

La psychiatrie coloniale (xix^e-xx^e siècles)

Paul MARQUIS

RÉSUMÉ

Entre le début de la « conquête » et le tournant des indépendances, la psychiatrie coloniale s'organise progressivement. La mise en place d'institutions asilaires spécifiques accompagne l'émergence de professions médicales et l'apparition d'une psychologie des populations colonisées. Si l'assistance mentale se déploie sous des formes et selon des temporalités différentes en fonction des empires et des territoires concernés, elle n'en contribue pas moins à la reproduction des inégalités de race, de sexe et de classe qui parcourent les sociétés coloniales.



Pavillon de l'Administration de l'hôpital psychiatrique de Blida-Joinville en 1958.

Source : [Wikipedia](#)

L'essor institutionnel de la psychiatrie coloniale

Les administrations coloniales se trouvent d'emblée confrontées à la prise en charge des aliénés, en particulier lorsque ceux-ci sont accusés de perturber l'ordre public. Cependant, l'encadrement des malades mentaux est loin de figurer au premier plan des préoccupations coloniales. Faute d'aménagements adaptés, la gestion des aliénés est fréquemment confiée aux hôpitaux militaires ou aux prisons, comme en Nouvelle-Zélande ou dans les Indes néerlandaises. Certaines colonies organisent des dispositifs d'évacuations, qui permettent le transfert des malades vers les établissements asilaires métropolitains. Dans le cas de l'empire colonial français, l'Indochine ou le Sénégal

emboîtent ainsi le pas de l'Algérie, dont le système de transferts commence à fonctionner au milieu des années 1840.

Si les premiers asiles coloniaux voient le jour dès le début du XIX^e siècle, l'essor institutionnel intervient véritablement à partir des années 1860. L'Australie se dote ainsi de grandes institutions urbaines et rurales, et l'Inde dénombre 26 établissements asilaires au tournant du siècle. Ces ouvertures suivent la mise en œuvre de législations adaptées de la métropole et d'autres colonies. Ainsi, les textes en usage en Nouvelle-Zélande et en Australie sont inspirés des lois britanniques, quand le *Lunacy Act* appliqué au Kenya reprend celui adopté en Inde en 1858.

Dans ces différents domaines, les territoires coloniaux de l'empire français accusent un certain retard. Les partisans de la psychiatrie coloniale en appellent alors au « rayonnement » de la civilisation française pour rattraper le temps perdu. Le mouvement trouve un écho significatif au congrès psychiatrique de Tunis, en 1912, considéré comme « l'acte de naissance » de la psychiatrie coloniale française. Dans les années qui suivent, l'Indochine (1918), le Maroc (1920) puis la Tunisie (1932) se dotent de leurs propres institutions. En Algérie, il faut attendre 1933 pour assister à l'ouverture de l'hôpital psychiatrique de Blida-Joinville, au terme d'un siècle de débats et de projets infructueux.

Entre les murs, la reproduction des inégalités coloniales

Malgré cet essor institutionnel, l'hospitalisation psychiatrique demeure une solution de dernier recours pour les populations colonisées, qui continuent bien souvent de mobiliser leurs propres schémas explicatifs de la folie, telle la possession par les *djenoun* en Algérie, et à solliciter les guérisseurs traditionnels, à l'image des *dukun* dans les Indes néerlandaises. De même, le sous-équipement asilaire et les hospitalisations prolongées limitent le nombre de places disponibles. Dans ces conditions, les malades sont hospitalisés dans des asiles surpeuplés, quand ils ne sont pas maintenus dans des dépôts provisoires ou des institutions carcérales.

Dans certaines colonies, « Européens » et « indigènes » sont pris en charge au sein d'établissements distincts, dans le but de maintenir un « ordre colonial » et d'éviter des contacts considérés comme potentiellement dangereux. Lorsque la différenciation raciale ne s'opère pas entre institutions, elle s'effectue au sein même des hôpitaux, à l'échelle des sections ou des pavillons et vient redoubler les divisions sexuelles et médicales qui structurent traditionnellement les asiles. Les distinctions s'étendent dans tous les domaines de la vie quotidienne, et sont justifiées par l'idée que les populations colonisées seraient accoutumées à un mode de vie plus rude et rudimentaire. En Indochine ou dans les Indes néerlandaises, les travaux agricoles, dont les médecins mettent en avant la valeur thérapeutique, ne concernent ainsi que les malades « indigènes », le climat local étant considéré comme un obstacle à l'implication laborieuse des patients « européens ».

Les inégalités se prolongent dans les équipes d'encadrement des malades. Les officiers médicaux indiens sont ainsi longtemps cantonnés à des fonctions subordonnées, les postes de *superintendent*, en charge notamment des asiles, étant, jusqu'en 1914, réservés aux « Européens ». Dans ce domaine, les transformations restent lentes : alors que les Algériens représentent plus de 50 % des effectifs soignants de l'hôpital psychiatrique de Blida-Joinville en 1961, un seul d'entre eux occupe à cette date l'un des 27 postes à responsabilité du même établissement.

Des théories psychiatriques imprégnées de stéréotypes raciaux

La psychiatrie coloniale, qualifiée selon les contextes de « psychiatrie raciale » ou « ethnographique », participe à la reproduction et à la diffusion de préjugés raciaux. Dans la première moitié du XX^e siècle, elle constitue progressivement un champ autonome, structuré par un corpus théorique et par l'émergence de réseaux

scientifiques sous l'égide de plusieurs figures de proue. Antoine Porot (1876-1965), considéré comme le fondateur de l'« école d'Alger », consacre une part importante de ses travaux à la « psychiatrie nord-africaine ». Ladite école œuvre parallèlement à la promotion de l'« hygiène mentale » puis à l'introduction des traitements de choc en Algérie, et exerce une influence importante sur Angelo Bravi, acteur prépondérant de la psychiatrie coloniale italienne. Au Kenya, c'est le docteur J. C. Carothers (1903-1989) qui devient, au cours des années 1940, le principal représentant d'une « école est-africaine » de psychiatrie.

Parmi les considérations récurrentes énoncées par ces médecins se trouve l'idée que l'éloignement ou la mise en contact avec la civilisation occidentale déterminerait l'évolution des pathologies mentales parmi les populations colonisées. À partir d'observations cliniques et d'emprunts conceptuels à l'anthropologie, les psychiatres coloniaux dégagent les principaux « traits » de la psychologie des « indigènes », qu'ils décrivent comme pourvus d'un développement intellectuel limité. De ces travaux émergent une série de caractéristiques et de généralités chargées de stéréotypes raciaux, que le professeur Porot et ses collaborateurs réunissent derrière la notion de « primitivisme » : aux côtés de la crédulité et de l'inaptitude à l'abstraction figure l'idée de comportements impulsifs et principalement dictés par les émotions. À travers la formulation neuropsychiatrique d'une différence raciale, ces théories contribuent ainsi à légitimer la domination coloniale et les inégalités juridiques et sociales engendrées par cette dernière.

C'est contre cette « pathologisation » que s'expriment, au tournant des années 1950-1960, les critiques de Frantz Fanon (1925-1961), militant anticolonialiste et ancien psychiatre de l'hôpital psychiatrique de Blida-Joinville. Ces travaux ouvrent la voie à la considération des croyances et des modèles culturels locaux en matière de maladies mentales, approche qui se traduira, après les indépendances, par l'émergence de l'ethnopsychiatrie.

BIBLIOGRAPHIE

KELLER, Richard, *Colonial Madness. Psychiatry in French North Africa*, Chicago, University of Chicago Press, 2007.

MAHONE, Sloan, VAUGHAN, Megan (dir.), *Psychiatry and Empire*, Londres, Palgrave, 2007.

SANJEEV, Jain (dir.), Dossier « Colonial Psychiatry », *International Review of Psychiatry*, 2006.

Source URL:

<https://ehne.fr/encyclopedie/thématiques/l'europe-politique/encadrer-et-discipliner/la-psychiatrie-coloniale-xixe-xxe-siècles>