du département de justice et police (l'équivalent du ministre de la Justice français) : « Il convient de remarquer qu'une saine administration de la Justice nécessiterait l'examen médico-pédagogique de la plupart des cas qui sont soumis à la chambre à l'exception des contraventions. Il est nécessaire d'éviter les frais d'internement, alors qu'un traitement médical, glandulaire par exemple, pourrait avoir facilement raison des troubles manifestés par un enfant difficile ou délinquant. »<sup>(17)</sup> Or la détection des dysfonctionnements glandulaires implique une série d'exams relativement invasifs,<sup>(18)</sup> qui exigent du temps et des installations dont disposent finalement peu de juridictions. Comme le soulignera en 1945 un rapport marseillais : « Aucune consultation, à notre connaissance, ne possède encore dans sa section médicale les moyens de pratiquer de façon systématique un examen morphologique et endocrinien et encore moins les possibilités de confirmer, grâce aux examens complémentaires (métabolisme de base, bio-

du cœur, il y a hyperfonction ; si le pouls est accéléré, la tension varie de façon marquée et le réflexe oculaire est neutre ou inversé avec accélération du cœur, il y a hypofonction (Marcel Laemmer, *Opothérapie clinique, organothérapie : formulaire*, Paris, Masson, 1925, p. 26-27).

(19) Albert Crémieux, M. Schachter et S. Cotte, *op. cit.*, p. 68.

(20) Henri Brantmay, « Chimiothérapie, opothérapie et psychothérapie des enfants et adolescents difficiles », *Hygiène mentale des enfants et des adolescents*, Neuchâtel, Delachaux & Niestlé, 1943, p. 70-93.

(21) Jean-Louis Lang, *Georges Heuyer, fondateur de la pédopsychiatrie ; un humaniste du XXème siècle*, Paris, Expansion scientifique, 1997, p. 70.

chimie hormonale, métabolismes minéraux, radiographies, interféromètres), un diagnostic d'endocrinopathie possible. »<sup>(19)</sup> De fait, les médecins qui ont pu pratiquer des expertises sur des mineurs délinquants l'ont souvent fait en se limitant à des examens cliniques plus ou moins poussés. Dans certains cas relativement faciles à diagnostiquer (goitre exophtalmique, myxœdème), un traitement opothérapique pouvait être prescrit rapidement. C'était un fait courant dans des services d'observation tel que celui de Genève où étaient examinés et traités les enfants et adolescents à problèmes dépistés dans le cadre scolaire.<sup>(20)</sup> Dans quelques centres bien outillés de dépistage ou d'observation des mineurs délinquants, comme les services dirigés à Paris par Georges Heuyer, ses collègues rapportent que les examens de laboratoire étaient chose relativement courante, notamment pour détecter les troubles endocriniens.<sup>(21)</sup>

Quoi qu'il en soit des pratiques d'opothérapie ou de thérapie vitaminique de supplémentation mises en œuvre (ou non) sur le terrain pour traiter l'enfance délinquante, il est certain qu'une nouvelle vision du corps s'est imposée dans ce premier XXème siècle. Magistrats comme médecins s'accordent à dire que la procédure juridique mise en œuvre au début du siècle pour juger les mineurs délinquants ne peut plus ignorer les causes somatiques, intracorporelles, qui poussent le mineur au délit. D'où la revendication unanime d'une mise en observation médicale des mineurs préalable au jugement, ou encore la revendication d'une expertise médicale accompagnant la décision finale, voire présidant à cette décision. Le corps est bien devenu, durant ces décennies, une variable, sinon toute puissante, en tout cas prioritaire dans l'analyse de l'enchaînement des faits qui mènent un mineur au délit ou au crime, au détriment d'une appréciation purement morale ou sociale de son comportement qui prévalait jusqu'alors dans les juridictions spécialisées. Ce courant somatique est d'autant plus fort qu'il reçoit également l'appui d'une grande partie des psychiatres, eux aussi convaincus que le délit et le crime juvénile ne peuvent se concevoir sans une analyse poussée du corps et de l'esprit qui l'ont commis.

#### **4. Le paradigme psychosomatique : la délinquance des corps déstabilisés**

La médecine générale et la physiologie ne sont en effet pas les seules spécialités médicales à investir le champ de la délinquance juvénile pour reven-

diquer une part d'expertise sur le corps délinquant durant cette première moitié du XX<sup>ème</sup> siècle. L'autre grand intervenant de ce débat est la psychiatrie, qui défend un paradigme mixte qu'on pourrait appeler psychosomatique. Partant des prémices déjà établies à la fin du XIX<sup>ème</sup> siècle par les travaux de Lacassagne ou de Lombroso, la psychiatrie postule qu'il existe un rapport entre le corps et l'esprit : la déformation dégénérative de l'esprit se reflète comme en miroir sur un corps difforme atteint de stigmates physiques de dégénérescence. Sans être directement remis en cause, le dogme morélien va subir cependant une relecture fondamentale au cours des années d'entre-deux-guerres, en intégrant les données de la physiologie nerveuse accumulées dans le dernier quart du XIX<sup>ème</sup> siècle. Les études médicales sur la physiologie du système nerveux abondent en effet durant ces années, contribuant à une multiplication des travaux sur le nervosisme et les affections nerveuses dont souffriraient bon nombre de patients de cette « Belle Époque », en lien notamment avec la vie moderne, l'urbanisation, en bref l'accélération du monde liée à l'industrialisation massive.

Le psychisme serait ainsi rendu réceptif à des ondes excitatoires qui affectent l'équilibre et le bon fonctionnement de tout le système nerveux, lequel se communique à l'état physique délabré par des ébranlements récurrents. Les symptômes de ces pathologies nerveuses sont divers, mais peuvent se résumer par une excitabilité, une instabilité et une impressionnabilité croissantes. Ces états pathologiques affecteraient différemment les patients : plus ceux-ci sont dominés par leur constitution nerveuse, plus ils en seront atteints, comme c'est le cas pour les femmes (dominées par leurs nerfs), les enfants (possédant une constitution nerveuse encore faible car en voie de développement) et les adolescents (ayant une constitution nerveuse affaiblie temporairement par la puberté).

Même si les désaccords demeurent entre spécialistes sur la genèse de ces états de nervosisme baptisés aussi névroses (est-ce le système nerveux délabré qui affaiblit l'état physique, ou au contraire l'état physique dégénéré par une hérédité tarée qui fragilise le système nerveux ?), il n'en demeure pas moins qu'est établi le concept de parallélisme psychosomatique. Les progrès techniques sur le front de la microscopie ne révèlent encore que très peu d'éléments propres à remettre en cause ce système étiologique dominant : si cer-

tains détectent quelques altérations dans la structure des cellules nerveuses en cas de maladie ou de trouble mental en multipliant les coupes stratigraphiques ou les méthodes de coloration chimique, la plupart des troubles mentaux dûment enregistrés et diagnostiqués ne révèlent aucune altération biologique. On en conclut alors que la pathologie résulte non pas d'une altération biologique, mais d'un ébranlement qui altère les fonctions vitales. Au niveau thérapeutique, la solution apparaît avec clarté : si l'on veut lutter contre les troubles observés, il faut lutter contre les effets de l'ébranlement.

Une première vague de psychothérapeutes en tire les conséquences immédiates, au moment même où les théories de Freud sur la genèse affective et sexuelle précoce des états névrotiques commencent à être connues. En Suisse, c'est la psychothérapie de Paul Dubois, professeur à Berne, qui va gagner les suffrages de la profession médicale, avec des variantes locales et régionales. Dans le sillage de cette école, on banalise l'idée que bon nombre de désordres physiques sont liés à un déséquilibre interne du système nerveux, passager ou chronique, justiciable d'une intervention thérapeutique qui s'exerce essentiellement sur les effets psychologiques de ces désordres, soit les ébranlements qui distordent le jugement des patients : il s'agit de maîtriser les émotions, les réactions affectives excessives, les peurs et les angoisses. Cette psychothérapie, bien que s'exerçant essentiellement sur les effets psychiques du trouble nerveux, ne nie pas pour autant le fait que le désordre soit d'ordre physique. Le diagnostic des affections nerveuses fait une grande place à l'analyse clinique des désordres corporels observés, notamment chez les enfants qui ne peuvent pas encore véritablement exprimer leurs émotions ou leurs troubles. Les médecins observent ainsi attentivement tous les facteurs physiques qui rendent visibles au-dehors les désordres intérieurs subis par le système nerveux. Les moindres signes sont enregistrés, de même que les réactions réflexes qui en découlent : pâleur, tremblements, rougeurs, tics verbaux ou physiques, balbutiements, hoquets, etc. Le corps parle ici en lieu et place d'un système nerveux détraqué. Progressivement, l'observation des signes extérieurs du système nerveux ébranlé va prendre une place prépondérante dans la clinique des troubles nerveux : ce que le patient dit, ce qu'il ressent, considéré comme trompeur, est systématiquement mis en relation avec ce que son comportement extérieur trahit.

Ce paradigme psychosomatique révèle des potentialités intégratrices tout à fait puissantes à l'égard des théories qui l'ont précédé : là où Morel et ses suivants notaient les signes statiques de la dégénérescence dans la forme dys-harmonique d'une oreille, d'un strabisme ou d'une voûte palatine, les nouveaux tenants de la pathologie nerveuse enregistrent des signes dynamiques de dégénérescence corporelle. Tout en continuant de noter avec constance les signes de dégénérescence, les spécialistes se préoccupent désormais de l'éventail des réactions dégénérées du système nerveux en mouvement. Aussi, les observations psychiatriques effectuées sur l'enfant nerveux sont-elles systématiquement couplées à la recherche des grands facteurs de dégénérescence déjà bien établis au siècle précédent, soit la tuberculose (par le test de la tuberculine), la syphilis (test de Bordet-Wasserman) et l'alcoolisme (test sanguin). On postule alors que tout malade atteint de ces facteurs, ou ayant été conçu par des parents qui en étaient atteints, est plus susceptible de développer des altérations du système nerveux.

À leur tour, les psychiatres vont multiplier les appels en faveur d'une mise en observation de l'enfance délinquante avant tout jugement : il convient de faire le tri parmi les enfants entre ceux atteints d'un trouble mental caractérisé (les cas de psychoses ou les pervers constitutionnels, redevables de l'enfermement en asile car non éducatifs, non soignables) et les « simples » instables, dont l'état de fragilité nerveuse peut être soit inné, c'est-à-dire lié aux antécédents familiaux tarés, soit acquis suite à une maladie infectieuse<sup>(22)</sup> ou à un état nerveux pathologique (par exemple l'épilepsie ou les formes d'instabilité épileptoïde, classées parmi les névroses). La mise en observation des mineurs délinquants devait permettre aux praticiens, après un examen somatique et psychique serré, de déterminer l'éventuelle origine corporelle qui pouvait être assignée aux troubles nerveux et impulsifs qui avaient amené un mineur à commettre son délit (mythomanie, prostitution, vagabondage, vols, etc.).<sup>(23)</sup> Le délit est alors conçu comme un effet physiologique de l'anormalité mentale : telle par exemple la fugue, qui ne peut plus être considérée comme la manifestation d'une moralité douteuse, puisque l'étiologie est en quelque sorte *in-corporée* à l'état mental du sujet : « C'est une manifestation de l'hyperactivité générale motrice et intellectuelle ; le sujet fuit par besoin de mouvement, d'agitation. »<sup>(24)</sup>

(22) L'Europe avait notamment été atteinte, en 1918-1920, par une épidémie d'encéphalite léthargique qui aurait eu comme effet de laisser certaines de ses victimes, comme les enfants, dans un état chronique d'instabilité et d'irritabilité pouvant aller jusqu'à des bouffées délirantes.

(23) Voir André Beley, *De la prophylaxie de l'acte anti-social chez le mineur instable*, thèse de médecine, Paris, 1933.

(24) Guy Néron, *L'enfant vagabond : travail de la clinique annexe de neuropsychiatrie infantile*, Paris, Louis Arnette, 1928, p. 35.

(25) René Guichard,  
*L'organisation dans les  
prisons d'un pavillon d'ob-  
servation pour enfants  
délinquants*, thèse de  
médecine, Lyon, Bosc &  
Riou, 1935, p. 16-19.

(26) Hubert Donon,  
*Le tatouage chez les enfants  
et sa valeur comme facteur  
de dépistage des jeunes  
délinquants*, thèse de  
médecine, Lyon, Bosc &  
Riou, 1925.

(27) Ou 606, nom  
donné par Paul Ehrlich à  
sa préparation antisyp-  
hilitique mise en œuvre  
dès 1910.

(28) André Beley, *op.  
cit.*, p. 12.

(29) Voir Georges  
Colombier, *Notes cliniques  
sur 192 jeunes criminelles ;  
contribution à l'étude de la  
criminalité juvénile*, thèse  
de médecine, Bordeaux,  
A. Destout, 1912.  
Colombier s'est livré à des  
tests systématiques sur les

Afin de justifier ces étiquettes étiologiques *in-corporées*, les psychiatres n'hésitent pas à multiplier les preuves biologiques au terme d'un examen médico-psychologique polyvalent, « empilant » les différentes strates d'examen que les paradigmes médicaux antérieurs ou concurrents avaient préconisés au cours des dernières décennies :

1. examen physique et relevé des signes de dégénérescence : permet de dire si l'enfant est atteint de tares héréditaires et par conséquent de prouver la « non-intégrité de la constitution physique », laquelle est « susceptible de conditionner la tare mentale »<sup>(25)</sup> ;

2. relevé des tatouages<sup>(26)</sup> : permet de dire si l'enfant a fréquenté des mauvais milieux et contracté leurs pratiques ;

3. examen clinique et recherche des insuffisances glandulaires qui ont pu provoquer l'ébranlement nerveux et donc le délit qui en découle ; recherche des végétations adénoïdiennes dans le même but ;

4. examen sérologique ou hématologique : permet par exemple de détecter la syphilis, et éventuellement d'administrer des doses de salvarsan ou néosalvarsan<sup>(27)</sup> dans le but de faire disparaître les effets débilitants de cette maladie sur le système nerveux ;

5. examen des antécédents personnels : permet de dire si l'enfant a été atteint d'encéphalite léthargique ou d'un traumatisme quelconque ayant pu laisser des traces sur le psychisme ou le système nerveux ;

6. examen sensoriel ;

7. examen physique de dépistage des symptômes physiques ou caractériels de l'instabilité nerveuse et psychique : on observe les manifestations corporelles signalant une fragilité nerveuse, comme les phénomènes vasomoteurs (rougeur, pâleur), la tachycardie, les tremblements, les balbutiements, l'excitation, l'onychophagie (l'enfant se ronge les ongles durant l'examen), les pleurs et plus généralement toutes autres « extraordinaires réactions sudorales et excrétoires [...], signes spasmodiques de la musculature lisse, hyperesthésie généralisée, exagération quasi constante des réflexes tendineux, cutanés et pupillaires ». <sup>(28)</sup> À l'observation s'ajoute donc une batterie de tests sur les réflexes ou le développement moteur. <sup>(29)</sup>

8. examen mental : est en général également préconisé pour parfaire le diagnostic, dans la mesure où il permet de dire si un enfant retardé ou arriéré a

pu être entraîné à commettre son délit du fait de sa débilité mentale ; les tests pratiqués dans ce but diagnostic sont le Binet-Simon et le Terman.

Ainsi, c'est le corps entier du délinquant, de la surface corporelle jusqu'aux tréfonds de ses mécanismes physiologiques, tant dans ses fonctions métaboliques que dans ses manifestations extérieures sensorielles ou nerveuses, qui est l'objet des investigations médicales. Les paradigmes qui se sont succédé et qui s'enchevêtrent dans la pratique médicale depuis plus de cinquante ans se retrouvent tous au chevet de l'enfant déviant, en une sorte d'éclectisme somato-psychique : « L'enfant psychiquement anormal est celui qui, sous l'influence de tares morbides, héréditaires ou acquises, présente des déficiences constitutionnelles d'ordre intellectuel, caractériel ou moral, associées le plus souvent à des déficiences corporelles [*paradigme psychosomatique*] ; le plus souvent ces anomalies sont héréditaires [*paradigme morélien*] et accompagnées de déficiences organiques [*paradigme métabolique*]. »<sup>(30)</sup> Les nombreux examens que demande la détection de ces « déficiences » exigent une mise en observation de plusieurs semaines avant le moindre diagnostic et la moindre suggestion thérapeutique. Or il semble que, dans ce domaine des examens et de l'expertise médico-psychologique, l'éclectisme et l'empirisme le plus total aient régné, à l'image de la méthode mise en œuvre à Genève par le Dr Brantmay, responsable des expertises des mineurs instables ou délinquants, et auteur d'un original et touffu « chromatogramme somato-psychique ».<sup>(31)</sup>

Quant aux thérapies préconisées – que nous ne détaillerons pas ici par manque de place –, elles reflètent cette toute-puissance du paradigme somatique en psychiatrie durant la première moitié du siècle : les réactions thérapeutiques préconisées font en effet un large recours aux thérapies médicamenteuses visant à rétablir l'équilibre des fonctions corporelles, qu'elles soient métaboliques ou nerveuses (thérapies vitaminiques, opothérapiques, anti-infectieuses, sédatives ; bromure, barbituriques, etc.). La psychanalyse est également sollicitée : on sait qu'elle a été largement présente dans les équipes thérapeutiques mises sur pied autour de Georges Heuyer ; mais leur intervention ne semble prévue qu'après que les autres thérapeutiques organiques ont échoué. En cas de troubles organiques chez des enfants délinquants instables, le médecin « pensera toujours à la possibilité d'une affection organique : tumeur cérébrale, encéphalite, syphilis héréditaire, tuberculose.

réflexes cornéens et pharyngés de ses 192 observations. Le test cornéen consiste à toucher la paupière pour vérifier qu'elle s'abaisse ; dans le test pharyngé, si on chatouille le fond de la gorge avec une plume, il se produit des nausées et des vomissements (réflexe aboli dans l'hystérie).

(30) Edmond Vila, *Anomalies mentales et délinquance infantile*, thèse de médecine, Montpellier, Causse Graille & Castelnaud, 1942, p. 14.

(31) Henri Brantmay, *op. cit.*

(32) Paul Desorthes,  
*op. cit.*, p. 117.

(33) René Guichard,  
*op. cit.*, p. 21.

Ce n'est qu'après avoir pratiqué des examens somatiques d'investigation (sérologie, radiographie...) qu'il sera autorisé, mais alors seulement, à parler d'une affection purement psychique et à tenter dans ce cas une méthode psychanalytique ».<sup>(32)</sup>

### Conclusion

Nous n'avons évoqué ici qu'un aspect des savoirs concernant l'enfance délinquante, celui de la constitution du corps en tant qu'élément central de l'expertise médico-psychologique des délinquants mineurs ; processus qui s'est élaboré entre la fin du XIX<sup>ème</sup> siècle et la première moitié du XX<sup>ème</sup> siècle. Sans aucun doute, le corps des enfants délinquants a pris alors une place centrale et tout à fait inédite dans le processus d'évaluation de la cause et du déroulement de l'acte délinquant, mais aussi du traitement à lui apporter ; l'évolution s'est opérée en plusieurs étapes, qui a vu se télescoper plusieurs paradigmes médicaux dans la définition et la représentation des rapports entre corporalité et acte délinquant.

Il convient cependant de noter que d'autres facteurs ont également été retenus par les médecins comme par les magistrats pour expliquer la chute dans la délinquance : les facteurs corporels sont ainsi souvent mis en relation avec des facteurs sociaux, lesquels mettent en évidence l'influence des « milieux défectueux » sur le déclenchement du processus délinquant. L'école française de Georges Heuyer soulignera ainsi le rôle des dysfonctionnements familiaux dans la pathogenèse de la délinquance infantile (familles dissociées, parents querelleurs, maltraitants, etc.). Mais il n'en demeure pas moins que, à la veille de la deuxième guerre mondiale, c'est bien la primauté du facteur biologique défectueux dans la genèse de l'acte délictueux, dans toute sa complexité et son épaisseur psychosomatique, qui a permis aux médecins de revendiquer, puis d'obtenir, avec l'assentiment des magistrats, une part prépondérante dans le processus de diagnostic des causes de la délinquance juvénile et des moyens à mettre en œuvre pour la limiter. Comme le dira un médecin lyonnais en 1935 : « La criminalité juvénile étant déterminée par l'action d'un facteur social sur un complexe anatomo-physiologique et psychologique prédisposant, la lutte contre la délinquance des mineurs doit tenir compte de ce double élément. »<sup>(33)</sup>

Reste à savoir, une fois que ces médecins auront pris place aux côtés du juge pour partager avec lui la charge de l'expertise du délinquant, comment leurs compétences se sont exprimées, et avec quels résultats. C'est la prochaine étape qui va intéresser notre étude, par l'analyse des dossiers des mineurs délinquants dans le cadre de la justice pénale des mineurs genevois des années 1940-1950.

### **Bibliographie**

- Arnold (Alice), *La réforme en Suisse du droit matériel applicable aux mineurs délinquants*, thèse de l'université de Genève, Liège, G. Thone, 1935, 127 p.
- Beley (André), *De la prophylaxie de l'acte anti-social chez le mineur instable*, thèse de médecine, Paris, 1933, 96 p.
- Brantmay (Henri), « Chimiothérapie, opothérapie et psychothérapie des enfants et adolescents difficiles », *Hygiène mentale des enfants et des adolescents*, Neuchâtel, Delachaux & Niestlé, 1943, p. 70-93.
- Byla (Pierre) et Penau (H.), *Les produits biologiques médicaux*, Paris, A. Maloine, 1921, 307 p.
- Colombier (Georges), *Notes cliniques sur 192 jeunes criminelles ; contribution à l'étude de la criminalité juvénile*, thèse de médecine, Bordeaux, A. Destout, 1912, 182 p.
- Crémieux (Albert), Schachter (M.), Cotte (S.), *L'enfant devenu délinquant : étude médico-sociale et psychologique*, Marseille, Comité de l'enfance déficiente, 1945, 176 p.
- Desorthes (Paul), *L'instabilité du mineur délinquant : essai pathogénique et médico-légal*, thèse de médecine légale et de psychiatrie de la faculté de Lyon, Bourg, impr. Berthod, 1934, 132 p.
- Donon (Hubert), *Le tatouage chez les enfants et sa valeur comme facteur de dépistage des jeunes délinquants*, thèse de médecine, Lyon, Bosc & Riou, 1925, 137 p.
- Droux (Joëlle) et Ruchat (Martine), « Constructing juvenile delinquency as a national health problem : a case study (Geneva, Switzerland, 1900-1950) », *Hygiea Internationalis*, à paraître en 2006.
- Guichard (René), *L'organisation dans les prisons d'un pavillon d'observation pour enfants délinquants*, thèse de médecine, Lyon, Bosc & Riou, 1935, 94 p.

- Hallion (Louis), *La pratique de l'opothérapie : principes, indications, posologie*, Paris, Masson, 1911, 148 p.
- Lacassagne (Alexandre), « Des transformations du droit pénal et les progrès de la médecine légale de 1810 à 1912 », *Archives d'anthropologie criminelle, de médecine légale et de psychologie normale et pathologique*, 1913, p. 321-364.
- Laemmer (Marcel), *Opothérapie clinique, organothérapie : formulaire*, Paris, Masson, 1925, 151 p.
- Lang (Jean-Louis), *Georges Heuyer, fondateur de la pédopsychiatrie ; un humaniste du XXème siècle*, Paris, Expansion scientifique, 1997, 185 p.
- Mossé (A.), *De l'état actuel de l'opothérapie : méthode générale, médication thyroïdienne*, Montpellier, Ch. Boehm, 1898, 165 p.
- 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*, n° 3, 2000, p. 57-88.
- Néron (Guy), *L'enfant vagabond : travail de la clinique annexe de neuropsychiatrie infantile*, Paris, Louis Arnette, 1928, 130 p.
- Renneville (Marc), « L'anthropologie du criminel en France », *Criminologie*, XXVII, n° 2, 1994, p. 185-209.
- Vila (Edmond), *Anomalies mentales et délinquance infantile*, thèse de médecine, Montpellier, Causse Graille & Castelnaud, 1942, 89 p.