Aptitude militaire et sélection médicale des recrues. France-Angleterre (1900-1918)

Aude-Marie Lalanne Berdouticq

▶ **To cite this version:**

Aude-Marie Lalanne Berdouticq. Aptitude militaire et sélection médicale des recrues. France-Angleterre (1900-1918). Histoire. Université Paris Nanterre, 2020. Français. NNT : . tel-03464513

HAL Id: tel-03464513
https://hal.science/tel-03464513

Submitted on 3 Dec 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université Paris Nanterre

200 av. de la République
92001 Nanterre Cedex
www.parisnanterre.fr

Membre de l'université Paris Lumières

École doctorale
Espace, Temps, Culture – ED 395
EA 4414 – Histoire des arts et des représentations

Aude-Marie Lalanne Berdouticq

Aptitude militaire et sélection médicale des recrues

France – Angleterre
(années 1900-1918)

Thèse présentée et soutenue publiquement le 12/12/2020
en vue de l'obtention du doctorat d'Histoire de l'Université Paris Nanterre
sous la direction de Madame Annette Becker (Université Paris Nanterre)

Jury :

Rapporteur :	Monsieur Heinrich Hartmann	Professeur, Université de Bâle
Rapportrice :	Madame Anne Rasmussen	Directrice d'études, EHESS
Examinateur :	Monsieur Stéphane Audoin-Rouzeau	Directeur d'études, EHESS
Examinateur :	Monsieur Adrian Gregory	Professeur, Université d'Oxford
Examinateur :	Monsieur Jay Winter	Professeur, Université de Yale

Remerciements

Mes remerciements et ma reconnaissance vont tout d'abord à Annette Becker qui m'a accompagnée tout au long de ces années, dans cet exigeant travail qu'est l'élaboration d'une thèse. Sa disponibilité, ses encouragements, ses recommandations, ses suggestions, sa confiance enfin, ont été fondamentaux.

Je remercie Stéphane Audoin-Rouzeau, Adrian Gregory, Heinrich Hartmann, Anne Rasmussen et Jay Winter d'avoir accepté d'être membres de mon jury et de discuter mon travail.

Cette thèse n'aurait pu se faire sans le soutien financier du conseil général de la Somme, de l'Historial de la Grande Guerre, du Ministère des Armées et de la Chancellerie des Universités de Paris, qui m'a permis de passer une année en tout point déterminante à la Maison française d'Oxford. Je remercie également l'Institut d'études politiques d'Aix-en-Provence qui, en m'attribuant un poste d'ATER, m'a permis de finir ce travail.

Durant ces années de recherche, les archivistes et bibliothécaires des Archives Nationales britanniques, du *Cambridge Archives Center*, de l'*Imperial War Museum*, du Service historique de la Défense, de la Wellcome Library et de la Bibliothèque centrale du Service de santé des armées, m'ont donné de précieux conseils. Je leur exprime ici ma gratitude.

Ma réflexion s'est enrichie de nombreux échanges avec des chercheuses et chercheurs. Roderick Bailey, Audrey Borowski, Erica Charters, François Cochet, Emmanuelle Cronier, Claire Fredj, Benjamin Gilles, Adrian Gregory, Hervé Guillemain, Ann Hanley, Ruth Harris, Julien Monange, Nicolas Offenstadt, Vivien Prigent, Anne Rasmussen, Marie Thébaud-Sorger Stéphane Tison et Gizem Tongo m'ont soutenue, ont répondu à mes sollicitations, m'ont suggéré des sources, des références et de nouvelles pistes de réflexion. Ma reconnaissance va tout particulièrement à celles et ceux qui m'ont fait l'honneur de relire certains passages de mon travail : Marie Derrien, Arnaud Fossier, Clémence Imbert, Jérôme Lamy, Nicolas Patin et Stéphanie Soubrier. Puissent les corrections que j'ai apportées être à la hauteur de leur exigence et de leur bienveillante attention.

Des séminaires, journées d'étude et colloques qui ont ponctué ce parcours, je garde en mémoire les stimulants échanges avec les organisateurs et invités du séminaire oxonien *Globalising and Localising the Great War*, ceux du séminaire de Stéphane Audoin-Rouzeau à

l'Institut historique allemand et, bien sûr, les docteurs et doctorants réunis autour d'Annette Becker. Je tiens aussi à remercier l'équipe d'Une Plus Grande Guerre, l'Association des Jeunes Chercheurs de Nanterre, les doctorants du Service historique de la Défense et les chercheurs de la Maison française d'Oxford avec lesquels j'ai eu la joie d'organiser de belles manifestations scientifiques.

À Alexandra, Anastasia, Bénédicte, Carine, Lauriana, et Pauline, je veux ici exprimer toute ma reconnaissance. Je n'aurais pu venir à bout de ces années de travail sans leur indéfectible soutien et leur précieuse amitié. Mon année à Oxford n'aurait pas été la même sans Anne-Sophie. Ces derniers mois de thèse ont été considérablement allégés par les encouragements constants et la vivacité d'esprit d'Estelle, Marguerite, Marie-Paule et Ophélie. Je tiens également à remercier Marie-Anne pour ses attentions et son dévouement. L'appui de ma famille a été, durant ces années, indispensable.

Johann Petitjean, enfin, sait tout ce que je lui dois. Sans lui, je ne serais pas la chercheuse que je suis.

Table des matières

Introduction générale **13**
I. Aptitude et sélection : définition et enjeux 14
II. Construire un nouvel objet historiographique 18
III. Sources et méthodes 33
Première Partie : La médicalisation du recrutement **45**
Chapitre 1 : Choisir des hommes pour la guerre **47**
I. « *We want above all things fit and healthy men* » : l'ère de la gestion scientifique du contingent 49
1. Justesse et justice du recrutement 49
2. Efficacité de l'armée et puissance de la nation 56
3. Le triage médico-institutionnel 62
II. « Choisir, c'est refuser » : la sélection ou l'exclusion des inaptes 67
1. La sélection comme processus d'épuration 67
2. La sélection comme dispositif prophylactique 74
III. « *The limit of the useful soldier* » : critères de l'inaptitude militaire 82
1. Des inconvénients de la jeunesse 82
2. Seuils et mesures 86
3. Formules et calculs 93
4. Tableau nosologique de l'inaptitude 96
5. Virilité et conformité génitale 104
Chapitre 2 : L'examen des capacités **109**
I. « Sous les plus belles apparences, les plus graves lésions » : modalités de l'examen médical 112
1. Les opérations médicales du recrutement 112
2. L'évaluation des corps 118
3. La formation du jugement 137
II. « Ce n'est pas être consciencieux que d'émettre des avis ambigus » : aléas de la décision médicale 149
1. Difficulté du jugement 149
2. Le poids limité de l'avis de l'expert 156
III. « *Classified according to his capacity* » : l'entreprise classificatoire 159
1. Les catégories de l'aptitude 159
2. En Angleterre, un ordonnancement progressif 165
3. Le problème du classement 169
Chapitre 3 : La recrue face au jugement médical **173**

I. « Émus déjà par la solennité des circonstances » : l'épreuve de l'évaluation 177
1. Pudeurs et timidités 177
2. Un verdict redouté 182
3. Un verdict négocié ? 187
II. « *I am far from being a fit man* » : le tribunal d'appel de Middlesex 191
1. Contester le jugement médical : le recours au tribunal d'appel 191
2. Invoquer l'inaptitude : des doléances 197
3. Prouver l'inaptitude : les justificatifs 205
III. « *Every sort of device to escape going to the Colours* » : l'exemption frauduleuse 211
1. Les exemptés de l'East-End, une affaire de fraude documentaire (Londres, 1916-1918) 211
2. Corruptions 215
3. Simulations, inoculations, mutilations 218
Deuxième partie : La sélection en crise (1914-1917) 223
Chapitre 4 : La sélection à l'épreuve de la guerre (1914-1916) 225
I. « *The blind eye of military necessity* » ou le triomphe de la logique comptable 229
1. Récupérer 229
2. Accélérer 239
3. L'abandon de la rigueur 249
II. « Loin d'être une entrave pour le commandement, l'hygiène en est l'auxiliaire le plus précieux » : le rôle des médecins dans l'abandon de la rigueur 254
1. Améliorer le rendement de la sélection 254
2. La guerre ou la vigueur retrouvée 258
3. Peser sur les dispositions réglementaires : l'exemple de l'aptitude visuelle 261
III. « Des exigences minima » : la réforme de la nomenclature française 269
1. Incertitudes et interrogations 269
2. L'instruction ou « la cause principale du mal » 271
3. Modalités de la réforme 276
Chapitre 5 : Crises et mécontentements (1915-1917) 285
I. « Inaptes à tout service de guerre » : les conséquences du relâchement de la sélection 291
1. L'insuffisance physique au rapport 291
2. Le destin des malades mentaux 295
II. « Comment un tel contagieux a-t-il pu être engagé ? » : indignations médicales (1915-1917) 298
1. Divisions et débats 298
2. La menace de la tuberculose en France 300

III. « Les scandales des conseils de révision » : tumulte parlementaire (1914-1916) 307
1. La sélection, enjeu politique 307
2. Peurs hygiénistes 312
3. L'affaiblissement du consensus scientifique 314
4. L'impossible argument statistique 316
IV. « *The Scandal of the Unfit* » en Angleterre ou la fabrique d'une crise politique (1914-1917) 319
1. Basculement de l'opinion : le rôle médiateur des tribunaux d'appel 320
2. Saisie de l'espace public : orages à la Chambre des Communes 322
3. Qui blâmer ? De la crise de la légitimité médicale à la critique de la conduite de la guerre 328
4. Vers la crise politique 333
Troisième partie : Confiance, efficacité, scientificité 337
Chapitre 6 : Réformer la sélection 339
I. « Plein d'attentions militaires et de soins paternels » : mesures françaises face à l'affaiblissement de la sélection 344
1. Adapter : le prix de la conservation des inaptes dans les rangs 344
2. Réformer la sélection pour gérer la crise sanitaire 361
II. « *Is the Army doctor to be blamed for making mistakes?* » : défense et illustration de la profession médicale 376
1. Une crise de la reconnaissance sociale 376
2. L'expert et le profane 379
3. La justification 383
4. Dissensions : médecins militaires et médecins civils 384
III. « *To give as little offence as possible* » : la réforme britannique de 1917 388
1. Réduire l'incertitude, rétablir la confiance 388
2. L'impossible sélection médicale des recrues ? 404
Chapitre 7 : Les leçons de la guerre. Les statistiques de l'aptitude (1914-1923) 411
I. Collecter : les services statistiques à l'épreuve de la guerre 416
1. Désorganisation et réorganisation de l'activité statistique en France 416
2. Genèse d'un service civil de statistiques sur le recrutement britannique (1917-1918) 422
II. Traiter : forme et sens des données 432
1. Réduire la complexité du monde. L'indice d'aptitude d'Arthur Keith 432
2. Orienter la lecture des données ou la politique des indicateurs 440
III. Interpréter et diffuser (1915-1923) 444
1. La guerre après la guerre : temporalités de la mise à disposition des travaux statistiques 445

2. Le rôle des chiffres dans les réformes militaires d'après-guerre..... 447
3. De l'enquête statistique à l'action politique (Angleterre, 1918-1920)..... 454
Conclusion..... 463
Sources et bibliographie..... 467
Tableaux et illustrations..... 515
Index des pathologies et infirmités..... 517
Index des noms propres..... 519
Annexes..... 521

Être gouverné, c'est être, à chaque opération, à chaque transaction, à chaque mouvement, noté, enregistré, recensé, tarifé, timbré, toisé, coté, cotisé, patenté, licencié, autorisé, apostillé, admonesté, empêché, réformé, redressé, corrigé.

Pierre-Joseph Proudhon, *Idée générale de la révolution au XIX^e^ siècle*

Abréviations

AMSM – Army Medical Service Museum

BCSSA – Bibliothèque centrale du Service de santé des armées

BEF – British Expeditionary Force (corps expéditionnaire britannique)

BIUM – Bibliothèque interuniversitaire de Santé

BL – British Library

BnF – Bibliothèque Nationale de France

CAC – Churchill Archives Center

DCMS – Deputy Commissioner of Medical Services (président de commission médicale)

DDMS – Deputy Director of Medical Service

DGMS – Director General of Medical Services

FRCS – Fellow of the Royal College of Surgeons

FRS – Fellow of the Royal Society

H.C. Deb. – Hansard House of Commons Debates (débats de la Chambre des Communes)

JRAMC – Journal of the Royal Army Medical Corps

KBE – Knight of the British Empire

MO – Medical Officer

MD – Medical Doctor

NA – National Archives

RAMC – Royal Army Medical Corps

SHD – Service historique de la Défense

SSA – Service de Santé des Armées

WL – Wellcome Library

WO – War Office

Introduction générale

Comme la plupart des armées européennes, les armées britannique et française font dépendre le recrutement militaire d'une procédure de sélection, étape essentielle de la transformation du civil en soldat. Tous les candidats n'intègrent pas l'armée. Ils sont soumis à un examen anthropométrique et diagnostique, mené par des médecins militaires, qui a pour objectif de déterminer leur aptitude. Les individus considérés comme inaptes sont écartés du rang, les autres sont répartis dans différents corps, plus ou moins éloignés du front. Au croisement de l'anthropologie historique, de l'histoire des sciences et de l'histoire des sociétés en guerre, j'entends montrer que l'aptitude militaire est une notion aussi bien médicale qu'administrative et sociale, profondément dépendante du contexte politique dans lequel elle est invoquée.

À la fois résultat et processus, la sélection peut être abordée comme un dispositif : elle constitue un système organisé de manière rationnelle, influencé par des savoirs techniques et mis en œuvre par une institution, afin d'accomplir une action donnée de manière neutre[1]. Ce dispositif a des visées pratiques : renforcer l'efficacité de l'armée, préserver la troupe de la menace épidémique et répartir équitablement les obligations militaires. Il a également une fonction stratégique de pouvoir. Dans le contexte de la montée de l'eugénisme et des préoccupations liées à la puissance des armées de masse, les conditions, critères de l'aptitude, ainsi que les données statistiques issues de la sélection font l'objet d'un intense débat épistémologique et politique qui permet d'observer aussi bien les transferts et circulation des savoirs que la préservation d'irréductibles spécificités nationales.

[1] Sur la notion foucaldienne de dispositif, FOUCAULT Michel, « Le jeu de Michel Foucault », *Dits et Ecrits* II, 1976-1988, Paris, Gallimard, 2001 ; AGAMBEN Giorgio, *Qu'est-ce qu'un dispositif ?*, Paris, Payot & Rivages, 2007. Pour des réflexions récentes sur cette notion : DODIER Nicolas, BARBOT Janine, « La force des dispositifs », *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, vol. 71, n° 2, 2016, p. 421-450.

I. Aptitude et sélection : définition et enjeux

L'idée selon laquelle il est nécessaire d'opérer un tri dans la masse des soldats potentiels, pour écarter ceux qui ne doivent pas figurer dans les rangs, se repère dès l'Antiquité[2]. À la suite de penseurs de la stratégie comme Végèce, les militaires se sont efforcés de procéder avec soin à ce choix, en déterminant les conditions précises de l'aptitude au combat, et ce, que les armées soient constituées de volontaires ou de conscrits. La médecine s'est saisie de cette question dès la fin du XVIII[e] siècle[3]. Du fait de l'importance des enjeux sanitaires et de la place croissante prise par le corps médical dans la gestion des forces armées, la sélection des recrues a été confiée à des médecins militaires[4]. Les savoirs et dispositifs sanitaires développés au XIX[e] siècle ont en effet permis aux médecins d'étendre progressivement leur emprise au-delà de l'espace du champ de bataille. Chargés de la préservation de la santé des soldats, voire de son amélioration, ils agissent dorénavant en amont du combat, par la vaccination et l'hygiène, et en aval, par la réhabilitation et la réinsertion des blessés et malades de guerre[5]. Dans la France de la III[e] République, les médecins militaires relèvent du Service de Santé des Armées ; dans la monarchie constitutionnelle britannique, ils appartiennent au *Royal Army Medical Corps*. Les médecins militaires dépendent du ministère de la Guerre et suivent l'enseignement spécialisé

[2] VEGECE, *Traité d'Art militaire*, chapitre 7.

[3] Jean Colombier, médecin réformateur du système de santé dans le dernier tiers du XVIII siècle, dédie trois ouvrages à l'hygiène militaire entre 1772 et 1778 dont son *Préceptes sur la santé des gens de guerre ou Hygiène militaire,* Paris, Lacombe, 1775, qui consacre trois pages à souligner l'importance du choix des recrues. Voir annexe n° 2.

[4] Sur l'importance croissante de la médecine militaire dans la gestion des forces armées : CANTLIE Neil, *A History of the Army Medical Department*, Edimbourg, Churchill Livingstone, Longman, 1974, p. 45-79 ; COOK Harold, « Practical Medicine and the British armed forces after the "Glorious Revolution" », *Medical History*, volume 34, n°1, janvier 1990, p. 1-26 ; FREDJ Claire, « Médecins en campagne, médecine des lointains. Le service de santé des armées dans les campagnes du Second Empire (Crimée, Chine-Cochinchine, Mexique) », thèse de doctorat de l'EHESS, 2006 ; HARRISON Mark, « Medicine and the management of Modern Warfare », *History of Science*, vol. 34, n°4, 1996, p. 379-410 ; KAUFMAN Matthew, *Surgeons at War. Medical Arrangements for the Treatment of the Sick and Wounded in the British Army during the 18th and 19th Centuries*, Greenwood Press, 2001 ; LEMAIRE Marc, « La guerre de Crimée : chronique et analyse d'un désastre sanitaire (1854-1856) », thèse de doctorat de l'Université Paul Valéry, Montpellier, 2006 ; SWEETMAN John, *War and Administration. The Significance of the Crimean War for the British Army*, Édimbourg, Scottish Academic Press, 1984.

[5] CHANET Jean-François, FREDJ Claire, RASMUSSEN Anne (dir.), « Soigner les soldats : pratiques et expertises à l'ère des masses », *Le mouvement social,* n° 257, 2016 ; CHANET Jean-François, *Vers l'armée nouvelle. République conservatrice et réforme militaire 1871-1879*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2006, p. 222-226 ; RASMUSSEN Anne, « Expérimenter la santé des grands nombres : les hygiénistes militaires et l'armée française, 1850-1914 », *Le Mouvement Social*, vol. 257, n° 4, 2016, p. 71-91.

d'écoles de médecine militaire qui les forment aux spécificités sanitaires et pathologiques du collectif armé[6].

Le dispositif destiné à la sélection médicale des recrues allie une structure, une procédure, une nomenclature et un système de collecte. La structure – conseil de révision ou bureau de recrutement – intègre des objets techniques, de l'espace, du mobilier, des bâtiments au sein desquels les flux des recrues sont pensés et régulés[7]. La procédure oriente aussi bien le déroulement de l'examen médical que la délibération et l'énoncé du jugement. La nomenclature se présente sous la forme d'une liste d'infirmités et de pathologies qui définit les critères d'admission au sein des forces armées et est soumise en permanence à la discussion scientifique. Le système de collecte, enfin, est une condition nécessaire au prélèvement de données et à la construction de l'information statistique.

En Angleterre, à la veille de la guerre, la participation à la défense nationale repose sur une armée professionnelle aux dimensions réduites. Le Corps expéditionnaire britannique (BEF) compte 120 000 soldats auxquels viennent s'ajouter les troupes régulières, les réservistes et les territoriaux, soit quelques centaines de milliers d'hommes[8]. L'entrée en guerre est à l'origine de bouleversements notables parmi lesquels le brutal passage à une armée de masse qui compte près de 4 millions d'hommes au début de 1918[9]. Jusqu'en 1916, le recrutement repose sur le volontariat[10]. Mais devant les besoins en effectifs d'une guerre meurtrière, la conscription est instaurée au début de l'année 1916[11]. Les troupes doivent être constituées de

[6] DUFOUR Pierre, *Écoles du Service de santé des armées. Trois siècles d'histoire*, Boulogne, ETAI, 2009 ; FREDJ Claire, « Hôpital militaire et centre de formation des médecins de l'armée : le Val-de-Grâce », in BARILLE Claire, DEMIER Francis (dir.), *Les maux et les soins, médecins et malades dans les hôpitaux parisiens au XIX^e siècle*, Paris, Action artistique de la ville de Paris, 2007, p. 115-125.

[7] Sur la dimension spatiale et instrumentale du dispositif CONEIN Bernard, DODIER Nicolas, THEVENOT Laurent (dir.), *Les objets dans l'action. De la maison au laboratoire*, Paris, Éd. de l'EHESS, 1993 ; LATOUR Bruno, *La science en action*, Paris, La Découverte, [1987] 1989.

[8] 250 000 troupes régulières, 225 000 réservistes et près de 270 000 territoriaux. À la même époque l'Allemagne et la France disposent respectivement sous les drapeaux de 3,8 millions et de 3,7 millions d'hommes.

[9] Voir à ce sujet BECKETT Ian F.W., SIMPSON Keith (dir.), *A Nation in Arms: A Social Study of the British Army in the First World*, Kir. Dover, N.H., Manchester University Press, 1985 ; SIMKINS Peter, *Kitchener's Army: The Raising of the New Armies, 1914-16*, Manchester, Manchester University Press, 1988.

[10] OSBORNE John Morton, *The Voluntary Recruiting Movement in Britain, 1914-1916*, New York, London, Garland, 1982 ; FRENCH David, *Military identities, the regimental system, the British army and the British people*; CHANDLER David, BECKETT Ian (dir.), *The Oxford history of the British Army*, Oxford, Oxford University Press, 2003.

[11] ADAMS Ralph James, POIRIER Philip, *The Conscription Controversy in Great Britain, 1900-1918*, Londres, Macmillan, 1987 [1943] ; MORRIS Anthony, *The Scaremongers: The advocacy of war and rearmament, 1896-1914,* Londres, Routledge & Kegan Paul, 1984 ; STRACHAN Hew, « Liberalism and Conscription, 1789-1919 », in STRACHAN Hew, *The British Army: Manpower and Society into the Twenty-First Century*, Londres, Franck Cass, 2000, p. 3-15.

« jeunes adultes masculins exempts de toute affection organique[12] ». À l'issue de la sélection, 60 à 80% des volontaires d'avant-guerre intègrent l'armée[13]. L'entrée en guerre, le passage à une armée de masse et l'introduction de la conscription ne changent pas le principe du tri préalable effectué au sein des candidats à l'incorporation. Toutefois, les bouleversements du système de recrutement se répercutent sur celui de la sélection médicale. Débordée, engorgée, la machine tente de s'adapter aux nouvelles exigences de la formation d'une armée de masse. Le tri est effectué dans les bureaux de recrutement ou au dépôt régimentaire, d'abord par un seul médecin puis par une commission médicale. D'importants dysfonctionnements persistent. Le système est plusieurs fois modifié jusqu'à l'importante réforme de 1917 qui place l'ensemble des opérations du recrutement sous administration civile.

En France, depuis l'abolition du tirage au sort en 1905, tout Français déclaré apte est tenu d'effectuer un service militaire, dont la durée passe de deux à trois ans en 1913. Les jeunes gens de vingt ans doivent subir l'examen d'un médecin devant un comité de représentants de l'État réuni de manière temporaire : le conseil de révision. L'armée admet dans ses rangs deux tiers des inscrits entre 1889 et 1914[14]. L'obligation du service militaire fait reposer l'exemption pour « incapacité physique[15] » sur un régime d'exception[16]. Entre 1914 et 1918, 8 700 000 Français sont mobilisés[17]. Le système de sélection médicale des recrues n'est modifié qu'à la marge durant le conflit. Il repose principalement sur l'action du conseil de révision, où a lieu

[12] « *Young male adults free from any organic disease* » in MELVILLE C.H., *Courses of lectures on army sanitation*, 1911.

[13] Ces chiffres valent pour la période 1903 à 1913, ils sont extraits du War Office *General annual reports on the British Army for the year, with which is Incorporated the Annual Report of Recruiting*, H.M. Stationery Office, Londres 1920.

[14] CREPIN Annie, *Histoire de la conscription*, Paris, Gallimard, 2009, p. 312 ; *Défendre la France. Les Français, la guerre et le service militaire de la guerre de Sept Ans à Verdun*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes, 2005. Pour une histoire comparative du service militaire et des traditions de conscription dans les pays européens, voir FOERSTER Roland (dir.), *Die Wehrpflicht. Entstehung, Form und politisch-militärische Wirkung, Munich, Oldenbourg*, 1994, notamment KRUMEICH Gerd, « Zur Entwicklung der 'nation armée' in Frankreich bis zum Ersten Weltkrieg », p. 133-145.

[15] Loi du 21 mars 1905, article 10. Promulguée au *Journal Officiel* le 23 mars 1905. Sur le principe d'égalité dans la loi de 1905, voir Georges Garreau, *Commentaire de la loi du 21 mars 1905 sur le recrutement de l'armée et la réduction à deux ans de la durée du service dans l'armée active*, thèse de droit, Paris, H. Charles-Lavauzelle, 1906, p. 89, cité par RASMUSSEN Anne, « Préserver le capital humain. Une doctrine hygiéniste pour préparer la guerre démocratique ? », *Mil neuf cent. Revue d'histoire intellectuelle*, vol. 33, n°1, 2015, p. 71-95. En réalité, les contraintes de la guerre rendent vite nécessaire le fait de penser une exemption pour les hommes dont l'activité se révèle indispensable à la bonne marche de l'économie. Mais l'exemption reste prioritairement associée à l'incapacité physique.

[16] Sur l'élargissement de la conscription et les débats qu'il a suscités, on consultera CHANET Jean-François, *Vers l'armée nouvelle. République conservatrice et réforme militaire 1871-1879*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2006 ; CREPIN Annie, *Histoire de la conscription*, *op. cit.*

[17] Sur l'armée française pendant la Grande Guerre, on lira COCHET François, PORTE Rémy, *Histoire de l'armée française, 1914-1918*, Paris, Tallandier, 2017.

l'examen des conscrits, et plus marginalement sur celle des bureaux de recrutement, où se déroule celui des volontaires.

L'entrée en guerre fait de l'expérience de la sélection un moment partagé par des millions d'hommes. Or, le conflit met l'examen médical à rude épreuve. La Grande Guerre est non seulement une guerre longue et une guerre de matériel, mais elle est aussi une guerre d'hommes. En quatre ans et demi, la France perd 1,3 millions d'hommes, soit 10% de sa population active, le Royaume-Uni plus de 670 000 hommes[18]. Devant l'étendue des pertes, l'examen médical est rapidement gouverné par une logique du rendement qui fait primer la quantité des effectifs sur leur qualité. La nécessité d'envoyer au front un nombre de soldats toujours plus élevé, l'urgence propre à la mobilisation et, en Angleterre, la massification sans précédent du processus de recrutement bouleversent la procédure, ses rituels et ses résultats. Les règles de l'examen et les critères de l'aptitude sont assouplis ou ne sont pas respectés. Dans bien des cas, des individus porteurs de tares qui les auraient tenus écartés du rang en temps de paix sont déclarés aptes. Cette dynamique suscite des protestations qui poussent les États à réformer les opérations médicales du recrutement pour réintroduire de la sévérité dans la sélection.

C'est donc l'État qui encadre et dirige les opérations médicales du recrutement. L'intervention des experts médicaux dans le processus de sélection des recrues rejoint les enjeux de la stratégie militaire. Elle est « une condition de possibilité de la stratégie de la guerre de masse, assignant la victoire au camp qui sera en mesure d'aligner les contingents à la fois les plus nombreux et les plus endurants[19] ». Elle recoupe aussi les débats sur la juste répartition de l'impôt du sang et sur la préservation de la santé du collectif armé. L'importance de ces enjeux stratégiques, politiques et sanitaires explique que la question de l'aptitude ne soit pas circonscrite à la sphère savante. Les modalités de la sélection sont certes débattues à la fois dans la presse médicale et à la tribune des sociétés savantes – en tant qu'elles relèvent d'une expertise technique – mais aussi au Parlement, puisqu'elles constituent un problème politique. Les enjeux qu'elles soulèvent sont d'autant plus importants que l'examen donne lieu à la production de statistiques médicales, considérées comme un bon observatoire de l'état de santé des populations, qui occupent une place importante dans les débats relevant de la santé publique. En cela, la sélection est bien un dispositif biopolitique d'administration des

[18] WINTER Jay, *The Great War and the British People,* Londres, Macmillan, 1985.
[19] RASMUSSEN Anne, « Préserver le capital humain. Une doctrine hygiéniste pour préparer la guerre démocratique ? », *Mil neuf cent. Revue d'histoire intellectuelle*, vol. 33, n°1, 2015, p. 71-95.

populations. Elle relève de « l'entrée des phénomènes propres à la vie de l'espèce humaine dans l'ordre du savoir et du politique, dans le champ des techniques politiques[20] », d'un programme de gestion politique des corps.

J'ai choisi de concentrer mon étude sur l'infanterie. En France, plus de 70% des recrues y sont versées, jusqu'à 91% pour la classe 1915. L'armée française « est avant tout une armée de fantassins venant nourrir les grandes offensives du nord-est de la France[21] ». L'inflation de l'armée britannique, qui engendre de profonds bouleversements dans le poids des différentes armes, voit cependant se maintenir la part des effectifs consacrés à l'infanterie dans le corps expéditionnaire britannique[22]. Cette part oscille entre 51,25 (en juillet 1918) et 69,89% (en septembre 1915) du total. Cette constance suggère la centralité de l'infanterie dans le dispositif stratégique – au sein duquel les autres armes ont une fonction de support – et notamment dans l'utilisation des effectifs. Il me faut souligner ici que mon analyse ne s'aventurera que rarement en terrain colonial. Le recrutement des troupes y répond d'une part à une toute autre logique administrative et politique qui aurait nécessité l'investigation d'une masse documentaire entièrement différente ; l'analyse des spécificités de l'aptitude au combat des populations colonisées des empires français et britanniques a d'autre part été bien entamée à l'aide de l'étude de la notion de « race guerrière[23] ». Il sera donc ici question des fantassins recrutés sur les territoires français et britannique. Mon étude traitera prioritairement le cas des hommes de la troupe, même si les élèves officiers subissent eux aussi une sélection[24].

II. Construire un nouvel objet historiographique

Histoire militaire, histoire de la guerre

Il n'est pas rare que les critères médicaux de l'incorporation soient évoqués par l'histoire sociale ou militaire contemporaine, mais ils ne le sont que de manière très descriptive et

[20] Sur la notion de biopolitique, FOUCAULT Michel, *Naissance de la biopolitique*, *Cours au Collège de France, 1978-1979*, Paris, Gallimard, 2004 ; *Sécurité, territoire, population. Cours de 1977-1978 au Collège de France*, Paris, Gallimard, 2004.
[21] BOULANGER Philippe, « Les conscrits de 1914 : la contribution de la jeunesse française à la formation d'une armée de masse », *La population dans la Grande Guerre : Annales de démographie historique*, 1, 2002, p. 11-34.
[22] TRAVERS Tim, « The Army and the Challenge of War, 1914-1918 », *Oxford History of the British Army*, p. 215-240, ici p. 216.
[23] SOUBRIER Stéphanie, « "Races guerrières" : armées, sciences et politique dans l'Empire colonial français (années 1850-1918) », thèse de doctorat de l'université Paris 1, 2019 ; STREETS Heather, *Martial races: the military, race and masculinity in British imperial culture, 1857-1914*, Manchester, New York, Manchester University Press, 2004.
[24] BOWMAN Timothy, CONNELLY Mark, *The Edwardian Army. Recruiting, Training and Deploying the British Army, 1902-1914*, Oxford, Oxford University Press, 2002, p. 22.

indirecte, soit pour rappeler l'existence de restrictions d'ordre physique au recrutement, soit pour souligner que l'examen médical est « superficiel[25] » et aboutit à une sélection imparfaite, sans que les auteurs n'en viennent à s'interroger ni sur les raisons de cette apparente négligence, ni sur les bases scientifiques de l'examen[26]. Le relâchement des exigences du fait de la crise des effectifs de la Première Guerre mondiale est également un fait connu sans que ses modalités n'aient été sérieusement étudiées. Même lorsque leur sujet se prête à des développements sur les conditions d'accès au corps militaire[27], les travaux explicitement consacrés au recrutement britannique négligent le processus de sélection et se concentrent sur d'autres aspects, telles les différences entre officiers et hommes du rang, les réformes militaires de l'armée edwardienne ou l'image de l'armée de terre dans la culture populaire[28]. De la même façon, toutes les monographies régimentaires françaises qui abordent la question du recrutement mentionnent rapidement l'existence des critères de sélection sans que ceux-ci ne fassent jamais l'objet de véritables développements[29].

En dehors d'un ouvrage consacré à l'exemption des volontaires du corps expéditionnaire canadien, il n'existe aucune monographie portant spécifiquement sur le fait d'écarter des hommes du champ de bataille pour raison de santé, a fortiori pendant la Grande Guerre où ce processus subit de notables bouleversements[30]. Pourtant, dès 1921, William Macpherson (1858-1927), directeur du *RAMC*, consacrait déjà plusieurs pages de sa monumentale histoire des Services de santé aux dysfonctionnements des commissions médicales du recrutement pendant le conflit[31]. Mis en cause dans cette affaire, il voyait peut-être là l'occasion d'exonérer complètement les médecins militaires des errements du temps de la guerre. À la suite de cette

[25] « *perfunctory* ». C'est le cas dans BOWMAN Timothy, CONNELLY Mark, *The Edwardian Army. Recruiting, Training and Deploying the British Army, 1902-1914*, Oxford, 2002, p. 22.
[26] Voir par exemple GUILLERMAND Jean (dir.), *Histoire de la médecine aux armées*, Paris, Charles Lavauzelle, 1984, tome 3, p. 221.
[27] Pour un cas emblématique : CAMPBELL James, *« The Army isn't all work » Physical Culture and the Evolution of the British Army, 1860-1920*, Farham, Ashgate Pub. Co., 2012.
[28] BOWMAN Timothy, CONNELLY Mark, *The Edwardian Army. Recruiting, Training and Deploying the British Army, 1902-1914*, Oxford, Oxford University Press, 2002, p. 40-51, p. 64-105 et p. 147 et suiv. ; SKELLEY Alan, *The Victorian Army at home*, *Recruitment and terms and conditions of the British Army, 1859-1899*, Londres, Croom Helm, 1977, p. 235-300 ; SPIERS Edward, *The Late Victorian Army, 1868-1902*, 1992, p. 118-152 ; SPIERS Edward, « Reforming the Infantry of the Line, 1900-1914 », *Journal of the Society for Army Historical Research*, vol. LIX, n° 238, été 1981, p. 82-94. Voir aussi DENNIS Peter, *The Territorial Army 1907-1940*, Woodbridge, Royal Historical Society and Boydell Press, 1987 ; MITCHINSON K.W., *Defending Albion: Britain's home army, 1908-1914*, Basingtoske, Palgrave, 2005.
[29] Voir par exemple HALAIS Jérémie, *Des Normands sous l'uniforme, 1889-1919. De la caserne à la Grande Guerre*, Bayeux, OREP éditions, 2018, p. 119 ; MCCARTNEY Helen, *Citizen Soldiers. The Liverpool Territorials in the First World War*, Cambridge, Cambridge University Press, 2005 ; MAURIN Jules, *Armée, guerre, société : soldats languedociens (1889-1919)*, Paris, Publications de la Sorbonne, 1982, p. 251
[30] CLARKE Nic, *Unwanted Warriors: The Rejected Volunteers of the Canadian Expeditionary Force*, Vancouver, Toronto, UBC Press, 2015.
[31] MACPHERSON William, *History of the Great War. Medical Services General History*, London, HMSO, 1921.

entreprise, la question est tombée dans l'oubli jusqu'en 1980, date à laquelle Jay Winter a publié un article pionnier consacré à la « grave crise politique[32] » provoquée par la dénonciation, durant le conflit, du travail de commissions de recrutement davantage préoccupées de reconstituer les effectifs de l'armée que de la justesse de leur évaluation. C'est au détour de travaux d'histoire politique et institutionnelle de l'État en guerre, que l'on trouve ensuite, dans les années 80, l'évocation de l'affaire des examens médicaux[33].

Après une disparition quasi totale pendant une trentaine d'années, la question des examens a refait partiellement surface dans les années 2000, un retour stimulé par le renouveau des études liées au corps dans la Première Guerre mondiale. La dimension politique de la sélection est alors écartée, au profit du paradigme de l'affaiblissement de la sélection pendant la guerre, qui oriente l'essentiel des travaux ultérieurs[34]. Fidèle à la tradition sociale de l'historiographie britannique de la guerre, David Silbey a observé la sélection à hauteur des volontaires des classes populaires qui la subissent entre 1914 et 1916[35]. Dans un article publié en 2004, il tente de montrer que les volontaires désireux de se faire incorporer malgré leurs déficiences disposaient d'une certaine marge de manœuvre face au pouvoir des médecins recruteurs. À sa suite, l'idée d'un « verdict négocié » a été reprise, parfois sans grande prudence, par des travaux abordant les examens des recrues de la Seconde Guerre mondiale[36].

Le relâchement de la sélection a également suscité l'intérêt des historiens des tribunaux d'appel, instances chargées d'examiner les recours des Britanniques refusant les obligations militaires pour des raisons économiques, familiales ou de santé[37]. En 2011 notamment, James McDermott consacrait une étude aux tribunaux du Northamptonshire, dont un chapitre entier à leur fronde face au fonctionnement des commissions médicales. La majorité de ces travaux des années 2000-2010 méconnaît les rares analyses non anglophones. Cette ignorance est d'autant plus regrettable que les discours et les pratiques de la sélection circulent d'un pays à l'autre,

---

[32] « *major political storm* » in WINTER Jay, « Military Fitness and Civilian Health in Britain during the First World War », *Journal of Contemporary History,* vol. 15, n°2, 1980, p. 211-244.
[33] GRIEVES Keith, *The politics of Manpower, 1914-1918*, Manchester, Manchester University Press, 1988.
[34] Voir par exemple SIMKINS Peter, « "Each One a Pocket Hercules": The Bantam Experiment and the Case of the 35th Division », MARBLE Sandars (ed.), *Scraping the Barrel: The Military Use of Substandard Manpower, 1860-1969*, New York, Fordham University Press, 2012, p. 79-104.
[35] SILBEY David, « Bodies and Cultures Collide: Enlistment, the Medical Exam, and the British Working Class, 1914-1916 », *Social History of Medicine,* vol. 17, nº 1, avril 2004, p. 61-76.
[36] NEWLANDS Emma, *Civilians into soldiers: War, the body and British Army recruits, 1939-45*, Manchester, Manchester University Press, 2014 ; PENISTON-BIRD Corinna, « Classifying the Body in the Second World War: British Men in and Out of Uniform », *Body & Society*, vol. 9, nº 4, 2003, p. 31-48.
[37] LITTLEWOOD David, *Military Service Tribunals and Boards in the Great War: Determining the Fate of Britain's and New Zealand's Conscripts*, Londres, Routledge, 2018 ; MCDERMOTT James, *British Military Service Tribunals, 1916-18: A Very Much Abused Body of Men*, Manchester, Manchester University Press, 2011.

dans un espace scientifique marqué par la discussion internationale, y compris en temps de guerre.

L'histoire sociale française s'est quant à elle intéressée aux opérations médicales du recrutement dès les années 70[38]. Les données anthropométriques des conseils de révision ont été utilisées pour en tirer des indications sur l'état de santé des populations, dans la lignée des ambitions de la géographie médicale du XIX^e^ siècle[39]. Ces travaux étaient souvent assortis de considérations sur les conditions de la collecte des données, qui éclairaient à la marge le fonctionnement même de la sélection. Mais c'est surtout l'histoire du XIX^e^ siècle qui a posé les premiers jalons utiles à la construction de mon objet. En travaillant dans le courant des années 2000 sur la vie de caserne, Odile Roynette s'est intéressée de manière pionnière au façonnement des critères de l'aptitude par la médecine militaire, aux enjeux de l'évaluation et au lien entre les critères du recrutement et une certaine normativité corporelle virile[40]. Dix ans plus tard, Heinrich Hartmann prolongeait cette entreprise en analysant la construction et les usages politiques et scientifiques des statistiques médicales issues du recrutement en Allemagne, en Autriche et en France, dans un contexte européen d'angoisse démographique et de concurrence nationale[41]. Son approche est la première à véritablement intégrer les apports de l'histoire des sciences à l'étude de l'examen médical des recrues. Dans cette même veine, la production du « chiffre de l'infirmité » à partir des rapports statistiques du recrutement français a été analysée par Pauline Hervois dans une thèse de démographie historique soutenue en 2018[42].

---

[38] ARON Jean-Paul, DUMONT Paul, LE ROY LADURIE Emmanuel, *Anthropologie du conscrit français d'après les comptes numériques et sommaires du recrutement de l'armée (1819-1826). Présentation cartographique*, Paris-La Haye, Mouton, 1972 ; SOUDJIAN Guy, *Anthropologie du conscrit parisien sous le second Empire*, Paris, Lavauzelle, 1978.

[39] Voir par exemple CAZAL (du) Léon-Joseph, « Répartition en France des infirmités susceptibles d'entraîner l'exemption du service militaire. Étude de géographie et de statistique médicales », *Bulletins de la Société d'anthropologie de Paris*, 1896 ; CHERVIN Arthur, *Essai de géographie médicale de la France d'après les infirmités constatées chez les conscrits par les conseils de révision pour le recrutement de l'armée de 1850 à 1869*, Paris, Masson, 1880 ; DEVOT Adolphe, *Essai de statistique médicale sur les principales causes d'exemption du service militaire et recherches sur leur fréquence et leur distribution géographique*, Paris, impr. de Rignoux, 1855.

[40] ROYNETTE Odile, *« Bons pour le service ». L'expérience de la caserne en France à la fin du XIX^e^ siècle*, Paris, Belin, 2017 [2000] ; ROYNETTE Odile, « L'Âge d'homme. Les représentations de la masculinité chez les médecins militaires au XIX^e^ siècle », in BARDET Jean-Pierre, LUC Jean-Noël, ROBIN-ROMERO Isabelle, ROLLET Catherine, *Lorsque l'enfant grandit : entre dépendance et autonomie*, Paris, Presses de l'Université Paris-Sorbonne, 2003. On retrouve cette orientation dans BERTAUD Jean-Paul, « L'armée et le brevet de virilité » et « La virilité militaire », in CORBIN Alain, COURTINE Jean-Jacques, VIGARELLO Georges (dir.), *Histoire de la virilité*, Paris, Seuil, 2011, p. 63-81 et p. 157-202.

[41] HARTMANN Heinrich, *Der Volkskörper bei der Musterung: Militärstatistik und Demographie in Europa vor dem Ersten Weltkrieg*, Göttingen, Wallstein, 2011 [trad. anglaise *The Body Populace. Military Statistics and Demography in Europe before the First World War*, Cambridge Massachusetts, MIT Press, 2019].

[42] HERVOIS Pauline, « Du non-sens de recenser les insensés : fabriquer le chiffre de l'infirmité, en France, au XIX^e^ siècle », thèse de doctorat de l'Université Paris 1, 2018. Voir aussi HERVOIS Pauline, « Des difficultés de quantifier les populations infirmes en France au XIX^e^ siècle », *Histoire, médecine et santé*, n°15, 2020, p. 29-47.

Les effets de la Première Guerre mondiale sur la sélection ont également fait l'objet de quelques analyses ponctuelles. Anne Rasmussen a insisté pour sa part sur le rôle des hygiénistes dans la définition des priorités du recrutement, quand d'autres ont évoqué les conséquences du relâchement des exigences concernant l'aptitude mentale[43]. Les résultats des politiques françaises de « récupération », qui visent à soumettre les individus exemptés ou réformés à des examens répétés dans l'espoir de les voir rejoindre les rangs de l'armée, ont été chiffrées par Philippe Boulanger, tandis que Charles Ridel, dans une étude consacrée à la figure réelle et fantasmée de « l'embusqué », en a analysé les fondements culturels et la construction politique[44].

Il manque à ces travaux plusieurs directions problématiques et thématiques. La pratique de l'examen et la pensée de l'aptitude ont tendance à disparaître de ces études qui se focalisent soit sur les institutions qui les conçoivent, soit sur les individus qui s'y trouvent confrontés. Mon étude se propose de combiner une histoire intellectuelle de la sélection et une histoire pratique du diagnostic en examinant concrètement la visite médicale à hauteur des acteurs qui la pensent, la pratiquent mais aussi la subissent, à l'aide notamment des outils de l'histoire des sciences vue « d'en bas » et de la sociologie pragmatique[45]. Dans le contexte de la guerre, médecins et recrues ont parfois des intérêts convergents. Il arrive que le candidat à l'incorporation négocie lui-même l'assouplissement des critères de l'aptitude afin de pouvoir aller combattre malgré ses déficiences. Pour autant, je me propose de contester l'idée selon laquelle l'examen médical déboucherait sur un quelconque « verdict négocié ». Je montrerai au contraire que cette interaction n'est pas exempte de rapports de force et que la décision finale appartient en première instance aux membres des commissions chargées du recrutement. En

[43] Sur le rôle des hygiénistes RASMUSSEN Anne, « Préserver le capital humain. Une doctrine hygiéniste pour préparer la guerre démocratique ? », *Mil neuf cent. Revue d'histoire intellectuelle*, vol. 33, n°1, 2015, p. 71-95 ; « Expérimenter la santé des grands nombres : les hygiénistes militaires et l'armée française, 1850-1914 », *Le Mouvement Social*, vol. 257, n°4, 2016, p. 71-91. Sur l'aptitude mentale : BARHAM Peter, *Forgotten Lunatics of the Great War*, Yale University Press, 2004 ; DERRIEN Marie, « Éliminer ou récupérer ? L'armée française face aux fous du début du XX^e^ siècle à la Grande Guerre », *Le Mouvement Social*, vol. 253, n°4, 2015, p. 13-29, p. 13-29 ; GUILLEMAIN Hervé, TISON Stéphane, *Du front à l'asile. Expériences de la folie de la Grande Guerre aux années vingt*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes, 2013, chapitre 4 « La mobilisation des débiles et des psychotiques », p. 95-114 ; THOMSON Mathew, « Status, Manpower and Mental Fitness: Mental Deficiency in the First World War », in COOTER Roger, HARRISON Mark, STURDY Steve (dir.), *War, Medicine and Modernity*, Stroud, Sutton Publishing, 1998, p. 149-167.

[44] BOULANGER Philippe, « Les embusqués de la Première Guerre mondiale », *Guerres mondiales et conflits contemporains*, n° 192, décembre 1998, p. 87-100 ; *La France devant la conscription*, *Géographie historique d'une institution républicaine, 1914-1922*, Paris, Economica, 2001 ; RIDEL Charles, *Les Embusqués*, Paris, Armand Colin, 2007.

[45] PORTER Roy, « The Patient's View. Doing Medical History from below », *Theory and Society*, vol. 14, n°2, 1985, p. 175-198 ; PORTER Roy, WEAR Andrew, *Problems and Methods in the History of Medicine*, Londres, Croom Helm, 1987 ; GAUDILLIÈRE Jean-Paul, *La médecine et les sciences, XIX^e^ - XX^e^ siècles*, La Découverte, 2006.

témoignent les tentatives d'échapper au service en invoquant l'inaptitude, en la provoquant ou en cherchant à contourner ou subvertir l'expertise médicale du recrutement.

Il importe en outre de remettre au cœur de l'étude les modalités concrètes d'assouplissement de la sélection en temps de guerre. Comment les critères de l'aptitude sont-ils révisés ? Qui procède à cette révision et de quelle manière ? En procédant à une histoire institutionnelle de la crise de la sélection en temps guerre, j'ai pu mettre au jour une triple dynamique : relâchement des critères, accélération de la procédure et multiplication des examens médicaux. Cette orientation a également révélé la manière dont les médecins eux-mêmes ont participé à l'abandon de la rigueur, soit individuellement, soit collectivement, par le biais des sociétés savantes.

Les réactions qu'a suscité l'incorporation massive d'inaptes dans les rangs ont également été largement négligées par l'historiographie. La refonte des instructions militaires est particulièrement demeurée dans l'ombre, tandis que les mécontentements exprimés par l'opinion, les médecins et les députés n'étaient qu'esquissés. Grâce à une lecture politique de la crise de la sélection, j'entends analyser le rôle de la presse et des parlementaires afin de reconstituer les dynamiques de mobilisation qui ont mené à l'apparent retour de la rigueur dans la seconde moitié du conflit. La forme, le contenu, l'efficacité et la postérité des mesures visant à répondre à cette mobilisation ont été abordés en Angleterre – même s'ils méritent une analyse plus systématique – mais non en France. Or, l'approche comparée permet de constater que dans les deux pays, un même problème – le relâchement de la sélection – donne lieu à deux réponses politiques différentes.

En Angleterre, le fonctionnement des examens médicaux du recrutement fait scandale et le mécontentement de l'opinion se mue en affaire politique. Mis en difficulté, le gouvernement procède à une réforme en apparence radicale. L'ensemble des opérations est révisé, démilitarisé et placé sous la tutelle d'un nouveau ministère indépendant. En France, l'inquiétude reste circonscrite au débat technique et les solutions apportées sont le fait des députés hygiénistes. Elles relèvent de la gestion de crise sanitaire. Face à la menace épidémique de la tuberculose, importée dans les rangs de l'armée par des individus mal sélectionnés, l'importance de la sélection dans le dispositif prophylactique de préservation de la santé des armées est renforcée.

Cette différence de gestion du problème politique et sanitaire de la sélection justifie pleinement la perspective comparatiste que j'ai choisi d'adopter. Elle me permet d'insister sur les différences entre les expériences de guerre des deux pays. Les cultures de guerre nationales et les espaces de mobilisation locaux ont ici une influence déterminante dans la direction

donnée au débat public et à la réforme politique[46]. La systématisation de la comparaison terme à terme est partiellement empêchée par l'impossibilité de réunir une documentation parfaitement symétrique, homogène et complète[47]. Elle aurait eu de surcroît un caractère fastidieux conduisant à de nombreuses redites. J'ai fait le choix d'une approche dynamique alternant des moments de comparaison en miroir, et des moments de ralentissement sur l'un des termes de la comparaison, soit que son cas serve à exemplifier des modalités similaires de part et d'autre de la Manche, soit que la situation apparaisse au contraire spécifique à chaque contexte national.

Mon travail s'inspire des tournants culturels et comparatistes qui, sous l'influence de l'Historial de la Grande Guerre de Péronne, ont revisité l'étude du conflit à partir des années 1990[48]. L'approche comparée de l'histoire de la Grande Guerre a créé les conditions d'une rupture avec « les récits nationaux traditionnels en adoptant la comparaison comme une réponse appropriée aux dimensions éminemment transnationales du conflit[49] ». Elle a produit de stimulantes réflexions qui ont permis, au-delà de l'approche traditionnelle par la diplomatie, d'éclairer la différence entre les expériences de guerre françaises et britanniques, la mobilisation contrastée des sociétés ou encore le fonctionnement du système d'alliance[50]. Dans cette optique, la comparaison n'est pas une simple juxtaposition d'analyse nationale. Elle prend en compte l'importante question des relations et des transferts internationaux.

Les débats sur l'aptitude militaire s'élaborent en effet dans un espace européen marqué par la discussion scientifique internationale. Cette discussion repose sur un important mouvement de traduction d'ouvrages, de recension d'articles étrangers et de comparaison

---

[46] Sur la notion de culture de guerre, AUDOIN-ROUZEAU Stéphane, BECKER Annette, *14-18 Retrouver la guerre*, Paris, Gallimard, 2000.

[47] Sur cette question, SEVERIN BARBOUTIE Bettina, « Entre idéal et réalité. L'histoire comparée face aux sources », in ZANCARINI-FOURNEL Michelle, BABY Sophie, *Les Cahiers Irice. Histoires croisées. Réflexions sur la comparaison internationale en histoire,* Paris, CNRS, 2010, p. 83.

[48] PROST Antoine, WINTER Jay, *Penser la Grande Guerre. Un essai d'historiographie*, Seuil, Paris, 2004 ; WINTER Jay, « Recent trends in the historiography of Britain and the First World War: cultural history, comparative history, public history », dans BERGHOFF Hartmut, FRIEDEBURG Robert (dir.), *Change and Inertia : Britain under the Impact of the Great War*, Bodenheim, 1998, p. 87-98.

[49] PURSEIGLE Pierre, *Mobilisation, sacrifice et citoyenneté. Angleterre-France, 1900-1918*, Paris, Les Belles Lettres, 2013, p. 22.

[50] CHARLE Christophe, *La Crise des sociétés impériales : Allemagne, France, Grande-Bretagne (1900-1940). Essai d'histoire sociale comparée*, Paris, Le Seuil, 2001 ; FIELD Franck, *British and French Writers of the First World War, Comparative Studies in cultural History*, Cambridge University Press, 1991 ; HEIMBURGER Franziska, « Mésentente cordiale ? Langues et coalition alliée sur le front de l'ouest de la Grande Guerre », thèse de l'EHESS soutenue le 29 novembre 2014 ; HORNE John (dir.), *State, society and mobilization in Europe during the First World War*, Cambridge, Cambridge University Press, 1997 ; PURSEIGLE Pierre, *Mobilisation, sacrifice et citoyenneté. Angleterre-France, 1900-1918*, Paris, Les Belles Lettres, 2013. Pour une approche par la diplomatie CHASSAIGNE Philippe, DOCKRILL Michael (dir.*), Anglo-French Relations, 1898-1998. From Fashoda to Jospin*, Londres, Palgrave, 2002.

internationale des données statistiques du recrutement[51]. Si la guerre donne un coup d'arrêt à la pratique des congrès et à la discussion avec l'ennemi outre-Rhin, elle n'interrompt pas pour autant la circulation et les transferts des savoirs et pratiques de la sélection, notamment entre la France et l'Angleterre, dont les élites ont entretenu une longue tradition d'échanges et de relations[52]. Or, cette perspective transnationale a été totalement occultée dans les travaux menés jusqu'à présent. Pourtant, les bouleversements que subit le système de recrutement britannique le poussent à s'inspirer explicitement des modèles américain et français qu'il s'approprie, adapte et transforme.

Histoire des sciences et de la médecine

L'histoire de la Première Guerre mondiale s'est ouverte à de nouveaux questionnements. L'élan impulsé d'abord par l'histoire du corps et des masculinités, ensuite par les *Disability Studies* a permis d'éclairer des questions jusqu'ici largement ignorées, telle la réhabilitation physique des invalides ou les conditions de leur retour à la vie civile[53]. Le champ de la médecine militaire et de la médecine dans la guerre s'est révélé particulièrement dynamique dans les vingt dernières années. Il a néanmoins pour focale quasi exclusive l'action thérapeutique du corps médical et la question du soin apporté aux blessés et aux invalides[54]. Or, l'examen médical qui

[51] ROYNETTE Odile, « La *Statistique médicale de l'armée française* au XIXe siècle : un instrument de savoir et de pouvoir démographiques ? » in KRASSNITZER Patrick, OVERATH Petra (dir.), *Bevölkerungsfragen: Prozesse des Wissenstransfers in Deutschland und Frankreich (1870-1939)*, Köln, Böhlau, 2007, p. 67-78.

[52] Sur la proximité ancienne des intellectuels français et britanniques, même si ces relations se distendent quelque peu au XX[e] siècle : CHARLE Christophe, VINCENT Julien, WINTER Jay, *Anglo-French attitudes: comparisons and transfers between English and French intellectuals since the eighteenth century*, Manchester, New-York, Manchester University Press, 2007. Pour la situation d'avant-guerre, voir RASMUSSEN Anne, « L'hygiène en congrès (1852-1912) : circulation et configurations internationales », in BOURDELAIS Patrice (dir.), *Les Hygiénistes. Enjeux, modèles et pratiques*, Paris, Éditions Belin, 2001, p. 213-239.

[53] ANDERSON Julie, PERRY Heather « Rehabilitation and restoration: orthopædics and disabled soldiers in Germany and Britain in the First World War », *Medicine, conflict, and survival*, 2014, vol. 30, n°4, p. 227-251 ; BOURKE Joanna, *Dismembering The Male: Men's Bodies, Britain, and the Great War*, Londres, Reaktion Books, 1996 ; CARDEN-COYNE Ana, « Men in Pain: Silence, Stories and Soldiers' Bodies in WW1 », in SAUNDERS N., CORNISH, P. (dir.), *Bodies in Conflict: Corporeality, Materiality and Transformation*, Abingdon, Routledge, 2014, p. 53-64 ; COHEN Deborah, *The War Come Home: Disabled Veterans in Britain and Germany, 1914-1939*, Berkeley, University of California Press, 2001 ; GERBER David, « Disabled Veterans, the State, and the Experience of Disability in Western Societies », 1914-1950, *Journal of Social History*, vol. 36, n°4, p. 899-891 ; KOVEN Seth, « Remembering and Dismemberment: Crippled Children, Wounded Soldiers and the Great War in Great Britain », *American Historical Review*, vol. 99, 1994, p. 1197-1202 ; MEYER Jessica, *Men of War: Masculinity and the First World War in Britain*, London, Palgrave Macmillan, 2011.

[54] BECKER Annette, *Guerre totale et troubles mentaux*, Paris, A. Colin, 2000 ; CARDEN-COYNE Ana, *The Politics of Wounds: Military Patients and Medical Power in the First World War*, Oxford, Oxford University Press, 2012 ; CHANET Jean-François, FREDJ Claire, RASMUSSEN Anne (dir.), *La santé des soldats entre guerre et paix, 1830-1930*, *Le mouvement social,* vol. 4, n° 257, 2016, 2016 ; DELAPORTE Sophie, *Les médecins dans la Grande Guerre*, Paris, Bayard, 2003 ; ECKART Wolfgang, GRADMANN Christoph, *Die Medizin und der Erste Weltkrieg*, Pfaffenweiler, Centaurus Verlag & Media, 2003 ; HARRISON Mark, *The Medical War: British Military Medicine in the First World War*, Oxford, Oxford University Press, 2010 ; PRÜLL Livia, RAUH Philipp, *Krieg und medikale Kultur: Patientenschicksale und ärztliches Handeln in der Zeit der Weltkriege 1914 -1945*, Göttingen, Wallstein,

nous occupe se déroule en dehors de toute considération thérapeutique. La sélection médicale des recrues constitue un avatar de la « médecine du tri », paradigme majeur de la médecine moderne et scientificisée du XX^e siècle :

> Déployées dans différents univers, les techniques, logiques, normes et rationalités du triage constituent finalement un socle éthique, épistémologique et politique essentiel des pratique médicales contemporaines ; la médecine du tri définissant – c'est notre hypothèse – un des paradigmes majeurs de notre temps[55].

La sélection des recrues fait écho à cette rationalité du triage médical, telle qu'elle est définie par Guillaume Lachenal, Céline Lefève et Vinh-Kim Nguyen. Mais elle présente aussi des caractéristiques singulières. En effet, elle n'a pas pour objectif de savoir quels soins doivent être prodigués, ni d'adapter ces soins à la spécificité d'une pathologie, mais de trouver ou non une place à l'examiné dans l'institution militaire. J'ai donc décidé d'analyser les opérations médicales du recrutement comme une entreprise de triage médico-institutionnel, articulée à une conception fonctionnelle et institutionnelle de l'aptitude. Ce positionnement épistémologique permet d'écarter de l'étude les querelles nosographiques et les discussions savantes sur la pathologie qui ont longtemps orienté l'histoire du diagnostic. Il permet ainsi d'analyser la sélection comme une vaste entreprise de rationalisation administrative assistée par le savoir médical. Cette orientation m'a menée à des choix de vocabulaire. Au terme de « patient », j'ai préféré celui de « sujet, » de « candidat », d' « évalué » ou tout simplement de « recrue ». Au terme de « praticien », j'ai substitué celui de « médecin recruteur », de « médecin expert », ou d' « expert ». Ces derniers termes, utilisés par les acteurs français de la sélection eux-mêmes, me paraissent rendre compte de leur activité et me permettent de traduire, sans trop trahir, celui de « *medical examiner of recruits* », utilisé par les Britanniques.

On peut voir dans la sélection une forme d'ingénierie biopolitique qui subit l'influence d'une épistémè sélectionniste, vaste culture savante et politique du triage, qui existe à différents niveaux dans les sciences et les politiques publiques[56]. Pour en rendre compte, Paul-André

2014 ; REZNICK Jeffrey, *Healing the nation. Soldiers and the culture of caregiving in Britain during the Great War*, Manchester, Manchester University Press, 2011 ; VIET Vincent*, La santé en guerre, 1914-1918. Une politique pionnière en univers incertain,* Paris, Presses de Sciences Po, 2015 ; WINTER Jay, « Shell-shock and the cultural history of the Great War », *Journal of Contemporary History*, 2000, vol. 35, n°1, p. 7 -11 ; WHITEHEAD Ian, *Doctors in the Great War*, Londres, L. Cooper, 1999 ; M. Harrison, 2010.

[55] LACHENAL Guillaume, LEFEVE Céline et NGUYEN Vinh-Kim, *La médecine du tri,* Paris, Presses Universitaires de France, 2014, p. 10-11. Voir aussi FAIRCHILD Amy, *Science at the borders: immigrant medical inspection and the shaping of the modern industrial labor force*, Baltimore, The Johns Hopkins University Press, 2003.

[56] ROSENTAL Paul-André, « Sélection et valeur humaine : deux lectures républicaines, 1937-1944 », *Incidence. Philosophie, littérature, sciences humaines et sociales*, n°12, Automne 2016, p. 114 ; ROSENTAL Paul-André, *Destins de l'eugénisme*, Paris, Seuil, 2016, p. 419.

Rosental a esquissé une généalogie de la notion de sélection. Concept savant théorisé par Darwin, il se serait répandu en France dans les années 1840-1860. Cette généalogie ne me paraît guère convaincante dans la mesure où la pratique de la sélection des recrues préexiste à cette mise en forme savante par Darwin. Cette antériorité de la pratique sur le concept savant suggère une matrice militaire du phénomène dont l'histoire reste à faire.

Mon étude s'inscrit résolument dans une perspective d'histoire des sciences, qui certes ne suffit pas à épuiser mon sujet, mais contribue à l'éclairer sous un jour nouveau. Les travaux anglophones consacrés à l'examen médical des recrues en temps de guerre ont eu tendance à affirmer que le jugement émis par l'autorité médicale n'était pas une évaluation scientifique du corps de la recrue, mais un avis fortement influencé par des constructions culturelles et sociales[57]. Or, il ne suffit pas de dire que l'activité des médecins ne débouche pas sur un jugement scientifique pour évacuer la question de la scientificité du processus. Partir du principe qu'il existe d'un côté la science, voire la « science pure » (*hard science*), système d'énoncé reflétant des réalités immuables, et de l'autre côté des considérations profanes, d'ordre politique, culturel, social ou économique, soumises aux aléas et dépendantes du contexte, est une impasse épistémologique[58].

L'histoire des sciences a permis, dès les années 1970 de s'écarter de ce paradigme internaliste et de ne plus considérer les sciences comme « reflétant, de manière plus ou moins juste, des réalités immanentes et présentes de toute éternité », mais comme des savoirs inscrits « dans une société donnée, avec ses acteurs et ses pouvoirs », « en permanence utilisées pour la façonner, pour gérer l'économique et le social[59] ». Autrement dit, il ne s'agit pas de considérer que l'examen médical conduit par les médecins de la Première Guerre mondiale est plus ou moins scientifique, c'est-à-dire plus ou moins objectif – certains travaux utilisent les deux termes de manière tout à fait interchangeable –, mais de comprendre ce qui est considéré comme scientifique et ce qui est gage d'objectivité par une société donnée à un moment donné et de là, de comprendre les ressorts d'éventuelles contestations et négociations.

---

[57] NEWLANDS Emma, *Civilians into soldiers: War, the body and British Army recruits, 1939-45*, Manchester, Manchester University Press, 2014 ; SILBEY David, « Bodies and Cultures Collide: Enlistment, the Medical Exam, and the British Working Class, 1914-1916 », *Social History of Medicine,* vol. 17, n° 1, avril 2004, p. 61-76.

[58] « *the medical exam was not straightforwardly scientific. […] It was a sizing up driven by considerations other than that of hard science* » in SILBEY David, « Bodies and Cultures Collide », *art. cit.*, p. 65.

[59] GAUDILLIERE Jean-Paul, *La médecine et les sciences, XIX^e - XX^e siècles*, Paris, La Découverte, 2008, p. 5-6. Voir à cet égard le quasi manifeste de KUHN Thomas, *The Structure of Scientific Revolutions*, Chicago, University of Chicago Press, 1962.

Cette orientation me permettra d'examiner tant la construction savante des critères de l'aptitude, qui s'élaborent dans un contexte de discussion internationale, que la mise en pratique empirique de ces critères au cours de l'examen médical et du diagnostic clinique. En dénaturalisant la définition biomédicale de l'aptitude, je tenterai de rendre compte de sa production sociale et politique. Je prêterai attention aux modalités concrètes d'évaluation, aux gestes des évaluateurs et des évalués, mais aussi à la dimension matérielle de cette évaluation et aux contraintes qui orientent l'activité des experts médicaux[60]. Enfin, les données anthropométriques et médicales des candidats, leur collecte au cours de l'examen et l'usage politique qui est fait de ces informations, dans un contexte d'inquiétude européenne quant à la santé des populations, ont fait l'objet d'une analyse spécifique dans une perspective d'histoire critique des statistiques. En cela, ma thèse revendique l'héritage des travaux de Heinrich Hartmann et du tournant pris par les recherches en histoire de la quantification dans les années 1990[61].

La construction de ce nouvel objet historique qu'est la sélection médicale des recrues est donc le fruit de plusieurs ajustements historiographiques. En rapprochant histoire militaire, histoire culturelle et sociale, et histoire des sciences, on peut procéder à une approche interdisciplinaire et intégrée d'un dispositif qui relève autant de l'histoire des pratiques savantes que du phénomène guerrier et de la mobilisation politique des sociétés en guerre.

La notion heuristique d'expertise

À rebours d'une historiographie qui a tendance à réduire l'histoire de la médecine à l'histoire de la santé, je me propose ici de me saisir de la notion heuristique d'expertise pour analyser une pratique médicale, celle de la sélection des recrues, qui ne met pas le soin au cœur de ses préoccupations[62]. De par leur formation et leur pratique, les experts médicaux du

[60] Sur l'influence du *practice turn* en histoire de la médecine, on lira WORBOYS Michael, « Practice and the science of medicine in the nineteenth century », *Isis*, The University of Chicago Press, vol. 102, n°1, mars 2011, p. 109-115. Sur l'activité scientifique comme travail impliquant des taches concrètes et des instruments spécifiques CLARKE Adèle, FUJIMURA Joan, *La matérialité des sciences. Savoir-faire et instruments dans les sciences de la vie*, Paris, Synthélabo Groupe, 1996.

[61] HARTMANN Heinrich, *Der Volkskörper bei der Musterung. Militärstatistik und Demographie in Europa vor dem Ersten Weltkrieg*, Göttingen, Wallstein, 2011 ; « Une affaire de marges. L'anthropométrie au conseil de révision, France-Allemagne, 1880-1900 », *Le Mouvement Social*, 2016/3, n° 256, p. 81-99. Pour l'histoire de la quantification en général, voir notamment DESROSIERES Alain, *Pour une sociologie historique de la quantification. L'Argument statistique I* ; *Gouverner par les nombres. L'Argument statistique II*, Presses des Mines, 2008 ; ROSENTAL Paul-André, « Pour une histoire politique des populations », *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, 2006, n°1, 61e année, p. 7-29.

[62] KLEIN Alexandre, PARAYRE Séverine (dir.), *Histoire de la santé XVIIIe - XXe siècles. Nouvelles recherches francophones*, Québec, Presses de l'Université Laval, 2015.

recrutement sont orientés par les normes et les valeurs de l'hygiénisme militaire, mais aussi de la médecine légale. Ainsi que le constatent les médecins militaires Alexandre Duco et Edmond Blum en 1917 :

> Presque tous les actes des médecins d'armée constituent de véritables expertises médico-légales. Expert, le médecin qui assiste le conseil de révision pour renseigner ce conseil sur l'aptitude physique des conscrits au service militaire. Expert, le médecin de régiment qui doit procéder à la répartition des malades, des convalescents. Expert le médecin chargé d'examens au point de vue disciplinaire et pénal. Expert le médecin chargé des examens relatifs aux sorties de l'armée[63].

L'intervention des médecins dans le processus de recrutement relève de l'expertise au sens où, mandatés par la puissance publique, ils interviennent au nom de leur savoir clinique pour repérer les particularités qui constituent une entrave à l'intégration dans l'institution militaire. Ils produisent et discutent les critères d'admission au sein des forces armées selon les règles de la discussion scientifique et procèdent concrètement à l'évaluation des candidats. Leur savoir est reconnu et valorisé par une société pour laquelle la science constitue une puissante source de légitimité et est perçue comme un gage d'objectivité[64]. Les médecins militaires disposent à cet égard d'une double légitimité, issue d'une part de leurs connaissances anatomo-pathologiques et d'autre part de leur maîtrise des particularités physiques, sanitaires et épidémiologiques du milieu militaire.

L'expert est celui qui dispose d'une compétence et fonde son avis ou sa décision sur un savoir spécifique. La notion d'expertise, essentiellement travaillée par la sociologie de la connaissance et la sociologie critique de la domination, désigne le recours à une analyse considérée comme impartiale dans une situation d'incertitude à l'interface de plusieurs institutions[65]. La question de l'expertise relève d'une ambivalente problématique du jugement et de la décision qui se situe au croisement du savoir et du pouvoir[66]. Les opérations des experts consistant à catégoriser, classer, déclasser les recrues sont en effet loin d'être des activités

---

[63] DUCO Alexandre, BLUM Edmond, *Guide pratique du médecin dans les expertises médico-légales militaires*, Paris, Masson, 1917, p. 3-4.

[64] Sur le pouvoir de légitimation de la science, CARNINO Guillaume, *L'invention de la science. La nouvelle religion de l'âge industriel*, Paris, Le Seuil, 2015. Sur la sociologie de l'expertise médicale dans le cadre de la médecine du travail DODIER Nicolas, *L'expertise médicale. Essai de sociologie sur l'exercice du jugement*, Paris, Éditions Métailié, 1993.

[65] BACKOUCHE Isabelle, « Devenir expert », *Genèses*, n° 70, mars 2008, p. 2-3. Voir aussi *Genèses*, n° 65, décembre 2006, « Expertise » ; ENGSTROM Eric, HESS Volker, THOMS Ulrike (dir.), *Figurationen des Experten. Ambivalenzen der wissenschaftlichen Expertise im ausgehenden 18. und frühen 19. Jahrhundert*, Peter Lang, Frankfurt am Main, 2004 ; QUEMIN Alain, TREPOS Jean-Yves, « La sociologie de l'expertise », *Revue française de sociologie*, 1997, vol. 38, n° 1, pages 168-169.

[66] LUTZ Raphael, « Die Verwissenschaftlichung des Sozialen als methodische und konzeptionelle Herausforderung für eine Sozialgeschichte des 20. Jahrhunderts », *Geschichte und Gesellschaft*, 1996, 2, p. 165-193.

anodines. Elles représentent des modes d'exercice de pouvoir de nature intellectuelle, culturelle et politique. Le classement contribue certes à mettre de l'ordre, à introduire de la rationalité, mais il rigidifie aussi les distinctions, naturalise les hiérarchies, justifie la marginalisation d'individus qui se voient écartés du modèle masculin dominant[67]. En produisant et relayant des normes corporelles, l'institution médicale participe pleinement de l'affirmation de critères qui permettent de décerner ou de refuser un brevet de conformité physique et sociale[68]. Mon travail porte donc une attention toute particulière à la nomenclature, au système de classement des individus mis en pratique lors du recrutement. Cette perspective permet d'étudier empiriquement les usages et les effets pragmatiques de l'expertise dans la fabrication et l'intériorisation de normes.

Les normes corporelles, telle qu'elles sont définies et mises en pratique par les médecins militaires, sont souvent connues des candidats qui tentent parfois de les contourner. Elles peuvent également entrer en tension avec d'autres conceptions concurrentes de l'aptitude. En parallèle de la compétence médicale à évaluer l'état physique de l'individu, la famille des évalués ou les candidats eux-mêmes se revendiquent détenteurs de ce que l'on peut appeler une « expertise profane », d'un savoir pratique sur leur maladie et leur condition physique et, en conséquence, sur leur capacité à rejoindre le collectif armé[69]. Qu'elle consiste à relativiser l'inaptitude des exemptés ou, au contraire, à affirmer avec force sa propre incapacité à accomplir les obligations militaires, l'expertise profane de l'aptitude constitue un contrepoint

[67] ROYNETTE Odile, « La construction du masculin. De la fin du 19e siècle aux années 1930 », *Vingtième Siècle. Revue d'histoire*, vol. 75, n°3, 2002, pp. 85-96. Voir aussi MOSSE George L., *L'image de l'homme,* Paris, Abbeville, 1997, p. 33 et suiv. ; BERTAUD Jean-Paul, « L'armée et le brevet de virilité » et « La virilité militaire », in CORBIN Alain, COURTINE Jean-Jacques, VIGARELLO Georges, *Histoire de la virilité*, t. 2. *Le Triomphe de la virilité. Le XIXe siècle*, p. 63-81 et p. 157-202. Sur le rôle des médecins dans la naturalisation de la binarité sexuelle : LAQUEUR Thomas, *La Fabrique du sexe. Essai sur le corps et le genre en Occident*, Paris, Gallimard, 1992 ; GARDEY Delphine, LÖWY Ilana (dir.), *L'Invention du naturel : les sciences et la fabrication du féminin et du masculin*, Paris, Éditions des Archives contemporaines, 2000 ; FAUSTO-STERLING Anne, *Corps en tous genres. La Dualité des sexes à l'épreuve de la science*, Paris, La Découverte / Institut Émilie du Châtelet, 2012. Sur la notion de masculinité hégémonique CONNELL Raewyn W., *Masculinities*, Cambridge, Polity Press, Sydney, Allen & Unwin, Berkeley, University of California Press, 1995 [traduction française partielle CONNELL Raewyn, *Masculinités. Enjeux sociaux de l'hégémonie*, Paris, Amsterdam Éditions, 2014].

[68] Sur processus sociaux explicites et implicites qui participent à réguler, normaliser et contrôler les corps, FOUCAULT Michel, *Surveiller et punir : naissance de la prison*, Paris, Gallimard, 1992 [1975] ; *Histoire de la sexualité*, Paris, Gallimard, 1976.

[69] Pour quelques réflexions sur ce point, ORFALI Kristina, « L'ingérence profane dans la décision médicale : le malade, la famille et l'éthique », *Revue française des affaires sociales*, 3/2002, p. 103-124. Sur le thème de l'expertise profane dans un autre contexte : WYNNE Brian, « Misunderstood Misunderstandings: Social Identities and the Public Uptake of Science », in IRWIN Alan, WYNNE Brian, *Misunderstanding Science ? The Public Reconstruction of Science and Technology*, Cambridge, Cambridge University Press, 1996, p. 19-46.

intéressant aux constructions savantes des experts et permet de s'écarter de la focale historiographique des travaux concentrés sur les obsessions physiques et raciales des élites[70].

Le conflit menace la légitimité des experts. En effet, outre sur la maîtrise d'un savoir technique, cette légitimité repose un statut « d'instance quasiment neutre de la décision[71] ». Or, la soumission des médecins à la logique militaire de reconstitution des effectifs au mépris de l'intérêt de l'individu compromet cet état de fait. Cette crise de la reconnaissance sociale entraîne alors des réponses inédites parmi lesquelles une campagne de réhabilitation reposant sur la publication d'articles de défense de la profession médicale dans la presse généraliste et spécialisée. Les médecins forment ainsi un groupe social et professionnel, capable de défendre ses intérêts et qui réussit d'ailleurs à sortir exonéré de cette crise. Ce sont dès lors les pouvoirs publics, leur soumission aux exigences de l'état-major et, d'une manière générale leur conduite de la guerre, qui sont mis en cause. À la fin de l'année 1917, l'importante réforme qui entend mettre fin au mécontentement, et sur laquelle je reviendrai en détail, repose sur une réforme de la procédure dans une logique de restauration de la légitimité des experts. En France, ce sont les médecins eux-mêmes qui mettent en évidence les conséquences néfastes de l'assouplissement de la sélection, prônent et organisent un retour de la rigueur. Dans les deux cas, les réformes ont tendance à alourdir le poids des experts dans la sélection. Il s'agit, en renforçant le rôle des médecins, perçus comme impartiaux, de restaurer la confiance dans le processus. En cela, l'expertise médicale du recrutement en Grande Guerre apparaît bien comme une « technologie politique de la confiance[72] ».

Permanences et ruptures

L'histoire des relations entre guerre et médecine a bien montré qu'il était difficile de dissocier totalement temps de guerre et temps de paix[73]. Certes, l'entrée en guerre constitue un bouleversement, mais qui peut être analysé en termes d'intensification ou de fléchissement davantage qu'en terme de rupture. Certaines lignes de force de mon objet préexistent à la guerre,

---

[70] Sur la notion d'expertise profane, EPSTEIN Steven, « The Construction of Lay Expertise: AIDS Activism and the Forging of Credibility in the Reform of Clinical Trials », *Science, Technology and Human Values*, vol. 20, n° 4, 1995, p. 408-437. Sur les obsessions physiques et raciales des élites HYNES Samuel, *The Edwardian Turn of Mind*, Princeton, Londres, Princeton University Press, Oxford University Press, 1968 ; SEARLE Geoffrey Russell, *The Quest for national efficiency: A Study in British Politics and Political Thought, 1899-1914*, Berkeley and Los Angeles, University of California Press, 1971.

[71] ENGSTROM Eric, HESS Volker, THOMS Ulrike (dir.), *Figurationen des Experten, op. cit.*, p. 7.

[72] PORTER Theodore, *Trust in Numbers: The Pursuit of Objectivity in Science and Public Life*, Princeton University Press, 1996, p. 87 et suiv.

[73] Voir par exemple COOTER Roger, HARRISON Mark, STURDY Steve (dir.), *War, Medicine and Modernity*, Stroud, Sutton Publishing, 1998.

subsistent pendant le conflit et persistent une fois les hostilités terminées, telles l'influence de l'hygiénisme, la peur de la tuberculose ou l'utilisation politique des statistiques médicales du recrutement. Elles interdisent d'isoler mon objet entre 1914 et 1918. Il était donc indispensable d'étudier en amont de la guerre la formation du dispositif de sélection des recrues tel qu'il est mis à l'épreuve par le conflit, d'analyser sa réforme et d'aborder la lente sortie de guerre du processus. Mon étude commence donc au début du XX^{e} siècle, lorsque se mettent en place les structures qui se maintiennent tout au long de la guerre, et s'interrompt en 1923, lorsque les leçons statistiques du conflit cessent d'être tirées des données de la guerre et que se met en place, en France, une nouvelle loi militaire destinée à réviser les mesures de guerre.

La permanence de certaines structures et dynamiques, et la radicalité de certaines transformations, notamment sur le plan politique, qui affectent le dispositif de la sélection, ont conduit à adopter un plan qui couple deux approches de la temporalité de la guerre. La première partie se concentre sur les évolutions du début du XX^{e} siècle qui permettent d'expliquer la situation de l'entrée en guerre ; elle détaille certaines permanences de la sélection qui ne subissent pas de bouleversements notables pendant le conflit. Elle comprend trois chapitres qui analysent successivement la pensée et la construction des critères de l'aptitude (chapitre 1) ; puis les modalités pratiques de l'examen et de la décision médicale (chapitre 2) ; enfin les réactions de la recrue face à l'évaluation de ses capacités (chapitre 3). La deuxième partie insiste sur les ruptures de l'entrée en guerre. Elle comprend deux chapitres, l'un sur la manière dont le conflit a bouleversé les modalités de sélection des recrues et a conduit au relâchement des exigences du recrutement (chapitre 4), l'autre sur les formes de la protestation militaire, médicale et politique provoquée par l'abandon de la rigueur dans le triage des recrues (chapitre 5). La troisième et dernière partie fait état des ruptures survenues pendant la guerre et des leçons statistiques tirées du conflit et prolonge donc l'analyse dans l'immédiat après-guerre. Elle comprend deux chapitres, l'un sur les réformes de la sélection adoptées à la suite des protestations, leurs effets et leur postérité (chapitre 6) ; l'autre sur la collecte, le traitement et l'utilisation politique des données médicales issues du recrutement pendant et après le conflit (chapitre 7).

Cette perspective m'a permis de m'éloigner de l'approche généalogique traditionnelle qui a longtemps poussé à analyser les conflits à la lumière des innovations, notamment chirurgicales, qu'ils suscitent. Ni parenthèse, ni matrice, le temps court de la guerre apparaît

peu propice à l'enracinement de nouvelles pratiques[74]. Il permet cependant d'observer des entreprises de mobilisation, de réformes pratiques et institutionnelles de la sélection nées de la spécificité du contexte. Ces entreprises s'appuient sur des formes inédites de rationalisation dont certaines survivent à l'arrêt des hostilités[75].

III. Sources et méthodes

Cette thèse porte sur l'intervention des experts médicaux dans le recrutement militaire. Je me suis donc efforcée de cerner à la fois les normes de la pratiques, grâce à la documentation destinée à orienter l'activité des experts, son évolution, grâce aux sources administratives de l'État en guerre, et sa réception et mise en débat public, à travers la presse médicale et spécialisée, les débats parlementaires et les archives des tribunaux d'appel. Le corpus mobilisé permet de montrer comment les savoirs médicaux et leur autorité, mobilisés dans le cadre du recrutement militaire, contribuent à construire les représentations biologiques, sociales et politiques des sociétés et suscitent en retour des réactions permettant d'étudier à nouveaux frais le rapport entre science et société.

Je procéderai dans les pages qui vont suivre à une présentation des principaux fonds et documents qui m'ont permis de construire mon objet et j'aborderai brièvement les méthodes qui ont permis de les exploiter. Ce corpus est présenté par types de sources et fonds archivistiques mais cette organisation visant la clarté du propos ne reflète pas leur utilisation, faite de croisement et de confrontation au cours desquels différents ensembles documentaires en sont venus à s'éclairer mutuellement.

Thèses, traités et périodiques

Thèses et traités de médecine et d'hygiène militaire

Outre leur action pratique sur le terrain, les médecins militaires produisent une œuvre théorique importante consacrée à la pathologie, l'épidémiologie et l'hygiène en milieu

[74] Sur les limites qu'impose le temps court de la guerre à l'enracinement de nouvelles pratiques médicales, on lira COOTER Roger, « Medicine and the Goodness of War », *Canadian Bulletin of Medical History*, vol. XII, 1990, p. 147-159. Voir aussi VIET Vincent*, La santé en guerre, 1914-1918. Une politique pionnière en univers incertain,* Paris, Presses de Sciences Po, 2015.

[75] Sur l'idée que ce temps peut néanmoins autoriser des diffusions et des échanges inusités nés de la spécificité du contexte et de l'urgence de l'action, TAITHE Bertrand, « La diffusion des pratiques de santé et la guerre de siège de Paris (septembre 1870-janvier 1871) », in BOURDELAIS Patrice, FAURE Olivier (dir.), *Les nouvelles pratiques de santé, XVIII^e - XX^e siècles*, Paris, Belin, 2005, p. 227-242 ; TAITHE Bertrand, *Defeated Flesh: Welfare, Warfare and the Making of Modern France*, Manchester, Manchester University Press, 1999.

militaire[76]. Les traités d'hygiène militaire s'attardent longuement sur les conditions de l'aptitude au service. Les considérations sur l'art de « la sélection des recrues[77] » forment parfois un chapitre inaugural qui oriente toutes les considérations ultérieures sur l'état sanitaire de l'armée. C'est le cas d'ouvrages de références, tels *The Theory and Practice of Military Hygiene* d'Edward Munson ou le *Traité d'hygiène militaire* de Georges Morache, figure tutélaire des travaux français sur l'hygiène militaire[78]. Dans les années précédant la Grande Guerre et pendant le conflit lui-même, se poursuit la floraison d'ouvrages, entamée au début du XIX^e^ siècle en France, consacrés entièrement au choix du soldat ou à l'un des aspects de la sélection[79].

Ces traités s'adressent aux médecins militaires mais aussi civils[80]. Ils prennent souvent la forme d'un vadémécum destiné à orienter le médecin expert dans l'accomplissement de sa tâche, à préciser la législation existante voire à peser sur les dispositions futures. Les médecins y font part de leur expérience de la sélection de manière très détaillée, ce qui permet de reconstituer le déroulement de l'examen. *L'Aide-mémoire médico-légal de l'officier de santé de l'armée de terre*, rédigé en 1842 par les médecins inspecteurs François-Clément Maillot et Jean Puel est ainsi complété en 1890 par le *Traité de Médecine légale militaire* d'Émile Duponchel, alors professeur au Val-de-Grâce[81]. La formation médicale militaire du Val-de-Grâce se distingue par l'importance donnée précocement à l'enseignement pratique de

[76] La chaire de maladie et épidémies des armées du Val-de-Grâce voit se succéder des figures de la recherche en hygiène et épidémiologie tels Louis Laveran, Léon Colin, Achille Kelsch ou Louis Vaillard. Sur Achille Kelsch, voir OSBORNE Michael, « French military epidemiology and the limits of laboratory. The case of Louis-Félix-Achille Kelsch », in CUNNINGHAM Andrew, WILLIAMS Perry (dir.), *The Laboratory Revolution in Medicine*, Cambridge, Cambridge University Press, 1992, p. 188-208.

[77] MUNSON Edward, « The selection of the recruit », in *The Theory and Practice of Military Hygiene*, Londres, Bailliere, Tindall & Cox, 1901, p. 1-33.

[78] MORACHE Georges, « Conditions d'aptitude physique au service militaire », in *Traité d'Hygiène militaire – Deuxième édition entièrement remaniée, mise au courant des progrès de l'hygiène générale et des nouveaux règlements de l'armée*, Paris, J.B. Baillière et fils, 1886.

[79] AUDET Eugène-François-Raphaël, *Manuel pratique de médecine militaire*, Paris, Octave Doin, 1885 ; AITKEN William, *On the Growth of the Recruit and young soldier with a view to a judicious selection of growing lads for the Army, and a regulated system of training for recruits*, Londres, Macmillan and Co, 1887 [2^e^ édition] ; CAZAL (Du) Léon-Joseph, CATRIN Louis, *Médecine légale militaire*, Paris, Gauthier-Villars et fils, 1893 ; CHAUVEL Jules, *Précis théorique et pratique de l'examen de l'œil et de la vision*, Paris, G. Masson, 1883 ; DIDIOT Pierre-Augustin, *Code des officiers de santé de l'armée de terre, ou Traité de droit administratif, d'hygiène et de médecine légale militaires, complété des institutions qui régissent le service de santé des armées*, Paris, Victor Rozier, 1863 ; GAUJOT Gustave, *Examen des maladies de l'oreille au point de vue du service militaire*, Paris, Victor Rozier, 1877 ; TARTIERE Emile, *De l'aptitude des conscrits au service militaire. Le bon recrutement de l'armée et son influence sur l'état sanitaire de l'armée*, Lyon, 1902.

[80] CHAVASSE Paul, TOUBERT Joseph, *Maladies des yeux et des oreilles et des voies aériennes supérieures considérées surtout dans leurs rapports avec le service militaire*, Paris, Octave Doin, 1902, p. 11.

[81] DUPONCHEL Émile, *Traité de Médecine légale militaire*, Paris, Octave Doin, 1890 ; MAILLOT, François-Clément, PUEL Jean, *Aide-mémoire médico-légal de l'officier de santé de l'armée de terre*, Paris, J.-B. Baillière, Gaultier-Laguionie, 1842.

l'hygiène[82]. Les ouvrages traitant de l'aptitude sont parfois issus des cours donnés par les enseignants des formations médico-militaires eux-mêmes, tels Jules Rouget, Charles Dopter ou William Aitken, qui rédige son manuel « de manière à ce qu'il puisse être utile à ceux qui auront affaire aux recrues et aux jeunes soldats[83] ». À cet égard, la littérature tout ou en partie dédiée au problème de la sélection constitue la base d'un savoir pragmatique et technocratique tourné vers l'action.

En dehors des travaux de référence des figures de l'enseignement de l'hygiène, un nombre non négligeable de thèses de médecine militaire, d'anthropométrie ou de géographie médicale aborde directement ou indirectement la question de l'aptitude militaire[84]. Le discours qui s'y déploie est celui de jeunes praticiens qui terminent leur formation et dont la position d'autorité est plus fragile que celle des « mandarins de la médecine[85] ». On peut donc, par ces ouvrages, avoir un aperçu de la pensée de l'aptitude et de la pratique de la sélection par des médecins examinateurs qui l'ont pratiquée ou par de jeunes médecins fraîchement diplômés, qui consacrent leurs premières recherches à cette question centrale de l'hygiène militaire.

Périodiques médicaux

Les périodiques médicaux jouent dès le XVIII^e^ siècle un rôle dans la diffusion du savoir médical en France et en Grande-Bretagne. Mais c'est surtout au XIX^e^ siècle qu'ils prennent leur essor[86]. À la veille de la Grande Guerre, cette presse spécialisée compte plusieurs dizaines de titres de chaque côté de la Manche. À l'image de la presse généraliste, elle continue souvent de paraître durant le conflit. Elle est le lieu d'expression de médecins reconnus par l'institution,

[82] Comité d'histoire du Service de santé, *Histoire de la médecine aux armées*, Paris, Limoges, Charles Lavauzelle, 1984, t. 2, p. 172 et suiv. En 1852, six chaires – toxicologie et chimie, anatomie des régions, clinique chirurgicale, médecine opératoire et appareils et bandages, clinique médicale, hygiène et médecine légale – complétées en 1856 par une septième, consacrée aux maladies et épidémies des armées. Voir notamment KELSCH Achille, « Ouverture du cours d'épidémiologie au Val de Grâce. La médecine d'armée. Les causes morbigènes », *Archives de médecine et de pharmacie militaires* (AMPM), vol. XI, 1888, p. 338. Depuis 1905, l'hygiène fait partie des matières des épreuves d'admission à l'École supérieure de guerre.

[83] « *in a form that might be useful and suggestive to those who have to do with recruits and young soldiers* », in AITKEN William, « Preface to the First Edition », *On the Growth of the Recruit and young soldier, op. cit.*

[84] SCHWOEBEL Eugène, *Le poids et l'aptitude physique militaire*, thèse de médecine de l'Université de Lyon, 1902.

[85] WEISZ Georges, *The Medical Mandarins: The French Academy of Medicine in the 19th and early 20th centuries*, Oxford, Oxford University Press, 1995.

[86] BRET Patrice, CHATZIS Konstantinos, PEREZ Liliane (dir.), *La presse et les périodiques techniques en Europe 1750-1950*, Paris, L'Harmattan, 2008 ; CRIGNON-DE OLIVERA Claire, « Le rôle des périodiques dans la diffusion du savoir médical en France et en Grande Bretagne (fin XVII^e^-XVIII^e^ siècles) », in THOMSON Ann, DZIEMBOWSKI Edmond, BURROWS Simon (dir.), *Cultural Transfers : France and Britain in the Long Eighteenth Century*, Oxford, Voltaire Fundation, SVEC, 2010, p. 131-145.

les journaux étant fréquemment l'émanation des lieux d'autorité de la parole médicale, telle l'Académie nationale de médecine ou la *Royal Society of Medicine*.

Des revues émanant du corps des médecins militaires accordent nombre d'articles à la question, tel le *Bulletin du Service de santé militaire*, qui fait état des difficultés d'interprétation des instructions ministérielles sur l'aptitude physique des recrues, ou encore le *Journal of the Royal Army Medical Corps*, dans lequel le médecin major S.G. Allen s'interroge par exemple sur la nécessité de conserver la varicocèle dans la liste des affections pouvant conduire à écarter un jeune homme du service armé[87]. La question du choix des hommes apparaît cruciale au point d'occuper également des publications médicales moins directement liées au monde militaire, notamment, mais pas exclusivement, les revues consacrées à l'hygiène et à la médecine légale. Entre 1892 et 1918, le *Bulletin de l'Académie nationale de médecine* l'évoque ainsi à plusieurs reprises[88].

Presse générale

Enfin, les critères médicaux de l'incorporation débordent le champ de la littérature scientifique. Il est apparu indispensable de chercher la trace du thème de la sélection dans la presse profane, afin de tenter de suivre les enjeux du processus hors du monde scientifique et militaire. On retrouve ainsi dans la presse générale des articles consacrés aux opérations médicales du recrutement, comme dans *Le Petit Journal* ou *Le Temps*, en temps de paix comme en temps de guerre[89]. En Angleterre, la question des examens médicaux fait l'objet de nombreux articles pendant la guerre, notamment en 1916 et 1917. La presse générale entretient avec le monde médical et militaire des rapports parfois houleux, révélateurs de la réception

[87] GRANJUX Adrien-Pierre-Léon, « Le service militaire de 2 ans et l'incorporation des « ex-services auxiliaires », *Bulletin du Service de santé militaire,* Paris, 1903, p. 123 ; ALLEN S.G., « Varicocele as a cause of rejection of recruits for the Army », *Journal of the Royal Army Medical Corps,* février 1905. Sur les revues médico-militaires, voir FREDJ Claire, « Une maison d'édition au service d'une profession : Victor Rozier (1824-1890) et la médecine militaire », *Revue d'histoire du XIX^e siècle*, n° 39, 2009, p. 59-76.

[88] Cette évocation se fait selon trois modalités principales. La première consiste à souligner la difficulté de l'entreprise, difficulté qui revient tel un leitmotiv dans l'écrasante majorité des textes. La deuxième consiste à évoquer l'exploitation des données issues des conseils de révision. Cette exploitation peut être considérée d'un point de vue pratique. Les informations sont alors de nature à intéresser « aussi bien le clinicien, l'expert en matière d'aptitude physique, soit au conseil de révision, soit devant les commissions de réforme, soit enfin devant les tribunaux, quand il s'agit de suites prétendues d'un accident du travail (CHAUVEL Jules, « Présentations d'ouvrages manuscrits et imprimés », *Bulletin de l'Académie nationale de médecine,* n°32, 3^e série, tome LVI*,* Paris, J.C. Baillière, Masson, 1906, p. 183) ». Ces informations peuvent également être considérées d'un point de vue savant et sont alors une « mine précieuse […] pour l'établissement de la géographie médicale de la France » (COLIN L., « Discussion sur le traitement de la pleurésie », *Bulletin de l'Académie nationale de médecine*, n°21, 3^e série, tome XXVII, Paris, J.C. Baillière, Masson, 1892, p. 731) ».

[89] « Échos de partout » évoque la taille de la classe 1900 du département de la Seine, *Le Petit Journal*, 29 janvier 1901 ; « Nouveau mode d'appréciation physique des conscrits », *Le Temps*, 29 mai 1901.

contrastée dont font l'objet la parole et l'activité des médecins recruteurs. La presse satirique a permis de compléter cette approche. Ces titres ont été consultés à la BnF et à la British Library, ainsi qu'à la Wellcome Library (Londres).

Méthode et consultation

Nombre de traités et dictionnaires médicaux sont accessibles en Angleterre à la Bodleian Library (Oxford), à la Radcliffe Science Library (Oxford), à la Wellcome Library et à la British Library ou de manière plus éparse dans les bibliothèques de certains collèges oxoniens, tel St Hugh's College où l'on trouve, par exemple, le précieux *Medical examination of men for military service: some problems, lessons and results* de James Galloway, dont le travail d'inspection des Commissions médicales de recrutement a été à l'origine de la réforme du système de 1917. En France, ces travaux sont disponibles à la Bibliothèque centrale du Service de santé des armées (BCSSA) au Val-de-Grâce (Paris), à la Bibliothèque nationale de France (BnF, Paris) et à la Bibliothèque Interuniversitaire de Médecine (BIUM, Paris). Les traités et périodiques sont facilement consultables. Un certain nombre des parutions françaises a été numérisé et se trouve désormais sur les bases Medic@ et Gallica. Les périodiques non numérisés sont accessibles, pour l'essentiel, depuis la BIU Santé et la BnF. Des traités et journaux britanniques ont fait eux aussi l'objet d'une politique de numérisation de grande ampleur de la part notamment de la Wellcome Library. Les autres sont disponibles en grand nombre dans cette dernière institution.

La BIU Santé héberge une importante collection d'histoire de la médecine, dont 1 296 thèses de l'Académie de médecine de Paris soutenues entre 1914 et 1923, date à laquelle elles cessent de s'intéresser aux pratiques médicales exceptionnelles du temps de la guerre. En Angleterre, les thèses relèvent d'une toute autre logique archivistique qui contribue à expliquer qu'elles n'aient encore fait l'objet d'aucune étude systématique. En effet, elles ne sont ni répertoriées en tant que telles sur les catalogues, ni indexées chronologiquement, ni centralisées. Elles sont dispersées dans différents *colleges*, tels la *Middlesex Hospital Medical School* et le *Royal Army Medical College*. En croisant les données de l'*Historical Record, Second Issue, 1836-1926* des diplômés de l'Université et du *Retrospective Index to Theses of Great Britain*

and Ireland 1716-1950 qui compile thématiquement quelques 30 000 titres, on peut repérer un nombre très limité de travaux directement consacrés à l'évaluation des recrues[90].

L'asymétrie des corpus français et britanniques mérite d'être soulignée. Du fait de l'enracinement de la conscription en France et de l'échelle des opérations médicales du recrutement, qui concernent en temps de paix chaque année autour de 300 000 jeunes gens, la sélection constitue un sujet infiniment plus débattu dans le champ de la médecine militaire et en dehors de celui-ci, notamment dans les périodiques de médecine générale.

J'ai ainsi examiné systématiquement toutes les thèses et tous les traités abordant la question de la sélection parus entre 1900 et 1923. Des textes antérieurs ont aussi été sélectionnés et attentivement étudiés, dans la mesure où ils étaient cités dans l'appareil de notes d'ouvrages leur conférant un statut de référence. Le *British Medical Journal*, le *Journal of the RAMC*, les *Annales d'hygiène publique et de médecine légale* et le *Bulletin de l'Académie nationale de médecine* ont été intégralement dépouillés entre 1900 et 1924. Les autres parutions citées dans la thèse ont été examinées par sondage ou par mots-clefs.

Sources administratives de l'État

Les instructions

Les traités, articles et dictionnaires médicaux influent sur la nomenclature des affections et sur la procédure de l'examen. Il était donc indispensable de les confronter aux instructions données aux médecins pour procéder concrètement à la sélection. Le caractère plus ou moins excluant des maladies et vices de conformation est détaillé dans des volumes d'instructions officielles. Celles-ci constituent, en France comme en Angleterre, de véritables manuels pratiques de la sélection, sans cesse actualisés et dont les principes doivent être connus des médecins recruteurs[91]. J'ai consulté ces volumes qui orientent l'activité des experts à la bibliothèque de santé Bibliothèque centrale du Service de santé des armées (BCSSA), au Val-

[90] WALLACE J., *The Medical examination of recruits during the Great War and the subsequent medical boarding of pensioners in consequence of that war*, DM, Oxford, 1924.

[91] War Office, *Instructions for the physical Examination of Recruits*, London, His Majesty's Stationery Office, 1912/1921; Ministère de la guerre, Bulletin officiel n°68 bis, *Recrutement de l'armée : instruction sur l'aptitude physique au service militaire*, Paris, H. Charles-Lavauzelle, volume arrêté à la date du 15 décembre 1905 ; Ministère de la guerre, Bulletin officiel n°68 bis, *Recrutement de l'armée : instruction sur l'aptitude physique au service militaire*, Paris, H. Charles-Lavauzelle, volume arrêté à la date du 15 septembre 1914 *;* Ministère de la guerre, *Recrutement de l'armée : aptitude physique au service militaire*, Paris, H. Charles-Lavauzelle, volume arrêté à la date du 20 décembre 1916. « On doit connaître à l'avance tous les détails des dispositions qu'elle contient », in DUPONCHEL Émile, *Traité de médecine légale militaire*, Paris, Octave Doin, 1890, p. 26.

de-Grâce à Paris et à la Radcliffe Science Library d'Oxford. Elles sont parfois mises à jour par des circulaires et instructions émises par la puissance publique que l'on peut consulter au Service historique de la Défense (SHD, Vincennes) et aux *National Archives* britanniques (Kew).

Rapports statistiques du recrutement

Afin d'approcher le résultat de la procédure de sélection, j'ai cherché des sources qui en faisaient directement état. Les résultats statistiques des opérations médicales du recrutement donnent lieu à des publications officielles qui témoignent de la généralisation de l'usage de la quantification dans la documentation militaire relative à l'état de santé des troupes. Les *Comptes-rendus sur le recrutement* paraissent depuis 1819 sous forme d'un volume annuel qui comprend « l'énumération des différentes espèces de maladies ou d'infirmités » ayant entraîné l'exemption ou le classement dans le service auxiliaire[92]. Le *General Annual Report on the British Army for the Year,* quoique moins précis, permet également d'avoir une idée du nombre de recrues écartées du service pour pathologie ou défaut de constitution. Le *Report upon the Physical Examination of men of military age by National Service Medical Boards*, volume publié d'analyse des statistiques médicales du recrutement britannique pour les années 1917-1918, comprend des informations nettement plus détaillées.

Les *Comptes-rendus* pour toute la durée de la guerre sont consultables à la BnF, les *General annual reports* des années 1903 à 1913 sont trouvable à l'IMW et le *Report upon the Physical Examination* aux *National Archives*. Ils permettent, notamment pour le cas français, de se faire une idée précise de la manière l'évolution des pratiques d'exclusion des forces armées du fait de la guerre. Ils ont été systématiquement analysés. D'autres sources statistiques issues des documents du Select Committee (*National Archives*), des papiers d'Auckland Geddes (Churchill Archives Center, Cambridge), des comptes-rendus des opérations médicales de recrutement du Ministère national ou de la presse médicale ont été entièrement dépouillées. Dans la mesure où l'institution militaire puis, en Angleterre, le Ministère du Service national (*Ministry of National Service*), a produit ses propres statistiques militaires, il n'a pas été nécessaire d'en faire une approche quantitative. En revanche, les logiques scientifiques et politiques de la formation de la nomenclature des affections, de la collecte des informations, de

[92] Sur cette source au XIX^e^ siècle, on pourra lire la thèse de démographie de Pauline HERVOIS, « Du non-sens de recenser les insensés : fabriquer le chiffre de l'infirmité, en France, au XIX^e^ siècle », thèse de doctorat de l'Université Paris1, 2018 ; ainsi que les deux articles de référence de Jean-Paul ARON, Paul DUMONT et Emmanuel LE ROY LADURIE publiés sous le titre *Anthropologie du conscrit français, op. cit.*.

la mise en ordre cognitive du des données et leurs usages politiques ont été analysées dans le détail.

Archives du Ministère du Service national

La manière dont la guerre affecte la pratique de la sélection méritait une étude approfondie. Entre le 1er novembre 1917 et le 31 octobre 1918, c'est le Ministère du Service national qui organise les opérations médicales du recrutement britannique. Les archives correspondant à cette activité sont conservées dans la série NATS 1 des *National Archives* qui comprend 1 333 cartons et dossiers. J'ai consulté les cartons correspondant au département médical du Ministère (NATS 1/711 à 1/858), au département du recrutement (NATS 1/859 à 916) et aux exemptions (NATS 1/917 à 1062) dans leur intégralité. Quelques dossiers d'autres ensembles ont été consultés dont les retours statistiques des commissions médicales régions par régions (NATS 1/377 à 382) et les dossiers du département Finances et organisation qui permettent notamment de consulter les instructions concernant le fonctionnement et les locaux des commissions ainsi que les questions posées par le Parlement. Grâce à ces archives, on peut avoir accès, outre à l'organisation institutionnelle du recrutement, à toute une réflexion autour des critères du recrutement et de la procédure de l'examen médical qui se développe et circule aux échelons les plus élevés de l'État, afin de répondre, notamment, aux inquiétudes de l'opinion publique. Cette approche systématique a été complétée par la consultation de quelques autres dossiers dans les archives du Ministère de la Guerre (WO) et les archives du Cabinet Office (CAB).

Direction du Service de santé

L'activité des conseils de révision peut être abordée par les archives de la direction du Service de santé, qui sont conservées au Service historique de la Défense. J'ai dépouillé l'intégralité des onze cartons de la série GR 9 NN 7, comprenant chacun plusieurs centaines de documents traitant de l'incorporation des recrues et des conditions d'aptitude physique. Cette sous-série donne notamment accès aux circulaires et projets de circulaires sur l'incorporation, aux rapports, notes, graphiques et tableaux statistiques sur la valeur physique du contingent, aux avis de l'Académie de médecine et des différentes commissions consultatives, à la correspondance du Service de santé, aux réflexions sur la modification de l'instruction.

Ces archives ont été déterminantes pour éclairer un certain nombre de points, notamment les modalités concrètes la réforme de l'instruction dans le sens d'un assouplissement des critères de la sélection, l'adaptation empirique de l'entraînement face à l'arrivée au régiment de jeunes gens particulièrement fragiles, les formes de la protestation militaire et médico-militaire, la concertation entre le Service de santé, les sociétés savantes et les commissions consultatives, l'usage des statistiques et les débats qui les entourent, notamment sur l'âge de l'incorporation, et enfin les modalités du rétablissement d'un processus de sélection plus rigoureux. Les mesures permettant d'assurer une sélection rigoureuse des inscrits font l'objet de multiples débats, à commencer, en France, par ceux de la Commission Supérieure de Consultation d'Hygiène et d'Épidémiologie militaire qui cherche, notamment en février 1914, à adapter les modalités du recrutement aux nouvelles exigences de la loi du 7 août 1913.

Royal Army Medical Corps Papers et British Medical Association Papers

Des rapports, procès-verbaux, correspondances et coupures de presse concernant les affaires relatives à la sélection ont été consultées à la Wellcome Library dans les archives du RAMC (quatre cartons) et de la British Medical Association (deux cartons).

Auckland Geddes Papers

Conservées au Churchill Archives Center, les archives personnelles d'Auckland Geddes ont apporté un précieux éclairage sur le fonctionnement des commissions médicales britanniques du recrutement. Auckland Campbell Geddes (1879-1954), professeur d'anatomie et membre de la Royal Society d'Édimbourg, occupe le poste de directeur du recrutement en 1916 et 1917 avant d'être placé à la tête du Ministère du Service national. C'est donc un personnage central des opérations médicales du recrutement. Ses archives regroupent une documentation abondante éclairant les rouages du Ministère, notamment la collecte des statistiques de guerre. J'ai dépouillé cinq cartons, dont GEDD 4, consacré à sa carrière ministérielle, qui comprend huit dossiers m'intéressant particulièrement.

Documents parlementaires

La question de l'aptitude militaire fait l'objet de débats enflammés dans les instances de la représentation nationale, notamment à la Chambre des Communes britannique, caisse de

résonnance de l'inquiétude de l'opinion, et à la Chambre des députés française, tribune des hygiénistes préoccupés par les conséquences sanitaires de la sélection. Les discussions autour de l'application des *Military Service Acts* en Angleterre et de l'appel anticipé des classes ont été systématiquement consultés. Dans les deux pays, les procès-verbaux des séances ont été numérisés. Ils permettent d'observer l'importance prise par la question de la sélection dans les débats, les dynamiques de la mobilisation, notamment les formes rhétoriques de l'indignation et l'importance de quelques figures particulièrement engagées contre le fléchissement des critères de la sélection. J'ai pu également consulter les textes de loi se rapportant aux effectifs et au recrutement, ainsi que certains rapports parvenus aux parlementaires sur la valeur du contingent.

Archives du Tribunal d'appel de Middlesex

Il n'est pas évident d'avoir accès au point de vue des recrues sur l'examen médical. Les descriptions littéraires sont rares. Face aux décisions irrévocables des conseils de révision, les familles des recrues rédigent parfois des lettres adressées au commandant du bureau de recrutement ou à un médecin, dans l'espoir d'obtenir un certificat. Mais le caractère dispersé de ces sources rend leur étude systématique difficile. En Angleterre, il est possible de faire appel de l'obligation de servir, notamment pour raisons de santé, par l'intermédiaire d'une institution dédiée, le tribunal d'appel[93]. Peu de dossiers d'appel ont été conservés en raison d'une politique de destruction de matériaux sensibles menée à l'issue de la guerre. Quelques dossiers et documents épars ont survécu dans les tribunaux qui se sont opposés à cette entreprise[94]. Les archives du tribunal de Middlesex et plusieurs documents du Tribunal Central ont été épargnés et sont conservés aux *National Archives*. Les archives du tribunal de Middlesex forment un ensemble documentaire unique, remarquablement catalogué et désormais accessible en ligne, qui donne ainsi accès de manière privilégiée au discours des recrues sur leurs propres capacités physiques. On y trouve 1 100 cas d'appel pour motif de santé de 1916 à 1919 (MH 47/114 ; MH 47/115 et MH 47/116), sur 11 307 dossiers conservés.

[93] Sur les tribunaux d'appel, GREGORY Adrian, « Military Service Tribunals: civil society in action », in HARRIS Jose, *Civil Society in British History. Ideas, Identities*, *Institutions*, OUP, Oxford, 2003, p. 177-191 ; LITTLEWOOD David, *Military Service Tribunals and Boards in the Great War: Determining the Fate of Britain's and New Zealand's Conscripts*, Londres, Routledge, 2018 ; MCDERMOTT James, *British Military Service Tribunals, 1916–1918: "A Very Much Abused Body of Men"*, New York, Manchester University Press, 2011.

[94] Pour un recensement de l'ensemble des archives des tribunaux d'appel disponibles sur le territoire britannique, on consultera ce document sur le site des Archives Nationales : http://www.nationalarchives.gov.uk/wp-content/uploads/2016/02/Military-Service-Tribunal-survey-Dec-2015-copy.pdf, consulté le 4 août 2020.

Chaque dossier comprend un formulaire portant mention du nom, de l'adresse, de l'âge et de la profession du plaignant ; de la date et du lieu de l'examen médical, du classement initial qu'il conteste, et enfin des raisons – rédigées par la recrue elle-même ou par un membre de sa famille – qui motivent cette contestation. La plainte est accompagnée de certificats médicaux et d'autres documents justificatifs. Enfin, un dernier formulaire mentionne si un nouvel examen a été concédé au plaignant et, le cas échéant, le résultat de celui-ci sous forme d'un classement final. Tous les plaignants saisissent le tribunal afin de voir leur classement initial dégradé.

Constatant l'intérêt du fonds d'archives du tribunal de Middlesex, les *National Archives* ont appelé les chercheurs et chercheuses à s'en emparer afin de dresser un portrait de l'état de santé pendant la guerre des populations de Middlesex[95]. Les dossiers d'appel présentent en effet une grande variété de troubles, malformations cardiaques, déficiences visuelles ou auditives, bronchite chronique, arthrose ou encore troubles mentaux parfois rangés sous la très imprécise étiquette « neurasthénie ». Pour autant, il me semble difficile, à partir de ces sources, d'obtenir une image représentative de l'état de santé de la population. Elles présentent en effet un certain nombre de limites qui empêche de considérer qu'elles renverraient une image représentative de l'état de santé de la population dans son ensemble.

C'est là l'évidence, mais il faut néanmoins la rappeler, il s'agit d'une population exclusivement masculine, puisque seuls les hommes sont, par définition, susceptibles de rejoindre les rangs de l'armée. Étudier cet échantillon comme une population représentative constituerait un retour à une dommageable tradition d'invisibilité des questions relatives à la santé des femmes[96]. Il s'agit ensuite d'une population qui considère sa condition physique diminuée. On ne pourra donc établir avec précision la prévalence de telle ou telle infirmité par rapport à la population saine puisque l'ensemble de l'échantillon est, par définition, atteint d'un trouble. Cet échantillon est en outre biaisé sociologiquement. Certaines catégories y sont sous-représentées, alors même qu'elles sont exposées à des pathologies singulières et à des accidents du travail. Les travailleurs agricoles et les ouvriers font ainsi très rarement appel et, lorsqu'ils ont recours aux tribunaux, ils invoquent prioritairement des raisons économiques et non de santé[97]. D'autres part, pour avoir recours aux services des tribunaux, il faut disposer de

[95] « *These papers deserve a fuller and more frank assessment as they may be invaluable in painting a picture of the health of wartime Middlesex, especially Greater London* » in BARNES Chris, « Not fit for purpose », *op. cit.*
[96] Sur ce point, MEMBRADO Monique, « Les femmes dans le champ de la santé : de l'oubli à la particularisation », *Nouvelles Questions Féministes*, 2006, vol. 25, n° 2, p. 16-31 ; CLARKE Juanne, « Sexism, Feminism and Medicalism: A Decade Review of Literature on Gender and Illness », *Sociology of Health and Illness*, 1983, vol. 5, n° 1, p. 62-82.
[97] MCDERMOTT James, *British Military Service Tribunals, op. cit.,* p. 182.

compétences multiples. La démarche nécessite de qualifier une situation d'injustice, de trouver les mots pour exprimer ses déficiences, de formuler des revendications et d'engager une action pour y remédier. Ces compétences relèvent aussi bien du capital procédural que du pouvoir de dire la maladie, tels qu'ils sont définis par les sociologies critiques du droit et des sciences. Elles sont socialement et culturellement discriminantes. À ces ressources s'ajoutent parfois celles du capital économique, certains plaignants ayant les moyens culturels, sociaux et économiques, de recourir à des professionnels du droit[98].

Sans pouvoir donc procéder à l'étude de l'état de santé d'une population dans son ensemble, et en tenant compte des limites de ces sources, il est néanmoins possible d'en tirer des perspectives sur les caractéristiques de l'inaptitude vue et exprimée par les recrues elles-mêmes, ainsi que sur les modalités d'administration de la preuve de cette inaptitude par la certification médicale. C'est là la perspective que j'ai adoptée, en consultant un échantillon de 110 dossiers, soit 1/10 du volume total des dossiers concernés par la question. En dehors des dossiers des plaignants, la série MH 47 donne accès aux minutes des séances du tribunal et à sa correspondance. Enfin, le carton MH 47/144 contient le procès-verbal des séances du Select Committee, la commission qui a enquêté sur les dysfonctionnements des examens médicaux, notamment les auditions des témoins et le pré-rapport du président de la commission, que j'ai consultés.

[98] Sur la notion de capital procédural, SPIRE Alexis, WEIDENFELD Katia, « Le tribunal administratif : une affaire d'initiés ? Les inégalités d'accès à la justice et la distribution du capital procédural », *Droit et société*, 2011, vol. 3, n° 79, p. 689-713.

PREMIERE PARTIE :

LA MEDICALISATION DU RECRUTEMENT

Chapitre 1
Choisir des hommes pour la guerre

> *Yahvé dit à Gédéon : « Ce peuple est encore trop nombreux. Fais-les descendre au bord de l'eau et là, pour toi, je les éprouverai. Celui dont je te dirai : Qu'il aille avec toi, celui-là ira avec toi. Et tout homme dont je te dirai : Qu'il n'aille pas avec toi, celui-là n'ira pas ».*
>
> *Livre des Juges,* 7.4

Dans ce chapitre, je m'intéresse à la pensée de l'aptitude militaire par les experts médicaux et à la formulation scientifique des critères de l'incorporation. J'entends montrer que la pensée de l'aptitude ressort d'une pensée stratégique hygiéniste qui associe santé du soldat, conservation des effectifs et efficacité du collectif armé. En France comme en Angleterre, la sélection médicale des recrues est déployée comme un dispositif censé garantir à la fois l'intérêt du sujet et l'efficacité militaire. Pour ce faire, les médecins développent une double conception de l'aptitude, à la fois fonctionnelle et institutionnelle. La sensibilité de l'opinion au sort des soldats s'étant affirmée dans le second XIX^e^ siècle, les médecins pensent l'aptitude de manière humanitaire en termes d'adéquation entre un individu et les exigences d'une institution. Le milieu militaire est décrit comme particulièrement exigeant et délétère sur le plan sanitaire. Il s'agit de s'assurer que les exigences de la vie de soldat n'excèdent pas les capacités du jeune homme. Mais dans le contexte militariste de concurrence internationale et d'inquiétude liée au déclin des nations européennes, l'aptitude est également pensée de manière fonctionnelle. Elle n'est pas seulement évaluée comme une performance individuelle, mais comme la capacité rejoindre le collectif armé sans en menacer l'homogénéité, ni le fonctionnement. Comprendre l'expertise médicale relative au recrutement comme une entreprise de triage médico-institutionnel, articulée à une conception fonctionnelle et institutionnelle de l'aptitude, permet de relire à nouveaux frais l'histoire du diagnostic. En s'écartant de l'étude des querelles nosographiques et des discussions savantes sur la pathologie, on peut analyser l'ensemble du

processus comme une vaste entreprise de rationalisation administrative assistée par le savoir médical.

Le processus de sélection français a été décrit comme un processus d'épuration[1]. Afin d'assurer l'efficacité de l'outil militaire, en écho à la modernité industrielle, la sélection médicale des recrues se fait outil de rationalisation de l'administration de l'armée de masse. Les médecins sont alors gestionnaires d'un capital humain évalué en termes de rendement et de coût d'entretien[2]. Je montrerai ici que les savoirs médicaux sont mis au service d'une logique pragmatique de triage médico-institutionnelle qui vise en premier lieu à exclure les inaptes. Le corps médical contribue ainsi à désigner la déviance – l'inaptitude – et à définir la norme – l'aptitude[3]. Faire émerger une population choisie, constituée d'individus de qualité, sur lesquels reposent l'efficacité de l'armée et donc la puissance de la nation, doit se faire en identifiant et en écartant les inadaptés, potentiels vecteurs de contamination physique et morale de la troupe. La sélection constitue en cela un dispositif prophylactique intégré à l'arsenal des mesures préventives qui fondent le développement de l'hygiène dans la seconde moitié du XIX^e^ siècle et le triomphe de sa rationalité, notamment en France à partir de 1905.

L'élaboration des critères de l'aptitude fait l'objet d'un intense débat épistémologique avant et pendant le conflit. L'analyse de leur évolution en France au XIX^e^ siècle, menée par Odile Roynette et Heinrich Hartmann, peut être approfondie et étendue au cas britannique[4]. Je me propose de classer ces critères en trois catégories. La première comprend des éléments qui visent à garantir l'efficacité de l'armée ; la deuxième vise à garantir l'intérêt du candidat ; la troisième, enfin, souligne que les critères de l'aptitude reflètent une certaine normativité dont les caractéristiques ne sont pas entièrement dictées par les besoins de l'institution militaire.

Ce chapitre traitera donc dans un premier temps de la pensée de l'aptitude, puis de l'exclusion des inaptes à la fois comme processus d'épuration et dispositif prophylactique, et enfin des critères de l'aptitude militaire tels qu'ils sont conçus par les experts médicaux des deux armées. Mon propos s'appuie sur les instructions officielles relatives à l'aptitude des

[1] RASMUSSEN Anne, « Expérimenter la santé des grands nombres : les hygiénistes militaires et l'armée française, 1850-1914 », *Le Mouvement Social*, vol. 257, n°4, 2016, p. 71-91.

[2] Sur la notion de capital humain et la possibilité de réinterpréter en termes économiques ce qui n'était pas considéré comme relavant de cette sphère, voir FOUCAULT Michel, *Naissance de la biopolitique*, *Cours au Collège de France, 1978-1979*, Paris, Gallimard, 2004, p. 225 et note 12 p. 241.

[3] Sur la désignation de la norme et de la déviance par le corps médical : FOUCAULT Michel, *Les Anormaux. Cours au Collège de France (1974-1975)*, Paris, Gallimard-Le Seuil, 1999.

[4] Sur les critères médicaux du recrutement en France, on lira HARTMANN Heinrich, *Der Volkskörper bei der Musterung: Militärstatistik und Demographie in Europa vor dem Ersten Weltkrieg*, Göttingen, Wallstein, 2011 ; ROYNETTE Odile, *« Bons pour le service ». L'expérience de la caserne en France à la fin du XIX^e^ siècle*, Paris, Belin, 2017 [2000].

recrues, les débats des commissions consultatives, sur les thèses, traités et manuels d'hygiène et de médecine consacrés en tout ou partie à la question et sur les articles de la presse spécialisée et générale.

I. « *We want above all things fit and healthy men* » : l'ère de la gestion scientifique du contingent

1. Justesse et justice du recrutement

Les médecins hygiénistes français et britanniques se sont employés, durant les décennies précédant la Grande Guerre et pendant le conflit lui-même, à fonder et raffiner scientifiquement la sélection médicale des recrues en prenant en compte la dimension humanitaire du processus. Il s'agit de préserver et protéger le candidat à l'incorporation des rigueurs de la vie militaire. En lien avec l'intérêt de l'individu, l'aptitude au service armé est pensée en termes d'adéquation entre les spécificités du candidat à l'incorporation et les exigences de l'environnement militaire[5]. « On ne demande pas à un petit moteur, fût-il d'un fonctionnement parfait, de mouvoir une charge trop lourde » écrit Adrien Besson (1873-1944), médecin militaire lillois, dans un ouvrage consacré à l'évaluation de l'aptitude[6]. « Arbitres de l'exemption[7] », les médecins veillent à ce que le service des armes n'excède pas les capacités de l'individu, en accord avec le regard humanitaire porté par une opinion nouvellement sensible au sort des soldats[8]. Il s'agit de faire en sorte que « le sacrifice n'excède pas l'obligation[9] » selon un « principe de juste proportionnalité des droits et devoirs du citoyen[10] ».

Ce principe procède d'une vision contractuelle des obligations réciproques de l'État et des citoyens. En France, la rhétorique de l'impôt du sang, traditionnellement associée aux cultures politiques républicaine et socialiste, oriente le débat public vers l'égalité des citoyens-

[5] J'adapte ici en l'inversant une formulation de Romuald BODIN qui définit le handicap comme un écart entre les nécessités d'un environnement et les spécificités d'un individu dans *L'institution du handicap*, La Dispute, Paris, 2018, p. 42.
[6] BESSON Adrien, *De l'Évaluation de l'aptitude physique au service militaire des jeunes sujets*, Lille, H. Morel, 1921, p. 45.
[7] « *Arbiters of legitimate absence of duty* », in HARRISON Mark, « Medicine and the management of Modern Warfare », *History of Science*, vol. 34, n°4, 1996, p. 379-410.
[8] BEST Geoffrey, *Humanity in Warfare: The Modern History of the International Law of Armed Conflicts*, Londres, Routledge, 1983.
[9] DOUSSET Léonce, *Le risque militaire et la solidarité sociale*, Fontenay-le-Comte, Charles Pételot, 1907.
[10] RASMUSSEN Anne, « Préserver le capital humain. Une doctrine hygiéniste pour préparer la guerre démocratique ? », *Mil neuf cent. Revue d'histoire intellectuelle*, vol. 33, n°1, 2015, p. 71-95.

soldats face au sacrifice nécessaire à la défense de la patrie[11]. À la faveur des réflexions qui ont accompagné l'élargissement de la conscription et du climat réformiste de l'après-1870, s'est consolidé le principe de l'exception biologique aux obligations militaires[12]. La loi du 21 mars 1905, qui fait de l'égalité devant les obligations militaires une règle absolue, stipule ainsi que « Tout Français doit le service militaire », un service « égal pour tous » qui « hors le cas d'incapacité physique », « ne comporte aucune dispense » (article 2)[13]. En Angleterre, le contrat tacite entre l'État et le citoyen insiste sur l'idée de « justice » (*fairness*), profondément inscrite dans la culture politique anglaise. C'est la « justice » qui est censée asseoir la légitimité de la constitution britannique, régir les comportements politiques et, en conséquence, prescrire la place de chacun dans l'effort de guerre[14]. C'est en vertu de cette même justice, que l'armée doit faire en sorte qu' « aucun individu en dehors de ceux qui se trouvent en pleine capacité physique ne soit envoyé sur le champ de bataille[15] ». La sélection médicale des recrues s'insère donc dans une série de dispositifs de nature contractuelle visant à réguler les obligations réciproques de l'État et des citoyens.

La réflexion développée par les médecins français et britanniques contribue à asseoir le principe selon lequel il ne doit pas être exigé des individus plus d'efforts qu'ils ne peuvent en fournir. Elle repose sur une conception institutionnelle de l'aptitude. Les candidats à l'incorporation sont en effet dits « bons pour le service » ou, à l'inverse, « *disabled for military service*[16] ». Les formules administratives consacrées soulignent ici le fait que l'aptitude n'est pas un état en soi mais un rapport entre un individu et une institution[17]. L'armée fabrique des critères d'admission qui lui sont propres :

---

[11] HORNE John, « *L'impôt du sang* ». Republican rhetoric and industrial warfare in France, 1914-1918 », *Social History*, 1989, vol. 14, n°2, p. 201-223 ; LUZZATTO Sergio, *L'Impôt du sang. La gauche française à l'épreuve de la guerre mondiale (1900-1954)*, Presses universitaires de Lyon, 1996.

[12] Sur l'élargissement de la conscription et les débats qu'il a suscités, on consultera CHANET J.-F., *Vers l'armée nouvelle. République conservatrice et réforme militaire 1871-1879*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2006 ; CREPIN A., *Histoire de la conscription*, Paris, Gallimard, 2009.

[13] Loi du 21 mars 1905. Promulguée au *Journal Officiel* le 23 mars 1905. Sur le principe d'égalité dans la loi de 1905, voir Georges Garreau, *Commentaire de la loi du 21 mars 1905 sur le recrutement de l'armée et la réduction à deux ans de la durée du service dans l'armée active*, thèse de droit, Paris, H. Charles-Lavauzelle, 1906, p. 89, cité par RASMUSSEN Anne, « Préserver le capital humain. Une doctrine hygiéniste pour préparer la guerre démocratique ? », *Mil neuf cent. Revue d'histoire intellectuelle*, vol. 33, no. 1, 2015, pp. 71-95.

[14] MCKIBBIN Ross, « Why was there no Marxism in Great Britain? », *The English Historical Review*, Vol. 99, N° 391, avril 1984, p. 297-331.

[15] « none but able-bodied men should be put in the field » in AITKEN William, *On the Growth of the Recruit and young soldier with a view to a judicious selection of growing lads for the Army, and a regulated system of training for recruits*, Londres, Macmillan and Co, 1887 (2nd Edition), p. vi. Sauf mention contraire, toutes les traductions sont personnelles.

[16] NA, NATS 1/866, Recruiting Department, Medical examinations: proposed instruction draft, 1917, p. 21.

[17] Sur les représentations fonctionnalistes du corps, « outil ajusté à des fins particulières », on lira BOLTANSKI Luc, « Les usages sociaux du corps », *Annales*, Année 1971 26-1 pp. 205-233.

> Il ne suffit pas en effet d'établir gravement que tel homme est tuberculeux, albuminurique, entéritique ou cardiaque, mais de savoir si l'atteinte morbide qui le frappe le met en état d'infériorité suffisante pour le rendre incapable de servir[18].

Il ne s'agit donc pas, pour reprendre la distinction normal/pathologique chère à Georges Canguilhem en la transposant à aptitude/inaptitude, d'une définition d'un point de vue biologique mais d'un rapport d'adéquation entre un vivant et un milieu : « Un vivant est normal dans un milieu donné pour autant qu'il est la solution morphologique et fonctionnelle trouvée par la vie pour répondre à toutes les exigences du milieu. Relativement à toute autre forme dont il s'écarte, ce vivant est normal, même s'il est relativement rare[19] ». Toute configuration morphologique et fonctionnelle peut être normale dans un contexte, et anormale dans un autre. Tout individu peut donc, de la même façon, être considéré apte à accomplir certaines tâches et inaptes à en accomplir d'autres. Les médecins militaires élaborent en conséquence une réflexion sur la corrélation entre des caractères morphologiques, physiologiques et psychiques et le métier des armées, conçu comme une branche spécifique de l'activité humaine. Ces caractéristiques doivent permettre d'identifier non pas un état de santé dans l'absolu mais de déterminer les « qualités guerrières[20] », la « valeur combative du futur soldat[21] ». Observant le cas du soldat Dep…, 1m50, 47kg, un médecin précise que ce « modèle trop réduit », « s'il est adapté aux conditions de la vie normale », « ne pourra suffire aux efforts supplémentaires (marches, port d'équipement, travaux etc.) qui lui seront demandés au corps ». Pour lui, « la vie militaire ne ressemblant en rien à la vie habituelle de chacun », il est impératif d'évaluer la jeune recrue au regard des exigences du port des armes. Il arrive que les médecins s'écartent de cette conception purement institutionnelle de l'aptitude. Dans le cas de l'évaluation de la vision, Félix Lagrange souligne ainsi en 1914 qu'un sujet capable d'être bachelier doit être capable de servir au moins dans le service auxiliaire ou qu'il est anormal que d'excellents chasseurs ne soient pas reconnus bons[22]. C'est ici l'aptitude du conscrit en dehors de l'institution militaire qui sert de point de référence. Mais dans l'ensemble, c'est bien la spécificité de l'activité militaire qui est soulignée.

---

[18] LIDY Paul-Antoine-Joseph, *Cardiopathies valvulaires et aptitude militaire*, thèse de l'académie de Paris, 1918, p. 10.
[19] CANGUILHEM Georges, *Le Normal et le Pathologique*, Paris, PUF, 2013 [1966], p. 91.
[20] « Le choix du conscrit », in BRISSAUD Édouard, PINARD Adolphe, RECLUS Paul, *Nouvelle pratique médico-chirurgicale illustrée,* Paris, Masson, 1911, p. 613-614.
[21] LIDY Paul, *Cardiopathie valvulaires et aptitude militaire, op. cit*. p. 9.
[22] LAGRANGE Félix, « De la correction de l'astigmatisme, envisagée au point de vue militaire », *Bulletin de l'Académie nationale de médecine*, n°23, 3e série, tome LXXI, 1914, p. 763 et 769. L'auteur poursuit une réflexion entamée avec « Les vices de réfraction et l'acuité envisagée au point de vue du service armé », *Bulletin médical*, 1899, p. 1126.

Le développement de l'hygiène militaire a permis de mettre en évidence les risques particuliers auxquels les recrues se trouvent exposées en intégrant l'institution militaire. Les études sur les caractéristiques morbides de l'armée ont en effet révélé une surmortalité du contingent par rapport à la population civile[23]. Le collectif armé apparaît comme un milieu spécifique au sein duquel l'individu se trouve soumis à la fois à des exigences particulières et à un environnement délétère qui alimente la virulence des sources pathogènes[24]. Les considérations sur la pénibilité du métier des armes sont un passage obligé des manuels d'hygiène militaire. Pour C. H. Melville, la recrue est « susceptible de se trouver exposée soudainement à des conditions de danger et de fatigue tout à fait extrêmes que nous avons coutume de désigner par le nom de service sous les drapeaux[25] ». Les recrues en font elles-mêmes l'amère expérience. R.W. Brierley évoque ainsi ses premiers jours d'entraînement en 1915 : « j'étais persuadé d'être en forme avant de m'engager, mais j'ai découvert bien des muscles dont j'ignorais jusqu'à l'existence, et au début, ils étaient tous très douloureux[26] ». Les médecins britanniques considèrent même que le milieu dans lequel est plongé la recrue ainsi que les activités qui sont celles du militaire sont propices au développement d'un trouble cardiaque spécifique, le « cœur du soldat » (« *soldier's heart* »)[27]. Ces considérations s'inscrivent dans un contexte où l'évaluation de l'aptitude et donc de la vulnérabilité des individus face aux risques d'un milieu donné fait l'objet de débats à la fin du XIX^e^ siècle. On retrouve des réflexions similaires sur la nécessaire adaptation à l'environnement dans les mondes militaire, scolaire et ouvrier[28]. Le risque est grand de faire courir à la recrue trop fragile

[23] ROYNETTE Odile, « L'Âge d'homme. Les représentations de la masculinité chez les médecins militaires au XIX^e^ siècle », in BARDET Jean-Pierre, LUC Jean-Noël, ROBIN-ROMERO Isabelle et ROLLET Catherine, *Lorsque l'enfant grandit : entre dépendance et autonomie*, Paris, Presses de l'Université Paris-Sorbonne, 2003, p. 281 et suiv. ; ROYNETTE Odile, *Bons pour le service. La caserne à la fin du XIX^e^ siècle*, Paris, Belin, 2017 [2000], p. 227 et suiv. ; RASMUSSEN Anne, « Expérimenter la santé des grands nombres : les hygiénistes militaires et l'armée française, 1850-1914 », *Le Mouvement Social*, vol. 257, n°4, 2016, p. 71-91 ; HARRISON Mark, « Medicine and the management of Modern Warfare », *art. cit.*, p. 379-410.

[24] THOLOZAN Joseph, « De l'excès de mortalité dû à la profession militaire », *Gazette médicale de Paris*, 1859, p. 346-349, 360-364 et 410-411 ; VALLIN Émile, « Hygiène de la profession militaire » in LEVY Michel, *Traité d'hygiène publique et privée*, Paris, J.-B. Baillière, 1869 [1844], t. 2, p. 776-867 ; BERTILLON J., « De la morbidité et de la mortalité par profession », *Revue d'hygiène et de police sanitaire*, vol. XIII, 1891, p. 981-1066, cité par RASMUSSEN Anne, « Expérimenter la santé des grands nombres », *art. cit.*, p. 71-91.

[25] « *Liable to be exposed suddenly to conditions of extreme exposure and exertion, both mental and physical, which we sum up under the words field service* » in MELVILLE Charles Henderson, *Course of lectures on army sanitation*, Excerpt from vol. XXXII, n°3 (1911) of the *Journal of the Royal Sanitary Institute*, 1911, p. 170.

[26] « *I thought I was very fit before I joined up, but I discovered a lot of muscles I never knew I had, and they all ached at first* » in « War Memoirs of R.W. Brierley », manuscrit non publié, 1915, Imperial War Museum Archives p. 191.

[27] PEMBREY M.S., « Observation upon disordered action of the heart, so-called "soldier's heart" », *Journal of the Royal Army Medical Corps (JRAMC)*, December 1910, p. 718-724.

[28] Sur les liens entre aptitude et compatibilité et les questionnements ouverts par l'indemnisation des accidents du travail, instaurée en 1898, voir : OMNES Catherine, BRUNO Anne-Sophie (dir.), *Les Mains inutiles : inaptitude au travail et emploi en Europe*, Paris, Belin, 2004.

des risques inconsidérés. Le médecin aide-major Hainault relate ainsi le sort de L…, jeune cantonnier de vingt et un ans, incorporé au 134e régiment d'infanterie, qui succombe d'une rupture d'anévrisme aortique à l'issue d'un exercice[29]. L'évocation de tels destins tragiques est bien souvent l'occasion de rappeler les épreuves de la vie militaire que sont l'entraînement, la marche et le port de l'équipement, épreuves qu'un organisme frêle, même adapté à la vie civile, ne peut supporter :

> Ici, ce sont des adhérences pleurales qui plus tard, dans les marches forcées, sous le poids du sac et de l'armement, avec la constriction exercée sur le thorax par le col, les courroies et le ceinturon, seront la cause immédiate de ces insuffisances pulmonaires qui correspondent aux formes dites asphyxiques du coup de chaleur. […] Telles qu'elles sont, [ces lésions] ne portent aucune atteinte au jeu normal des organes intéressés ; elles sont mêmes restées compatibles avec l'accomplissement des obligations professionnelles antérieures à l'incorporation. Mais les dures nécessités de la vie militaire vont changer cet état de choses […]. Les marches d'entraînement, si salutaires pour un organisme sain, deviennent des stimulants morbides pour ces cœurs déjà marqués du sceau pathologique. Des lésions cardio-vasculaires à peine ébauchées, en reçoivent une impulsion funeste, qui les réveille de leur sommeil et les sollicite à l'activité pathogène[30].

L'accroissement et la diversification de l'équipement des soldats font qu'il n'est pas rare que le soldat se déplace avec un chargement d'une trentaine de kilos, voire davantage[31]. Chargement qu'il doit être capable de porter au cours de marches d'épreuves particulièrement éprouvantes. Le *Larousse médical de guerre* de 1917 précise que « l'entraînement à la marche doit être tel que, après 6 mois, le soldat avec charge de 27 kilogr. (sac, fusil, cartouches) fasse les marches d'épreuve, c'est-à-dire parcoure, en 4 jours consécutifs, 20, 22, 24 et 26 kilomètres[32] ». Ainsi, pour Edward Munson, auteur américain d'un manuel d'hygiène qui circule largement dans les milieux britanniques, « le soldat peut être appelé à tout moment à faire l'expérience du maximum de fatigue et de privations qu'un être humain soit capable de supporter[33] ». Il est fréquent que les médecins assimilent le métier des armes au summum de l'effort à fournir au

[29] KELSCH Achille, « Les cardiopathies latentes et la mort subite dans l'armée », *Bulletin de l'Académie nationale de médecine*, n°30, 3e série, tome XLVI, L. Maretheux, 30 juillet, 1901, « Observation 20 », p. 264-265. Pour les équivalences des grades, voir annexe n° 1.
[30] KELSCH Achille, *Ibid*, p. 277-278.
[31] AUDOIN-ROUZEAU Stéphane, « L'équipement des soldats », *Encyclopédie de la Grande Guerre*, 2004, p. 285.
[32] « Aptitude militaire », in GALTIER-BOISSIERE Jean, *Larousse médical de Guerre illustré*, Larousse, Paris, 1917, p. 12. Sur le rôle de la marche d'épreuve dans l'entraînement de l'armée britannique, qui peut durer plus de 30 km (20 miles), on lira CAMPBELL James D., *« The Army isn't all work » Physical Culture and the Evolution of the British Army, 1860-1920*, Farham, Ashgate Pub. Co., 2012, p. 150.
[33] « *The soldier may be called upon at any time to sustain the maximum of fatigue and privation of which the human being is capable* » in *Theory and Practice of Military hygiene*, London, Bailliere, Tindall&Cox, 1902, p. 1.

point que la rudesse de la vie militaire est parfois assimilée à un retour à la vie primitive[34]. Certains experts sont moins catégoriques. Georges Lemoine (1856-1942) est professeur d'hygiène à l'École d'application de médecine militaire du Val-de-Grâce de 1901 à 1911 et membre du Conseil supérieur d'Hygiène publique de France. Pour lui, « les fatigues imposées au soldat au cours de leur service militaire sont souvent beaucoup moins intenses que celles que subissent nombre d'ouvriers des villes ou de la campagne ». Mais, précise-t-il, « Agriculteurs, ouvriers des campagnes ou des villes, commerçants, industriels, bureaucrates, hommes ayant mené jusque-là une vie sédentaire, ou une vie active, aucun n'est préparé à l'existence militaire[35] ». Un travail nouveau exigeant pour son accomplissement un effort plus considérable que celui auquel on est habitué, il en résulte que pour tous, le service sera inévitablement source d'une intense fatigue.

La fragilité de la recrue face aux exigences de l'environnement militaire est accrue par son exposition à un milieu que tous les hygiénistes s'accordent à considérer comme particulièrement pathogène[36]. Les médecins combinent des éléments néo-hippocratiques – qui privilégient l'étude de la composante environnementale – et les apports plus récents de la théorie des germes – qui favorise la prise en compte des maladies infectieuses – pour mettre en évidence un risque accru de contagion dû aux conditions sanitaires du contingent. Le déracinement, la confrontation du soldat paysan au milieu urbain ou du soldat métropolitain au milieu tropical, la promiscuité de la caserne ou du cantonnement sont notamment en cause. L'armée « multiplie pour les malingres, les causes de débilitation[37] ». Le soldat court alors le risque de la maladie infectieuse ou du délabrement moral[38]. Il importe donc de disposer d'un « *corps d'élite*[*] soigneusement sélectionné[39] » qui, se trouvant confronté à ces influences, disposera des atouts nécessaires pour les supporter.

---

[34] CALDWELL Robert, *Military Hygiene*, Londres, Baillière, Tindall&Cox, 1910 [2e edition], p. 203 ; MELVILLE Charles Henderson, *Course of lectures on army sanitation*, *op. cit.*, p. 170.

[35] LEMOINE Georges, *La Tuberculose dans l'armée et dans la marine, diagnostic de la prétuberculose,* Paris, O. Doin, 1909*,* p. 110. Pendant la guerre, médecin inspecteur général Georges Lemoine est successivement médecin de corps d'Armée, médecin d'Armée puis inspecteur général de Groupe d'Armées. Voir l'*Annuaire prosopographique : la France savante* du Comité des travaux historiques et scientifiques, URL : http://cths.fr/an/prosopographie.php.

[36] RASMUSSEN Anne, « Expérimenter la santé des grands nombres », *art. cit.*, p. 71-91 ; ROYNETTE Odile, *Bons pour le service, op. cit*.

[37] CAZIOT Paul, *Revue d'hygiène et de police sanitaire*, n°26, 1904, p. 304.

[38] VENAYRE Sylvain, « Le corps malade du désir du pays natal. Nostalgie et médecine au XIXe siècle », in DEMARTINI Anne-Emmanuelle, KALIFA Dominique (dir.), *Imaginaire et sensibilités au XIXe siècle. Études pour Alain Corbin*, Paris, créaphis, 2005, p. 209-222.

[*] En français dans le texte.

[39] « Carefully chosen *corps d'élite* » in WHITE Arnold, *Efficiency and Empire*, Methuen & Co, 1901, p. 95.

L'aptitude est ainsi associée à la robustesse et à la capacité de résistance. L'assimilation du métier des armes à une profession et le développement de la réflexion sur le travail ouvrier amène les médecins physiologistes à interroger tout particulièrement le rôle de la fatigue, ennemi endémique des sociétés industrielles. « La capacité de résistance de l'individu est entamée par la fatigue » affirme en 1912 le Dr K. B. Barnett qui fait de cette affliction l'un des « principaux facteurs favorisant la propagation des maladies[40] ». À partir des années 1860, le corps est assimilé à un moteur qui consomme des calories et dont la dépense d'énergie doit être contrôlée afin d'éviter qu'il ne soit soumis à un exercice trop intense[41]. Le surmenage ou l'affaiblissement de l'organisme mal disposé ou mal préparé qui devient la proie des germes infectieux est alors l'un des principaux risques menaçant la jeune recrue ainsi que le souligne le Dr Moreau-Defarges :

> Le soldat doit avoir un organisme sain, robuste, bien constitué, capable de résister aux nombreuses causes de maladie en temps de paix et de supporter les privations, les fatigues, les intempéries en campagne[42].

À cet égard, les conséquences de la modernité sur les exigences du port des armes ne font pas l'unanimité chez les médecins. Pour certains, les progrès de la tactique et de la technologie permettent de contrebalancer la force physique. Faisant remarquer que Végèce, au V^e^ siècle, insistait sur la robustesse des recrues, les auteurs d'un article consacré au choix des conscrits en 1911, nuancent :

> Voilà ce que dit Végèce […] à une époque où la force physique n'était pas contrebalancée par la science et par la tactique : il fallait alors, plus que de notre temps encore, ne prendre que les hommes les plus vigoureux. Mais aujourd'hui notre système de guerre nous autorise à être moins sévères, et nous permet de recevoir dans les rangs de l'armée des sujets qui, à l'époque de Végèce, en auraient été exclus[43].

---

[40] « *The resisting power of the individual is lowered by fatigue* » ; « *chief favourable factors for the spread of disease* » in BARNETT K. B., *Handbook on military sanitation for regimental officers*, Londres, Forster Groom, 1912, p. 26.

[41] MOSSO Angelo, *La fatigue intellectuelle et physique*, Paris, Alcan, 1894 ; JOTEYKO Iosifina, *Entraînement et fatigue au point de vue militaire*, Bruxelles, Institut Solvay, Misch et Thron, 1905. Voir BLAYNEY Steffan, « Industrial Fatigue and the Productive Body: the Science of Work in Britain, c. 1900–1918 », *Social History of Medicine*, vol. 32, n°2, mai 2019, p. 310–328 ; RABINBACH Anton, *The Human Motor: Energy, Fatigue and the Origins of Modernity*, New York, Basic Books, 1990 [traduction française *Le moteur humain : l'énergie, la fatigue et les origines de la modernité*, Paris, La Fabrique, 2004, notamment page 20] ; SARACENO Marco, « De la mesure du corps à la politique des corps. Une histoire des sciences du travail 1880-1920 », thèse de doctorat en sociologie et histoire des sciences, Université Paris Ouest Nanterre La Défense, 2013. Voir aussi ROYNETTE Odile, *Bons pour le service…, op. cit.*, p. 230.

[42] MOREAU DEFARGES, *Journal de médecine et de chirurgie pratique à l'usage des médecins*, 25 mars 1916.

[43] « Le choix des conscrits » in BRISSAUD Édouard, PINARD Adolphe, RECLUS Paul, *Nouvelle Pratique médico-chirurgicale illustrée*, *op. cit.*, p. 613.

À la même époque, Robert Caldwell tire des mêmes considérations sur le progrès technique des conclusions inverse. Pour lui, une condition physique supérieure (« *absolute fitness* ») demeure une nécessité primordiale :

> Avec les armes à longue portée, l'infanterie demeure sous le feu un temps relativement important, ainsi, toutes choses égales par ailleurs, plus l'objectif est atteint rapidement, moindres sont les chances de subir des pertes et plus grandes sont les chances de succès[44].

Dans cette perspective, la vitesse de déplacement individuelle sous le feu de l'ennemi est plus que jamais essentielle.

2. Efficacité de l'armée et puissance de la nation

Le corps médical, s'il prend en compte l'intérêt de la recrue, s'attache en priorité aux conséquences de la sélection sur l'armée dans son ensemble. Le choix des hommes apparaît en effet comme condition préalable à la formation d'une machine de guerre efficace. En cela les opérations médicales du recrutement constituent un savoir technique tourné vers l'action qui s'appuie sur une conception fonctionnelle de l'aptitude, définie comme capacité à contribuer à un collectif[45]. La sélection doit permettre à chaque individu d'occuper la fonction la plus adaptée non seulement pour lui mais pour la communauté qu'il intègre et, d'une manière plus générale, pour la société elle-même[46]. William Aitken (1825–1892) est membre de la commission d'enquête pour la santé des armées envoyée en Crimée, puis professeur de pathologie à l'Army Medical School de Netley. Il est l'auteur d'un manuel de référence sur la sélection des recrues[47]. Pour lui, « estimer la qualité, la solidité et la capacité du matériel humain doit être l'un des fondements de la constitution de toute armée[48] ». Il s'agit de faire résider dans le corps du soldat les ressorts de la combativité et de la puissance de l'armée[49]. C'est donc pour

---

[44] « *A point recently brought to notice in public by the commanding officer of a distinguished regiment is the prime necessity for absolute physical fitness on the field of battle. With long-range weapons the time that attacking infantry must be under fire is relatively great, and therefore, other things being equal, the more rapidly the objective can be attained, the fewer the number of casualties, and the greater the chances of success* » in *Military Hygiene*, *op. cit.*, p. 218.

[45] Sur la dimension fonctionnelle de la notion d'aptitude, CAHEN Fabrice, CAVALIN Catherine, ROSENTAL Paul-André, « Mesurer la valeur humaine. Morale, biopolitique, utilitarisme, XVIII^e^-XXII^e^ siècle », *Incidence. Philosophie, littérature, sciences humaines et sociales*, n°12, Automne 2016, p. 11-23, p. 19.

[46] Pour une réflexion identique dans le milieu scolaire, voir MARTIN Jérôme, « Aux origines de la « science des examens » (1920-1940) », *Histoire de l'éducation*, 94, 2002, section 17.

[47] AITKEN William, *On the Growth of the Recruit, op. cit.*, p. v.

[48] « An estimate of the quality, strength, and capacity of human material should be primary to the formation of any army » in AITKEN William, *On the Growth of the Recruit, op. cit.*, p. v.

[49] EHRENBERG Alain, *Le Corps militaire : politique et pédagogie en démocratie*, Paris, Aubier-Montaigne, 1983, p. 52.

ces auteurs, une « nécessaire attention[50] » qui doit être accordée au choix des recrues. « Nous ne pourrons assez insister sur l'importance de l'efficacité de l'armée. Or cette efficacité repose au premier chef de la santé des troupes » décrète William Farr (1807-1883), statisticien pionnier de la santé publique et fondateur de la surveillance épidémiologique[51]. « Ce que nous voulons par-dessus-tous, ce sont des hommes solides et en bonne santé » (« *We want above all things fit and healthy men*[52] »). Les médecins contribuent ainsi au développement d'une pensée stratégique hygiéniste liant de manière privilégiée santé du soldat, conservation des effectifs et efficacité de l'armée. L'apport des médecins à la stratégie militaire est d'autant plus reconnu que dans le dernier tiers du XIX^e^ siècle, la santé des soldats est devenue un enjeu militaire, et ceux qui en ont la charge un maillon de la chaîne de commandement. L'hygiénisme est ainsi partie prenante de la défense des frontières et la médecine militaire se trouve dotée d'une aura civique et patriotique[53]. L'évocation de la sélection médicale des recrues est l'occasion de formuler cette doctrine :

> Un recrutement efficace étant au fondement de l'organisation des forces armées, l'intelligence et la justesse avec lesquelles on procède à cette tâche constituent un élément central dont dépendent la santé, de l'efficacité et de la mobilité de l'armée à venir[54].

Le jugement médical procède donc d'une évaluation qui n'est pas seulement celle de la performance individuelle, mais celle de la capacité de la recrue à rejoindre un ensemble sans en menacer l'homogénéité et sans en compromettre le fonctionnement. Selon que les auteurs privilégient la métaphore techniciste ou organiciste, l'armée est décrite soit comme un tout organique, soit comme une machine :

> Les perpétuels traînards deviennent vite un encombrement. […] Le poids mort des retardataires obligerait [l'officier] à renoncer à la souplesse et à l'entrain qui sont les qualités d'une bonne troupe. […] Ces malingres gardés dans le régiment […] n'en demeurent pas moins disséminés

[50] « *Due regard* » in AITKEN William, *On the Growth of the Recruit, op. cit.*, p. v.
[51] « *The importance of the efficiency of the army cannot be overrated. Now that efficiency depends primarily on the health of the troops* » in FARR William, *Journal of the Statistical Society of London*, vol. 24, Wiley for the RSS, Décembre 1861, p. 474.
[52] EVATT George J. H., « The Medical care of the Volunteer Forces », *British Medical Journal*, 27 janvier 1907, p. 232.
[53] HARRISON Mark, « The Medicalization of war – The Militarization of Medicine », *Social History of Medicine*, vol. 9, n°2, août 1996, p. 267-276 ; MURARD Lion, ZYLBERMAN Patrick, *L'Hygiène dans la République. La santé publique en France ou l'utopie contrariée 1870-1918*, Fayard, Paris, 1996.
[54] « *Efficient recruitment being the prime necessity in the organisation of a military force, the intelligence and faithfulness with which this duty is performed constitute an important element upon which the future health, efficiency and mobility of an army depend.* » *in* MELVILLE Charles Henderson, *Military Hygiene and sanitation*, Londres, E. Arnold, 1912, p. 22. L'auteur reprend ici mot pour mot le propos inaugural d'un manuel américain paru dix ans plus tôt : MUNSON Edward, *Theory and Practice of Military hygiene, op. cit.*, p. 1.

> dans tous les coins, gênant, en certains moments, tous les rouages de la machine régimentaire qui fonctionne dans le but exclusif de la préparation à la guerre des éléments valides[55].

L'action de cette machine peut dès lors être compromise par des rouages défectueux ou des éléments aux capacités limitées.

Cette conception stratégique et fonctionnelle de l'aptitude est articulée à un paradigme utilitariste qui conduit les médecins à favoriser les corps productifs, seuls capables de résister aux conditions du service et de contribuer efficacement au déploiement des forces armées. L'ère de la gestion scientifique du contingent se déploie au moment où l'État entend rationaliser les forces vives de la nation et contrôler l'économie des forces corporelles en les orientant dès le plus jeune âge vers les valeurs patriotiques. En France, Léon Gambetta défend dès 1871 l'importance du dressage corporel du futur citoyen soldat :

> Je ne veux pas seulement que cet homme pense et raisonne, je veux qu'il puisse agir et combattre. Il faut mettre partout, à côté de l'instituteur, le gymnaste et le militaire afin que nos enfants, nos soldats, nos concitoyens soient tous aptes à tenir une épée, à manier un fusil, à faire de longues marches, à passer les nuits à la belle étoile, à supporter vaillamment toutes les épreuves de la Patrie[56].

La loi du 28 mars 1882 met ainsi la gymnastique et les exercices militaires au programme des écoles de garçons, le décret du 22 décembre 1904 nomme une commission interministérielle chargée d'établir les bases communes de la guerre, de l'instruction publique et des sociétés de gymnastique. En Angleterre, le tournant du siècle est le moment de consolidation de l'idéal victorien du corps athlétique, étroitement associé à l'accomplissement du devoir national[57]. Dans les deux pays, la médecine se voit alors confier par l'État « la mission d'optimiser la productivité des corps laborieux[58] », de gérer l'efficacité des ressources humaines[59]. Le corps est plus que jamais considéré de manière utilitariste, en fonction de son aptitude à produire une activité efficace[60]. Le mot d'ordre qui ouvre le XX^e^ siècle au Royaume-Uni est *National Efficiency*. L'efficacité, recherchée aussi bien pour l'entreprise que pour le pays, doit gouverner

---

[55] SOLMON Dr, « Pelotons de robusticité », *Armée et démocratie : journal hebdomadaire*, 18 juillet 1908, p. 470.
[56] GAMBETTA Léon, *Discours prononcé à Bordeaux*, le 26 juin 1871, cité par CREPIN Annie, *Histoire de la conscription*, p. 290.
[57] HALL Donald E. (dir.), *Muscular Christianity. Embodying the Victorian Age*, Cambridge, Cambridge University Press, 1994.
[58] STURDY Steve, « The Industrial Body », in COOTER Roger, PICKSTONE John (dir.), *Companion to Medicine in the Twentieth Century*, New York, Routledge, 2003, p. 220.
[59] CHANET Jean-François, FREDJ Claire, RASMUSSEN Anne, « Soigner les soldats : pratiques et expertises à l'ère des masses », *Le Mouvement Social*, vol. 257, n°4, 2016, p. 3-19 ; BLAYNEY Steffan, « Industrial Fatigue and the Productive Body », *art. cit.*, p. 310–328 ; BUZZI Stéphane, DEVINCK Jean-Claude, ROSENTAL Paul-André, *La santé au travail (1880-2006)*, Paris, La Découverte, 2006.
[60] RABINBACH Anson, *Le moteur humain, op. cit.*, p. 252.

l'ensemble des aspects de l'activité et de l'existence humaine[61]. La rationalisation de la société doit permettre, en façonnant des organismes industrieux, son amélioration.

C'est donc une vision pragmatique du corps laborieux qui oriente les cadres cognitifs des opérations médicales du recrutement. À cet égard, la combinaison entre la biopolitique et l'utilitarisme inclut une dimension économique. La pensée de l'efficacité est associée à celle du rendement, de la productivité et du coût d'entretien de la population militaire. Le gouvernement anatomique du contingent est alors conçu en termes de capital humain dont il s'agit de maximiser les capacités contributives[62]. La métaphore économique et comptable n'est pas qu'une image, les effectifs sont ouvertement appréhendés du point de vue de la valeur du soldat et des dépenses qu'il occasionne[63]. L'effort financier et l'investissement hygiéniste de l'État doivent être payé en retour. Au Royaume-Uni, les hygiénistes britanniques connaissent l'adage de William Farr, selon lequel « il n'est rien d'aussi dispendieux qu'une armée en mauvaise santé[64] ». Le terme « gaspillage » (*waste*) est omniprésent et immédiatement relié au budget de l'État (*the cost to the State of that waste*)[65]. En France, dans un ouvrage de 1903 consacré à l'aptitude des conscrits, le médecin major Émile Tartière, souligne ainsi que :

> Le pays qui s'impose de lourds sacrifices pour entretenir ce formidable instrument de défense qu'est l'armée française, a droit à ce que tout gaspillage ou tout embarras soit mis de côté[66].

On craint que des soldats recrutés en dépit d'une constitution trop fragile ne se traînent d'hôpitaux en hôpitaux, finissent par succomber et constituent l'État en frais inutiles[67]. Dès le milieu du XIX^e^ siècle en Angleterre, cet impératif économique est fréquemment associé à un chiffre évocateur, celui de 100 livres :

---

[61] PORTER Dorothy, PORTER Roy, « What was social medicine, A historiographical essay », *Journal of Historical Sociology*, I, 1988, p. 99 ; SEARLE Geoffrey Russell, *The Quest for national efficiency: A Study in British Politics and Political Thought, 1899-1914*, Berkeley and Los Angeles, University of California Press, 1971.

[62] Parmi de nombreux exemples de l'utilisation du terme « rendement » : SHD GR 9 NN 7 1101, Note pour l'État-major de l'armée (3^e^ bureau I) n° 14.435 B. 4/7, 11 juillet 1918, mentionne la nécessité de prendre des mesures pour « le meilleur rendement militaire de la classe 1919 ». Sur l'armée comme capital humain, RASMUSSEN Anne, « Préserver le capital humain. Une doctrine hygiéniste pour préparer la guerre démocratique ? », *Mil neuf cent. Revue d'histoire intellectuelle*, vol. 33, n°1, 2015, p. 71-95.

[63] Voir ROCHARD Jules, *La valeur économique de la vie humaine*, Paris, Berger-Levrault, 1885 ; MARVAUD Angel, *Les maladies du soldat. Étude étiologique, épidémiologique, clinique et prophylactique,* Paris, Félix Alcan, 1894.

[64] « *Nothing is so expensive as an unhealthy military force* » in « The Health of the British Army, and the Effects of Recent Sanitary Measure on its Mortality and Sickness », *Journal of the Statistical Society of London*, vol. 24, Wiley for the RSS, Décembre 1861, p. 472.

[65] WL, RAMC/31/1, DAVY Arthur F., *The breakdown of young soldiers under training explained*, 18 juillet 1883, p. I.

[66] TARTIERE Emile, *De l'aptitude des conscrits au service militaire. Le bon recrutement de l'armée et son influence sur l'état sanitaire de l'armée*, Lyon, Imprimerie nationale, 1903, p. 2.

[67] Sur cette question, voir HARTMAN Heinrich, *The Body Populace. Military Statistics and Demography in Europe before the First World War*, Cambridge Massachusetts, the MIT Press, 2019, p. 71.

> Les médecins doivent avoir à l'esprit que chaque recrue rendue à la vie civile après trois mois d'entraînement représente pour le gouvernement une perte sèche de près de 100 livres […][68].

L'articulation entre aptitude et rentabilité reflète celle du monde ouvrier où l'indemnisation des accidents du travail, favorisée entre autres par l'*Employers Liability Act* de 1880, accentue l'importance de l'évaluation des qualités du travailleurs au moment de l'embauche, à l'heure où la mécanisation augmente les risques d'accidents.

Dans la littérature médicale, les cadres de la pensée économique supplantent explicitement la pente humanitaire notamment en temps de guerre, lorsque des intérêts collectifs supérieurs se substituent à ceux de l'individu, et la logique comptable au sentiment :

> Dans les circonstances normales de la vie civile, la fonction et l'action des hygiénistes peuvent être considérées de deux manières différentes. Du point de vue pratique et utilitariste de l'économiste, la maladie et la mort relèvent du gaspillage ruineux et […] une société est d'autant plus riche qu'elle est en bonne santé ; d'un autre côté, du point de vue du philanthrope – un point de vue sentimental s'il en est, mais associé à ce que la nature humaine fait de plus noble – la maladie et la mort doivent être combattues dans la mesure où elles sont inséparables de la souffrance et de l'affliction.
>
> De la même manière, en temps de guerre, l'œuvre des Services de santé peut être regardées de deux manières très différentes ; mais considérant la nature et l'objet de l'activité guerrière, on s'accordera sans peine à considérer que la dimension humanitaire doit passer au second plan. L'existence même des Services de santé, l'importance d'une administration sanitaire efficace, reposent sur la nécessité absolue de maintenir l'armée et les individus qui la composent dans de bonnes conditions afin qu'ils puissent exercer de la meilleure manière le travail singulier pour lequel les troupes sont formées et entraînées[69].

---

[68] « *But the medical officer has to remember that every recruit rejected after three months' training means a dead loss of about £100 to Government* » in LELEAN Percy Samuel, *Sanitation in War*, London, J.&A. Churchill, 1915, p. 3. On note déjà la presence de ce chiffre dans AITKEN William, *op. cit*., p. xiv : « *Considered merely in a money point of view (if, as calculated, a soldier costs the country £100 a year), it is worth some care and trouble to train him efficiently and economically, which can only be done by keeping him in good health and condition during the period of training* ».

[69] DEWAR Thomas F., *On the sanitation of armies on active service in the field*, London School of Hygiene & Tropical Medicine Library and Archives Service, 1907 : « *In civil life under ordinary conditions the offices and efforts of the sanitarian may be regarded from two standpoints. They may be viewed from the practical and utilitarian aspects of the economist who recognizes that disease and death are ruinously wasteful and that [...] the healthiest is also the wealthiest community; or alternately, they may be regarded from the point of view of the philanthropist – a sentimental point of view, it may be, but identified with the highest sentiment in human nature – who would attack and resist disease and death because they are inevitably accompanied by suffering and grief. / In war, also, the work of the Sanitary Staff may be regarded from two very diverse points of view; but, in view of the nature and object of warfare, it will be universally conceded that the humanitarian aspect must take a secondary place. The very existence of a sanitary staff, the importance of an efficient sanitary administration, is based upon the urgent need of maintaining armies and their individual components in the best condition for the performance of the special work for which troops are raised and trained* ».

Le capital humain, que l'économiste Alfred de Foville définit en 1903 comme « ce que vaut, économiquement parlant, la machine humaine, agissant comme agent de production et source de revenu[70] », est relié à la question de la richesse et de la puissance de la nation. Outre les enjeux économiques, les implications politique et savantes sont d'importance dans la mesure où le discours sur l'aptitude se déploie dans un contexte militariste de concurrence internationale et d'inquiétude liée au déclin des nations européennes. La sélection apparaît ainsi comme une « chose grave[71] » pour Jules Rouget et Charles Dopter, acteurs centraux du système de Santé français pendant la guerre. Elle est toujours abordée sous l'angle de la nécessité, voire de la « nécessité primordiale » (« *prime necessity* »), formule qui constitue chez les Britanniques un véritable leitmotiv. Considérés comme indispensables à la préservation du corps du soldat, les médecins se trouvent être du même coup les garants du corps de la nation[72]. L'efficacité de l'armée est d'autant plus nécessaire que le puissant voisin est toujours suspect de vouloir déclencher un conflit. En Angleterre :

> Notre nation dans son ensemble ne désire que la paix avec ses voisins ; mais dans la mesure où nous nous trouvons entourés de puissances belliqueuses et de dynasties maintenues au pouvoir par le seul prestige des armes, nous ne pourrons assez insister sur l'importance de l'efficacité de l'armée. Or cette efficacité repose au premier chef de la santé des troupes[73].

La crainte d'une insuffisance quantitative et qualitative de l'armée est omniprésente dans un contexte où les exigences de la défense nationale s'imposent aux sociétés industrielles pour créer un état permanent de préparation des sociétés à la guerre. Le discours sur la qualité du contingent est systématiquement articulé au thème de la puissance de la nation. Ainsi en Angleterre, les officiers du régiment se plaignent-ils régulièrement de recevoir des recrues trop immatures physiquement pour être envoyées sur des terrains étrangers. En 1892, un tiers des volontaires sont déclarées inaptes au moment du recrutement, et une proportion non négligeable

---

[70] Cité par FAURE Fernand, « Alfred de Foville », *Journal de la société statistique de Paris*, 54, 1913, p. 551-581, p. 573.

[71] Jules ROUGET, Charles DOPTER, *Hygiène militaire*, vol. IX, *Traité d'hygiène*, Paul BROUARDEL, E. MOSNY (eds.), Paris, J.-B. Baillière, 1907, p. 15.

[72] FREDJ Claire, « Médecins en campagne, médecine des lointains. Le service de santé des armées dans les campagnes du Second Empire (Crimée, Chine-Cochinchine, Mexique) », thèse de doctorat d'histoire sous la direction de Daniel NORDMAN, EHESS, 2006.

[73] « *Friendship with all our neighbours is the desire of the whole nation; but surrounded as we are by great warlike Powers, and by dynasties kept afloat by military glory, the importance of the efficiency of the army cannot be overrated. Now that efficiency depends primarily on the health of the troops* » *in* FARR William, *Journal of the Statistical Society of London*, vol. 24, WILEY for the RSS, Décembre 1861, p. 474.

est réformée dans les trois mois suivant l'incorporation[74]. Depuis la seconde guerre des Boers (1899-1902), l'état de santé des recrues suscite une inquiétude durable. Seuls 14 000 des 20 000 volontaires sont reconnus aptes à rejoindre les forces armées[75]. La force de projection que représente l'armée est au cœur du discours des hygiénistes britanniques, préoccupés comme le reste de leurs compatriotes par le déclin tant économique que militaire de l'empire britannique et la possible dégénérescence de la population[76]. Pour autant, la pensée de la sélection, fût-elle pragmatique et utilitariste, ne se départit jamais complètement d'une justification humanitaire. La sélection préventive du collectif militaire doit en effet se substituer à la sélection naturelle qui, en éliminant par la mort les individus inadaptés, constitue un instrument bien cruel de la nature. La rhétorique qui présente la sélection préventive comme plus humaine que la sélection naturelle, se retrouve dans des termes absolument identiques dans le discours des eugénistes britanniques tel qu'il est formulé en 1913 par l'architecte W.C. Marshall[77].

3. Le triage médico-institutionnel

La sélection médicale des recrues est un outil de rationalisation de l'administration de l'armée de masse. Elle est un outil permettant d'agir sur le monde, un modèle d'action. À l'ère de l'administration savante du collectif militaire, les hygiénistes se voient investir d'une compétence technique managériale adaptée aux formes nouvelles de la guerre qui font écho à la modernité industrielle[78]. En s'appuyant sur une conception fonctionnelle et institutionnelle de l'aptitude, les médecins s'écartent du processus diagnostique pour adopter une posture pragmatique qui favorise une logique de triage médico-institutionnel. L'exigence de rationalisation et d'efficacité de l'activité médicale, telle qu'elle se manifeste dans la seconde

---

[74] FRENCH David, *Military Identities: The Regimental System, the British Army, and the British People, C.1870-2000*, Oxford University Press, 2008, p. 35.
[75] READ Donald (dir.), *Edwardian England*, London, Croom Helm, 1979, p. 363.
[76] WHITE Arnold, *Efficiency and Empire*, Methuen & Co, 1901, p. 99-100. Sur cette question, voir CHAMBERLIN J. Edward, GILMAN Sander L. (dir.), *Degeneration: The dark side of progress*, New York, 1985 ; FLOUD Roderick, GREGORY Annabel, WATCHER Kenneth, « The physical state of the British working class, 1870-1914: Evidence from Army recruits », *National Bureau of Economic Research, Working Paper 1661*, 1985 ; SEARLE Geoffrey Russell, « Eugenics and Class », in WEBSTER Charles, *Biology, medicine and society, 1840-1940*, Cambridge, 1981, p. 217-242 ; NYE Robert A., *Crime, madness and politics in modern France: The medical concepts of national decline*, Princeton, 1984.
[77] « *The Eugenist recognises that selection is essential to the progressive improvement of the human race, but he seeks to substitute a selective birth-rate for the selective death-rate which has been the cruel instruments used by nature. Anything therefore which affects the birth-rate in a way which is, or may be made, selective, affects Eugenics* » in MARSHALL W.C., « The effect of economic conditions on the birth-rate », *Eugenics Review*, 5, 2, 1914, p. 114-129, ici p. 115, cité par ROSENTAL Paul-André, *Destins de l'eugénisme*, Paris, Seuil, note 32, p. 515.
[78] Sur la compétence technique et managériale de la médecine HARRISON Mark, « Medicine and the management of Modern Warfare », *art. cit.*, p. 394 ; sur la modernisation de la guerre, HAGERMAN Edward, *The American Civil War and the emergence of Modern Warfare*, Bloomington & Indianapolis, Indiana University Press, 1988.

moitié du XIX^e siècle, est issue à la fois de la sensibilité accrue de l'opinion au sort des soldats, des formes contemporaines du capitalisme industriel et de la généralisation des armées de masse. Après les désastres sanitaires comme celui de la guerre de Crimée, l'indignation populaire a fait office d'aiguillon pour la rationalisation du fonctionnement des Services de santé. Ainsi que l'a théorisé Max Weber, l'extension de la rationalité, caractéristique du capitalisme industriel, a débordé le champ économique pour atteindre d'autres sphères d'activité[79]. Dans les sociétés industrielles émergentes, s'établit un consensus autour de la nécessité de certaines formes de discipline et d'organisation adaptées aux mutations de l'économie afin de rationaliser les processus et favoriser l'efficacité. Ce consensus traverse l'usine, le cabinet du médecin ou encore l'hôpital militaire[80]. Avant même la systématisation de l'organisation du travail par le taylorisme, les experts médicaux s'efforcent de rationaliser la gestion du collectif armé en s'appuyant sur des bases scientifiques. Évacuation des blessés, organisation de l'hôpital, détermination de normes et de procédures sont autant d'indices de cette volonté de rendre plus efficace l'administration du collectif armé.

Enfin, l'institutionnalisation de l'hygiène militaire dans la seconde moitié du XIX^e siècle a consacré la rupture avec les préceptes de la clinique tels qu'ils étaient défendus par Claude Bernard. Pour ce dernier, la médecine avait pour principal objet l'individu[81]. Or, avec le développement d'armées de masse et la généralisation des grands effectifs, les hygiénistes ont développé la médecine des grands nombres, appuyée sur des outils statistiques et caractérisée par le souci du collectif, de la rationalisation et de l'efficacité. La sélection, qui a par essence vocation à simplifier l'administration des masses, prend dès lors une nouvelle dimension pragmatique. Le choix de corps normés et adaptés aux exigences de la vie militaire rejoint la dynamique de standardisation caractéristique des grands effectifs. À la normalisation et l'interchangeabilité des matériels, doit répondre celle des soldats, dont les médecins sont les arbitres. Le corps médical est chargé de construire et d'appliquer les règles qui enserrent la

[79] WEBER Max, *Essays in sociology*, New York, 1972, p. 222 et sur l'extension de la dynamique de la rationalisation, p. 293-4.
[80] STURDY Steve, « The political economy of scientific medicine: Science, education and the transformation of modern medicine in Sheffield, 1890-1922 », *Medical history*, vol. XXXVI, 1992, p. 125-159 ; ROSEN George, « The efficiency criterion in medical care, 1900-1920: An early approach to an evaluation of health service », *Bulletin of the history of medicine*, 1, 1976, p. 28-44 ; ROSENBERG Charles E., « Inward vision and outward glance: The Shaping of the American hospital, 1880-1914 », *Bulletin of the history of medicine*, vol. LIII, 1976, p. 349-391 ; REVERBY Susan, « Stealing the golden eggs: Ernest Amory Cochman and the science and management of medicine », *Bulletin of the history of medicine*, vol. IV, 1981, p. 156-71 ; DE SWAAN Abram, *In care of the state: Health care, education and welfare in Europe and the USA in the modern era*, Cambridge, 1988.
[81] BERNARD Claude, *Principes de médecine expérimentale*, Paris, Presses universitaires de France, 2008 [1947], p. 70. L'ouvrage a été écrit entre 1855 et 1877 ; Sur l'hygiène comme médecine des grands nombres, voir RASMUSSEN, Anne, « Expérimenter la santé des grands nombres : les hygiénistes militaires et l'armée française, 1850-1914 », *Le Mouvement Social*, vol. 257, n°4, 2016, p. 71-91.

recrue dans un cadre normatif mathématisé. Les médecins définissent aussi bien l'inclinaison du corps pendant la marche que la ration adéquate nécessaire à l'alimentation du soldat ou les normes de l'aptitude militaire[82]. Les deux dernières pouvant d'ailleurs se rejoindre, comme en témoignent les inquiétudes croissantes des Britanniques quant à la qualité de la dentition des recrues en lien avec leur capacité à mâcher les *Army Biscuits* et donc à être correctement alimentés tout au long de la campagne[83].

Procédure caractéristique des administrations de masse, la standardisation vise d'abord l'homogénéité du contingent. L'idée d'uniformité, qui procède de la sélection et du partage des conditions militaires, est ainsi récurrente dans la littérature d'hygiène militaire[84]. Pour François-Clément Maillot et Jean Puel, « la première condition d'un corps d'armée, c'est l'uniformité de ses membres[85] ». L'uniformité est au principe de la cohérence de l'armée et de la naissance d'un esprit de corps, gage de l'efficacité du collectif militaire. C'est probablement ce souci qui permet d'expliquer le fait qu'on ait pu, en France, être écarté du rang pour laideur extrême, même si le fait demeure rare. L'instruction militaire stipule en effet que « la laideur extrême, résultant soit d'une vicieuse conformation des traits ou d'un défaut de proportion entre eux, soit de l'atrophie d'une partie de la face, soit enfin d'un manque de symétrie des deux côtés du visage, peut motiver ainsi le classement dans le service auxiliaire ou même l'exemption ». En 1901, le conseil de révision du Gard exempte de ses devoirs militaires un conscrit « bien constitué, fort, solide, parfaitement en état de servir[86] » mais affligé d'un visage particulièrement disgracieux. Autour de 1900, la laideur ne relève pas seulement du jugement

[82] Sur l'émergence de la normalisation et de l'interchangeabilité des matériels, on lira PESTRE Dominique (dir.), *Deux siècles d'histoire de l'armement en France. De Gribeauval à la force de frappe*, Paris, CNRS Éditions-Comité pour l'histoire de l'armement, 2005, p. 22-23 ; ALDER Ken, *Engineering the Revolution: Arms and Enlightenment in France, 1763-1815*, Princeton, Princeton University Press, 1997. Les médecins sont décrits comme « *arbiters of norms and standards* » par Mark HARRISON dans « Medicine and the management of Modern Warfare », *art.cit.*, p. 394. Sur la position du corps pendant la marche, voir par exemple : « Positions of the body in marching », in HEHIR Patrick, *Prevention of disease and inefficiency with special reference to Indian frontier warfare*, *with special reference to Indian Frontier Warfare*, Allahabad, Pioneer Press, 1911 [2e édition], p. 61. On lira aussi le sous-chapitre « Une théorie de la station » dans VIGARELLO Georges*, Le corps redressé. Histoire d'un pouvoir pédagogique*, Paris, Le Félin, 2018, p. 141-150 ; Sur les tentatives de définition scientifique de la ration des troupes coloniales et britanniques, on lira HARRISON Mark, « Crossing the Danger line: Diet, Disease and Morale in Mesopotamia », in LIDDLE Peter, HUGH Cecil, *Facing Armageddon. The First World War Experienced*, Londres, Leo Cooper/Pen and Sword, 1996.

[83] MCCULLOGH T., « Rejections on account of defective teeth », *Journal of the Royal Army Medical Corps*, 1er août 1904, p. 188-190, WESTCOTT S., « The Teeth of the soldier », *Journal of the Royal Army Medical Corps*, 1er février 1907, p. 141-150 ; « Soldier's teeth », in « Medical Correspondence », *Journal of the Royal Army Medical Corps*, 1er juillet 1914, p. 127-129.

[84] RASMUSSEN Anne, « Expérimenter la santé des grands nombres », *art. cit.*, p. 71-91.

[85] MAILLOT François-Clément, PUEL Jean, *Aide-mémoire médico-légal de l'officier de santé de l'armée de terre*, Paris, J.-B. Baillière, Gaultier-Laguionie, 1842, p. 5.

[86] GRIMM Thomas, « Les laideurs célèbres », *Le Petit Journal*, 23 juin 1901.

esthétique, elle est investie d'une valeur diagnostique par les médecins. Une dysharmonie prononcée de la face est parfois perçue comme le signe d'une dégénérescence voire d'un tempérament criminel. L'irrégularité physique est alors associée à l'irrégularité morale et la laideur à un mal héréditaire dont elle serait la manifestation visible. Mais il est aussi possible qu'anticipant une réaction de rejet de la part des camarades de la recrue, la médecine militaire interprète l'aspect repoussant comme un stigmate – c'est-à-dire un attribut associé au discrédit et facteur d'exclusion – et se fasse ainsi garante, par l'exclusion préventive, de la cohésion du collectif militaire[87]. Dès l'Instruction du 27 février 1877, les médecins s'efforcent en effet de déterminer si « quelque infirmité, sans gêner l'exercice des fonctions, est de nature à exciter le dégoût et, par là même, est incompatible avec la vie en commun des soldats[88] ». On retrouve la même formulation dans les Instructions en vigueur pendant toute la durée de la guerre[89].

Orientés par l'efficacité, les savoirs de la maladie sont alors mobilisés par les médecins comme des systèmes d'action. L'entreprise diagnostique est dirigée vers une seule activité, le « triage » des candidats à l'incorporation. On retrouve le terme dans les travaux des médecins[90]. La sélection médicale des recrues constitue un avatar de la « médecine du tri », paradigme majeur de la médecine moderne et scientificisée du XX^e^ siècle[91]. Elle est en effet orientée par une logique de tri considérée comme « moralement juste et techniquement efficace[92] ». Dans

[87] Sur l'importance du visage et, plus précisément, de l'expression faciale et les théories savantes qui se développent autour de cette question, on lira DUPOUY Stéphanie, « Le visage au scalpel : l'expression faciale dans l'œil des savants (1750-1880) », thèse de doctorat en philosophie de l'Université Paris 1, 2007, 2^e^ et 3^e^ partie. Sur la laideur comme signe de l'*uomo deliquente*, voir la diffusion en Europe des thèses de Cesare LOMBROSO, notamment de *L'uomo deliquente studiato in rapporto all'antropologia, alla medicina legale e dalle discipline carceriare*, Bologne, Il Mulino, 1887. Sur la laideur comme signe d'irrégularité morale, on pourra lire les analyses de Valentine HOFFBECK sur le rôle de la laideur dans le diagnostic d'arriération mentale dans « De l'arriéré au malade héréditaire : histoire de la prise en charge et des représentations du handicap mental en France et Allemagne (1890-1934) », Thèse de doctorat en histoire contemporaine de l'Université de Strasbourg, 2016, p. 307-309. Sur la laideur comme stigmate et le stigmate en général, voir GOFFMAN Erwin, *Stigmate : les usages sociaux des handicaps*, Paris, 1975 (1^e^ édition, *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*, Upper Saddle River, 1963) ; sur l'association entre laideur, stigmate et exclusion, NAHOUM-GRAPPE Véronique, « Les canons de la laideur », *Communications*, n°60, 1995, numéro « Beauté, laideur », sous la direction de Véronique NAHOUM-GRAPPE et Nicole PHELOUZAT-PERRIQUET, p. 29-47, ici p. 30. Pour une réflexion plus générale sur l'utilisation en histoire de la notion de stigmate et du corpus Goffman, on mettra à profit les analyses de PLUMAUZILLE Clyde, ROSSIGNEUX-MEHEUST Mathilde, « Le stigmate ou La différence comme catégorie utile d'analyse historique », *Hypothèses*, vol. 17, n°1, 2014, p. 215-228.

[88] DUPONCHEL Émile, *Traité de médecine légale militaire, conseil de révision et opérations médicales du recrutement, mode de répartition des militaires malades,* Paris, Octave Doin, 1890, p. 31.

[89] Ministère de la guerre, *Recrutement de l'armée : aptitude physique au service militaire*, Paris, H. Charles-Lavauzelle, 1916, p. 6.

[90] LEMOINE Gustave, *Traité d'hygiène*, *op. cit*., p. 3 ; BONNETTE Pierre*, Du choix des conscrits : indices de robusticité physique, utilisation méthodique du contingent, service armé, service auxiliaire, dépôts de viriculture extra-régimentaires pour les malingres*, Paris, Octave Doin et fils, 1910, p. 3.

[91] LACHENAL Guillaume, LEFEVE Céline et NGUYEN Vinh-Kim, *La médecine du tri,* Paris, Presses Universitaires de France, 2014, p. 10-11.

[92] *Ibid*., p. 11.

les instructions françaises, chaque entrée est abordée de manière fonctionnelle et pragmatique afin de faciliter le triage. Les symptômes sont systématiquement mis en regard, non avec une origine, une étiologie ou les subtilités d'un diagnostic, mais avec la décision qu'ils doivent motiver quant à l'incorporation :

> Les malformations congénitales et les difformités acquises […] peuvent entraîner, suivant leur gravité, le classement dans le service auxiliaire, l'exemption ou la réforme.
>
> Le rétrécissement prononcé du thorax avec symphyse pleurale, suite de pleurésie, motivera toujours l'exemption et la réforme.
>
> Les déformations de l'omoplate, les arrêts de développement, les courbures difformes ou irrégulières de la clavicule qui gênent le port du sac ou entravent les mouvements […] motivent le classement dans le service auxiliaire, l'exemption ou la réforme suivant le degré des troubles fonctionnels qu'elles entraînent[93].

Dans ce paragraphe, il importe peu que malformations et difformités soient d'origine congénitale ou acquise. De même, c'est le rétrécissement du thorax – symptôme et signe visible – plus que la pleurésie qui motive l'exemption. Attribuer un diagnostic a certes un but classificatoire en soi. L'individu, une fois son trouble nommé, se trouve incorporé dans une classification nosographique. Mais contrairement aux pratiques de triage médical étudiées par Guillaume Lachenal, Céline Lefève et Vinh-Kim Nguyen, la sélection médicale des recrues n'a pas pour objectif de produire des effets sur les pratiques de soin[94]. Il s'agit d'un triage médico-institutionnel qui vise à trouver ou non une place au nouvel arrivant dans l'institution militaire. L'examen évacue donc la question causale de l'origine de l'affection indispensable à la formulation d'une solution thérapeutique. Pour le cardiologue Camille Lian (1882-1969), qui cherche en 1916 à « apprécier l'aptitude militaire des palpitants », les épreuves d'effort « ne sont pas destinées à établir la nature des troubles cardiaques, par exemple à montrer s'ils relèvent de telle ou telle affection cardiovasculaire, ou encore s'ils sont la conséquence du retentissement cardiaque d'une affection viscérale (pulmonaire, gastrique, rénale, thyroïdienne, nerveuse, etc.) ». C'est bien une « décision militaire[95] » qui doit être prise à l'issue de l'appréciation de la valeur fonctionnelle cardiaque. L'expertise médicale relative au recrutement, entreprise de triage médico-institutionnel articulée à une conception fonctionnelle

[93] Ministère de la guerre, *Recrutement de l'armée : aptitude physique au service militaire*, Paris, H. Charles-Lavauzelle, 1905, p. 34.
[94] LACHENAL Guillaume, LEFEVE Céline et NGUYEN Vinh-Kim, *La médecine du tri, op. cit*.
[95] LIAN Camille, « Épreuves d'aptitude cardiaque à l'effort », *Bulletin de l'Académie nationale de médecine*, n°35, 3e série, tome LXXVI, 1916, p. 176-179. Ironiquement, Camille Lian est déclaré inapte à servir en 1914 mais s'engage néanmoins pour servir comme médecin de bataillon (*British Heart Journal*, 1969, 31, p. 789-790).

et institutionnelle de l'aptitude, apparaît donc comme une entreprise de rationalisation administrative assistée par le savoir médical.

II. « Choisir, c'est refuser » : la sélection ou l'exclusion des inaptes

1. La sélection comme processus d'épuration

Afin de faciliter l'administration de l'armée et de garantir son efficacité, les experts médicaux mettent en place un processus d'épuration[96]. Pour sélectionner les plus aptes à résister aux conditions exigeantes du service, ils renoncent rapidement à identifier les signes de l'aptitude pour se concentrer sur la détection et l'exclusion des inaptes. La sélection médicale repose en cela sur un triple postulat, décalque des principes qui orientent l'eugénisme[97]. Elle suppose d'abord l'existence d'une différence de qualité entre les êtres humains ; prétend ensuite que cette différence est mesurable par les experts de l'aptitude ; affirme enfin que par l'exclusion des inaptes, elle peut contribuer à agir sur la qualité du collectif militaire. On l'a vu, le métier de soldat est associé à un maximum d'exigence. Sélectionner signifie donc, dans cette perspective, recruter une aristocratie physique, mentale et morale. Par le « filtre dégrossisseur[98] » de la sélection, on doit pouvoir faire émerger une population choisie, constituée d'individus de qualité.

La littérature médicale du XIX^e^ et du début du XX^e^ siècle est marquée par la tension entre conception positive et conception négative de l'aptitude. À l'impossible recherche des signes positifs de l'aptitude finit par succéder un constat pragmatique : l'aptitude est une condition par défaut qui ne peut apparaître qu'en creux. À la recherche d'une définition positive de l'aptitude, les médecins se sont attachés avec plus ou moins de bonheur à lister les attributs des « bons pour le service ». En Angleterre en 1915, Samuel Beggs insiste sur les qualités suivantes : *stamina* (énergie), *physical soundness* (solidité), *matureness* (maturité), *staying power* (endurance)[99]. La force physique apparaît comme une condition nécessaire mais non suffisante. Elle doit

[96] Le terme est utilisé par Anne RASMUSSEN dans « Expérimenter la santé des grands nombres », *art. cit.*, p. 71-91.
[97] J'emprunte en l'adaptant légèrement le triple axiome que Paul-André Rosental a conçu pour caractériser l'eugénisme, dans *Destins de l'eugénisme*, p. 26.
[98] LEMOINE Gustave, *Traité d'hygiène*, *op. cit*., p. 3.
[99] « *In order to select a growing lad who will have sufficient stamina to withstand the strain and fatigue incidental to military life, it will be necessary to see that his growth and development in relation to age are satisfactory, and that he is physically sound. His growth and development in relation to age will be an index to his matureness and staying power* », BEGGS Samuel Thomas, *The selection of the recruit*, *op. cit*., p. 17.

s'accompagner d'une énergie, d'une capacité de résistance qui permette à la recrue d'être solide, robuste c'est-à-dire endurante. L'importance de l'endurance est soulignée, au point qu'elle est fréquemment donnée en strict équivalent de l'aptitude. En 1898, Joseph Grancher évoque ainsi les signes « de *l'endurance*, c'est-à-dire de l'aptitude militaire d'un soldat[100] ». « Il ne suffit pas, ajoute-t-il, de mesurer la valeur physique d'un homme, il faut aussi connaître sa valeur *physiologique*. Or celle-ci s'apprécie par la résistance aux fatigues de la vie militaire, au froid, à la marche forcée, etc. [101] ». Cette résistance vitale (« *vital resistance* ») est bien souvent associée à l'harmonie des proportions du corps[102]. En 1911, la *Nouvelle pratique médico-chirurgicale illustrée* consacre un article au choix du conscrit[103]. Il y a, selon les auteurs, « des indices certains et avoués par les gens d'expérience, pour juger les qualités guerrières des hommes ». Suit l'incontournable référence à Végèce, selon lequel « le nouveau soldat doit avoir les yeux vifs, la tête élevée, la poitrine large, les épaules fournies, les bras longs, le ventre petit, la taille dégagée, la jambe et les pieds moins charnus que nerveux » puis à Buffon[104], pour qui « le corps d'un homme bien fait doit être carré, les muscles doivent être durement exprimés, le contour des membres fortement dessiné, les traits du visage bien marqués : l'homme a la force de la majesté ». À ces deux tentatives de « description d'un soldat robuste », les auteurs en ajoutent une troisième, celle énoncée par le Dr Vincent en 1861, la meilleure, leur semble-t-il :

> Une stature plus ou moins élevée, bien prise dans son ensemble ou quelque peu ramassée, mais sans infériorité trop sensible avec le poids du corps ; une conformation générale symétrique, exempte de maigreur ou d'obésité ; une tête régulière, pourvue d'une saine chevelure et aisément portée sur un cou suffisamment charnu et pur de tout relief goitreux et de souillure scrofuleuse ; un visage modérément coloré, empreint du signe de l'intégrité fonctionnelle des organes des sens et de l'intelligence ; la voix pleine, libre et sonore ; une bonne digestion exprimée localement par le souplesse de l'abdomen et dans son état général un embonpoint moyen ; la respiration aisée et profonde ; la circulation calme et uniforme ; un torse flexible et robuste, suffisamment cambré et témoignant par l'ampleur de la poitrine, l'épaisseur des épaules, le délié de la ceinture, l'exiguïté du ventre et le développement des hanches, de l'état parfait de la charpente, des parties enveloppantes et des organes contenus ; les membres bien attachés, droits et musculeux, terminés par des extrémités fortes ou fines, suivant la race ou la condition ; la peau ferme, sans rudesse

[100] GRANCHER Joseph, « Prophylaxie de la tuberculose », *Bulletin de l'Académie nationale de médecine*, Paris, J.-B. Baillière & Masson, 1898, p. 496. Voir aussi « Nous devons donc nous assurer tout d'abord du degré d'endurance des hommes, autrement dit de leur aptitude au service militaire » in LEMOINE Georges, *Traité d'hygiène militaire*, *op. cit*., p. 4.
[101] *Ibid*, p. 497.
[102] « *The vital resistance of an individual is closely related to the symmetrical development of all parts of the body* » in HEHIR Patrick, *Prevention of disease and inefficiency, op. cit.*, p. 42.
[103] « Le choix du conscrit », *Nouvelle pratique médico-chirurgicale illustrée,* 1911-1912, p. 613-614.
[104] On trouvera la référence ici : LECLERC Georges-Louis, comte de Buffon, *Histoire naturelle de l'homme*, Paris, Bonnot, 1989, p. 58.

> plus ou moins velue, nette d'empreinte cachectique et de bride cicatricielle, d'un teint blanc, rosé ou bistré, mais non livide, sans relief variqueux ni marbrure lymphatique ; une force musculaire suffisamment dessinée ; une virilité pleinement accusée ; enfin l'*harmonie du tout*[105].

La litanie des signes de l'aptitude se caractérise d'abord par une remarquable constance et ce depuis l'Antiquité. Elle est ensuite tout à fait similaire, dans sa forme comme dans son contenu, à l'accumulation des qualités recherchées par les tenants de l'amélioration de la race. James Barr (1849-1938), professeur de médecine clinique à l'université de Liverpool, vice-président de la *Eugenics Education Society* puis de la *British Medical Association*, appelle ainsi en 1907 à forger pour son pays :

> [Une] race saine, forte, viable, vigoureuse, bien développée, équilibrée, active, athlétique, aventureuse, intrépide, hardie, vive, affairée, courageuse, chevaleresque, audacieuse, orgueilleuse, énergique, sans peur, rapide, ferme, animée, attirante, sportive, astucieuse, galante, gaie, joviale, plein de vie, virile, joyeuse, obéissante, adroite, entreprenante, intellectuelle, alerte, assidue, confiante, diligente, résolue, inlassable, habile, obstinée, vaillante, bienveillante, courtoise, morale, polie, généreuse, raffinée, imposante, valeureuse, vertueuse […][106].

Dans leur volonté de lister les qualités militaires, les médecins débordent constamment la simple description du corps et de l'esprit adapté aux exigences de la guerre pour dessiner les contours du citoyen modèle, incarnation du masculin hégémonique. L'armée est en effet tour à tour désignée comme le miroir de la société et une version améliorée de cette société[107].

Après 1871 en France, la mystique conservatrice de l'ordre fait de l'armée le refuge des vraies valeurs et un rempart de l'ordre contre une société industrielle corrompue par l'argent[108]. L'armée est perçue comme un agent de régénération de la nation, thème qui domine avec constance l'arrière-plan du débat sur l'armée et son mode de recrutement[109]. Le militaire devient ainsi progressivement le paradigme du citoyen à la fois vertueux et physiquement

---

[105] VINCENT Dr, « Du choix du soldat », in *Recueil de mémoires de médecine, de chirurgie et de pharmacie militaire*, Paris, Victor Rozier, 1861, t. VI, p. 273-274. Voir annexe n° 5.
[106] Cité par PORTER Dorothy, PORTER Roy, « What was social medicine? A historiographical essay », *Journal of Historical Sociology*, 1, 1988, p. 90-106.
[107] BERTAUD Jean-Paul, « L'armée et le brevet de virilité » in CORBIN Alain, COURTINE Jean-Jacques, VIGARELLO Georges (dir.), *Histoire de la virilité*, t. 2 *Le triomphe de la virilité. Le XIX^e siècle*, Paris, Seuil, 2011, p. 63-79 ; ROYNETTE Odile, « Bons pour le service » *op. cit.* ; Sur la notion de masculinité hégémonique : CONNELL Raewyn W., *Masculinities*, Cambridge, Polity Press, Sydney, Allen & Unwin, Berkeley, University of California Press, 1995 et sa traduction française partielle CONNELL Raewyn, *Masculinités. Enjeux sociaux de l'hégémonie*, Paris, Amsterdam Éditions, 2014 ; CONNELL Raewyn, MESSERSCHMIDT James, « Hegemonic masculinity: rethinking the concept », *Gender and Society*, vol. 19, n° 6, 2005, p. 829-859. Sur l'armée miroir de la société, CREPIN Annie, *Histoire de la conscription*, *op. cit.*, p. 254 ; « L'armée doit être la copie de la nation » proclamait le radical Laisant dès 1884 in *Journal Officiel*, 25 mai 84, Chambre des députés, séance du 24 mai 84, p. 1128.
[108] Sur la mystique de l'ordre, GIRARDET Raoul, *La société militaire de 1815 à nos jours,* Paris, Librairie Académique Perrin, 1998.
[109] CREPIN Annie, *Histoire de la conscription, op. cit.*, p. 274.

solide, discipliné et combatif, mobilisant sa force au service de la collectivité[110]. En Angleterre en revanche, l'armée de terre souffre depuis la période victorienne d'un déficit de prestige préjudiciable à la qualité des volontaires qui se présentent à l'incorporation[111]. Les conditions du service, la faiblesse des salaires et l'absence de perspective de progression au sein de la hiérarchie font de la carrière militaire une carrière par défaut. La plupart des recrues sont des travailleurs non qualifiés qui viennent des quartiers les plus défavorisés des centres urbains[112]. À l'image de l'inspection générale des forces de 1904 qui estime que « l'armée ne récupère que les "rebuts" de la société civile[113] », les cadres de l'armée de terre se plaignent régulièrement de l'état des hommes du rang. Cela n'empêche pas les médecins militaires de tenter de dessiner les contours du soldat idéal, bien loin des réalités de la troupe.

La définition positive de l'aptitude n'est pas sans poser problème. Elle reste imprécise et l'addition de caractères dessine un corps masculin de parade, un corps idéal dont on trouve peu de spécimens. Les médecins recruteurs soulignent ainsi la rareté chez les jeunes recrues des « sujets de choix ». D'après Adrien Besson, ceux-ci sont d'ailleurs plus nombreux chez les engagés volontaires dont la démarche accompagne bien souvent une « sélection naturelle[114] ». Le médecin mentionne ainsi un jeune homme d'à peine 18 ans, 1m84, 86 kilos, 98 cm de périmètre thoracique tout en soulignant combien « ces belles harmonies athlétiques sont la rareté à ces âges[115] ». Que faire alors si l'un des signes de l'aptitude est manquant ? Doit-on écarter un jeune homme bien conformé mais à la voix de fausset ? Un « petit modèle[116] », jeune homme bien proportionné mais de petite stature ? Un jeune homme de grande taille mais à la silhouette marquée par un « déséquilibre dans l'harmonie des rapports organiques[117] » ? À ces questions, les experts médicaux du recrutement répondent avec constance par la négative :

---

[110] EHRENBERG Alain, *Le Corps militaire, op. cit*.
[111] BOWMAN Timothy, CONNELLY Mark, *The Edwardian Army. Recruiting, Training and Deploying the British Army, 1902-1914*, Oxford, Oxford University Press, 2002, p. 147 et suiv. ; SKELLEY Alan, *The Victorian Army at home*, *Recruitment and terms and conditions of the British Army, 1859-1899*, Londres, Croom Helm, 1977, p. 235-300 ; SPIERS Edward M., *The Late Victorian Army, 1868-1902*, 1992, p. 118-152.
[112] FRENCH David, *Military Identities: The Regimental System, the British Army, and the British People, c.1870-2000*, Oxford University Press, 2008, p. 34.
[113] « Annual Report for 1904 of the Inspector-General of the Forces with remarks by the Army Council », p. 61, cité par BECKETT Ian F. W., « The Compulsion of Destitution: The British Army and the dilemma of imperial defense, 1868-1914 », in DENNIS Peter, GREY Jeffery (dir.), *Raise, Train and sustain: Delivering land combat power*, *The journal of military history*, vol. 75, n°1, 2011, p. 31.
[114] « La raison unique en est dans leur sélection naturelle qui ne présente dans la majorité que des sujets « de choix », beaucoup de non-valeurs, que le Conseil de Révision verrait obligatoirement, s'éliminant ici d'elles-mêmes » in BESSON Adrien, *De l'Évaluation de l'aptitude physique, op. cit.*, p. 11.
[115] *Ibidem.*
[116] *Ibid*, p. 21.
[117] *Ibid*, p. 12.

> Tel homme, par exemple, d'aspect un peu chétif, et que le médecin très sévère classerait volontiers parmi les candidats à la tuberculose en prenant son mot dans son sens le plus large, fait preuve d'une résistance peu commune et son capitaine le considère comme un bon soldat. Faut-il l'éliminer ? Non certes[118].

Pour la plupart des médecins, le « signe certain » n'existe pas, il est donc exclu de faire des indices de l'aptitude des conditions *sine qua non* de l'incorporation :

> Le problème qui se pose devant le commandement et le corps de santé […] est une question de *pratique* journalière et d'*espèce*, infiniment plus délicate et difficile que celle qu'une équation – ou son équivalent en médecine : un signe certain – pourrait résoudre. Car il n'y a pas de signe certain […] de l'aptitude militaire d'un soldat[119].

Ce portrait du soldat reste un idéal-type, soit une utopie reconstituée qui unifie en une seule et même incarnation un ensemble de caractéristiques dispersées[120]. L'objectif est méthodologique, il s'agit de proposer un horizon, un modèle vers lequel doit tendre – sans, au fond, jamais l'atteindre – le jeune soldat en devenir. *L'instruction sur l'aptitude au service militaire* mise à jour au 1er janvier 1917 tranche de la manière suivante :

> Les signes positifs de l'aptitude au service militaire sont difficiles à définir et n'ont du reste qu'une valeur relative, car sous les plus belles apparences peuvent se cacher les plus graves lésions. Il n'en est pas de même des signes négatifs, et la constatation d'un seul de ceux-ci suffit pour entraîner l'exemption ou la réforme[121].

En revanche, parce qu'un seul des signes de l'inaptitude suffit en théorie pour être écarté du rang, la sélection médicale peut être définie comme un processus d'exclusion des inaptes.

L'aptitude au service armé est en effet considérée comme la condition par défaut du jeune homme qui se présente à l'examen médical. Le vocabulaire administratif est ici éloquent. Les sujets qui ne donnent pas satisfaction font l'objet d'une « décision spéciale[122] », d'un « classement spécial[123] » qui doit être motivé. Il s'agit donc, au cours de l'examen médical, de faire la preuve de l'inaptitude. Quant aux jeunes gens qui ne se présentent pas au conseil de révision, ils sont déclarés « bons absents ». De manière éloquente, dès 1820, Pierre Moricheau-Beaupré liste trente-huit signes évidents d'une mauvaise constitution, là où la bonne

---

[118] GRANCHER Joseph, « Prophylaxie de la tuberculose », *art. cit.*, p. 497.
[119] *Ibid*., p. 496.
[120] Sur l'idéal-type, voir WEBER Max, *Essais sur la théorie de la science*, Paris, Pocket, [1904-1917], 1992, p. 181.
[121] *Instruction sur l'aptitude au service militaire*, 1917, « Avant-propos ».
[122] « Dans tous les cas où l'homme examiné n'est pas déclaré bon, on indique le motif de la décision spéciale proposée […] » in DUPONCHEL Emile, *Traité de médecine légale militaire, op. cit*., p. 25.
[123] « L'affection pathologique suffit à faire juger le cas et à entraîner son classement spécial » in BESSON Adrien, *De l'Évaluation de l'aptitude, op. cit.*, p. 18.

constitution était caractérisée de neuf entrées seulement[124]. Figure efféminée, mollesse, anomalies de forme et de couleur, atrophies, hypertrophies et autres asymétries composent un tableau qui n'est pas sans rappeler par endroits les stigmates, listés par Édouard Drumont en 1886 dans *La France juive*, par lesquels il prétend reconnaître le Juif[125]. Le Juif, au singulier de péjoration, est en effet, comme d'autres parias – gitans, homosexuels, noirs, criminels et fous – , érigé en contretype d'une définition consensuelle de la beauté, de la santé et de la virilité[126]. Les médecins, arbitres de la morale, ayant joué un rôle important dans cette définition, les listes de caractéristiques en forme de symptômes de l' « éliminé[127] » et du paria entretiennent des correspondances tout à fait signifiantes. Parmi les poncifs dévirilisants de la culture populaire, on trouve d'ailleurs depuis le milieu du XIX^e^ siècle l'idée de la lâcheté du Juif face au service militaire, lâcheté bien visible dans ses caractéristiques physiques[128]. Au Royaume-Uni, W. Gibbs Lloyd, *District Commissioner* du RAMC du South Yorkshire, produit en 1919 une série de rapports sur le recrutement de la ville de Leeds en 1917-18, document « classiquement antisémite[129] ». Gibbs y décrit les Juifs comme lâches, viles et sales, nombre d'entre eux, poussés par leur « tempérament apathique et malveillant », ayant d'ailleurs fui leurs obligations militaires et trouvé refuge en Irlande[130]. Il rejoint ainsi les stéréotypes qui, pendant la guerre, assimilent prioritairement les juifs aux embusqués[131]. En déterminant une différence mesurable de qualité entre les individus, les médecins fondent une hiérarchie sur une base biologique. L'évaluation de l'aptitude repose en définitive sur une théorie de la valeur différentielle des individus.

La classification des individus selon leurs qualités fonctionnelles conduit à la dévalorisation voire à la stigmatisation des corps et des esprits improductifs et donc à l'émergence d'une catégorie d'inutiles[132]. Ces surnuméraires sont désignés de manière tout à

---

[124] Voir annexe n° 4.
[125] Sur l'importance de *La France juive* dans la construction de l'antisémitisme français, voir WINOCK Michel, *Nationalisme, antisémitisme et fascisme en France*, Paris, Point Seuil, 1990, p. 129.
[126] MOSSE George, *L'image de l'homme, l'invention de la virilité moderne*, Paris, Abbeville, 1997, p. 69-72.
[127] BESSON Adrien, *De l'Évaluation de l'aptitude physique, op. cit.*, p. 10.
[128] FRENZEL Elisabeth, *Judengestalten auf der deutsche Bühne*, Munich, Deutscher Volksverlag, 1940, p. 170 ; GILMAN Sander, *The Jew's Body*, Londres, Routledge, 1991; MOSSE George L., *Towards the Final Solution*, *A History of European Racism*, New York, Howard Fertig, 1978, p. 29.
[129] WINTER Jay, « Military Fitness and Civilian health in Britain during the First World War », *Journal of Contemporary History,* 15, n°2, 1980, p. 211–244, ici p. 232.
[130] « *Mean and spiritless character* » in NA, NATS/1/13, W. Gibbs Lloyd, Analysis of Gradings. Leeds Area. November 1, 1917-30 October 1918. Dated 1919, p. 2-3., cité par WINTER Jay, « Military Fitness and Civilian Health », *art. cit*.
[131] BUSH Julia, « East London Jews and the First World War », *The London Journal*, vol. 6, n°2, 1980, p. 147-161.
[132] BAUMAN Zygmunt, *Wasted Lives. Modernity and Its Outcasts*, Cambridge, Polity Press, 2004 ; CASTEL Robert, *Les métamorphoses de la question sociale. Une chronique du salariat*, Paris, Fayard, 1995.

fait caractéristique. Ce sont les « éléments inférieurs[133] », les « déchets[134] » ou, outre-Manche, le « *residuum*[135] ». « À moins qu'il ne soit établi que la recrue ait une quelconque utilité pour l'armée (« *value to the Army* »), et que le travail qu'elle sera capable d'accomplir sera d'utilité pour l'État (« *value to the State* ») […] elle doit être rejetée[136] ». Par un jugement d'ensemble, on évalue la « valeur physiologique[137] », la « valeur physique[138] », la « valeur organique », la « valeur combative » de l'individu dans un contexte général, celui de 1880-1914, qui correspond à une période de crispation vis-à-vis des improductifs. Les changements de l'organisation du travail au début du XX^e^ siècle produisent en effet une élévation des exigences productives et une accentuation de l'inadaptation de ceux qui ne parviennent pas à se plier aux modalités de ponctualité, de chronométrage ou de constance du rythme. Tandis que l'indemnisation des accidents du travail accentue en Grande-Bretagne l'importance des qualités requises en matière d'embauche. Les « malingres, ces demi-bons, ces déshérités physiques[139] » ou les faibles d'esprit sont qualifiés de « non-valeurs[140] ». Percy Lelean ouvre ainsi son manuel d'hygiène militaire par un chapitre consacré à « l'aptitude physique à la guerre » :

> En période de guerre, l'essentiel est d'abord de faire parvenir le plus grand nombre d'hommes au plus haut degré d'efficacité c'est-à-dire d'aptitude au combat. Puis de les envoyer avec leur équipement en première ligne, enfin de les y maintenir le plus longtemps possible. En conséquence, il est logique de faire débuter mon propos par la recrue, afin de nous assurer d'un matériel physique adéquat. En guise de propos liminaire, nous nous intéresserons à l'élimination des inaptes (*weeding-out of the unfit*)[141].

---

[133] LEMOINE Georges, *Traité d'hygiène*, *op. cit*., p. 3.
[134] SIMONIN Jules, « Les dégénérés dans l'armée : origine, caractère, prophylaxie », *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, 1909, p. 44 ; KELSCH Achille, « Les cardiopathies latentes et la mort subite dans l'armée », *Bulletin de l'Académie nationale de médecine*, n°30, 3^e^ série, tome XLVI, L. Maretheux, 30 juillet, 1901, p. 247 ; LEMOINE Georges, *Traité d'hygiène militaire, op. cit.,* p. 3.
[135] WELSHMAN John, « The Social History of Social Work: The Issue of the 'Problem Family', 1940-70 », *British Journal of Social Work*, vol. 29, n°3, 1999, p. 457-476.
[136] « *Unless it be considered that a recruit is some potential value to the Army, and that the work which he is capable of performing will be of some definite value to the State*, […] *he must be rejected* », NA, MH 47/144/4, Select Committee. Draft special report, 1917.
[137] BESSON Adrien, *De l'Évaluation de l'aptitude, op. cit.*, p. 27.
[138] SHD, GR 9 NN 7/1111, Instruction physique des classes jeunes ou de récupérés, 10 octobre 1916.
[139] BONNETTE Pierre*, La Presse médicale*, n°4, 1914, p. 47.
[140] COLIN H., LAUTIER J., MAGNAC, « Les imbéciles à l'armée », *Société médico-psychologique*, séance du 17 juillet 1916, *Annales médico-psychologiques*, n° 7, 1916, p. 540-546. Voir aussi le décret du 10 octobre 1914 qui incite à ne classer dans le service armé que ceux du service auxiliaire « pouvant supporter les dures fatigues de la vie militaire sans risquer de devenir à bref délai d'inutilisables non-valeurs », *J.O.* du 11 octobre 1914, p. 8251.
[141] « *The chief essentials in war are, first, to get the greatest number of men into the highest degrees of efficiency – fighting fitness; next to get them, fully equipped, into the firing lines; and, finally, to keep them here. Therefore the logical beginning is with the recruit, i.e. the securing of suitable physical material. So one takes for the preliminary consideration the weeding-out the unfit*. », in LELEAN Percy S., *Sanitation in war*, *op. cit*., p. 2-3. Voir annexe n° 3.

L'attention des hygiénistes se fixe ainsi sur l'exclusion des inaptes, « malingres[142] » et autres « chétifs », « *physically degenerate*[143] », « soldats de santé débile », « *physically handicapped*[144] », « palpitants », « adénoïdiens », « déficients pulmonaires », « pleurétiques » et imbéciles à tenir « soigneusement éloignés du rang[145] ». Pour le médecin militaire Pierre Bonnette (1868-1948), auteur en 1910 d'un manuel sur le choix des conscrits, « [c]e n'est point sur un maximum, mais sur un minimum d'aptitude que l'on délibère ; il s'agit moins d'un choix à exercer que d'une élimination à faire[146] ». L'essayiste eugéniste Caleb Saleeby (1878-1940) le proclame, « choisir, c'est refuser[147] ».

2. La sélection comme dispositif prophylactique

En France, la raison médicale finit par imposer le principe de la sélection comme dispositif prophylactique autour de 1905. En contribuant à écarter de l'armée les possibles vecteurs de contamination, l'examen médical préalable à l'incorporation appartient à l'ensemble des dispositifs pensés pour préserver la santé des soldats en accord avec une préoccupation pour la sauvegarde sanitaire de l'armée qui a vu le jour dans la seconde moitié du XIX^e^ siècle. Le fait de faire reposer sur les citoyens la défense de la nation soumet l'État à une série d'obligations, dont celle de veiller à leur bonne santé[148]. Il appartient donc à l'hygiène, ou médecine préventive, de s'assurer de limiter les risques de contamination en évitant l'éclosion des maladies et en enrayant leur diffusion. Cette contamination peut être morale, comme celle que l'on craint en France de la part des jeunes volontaires, ou physique, par le biais des maladies infectieuses. En 1911, Georges Lemoine, professeur d'hygiène à l'École d'application du Service de santé militaire du Val-de-Grâce et membre du Conseil supérieur d'Hygiène de France, ouvre son *Traité d'hygiène militaire* par un constat qui se veut sans appel : « Le sélectionnement des hommes du contingent constitue la base de l'état sanitaire de

[142] MACKIEWICZ, « Des mesures du corps comme signes matériels de la robusticité probable du conscrit », *Le Caducée,* 6, mars 1905, p. 76-78 ; SIMON D., PERRIN H., « Les malingres dans l'Armée. Ce qu'on peut, ce qu'on doit en faire », *Archives de médecine et de pharmacie militaires*, XLVII, 1906, p. 265-340, cités par RASMUSSEN Anne, « Préserver le capital humain », *art. cit*., p. 71-95.
[143] « National Physique and Military Service », *British Medical Journal*, 1903, p. 222.
[144] EVATT George J. H., « The Medical care of the Volunteer Forces », *British Medical Journal*, 26 Janvier 1907, p. 232.
[145] *La Presse médicale*, n°8, 1920, p. 130
[146] BONNETTE Pierre, *Du choix des conscrits, op. cit.*, 1910, p. 20.
[147] SALEEBY Caleb, *Parenthood and Race Culture. An Outline of Eugenics*, Londres, Cassell, 1909, p. 172.
[148] NOTTER J. L., « Military hygiene », in STEVENSON Thomas et MURPHY Shirley (dir.), *A Treatise on Hygiene and Public Health*, Londres, J. & A. Churchill, 1893, vol. 2, p. 601.

l'armée[149]. » Les mauvaises conditions d'aménagement des casernes et des hôpitaux jouent certes un rôle mais bien secondaire pour le phénomène qui inquiète les médecins français de l'époque : l'infériorité de l'armée française par rapport à l'armée allemande, infériorité révélée par la comparaison des chiffres de mortalité et de morbidité[150]. Il fait écho aux nombreux articles et travaux publiés dans la décennie précédente qui comparent les taux de l'armée française à ceux des principales armées européennes[151]. Rejoignant les inquiétudes démographiques de son époque, il incrimine la faible natalité française et le différentiel de 20 millions d'hommes en faveur de l'Allemagne mais aussi les « efforts faits pour le compenser en incorporant le plus grand nombre d'hommes possible[152] ». La chose est entendue :

> Les armées étrangères incorporent moins d'hommes que nous. L'Allemagne, l'Autriche-Hongrie et la Russie prélèvent sur 1000 inscrits 180 à 200 hommes, alors que la France incorpore 670 sujets. Pour 1,66 homme que nous éliminons, les armées voisines que nous venons de citer en éliminent 5.
>
> Ces quelques considérations suffisent à expliquer notre chiffre de mortalité annuelle moyenne pour 1000 hommes d'effectif, qui est de 4,58 au lieu de 2,32 dans l'armée allemande. Il est juste d'ajouter d'ailleurs que les autres armées étrangères présentent des chiffres supérieurs aux nôtres. […] La sélection semble être le principal remède à notre infériorité sanitaire relative[153].

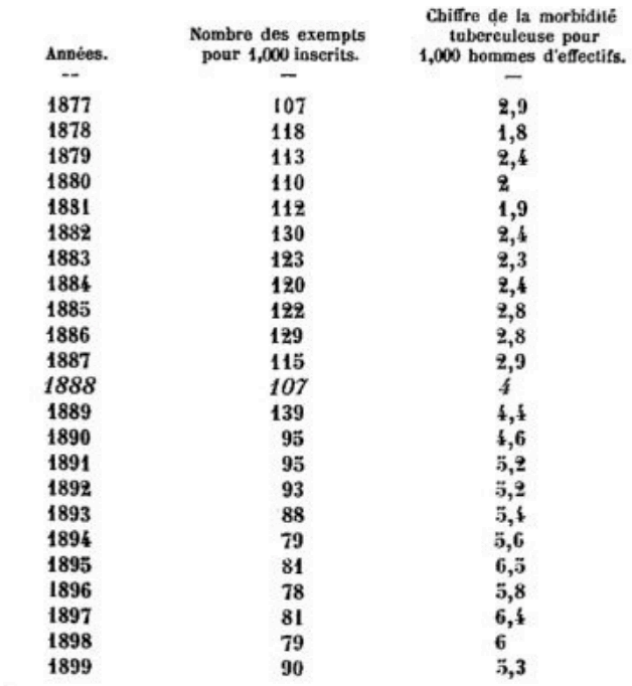
Aussi, dans les premières années du XX^e^ siècle, les médecins français militent-ils pour accroître la sévérité de la sélection. En 1904, Lemoine s'intéressait déjà à la morbidité tuberculeuse dans l'armée et à sa persistance en dépit des efforts hygiénistes déployés par le Service de santé depuis vingt ans[154]. À la faveur de la diffusion de la théorie des germes, les maladies infectieuses comme la tuberculose sont devenues le problème épidémiologique majeur. Désormais, elles ne sont plus héréditaires et irrémédiables mais contagieuses et évitables. Constatant que l'accroissement du nombre des tuberculeux porte presque uniquement sur des soldats dans la première année de leur service, Lemoine l'attribue à une insuffisance de la sélection au moment des conseils de révision. La morbidité tuberculeuse augmenterait à mesure que diminuerait le nombre des exemptés. À l'appui de sa démonstration, les statistiques

---

[149] LEMOINE Georges, *Traité d'hygiène militaire*, *op. cit*., p. 1. Voir aussi BONNETTE Pierre, *Du choix des conscrits*, *op. cit*., p. 24-26. Voir annexe n° 6.
[150] « Comparaison de la morbidité et de la mortalité dans les armées françaises et allemandes », *Le Caducée*, 17 janvier 1903, p. 16.
[151] Voir par exemple ALVERNHE, *L'état sanitaire des principales armées européennes*, Paris, Victor Rozier, 1903, p. 351. Voir aussi annexe n° 6.
[152] LEMOINE George, *Traité d'hygiène militaire, op. cit*., p. 2.
[153] *Ibid*.
[154] LEMOINE Georges, « Morbidité tuberculeuse dans l'armée », *Revue de la tuberculose*, 1903, n°2, p. 151 et *Archives de médecine militaire*, février 1905.

médicales de la période précédente sont convoquées. Elles mettent en regard, pour chaque année, la morbidité tuberculeuse et le nombre des exemptés :

Image 1 : Tableau morbidité tuberculeuse et exemption



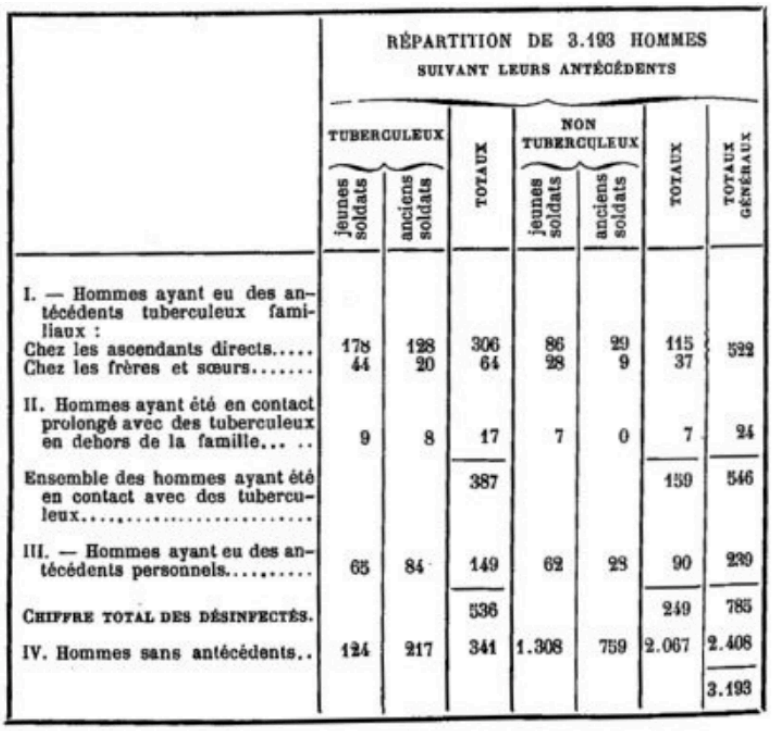
Années.	Nombre des exempts pour 1,000 inscrits.	Chiffre de la morbidité tuberculeuse pour 1,000 hommes d'effectifs.
1877	107	2,9
1878	118	1,8
1879	113	2,4
1880	110	2
1881	112	1,9
1882	130	2,4
1883	123	2,3
1884	120	2,4
1885	122	2,8
1886	129	2,8
1887	115	2,9
1888	*107*	*4*
1889	139	4,4
1890	95	4,6
1891	95	5,2
1892	93	5,2
1893	88	5,4
1894	79	5,6
1895	81	6,3
1896	78	5,8
1897	81	6,4
1898	79	6
1899	90	5,3

Source : *Revue de la tuberculose*

L'accroissement de la morbidité tuberculeuse dans l'armée peut être associé à trois facteurs explicatifs. Le premier est la modification de la nomenclature pathologique de 1888 qui a fait rentrer dans la catégorie de la tuberculose les bronchites chroniques. Il s'agit donc là d'une augmentation trompeuse du nombre de tuberculeux. Le deuxième est l'épidémie de grippe survenue dans la période 1890-1892 qui, fragilisant les hommes, aurait facilité l'éclosion de la tuberculose. Le troisième enfin intéresse plus particulièrement Lemoine. Il s'agit de l'accroissement considérable des effectifs, notamment depuis 1893 car, étant donnée la faiblesse de la natalité française, cet accroissement ne peut être dû que par l'incorporation d'individus faibles de constitution. Et l'auteur de conclure : « *en général* à une sélection plus sévère correspond une morbidité moindre, tandis que celle-ci augmente lorsque diminue le nombre des exemptés ». Il ajoute aux statistiques officielles les résultats de ses propres recherches qui semblent indiquer, comme d'autres entreprises de la même époque, que la plupart des soldats devenus tuberculeux au cours de leur service étaient des individus présentant

des antécédents personnels – pleurésie, bronchites répétées – ou ayant été au contact de tuberculeux déclarés[155] :

Image 2 : Tableau rôle des antécédents dans la tuberculose



RÉPARTITION DE 3.193 HOMMES SUIVANT LEURS ANTÉCÉDENTS

	TUBERCULEUX			NON TUBERCULEUX			
	jeunes soldats	anciens soldats	TOTAUX	jeunes soldats	anciens soldats	TOTAUX	TOTAUX GÉNÉRAUX
I. — Hommes ayant eu des antécédents tuberculeux familiaux :							
Chez les ascendants directs.....	178	128	306	86	29	115	522
Chez les frères et sœurs.....	44	20	64	28	9	37	
II. Hommes ayant été en contact prolongé avec des tuberculeux en dehors de la famille... ..	9	8	17	7	0	7	24
Ensemble des hommes ayant été en contact avec des tuberculeux.....			387			159	546
III. — Hommes ayant eu des antécédents personnels.....	65	84	149	62	28	90	239
CHIFFRE TOTAL DES DÉSINFECTÉS.			536			249	785
IV. Hommes sans antécédents..	124	217	341	1.308	759	2.067	2.408
							3.193

Source : *Revue de la tuberculose*

Lemoine préconise alors « les mesures prophylactiques suivantes : sélection plus parfaite du contingent, visite sanitaire au cours des années de service venant compléter cette sélection, diminution de l'encombrement des casernes ». Pour lui, « l'insuffisance de la sélection [est] une des causes principales du développement de la tuberculose pulmonaire dans l'armée, et la conclusion qui s'impose au point de vue prophylactique, c'est que la principale mesure à prendre consiste à rechercher les moyens de rendre cette sélection plus parfaite[156] ». Examinant l'état sanitaire de l'armée en 1902, le Dr Noël parvient aux mêmes conclusions. Il émet plusieurs recommandations dont la première est la suivante :

> 1° Pour diminuer la mortalité tuberculeuse et typhoïdique – les deux minotaures qui dévorent le soldat – il faut procéder à une meilleure sélection dans la formation du contingent et supprimer, dans la mesure du possible, les causes qui rendent les soldats tuberculisables et typhoïsables[157].

[155] Voir par exemple REMLINGER Paul, *Étude sur l'hérédité de la tuberculose*, Thèse, Lyon, 1893.
[156] LEMOINE Georges, *La Tuberculose dans l'armée et dans la marine, op. cit.*, p. 40-41.
[157] « La mortalité dans l'armée française », *Bulletin du service de santé militaire*, 1903, p. 39, revue de presse d'après Noël M., articles des 29 novembre, 3, 6 et 10 décembre 1902 du *Bulletin médical*.

Dangereux pour la collectivité, les « faibles de constitution » notamment exposent leurs camarades à une potentielle contamination :

> Dès que la tuberculose est *ouverte*, en effet, la question de la contagion prime tout le reste et exige qu'on prenne aussitôt des mesures défensives ; car il ne s'agit plus seulement de la santé, de la vie d'un homme, il s'agit avant tout de la santé de ses camarades sains et qui risquent de devenir tuberculeux à son contact[158].

Pour éviter le déploiement de mesures défensives, il s'agit alors de procéder, en amont, à la mise en place de mesures préventives qui reposent au premier chef sur l'exclusion des vecteurs de contamination supposés. Les mesures proposées par les médecins militaires sont ici en accord avec les modalités dominantes de lutte contre la tuberculose, fléau social par excellence. Les espoirs suscités par la découverte du bacille tuberculeux par Koch en 1882 puis par la tuberculine ayant été déçus, s'impose alors une stratégie prophylactique centrée sur le dépistage, l'isolement des porteurs et la protection de ceux qu'il pourrait menacer[159]. La sélection rigoureuse des recrues est bien conçue comme l'un de ces dispositifs, pensé en direction d'une population particulière, l'armée. C'est ce qu'entreprend de démontrer Émile Tartière en 1903 lorsqu'il consacre un mémoire à l'aptitude des conscrits au service militaire, sous-titré *Le bon recrutement de l'armée et son influence sur l'état sanitaire de l'armée*[160].

À la suite de ces publications, la sélection est intégrée en France à l'arsenal des mesures prophylactiques destinés à préserver la santé des effectifs aux côtés de la surveillance sanitaire du contingent et du contrôle de la salubrité des installations. C'est en ce sens qu'il faut comprendre les efforts déployés par le Ministère de la Guerre à partir de 1905, tous dans le sens d'un accroissement de la sévérité de la sélection destinée à préserver la santé des armées[161]. Par l'exclusion, on entend agir sur la qualité des effectifs. La loi de 1905, qui supprime les dispenses et donc élargit le vivier des recrues potentielles, ne modifie pas la proportion de deux tiers

---

[158] GRANCHER Joseph, « Prophylaxie de la tuberculose », *Bulletin de l'Académie nationale de médecine*, Paris, JP Baillière et Masson, 1898, p. 501.

[159] Sur la lutte contre la tuberculose en France, on consultera DESSERTINE Dominique, FAURE Olivier, *Combattre la tuberculose 1900-1940*, Lyon, Presses universitaires de Lyon, 1988 ; BARNES David S., *The making of a social disease: Tuberculosis in nineteenth century France*, the University of California Press, 1995 ; GUILLAUME Pierre, *Du désespoir au salut : les tuberculeux aux XIX^e^ et XX^e^ siècles*, Aubier, 1986 ; BARDET Jean-Pierre, BOURDELAIS Patrice, GUILLAUME Pierre, LEBRUN François, QUETEL Claude, *Peurs et terreurs face à la contagion. Choléra, tuberculose, syphilis XIX^e^-XX^e^ siècles*, Paris, Fayard, 1988. Sur l'Angleterre : BRYDER Linda, *Below the magic mountain. A social history of tuberculosis in twentieth century Britain*, Clarendon Press, 1988 ; MOONEY Graham, « Public Health versus Private Practice: The Contested Development of Compulsory Infectious Disease notification in Late-Nineteenth-Century Britain », *Bulletin of the History of Medicine*, 1999, 73, p. 238-267.

[160] TARTIERE Émile, « De l'aptitude des conscrits au service militaire. Le bon recrutement de l'armée et son influence sur l'état sanitaire de l'armée », Lyon, 1902.

[161] Loi du 21 mars 1905, Instruction du 21 juillet 1906, circulaires des 28 et 30 décembre 1908 et 22 janvier 1909.

d'admis dans les rangs de l'armée, qui reste constante depuis 1889[162]. « La nécessaire sévérité du triage des recrues en vertu de la raison médicale est un argument que les partisans de la loi des trois ans ont su mobiliser en 1913 : il fallait compenser le faible rendement de l'appel d'une classe d'âge par la conscription d'une classe supplémentaire[163] ». Autrement dit, à mesure que l'armée française élargissait le périmètre de recrutement de l'armée, et qu'il était donc possible d'incorporer davantage de recrues, la sévérité de la sélection médicale augmentait, ce qui maintenait constantes les dimensions de l'armée. Les médecins militaires réussissent à imposer un corps de doctrine produit de l'autorité croissante de la science, une rationalité prophylactique déterminée par un système de valeurs et des modes de représentation singuliers. À la quantité, ils préfèrent la qualité ; à l'inévitable sélection naturelle par l'épuisement ou la maladie, une sélection savante et préventive. Cette rationalité est légitimité par une éthique de la circonspection, du sens du devoir et de l'intérêt du collectif militaire, que les médecins opposent à la légèreté :

> De la façon dont sont effectuées chaque jours nos expertises dans l'armée dépendent en grande partie le maintien des effectifs et la solidité des effectifs, qui seraient rapidement compromis par une pratique médicale peu soucieuse de ses devoirs militaires […][164].

Ce mode de rationalité entre cependant en tension avec celui des militaires gouvernés par ce que Gustave Lemoine appelle « la folie du nombre[165] » soulignant par là même que la seule logique valable est celle de l'hygiéniste[166]. Comme Thiers, lorsqu'il défendait le principe de l'armée de métier en 1872, les médecins estiment que le nombre véritable, c'est la qualité[167]. Lemoine peut ainsi se réjouir en 1911 :

> Abandonnant ce qu'on a appelé très justement la « folie du nombre », le ministre de la Guerre a employé tous ses efforts à rendre cette sélection plus parfaite […]. Une armée ne puise-t-elle pas sa force plus dans l'intelligence de ses chefs, l'intrépidité, le courage et l'endurance des troupes que dans le nombre de ses éléments et dans le perfectionnement de ses armes ?
>
> N'hésitons donc pas à rechercher le perfectionnement des qualités physiques et morales de nos soldats et à éliminer tous ceux qui, au jour d'une mobilisation, ne serviraient qu'à encombrer nos formations sanitaires et à démoraliser les hommes valides. […] C'est dire que ce triage

[162] CREPIN Annie, *Histoire de la conscription*, *op. cit.*, p. 312.
[163] RASMUSSEN Anne, « Préserver le capital humain », *art. cit.*, p. 71-95.
[164] DUPONCHEL Émile, *Traité de médecine légale militaire*, *op. cit*., p. 14.
[165] LEMOINE Gustave, *Traité d'hygiène, op. cit.*, p. 3.
[166] Sur la rationalité extra-économique et la constitution de sphères concurrentes de rationalités, on lira WEBER Max, *Histoire économique : esquisse d'une histoire universelle de l'économie et de la société*, Paris, Gallimard, 1991, p. 26.
[167] CREPIN Annie, *Défendre la France. Les Français, la guerre et le service militaire de la guerre de Sept Ans à Verdun*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2005, p. 325.

> demandera du temps et du doigté. […] Sélectionnons donc soigneusement nos combattants, […] et notre état sanitaire déjà amélioré si on le compare à celui de l'ancienne armée (de 1810 à 1830 la mortalité était de 20 p. 1000, en 1881-85, elle a été de 7 p. 1000 et aujourd'hui elle oscille entre 4,5 et 5 p. 1000) deviendra encore meilleure[168].

Pour les médecins, instaurer « une mobilisation regardante et sélective[169] » est une mesure de santé publique dont les effets ne se cantonnent pas à la population armée. La rigueur de la sélection doit, par extension, bénéficier à la santé de la nation tout entière. Le Dr Lehman souligne ainsi les bienfaits « pour l'armée et pour le pays » de lois qui permettent « de renvoyer dans leurs foyers tous les sujets chétifs et malingres incapables de satisfaire aux obligations de la vie militaire[170] ». Jules Rouget et Charles Dopter, professeurs au Val-de-Grâce, donnent à cet impératif une formulation claire :

> Le choix de l'homme à incorporer est donc une chose grave au double point de vue de l'État et de la population : au point de vue de l'État, on ne saurait imposer l'entretien d'une unité destinée à devenir une non-valeur au jour critique ; au point de vue de la population, on ne saurait lui emprunter un membre de qualité douteuse, que le service militaire transformerait en déchet ou même en perte absolue[171].

La menace que fait peser l'incorporation des éléments fragiles est donc triple. Tuberculeux latents, ils exposent leurs camarades à la contamination ; inaptes au service, ils risquent de voir leur santé irrémédiablement compromise par la dureté de la vie militaire ; appelés à fléchir devant les exigences du service, ils représentent une charge inutile pour l'État. On trouve en Angleterre ces conséquences funestes exprimées en des termes presque identiques :

> Si les obligations et les exercices militaires n'entraînent pas directement le décès prématuré du jeune soldat, elles déclenchent tôt ou tard sa réforme en tant qu'inapte au service des armes. Ainsi rejeté de l'armée, souffrant d'une atteinte définitive à l'un de ses organes vitaux, il devient une charge pour la société civile[172].

Les statistiques du recrutement sont ainsi placées sous surveillance constante par les hygiénistes, notamment ceux de la commission de l'hygiène publique de la Chambre des

---

[168] LEMOINE Gustave, *Traité d'hygiène*, *op. cit*., p. 3.
[169] RASMUSSEN Anne, « Préserver le capital humain », *art. cit.*, p. 71-95.
[170] HAMY Maurice, « Rapports », *Bulletin de l'Académie nationale de médecine*, n°34, 3e série, tome LVI, J.C. Baillière, Masson, Paris, 1906, p. 264.
[171] ROUGET Jules, Charles DOPTER, *Hygiène militaire*, vol. IX, in *Traité d'hygiène*, Paul BROUARDEL, MOSNY Ernest (dir.), Paris, J.-B. Baillière, 1907, p. 15, cité par Anne RASMUSSEN dans « Préserver le capital humain », *art. cit*.
[172] « *If military duties and drill do not lead directly to the premature death of the young soldier, they sooner or later lead to his being discharged from the army as unfit for a soldier's duty. Thus he is thrown out of the service and becomes a burden upon the civil population, with one or more of his vital organs damaged for the remainder of his life* » *in* AITKEN William, *On the Growth of the Recruit, op. cit.*, p. xiii.

députés. Henri Doizy se plaint encore en février 1914 de la légèreté avec lequel il est procédé à la sélection :

> J'ai relevé rapidement les chiffres que nous donnait monsieur le sous-secrétaire d'État, et il me semble bien qu'il a dit que, pour le mois de janvier 1914, la morbidité était de 64 pour la classe 1911, de 125 pour la classe 1912 et de 139 pour la classe 1913, et la mortalité de 0,56 p. 1,000 pour la classe 1913, 0,50 pour la classe 1912 et 0,24 seulement pour la classe 1911.
>
> Ces chiffres se passent de commentaires. De leur analyse nous sommes en droit de conclure que la sélection qui devait être si rigoureuse, que nous aurions voulu très rigoureuse, n'a pas été faite avec tous les soins désirables et que nous avons encore incorporé, pour la classe 1913, un trop grand nombre d'hommes que nous aurions dû tout au moins ajourner[173].

Il y ajoute les chiffres de réforme pour tuberculose auxquels :

> [Il] faudrait ajouter les chiffres de réforme pour imminence de tuberculose et pour pleurésie […], les cas de faiblesse de constitution, les bronchites, diagnostics avec lesquels on décore souvent tout autre chose […]. Il suit de là que les conseils de révision ont été d'une singulière imprudence et qu'ils ont admis dans l'armée des jeunes gens qui n'auraient jamais dû y venir[174].

Sans pour autant dire que la pensée médico-militaire « a été clairement malthusienne en termes de recrutement[175] », puisqu'il est reproché assez tôt à Malthus de n'avoir été préoccupé que de la question de la quantité de la population jusqu'à en oublier la question de la qualité, on peut cependant suivre Anne Rasmussen en soulignant le rôle de gestionnaires du capital humain des médecins[176]. En prônant une administration raisonnée des effectifs, ils ont milité pour une attitude de « prudence et circonspection[177] » face à la sélection. L'*Instruction sur l'aptitude physique au service militaire* de 1917 ne s'y trompe pas, qui reconnaît que :

> Les médecins ont fourni depuis de longues années, de vrais efforts dirigés, avec une ténacité méritoire, vers les perfectionnements d'un service qui non seulement remplit le but humanitaire le plus élevé, mais qui ménage ou répare les forces vives de la nation[178].

---

[173] *Journal officiel de la République française. Débats parlementaires. Chambre des députés : compte rendu in-extenso*, Séance du 20 février 1914, p. 974.
[174] *Ibid*.
[175] RASMUSSEN Anne, « Préserver le capital humain », *art. cit*.
[176] Sur la critique de Malthus, voir BAUDRILLART Henri, *Manuel d'économie politique*, Paris, Guillaumin, 1857, p. 426-427.
[177] LEMOINE Georges, *Traité d'hygiène militaire, op. cit.*, p. 3.
[178] *Instruction sur l'aptitude physique au service militaire. Commentée et mise à jour,* Paris, 1917, p. 6.

III. « *The limit of the useful soldier* » : critères de l'inaptitude militaire

Afin de garantir « la meilleure sauvegarde des intérêts particuliers et de l'intérêt général[179] », les médecins ont élaboré des procédures diagnostiques et discuté des critères qui n'ont cessé d'évoluer et dont la pertinence est soumise en permanence à la discussion scientifique internationale. Ces critères peuvent être classés en trois catégories. La première comprend des éléments qui visent à garantir l'efficacité de l'armée : il s'agit de repérer tout ce qui peut empêcher le candidat de se livrer aux activités physiques du métier des armes, tout ce qui peut contaminer le collectif militaire mais aussi tout ce qui peut nuire à son uniformité et à sa cohésion. La seconde vise à garantir l'intérêt du candidat : dans cette optique, toute affection sévère susceptible d'être aggravée de manière importante par le port des armes s'avère disqualifiante. Enfin, en dehors de toute considération pragmatique, les critères de l'examen promeuvent une normativité corporelle virile dont les caractéristiques ne sont pas entièrement dictées par les besoins de l'institution militaire.

La sélection repose alors sur une double évaluation, celle de l'aptitude physiologique et celle de l'aptitude pathologique. La première vise à écarter du rang toutes les potentielles recrues affligées de « faiblesse de constitution » ou son équivalent britannique « *Poor Physique* », la seconde à déterminer si d'éventuelles pathologies ou difformités repérées à l'examen peuvent empêcher – provisoirement ou définitivement – le candidat d'exercer le métier des armes. Parmi les critères discriminants de l'aptitude physiologique, on retrouve l'âge, la taille et le poids des recrues pour lesquels les médecins tentent d'identifier des seuils déterminés scientifiquement. L'estimation de l'aptitude passe ainsi par la recherche permanente des « limites du bon soldat » (« *The limits of the useful soldier*[180] »).

1. Des inconvénients de la jeunesse

L'âge idéal du recrutement fait l'objet d'attentions particulières de la part du corps médical dès la fin du XVIII[e] siècle[181]. Les médecins cherchent à déterminer l'âge de la maturité. En 1914, les Français entre vingt et quarante-neuf ans sont soumis aux obligations militaires.

[179] BONNETTE Pierre, *Du choix des conscrits, op. cit.*, p. 26.
[180] BLACK J. A., « Observations on Pignet's Factor », *JRAMC*, 1er juillet 1912, p. 87.
[181] ROYNETTE Odile, « L'Âge d'homme », *art. cit.*, p. 281 et suiv. ; ROYNETTE Odile, *Bons pour le service*, *op. cit.*, p. 226-229.

Les Britanniques peuvent eux s'engager entre dix-neuf et trente-huit ans en octobre 1914[182]. Même si les volontaires peuvent, dans les deux pays, se présenter plus jeunes au bureau de recrutement, il est à craindre qu'ils éprouvent d'importantes difficultés à affronter les vicissitudes de la vie militaire lorsqu'ils n'ont pas atteint vingt ans. Les médecins estiment souvent qu'à cet âge, l'évolution du squelette osseux, des muscles et des organes internes, quoiqu'encore incomplète, est suffisante pour le champ de bataille. Pour William Aitken :

> L'expérience des chefs d'armée, et de la guerre en général, a montré que les jeunes gens de moins de 20 ans ne se montraient que très rarement capables de surmonter les fatigues de la vie militaire sur la durée, notamment celles du champ de bataille et qu'ils éprouvaient toutes les difficultés à porter leur sac à dos lors de campagnes en territoire ennemi dont la durée excèderait quelques mois. Il est tout à fait évident qu'étant donné l'immaturité de leur ossature, le manque de développement de leurs muscles et de leurs organes internes, une recrue de moins de vingt ans ne devrait pas être intégrée aux forces combattantes[183].

C'est pour cette raison qu'en Grande-Bretagne en 1881, l'âge minimum est augmenté de dix-huit à dix-neuf ans[184]. À cet égard, les volontaires en dessous de l'âge légal constituent pour les médecins un bon observatoire des difficultés physiques et morales qui attendent les trop jeunes recrues. En France, il est en effet possible de déroger aux limites d'âge par le volontariat. Durant la guerre, l'engagement volontaire concerne des jeunes de dix-huit et dix-neuf ans, d'anciens réformés et des vétérans de la précédente guerre ayant dépassé la limite d'âge[185]. L'extrême vulnérabilité des très jeunes volontaires, due à une immaturité tant physique que morale, est sans cesse soulignée. En 1903, le docteur Joseph Jourdin constate ainsi que les taux de mortalité et de réforme des engagés du 50e régiment d'infanterie et du 5e régiment de dragons sont deux fois plus importants que ceux des appelés, dont la maturité physique est plus importante[186]. De la même manière, un rapport de l'inspection générale du recrutement admet en Grande-Bretagne que les hommes dans la force de l'âge sont préférables aux jeunes de 18 ans[187]. On

[182] *East End News*, 27 octobre 1914.
[183] « *The experience of all great commanders, and of warfare generally, has shown that young men have not been usually able to surmount the fatigues of a continuous military life, especially in the field, under 20 years of age – that they have had great difficulty in carrying their knapsacks in active service when a campaign is prolonged beyond a few months in an enemy's country; and it is quite clear, from the immature condition of his bones, and want of development of his muscles and of his internal organs, that the recruit ought not to pass into the ranks for general service below the age of 20 years* », in AITKEN William, *On the Growth of the Recruit and young soldier, op. cit.*, p. 47.
[184] FRENCH David, *Military Identities, op. cit.,* p. 34.
[185] BOULANGER Philippe, « Les conscrits de 1914 : la contribution de la jeunesse française à la formation d'une armée de masse », *Annales de démographie historique*, 2002/1, n° 103, p. 11-34.
[186] JOURDIN Joseph, « Valeur physique et morale des engagés volontaires », *Caducée*, 1903, p. 103 et 112.
[187] TAYLOR, cité par AITKEN William, *On the Growth of the Recruit and young soldier, op. cit.*, p. 43.

impute à la jeunesse des engagés, outre leur fragilité physique, une moindre qualité morale et une propension élevée à souffrir de la nostalgie, du froid ou de la misère[188].

Le seuil de vingt ans est discuté au cours du XIX[e] siècle par des physiologistes et statisticiens qui estiment que c'est autour de vingt-cinq voire trente ans que l'individu atteint sa plénitude physique. Le squelette, les systèmes musculaire et organique poursuivent leur développement après vingt ans, remarquent les médecins. Ainsi le cœur, particulièrement sollicité au cours de la vie militaire, est amené à se développer de manière accélérée entre dix-huit et vingt-cinq ans[189]. Pourtant c'est bien l'âge de vingt ans pour les conscrits et dix-huit ans pour les engagés qui s'impose. En effet, les conclusions de l'expertise médicale ne s'élaborent pas indépendamment des contraintes sociales et militaires. Les réflexions des médecins intègrent d'autres paramètres tels le niveau d'étude des jeunes gens, l'âge au mariage, la vigueur du père du futur soldat – qui peut lui permettre ou non de poursuivre ses travaux aux champs en l'absence de son fils – ou encore les exigences de l'État et de l'armée en matière d'effectifs et d'entraînement[190]. Ainsi pour Georges Lemoine, à vingt ans :

> [L]'organisme n'est pas encore définitivement formé, la charpente osseuse notamment n'est pas encore complètement édifiée, puisqu'un certain nombre d'apophyses ne sont soudées qu'entre vingt, vingt-deux et vingt-huit ans. C'est plutôt à vingt-cinq ans qu'à vingt et un qu'est achevé le développement du corps et que celui-ci présente le maximum de force. Mais un ajournement du service militaire à un âge plus avancé aurait trop d'inconvénients individuels et sociaux pour qu'il soit possible d'y songer[191].

Les troupes envoyées aux colonies, en raison des conditions parfois éprouvantes des pays chauds, font l'objet de restrictions d'âge supplémentaires[192].

La réflexion sur l'âge de l'incorporation prend en France et en Grande-Bretagne des modalités bien distinctes. Selon Georges Morache (1837-1906), auteur d'un traité d'hygiène militaire de référence, l'âge n'appartient pas au domaine strict de l'expertise médicale puisque

---

[188] MORACHE Georges, *Traité d'hygiène militaire*, Paris, J.-B. Baillière, 1870 [3[e] édition], p. 176 ; GRANJUX Adrien-Pierre-Léon, *Caducée*, n° 24, 1903, p. 325.
[189] DAVY Arthur, *The Breakdown of Young Soldier under training*, Woolwich, 1883 ; MEYER Arthur, *On the Etiology and Prevalence of disease of the Heart among Soldiers*, Hanse, 1870 ; VEALE, « On Heart-Disease and Palpitation in the Army », *Army Medical Department Blue Book*, 1882.
[190] Sur ce point, ROYNETTE Odile, *Bons pour le service, op. cit.*, p. 227-229. Pour une justification de l'incorporation à 18 ans à la veille de la guerre, voir MELVILLE Charles, *Military Hygiene and Sanitation*, *op. cit*., p. 23-24.
[191] BONNETTE Pierre, « La limite d'âge physiologique des engagements volontaires », *Caducée*, 1905 ; LEMOINE Georges, *Traité d'hygiène militaire*, *op. cit*., p. 4-5.
[192] LEMOINE Georges, *Traité d'hygiène militaire… op. cit*, p. 6 ; RAYNAUD, BONVALOT, THIERRY, « Précautions à prendre pour les expéditions coloniales », Congrès international d'hygiène, Paris, 1900.

seuls les jeunes gens d'une classe d'âge, inscrits sur les listes de recrutement, sont appelés[193]. Il s'agit d'une catégorie purement administrative. Elle ne relève pas de l'examen médical proprement dit mais reste un objet de la controverse scientifique. Les discussions sur l'âge de l'incorporation ont ainsi en France deux objectifs, d'abord peser sur les dispositions des lois de recrutement, c'est le cas en 1913 ; ensuite insister sur la sévérité accrue qui doit accompagner le processus de recrutement des engagés. La question est abordée de manière différente en Grande-Bretagne pour des raisons politiques et administratives. L'âge de la recrue ressort aussi bien de la controverse scientifique en amont du recrutement lui-même que de l'examen médical proprement dit. L'enregistrement de l'état civil ne faisant pas l'objet de la même rigueur qu'en France, il est plus facile pour un jeune Britannique de mentir sur son âge[194]. L'âge n'est alors établi avec certitude qu'au moment de l'examen. L'inaboutissement du système d'identification a donc suscité toute une littérature sur la détermination de l'âge des volontaires. Le règlement d'incorporation des recrues précise ainsi, dès 1885 :

> Dans les cas où la recrue candidate à l'incorporation ne pourrait présenter de preuve suffisante de son âge, le médecin chargé de l'examiner procèdera à la détermination de son *âge apparent* en comparant la taille au poids et en estimant son développement général ainsi que son allure. Cet âge sera inscrit en page 2 de l'attestation du jeune soldat et fera référence dans toute la documentation ultérieure le concernant[195].

Les mensurations de la recrue sont comparées à un système d'équivalence normatif associant l'âge à des mesures de référence du corps humain. On trouve ainsi dans nombre de traités des tableaux, inspirés de l'enquête anthropométrique de Charles Roberts, montrant ce que devraient être la taille, le poids et l'allure des jeunes hommes de différents âges[196]. L'enjeu de cette mise

---

[193] MORACHE Georges, *Traité d'Hygiène militaire, op. cit.*, p. 63.

[194] AITKEN William, *On the Growth of the Recruit and young soldier, op. cit.*, p. 164-165. FRENCH David, *Military Identities, op. cit.*, p. 34 ; Sur les pratiques d'identification, leurs modalités, leurs conséquences : ABOUT Ilsen, DENIS Vincent, *Histoire de l'identification des personnes*, Paris, La Découverte, 2010, p. 71-94 ; CAPLAN Jane, TORPEY John (dir.), *Documenting Individual Identity. The Development of State Practices in the Modern World*, Princeton, Princeton University Press, 2001. Sur la vérification de l'identité du conscrit français SHD, GR 9 NN 7/1102, Décrets et arrêtés relatifs à la formation des classes 1913 et 1914.

[195] « *Should the recruit on presenting himself for enlistment bring no satisfactory proof of his age, the medical officer who examines him will, by comparing the height with the weight, general development and appearance, decide his apparent age, which will be entered on the second page of the attestation, and be accepted in all future official documents relating to him.* » in *Regulations for the Medical Department of Her Majesty's Army*, 1885, Section II, p. 168.

[196] BEGGS Samuel Thomas, *The selection of the recruit*, Baillière, Tindall&Cox, Londres, 1915, p. 6-7 et p. 18-19 ; CRAWFORD Thomas in *Army Medical Reports*, 1862/1864 ; LONGMORE Thomas, *Instructions on the Examination of Recruits*, Southampton, 1882 ; MASSY Hampden, *Remarks on the Examination of Recruits*, Londres, 1854 ; ROBERTS Charles, *A Manual of Anthropometry or A guide to the physical examination and measurement of the human body*, London, 1878, p. 72-73 et 81. Ce travail de mis en corrélation de la taille, du poids et de l'âge est connu en France. Georges Morache, dans son *Traité d'hygiène militaire* paru en 1874, consacre plusieurs pages au « Rapport de la taille, du poids et du développement de la poitrine » où les travaux de Parkes et Longmore sont cités.

en tableau des corps est d'importance puisque les jeunes de moins de 18 ans sont exclus à la fois des forces combattantes et du système de pension.

2. Seuils et mesures

La Direction du Service de santé précise dans un volume d'*Instruction sur l'aptitude physique* régulièrement mis à jour les conditions d'aptitude au service militaire :

> La première condition à remplir au point de vue de l'aptitude physique, aussi bien pour le service auxiliaire que pour le service armé, est de posséder une vigueur corporelle suffisante pour pouvoir résister aux fatigues inhérentes à la vie militaire […]. Il importe d'éviter avec le plus grand soin de prendre des malingres, des débiles, des sujets chétifs dont l'état général laisse à désirer […]. Pour apprécier la robustesse, [les médecins experts] tiendront compte des rapports existant entre la taille, le périmètre thoracique et le poids des sujets[197].

La « faiblesse de constitution » est la principale cause d'exemption en France entre 1914 et 1918. Elle appartient à la nomenclature des maladies, infirmités ou vices de conformation susceptibles de motiver l'ajournement, l'exemption ou le classement dans le service auxiliaire. L*'Instruction sur l'aptitude physique* la définit ainsi :

> La constitution physique trop faible peut se traduire soit par la faiblesse générale de complexion, l'amaigrissement, l'état malingre de l'ensemble de l'organisme, soit par la débilité résultant d'une maladie aiguë ou d'une cause accidentelle et transitoire[198].

Sur toute la période de la guerre, 11,5% des exemptés le sont pour faiblesse de constitution. Ils sont près de 14% si l'on ajoute les diverses cachexies, terme qui caractérise également un état de faiblesse et d'amaigrissement prononcé, qui peuvent affecter l'organisme de la recrue[199].

---

[197] Direction du Service de Santé : Bureau du Matériel et de la Comptabilité – n°5 : « Circulaire relative à l'élimination des hommes physiques impropres au service militaire », Paris, le 13 janvier 1908. On trouve cette circulaire reproduite dans l'*Instruction sur l'aptitude physique* de septembre 1914.

[198] Ministère de la guerre, Bulletin officiel n°68 bis, *Recrutement de l'armée : instruction sur l'aptitude physique au service militaire*, Paris, H. Charles-Lavauzelle, volume arrêté à la date du 15 septembre 1914, p. 7.

[199] *Compte-rendu sur le recrutement de l'armée pendant l'année 1914*, Paris, Imprimerie nationale, 1919 ; *Compte-rendu sur le recrutement de l'armée pendant l'année 1915*, Paris, Imprimerie nationale, 1919 ; *Compte-rendu sur le recrutement de l'armée pendant l'année 1916*, Paris, Imprimerie nationale, 1919 ; *Compte-rendu sur le recrutement de l'armée pendant l'année 1917*, Paris, Imprimerie nationale, 1920 ; *Compte-rendu sur le recrutement de l'armée pendant l'année 1918*, Paris, Imprimerie nationale, 1920.

Tableau 1 : Exemptions pour faiblesse de constitution et cachexie en France 1914-1918

	Classe 1914	Classe 1916	Classe 1917	Classe 1918	Classe 1919	Classe 1920	Total
Faiblesse de constitution	2 508	1 620	1 882	705	917	1 267	7632
Total des exemptions	17 668	12 529	11 302	7 750	8 408	8 970	66 627

Sources : *Comptes-rendus sur le recrutement de l'armée*

Les exemptés pour faiblesse de constitution sont ainsi 42% à Béziers, 37% à Mende. Le diagnostic est parfois accompagné d'annotations telles que « encore gamin », « insuffisance irrémédiable », « faiblesse définitive » ou « sénilité précoce » qui montrent la variété des situations que peut recouvrir cette catégorie[200].

Le diagnostic de faiblesse de constitution, du fait de sa définition floue, est pour les experts source de difficultés :

> On ne saurait préciser d'une manière absolue l'état, dépendant de données ou de conditions très variables, qui caractérise la faiblesse de constitution. Ses traits principaux néanmoins, sont les suivants : taille trop élevée, disproportionnée avec la largeur du corps ; cou allongé et mince, poitrine étroite, enfoncée ou aplatie, ventre déprimé. La mensuration de la circonférence de la poitrine ne peut être considérée comme un élément absolu d'appréciation de l'aptitude physique au service militaire, le périmètre thoracique variant avec l'âge, la race, la taille, les habitudes et la profession des individus[201].

Aussi, pour préciser ce diagnostic, de nombreux médecins ont tenté de définir l'aptitude de manière anthropométrique, de l'« objectiver par un ensemble de mesures[202] » auxquelles appartiennent la taille, la circonférence thoracique et le poids des sujets. Le corps de la recrue est alors enfermé dans un cadre mathématisé. Cette « arithmétique du corps masculin[203] » renvoie au développement d'un nouveau système de preuve scientifique au sein duquel le regard du médecin est progressivement remplacé par l'instrumentation puis par la mesure[204]. Il

[200] MAURIN Jules, *Armée, guerre, société : soldats languedociens (1889-1919)*, Paris, Publications de la Sorbonne, 1982, p. 198.
[201] *Instruction sur les maladies, infirmités ou vices de conformation qui rendent impropres au service militaire*, Paris, Imprimerie nationale, 27 février 1877.
[202] RASMUSSEN Anne, « Expérimenter la santé des grands nombres », *art. cit*., p. 80.
[203] ROYNETTE Odile, « L'Âge d'homme », *art. cit.*, p. 285.
[204] JORLAND Gérard, WEISZ George, OPINEL Annick, *Body Counts: Medical Quantification in Historical and Sociological Perspective,* Montréal, McGill-Queen's University Press, 2005, p. 157 ; PORTER Theodore M., *La*

s'agit de « décomposer l'individu en traits et aptitudes quantifiables, [et de] le recomposer sous forme de chiffrages globaux pour mieux pouvoir comparer son efficience, constatée ou potentielle, à celle de ses pairs[205] ». Les formes de la discursivité scientifique font alors un usage appuyé du langage mathématique dont la scientificité doit être gage d'objectivité et donc d'exactitude[206]. On peut relever dans le discours des médecins des expressions éloquentes. Déterminer l'aptitude, c'est estimer le « quantum de valeur physiologique d'un individu » ou encore « mesurer l'étiage de la capacité physique[207] » en valorisant les « donnée[s] mathématique[s] non variable[s] avec le talent de l'observateur ou les dispositions du sujet[208]». Les formules reflètent ici la dépersonnalisation du vocabulaire médico-militaire caractéristique de la médecine des grands nombres[209].

Dans leur recherche des éléments mesurables révélateurs de la constitution, les médecins ont isolé d'abord la taille puis le poids et la capacité thoracique avant de chercher à associer ces mesures en calculant des indices ou coefficients d'aptitude. Les possibilités de mesure sont théoriquement très étendues. Ce sont néanmoins trois notations simples : taille, poids et circonférence thoracique, qui font l'objet de toutes les attentions. Après avoir suscité un débat international, la pertinence de ces ordres de grandeur est progressivement retenue, avec des variations d'importance selon les époques et les contextes nationaux[210]. Elles s'imposent comme étalon de la robustesse du soldat. Ainsi en 1907, l'armée britannique procède à une série de mesures sur 15 000 recrues six mois après leur incorporation afin d'estimer le développement de leur organisme sous l'effet de l'entraînement. Pour les autorités,

---

confiance dans les chiffres. La Recherche de l'objectivité dans la science et dans la vie publique, Paris, Les Belles Lettres, 2017 ; RUDOLPH Gerhard, « Mesure et expérimentation », dans GRMEK Mirko (dir.), *Histoire de la pensée médicale en Occident*, tome 2, Paris, Seuil, 1997, p. 61-91 ; SCHAFFER Simon, *La Fabrique des sciences modernes*, Paris, Seuil, 2014 ; SIBUM H. Otto, « Les gestes de la mesure. Joule, les pratiques de la brasserie et la science », *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, 53e année, n° 4-5, 1998, p. 745-774. Sur le cas particulier de la mesure de l'intelligence, NICOLA Serge, « Le Binet-Simon et les origines de la mesure de l'intelligence », in NICOLA Serge, ANDRIEU Bernard, *La mesure de l'intelligence (1904-2004)*, Paris, L'Harmattan, 2005, notamment p. 26-28 ; PINELL Patrice, « L'invention de l'échelle métrique de l'intelligence », *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 108, n°1, 1995 ; GOULD Stephen Jay, *La mal-mesure de l'homme,* Paris, Odile Jacob, 1997.

[205] CAHEN Fabrice, CAVALIN Catherine, ROSENTAL Paul-André, « Mesurer la valeur humaine. Morale, biopolitique, utilitarisme, XVIIIe-XXIe siècle », *Incidence. Philosophie, littérature, sciences humaines et sociales*, n°12, Automne 2016, p. 17.

[206] Sur la question de la quantification et son interprétation dans une approche d'épistémologie des sciences, on lira DASTON Lorraine, GALISON Peter, *Objectivité*, Dijon, presses du réel, 2012, p. 218. Sur les procédures de validation des travaux et l'administration de la parole scientifiques, FAGES Volny, *Savantes Nébuleuses. L'origine du monde entre marginalité et autorité scientifique (1860-1920),* Paris, Éd. EHESS, 2018.

[207] BESSON Adrien, *De l'Évaluation de l'aptitude physique, op. cit.*, p. 71 et p. 18.

[208] LEMOINE Georges, *Traité d'hygiène militaire*, op. cit., p. 9.

[209] HARRISON Mark, « Medicine and the management of Modern Warfare », *art. cit.*, p. 379-410.

[210] ROYNETTE Odile, *Bons pour le service, op. cit.*, p. 224-245 notamment p. 230-234 ; HARTMANN Heinrich, *The Body Populace. Military Statistics and Demography in Europe before the First World War*, Cambridge Massachusetts, MIT Press, 2019, p. 69-92.

l'augmentation conséquente de leur taille, de leur poids et de leur tour de poitrine confirme les bienfaits de la discipline militaire sur le corps des jeunes soldats[211].

À l'inverse des tentatives d'évaluation du muscle qu'ont tenté d'introduire en France Boureau et de Gaulejac ou la mesure de l'amplitude thoracique (différence entre inspiration forcée et expiration complète), ces trois mesures sont plébiscitées parce qu'elles nécessitent un matériel simple, facile à manier et peu onéreux – toise, bascule et ruban métrique – et présentent toutes les garanties de rapidité et de précision dans les conditions d'urgence qui sont celles de l'examen médical[212]. En 1916, la durée moyenne de l'examen d'un sujet au cours d'une séance du conseil de révision est en effet d'1 minute 30[213]. Dans ce laps de temps, outre la prise des mesures, les experts médicaux doivent apprécier la condition physique générale et détecter une éventuelle pathologie ou malformation figurant dans la liste des affections rédhibitoires. Ces mesures sont en outre plébiscitées par les autorités militaires dans la mesure où, se rapportant à l'évaluation de l'aptitude au service, elles évitent que l'énergie et le temps des médecins ne soient employées à des mesures destinées à des enquêtes anthropologiques qui ne sont pas d'utilité directe pour l'institution militaire[214]. Les recherches du médecin-major de 2e classe Campos-Hugueney sur la détermination de l'aptitude par l'estimation de la force musculaire à l'aide du dynamomètre de Collin ne suscitent ainsi qu'un intérêt passager[215].

La taille est un critère ancien associé tant à la santé de la recrue qu'à l'image que doit renvoyer la troupe. Elle est précocement déterminée par un seuil minimal – justifié par des considérations tant pratiques et esthétiques que médicales – qui fluctue en fonction des besoins de l'armée[216]. En Grande-Bretagne, le minimum de taille est ainsi utilisé pour réguler le flot des recrues. En septembre 1914, la foule de volontaires candidats à l'incorporation déborde les capacités administratives du recrutement. Kitchener décide donc d'augmenter la taille

---

[211] SPIERS Edward M., *The Army and Society, 1815-1914*, London, Longman, 1980.
[212] BOUREAU et DE GAULEJAC, « Nouveau procédé d'évaluation physique du soldat », *Gazette médicale du centre,* 1904 ; KELSCH Achille, « La tuberculose dans l'armée », *Revue d'hygiène*, 20 septembre 1905, p. 784. Pour Achille Kelsch, on ne peut accorder à l'amplitude thoracique qu'une valeur très relative dans l'appréciation de la robusticité, car elle varie souvent avec le talent, ou l'adresse de l'observateur, plus qu'avec la force du sujet.
[213] BOULANGER Philippe, « Les conscrits de 1914 », *art. cit.*, p. 11-34. Voir annexe n° 8.
[214] HARTMANN Heinrich, « Une affaire de marges. L'anthropométrie au conseil de révision, France-Allemagne, 1880-1900 », *Le Mouvement Social*, 2016/3, n° 256, p. 81-99.
[215] CAMPOS-HUGUENEY, *De la méthode expérimentale dans l'étude de la constitution de l'homme*, Paris, Maloine, 1904. Voir le compte-rendu de DELORME dans le *Bulletin de l'Académie nationale de médecine*, n°24, 3e série, tome LI, Paris, Masson, 1904, p. 553.
[216] Sur l'ancienneté du critère de la taille, on consultera CORVISIER André, *L'Armée française de la fin du XVIIe au ministère de Choiseul. Le Soldat,* Paris, PUF, 1964, t. II, p. 637-652. Voir aussi ARON Jean-Paul, DUMONT Paul, LE ROY LADURIE Emmanuel, « Anthropologie du conscrit français d'après les comptes numériques et sommaires du recrutement de l'armée (1819-1826) », *Civilisations et sociétés*, Paris, Mouton, 1972, p. 223 ; MCDERMOTT James, *British Military Service Tribunals, 1916-18: A Very Much Abused Body of Men*, Manchester, Manchester University Press, 2011, p. 180.

minimum des recrues, qui passe d'1 m 60 à 1 m 68, puis diminue à nouveau à 1 m 63 en octobre, lorsque l'afflux des volontaires diminue[217]. Certains bataillons, qui s'enorgueillissent du physique athlétique de leurs membres, ont des critères plus restrictifs encore. Les fusiliers de Liverpool, par exemple, précisent en septembre 1914 qu'ils n'accepteront pas de recrues en dessous d'1 m 77[218]. En France, le minimum de taille d'1 m 54 pour l'infanterie est supprimé par la circulaire ministérielle du 14 avril 1901. 1 833 jeunes hommes recrutés en 1914 mesurent ainsi moins de cette limite. Parmi eux, les soldats languedociens étudiés par Jules Maurin mesurent entre 1 m 45 et 1 m 85. L'essentiel des conscrits mesure entre 1 m 60 et 1 m 70[219]. Le critère de la taille a perdu son caractère déterminant lorsqu'au cours du XIX^e^ siècle, les bouleversements de l'art de la guerre en ont diminué l'avantage tactique et que les médecins ont commencé à associer grande taille et fragilité physique[220]. Les très hautes statures suscitent ainsi la méfiance des examinateurs britanniques en ce qu'elles pourraient indiquer une « capacité vitale » réduite[221]. La taille reste cependant l'un des objets de la surveillance nationale et internationale de l'état des forces armées. Le *Journal de médecine et de chirurgie pratique* s'inquiète ainsi en 1914 de la taille des soldats dans les différentes parties de l'Empire allemand puisque, constate l'auteur non sans inquiétude, « la taille moyenne allemande surpasse d'au moins 6 centimètres la française[222] ».

Les transformations des représentations du corps sous l'influence des découvertes lavoisiennes et pastoriennes provoquent un déplacement du regard médical vers d'autres critères. La capacité respiratoire – évaluée à l'aide de mesures du thorax – et le poids prennent une importance nouvelle notamment dans le cadre de la lutte contre la tuberculose[223]. On craint

---

[217] WINTER Jay, *The Great War and the British People*, Londres, Macmillan, 1985, p. 50 ; WINTER Jay, « Military Fitness and Civilian Health », *art. cit.*, p. 215 ; BECKETT Ian F.W., SIMPSON Keith (dir.), *A Nation in Arms: A Social Study of the British Army in the First World*, Kir. Dover, N.H., Manchester University Press, 1985, p. 8-9. Pour les chiffres de 1918, CAC, GEDD 4/7, *Revised general directions for the guidance of commissioners, deputy commissioners and members of medical boards*, HM Government publications, 1918, p. 10.

[218] « *5 feet 8 inches* » in *Liverpool Daily Post*, 10 septembre 1914, cité par MCCARTNEY Helen B., *Citizen Soldiers. The Liverpool Territorials in the First World War*, Cambridge, Cambridge University Press, 2005, p. 35.

[219] MAURIN Jules, *Armée, guerre, société : soldats languedociens (1889-1919)*, Paris, Publications de la Sorbonne, 1982, p. 192. Le critère de taille est maintenu pour les engagés volontaires, et, en dehors de l'infanterie, pour d'autres armes. Les cuirassiers, dragons, chasseurs ou hussards notamment recrutent avec des critères sévères. Voir LEMOINE Georges, *Traité d'hygiène militaire, op. cit.,* p. 8.

[220] Sur l'intérêt tactique des grandes tailles voir LEMOINE Georges, *Traité d'hygiène militaire*, *op. cit.,* p. 7 ou MELVILLE Charles, *Military Hygiene and Sanitation*, *op. cit*., p. 24 ; WAGGETT E. B., « The Mouth, Nose, Throat and ear from the Recruiting Point of view », *JRAMC*, 1 août 1909, p. 186.

[221] « *Excessive height may indicate a loss of vital capacity […] and call[s] for careful examination* », in BEGGS Samuel Thomas*, The selection of the recruit… op. cit.*, p. 20.

[222] « La taille du soldat allemand », *Journal de médecine et de chirurgie pratique*, 10 avril 1914.

[223] WOILLEZ Eugène-Joseph, *Recherches pratiques sur l'inspection et la mensuration de la poitrine*, Paris, Béchet jeune, 1838 ; MACKIEWICZ, « De l'emploi des mensurations du corps pour la fixation d'un minimum de robusticité, et la diminution de la fréquence de la tuberculose dans l'armée », *Bulletin militaire*, 1898, n°35, p. 409, in *Recueil de mémoires de médecine et de chirurgie militaires*, 3e série, t. XXXII. Pour l'Angleterre, voir notamment

en effet pendant la guerre « le jeune soldat aux épaules débiles, au thorax étroit, qu'un bel élan a lancé dès la première heure sur le front et qui, bientôt, s'amaigrit, pâlit, se met à tousser, crache le sang, résiste aussi longtemps qu'il peut, puis est évacué sur un hôpital où il va semer autour de lui le germe fatal[224] ». En Grande-Bretagne, la circonférence thoracique et le poids recommandés dépendent de l'âge de la recrue mais d'une manière générale, tout poids inférieur à 48 kilogrammes entraîne la suspicion des experts[225]. Le tour de poitrine est un élément important de la détermination de l'aptitude. À Londres, pendant les cinq premiers mois de la guerre, plus d'un tiers des recrues sont refusées en raison de leur insuffisance thoracique[226]. En France, la mensuration thoracique est recommandée par le Conseil de Santé dès 1845, un minimum de 78 centimètres est adopté en 1877, puis abandonné en 1890, même si la mesure continue d'être pratiquée et son importance revendiquée. L'idée s'est imposé en effet qu'aucun élément d'appréciation de la valeur physique des recrues pris isolément ne pouvait être regardé comme un critérium absolu[227]. En conséquence, les limites réglementaires de taille, de périmètre thoracique et de poids ont été abandonnées. La pesée, rendue obligatoire en 1904, n'est pas non plus discriminante même si l'attention des conseils de révision est appelée d'une façon toute particulière dès 1913 sur les hommes dont le poids est inférieur à 50 kg[228].

L'examen médical est à la fois un processus d'élimination autoritaire et une entreprise d'orientation. Pour un certain nombre de jeunes gens, notamment pour les volontaires, qui peuvent émettre le choix de leur affectation, certaines aptitudes particulières, qu'elles soient

---

MARSHALL H., *Military Miscellany*, London, iSGG, 1846. Sur les rapports entre tuberculose et modification des critères, on lira RASMUSSEN Anne, « Expérimenter la santé des grands nombres », *art. cit*. Sur les bouleversements du regard médical sur le corps : ROYNETTE Odile, « L'Âge d'homme… », *art. cit.,* p. 281 et suiv. ; RABINBACH Anton, *The Human Motor, op. cit.* ; VIGARELLO Georges, *Le sain et le malsain, santé et mieux-être depuis le Moyen-Âge*, Paris, Éd. du Seuil, 1993. Sur le critère du poids d'une manière plus générale et ses implications, SOBAL Jeffrey, MAURER Donna, *Weighty Issues: Fatness and Thinness as Social Problems*, New York, Aldine de Gruyter, 1999.

[224] « La tuberculose et la guerre », *Journal de médecine et de chirurgie pratique*, 25 mars 1916, p. 238

[225] Voir par exemple MELVILLE Charles, *Military Hygiene, op. cit*., p. 25 ; BEGGS Samuel Thomas, *The selection of the recruit*, *op. cit*., p. 21. Certains médecins militaires français proposent, à l'instar du médecin major Tartière, d'ajourner tout homme dont le poids n'atteindrait pas 48 kg. Cf. LEMOINE Georges, *Traité d'hygiène militaire*, *op. cit*, p. 9. À la fin de la guerre, l'attention des experts est appelée sur des seuils limite mais ceux-ci ne sont pas rédhibitoires. Voir CAC, GEDD 4/7, *Revised general directions for the guidance of commissioners, deputy commissioners and members of medical boards*, HM Government publications, 1918, p. 10.

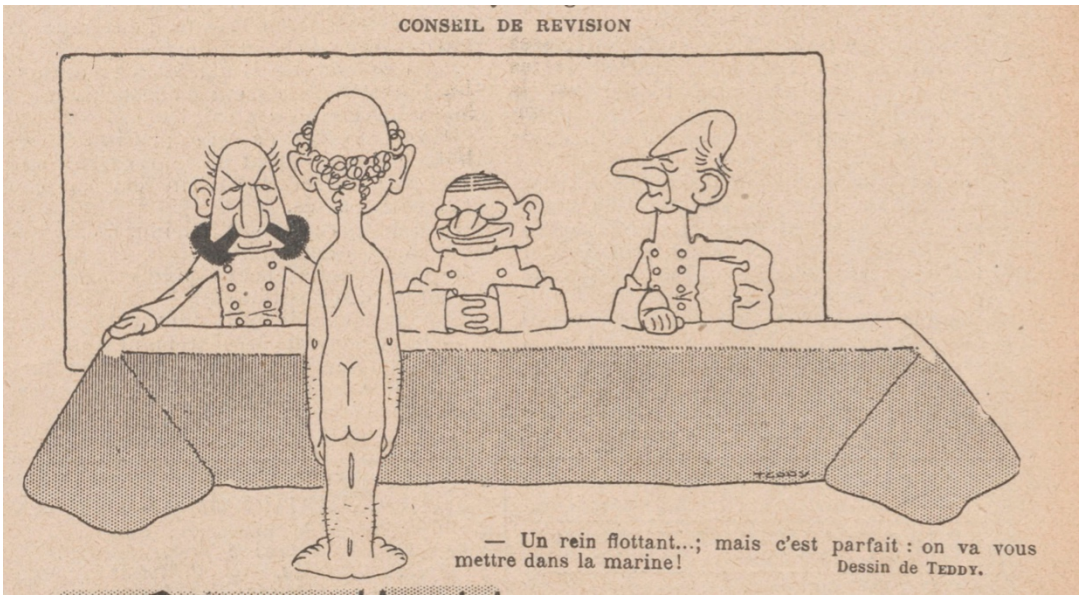
[226] DICKS J. Dawson, *Rickets*, London, 1922, p. 387.

[227] LEMOINE Georges, *Traité d'hygiène militaire*, *op. cit*, p. 226.

[228] *Instruction sur les maladies, infirmités ou vices de conformation qui rendent impropres au service militaire*, Paris, Imprimerie nationale, 27 février 1877. Voir aussi Conseil de santé des armées, *Instruction sur les infirmités qui rendent impropres au service*, 1845 ; Instruction de 5 avril 1875, BMO, 1er semestre 1875, cité par LEMOINE Georges, *Traité*…, *op. cit.*, p. 11. Sur le poids inférieur à 50 kg, GR 9 NN 7 1102/Lois de 1913/Ministère de la Guerre, *Documents et arrêtés relatifs à la formation de la classe de 1912*, Paris et Limoges, Imprimerie Charles Lavauzelle, p. 4.

physiques ou professionnelles, entrent en ligne de compte au moment de procéder à l'affectation[229].

Image 3 : Affectation au conseil de révision



Source : *Le Rire*, 29 mai 1915

Comme on le voit sur cette caricature, pour les conscrits français, cette affectation est prononcée en séance de révision par le commandant de recrutement. La décision s'appuie sur les indications fournies par le conscrit. Ici, l'image se moque du processus mais elle fait écho aux dispositions particulières requises par certaines armes. À l'infanterie, il est nécessaire d'avoir « un poumon fonctionnant bien, des membres inférieurs équilibrés (pas de varices dans les jambes), des pieds normaux (ni pied plat, ni orteil chevauchant ni en marteau)[230] » afin de pouvoir supporter les exigences des longues marches des fantassins. À la cavalerie « au contraire, les défectuosités des pieds n'ont qu'une importance secondaire, le cavalier marchant peu ». Il faut en revanche « avoir de la souplesse des reins, un tempérament hardi permettant de sauter facilement à cheval et à terre ». Les vélocipédistes doivent pouvoir respirer sans aucune gêne, ce qui implique de porter une attention particulière au développement de la poitrine, aux déviations de cloison nasale[231]. Selon les affectations, les critères peuvent être plus restrictifs. Un poids de 65 kg suffit à la cavalerie légère, mais il faut peser au moins 70 kg pour intégrer les dragons, 75 kg pour les cuirassiers.

[229] Voir annexe n° 9.
[230] GALTIER-BOISSIERE Émile, *Larousse médical de guerre illustré*, *op. cit*., p. 12.
[231] LEMOINE Georges, *Traité d'hygiène militaire, op. cit.,* p. 26.

3. Formules et calculs

L'*Instruction sur l'aptitude physique* de 1916 apporte quelques précisions concernant l'appréciation de la faiblesse de constitution :

> Pour l'appréciation de cette faiblesse de constitution et de son degré, on fera appel aux mensurations combinées du poids, de la taille et du périmètre thoracique. On tiendra le plus grand compte du coefficient de robusticité (coefficient de Pignet). Ainsi définie, la faiblesse de constitution entraînera le plus souvent, suivant son degré, l'ajournement, la réforme temporaire ou le classement dans le service auxiliaire. Très accentuée, elle pourra motiver l'exemption ou la réforme définitive[232].

Le coefficient de robusticité, ou indice de Pignet, est la plus illustre des tentatives de qualification de la constitution physique des recrues à l'aide d'une seule valeur numérique. Pour certains médecins, le périmètre thoracique doit suffire à déterminer l'aptitude. Mais ils sont plus nombreux à suivre Adolphe Quetelet et à associer plusieurs mesures interdépendantes, telles par exemple le poids et le tour de cuisse ; le périmètre thoracique et le rythme cardiaque ou encore la taille et la circonférence du thorax, dont la relation est établie dans les années 1860[233]. L'indice de Quetelet, connu aujourd'hui sous le nom d'indice de masse corporelle (IMC), associe le poids et la taille, de même que l'indice conçu par le médecin-major Tartière[234]. Ces indices sont obtenus par des calculs, issus de formules associant les mensurations choisies. Le coefficient de Pignet, conçu de manière empirique et intuitive à partir de 510 examens menés par Maurice Pignet (1871-1935), entend quantifier l'aptitude en additionnant le périmètre thoracique et le poids de l'individu, puis en soustrayant la somme ainsi obtenue de la taille exprimée en centimètres. Selon Pignet, plus le résultat est grand, plus grandes sont les chances de voir le candidat rejeté pour faiblesse de constitution. À l'appui de sa démonstration, il établit une corrélation entre les chiffres de la morbidité au sein du contingent et l'élévation de l'indice. Afin de transformer le nombre obtenu en valeur, la formule est associée à une série de seuils :

> 0 à 10 – Constitution très forte
>
> 11 à 15 – Constitution forte
>
> 16 à 20 – Constitution bonne

---

[232] Ministère de la guerre, Bulletin officiel n°68 bis, *Recrutement de l'armée : instruction sur l'aptitude physique au service militaire,* 1916*, op. cit*., p. 10.
[233] HARTMANN Heinrich, *The Body Populace, op. cit.,*, p. 73. et p. 105.
[234] TARTIERE Émile, *L'Aptitude des conscrits au service militaire et robusticité humaine déterminée par les mensurations du poids et de la taille*, *op. cit.*

21 à 15 – Constitution bonne (moyenne)

26 à 30 – Constitution faible

31 à 35 – Constitution très faible

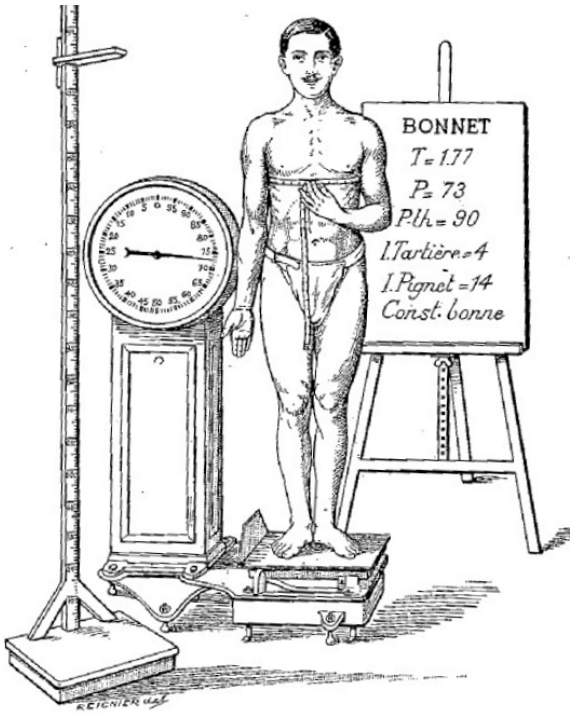
36 et au-delà – Constitution très médiocre[235]

L'aptitude, considérations pathologiques exclues, est ainsi résumée en une échelle numérique unidimensionnelle et hiérarchisée, dans laquelle transparaît l'influence des travaux d'Adolphe Quetelet sur l'homme moyen et la distribution binomiale des qualités[236]. C'est en fonction de leur position sur cette échelle, que Maurice Pignet entend assigner aux individus une place, ou non, dans l'institution militaire.

[235] PIGNET Maurice, « Valeur numérique de l'homme. Nouveau mode d'appréciation de la force physique exprimée par un nombre tiré de la comparaison des trois mensurations : taille, périmètre et poids », *Archives médicales d'Angers*, n°8, 9, 10, 1900. Sur les aspects médicaux de l'indice, on pourra consulter BATAILLE C., « Pignet et l'anthropométrie militaire », thèse de médecine de l'Université Claude Bernard (Lyon) sous la direction de F. TOLOT, 1982.

[236] QUETELET Adolphe, *Physique sociale, op. cit.*.

Image 4 : Toise, bascule pèse-conscrits et tableau noir avec inscription des indices de robusticité (Tartière, Pignet)



Source : Bonnette, « Choix du conscrit[237] »

La pertinence de cet indicateur par rapport à d'autres est discutée au-delà des frontières hexagonales, dans la continuité du débat européen du XIX^e^ siècle sur l'évaluation de l'aptitude militaire[238]. Dès sa formulation, il sort du périmètre du débat médico-militaire et suscite l'intérêt de la presse générale ainsi que celui des compagnies d'assurance à la recherche de moyens de déterminer les chances de longévité[239]. Le coefficient de Pignet est connu en Angleterre depuis

[237] BONNETTE Pierre, « Choix du conscrit » in BRISSAUD Édouard, PINARD Adolphe, RECLUS Paul, *Nouvelle pratique médico-chirurgicale illustrée*, *op. cit*., t. 2, p. 616.

[238] HARTMANN Heinrich, *The Body Populace, op. cit.*, p. 69-92 ; ROYNETTE Odile, *Bons pour le service, op. cit.*, p. 224-245 notamment p. 230-234 ; parmi les nombreux exemples de débats scientifiques en France, BUTZA, « Sur la valeur du coefficient de robusticité Pignet », *Le Caducée*, 9 mai 1905, p. 117-118 ; CORCELLE, *De la valeur du coefficient de robusticité Pignet et de la pression dynamométrique manuelle comme éléments de pronostic morbide*, thèse de doctorat de Bordeaux, 1904 ; MACKIEWICZ, « Des mesures du corps comme signes matériels de la robusticité probable du conscrit », *Le Caducée,* 6 mars 1905, p. 76-78. Pour un exemple d'utilisation en milieu militaire d'un autre indice plus difficile à manier, voir le compte-rendu de l'entreprise du professeur Bouchard par CHAUVEL M., « Rapport sur le concours du Prix Larrey », *Bulletin de l'Académie nationale de médecine*, n°32, 3^e^ série, tome XLIV, 1900, p. 188-189.

[239] « Nouveau mode d'appréciation physique des conscrits », *Le Temps*, 29 mai 1901. Le Dr Saellen au 3e Congrès international des compagnies d'assurance (1903) formule les propositions suivantes : « Les rapports entre la taille, le Périmètre et le Poids sont importants au point de vue de l'estimation des chances de longévité. Ces rapports, rapprochés de l'hérédité et de la profession des proposants, font peser leur influence sur les conclusions (refus ou admission) des médecins experts. » cité par BESSON Adrien, *De l'Évaluation de l'aptitude, op. cit.*, p. 63.

le début du XX[e] siècle[240]. Il fait en France l'objet d'un intérêt tout particulier. Il est mentionné dans les instructions relatives à l'élimination des hommes physiquement impropres au service dès 1908 et est apprécié dans l'évaluation des « cas douteux » susceptibles de développer la tuberculose[241]. Pendant la guerre, son influence est renforcée[242]. Quoique ses indications ne soient pas impératives et qu'en dernière instance, « le seul arbitre soit toujours le médecin avec son sens clinique et ses connaissances scientifiques[243] », cette entreprise de quantification de la corpulence est appréciée en tant qu'elle permet « un contrôle physiologique sous la forme d'une formule synthétique, claire précise et rapide[244] ».

4. Tableau nosologique de l'inaptitude

En dehors de l'estimation de la constitution, le médecin expert doit s'assurer de la bonne conformation des membres et de l'intégrité fonctionnelle des organes de la recrue. Pour ce faire, l'hygiène militaire a élaboré des critères réunis dans une nomenclature et précisés par un ensemble d'instructions. Les médecins disposent ainsi d'une liste de maladies, infirmités et vices de conformation susceptibles d'empêcher ou de ralentir l'accession de la recrue aux forces armées. Cette nomenclature est plus ou moins développée et unifiée selon les pays. En France, la première instruction française sur les conditions physiques de l'aptitude au service militaire date de 1794, la première liste des affections non compatibles avec la vie militaire de 1873. Cette liste et les instructions qui l'accompagnent font l'objet de nombreuses modifications suscitées notamment par les hygiénistes dès la seconde moitié du XIX[e] siècle :

> La loi qui universalise le service en mars 1905 est en toute logique suivie d'une nouvelle instruction ministérielle, datée du 31 octobre 1905 – c'est elle qui présidera aux conditions d'aptitude physique de la mobilisation de 1914. L'instruction, qui revisite les critères médicaux du recrutement, revient sur les conditions en vigueur depuis 1894 et jugées désormais trop peu sélectives. […] [L]'instruction de 1905 réfute la tolérance des instructions précédentes envers la « faiblesse de constitution » dont on redoute qu'elle n'ouvre la porte aux malades pulmonaires […][245].

---

[240] « A New Method of Estimating Physical Fitness for Military Service », *Journal of The Royal Army Medical Corps*, 1[er] juillet 1908, p. 105 ; BALCK J.A., « Observations on Pignet's Factor », *Journal of The Royal Army Medical Corps*, 1[er] juillet 1912, p. 85-87 ; MELVILLE Charles, *Military Hygiene, op. cit*., p. 26.
[241] « Circulaire modifiant la circulaire du 13 janvier 1908, relative à l'élimination des hommes physiquement impropres au service », in *Recrutement de l'armée : instruction sur l'aptitude physique au service militaire, op. cit.* ; LEMOINE Georges, *Traité d'hygiène militaire*, *op. cit*, p. 16.
[242] Voir chapitre 6.
[243] BESSON Adrien, *De l'Évaluation de l'aptitude physique, op. cit.*, p. 29.
[244] *Ibid*.
[245] RASMUSSEN Anne, « Expérimenter la santé des grands nombres », *art. cit*., p. 71-91 ;

Le volume d'instructions ministérielles en circulation en septembre 1914 comporte aussi quelques modifications par rapport à l'édition de 1905, modifications introduites par les circulaires des 22 mars 1909 ; 19 janvier 1910 ; 27 avril 1911 ; 2 septembre 1912, 11 février 1913 et 14 octobre 1913[246]. Les *Comptes-rendus sur le recrutement*, qui rendent compte statistiquement des opérations médicales du recrutement, se sont également considérablement étoffés et précisés. Au milieu du XIX[e] siècle, leur tableau nosologique est composé de 21 puis 50 titres[247]. Entre 1914 et 1918, il en mentionne 61 :

[246] *Bulletin Officiel (BO)*, mars 1909, p. 461 ; *BO*, janvier 1910, p. 164 ; *BO*, avril 1911, p. 526 ; *BO* septembre 1912, p. 1385, *BO* février 1913, p. 123, *BO* octobre 1913, p. 1636. Voir annexe n° 7.
[247] ARON Jean-Paul, DUMONT Paul, LE ROY LADURIE Emmanuel, « Anthropologie du conscrit français », *op. cit*.

Tableau 2 : Tableau nosologique des affections ayant entraîné l'exemption (1914-1918)

Maladies générales	Faiblesse de constitution
	Cachexies diverses (paludisme, saturnisme etc.)
	Tuberculose des poumons
	Tuberculose des autres organes ou tissus
	Rhumatisme, goutte, gravelle
	Cancers et tumeurs malignes
	Autres maladies générales
Maladies de la peau	Eczéma et impétigo
	Psoriasis, lichen, ichtyoses
	Autres maladies de la peau
Maladies du système nerveux	Idiotie, crétinisme
	Aliénation mentale et paralysie générale
	Épilepsie
	Chorée, convulsions
	Paralysie d'un ou de plusieurs membres
	Bégaiement
	Autre maladie du système nerveux
Maladies des yeux	Perte complète de la vue
	Diminution de l'acuité visuelle (sans cause spécifiée)
	Myopie
	Hypermétropie
	Astigmatisme
	Strabisme
	Taie, opacité, déformation de la cornée
	Maladies de la conjonctive et des paupières
	Autres maladies des yeux
Maladies des oreilles	Surdi-mutité
	Diminution de l'acuité auditive (suite de maladies ou blessures)
	Autres maladies de l'oreille
Maladies du système digestif	Denture défectueuse
	Bec de lièvre et division de la voûte palatine
	Autres maladies de la bouche, du pharynx et de l'œsophage
	Maladies de l'estomac et de l'intestin
	Hernies
	Maladies du foie et de la rate
	Autres maladies de l'appareil digestif
Maladies de l'appareil respiratoire	Maladie des fosses nasales et des sinus de la face,
	Affections du larynx
	Goitre
	Emphysème et asthme
	Pleurésie,
	Autres maladies de l'appareil respiratoire (tuberculose exceptée)
Maladies de l'appareil circulatoire et lymphatique	Hypertrophie du cœur
	Lésions valvulaires du cœur,
	Varices
	Autres maladies de l'appareil circulatoire et lymphatique
Maladies de l'appareil génito-urinaire	Vices de conformation des organes génito-urinaire,
	Varicocèle
	Hydrocèle, hématocèle
	Maladie des testicules (perte, ectopie etc.),
	Néphrite chronique,
	Autres maladies de l'appareil génito-urinaire
Maladies du squelette et des organes de la locomotion	Affections des os (tuberculose exceptée)
	Déviation de la colonne vertébrale, gibbosité,
	Malformation congénitale du pied (pied bot, pied plat, creux etc.)
	Autres malformations congénitales des membres
	Impotence du membre inférieur (sauf la paralysie)
	Impotence du membre supérieur (sauf la paralysie)
	Lésions et mutilations de la main
	Mutilations volontaires
	Autres affections des organes de la locomotion
Infirmités non comprises dans les colonnes précédentes	

Source : *Comptes-rendus sur le recrutement*

Certaines affections tombent en désuétude et disparaissent de l'inventaire, d'autres font leur apparition sous l'influence du développement de la clinique et de l'épidémiologie. En 1845, l'épilepsie est la seule représentante des troubles nerveux. En 1914-1918, la section « Maladie du système nerveux » réunit six titres, sept dans les *Instructions* détaillées de septembre 1914 qui énumèrent et détaillent 232 « Maladies, infirmités ou vices de conformation » sur 68 pages[248]. L'inventaire est divisé en sections agencées selon une tendance organiciste et fonctionnelle. Nombre des sections sont constituées autour d'un organe ou d'un complexe d'organes ce qui renvoie aux classifications de l'anatomie pathologique[249]. Les tentatives d'unification et d'objectivation de l'aptitude que sont les coefficients de robusticité ne parviennent pas, d'une manière générale, à supplanter l'interprétation indicielle de l'aptitude qui est faite par les médecins. Le corps de la recrue est ainsi appréhendé de manière parcellaire et les experts procèdent à une quête des signes, indices et preuves dispersées de l'inaptitude. Cette nosologie des formes reprend également un ordre fonctionnel d'exposition des affections, du général au particulier et du haut vers le bas. Il s'agit là d'une organisation propre à la plupart des traités d'anatomie et qui reflète le déroulement de l'examen médical.

En Grande-Bretagne, les experts disposent également d'instructions, les *Instructions for medical officers examining recruits*, qui font partie des *Army Medical Regulations*. Elles sont moins détaillées et mentionnent sous forme de liste les 18 motifs de rejet suivants :

[248] Ministère de la guerre, *Recrutement de l'armée : instruction sur l'aptitude physique au service militaire*, Paris, H. Charles-Lavauzelle, volume arrêté à la date du 15 septembre 1914.
[249] Erwin Ackernecht a mis en avant la tendance « organiciste » de la clinique et le fait que nombre des spécialités se sont constituées autour d'un organe ou d'un complexe d'organes : ACKERNECHT Erwin, *La médecine hospitalière à Paris (1794-1848)*, Paris, Payot, 1986.

Tableau 3 : Motifs de rejet de l'armée britannique

Motifs de rejet
Signes de tuberculose
Syphilis déclarée
Maladie des bronches ou du larynx
Palpitation ou autre affection cardiaque
Faiblesse de constitution[250]
Aptitude visuelle défectueuse
Défaut de voix ou d'audition
Bégaiement prononcé
Perte ou délabrement des dents susceptible de faire obstacle à une mastication efficace
Rétrécissement ou déformation de la poitrine ou des articulations
Déviation de la colonne vertébrale
Défaut d'intelligence, instabilité
Hernie
Hémorroïdes
Sévères varices ou varicocèle prononcée
Maladie de peau incurable
Ulcère chronique
Fistule

Source : *Instructions for the physical Examination of Recruits*[251]

Ces affections sont considérées comme rédhibitoires. Un certain nombre d'autres sont citées dans le corps des instructions. Elles peuvent mener au rejet en fonction de leur étendue et de leur degré de gravité. La nomenclature statistique avant la guerre est également plus concise :

[250] « *Generally impaired constitution* »
[251] War Office, *Instructions for the physical Examination of Recruits*, London, His Majesty's Stationery Office, 1912/1921, p. 5. Voir aussi annexe n° 11.

Tableau 4 : Nombre de recrues rejetées pour raison médicales (1903-1913)

Année	Recrues examinées	Rejet pour pathologie	Rejet pour constitution	Total des rejets	% de rejets
1903[252]	50 640	12 541	4 588	17 129	33,83
1903-04	71 699	18 816	5 842	24 658	34,39
1904-05	65 752	19 182	5 616	24 798	37,71
1905-06	65 128	16 941	4 982	21 923	33,66
1906-07	58 764	13 336	4 349	17 685	30,09
1907-08	61 182	14 039	3 921	17 960	29,35
1908-09	56 327	13 087	3 772	16 859	29,93
1909-10	45 085	11 235	3 072	14 307	31,73
1910-11	47 460	10 572	2 300	12 872	27,82
1911-12	47 008	9 196	1 909	11 105	23,62
1912-13	42 977	7 734	1 475	9 209	21,43

Source : *The general annual report on the British Army for the year ending 30th September*

Elle fait la distinction entre le rejet pour « pathologie » (*ailments*) et le rejet pour « constitution » (*development*) sous lequel on range les défauts de taille, de poids, de circonférence thoracique, autant de marqueurs d'un état général fragile. Pendant la guerre, du fait de la déconcentration du recrutement, il est difficile d'avoir accès à des statistiques globales. Le Ministère du Service national, instauré à la fin de l'année 1917, publie des statistiques médicales partielles et locales, portant sur des échantillons réduits et pour la seule période du 1er novembre 1917 au 31 octobre 1918. Ainsi, les statistiques de la région du Nord-Ouest font apparaître une liste des principales causes d'exemption pour 210 jeunes gens de 18, 19 et 20 ans, qui mentionne 16 titres :

[252] 9 premiers mois.

Tableau 5 : Statistiques de la région nord-ouest (1er novembre 1917 - 31 octobre 1918)

Causes d'exemption
Faiblesse de constitution
Autres vices de conformation
Tuberculose des poumons
Tuberculose affectant d'autres organes
Valvulopathie
Maladie des yeux
Surdi-mutité
Épilepsie
Déficience mentale
Maladies de peau
Bronchite
Goitre
Maladie de Graves
Néphrite
Otite
Occurrence unique d'autres maladies

Source : *Report upon the Physical Examination*

On y retrouve la faiblesse de constitution et les vices de conformation en principales causes d'exclusion des forces armées, ainsi que la tuberculose et certains dysfonctionnements cardiaques. Ces occurrences correspondent en partie aux préoccupations d'avant-guerre, la faiblesse de constitution, les maladies cardiaques, les vices de conformation des membres inférieurs et les défauts de vision étant au nombre des principales causes d'exemption en 1909[253]. Comme en France, certains motifs d'exclusion se sont raréfiés en raison d'avancées thérapeutiques. Ainsi la denture défectueuse voit sa part se réduire dès 1906 avec le développement des soins et de l'hygiène dentaires au sein de l'armée[254]. L'état dentaire de la

[253] MELVILLE Charles Henderson, *Military Hygiene, op. cit.,* p. 27.
[254] BEGGS Samuel Thomas, *The selection of the recruit*, *op. cit.*, p. 29.

recrue pèse moins dans la détermination de l'aptitude dans la mesure où l'on estime que l'on peut remédier à une mauvaise dentition pendant la durée du service.

Dans les deux pays, certaines affections sont rédhibitoires et entraînent automatiquement l'inaptitude. En 1914, cela concerne de graves maladies contagieuses telles la morve[255] et la lèpre ; des atteintes neurologiques invalidantes telle l'épilepsie ; de sérieuses infirmités atteignant des fonctions sensorielles essentielles, telle la « surdi-mutité », ou entraînant d'importantes limitations des fonctions motrices[256] :

> Toute anomalie dans le nombre, dans la forme, dans les rapports des membres, si elle entraîne une difformité apparente et notable ou une gêne prononcée des fonctions, est incompatible avec le service militaire[257].

Pour d'autres, les médecins s'efforcent de déterminer des seuils, toujours fluctuants, toujours sujets à débat. Les déficiences sensorielles notamment font l'objet de longs développements et leurs seuils de désaccords et d'ajustements permanents[258]. Le passage de l'aptitude au service armé à l'inaptitude totale et définitive est graduel. Les seuils sont parfois chiffrés – taille, nombre de dents, indicateurs d'acuité visuelle –, parfois plus imprécis voire intuitifs. Pour tenir définitivement à l'écart des forces armées, certaines affections doivent être « prononcées », « tenaces », « récurrentes », « incurables ». Elles doivent empêcher des activités essentielles au métier des armes tels le port du sac et le tir ou plus simplement la marche. Certaines atteintes génitales fréquentes, telle la varicocèle[259], sont ainsi explicitement associées à la gêne éventuelle que peuvent éprouver les soldats lors de leurs déplacements :

> La varicocèle n'entraîne l'exemption que si, par son volume excessif, elle détermine une gêne manifeste et prolongée dans la marche, et ces cas sont exceptionnels. Dans ces conditions de gravité, elle ne peut motiver la réforme qu'après l'échec d'un traitement approprié[260].

---

[255] Maladie infectieuse fréquemment mortelle.
[256] Ministère de la guerre, Bulletin officiel n°68 bis, *Recrutement de l'armée : instruction sur l'aptitude physique, op. cit.,* 1905, p. 9, p. 15, p. 17.
[257] *Ibid*., p. 44.
[258] A titre d'exemple WAGGETT E. B., « The Mouth, Nose, Throat and Ear from the Recruiting Point of view », *JRAMC*, 1 août 1909, p. 172-188 ; LAGRANGE Félix « Les vices de réfraction et l'acuité envisagée au point de vue du service de l'armée », *Bulletin médical*, 1899, p. 1126 ; LAGRANGE Félix, « De la correction de l'astigmatisme, envisagé du point de vue militaire », *Bulletin de l'Académie nationale de médecine*, Paris, Masson, 1914, p. 763-777 ; COULLAUD Étienne, GINESTOUS Eugène, « Des conditions d'aptitude physique, relatives à l'appareil de la vision, envisagée dans l'armée française et les armées étrangères », *Bulletin médical*, 1908, p. 367-371 ; COULLAUD Étienne, GINESTOUS Eugène, « La vision des tireurs », *Archives d'ophtalmologie*, mai 1908.
[259] La varicocèle testiculaire se caractérise par une dilatation des veines au niveau du cordon spermatique, situé dans les bourses. C'est une pathologie bénigne mais qui peut entraîner une pesanteur ou une augmenation du volume du testicule entraînant une gêne.
[260] *Instruction sur l'aptitude physique, op. cit.*, p. 43.

En Angleterre, les instructions sont tout à fait similaires :

> Parmi les affections notables qui doivent mener à l'exemption : […] la varicocèle de forme sévère entraînant 1) une dilatation des veines qui forment une masse dont le volume l'amène à pendre en dehors du testicule, 2) une élongation du muscle qui amène le testicule à pendre plus bas que la normale […][261].

Pour certaines infirmités, les autorités compétentes refusent délibérément de trancher, laissant l'évaluation à la discrétion des experts :

> Le Ministère s'est bien évidemment refusé à établir des instructions absolues concernant la question de la dentition. Il est en effet impossible de régler le problème autrement que d'une manière extrêmement superficielle[262].

Pour d'autres affections enfin, telle la transpiration fétide des pieds, les médecins précisent qu'elles ne peuvent motiver une mise à l'écart des activités militaires[263]. D'une manière générale, la nomenclature est vivante et fait l'objet de controverses avant, pendant et après la guerre.

5. Virilité et conformité génitale

Parmi les critères d'accès au champ de bataille, celui du sexe ne fait l'objet, entre 1914 et 1918, d'aucune contestation notable au sein du corps médical. En France, la participation des femmes aux combats est ancienne mais la Convention nationale de 1793 consacre leur exclusion des forces armées régulières[264]. La Grande Guerre a certes été vue comme un moment de vacillement des normes genrées, mais le XIX^e^ siècle a durablement enraciné l'assimilation exclusive du masculin au port des armes[265]. Les médecins ont travaillé à consolider la

---

[261] « *Among the conditions which should be noted as causes for rejection are the following: […] varicocele if severe that is 1) When the mass of veins is so great that it hangs down in front of the testicle, 2) If the cord is elongated so that the testicle hangs at a lower level than normal* » in BEGGS Samuel Thomas, *The selection of the recruit*, *op. cit*., p. 26.

[262] FALKNER P.H., « Detached notes on recruiting duties – A Few details for Junior Officers of the Corps », *JRAMC*, 1^er^ Avril 1914, p. 412-417, ici p. 416.

[263] *Ibid*., p. 49.

[264] GODINEAU Dominique, « De la guerrière à la citoyenne. Porter les armes pendant l'Ancien régime et la Révolution française », *Clio, Histoire, Femmes et Société*, « Armées », PUM, Toulouse, n°20, 2004, p. 43-69. LYNN John, *Women, Armies and Warfare in Early Modern Europe*, Cambridge, Cambridge University Press, 2008.

[265] Sur le vacillement des normes genrées pendant la guerre, HIGONNET Margaret (dir.), *Behind The Lines: Gender and the Two World Wars*, New Haven, Yale University Press, 1987 notamment SCOTT Joan W., « Rewriting History », p. 27 ; KENT Susan Kingsley, *Making Peace: The reconstruction of Gender in Interwar Britain*, Princeton, Princeton University Press, 1993 ; WATSON Janet, *Fighting Different Wars: Experience, Memory, and the First World War in Britain*, Cambridge, Cambridge University Press, 2004. Sur armée et virilité, DREVILLON Hervé, « Des virilités guerrières à la masculinité militaire (France, *XVII^e^ - XVIII^e^* siècles) », in SOHN Anne-Marie (dir.), *Une histoire sans les hommes est-elle possible ? Genre et masculinité*, Lyon, ENS Éditions, 2014, p. 245-

naturalisation et l'opposition des compétences et aptitudes féminines et masculines. Odile Roynette souligne combien les critères médicaux de l'aptitude militaire entrent en résonnance avec les qualités viriles :

> Une haute taille, des yeux vifs, une voix forte, des épaules larges, une taille dégagée, des mains et des pieds nerveux constituent des indices de masculinité encore utilisés […]. L'allure générale et l'harmonie de la silhouette sont réputées traduire le sens de la mesure et du contrôle de soi qui caractérise l'homme véritable. La transition du physique au moral, inscrite dans la logique de la médecine néo-hippocratique, permet la mise en valeur par opposition à la passivité de la femme des attributs masculins. L'activité, la vigueur, la force, la résistance à la fatigue et à la souffrance ainsi que le courage définissent des normes de virilité qui se concentrent sur le visage, miroir des émotions, et tout particulièrement sur le regard qui doit exprimer la force de caractère comme sur les yeux qui doivent refréner les larmes, surtout si elles apparaissent en public […]. Ce discours philosophique et médical, qui met en valeur la faculté propre à l'homme de faire couler son sang par décision de son libre arbitre, fonde et renforce la barrière anthropologique du genre qui sépare hommes et femmes à propos du port des armes[266].

Les savoirs médicaux valident ainsi une distinction radicale et irréductible, l'idée selon laquelle les hommes seraient faits pour combattre et conquérir et les femmes pour enfanter et materner. Les femmes sont associées à la douceur et tout comportement féminin violent rejeté du côté de la pathologie[267]. Par la force du discours scientifique, cet « ordre social provisoire devient un ordre naturel incontournable[268] ». En France, Suzanne Levoyer, qui écrit deux fois au ministre de la guerre pour être enrôlée comme soldat, est ignorée[269]. Ses tentatives, loin de susciter un

263 ; MIHAELY Gil, « L'effacement de la cantinière ou la virilisation de l'armée française au *XIXe* siècle », *Revue d'histoire du XIXe siècle*, n°30, p. 2-16. Pour une relecture fine des reconfigurations des masculinités à l'intérieur de la caserne : MARLY Mathieu, « Faire son lit pour être un homme. Genre, classe et routine ménagère dans les casernes françaises de la Belle Epoque », *Genèses*, n°111, 2018, p. 9-29.

[266] ROYNETTE Odile, « La construction du masculin. De la fin du 19e siècle aux années 1930 », *Vingtième Siècle. Revue d'histoire*, vol. n° 75, n° 3, 2002, p. 85-96. Voir aussi BERTAUD Jean-Paul, « L'armée et le brevet de virilité » et « La virilité militaire » in CORBIN Alain, COURTINE Jean-Jacques, VIGARELLO Georges, *Histoire de la virilité*, t. 2. *Le Triomphe de la virilité. Le XIXe siècle*, p. 63-81 et p. 157-202 ; MOSSE George L., *L'image de l'homme, op. cit.*, p. 33 et suiv. ; HAROCHE Claudine, COURTINE Jean-Jacques, *Exprimer et taire ses émotions, XVIe-début XIXe siècle*, Paris-Marseille, Rivages, 1988 ; VINCENT-BUFFAULT Anne, *Histoire des larmes XVIIIe-XIXe siècles*, Paris-Marseille, Rivages, 1986.

[267] Sur le rôle des médecins dans la naturalisation de la dichotomie sexuelle : FAUSTO-STERLING Anne, *Corps en tous genres. La Dualité des sexes à l'épreuve de la science*, Paris, La Découverte / Institut Émilie du Châtelet, 2012 ; GARDEY Delphine, LÖWY Ilana (dir.), *L'Invention du naturel : les sciences et la fabrication du féminin et du masculin*, Paris, Éditions des Archives contemporaines, 2000 ; JORDANOVA Ludmilla, *Sexual Visions, Image of Gender in Science and Medicine between the Eighteen and Twentieth Centuries*, Madison, The Univ of Wisconsin Press, 1989 ; LAQUEUR Thomas, *La Fabrique du sexe. Essai sur le corps et le genre en Occident*, Paris, Gallimard, 1992 ; LÖWY Ilana, « Le genre dans l'histoire sociale et culturelle des sciences », *Annales, Histoire, Sciences sociales*, mai-juin, 1995, p. 523-529. Pour un exemple dans la littérature médico-militaire, FIRTH R.H., « Male and Female », *JRAMC*, 1er Novembre 1914, p. 496-510.

[268] GODELIER Maurice, « Femmes, sexe ou genre ? », in MARUANI Margaret (dir.), *Femmes, genre et société, état des savoirs*, Paris, La Découverte, 2005, p. 15-20.

[269] LE NAOUR Jean-Yves, *Misères et tourments de la chair durant la Grande Guerre. Les mœurs sexuelles des Français, 1914-1918,* Paris, Aubier, 2002.

quelconque malaise, sont considérées comme pathologiques. En Grande-Bretagne, l'armée incorpore des femmes à partir de 1917 dans le *Women's Army Auxiliary Corps*, mais jamais dans les forces armées[270]. Si les critères de l'aptitude subissent, nous le verrons, de notables mutations pendant le conflit, la conception de l'armée comme bastion masculin n'est, elle, jamais véritablement remise en cause comme elle a pu l'être en Russie, avec le bataillon de femmes créé par Maria Botchkareva en 1917[271]. La guerre, comme le souligne Françoise Thébaud, « remet chaque sexe à sa place[272] ».

La visite médicale n'est pas le lieu de la vérification du sexe du candidat. En France, il est inscrit à l'état civil[273]. Les erreurs, « cas douteux » et modifications ultérieures de l'état civil sont rares[274]. En conséquence, seuls des individus assignés mâles à la naissance sont convoqués au conseil de révision. La nomenclature de l'instruction sur l'aptitude physique définit les contours d'un corps masculin conforme qui renvoie à une conception de la masculinité basée sur l'évidence anatomique. Les parties génitales de la recrue font ainsi l'objet d'un discours particulièrement normatif qui n'est pas entièrement dicté par les besoins de l'institution militaire. Les instructions britanniques précisent que les experts devront s'assurer « qu'il n'existe aucune malformation ou anormalité congénitale, tel un testicule ectopique, ou de malformation des organes génitaux ou urinaires[275] ». L'instruction française est plus précise et

---

[270] Sur le champ de bataille, territoire masculin, et la masculinité en temps de guerre en Grande-Bretagne, on lira : BOURKE Joanna, *Dismembering The Male: Men's Bodies, Britain, and the Great War*, London, Reaktion Books, 1996 ; BRAUDY Leo, *From Chivalry to Terrorism: War and the Changing Nature of Masculinity*, New York, Alfred A. Knopf, 2003 ; DUNKIN Stefan (dir.), *Masculinities in Politics and War : Gendering Modern History*, Manchester, Manchester University Press, 2004 ; GULLACE Nicoletta F., *"The Blood of our Sons": Men, Women and the Renegociation of British Citizenship during the Great War*, New York, Palgrave Macmillan, 2002 ; MEYER Jessica, *Men of War: Masculinity and the First World War in Britain*, London, Palgrave Macmillan, 2011 ; TOSH John, *A Man's Place: Masculinity and The Middle-Class Home in Victorian England,* New Haven, Yale University Press, 1999.

[271] BARD Christine, *Les Filles de Marianne. Histoire des féminismes, 1914-1940*. Paris, Fayard, 1995, p. 142.

[272] THEBAUD Françoise, « La nationalisation des femmes », in THEBAUD Françoise, *Histoire des femmes en Occident, t. 5, Le XX^e siècle*, Paris, Plon, 1991, p. 72.

[273] Même si la vérification de l'identité du conscrit fait l'objet d'un soin particulier. Voir SHD, GR 9 NN 7/1102 Décrets et Arrêtés relatifs à la formation des classes 1913 et 1914.

[274] Ils suscitent d'ailleurs l'intérêt des médecins. Un cas célèbre a été analysé par Michel Foucault : FOUCAULT Michel, *Herculine Barbin dite Alexina B*., Paris, Gallimard, 1978 et *Les Anormaux. Cours au Collège de France (1974-1975)*, Paris, Gallimard-Le Seuil, 1999. Sur les aspects médico-légaux, HOUBRE Gabrielle, « Un « sexe indéterminé » ? : l'identité civile des hermaphrodites entre droit et médecine au XIX^e siècle », *Revue d'histoire du XIX^e siècle*, 2014/1, n° 48, p. 63-75. Voir par exemple GARNIER Paul, « Du pseudo-hermaphrodisme comme impédiment à la déclaration du sexe dans l'acte de naissance », *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, 3^e série, n° 14, 1885, p. 285-302 ; TARDIEU Ambroise, *Question médico-légale de l'identité dans ses rapports avec les vices de conformation des organes sexuels*, Paris, Baillière, 1874 ; WILHEM Eugène, « L'Hermaphrodite et le droit », *Archives de l'Anthropologie criminelle et des sciences pénales*, 1911, p. 267. Sur un cas d'erreur d'inscription du sexe à l'état civil, et la mention amusée d'un possible examen d'une femme devant le conseil de révision, voir « Échos du rire », *Le Rire rouge*, n°9, 16 janvier 1915 et « Le rire de la semaine », 14 juillet 1917, n° 139.

[275] Appendix 16 (ii.), *Regulation Army medical Services*, in BEGGS Samuel Thomas, *The selection of the recruit op.cit.*, p. 26 ; War Office, *Instructions for the physical Examination of Recruits*, *op. cit*., p. 7.

moins restrictive. Elle distingue les appareils urinaire et génital et consacre huit entrées à ce dernier[276] :

Tableau 6 : Affections et vices de conformation des organes génitaux

Organes génitaux
Vices de conformation – Affection du pénis
Affections des bourses
Varicocèle
Hydrocèle – Hématocèle
Perte, absence et atrophie des testicules
Ectopie testiculaire
Tumeurs du testicule
Spermatorrhée

Source : *Instruction sur l'aptitude physique*

« L'hermaphrodisme, l'absence ou la perte totale du pénis » sont ainsi des causes d'exemption, de même que la perte ou l'atrophie des deux testicules. En revanche, l'atrophie du pénis, même prononcée, et la présence d'un seul testicule sain sont compatibles avec le service armé. L'ectopie testiculaire (position anormale du testicule impliquant son absence dans le scrotum) est également mentionnée mais elle ne provoque l'exemption que dans les « cas où le testicule est retenu à l'anneau ou dans le canal, ou tout contre l'orifice inguinal » dans la mesure où cette situation est propice à la manifestation de douleurs ou à l'apparition de hernies.

En dehors de ce dernier cas, qui est à associer à toutes les afflictions pouvant gêner l'activité physique propre à la vie militaire, les critères relèvent de la conformité anatomique du système génital. La recrue doit en effet posséder, même *a minima*, des caractéristiques masculines. L'ambiguïté génitale est donc d'emblée disqualifiée. Pour les médecins français, la présence d'un pénis – même atrophié – et d'au moins un testicule d'apparence et de taille normales doit suffire à déclarer les organes génitaux conformes. En effet, pour la littérature médicale sur l'hermaphrodisme, développée dans la seconde moitié du XIX^e^ siècle, la présence du seul membre viril ne suffit pas à signifier l'homme. « [P]our caractériser le sexe il faut trouver des testicules ou des ovaires. Si l'on ne trouve pas ces organes, il est impossible de se

[276] Ministère de la guerre, Bulletin officiel n°68 bis, *Recrutement de l'armée : instruction sur l'aptitude physique au service militaire*, *op. cit.*, 1905, p. 43-44.

prononcer sur le sexe d'un individu » déclare le docteur Gérin Roze[277]. En cela, le conseil de révision est bien l'occasion de décerner, à défaut d'un « brevet de virilité[278] », un certificat de conformité des organes génitaux. Les jeunes exemptés, soupçonnés de dissimuler quelque tare honteuse, provoquent la suspicion et peuvent éprouver des difficultés à se marier[279].

Cette définition simple de la conformité n'est pas celle des experts des ambivalences génitales qui considèrent assez systématiquement d'autres critères, telles l'apparence générale et l'aptitude aux rapports sexuels et à la procréation. Dans le contexte du recrutement en revanche, les critères retenus sont purement anatomiques. La tonicité et l'aptitude génésique de l'ensemble génital ont peu d'importance. La dimension fonctionnelle des organes reproducteurs n'entre pas en ligne de compte alors même que le corps médical a développé une conception hémodynamique de la puissance virile – en s'intéressant aux liens entre l'afflux sanguin dans les corps caverneux et la turgescence du pénis – et des modèles explicatifs inspirés du mécanicisme qui favorisent le mouvement[280]. Si pour Michel Bozon, « il est certain que dans l'esprit des conscrits, le conseil de révision mesurait l'aptitude aux relations sexuelles et au mariage, plus que l'aptitude à porter les armes[281] », l'assimilation du conseil de révision à un examen de la puissance sexuelle ne vient pas des critères de cet examen lui-même. Le corps est certes déclaré conforme ou non à un certain modèle viril. Mais ce modèle reste purement anatomique et ne sous-tend aucun pronostic quant aux performances sexuelles et au pouvoir générateur de la jeune recrue. Le lien entre « bon pour le service » et « bon pour les filles » n'est établi que par extension.

[277] DESCOUST Alcide, « Sur un cas d'hermaphrodisme », *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, série n°3, 16, 1886, p. 84-90, cité par SALLE Muriel, « Une ambiguïté sexuelle subversive. L'hermaphrodisme dans le discours médical de la fin du XIX[e] siècle », *Ethnologie française*, 2010/1, vol. 40, p. 123-130. Sur l'hermaphrodisme, on lira DOMURAT-DREGER Alice, *Hermaphrodites and the Medical Invention of Sex*, Cambridge, Harvard University Press, 1998 ; FAUSTO-STERLING Anne, *Sexing the Body*, New York, Basic Books, 2000 ; FOUCAULT Michel, *Herculine Barbin, op. cit.* ; *Les Anormaux*, *op. cit.* ; TORT Patrick, *La Raison classificatoire*, Paris, Aubier, 1989.
[278] BOZON Michel, *Les conscrits*, Paris, Berger-Levrault, 1981, p. 104.
[279] Pour l'évocation d'un cas refusé en raison de « l'état rudimentaire de sa virilité », voir ROYNETTE Odile, *Bons pour le service, op. cit.*, p. 239.
[280] CAROL Anne, « La virilité face à la médecine », in *Histoire de la virilité, La virilité en crise ?, op. cit.*, p. 40.
[281] BOZON Michel, *Les conscrits, op. cit.*, p. 104.

Chapitre 2
L'examen des capacités

Pas plus que tout ce qui brille n'est or,
tout ce qui crache – grumeaux ou pus –
n'est tuberculeux

Journal de médecine et de chirurgie pratiques, 1916

Après avoir étudié la pensée de l'aptitude et l'élaboration des critères de la sélection, je m'intéresse ici à la mise en œuvre concrète de ces critères dans le cadre de l'examen médical du recrutement. Il s'agit, pour les experts, d'y faire la preuve de l'inaptitude de certaines recrues afin de garantir la sélection à la fois la plus juste et la plus efficace en temps de guerre. Ce chapitre met au cœur de l'analyse la question du regard médical sur le corps des recrues. Le corps et le regard médical sont des objets historiographiques qui ont bénéficié depuis les années 1970 d'un renouvellement considérable porté par l'anthropologie historique, l'histoire des savoirs et la sociologie des pouvoirs[1]. La spécificité du regard médical fondé sur la sémiologie des corps a bénéficié de l'apport des travaux de Michel Foucault qui a initié le dépassement de la lecture internaliste des théories médicales qui orientait jusque-là leur étude[2]. Sous l'influence des *Science Studies*, l'histoire des savoirs médicaux étudie désormais « leur place dans l'ordre des connaissances, leur circulation sociale, leurs usages thérapeutiques et leurs enjeux politiques[3] ». Dans le même temps, l'histoire et la sociologie des sciences ont adopté une

[1] Sur l'histoire du corps, FOUCAULT Michel, *Surveiller et punir. Naissance de la prison*, Paris, Gallimard, 1975 ; CORBIN Alain, *Le miasme et la jonquille. L'odorat et l'imaginaire social, XVIIIe-XIXe siècles*, Paris, Flammarion, 1986 ; LAWRENCE Christopher, SHAPIN Steven, (dir.), *Science Incarnate. Historical Embodiments of Natural Knowledge*, Chicago, The University of Chicago Press, 1998 ; GUIGNARD Laurence, RAGGI Pascal, THEVENIN Étienne (dir.), *Corps et Machines à l'âge industriel*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2011 ; CORBIN Alain, COURTINE Jean-Jacques, VIGARELLO Georges (dir.), *Histoire du corps*, Paris, Le Seuil, 3 vol. ; vol. 1 : *De la Renaissance aux Lumières*, Georges VIGARELLO (dir.), 2005 ; vol. 2 : *De la Révolution à la Grande Guerre*, Alain CORBIN (dir.), 2005 ; vol. 3 : *Les mutations du regard. Le XXe siècle*, Jean-Jacques COURTINE (dir.), 2006 ; PARAVICINI BAGLIANI Agostino, *Le corps du pape*, Paris, Éd. du Seuil, [1994] 1997 ; sur l'anthropologie des sciences et des techniques, LATOUR Bruno, « Les "vues" de l'esprit. Une introduction à l'anthropologie des sciences et des techniques », *Culture Technique*, 14, 1985, pp. 5-29.
[2] FOUCAULT Michel, *Naissance de la clinique. Une archéologie du regard médical*, Paris, PUF, 1963.
[3] « Médecine », *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, 2010/1, 65e année, p. 5-7. Voir par exemple NICOUD Marilyn, *Les régimes de santé au Moyen Âge. Naissance et diffusion d'une écriture médicale, XIIe-XVe siècle*, Rome, École française de Rome, 2007.

approche sensible et incarnée. L'étude de la matérialité des pratiques savantes a bénéficié du développement d'une histoire du corps et d'une attention plus grande portée aux gestes, aux interactions et aux instruments[4]. Le savoir gestuel, à la fois comme compétence experte et comme médiateur de puissance, est ainsi devenu un objet d'étude à part entière[5]. La routine des chirurgiens a fait l'objet de plusieurs études sociologiques et historiques, même si la portée des gestes simples de l'examen médical est souvent insuffisamment évoquée lorsqu'il est question de la pratique institutionnelle du diagnostic[6].

Ces avancées historiographiques permettent de considérer l'évaluation de l'aptitude non seulement comme un ensemble de savoirs objets de la discussion scientifique mais aussi comme une manière de voir et une collection de tâches concrètes, de savoir-faire, parfois artisanaux, qui ont pour cadre le moment contraint de l'évaluation. L'évolution des critères français au XIX^e^ siècle et leur caractère contingent a fait l'objet de travaux antérieurs, mais on sait peu de chose sur le substrat scientifique qui permet l'élaboration des savoirs et des pratiques concrètes

[4] Sur les instruments voir par exemple CLARKE Adèle, FUJIMURA Joan (dir.), *La matérialité des sciences. Savoir-faire et instruments dans les sciences de la vie*, Paris, Sunthélabo Groupe, 1996 ; LÖWY Ilana, « Measures, Instruments, Methods and results: Josefa Joteyko on Social Reforms and Psychological Measures », in JORLAND, Gérard, WEISZ George, OPINEL Annick, *Body Counts: Medical Quantification in Historical and Sociological Perspective*, Montréal, McGill-Queen's University Press, 2005, p. 145 et suiv.

[5] AMBROISE-RENDU Anne-Claude, D'ALMEIDA Fabrice, EDELEMAN Nicole (dir.), *Des gestes en histoire. Formes et significations des gestualités médicale, guerrière et politique*, Paris, Seri Aslan, 2006 ; sur le travail manuel en science les travaux pionniers de RAVETZ Jerome, *Scientific Knowledge and Its Social Problems*, Oxford, Clarenden Press, 1971 notamment le chapitre 3 « Science as craftman's Work », p. 75 et suiv. ; SIBUM H. Otto, « Les gestes de la mesure. Joule, les pratiques de la brasserie et la science », *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, 53^e^ année, n° 4-5, 1998, p. 745-774 ; sur le rôle des mains dans la science anglaise SHAPIN Steven, *A Social History of Truth. Civility and Science in Seventeenth-Century England*, Chicago, The University of Chicago Press, 1994, p. 399-400; PUMPFREY Stephen, « Who did the work? Experimental philosophers and public demonstrators in Augustan England », *British Journal for the History of Science*, 28(2), 1995, p. 131-156 ; sur la main comme compétence experte : SCHAFFER Simon, « Astronomers Mark Time : Discipline and the Personal Equation », *Science in context*, 2(1), 1988, p. 115-145, p. 177; LAMY Jérôme, « Les mains des astronomes. Anthropologie historique de la gestuelle savante », Ethnographiques.org, Numéro 31, décembre 2015 ; sur la médiation de puissance qui opère grâce aux signes ou aux mouvements de la main SCHMITT Jean-Claude, *La raison des gestes dans l'Occident médiéval*, Paris, Gallimard, 1990, p. 100 qui reprend les thèses de BLOCH Marc, *Les rois thaumaturges. Étude sur le caractère surnaturel attribué à la puissance royale particulièrement en France et en Angleterre*. Paris, Gallimard, 1983 [1924].

[6] Voir les travaux de Christelle Rabier, par exemple RABIER Christelle, « Les techniques chirurgicales autour de 1800 entre France et Grande-Bretagne : les enjeux des échanges », *Documents pour l'histoire des techniques* [En ligne], 19 2^e^ semestre 2010, mis en ligne le 21 juin 2011, consulté le 01 octobre 2016. URL : http://dht.revues.org/1298 ; GRMEK Mirko, « La main, instrument de la connaissance et du traitement », *Histoire de la pensée médicale en Occident*, *op. cit.*, p 225-254 ; POUCHELLE Marie-Christine, *Corps et chirurgie à l'apogée du Moyen Âge. Savoir et imaginaire du corps chez Henri de Mondeville, chirurgien de Philippe le Bel*, Paris, Flammarion, 1983 ; CALLON Michel, RABEHARISOA Vololona, « De la sociologie du travail appliquée à l'opération chirurgicale : ou comment faire disparaître la personne du patient », *Sociologie du travail*, 41(2), 1999, p. 143-162 ; PENEFF Jean, « Le travail du chirurgien : les opérations à cœur ouvert », *Sociologie du travail*, 39(3), 1997, p. 265-296.

de l'évaluation[7]. Afin d'enrichir ces approches, on peut envisager l'examen comme la plupart des pratiques cliniques c'est-à-dire comme un dispositif qui combine des savoirs (les connaissances scientifiques), des technologies physiques (les instruments), des technologies du corps (la gestuelle du médecin comme celui de la recrue) et des technologies sociales (l'organisation du travail d'évaluation)[8].

Ce dispositif combine plusieurs traditions diagnostiques[9]. En observant la manière dont coexistent et s'entremêlent ces traditions, on peut remettre en question deux conceptions de l'histoire médicale. La première représente la médecine animée par un progrès linéaire et continu, comme un processus de raffinement des techniques et d'approfondissement des connaissances. La seconde isole des paradigmes médicaux – des manières d'articuler les causes de la pathologie, ses symptômes et les réalités physiologiques observables – qui se succèdent sans jamais se superposer et forment des phases temporelles hermétiquement closes : médecine des espèces, médecine des épidémies, médecine clinique et anatomie pathologique. En réalité, différentes manières d'appréhender le corps, d'évaluer son état pathologique et d'accéder à la connaissance de l'état de la recrue s'emboîtent et se recouvrent tout à la fois, entrant parfois en conflit les unes avec les autres. Ces manières d'appréhender le corps sont le fruit à la fois de l'état des connaissances, des traditions scientifiques inculquées aux médecins et des conditions contingentes de l'examen parfois dictées par la puissance publique. Les limitations des ressources des experts font de l'examen médical un moment contraint de production du diagnostic.

L'expert est-il vraiment, comme l'entend Pierre Bonnette, « le souverain juge[10] » de l'aptitude de la recrue ? Le jugement est certes un processus diagnostique vertical, du médecin vers le patient, mais il ne se fait pas réellement sans intervention extérieure. La parole de la recrue et les certificats que celle-ci peut produire à l'appui de ses déclarations, s'ils sont

[7] HARTMANN Heinrich, *Der Volkskörper bei der Musterung: Militärstatistik und Demographie in Europa vor dem Ersten Weltkrieg*, Göttingen, Wallstein, 2011 ; ROYNETTE Odile, *« Bons pour le service ». L'expérience de la caserne en France à la fin du XIX^e siècle*, Paris, Belin, 2017 [2000].

[8] Jean-Paul Gaudilière souligne une triple dimension physique/corps/sociale pour la thermométrie et la microscopie. Voir GAUDILIERE Jean-Paul, *La médecine et les sciences, XIX^e-XX^e siècles*, La Découverte, 2006, p. 24. Sur la notion de dispositif, DODIER Nicolas, BARBOT Janine, « La force des dispositifs », *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, vol. 71^e année, n° 2, 2016, p. 421-450.

[9] Sur l'histoire du diagnostic, LACHMUND Jens, *Der abgehorchte Körper: zur historischen Soziologie der medizinischen Untersuchung*, Opladen,Westdt. Verl., 1997 ; PEIZMAN Steven J., MAULITZ Russel C., « L'élaboration du diagnostic », in *Histoire de la pensée médicale, op. cit.,* t. III, p. 187-186 ; MAULITZ Russel C., *Morbid Appearances. The Anatomy and Pahtology in the Early Nineteenth Century*, Cambridge, Cambridge University Press, 1987 ; LARN-ENTRALGO Pedro, *El diagnóstico médico: Historia y teoría*, Barcelona, 1982.

[10] BONNETTE Pierre, *Du choix des conscrits : indices de robusticité physique, utilisation méthodique du contingent, service armé, service auxiliaire, dépôts de viriculture extra-régimentaires pour les malingres*, Paris, Octave Doin et fils, 1910*,* p. 38.

inégalement pris en compte, doivent néanmoins servir à orienter l'examen clinique. Leur dimension probatoire est toutefois limitée, et c'est bien au médecin expert que revient la charge d'administrer la preuve de l'inaptitude. En revanche, en tant qu'expert, il n'est pas seul décisionnaire : le choix du classement du classement de la recrue dans l'une des catégories de l'aptitude est réalisé de manière collégiale, même si cette dimension est plus ou moins accentuée en France et en Angleterre. Enfin, l'activité diagnostique et classificatoire comporte en outre son lot d'écueils et d'incertitudes, qui entrent en conflit avec les objectifs de l'institution. L'administration raisonnée des effectifs commandent en effet que l'expert délivre des verdicts fermes et définitifs. L'évaluation de l'aptitude apparaît donc avant tout comme une activité sous contraintes.

Après avoir observé les modalités de l'examen médical, j'étudierai les mécanismes de la prise de décision résultant de cette évaluation, puis les enjeux du classement de la recrue dans l'une des catégories de l'aptitude.

I. « Sous les plus belles apparences, les plus graves lésions » : modalités de l'examen médical

La science des médecins doit être envisagée comme un répertoire de pratiques et non seulement comme un ensemble de savoirs et de concepts. Les critères de l'aptitude sont évalués au cours d'un examen médical qui répond à une procédure spécifique. Ses modalités font l'objet de longs développements et d'ajustements. Sa conception est dépendante de la construction sociale de la maladie et des progrès de l'investigation anatomique, mais aussi de contraintes extérieures au monde scientifique.

1. Les opérations médicales du recrutement

En France, au début de la guerre, l'expert n'est pas une instance décisionnaire. Son avis éclaire celui du conseil de révision, au même titre que celui des autorités militaires. En Angleterre, le travail de la commission médicale est en apparence plus indépendant. Mais il est précédé d'une sélection effectuée par un militaire qui n'appartient pas au corps médical. Le

recours au savoir spécialisé des médecins s'effectue donc dans un cadre où ceux-ci sont des auxiliaires de la décision.

Le système britannique (1914-1917)

Durant le conflit, le système de recrutement britannique est plusieurs fois bouleversé jusqu'à la mise en place de la conscription. En conséquence, l'organisation de la sélection médicale des recrues connaît elle aussi d'importantes mutations. De nombreux tâtonnements reflètent les incertitudes du passage rapide d'une armée de métier aux dimensions réduites à une armée de masse. Les candidats désireux de rejoindre les rangs de l'armée sont d'abord examinés dans les centres de recrutement ou au dépôt régimentaire par un seul médecin civil ou militaire[11]. À partir de mars 1915, ce premier triage est complété au dépôt par celui d'une commission médicale, comprenant au moins un médecin militaire haut gradé[12]. En juillet 1915, afin de contrôler plus étroitement le processus qui fonctionne imparfaitement, une commission médicale d'inspection est instituée. Elle se déplace dans les différents dépôts afin d'estimer le travail de la précédente, de s'assurer qu'un maximum d'individus rejoignent les rangs de l'armée[13].

Du fait de sa complexité et du manque d'uniformité de ses décisions, le système de recrutement britannique subit le feu des critiques et est réformé une première fois au moment du *Derby Scheme,* destiné à statuer sur la nécessité éventuelle de mettre en place la conscription. À la suite d'une opération de recensement inédite, menée pendant l'été 1915, tous les hommes âgés de 18 à 41 ans dont l'activité n'était pas indispensable à l'effort de guerre, durent s'exprimer publiquement et déclarer s'ils entendaient rejoindre l'armée ou non. En décembre de la même année, l'unique médecin chargé de l'inspection des recrues est remplacé par une commission médicale de recrutement constituée de trois ou quatre médecins – souvent civils – et présidée par un médecin militaire, lieutenant-colonel ou major, souvent retraité de l'armée d'active[14]. La commission siège au sein de chaque dépôt régimentaire et au bureau de recrutement central de chaque circonscription de recrutement. Elle est chargée de classer les recrues dans l'une des catégories et sous-catégories de l'aptitude. Les deux autres commissions

[11] GALLOWAY James, « Medical examination of men for military service: some of its problems, lessons and results », *Contributions to medical and biological research*, 1919, p. 665-666.
[12] *Standing Medical Board.*
[13] « *Travelling Medical Board* » in MACPHERSON Major-Géneral Sir W. G., *Medical Services General History*, vol. I, London, HMSO, 1921, p. 118-137.
[14] GALLOWAY James, « Medical examination of men for military service », *art. cit.*, p. 665-666.

médicales ne sont pas abolies et conservent des prérogatives de contrôle et d'inspection. Devant l'insuffisance numérique des engagements volontaires, la conscription est introduite en janvier 1916 et étendue aux hommes mariés au printemps. Tous les hommes de 18 à 41 ans sont désormais mobilisables. La procédure des opérations médicales du recrutement, précédemment réformée, ne subit plus d'altérations majeures avant la fin de l'année 1917.

Le système britannique de sélection des recrues, de l'été 1915 à l'automne 1917, se distingue par l'importance du regard militaire dans le processus de sélection des futurs soldats. Jusqu'en 1917, et dans la continuité de l'avant-guerre, l'examen médical proprement dit est précédé d'un premier triage, l'examen médical préliminaire, effectué par un officier recruteur ne disposant d'aucune formation médicale. Celui-ci, de son propre chef, écarte de la procédure nombre d'individus qu'il juge manifestement inaptes avant même que ceux-ci comparaissent devant les médecins[15]. L'appréciation de l'aptitude n'est donc pas laissée entièrement aux mains des médecins, qu'ils soient militaires ou civils. Elle inclut une part d'expertise profane. Elle reconnaît aux militaires la capacité d'effectuer une pré-sélection, d'identifier eux-mêmes certaines caractéristiques flagrantes de l'inaptitude, et donc de se substituer au moins partiellement à l'évaluation scientifique du degré de correspondance entre l'état physique de la recrue et les exigences du port des armes. Il est probable que les officiers recruteurs écartent du rang les recrues dont l'insuffisance physique est particulièrement manifeste, du fait de leur taille ou de l'extrême faiblesse de leur constitution par exemple. Mais il est difficile d'estimer tant la part que représentent les recrues ainsi évincées, que les affections considérées rédhibitoires pour l'expertise militaire. Cette pré-sélection n'est en effet pas incluse dans les décomptes statistiques des opérations du recrutement. Samuel Beggs, qui compile ses propres statistiques, considère qu'inclure les chiffres de ce premier sas de triage contribuerait à revoir significativement à la hausse la part d'inaptes dans la population masculine désireuse de s'engager. Il estime ainsi qu'entre 1909 et 1914, si l'on ajoute les chiffres des officiers recruteurs et ceux des médecins, 48% des candidats se sont vu refuser l'accès à l'armée[16].

La seconde caractéristique du système britannique consiste en l'existence d'un double système d'appel, dès le *Derby Scheme* de 1915 mais plus significativement à partir de la mise

[15] « *Primary Medical Examination* » in NA, MH 47/144/4, Select Committee. Minutes of evidence n°1, 2nd July 1917, A. C. Geddes, p. 11. Voir aussi BEGGS Samuel Thomas, *The selection of the recruit*, Londres, Baillière, Tindall&Cox, 1915, p. 29-27 ; SILBEY David, « Bodies and Cultures Collide: Enlistment, the Medical Exam, and the British Working Class, 1914–1916 », *Social History of Medicine* 17, n° 1, avril 2004, p. 65.
[16] BEGGS Samuel Thomas, *The selection of the recruit… op. cit.*

en place de la conscription[17]. 2 086 tribunaux locaux sont ainsi chargés d'examiner les recours des Britanniques désireux d'échapper aux obligations militaires et 83 tribunaux d'appel de statuer en cas de désaccord avec les décisions des tribunaux locaux. Les tribunaux ont été appelés à statuer sur 1 125 000 demandes d'exemption pour motif politique, familial, économique ou encore médical. Jusqu'en 1915, les motifs de mécontentement de la part de recrues contestant leur expertise médicale sont rares. Les volontaires, désireux par définition de rejoindre les rangs de l'armée, recherchent peu l'exemption. Les choses changent avec la mise en place du *Derby Scheme* qui voit affluer les demandes de la part de recrues contestant notamment les modalités et les résultats de leur examen médical. Les tribunaux peuvent alors exiger une deuxième expertise dont les résultats peuvent aller à l'encontre du premier.

Le système français (1914-1916)

En France, entre 1914 et 1918, plus de 8,5 millions de Français appartenant à 33 classes d'âge (1887 à 1919) sont mobilisés. Chaque année, les tableaux de recensement des jeunes ayant atteint l'âge de dix-neuf ans révolus dans l'année précédente sont dressés par les maires. Tous les jeunes gens appartenant à cette classe d'âge et domiciliés dans l'une des communes du canton sont convoqués et doivent se présenter devant le conseil de révision. Ce dernier est « une administration cantonale, transitoire et itinérante[18] » créée par la loi Gouvion-Saint-Cyr du 10 mars 1818. Il s'agit d'une instance, qui se déplace normalement au sein du département et siège dans le chef-lieu de canton pour une ou deux journées. Elle réunit de manière temporaire un petit nombre de représentants de l'État pour procéder à la révision d'une classe d'âge. En effet, « dans les affaires publiques s'appuyer seulement sur un avis éclairé semble antidémocratique, à moins qu'il ne provienne d'une commission spécifique pouvant être

[17] Sur les tribunaux d'appel, voir GREGORY Adrian, « Military Service Tribunals: civil society in action », in HARRIS Jose, *Civil Society in British History. Ideas, Identities*, *Institutions*, OUP, Oxford, 2003, p. 177-191 ; LITTLEWOOD David, *Military Service Tribunals and Boards in the Great War: Determining the Fate of Britain's and New Zealand's Conscripts*, Londres, Routledge, 2018 ; MCDERMOTT James, *British Military Service Tribunals, 1916–1918: "A Very Much Abused Body of Men"*, New York, Manchester University Press, 2011 ; SLOCOMBE Ivor, « Recruitment into the armed forces during the First World War: the work of military tribunals in Wiltshire, 1915-1918 », *The Local Historian*, 2000, vol. 30, n°2, p. 105-223.

[18] BOULANGER Philippe, *La France devant la conscription*, *Géographie historique d'une institution républicaine, 1914-1922*, Paris, Economica, 2001, p. 84 voir aussi p. 101-105 ; MITCHELL Allan, *Victors and Vanquished. The German Influence on Army and Church in France after 1870*, Chapel-Hill, Londres, The University of North Carolina Press, 1984, p. 47 ; CHANET Jean-François, *Vers l'armée nouvelle. République conservatrice et réforme militaire 1871-1879*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2006, p. 98 et 100. Pour un exemple d'itinéraire du conseil de révision en 1915, voir annexe n° 10.

considérée comme représentant les divers intérêts en jeu[19] ». De fait, la composition du conseil de révision est la suivante :

> Le conseil de révision est composé :
> Du préfet, président ; à son défaut, du secrétaire général et, exceptionnellement, du vice-président du conseil de préfecture ou d'un conseiller de préfecture délégué par le préfet ;
> D'un conseiller de préfecture désigné par le préfet ;
> D'un membre du conseil général du département […] ;
> D'un membre du conseil d'arrondissement […] ;
> D'un officier général ou supérieur désigné par l'autorité militaire.
> Un sous-intendant militaire, le commandant de recrutement, un médecin militaire ou, à défaut, un médecin civil désigné par l'autorité militaire assistent aux opérations du conseil de révision. Le conseil ne peut statuer qu'après avoir entendu l'avis du médecin. […] Le sous-intendant militaire est entendu dans l'intérêt de la loi toutes les fois qu'il le demande et peut faire consigner ses observations au procès-verbal de la séance.
> Le sous-préfet d'arrondissement et les maires des communes auxquelles appartiennent les jeunes gens appelés devant le conseil de révision assistent aux séances. Ils ont le droit de présenter des observations[20].

Cette composition entend garantir un équilibre entre civils et militaires afin de préserver au mieux les intérêts de l'État et du citoyen. En cas de nécessité, les conseils de révision peuvent voir leur composition réduite, le préfet remplacé par le sous-préfet et ne pas être assistés d'un sous-intendant militaire. C'est le cas pendant la guerre, dès la révision de la classe 1916[21].

Dans l'une ou l'autre des configurations, le médecin n'est convoqué qu'à titre d'expert pour éclairer la décision du conseil qui statue en toute indépendance. L'instruction sur l'aptitude au service précise ainsi que le verdict concernant l'aptitude du conscrit « est prononcé en séance publique par un conseil de révision, assisté d'un ou de plusieurs médecins, qui examinent les jeunes gens et donnent leur avis sur leur aptitude au service militaire. Le conseil ne peut statuer qu'après avoir entendu l'avis du médecin[22] ». Afin de garantir l'objectivité du jugement

[19] PORTER Theodore, *La confiance dans les chiffres. La Recherche de l'objectivité dans la science et dans la vie publique*, Paris, Les Belles Lettres, 2017, p. 10.
[20] Article 16 de la loi du 21 mars 1905, *Journal Officiel* du 23 mars 1905, *Bulletin des lois de la République française*, n°2616, Paris, Imprimerie nationale, 1915. ROYNETTE Odile, *Bons pour le service, op. cit.*
[21] Décret du 3 décembre 1914 relatif à l'établissement des tableaux de recensement et à la révision de la classe de 1916. Voir aussi BOULANGER Philippe, *La France devant la conscription, op. cit*., p. 87.
[22] Ministère de la guerre, Bulletin officiel n°68 bis, *Recrutement de l'armée : instruction sur l'aptitude physique au service militaire*, Paris, H. Charles-Lavauzelle, volume arrêté à la date du 15 décembre 1905, p. 3-4. Voir aussi DUPONCHEL Émile, *Traité de médecine légale militaire : conseil de révision et opérations médicales du recrutement : mode de répartition des militaires malades (visites régimentaires, etc.) : réformes et retraites*, Paris, Octave Doin, 1890 : « [L]e médecin attaché au conseil de révision n'est qu'un expert ; il donne son appréciation, le Conseil n'est pas tenu de la suivre. Mais, en revanche, celui-ci ne saurait se dérober à l'obligation de consulter le médecin militaire ; il n'a pas le droit de se passer de son avis […] ».

médical et d'éviter les sollicitations des conscrits ou de leurs familles, le nom des experts est tenu secret[23]. Une fois la révision effectuée, le conseil se dissout. Durant le conflit, les conseils de révision se sont rassemblés six fois, pour la révision des classes 1915 à 1919. Parallèlement au conseil de révision, le ministère de la Guerre déploie dans chaque subdivision militaire, une administration permanente, le bureau de recrutement, chargé de l'engagement des volontaires. En 1914, le territoire de la France métropolitaine compte 145 bureaux de recrutement subdivisionnaires, auxquels il faut ajouter dix bureaux dépendants des Gouvernements militaires de Lyon et Paris[24]. Les volontaires y sont également soumis à un examen médical mené par un médecin militaire, en présence du chef de corps ou du commandement de recrutement[25].

S'il n'existe pas à proprement parler d'examen médical préliminaire similaire à celui mis en œuvre en Angleterre, toutes les opérations d'évaluation du conseil de révision ne sont pas non plus laissées entièrement à la discrétion des médecins. Certaines tâches considérées comme simple d'exécution sont déléguées afin de gagner du temps. Le commandant de recrutement fait ainsi peser et toiser la recrue par un sous-officier ou un gendarme, même si le tout reste sous la surveillance de l'expert médical[26]. Le tour de poitrine, opération plus technique, est en revanche pris par un officier du Service de santé et le médecin est le seul à rendre un avis sur l'aptitude du conscrit. Le sous-intendant militaire, le sous-préfet d'arrondissement et les maires des communes peuvent cependant émettre des observations et tenter par là même d'infléchir la décision du Conseil. La décision concernant d'éventuels « cas douteux » peut être remise à un examen ultérieur mené « dans les conditions de calme et de silence voulues[27] ». Les instructions françaises de 1916 précisent ainsi :

> Devant le conseil de révision, dont les opérations sont rapides, il n'est pas toujours possible de résoudre, séance tenante, toutes ces questions de diagnostic. Dans les cas douteux, le médecin peut demander de suspendre son avis, soit jusqu'à la fin de la séance, soit jusqu'à une autre séance, afin de lui permettre de procéder à un examen plus approfondi, qui pourra être fait dans un hôpital, ou afin d'attendre les documents d'une enquête, si elle est reconnue nécessaire. Le cas échéant, on aura recours à une hospitalisation pour observation prolongée au cours de la période qui sépare le conseil de révision de la visite d'incorporation[28].

---

[23] HALAIS Jérémie, *Des Normands sous l'uniforme, 1889-1919. De la caserne à la Grande Guerre*, Bayeux, OREP éditions, 2018.
[24] Sur les bureaux de recrutement, voir Boulanger Philippe, *La France devant la conscription… op. cit.*, p. 78-84.
[25] Ministère de la guerre, *Recrutement de l'armée : aptitude physique au service militaire*, *op. cit*., 1916, p. 6.
[26] DUPONCHEL Émile, *Traité de médecine légale militaire*, *op. cit*., p. 29.
[27] SHD, GR 9 NN 7/1102, Lois de 1913, p. 4.
[28] Ministère de la guerre, *Recrutement de l'armée : aptitude physique au service militaire*, *op. cit*., 1916, p. 7.

L'idée d'un « conseil de révision d'appel » a bien été évoquée en France, notamment en février 1914, lors d'une séance de la Commission Supérieure de consultation d'hygiène et d'épidémie militaire sur l'exécution de la loi du 7 août 1913, mais elle n'a pas été retenue[29]. En cas de décision positive, la qualité de militaire est acquise dès la sentence du conseil. Mais dans les faits, la première visite médicale est affinée par d'autres visites tout au long de la carrière du soldat.

Lorsque la guerre est déclarée, les classes 1911, 1912 et 1913, soit les 880 000 hommes de l'armée d'active, sont déjà sous les drapeaux. La mobilisation quadruple les effectifs. Les conscrits sont rejoints par les volontaires mais aussi par les réservistes de l'armée d'active (classes 1900 à 1910) ; puis par la territoriale (classes 1893 à 1899), et enfin par la réserve de la territoriale (classes 1887 à 1892) à partir du 16 août[30]. Ces hommes sont examinés au dépôt, lors de la visite d'incorporation.

2. L'évaluation des corps

L'œil du clinicien

L'instruction sur l'aptitude militaire française consacre quatre pages à l'examen médical des recrues, pages qui s'ouvrent sur les directives suivantes, inchangées pendant toute la durée de la guerre :

> L'homme à examiner devant le conseil de révision doit se présenter entièrement nu. Pendant qu'il s'avance, le médecin juge d'un coup d'œil général s'il présente des défectuosités saillantes dans la conformation ou dans la marche. Il complète cet examen d'ensemble en faisant placer le sujet debout devant lui, les talons rapprochés, les bras pendant sur les côtés du corps, les mains ouvertes et la paume dirigée en avant.
>
> Le médecin passe ensuite successivement à l'examen détaillé des différentes parties du corps, en commençant par la tête et en procédant pour chaque région de l'extérieur à l'intérieur.
>
> Il s'assure par tous les moyens d'investigations :
>
> > 1° Si le sujet est sain, bien conformé, et si rien ne porte obstacle à la plénitude des mouvements nécessaires à la professions des armes ;

[29] SHD, GR 9NN 7/1103, Le conseil de révision en 1913. Minute : séance de la Commission Supérieure de consultation d'hygiène et d'épidémie militaire du 3 février 1914. Exécution de la loi du 7 août 1913.
[30] NAËRT Maurice, LAXAGUE Gratien, COURBIS Jean, JOUBERT J., *Les armées françaises dans la Grande Guerre*, t. 1, Paris, Impr. nationale, 1936, p. 55 ; CORVISIER André, PEDRONCINI Guy (dir.), *Histoire militaire de la France*, vol. III : de 1871 à 1940, Paris, Presse universitaire de France, 1992 ; BOULANGER Philippe, *La France devant la conscription, op. cit.*

> 2° Si aucune partie du corps n'est exposée à souffrir du port du vêtement, de l'équipement et des armes ;
>
> 3° Si par suite de faiblesse organique, de prédisposition morbide ou de maladie déjà existante, la santé et la vie du sujet ne seraient pas directement compromises par les conditions habituelles du service militaire ;
>
> On peut pour cet examen recourir à tous les moyens d'exploration exempts d'inconvénients[31].

L'examen est donc encadré par une procédure, imposée à tous les médecins. Elle définit les points principaux qui doivent retenir l'attention de l'expert. Ces instructions sont relativement brèves. Elles s'attardent davantage sur la nomenclature – qui permet de déterminer quelles affections sont compatibles avec les conditions du service (64 pages) – que sur la manière dont l'évaluation des corps doit être réalisée (quatre pages). Cela explique l'abondance de la littérature médico-militaire s'efforçant de préciser, voire d'infléchir, les conditions et le déroulement de l'examen par des recommandations précises.

En France comme en Angleterre, le sujet à examiner se présente dévêtu, afin de faciliter l'observation détaillée de toutes les composantes de son état physique. Si la plupart des recommandations complémentaires mentionnent la recherche d'antécédents ou d'affections par l'interrogatoire de la recrue, les directives officielles consacrent le primat de l'observation muette et du morcellement de l'organisme. Après une évaluation générale, le corps de la recrue est divisé en plusieurs sections anatomiques qui doivent faire l'objet, l'une après l'autre, d'un examen approfondi. Ces caractéristiques relèvent d'un code de lecture des corps qui s'est peu à peu imposé depuis 1750 et dans lequel les yeux sont l'instrument le plus précieux de l'équipement sensoriel des experts[32].

Le règne de l'observation s'impose avec la clinique qui consacre la perte d'influence des systèmes spéculatifs et porte au pinacle « le coup d'œil du médecin qui l'emporte si souvent sur la plus vaste érudition et sur la plus solide instruction[33] ». Les directives sont explicites,

---

[31] Ministère de la guerre, *Recrutement de l'armée : instruction sur l'aptitude physique au service militaire*, Paris, H. Charles-Lavauzelle, volume arrêté à la date du 15 décembre 1905, p. 5-6. Pour des directives britanniques, voir annexe n° 13. Pour les directives françaises détaillées, voir annexe n° 14.

[32] DIAS Nélia, *La mesure des sens. Les anthropologues et le corps humain au XIX^e siècle*, Paris, Aubier, 2004 ; FAURE Olivier, « Le regard des médecins », in *Histoire du corps*, *op. cit.,* t. 2 ; PORTER Roy, « The Rise of Physical Examination » in BYNUM William F., PORTER Roy (dir.), *Medicine and the Five Senses*, Cambridge, Cambridge Universisty Press, 2005, p. 179-197 ; REISER S., « Technology and the use of the senses in twentieth-century medicine » in BYNUM William F., PORTER Roy (dir.), *Medicine and the Five Senses*, *op. cit*., p. 262-273. Voir aussi ROYNETTE Odile, *Bons pour le service, op. cit*., p. 235.

[33] FOUCAULT Michel, *Naissance de la clinique*, Paris, PUF, 1962, p. l22.

c'est « d'un coup d'œil général[34] » que le médecin procède à une première évaluation de la recrue :

> [A]u moment où l'homme se présente nu devant le médecin, un simple coup d'œil peut suffire pour découvrir des motifs incontestables d'inaptitude militaire : déviation très accusée de la colonne vertébrale, atrophie ou perte d'un membre ou d'un organe important, pieds bots, etc., etc.[35]

Il est alors indispensable que les jeunes médecins aient l'occasion de :

> [S]'exercer à la vérification de l'aptitude militaire et d'acquérir le *coup d'œil* qui leur permettra ultérieurement d'aller vite. Ce coup d'œil médical ne résulte pas, il faut bien le savoir, d'une sorte d'intuition géniale ; c'est là, comme ailleurs, le résultat d'une étude attentive et méthodique, grâce à laquelle on arrive, au bout d'un certain temps, à voir rapidement, inconsciemment en apparence, les vices d'organisation présentés par les sujets[36].

Les écrits des médecins insistent tous sur « l'œil du clinicien ». Le « *coup d'œil médical* dont l'appréciation est rarement erronée[37] » permet de disposer de « cette prestesse dans le rapport, cette sûreté si rapide quelquefois dans le jugement[38] » qui caractérise le regard clinique pour Michel Foucault. Pour Pierre Bonnette :

> En homme rompu à son métier, le médecin militaire a vite fait de jauger, d'évaluer la robusticité de la recrue qui s'avance vers lui. Il sait rapidement interroger cette face, ce cou, cette poitrine, ce pubis, ces membres, qui lui disent leur intégrité fonctionnelle ou leur misère physiologique[39].

C'est de la longue expérience que naît cette « compétence ineffable de la profession[40] ». En effet, le coup d'œil du clinicien ne se résume pas à un ensemble de règles à appliquer, ne s'explique pas et ne se transmet pas :

> De même que le chirurgien affine, à la longue, ses mains expertes, que l'accoucheur finit par avoir, selon l'expression classique, *un œil au bout du doigt*, que le maquignon apprécie très rapidement la valeur marchande d'une bête de boucherie, de même le médecin militaire acquiert *ce coup d'œil recruteur* que rien ne saurait remplacer[41].

---

[34] Ministère de la guerre, *Recrutement de l'armée, op. cit.,* 1905, p. 5.
[35] DUPONCHEL Émile, *Traité de médecine légale militaire*, *op. cit*., p. 29.
[36] DUPONCHEL Émile, *Traité de médecine légale militaire*, *op. cit*., p. 27. C'est l'auteur qui souligne.
[37] BONNETTE Pierre, *Du choix des conscrits*, *op. cit.,* p. 1.
[38] FOUCAULT Michel, *Naissance de la clinique*, *op. cit.*, p. l22.
[39] BONNETTE Pierre, *Du choix des conscrits*, *op. cit.*, p. 25.
[40] PORTER Theodore M., *La confiance dans les chiffres. La Recherche de l'objectivité dans la science et dans la vie publique*, Paris, Les Belles Lettres, 2017, p. 9.
[41] BONNETTE Pierre, *Du choix des conscrits*, *op. cit.*, p. 27. C'est l'auteur qui souligne.

Il s'agit d'une connaissance tacite qui s'acquiert uniquement « à la longue » c'est-à-dire par la pratique répétée[42]. Les médecins parlent ainsi d'une « véritable habitude clinique, qui perme[t] le jugement d'ensemble presque "intuitif" [43]». En prenant les atours de l'intuition, le coup d'œil de l'expert place l'examen sous le contrôle des initiés. La rhétorique enveloppant la question du regard du médecin permet en effet de réaffirmer le caractère indispensable de l'expert dans un processus qui, nous l'avons vu, tend à faire entrer son jugement en concurrence avec d'autres instances, civiles ou militaires. Ainsi, pour le Major P.H. Falkner, « [l]'idée que le tout-venant puisse procéder à l'examen des recrues ne peut que susciter des réserves[44] ».

L'examen de l'aptitude promeut, d'une manière générale, une culture visuelle de l'évaluation influencée par un régime de scientificité particulier, la clinique[45]. Cette façon de voir le corps malade s'appuie sur la recherche, dans l'espace anatomique, de signes ou caractères distinctifs de la maladie. Ce diagnostic anatomo-pathologique découle d'une conception nosologique particulière qui « ne dépend plus des symptômes que le malade éprouve et peut exprimer mais des signes que le médecin repère[46] ». C'est pourquoi il est fréquent que les experts se plaignent du manque d'éclairage adéquat lors des examens, qui les empêche de procéder à un examen minutieux, condition de l'exactitude du diagnostic[47]. En recherchant les signes visuels d'un état pathologique disqualifiant pour la vie militaire, l'investigation anatomique jette les bases d'une sémiologie du corps. Le médecin s'efforce de repérer des lésions, des défauts, des excès, des marqueurs indiquant la condition pathologique. Cette pensée de la normativité corporelle disqualifie les corps irréguliers, incomplets ou excédentaires. L'inspection du dos doit permettre de distinguer l'incurvation anormale de la colonne vertébrale[48]. Celle des membres inférieurs peut conduire à repérer des saillances discriminantes,

[42] Sur la connaissance tacite : POLANYI Michael, *Personal knowledge*, London, Routledge & Kegan Paul, 1951 ; et la vision plus critique de FULLER Steve, *Social epistemology*, Bloomington, Indiana University Press, 1988/2002. Voir aussi PORTER Theodore, *La confiance dans les chiffres…, op. cit.*, p. 9.
[43] BESSON Adrien, *De l'Évaluation de l'aptitude physique au service militaire des jeunes sujets*, Lille, H. Morel, 1921, page 3.
[44] « *The statement "anyone can examine recruits" can hardly be admitted. A medical examiner is a specialist in his own particular line* » in « Detached notes on recruiting duties – Details for Junior Officers of the Corps », *JRAMC*, 1er avril 1914, p. 412.
[45] ACKERNECHT Erwin, *Medicine at the Paris Hospital, 1794-1848*, Johns Hopkins Press, 1967 [trad. française *La médecine hospitalière à Paris (1794-1848)*, Paris, Payot, 1986] ; FOUCAULT Michel, *Naissance de la clinique, op. cit*.
[46] FAURE Olivier, « Le regard des médecins », in *Histoire du corps*, t. 2., *op. cit*., p. 31.
[47] BESSON Adrien, *De l'Évaluation de l'aptitude physique, op. cit.*, p. 70 ; DUPONCHEL Émile, *Traité de médecine légale militaire*, *op. cit*., p. 27.
[48] COLLIE John, « Examination of the Back », *JRAMC*, décembre 1916, p. 704-705.

telles des formes sévères d'hallux valgus[49]. Les manques et atrophies, tel le rétrécissement prononcé du thorax, peuvent eux aussi exclure du port des armes[50]. Le médecin observe les textures, les formes, les couleurs des différentes parties du corps. L'examen attentif de l'œil peut révéler une lésion des tissus indiquant une atteinte oculaire syphilitique[51]. Grosseurs, rougeurs, et éruptions cutanées font l'objet de toutes les attentions. Un eczéma étendu et tenace peut ainsi donner lieu à l'exemption[52].

Les troubles mentaux eux-mêmes peuvent parfois être détectés par l'observation :

> Un soin tout particulier sera accordé à l'évaluation de l'état mental des recrues, un trop grand nombre d'entre elles étant tardivement exclues des rangs de l'armée au cours de l'entraînement pour défaut d'intelligence. Une intelligence déficiente est fréquemment associée à la respiration par la bouche, un gonflement des ganglions lymphatiques, un palais ogival ou des traces de rachitisme[53].

En cela, la conception de l'examen médical suit des principes anatomo-pathologiques qui attachent dès la fin du XIX[e] siècle les troubles mentaux à des stigmates visibles et repérables. La pratique psychiatrique qui se développe après 1900 associe fréquemment irrégularité physique et déficience mentale, vice de conformation et dégénérescence. La maladie doit se manifester visuellement par une altération de nature physique. Les médecins, tout comme les aliénistes de la même époque, s'efforcent donc de repérer des attributs présents sur la face ou les membres, qui ne sont pas en soi porteurs d'infirmité, mais qui se trouvent chargés d'une valeur diagnostique et intégrés dans la symptomatologie des troubles mentaux[54].

---

[49] BEGGS Samuel Thomas, *The selection of the recruit… op. cit.,* p. 22. L'hallux valgus est une déformation osseuse fréquente du pied qui peut entraîner des douleurs et empêcher le port de certaines chaussures.

[50] Ministère de la guerre, *Recrutement de l'armée : instruction sur l'aptitude physique au service militaire, op. cit., 1916*, p. 34

[51] FALKNER P.H. « Detached Notes on Recruiting Duties – A Few Details for Junior Officers of the Corps", *JRAMC*, 1er avril 1914, p. 412-417, ici p. 415. Sur la syphilis, voir BARDET Jean-Pierre, BOURDELAIS Patrice, GUILLAUME Pierre, LEBRUN François, QUETEL Claude (dir.), *Peurs et terreurs face à la contagion : choléra, tuberculose, syphilis : XIX[e]-XX[e] siècles*, Paris, Fayard, 1988 ; QUETEL Claude, *Le Mal de Naples : Histoire de la syphilis*, Paris, Seghers, 1986 ; TEMKIN Owsei, « On the history of morality and syphilis » in TEMKIN Owsei, *The double face of Janus and other essays in the history of medicine*, Baltimore, éd. O. Temkin, 1977, p. 472-84; WOOD Corinne Shear, « Syphilis in anthropologically perspective », *Social science and medicine*, n°12, 1978, p. 47-55.

[52] Ministère de la guerre, *Recrutement de l'armée : instruction sur l'aptitude physique, op. cit.,* 1916*,* p. 9.

[53] « *Great care is to be taken in ascertaining the mental capacity of a recruit in view of the fact that large numbers of recruits are discharged from the service on account of defective intelligence, whilst undergoing their training. Defective intelligence is often associated with mouth breathing, adenoids, nasal obstruction, highly arched palate or evidence of rickets in childhood* », War Office, *Instructions for the physical Examination of Recruits*, London, His Majesty's Stationery Office, 1912/1921, p. 6. Voir aussi DUPONCHEL Émile, *Traité de médecine légale militaire*, *op. cit*., p. 29 : « leur état intellectuel se traduit lui-même par des attitudes spéciales, et bien des fois un aspect particulier de gaucherie et d'hébétude a mis sur la trace de troubles accentués de l'état mental ».

[54] FOUCAULT Michel, *Le pouvoir psychiatrique. cours au Collège de France, 1973-1974*, Paris, Seuil, 1974, p. 133 ; GUILLEMAIN Hervé, *Schizophrènes au XX[e] siècle : des effets secondaires de l'histoire*, Paris, Alma, 2018 ; Pour le cas de l'arriération mentale, voir HOFFBECK Valentine, « De l'arriéré au malade héréditaire : histoire de la

Auscultation, palpation, percussion

L'examen clinique traditionnel comprend quatre modalités : l'inspection, la palpation, la percussion et l'auscultation. On retrouve ces techniques, auxquelles sont formés tous les étudiants en médecine, dans l'examen médical de l'aptitude. L'un des problèmes centraux de l'évaluation de la recrue est en effet la bonne santé apparente qui peut dissimuler défaillances organiques et maladies contagieuses. « Sous les plus belles apparences peuvent se cacher les plus graves lésions[55] » pointent les instructions françaises de 1917. Il peut au contraire s'agir de dépister « les malingres anatomiques qui sont de robustes fonctionnels[56] ». Si l'observation est au cœur du protocole, l'absence de signes visuellement repérables de l'inaptitude ne peut suffire à déclarer l'individu bon pour le service. Les manifestations de certaines affections particulièrement nocives, telles la tuberculose et les malformations cardiaques, ne se présentent pas toujours à l'œil du médecin. Il importe donc de tenter de franchir la barrière épidermique. L'histoire des techniques médicales est ainsi orientée vers la recherche de moyens « de rendre visible l'intérieur du corps humain, de faire une sorte d'autopsie sans dissection[57] ». L'investigation anatomique fait dès lors intervenir d'autres sens que la vision, notablement le toucher et l'ouïe[58]. Les médecins prolongent également la portée de leurs sens par l'usage d'instruments.

Dans la sélection médicale des recrues, le savoir gestuel des médecins est inscrit dans une économie corporelle qui met la main au premier plan des instruments de la pratique savante. Les experts disposent d'un répertoire de gestes adaptés aux organes inspectés et aux pathologies suspectées. La main peut n'être qu'une adjuvante de l'observation – P.H. Falkner recommande ainsi de tirer l'oreille de la recrue afin de bien voir le conduit auditif[59] – mais elle est plus sûrement un instrument essentiel de la pratique diagnostique qui permet de détecter ce qui se dérobe au regard, de s'assurer de la normalité des tissus et de la bonne conformation des organes

prise en charge et des représentations du handicap mental en France et Allemagne (1890-1934) », Thèse de doctorat en histoire contemporaine de l'Université de Strasbourg, 2016, p. 307-310. Sur l'importance de la culture visuelle en médecine, voir aussi CARTWRIGHT Lisa, *Screening the Body. Tracing Medicine's Visual Culture*, Minneapolis, University of Minnesota Press, 1995.

[55] « Avant-propos », *Instruction sur l'aptitude au service militaire. Commentée et mise à jour au 1er janvier 1917*, par F. C., Paris, 1917.

[56] ROSENTHAL, « L'insuffisance respiratoire », *Presse médicale*, 19 mars 1904 et LEMOINE Georges, *La Tuberculose dans l'armée et dans la marine, diagnostic de la prétuberculose*, Paris, O. Doin, 1909, p. 98.

[57] SEGAL Alain, « Les moyens d'exploration du corps », in *Histoire de la pensée médicale en Occident*, t. III, p. 187-196.

[58] BYNUM William F., PORTER Roy, *Medicine and the Five Senses*, *op. cit.*

[59] FALKNER P.H. « Detached Notes on Recruiting Duties – A Few Details for Junior Officers of the Corps", *JRAMC*, 1er avril 1914, p. 412-417, ici p. 414-415.

internes. La gamme des gestes du diagnostic s'étend de l'effleurement à la percussion. L'index appuyé sur les parties molles détecte la présence ou l'absence d'une hernie, les doigts passés sur le cou permettent de repérer une chaîne ganglionnaire suspecte, la paume pressée sur la poitrine met en évidence l'asymétrie de la cage thoracique, la main soupesant les testicules s'assure de leur présence et de leur forme[60].

La palpation est inscrite dans le registre des pratiques techniques que le médecin doit s'efforcer de maîtriser. Les écrits définissent une hexis corporelle de l'expertise, soit un code de la gestuelle médicale. La manipulation des instruments, comme celle du corps, est associée à des gestes précis. La mesure du périmètre thoracique requiert ainsi une certaine dextérité. Une fois le ruban métrique positionné en suivant la ligne sous-mamelonnaire :

> Il faut faire un pas à droite et, tout en maintenant son ruban, regarder le dos de son sujet ; très souvent, le ruban est un peu tombé ou bien il passe en pont sous les omoplates ; faisant une anse, un pli souvent très accusé ; une petite tension supplémentaire de la main gauche, une « tape » rectificative de la main droite remettent tout en l'état et rétablissent la régularité de la mensuration en amenant exactement au contact les deux points opposés du ruban, sans brusquerie ni mollesse, avec la tension juste suffisante. Il y a là un petit « tour de main » instinctif, impossible à préciser, qui s'acquiert très vite par la pratique[61].

La succession des gestes, leur vitesse, leur force doivent être soigneusement mesurées afin de permettre une évaluation efficace c'est-à-dire rapide et précise. Mais à l'instar du « coup d'œil », le « tour de main » fait partie de ces savoirs tacites dont les caractéristiques précises ne sont ni véritablement explicitées, ni enseignées. Ce sont des gestes incorporés qui doivent, par la pratique répétée, devenir automatiques. En cela, l'examen médical comprend une dimension artisanale que résume bien Jerome Ravetz lorsqu'il parle des pratiques scientifiques : « [La description détaillée des techniques artisanales] peut s'avérer utile pour les débutants, mais ceux-ci doivent par la suite en développer une connaissance personnelle et tacite […]. En effet, la plupart de leurs techniques possèdent un caractère inconscient ; c'est par l'expérience que leurs yeux et leurs mains ont fait leur apprentissage[62] ».

---

[60] War Office, *Instructions for the physical Examination of Recruits*, London, His Majesty's Stationery Office, 1912/1921, p. 7 ; BESSON Adrien, *De l'Évaluation de l'aptitude physique au service militaire, op. cit.*, p. 71-72. Sur les gestes du diagnostic thoracique, on lira notamment LEMOINE Georges, *La Tuberculose dans l'armée et dans la marine, op. cit.*, p. 63-64.

[61] BESSON Adrien, *De l'Évaluation de l'aptitude physique, op. cit.*, p. 21. Voir aussi LEMOINE Georges, *Traité d'hygiène militaire, op. cit.,* p. 13. Pour des indications sur la méthode en Grande-Bretagne, voir CAC, GEDD 4/7, *Revised general directions for the guidance of commissioners, deputy commissioners and members of medical boards*, HM Government publications, 1918, p. 10.

[62] « [*Explicit description of craftman's technique*] *can be useful for beginners, but he must develop a personal, tacit knowledge of his objects and what he can do with them, if he is to produce good work. Indeed, much of his technique may not even have the character of conscious knowledge; by experience, his hands and eyes have taught*

Les bruits produits par les organes de la cage thoracique servent également à l'évaluation de la condition pathologique et sollicitent l'ouïe de l'expert[63]. Des sons particuliers sont associés à des pathologies spécifiques : râles pour les bronchites, sifflement pour l'asthme, pectoriloquie pour la phtisie. L'investigation combine parfois le toucher et l'ouïe. La détection des affections cardiaques et pulmonaires associe ainsi la percussion et l'auscultation. La percussion est mise au point par le médecin autrichien Leopold Auenbrugger (1727-1809). Elle consiste à associer des frappes légères sur des points précis du thorax, les sons produits par cette manipulation et l'état de l'anatomie. Le changement des propriétés mécaniques et acoustiques des organes internes est dès lors lié à l'altération des tissus. Tombée momentanément dans l'oubli, la pratique est redécouverte en France, au moment où triomphe la méthode anatomo-clinique[64]. Simple d'exécution, elle se répand rapidement. Afin de traverser l'enveloppe corporelle plus efficacement, les médecins ont également conçu des instruments, tel le stéthoscope. Inventé par l'ancien chirurgien militaire René Laennec (1781-1826), il se diffuse hors de France grâce aux séjours parisiens des apprentis cliniciens britanniques et américains[65].

Le diagnostic thoracique est, au début du XX^e^ siècle, modélisé avec une grande précision. Il fait se succéder différentes phases, inspection, palpation, percussion, auscultation ; distingue un nombre étendu de sons, sifflants, crépitants ou encore caverneux ; et prête attention à la manière dont la voix du patient se diffuse dans la cage thoracique[66]. Mais dans les

---

themselves », in RAVETZ Jerome, *Scientific Knowledge and Its Social Problems*, *op.cit.*, p. 75-76; Sur le tour de main comme pratique artisanale passée dans le monde savant : SCHAFFER Simon, *La fabrique des sciences modernes*, Paris, Seuil, 2014, p. 171-214. Voir par exemple « *although carefully prepared regulations, instructions, notes, authority, and so on are provided for guidance, much will depend upon [young officers'] capacity for good work* » in FALKNER P.H. « Detached Notes on Recruiting Duties – A Few Details for Junior Officers of the Corps », *JRAMC*, 1er avril 1914, p. 412-417, ici p. 412.

[63] Sur le rôle du bruit dans le diagnostic LACHMUND Jens, « Das Geräusch in der Medizin. Zu den historischen Grundlagen der modernen Diagnostik », *Wiener Klinische Wochenschrift*, n°121, 2009, p. 491-500 ; LACHMUND Jens, « Making sense of sound: Auscultation and ling sound codification in nineteenth century French and German medicine », *Science, Technology and Human Value*, 24 (4), p. 419-450 ; RICE Tom, *Hearing and the Hospital: Sound, Listening, Knowledge and Experience*, Canon Pyon, Sean Kingston Publishing, 2013.

[64] LACHMUND Jens, *Der abgehorchte Körper: zur historischen Soziologie der medizinischen Untersuchung*, Opladen,Westdt. Verl., 1997 ; PEIZMAN Steven, MAULITZ Russel, « L'élaboration du diagnostic », in *Histoire de la pensée médicale, op. cit.*, p. 187-196 ; MAULITZ Russel, *Morbid Appearances. The Anatomy and Pahtology in the Early Nineteenth Century*, *op. cit.*

[65] DUFFIN Jacalyn, *To See with a Better Eye: A Life of R.T. H. Laennec*, Princeton, Princeton University Press, 1998 ; LACHMUND Jens, « Stethoskop » in MORAT Daniel, ZIEMER Hansjakob, RUTZ Rainer (dir.), *Handbuch Sound: Geschichte, Begriffe, Ansätze,* Stuttgart, J.B. Metzler Verlag, 2018, pp. 364-366 ; *Revue du Palais de la découverte*, numéro spécial, n°22, août 1981, Commémoration de la naissance de Laennec (1781-1826), Paris, Palais de la découverte, 1981.

[66] Voir par exemple en annexe l'inventaire de tous les symptômes de pathologies cardiaques et pulmonaires par HEWETT Cresswell, *Chart for Physical Examination in Pulmonary and Cardiac Diseases, as Used in Dr. Cresswell Hewett's Clinical Class*, H. Renshaw, London, 1905. Les bruits thoraciques ont fait, en Grande-Bretagne, l'objet d'une tentative d'élaboration d'un système de notation acoustique spécifique : EWART William, *Cardiac outlines for clinical clerks and practitioners, and first principles in the physical examination of the heart*, Londres, Baillière, Tyndall and Cox, 1892. Voir aussi GEE Samuel Jones, *Auscultation and Percussion: Together with the*

conditions qui sont celles de la sélection, l'examen est contraint par le temps et les priorités sanitaires du moment. C'est notamment la tuberculose qui inquiète les experts et donc oriente leurs pratiques diagnostiques. Afin de détecter un terrain propice à cette maladie, les médecins prêtent une attention accrue à ses manifestations particulières. Parmi les sons considérés comme caractéristiques, on retrouve notamment deux formes de murmure vésiculaire, la diminution de l'intensité de l'inspiration de la région sous-claviculaire droite et l'inspiration rude et basse sous la clavicule gauche[67]. Les médecins se préoccupent également des troubles fonctionnels du cœur – palpitations, tachycardie, hyper- et hypotension – dont l'étiologie est associée à des maladies infectieuses dont la tuberculose[68].

Les affections cardiaques des recrues font l'objet d'une attention particulière chez les médecins britanniques qui identifient un trouble fonctionnel particulier, le « cœur du soldat », dont la prévalence au sein de la population militaire suscite des interprétations contradictoires. L'examen du cœur ne va pas sans difficulté car « [l]es troubles fonctionnels du cœur existent le plus souvent sans lésion anatomique cliniquement décelables[69] » et leur détection n'est pas toujours chose aisée, notamment dans les conditions qui sont celles de l'examen[70]. En France, l'auscultation du cœur, quoique recommandée, n'est pas systématiquement pratiquée. Il n'est pas rare qu'un conscrit, déclaré bon pour le service, soit tardivement diagnostiqué d'une lésion cardiaque à l'occasion, par exemple, d'un embarras gastrique[71].

Other Methods of Physical Examination of the Chest, 6e édition, Oxford medical publications, Londres, Henry Frowde, Hodder and Stoughton, 1908 [1883].

[67] LEMOINE Georges, « L'auscultation du sommet du poumon chez les jeunes soldats », *Presse médicale*, 1907 ; LEMOINE Georges, *La tuberculose dans l'armée et la marine*, *op. cit*., p. 62-77 ; LEMOINE Georges, *Traité d'hygiène militaire,* Paris, Masson, 1911, p. 226.

[68] Quelques travaux de médecine militaire : CHAVIGNY Paul, « Palpitations cardiaques. Leur diagnostic dans l'armée », *Archives de médecine et de pharmacie militaire*, 1903, p. 210 ; HIRTZMAN Lucien, *Troubles fonctionnels du cœur et tuberculose*, thèse de Lyon, p. 39 ; BIOUSSE, *Les palpitations chez le jeune soldat*, thèse de Paris, 1898 ; DUPONCHEL Émile, « Des troubles fonctionnels et des affections organiques du cœur chez le soldat », *Archives de médecine et de pharmacie militaire*, t. IX et X, p. 177-264 ; LABOUGLE, « Le Souffle présystolique parexphoïdien, indice de fatigue du cœur », *Archives de médecine et de pharmacie militaire*, 1905, t. XLV. En Grande-Bretagne, « *The main cause of invaliding from the Army are diseases of the heart, tuberculosis*, and nervous and mental disorders » in Great Britain, War Office, *Manual of Elementary Military Hygiene*, London, HMSO, 1921 [1912].

[69] HIRTZMAN Lucien, *Troubles fonctionnels du cœur et tuberculose*, *op. cit*., p. 85

[70] EWART William, *Cardiac outlines… op. cit.*, p. 2.

[71] BESSON Adrien, *De l'Évaluation de l'aptitude physique, op. cit.*, p. 71-72

La toise, la bascule et le ruban métrique

Les sens de l'examinateur ne sont pas les seuls à être convoqués lors de l'examen médical :

> On peut pour cet examen recourir à tous les moyens d'exploration exempts d'inconvénients, tels que rubans métriques, bascules, stéthoscopes, optomètres, ophtalmoscopes, otoscopes et autres n'exigeant pas d'action chirurgicale[72].

Un certain nombre d'instruments de mesure, d'exploration et d'outils de dépistage physico-chimique sont envisagés. Le XIX^e^ siècle a vu en effet se développer l'usage des technologies du corps privilégiant notamment une approche de la pathologie par la quantification[73]. Les possibilités de mesure sont très étendues. Les médecins peuvent utiliser les instruments de l'anthropométrie (compas de Broca, céphalomètre, pelvimètre), ceux de la notation graphique (chronographe, kymographe, polygraphe), de l'étude de la respiration et de la circulation (pneumographe de Marey, pléthysmographe, sphygmographe, spiromètre de Verdin), de l'étude du mouvement (dynamomètre, ergographe, myographe de Marey) et même de l'étude sensorielle de la peau (algésimètre de Cheron, esthésiomètre, pulvérisateur de Richardson) et tout une gamme d'instruments permettant des tests de sensibilité acoustique ou olfactive[74]. Mais dans l'espace et le temps contraints du conseil de révision ou de la commission médicale, l'instrumentation est réduite à la portion congrue[75].

La toise et le ruban métrique sont systématiquement utilisés, de même que la bascule en Angleterre, qui s'impose plus difficilement en France. L'usage de certains instruments, tel l'otoscope, destiné à l'observation de l'oreille, est recommandé mais inégalement mis en œuvre[76]. Il ne suffit pas, comme l'ont bien montré les historiens et historiennes des sciences, qu'une technologie soit disponible pour qu'elle soit utilisée. Son usage dépend d'arrangements locaux entre opérateurs, instruments et institutions. Les experts privilégient d'abord la simplicité. Un médecin militaire affirme :

---

[72] Ministère de la guerre, *Recrutement de l'armée : instruction sur l'aptitude physique au service militaire*, Paris, H. Charles-Lavauzelle, volume arrêté à la date du 15 décembre 1905, p. 5-6.
[73] HESS Volker, MENDELSOHN J. Andrew, « Case and Series: Medical Knowledge and Paper technology, 1600-1900 », *History of Science*, vol. 48, 2010, p. 287-314 ; JORLAND Gérard, WEISZ George, OPINEL Annick, *Body Counts: Medical Quantification in Historical and Sociological Perspective,* Montréal, McGill-Queen's University Press, 2005.
[74] LÖWY Ilana, « Measures, Instruments, Methods and results: Josefa Joteyko on Social Reforms and Psychological Measures », in JORLAND Gérard, WEISZ George, OPINEL Annick, *Body Counts*, *op. cit*., p. 157.
[75] Sur cet aspect voir HARTMANN Heinrich, *The Body Populace. Military Statistics and Demography in Europe before the First World War*, Cambridge Massachusetts, MIT Press, 2019, p. 79.
[76] War Office, *Instructions for the physical Examination of Recruits, op. cit*., p. 9.

> Il semble que les instruments de précision d'un emploi assez délicat, tels que le spiromètre d'Hutchinson, le pneumomètre de Kentish, à l'aide desquels les expérimentateurs ont étudié les lois du pouvoir respirateur, ne seraient guère de mise dans les opérations de recrutement[77].

Les médecins insistent également sur le fait que les instruments et les résultats qu'ils fournissent doivent être corrélés aux exigences de l'institution militaire. Ainsi, il serait possible d'utiliser un acoumètre pour évaluer l'acuité auditive mais les caractéristiques de l'activité militaire conduisent les experts britanniques comme français à lui préférer l'usage de la voix :

> L'un des avantages de l'examen actuellement en vigueur est l'usage de la voix. Le langage se révèle de la plus haute importance dans l'évaluation de l'acuité auditive. Les montres et acoumètres sont d'une grande utilité, mais dans la vie militaire comme dans la vie civile, c'est bien à comprendre ce que dit autrui que doit servir l'audition, c'est donc bien sur la voix que doit reposer le principal test de son acuité[78].

La capacité de la recrue à comprendre ce qui lui est demandé et à réagir aux instructions données suffit à valider les performances de son appareil auditif. L'expert doit ainsi procéder avec soin au choix des mots, certains étant plus faciles à reconnaître que d'autres[79]. La sélection mais aussi l'usage des instruments sont également conditionnés par les priorités sanitaires de l'armée. Le stéthoscope, rigide ou flexible, est souvent mobilisé pour l'examen des poumons dans l'espoir de détecter les tuberculeux[80]. En revanche la mesure de la pression artérielle, dont la pratique s'impose entre 1895 et 1910, et qui repose sur le simple emploi du même stéthoscope associé à un brassard pneumatique, n'appartient pas à la routine de l'examen clinique de l'aptitude[81]. Le protocole diagnostic est enfin soumis à des contingences imposées par l'État. Les exigences de coût, de temps et donc de rendement, viennent limiter les ressources des experts[82]. Le dépistage de la tuberculose par radioscopie des poumons ou l'observation et

---

[77] SCHWOEBEL Eugène, *Le poids et l'aptitude physique militaire,* thèse, Lyon, 1902, p. 16-17.
[78] « *One good point about the present Army test is that it has speech for its basis. As a test for acuity of hearing, speech is far the most important. Watches and acoumeters are useful, but as the purpose to which hearing is put both in military and civil life is for the most part to make out what another fellow creature is saying, speech must always be the most important test for hearing* », in KERR LOVE James, « Hearing in the Army », *JRAMC*, November 1916, p. 650. Sur les critères de l'aptitude auditive et le déroulement de l'examen voir le reste de cet article et FALKNER P.H. « Detached Notes on Recruiting Duties », *op. cit.* et *Instructions for the physical Examination of Recruits*, p. 5 et 9. Pour la France, voir Ministère de la guerre, *Recrutement de l'armée : aptitude physique au service militaire*, Paris, H. Charles-Lavauzelle, 1916, p. 21.
[79] MACKAY Duncan Matheson, « Notes on the Functional examination of the ear by means of the voice », *The Medical Press and Circular*, 20 septembre, 1905.
[80] « Careful stethoscopic examination of lungs is made », War Office, *Instructions for the physical Examination of Recruits*, London, His Majesty's Stationery Office, 1912/1921, p. 8. Voir aussi DUPONCHEL Émile, *Traité de médecine légale, op. cit.*, p. 27 ; LEMOINE Georges, *La Tuberculose dans l'armée et dans la marine…, op.cit.*, p. 72.
[81] Sur la mesure de la pression artérielle, POSTEL-VINAY Nicolas, CORVOL Pierre, *Le Retour du Dr Knock. Essai sur le risque cardio-vasculaire*, Paris, Odile Jacob, 2000.
[82] HARTMANN Heinrich, *The Body Populace, op. cit.*, p. 77-79.

l'analyse de l'urine par bandelettes sont réclamés par les médecins mais rarement mis en pratique même si les conseils de révision français disposent d'une boîte d'instruments spéciaux leur permettant théoriquement de vérifier le taux d'albumine[83]. L'outillage technique de la sélection médicale évolue donc relativement peu au regard des progrès accomplis par l'exploration anatomique et l'enregistrement de l'intimité physico-chimique de l'organisme.

Sur l'image suivante, on peut ainsi voir les trois instruments les plus couramment utilisés par les experts britanniques :

Image 5 : Mesures des candidats

Source : Imperial War Museum[84]

La toise, cette barre graduée le long de laquelle on fait glisser un curseur, permet de mesurer la taille de la potentielle recrue qui se tient debout, pieds joints, poids sur l'arrière des pieds, talons,

[83] Ministère de la guerre, *Recrutement de l'armée : aptitude physique au service militaire*, Paris, H. Charles-Lavauzelle, 1916, p. 7 ; CROSTHWAIT W. S., « A plea for the examination of the urine of officers and recruits when joining the service », *JRAMC*, 1er février 1914, p. 204-205; ANTONY, LOISON, « Examen du cœur à la radioscopie au point de vue de l'aptitude au service militaire », *Archives de médecine et de pharmacie militaires*, 1903. Sur le développement de la radioscopie pour le dépistage de la tuberculose, PASVEER Bernike, *Shadows of knowledge: Making a representing practice in medicine: x-ray pictures and pulmonary tuberculosis, 1895-1930*, Den Haag, Amsterdam, CIP-Gegevens Koninklijke Bibliotheek, 1992.

[84] Imperial War Museum, Treaty Lodge, Hounslow, 8e bataillon, Régiment du Middlesex, Septembre 1917.

mollets et épaules au contact de la barre. La position couchée, un temps usitée, permettait d'éviter les tentatives de fraude, que l'individu cherche à s'augmenter en montant sur la pointe des pieds ou à se diminuer en pliant les genoux[85]. Mais allonger le candidat prenant trop de temps, la mesure debout s'est vue privilégiée. En France, la position allongée a en outre été jugée inconvenante et propice à des erreurs de mesure[86]. À droite de l'image, un second candidat, partiellement dévêtu, est pesé sur une bascule, dont la charge est manipulée par un militaire. Autour du cou de ce dernier, on distingue un ruban métrique, destiné à la mesure de la circonférence thoracique. Comme en France, les résultats des mensurations et des pesées, annoncés à haute voix, sont notés au fur et à mesure par des commis[87]. On en distingue un à l'arrière-plan, sur l'image suivante, où deux recrues subissent l'examen dans le collège londonien de Marylebone, transformé en bureau de recrutement :

[85] AITKEN William, *On the Growth of the Recruit and young soldier with a view to a judicious selection of growing lads for the Army, and a regulated system of training for recruits*, Londres, Macmillan and Co, 1887 [2e édition], cité par BEGGS Samuel, *The selection of the recruit op. cit.,* p. 19-20. Voir aussi, pour la France, DUPONCHEL Émile, *Traité de médecine légale militaire, op. cit*., p. 29

[86] ARON Jean-Paul, DUMONT Paul, LE ROY LADURIE Emmanuel, « Anthropologie du conscrit français d'après les comptes numériques et sommaires du recrutement de l'armée (1819-1826) », *Civilisations et sociétés*, Paris, Mouton, 1972, p. 217. Cette mesure est effectuée par un sous-officier ou un gendarme.

[87] DUPUY Henry, *Recherches comparatives sur l'aptitude physique des conscrits au service militaire dans les cantons de Captieux et de Villandraut*, Bazas, Imprimerie Constant, 1911. Voir annexe n° 64.

Image 6 : Mesure de la taille et du périmètre thoracique de deux candidats au bureau de recrutement de Marylebone (Londres)

Source : *Oxford History of the British Army*[88]

Les données statistiques pour les examens menés de la fin de l'année 1917 à la fin de la guerre donnent ainsi une taille moyenne pour les Britanniques déclarés aptes au service armé d'1m67 (5 *ft*. 6 *ins*), un poids de 59 kg (130 *lbs*.) et un tour de poitrine de 86 cm (34 *inches*)[89].

En France, l'emploi de la bascule est réglementaire depuis 1902 mais elle n'est pas systématiquement présente lors des séances du conseil de révision pour des raisons de coût et de temps[90]. Les médecins sont nombreux à le déplorer. Eugène Schwoebel, par exemple, s'en plaint en ces termes :

> Il serait très utile d'introduire une bascule dans la salle où siège le Conseil de révision ; la perte de temps serait inappréciable, car dans les cas difficiles et douteux on en perd beaucoup plus à

[88] SIMKINS Peter, « The Four Armies, 1914-1918 », in CHANDLER David, BECKETT Ian (dir.), *The Oxford history of the British Army*, Oxford, Oxford University Press, 2003, p. 244.
[89] Ministry of National service, *Report vol. I upon the Physical Examination of men of military age by National Service Medical Boards From November 1st 1917 – October 31st 1918*, 1919, p. 23.
[90] SHD, GR 9 NN 7/26, « Note pour le Ministre », Direction générale du personnel et du matériel, 1er mars 1877, Actes divers sur le recrutement 1870-1914, cité par HARTMANN Heinrich, *The Body Populace, op. cit.*, p. 77.

> disserter qu'il n'en faudrait pour lire un chiffre à la fois sur la romaine et sur le ruban métrique. C'est d'ailleurs l'avis de M. Yallin et de beaucoup d'autres hygiénistes militaires[91].

L'auteur de ces lignes, qui consacre sa thèse au rôle du poids dans la détermination de l'aptitude militaire, oppose ici deux conceptions de l'évaluation de la constitution du sujet. La première repose sur le regard subjectif du médecin, dont l'imprécision donne lieu à des « appréciations hasardées et irréfléchies[92] », et donc à l'incertitude et au conflit. La seconde s'appuie sur l'usage de « véritable[s] grandeur[s] mathématique[s][93] ». La rigueur du chiffre permettrait d'obtenir un résultat rapide et de diminuer l'incertitude. Cette insistance sur l'apport de la quantification à la procédure diagnostique procède d'un tournant épistémologique survenu à la fin du XIX^e^ siècle. S'imposent alors une nouvelle éthique scientifique de l'objectivité et un culte de l'impersonnalité. Afin de parvenir à l'exactitude qui doit caractériser la science, il s'agit désormais d'éradiquer la subjectivité du praticien. Cette dernière, porteuse d'imprécision et de parti-pris, peut affecter les résultats de l'examen. Les procédés empiriques sont ainsi dévalorisés au profit de la méthode et de la quantification[94].

La subjectivité doit laisser place à l'objectivité de la mesure. Le crédit accordé à l'évaluation par les sens connaît alors un certain déclin. Il laisse place à un certain engouement pour la science mathématique, produit de la nouvelle confiance dans les chiffres[95]. C'est ainsi que l'on peut interpréter les recherches de quantification de la constitution physique à l'aide d'indices de robusticité. Mais la quantification suscite de la part des experts français un mélange de fascination et de réticence. Elle suppose d'abord de pouvoir identifier grâce aux chiffres une limite nette entre normal et pathologique. Or, les médecins insistent sur la subtilité de l'entreprise diagnostique qui ne peut se résumer, pour certains d'entre eux, à une série de seuils. Pour Pierre Bonnette, « la biologie, malheureusement, ne se laisse pas enfermer dans une formule mathématique[96] ». C'est pourquoi certains médecins demeurent opposés à l'évaluation

---

[91] SCHOWEBEL Eugène, *Le poids et l'aptitude physique militaire*, thèse de médecine, Lyon, A. Rey, 1902, p. 74. Voir aussi Tartière, *De l'Aptitude des conscrits au service militaire déterminé par le poids du corps et la taille des hommes* ; Vallin, « Présentation d'ouvrages et de manuscrits imprimés », *Bulletin de l'Académie nationale de médecine*, Elsevier Masson, Séance du 28 octobre 1902, p. 331.
[92] SCHOWEBEL Eugène*, Le poids et l'aptitude, op. cit.,* p. 38.
[93] SCHOWEBEL Eugène*, Le poids et l'aptitude, op. cit.*, p. 35.
[94] DASTON Lorraine, GALISON Peter, *Objectivité*, Dijon, presses du réel, 2012, p. 218 [*Objectivity*, New York, Zone Books, 2007] ; PORTER Theodore, *La confiance dans les chiffres, op. cit.* ; PORTER Theodore, « Medical quantification: Science, Regulation and the State », in JORLAND Gérard, WEISZ George, OPINEL Annick (dir.), *Body Counts*, *op. cit*., p. 394-401.
[95] PORTER Theodore, *La confiance dans les chiffres, op. cit.*
[96] BONNETTE Pierre, *Du choix des conscrits*, *op. cit.*, p. 22.

arithmétique de l'aptitude. C'est le cas de Georges Lemoine pour lequel le « sens clinique » et « l'expérience » sont les « bases les plus solides [du] jugement[97] ».

L'objectivité du chiffre a en outre pour corollaire, dans une certaine mesure, « le renoncement au jugement de l'expert[98] ». L'évaluation par les nombres constitue une « base pour prendre des décisions sans avoir besoin de réelles connaissances[99] ». Les médecins se trouvent donc pris entre deux exigences contradictoires. Ils sont nombreux, d'une part, à reconnaître l'intérêt des indices, qui permettent rapidité et sûreté du jugement. Mais le calcul des coefficients, auquel chacun peut procéder sans avoir besoin d'une formation médicale, menace leur autorité au sein du conseil de révision. Lorsque les médecins sont convaincus des vertus des indices, leur présentation s'accompagne fréquemment d'une mise en garde et d'un rappel du caractère indispensable de l'expert médical. Pour Adrien Besson, pourtant fervent défenseur du coefficient de Pignet, celui-ci « ne peut être juge unique et primordial de l'aptitude physique normale ». Il n'a qu'une valeur d'aide et de contrôle :

> Le seul arbitre c'est toujours le médecin avec son sens clinique et ses connaissances scientifiques […].
>
> Quelque précieux que soit l'indice, il ne doit jamais constituer pour l'expert qu'un moyen de contrôle, une « preuve » pour ainsi dire de son examen médical, qu'il peut puissamment aider, mais jamais précéder. La science et le sens clinique du médecin expert doivent toujours rester, dans le champ si vaste de ces graves et difficiles responsabilités, les éléments fondamentaux de l'examen et de la décision[100].

Les médecins britanniques recommandent d'utiliser les tableaux d'équivalence d'âge et de mensurations corporelles avec une prudence tout à fait similaire : « le tableau d'équivalence ne doit être considéré que comme un guide de la décision de l'expert qui doit faire usage en toute circonstance de son jugement personnel pour déterminer l'aptitude générale du candidat à l'incorporation[101] ». Les médecins demeurent attachés à la défense des intérêts de leur profession.

---

[97] LEMOINE Georges, *Traité d'hygiène militaire*, *op. cit*, p. 16.
[98] PORTER Theodore, *La confiance dans les chiffres, op. cit*., p. xiv.
[99] *Ibid*, p. xv.
[100] *De l'Évaluation de l'aptitude physique, op. cit.,* p. 29 puis p. 63.
[101] « *this table is to be regarded as a guide only, and the medical examiner is to use his own judgment as to the general fitness of the man under examination* », War Office, *Instructions for the physical Examination of Recruits*, London, His Majesty's Stationery Office, 1912/1921, p. 6. Voir aussi, CAC, GEDD 4/7, *Revised general directions for the guidance of commissioners, deputy commissioners and members of medical boards*, HM Government publications, 1918, p. 10.

Sensibles au bouleversement épistémologique que représente l'émergence d'un nouvel idéal d'objectivité scientifique, les experts s'efforcent néanmoins de garantir l'impartialité de leur jugement par la formulation d'une méthode. La présence de règles rigoureuses et impersonnelles doit ainsi limiter l'expression de la subjectivité. En annulant les partis-pris de l'examinateur et les différences de jugement entre experts, on doit parvenir infailliblement à des conclusions valables[102]. Pour Émile Duponchel (1850-1891), professeur au Val-de-Grâce et auteur d'un manuel de référence sur la médecine légale et les opérations médicales du recrutement :

> Il faut aussi s'être préparé de longue date à l'examen des hommes, pratiqué à ce point de vue spécial de l'aptitude militaire, et avoir adopté une méthode. […] Il est essentiel de ne pas se départir de règles déterminées[103].

Les médecins insistent sur « la nécessité d'une méthode, toujours la même[104] », et « de jalons fixes, fondamentaux, qui constitueront en quelque sorte les guides permanents et indispensables [du] jugement[105] ». C'est ce qui explique l'abondance des écrits normatifs détaillant la procédure de l'examen médical de l'aptitude. Ces articles et manuels promeuvent une méthode reposant sur « une procédure précise et quasi-automatique », « condition indispensable de la réussite[106] ».

Les médecins sont en effet conscients de la faillibilité de leur jugement et de l'imprécision de leurs pratiques. Ainsi, lors de la prise de la mesure thoracique, « [e]ntre plusieurs opérateurs appréciant successivement la capacité vitale d'un même individu, il est bien rare que deux trouvent le même chiffre[107] » car il existe plusieurs manières de placer le ruban métrique. La mensuration peut être *bi-mammaire*, le ruban est placé juste au-dessous des mamelons ; *sous-pectorale*, le ruban est placé au-dessus de la saillie des pectoraux à quatre millimètres au-dessous des mamelons ; *sous-axillaire*, le ruban est placé sous les aisselles ; ou encore *scapulaire*, le ruban est placé à deux centimètres au-dessous de l'épine de l'omoplate[108]. En Grande-Bretagne, les médecins notent une mesure de référence, qui est celle de la

---

[102] PORTER Theodore, *La confiance dans les chiffres*, *op. cit.*, p. 5. Sur l'idée que traiter les gens de manière impersonnelle selon des normes objectives mène à la cohérence du jugement, GREENAWALT Kent, *Law and Objectivity*, Oxford University Press, 1995.
[103] *Traité de médecine légale militaire, op. cit.,* p. 27.
[104] *Traité de médecine légale militaire*, *op. cit.*, p. 31. Voir aussi « L'essentiel est d'opérer avec une méthode rigoureuse, toujours pareille », in *De l'évaluation de l'aptitude physique, op. cit*., p. 72.
[105] BESSON Adrien, *De l'Évaluation de l'aptitude physique op. cit.,* page 3.
[106] FALKNER P.H. « Detached Notes on Recruiting Duties – A Few Details for Junior Officers of the Corps », *JRAMC*, 1er avril 1914, p. 412-417, ici p. 412.
[107] BESSON Adrien, *De l'évaluation de l'aptitude physique*, op. cit., p. 17.
[108] SCHWOEBEL Eugène, *Le poids et l'aptitude physique militaire*, *op. cit*., 1902, p. 38-39; Besson, p. 19-21.

circonférence thoracique au maximum de l'inspiration mais prêtent aussi attention à l'écart entre cette mesure et celle prise à la fin de l'expiration[109]. Enfin, la position du candidat peut varier. En Italie, ses bras sont verticalement levés. En France et en Angleterre, la mesure est effectuée les bras naturellement pendant, afin que les muscles soient au relâchement complet[110]. Si des difficultés existent, reconnaissent les médecins, c'est bien « par la connaissance exacte de la méthode[111] » que le praticien doit les vaincre, « par un "entraînement" clinique suffisant[112] » et, enfin, par un matériel performant. La mesure ne peut s'effectuer qu'avec un « ruban métrique en bon état et très lisible ; les rubans usagés s'effritent de plusieurs millimètres et rien n'est plus défectueux que d'avoir des extrémités irrégulières et illisibles[113] ».

L'examen dynamique

Le dispositif de la sélection médicale des recrues régit donc le choix, l'usage des instruments et l'organisation du travail d'évaluation. Il mobilise également des technologies du corps. L'examen repose en effet sur une routine corporelle qui est à la fois celle du médecin, qui initie mouvements et déplacements, et celle de la recrue, qui les subit, ou les exécute. On a vu combien la gestuelle médicale faisait l'objet d'un savoir à la fois artisanal et mesuré. Les déplacements de l'examinateur sont, eux aussi, réglés. En Grande-Bretagne, le médecin doit faire lentement le tour de la recrue afin de l'examiner minutieusement. La distance propice à l'évaluation d'ensemble est également mentionnée[114]. Certaines postures sont évoquées. Pour vérifier les capacités auditives de la recrue, les experts britanniques doivent ainsi veiller à lui

[109] BEGGS Samuel Thomas, *The selection of the recruit*, *op. cit.,* p. 21.
[110] BESSON Adrien*, De l'Évaluation de l'aptitude physique, op. cit.*, page 17 ; War Office, *Instructions for Examination*, 1912/1921, p. 11 ; FALKNER P.H. « Detached Notes on Recruiting Duties – A Few Details for Junior Officers of the Corps », *JRAMC*, 1er avril 1914, p. 412-417 ; CAC, GEDD 4/7, *Revised general directions for the guidance of commissioners, deputy commissioners and members of medical boards*, HM Government publications, 1918, p. 10.
[111] BESSON Adrien*, De l'Évaluation* de l'aptitude physique, op. cit., p. 19.
[112] *Ibidem*.
[113] *Ibidem*.
[114] « *When not required to approach the recruit for special objects, the medical examiner should always take his place at a distance of about 6 feet from him* », War Office, *Instructions for the physical Examination of Recruits*, London, *op. cit.,* p. 6 et p. 7.

poser certaines questions en lui tournant le dos, afin de s'assurer que la compréhension ne découle pas de la lecture sur les lèvres[115].

Le corps de la recrue est soumis d'une manière particulière à la discipline de l'évaluation. Ses mouvements et déplacements doivent avant tout faciliter le travail de l'expert et ne pas gêner l'examen :

Image 7 : La discipline du corps de la recrue

Source : Imperial War Museum[116]

Lorsque ces mouvements sont sollicités par l'expert, il doit lever le pied, comme sur l'image, ou l'appuyer sur une chaise pour permettre l'inspection de ses membres inférieurs, lever les bras pour laisser passer le ruban métrique et faciliter l'inspection du tronc, les abaisser pour éviter de fausser la mesure, prendre une grande inspiration, tousser deux ou trois fois, montrer le dos et la paume de ses mains, agiter les doigts, les poignets, les avant-bras[117].

À cet égard, l'examen médical, tel qu'il est initialement conçu en Grande-Bretagne, est beaucoup plus dynamique que l'examen français qui mentionne peu de déplacements effectués par la recrue. Le volontaire doit ainsi traverser la pièce d'un pas rapide, sautiller sur un pied

[115] War Office, *Instructions for the physical Examination of Recruits*, *op. cit*., p. 9.
[116] « Medical Officer examining a recruit », Imperial War Museum image Q30062. Treaty Lodge, Hounslow, Quartier-général du 8e bataillon, Régiment du Middlesex, Septembre 1917.
[117] War Office, *Instructions for the physical Examination of Recruits*, *op. cit*., p. 7-8 ; DUPONCHEL Émile, *Traité de médecine légale militaire*, *op. cit.*, p. 27 ;

puis sur l'autre, mouliner des bras, s'agenouiller sur un genou, puis l'autre, puis les deux, ou encore toucher le sol de ses mains[118]. Ces mouvements sont destinés à se faire une idée plus précise des capacités du corps de la recrue, de son développement, de l'amplitude de ses mouvements et de l'état de ses articulations en lien avec la science de l'entraînement développée par l'armée[119]. Ils sont rendus possibles par le mode de recrutement d'avant-guerre. Le conseil de révision français, qui voit affluer l'intégralité d'une classe d'âge et doit procéder rapidement à leur examen, se contente d'un examen statique. En Grande-Bretagne, avant le conflit, les volontaires se présentent individuellement au bureau de recrutement, ce qui autorise un examen moins hâtif et donc plus mobile. Contrairement aux instructions françaises, les recommandations britanniques sont donc davantage organisées autour de la procédure de l'examen que de la nomenclature des affections. Plusieurs étapes de l'évaluation sont ainsi assorties de conseils destinés à mobiliser le corps du praticien mais aussi celui de la recrue. C'est le cas pour l'examen d'ensemble (paragraphe 18), pour celui du tronc (paragraphe 19), celui des membres supérieurs (paragraphe 20) et celui des membres inférieurs (paragraphe 21)[120].

3. La formation du jugement

La parole de la recrue, un pouvoir limité

L'examen clinique, qui consacre le primat de l'observation muette du corps, est au cœur de la procédure d'évaluation de l'aptitude. Mais pour formuler un jugement, l'expert se doit de prendre en compte d'autres éléments. En France, avant de procéder à l'examen, il demande à la recrue si elle a une maladie ou une infirmité à signaler. Si oui :

> Le médecin doit l'écouter avec la plus grande attention, quelle que puisse être la nature de sa déclaration ; il laisse son examiné s'exprimer librement, complètement et, après avoir présenté d'abord les certificats ou les pièces éventuelles au président, il en prend connaissance avec le plus grand soin. Ceci fait, et le dossier de réclamation bien clairement établi, l'expert divise son examen en deux parties[121].

---

[118] War Office, *Instructions for the physical Examination, op. cit*., p. 7-8 ; CAC, GEDD 4/7, *Revised general directions for the guidance of commissioners, op. cit.,* p. 11. Voir annexe n° 15.
[119] Sur la science de l'instruction militaire, on lira CAMPBELL James D., *« The Army isn't all work » Physical Culture and the Evolution of the British Army, 1860-1920*, Farham, Ashgate Pub. Co., 2012 ; FOX Aimée, *Learning to fight. Military Innovation and Change in the British Army, 1914–1918*, Cambridge University Press, 2017.
[120] War Office, *Instructions for the physical Examination of Recruits, op. cit*., p. 7-8.
[121] BESSON Adrien, *De l'Évaluation de l'aptitude physique, op. cit.*, p. 70-73. Voir aussi DUPONCHEL Emmanuel, *Traité de médecine légale militaire, op. cit.*, p. 29.

La première, commune à tous les examinés, est un examen d'ensemble. La seconde consiste en un examen détaillé de tous les motifs de réclamation, dans les cas où la recrue a déclaré avoir quelque chose à signaler. L'examen est donc théoriquement orienté par les déclarations de la recrue et par les indications des pièces qu'il présente.

La visite médicale inclut donc un moment d'échange entre l'expert et l'examiné :

> Dans un certain nombre de cas, les hommes examinés se plaignent de diminution ou de pertes de la vision sans présenter d'altérations appréciables des organes à l'examen objectif.
>
> La décision de l'expert est alors basée sur les renseignements fournis par une étude attentive des antécédents pathologiques de l'état général et, en particulier, du système nerveux […][122].

L'entretien, ou anamnèse, indispensable pour apprécier l'aptitude, a pour fonction de recueillir, auprès des sujets, des informations que ne peut révéler l'exploration clinique. Elle doit permettre de déterminer les antécédents familiaux et personnels qui facilitent le diagnostic de certains troubles. La recherche des antécédents personnels peut ainsi faciliter le diagnostic de troubles de la vision. Celle des antécédents familiaux vise notamment à détecter des risques de tuberculose dans une conception étiologique accordant une importance prépondérante à l'hérédité. Pour Georges Lemoine, on doit certes procéder à un examen attentif du corps de la recrue, mais « la recherche des tares familiales et personnelles a une importance prédominante[123] ». D'après ses observations, 68% des hommes ayant des antécédents familiaux de tuberculose en arrivant au régiment deviennent tuberculeux au cours de leur service[124]. Le diagnostic des troubles mentaux est lui aussi facilité par l'examen des antécédents. Victor Raymond, qui consacre en 1914 un article aux déséquilibrés dans l'armée, constate « des antécédents héréditaires ou personnels assez chargés[125] ».

Les experts doivent également s'adresser à la recrue pour diagnostiquer directement des troubles invisibles à l'examen physique, tels certains troubles mentaux ou les troubles de l'audition. P. H. Falkner décrit ainsi le début de l'examen type : dès que la recrue entre dans la pièce, « On lui dit de se dévêtir. Dès ce moment, la déficience des organes de l'audition devient apparente […] quelques questions posées à voix basses dispenseront l'examinateur de se donner

[122] GALTIER-BOISSIERE Émile, « Aptitude militaire » in *Larousse médical de guerre illustré*, Larousse, Paris, 1917, p. 12.
[123] LEMOINE Georges, *Traité d'hygiène militaire*, Paris, Masson, 1911, p. 20.
[124] LEMOINE Georges, *Académie de médecine*, mars 1903 ; LEMOINE Georges, « Rapport du développement de la tuberculose pulmonaire familiale ou acquise avant l'incorporation », *Archives de médecine militaire*, mars 1903 ; *Revue de la tuberculose*, juillet 1903.
[125] RAYMOND Victor, « Les déséquilibrés mentaux dans l'armée », *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, série 4, n° 22, Paris, Jean-Baptiste Baillière, 1914, p. 305-330, ici p. 320.

davantage de mal pour confirmer ce diagnostic[126] ». Des précautions doivent néanmoins être prises car « il n'est pas rare qu'une question simple ne soit pas suivie de réponse lorsque l'individu est stupide[127] ». Les médecins ont ensuite besoin de la parole de la recrue pour diagnostiquer un trouble invisible mais entraînant une douleur invalidante[128]. Les plaintes des sujets sont alors des éléments essentiels du diagnostic. Mais la démarche anatomo-pathologique, telle qu'elle est pratiquée par les experts du recrutement, a tendance à reléguer ces plaintes au second rang dans la hiérarchie des symptômes. En tant qu'éléments subjectifs, exprimés par le sujet lui-même, les plaintes s'opposent aux signes objectifs observés directement par le médecin. Le jugement ne dépend pas tant de ce que le malade éprouve, que des signes que le médecin repère. Cette démarche a tendance à faire disparaître l'homme malade, sa parole et sa biographie, de l'évaluation[129].

Les plaintes sont d'autant plus soumises à caution que les recrues sont considérées avec suspicion. Pour les médecins, la simulation est « l'une des principales difficultés auxquelles on se [heurte] dans la pratique de la médecine aux armées » où « un grand nombre de sujets s'efforcent de tromper la confiance des médecins[130] ». Selon Auckland Geddes, les opérations médicales du recrutement impliquent d'être « constamment sur ses gardes[131] ». L'expert doit alors « s'appuyer sur les résultats que lui apportent les procédés multiples destinés à déjouer les tentatives de simulation[132] ». Les médecins s'efforcent donc de mettre en place des procédures pour tenter de confondre les simulateurs[133]. La détection des maladies feintes par les conscrits en présence des conseils de révision ou de réforme constitue un enseignement à part entière de l'école d'application de médecine militaire du Val-de-Grâce depuis plusieurs décennies. En 1870, Edmond Boisseau, professeur agrégé, avait ainsi regroupé ses enseignements au sein d'un

---

[126] « *The recruit enters the room in his blue overall. He is told to remove it. Even now it is apparent that his hearing is defective – a point upon which there must be no compromise – and a few questions addressed to him in rather an undertone relieves the examiner from further effort* » in FALKNER P.H. « Detached Notes on Recruiting Duties – A Few Details for Junior Officers of the Corps », *JRAMC*, 1er avril 1914, p. 412-417, ici p. 213.

[127] « *Not infrequently a stupid individual fails to reply when a simple question is addressed to him* » in *Ibid*., p. 414.

[128] Sur la douleur, voir REY Roselyne, *Histoire de la douleur*, Paris, La Découverte, 1993 ; PETER Jean-Pierre, *De la douleur. Observations sur les attitudes de la médecine prémoderne envers la douleur*, Paris, Quai Voltaire, 1993.

[129] JEWSON N. D, « The disappearance of the sick man from medical cosmology, 1770-1870 », *Sociology*, vol. 10, 1976, p. 225-244 ; DODIER Nicolas, *L'expertise médicale. Essai de sociologie sur l'exercice du jugement*, Paris, Éditions Métailié, 1993, p. 121.

[130] DUPONCHEL Émile, *Traité de médecine légale militaire*, *op. cit*., p. 19.

[131] « *continually be on our guard against what one knows is a very small section of the population* » in NA, MH 47/144/4, Select Committee. Minutes of evidence n°1, 2 juillet 1917, A. C. Geddes, p. 6.

[132] GALTIER-BOISSIERE Émile, « Aptitude militaire » in *Larousse médical de guerre illustré*, *op. cit.*, p. 12.

[133] Voir dans le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques,* un exemple de techniques destinées à démasquer les conscrits simulant des contractures musculaires, t. 31, 1860, p. 106.

volume de référence, publié sous le titre *Des maladies simulées et des moyens de les reconnaître*[134]. Pendant le conflit, le discours médical invite à prendre en compte la spécificité du simulateur du temps de guerre. Pour la Société médico-psychologique en 1916 :

> L'homme à intelligence normale se rend compte qu'en temps de guerre, le sentiment de la compassion est un de ceux qui sont le plus hors de saison. Aussi se garde-t-il bien de rien faire qui puisse sembler un appel à l'apitoiement de ses semblables. S'il veut tromper un médecin, il vise à lui donner l'impression qu'il est inapte au service militaire. Il prend une apparence stoïque vis-à-vis d'une douleur malheureusement plus forte que lui. Il demande, il réclame son retour au front. Il a même l'air de vouloir dissimuler une maladie malencontreusement insurmontable[135].

Rien de plus difficile, semblent suggérer les psychiatres Maxime Laignel-Lavastine (1875-1953) et Paul Courbon (1879-1958), que de débusquer le simulateur du temps de guerre, qui se dissimule sous les apparences du patriote convaincu. Ces recommandations sont cependant inégalement prises en compte par les médecins qui sont loin d'être unanimes, certains insistant avant tout sur la rareté du phénomène : « l'expert ne doit pas se cacher que la simulation reste quand même relativement rare ; il faut rester en éveil mais ne pas tomber dans un état de permanente défiance qui incite à des erreurs graves de diagnostic », rappelle prudemment Paul Chavigny[136].

En Grande-Bretagne, l'Écossais John Collie (1860-1935) consacre trois ouvrages à la simulation entre 1912 et 1913[137]. La question intéresse certes les experts du recrutement mais aussi ceux des assurances et de la médecine du travail. Dans un article de 1916 consacré à l'examen du dos et publié dans un journal de médecine militaire, il s'intéresse à l'expression de la douleur :

> Les pires difficultés commencent lorsqu'il s'agit de déterminer si la douleur et la raideur dont on se plaint sont feintes ou réelles. Lorsque la colonne est atteinte, la Nature envoie un signal douloureux. Lorsque la douleur est là, raideur et rigidité musculaire suivent naturellement – un

---

[134] BOISSEAU Edmond, *Des maladies simulées et des moyens de les reconnaître,* JB Baillière et Fils, 1870. Voir aussi « Considérations sur les maladies simulées, dans l'armée en particulier » in *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, 2e série, t. XXXI, 1868.

[135] LAIGNEL-LAVASTINE Maxime, COURBON Paul, « De la simulation des troubles fonctionnels du système nerveux par les débiles mentaux », *Annales médico-psychologiques*, n°7, Paris, Masson, 1916, p. 516-517.

[136] CHAVIGNY Paul, « Psychiatrie aux armées », *Paris médical*, n° 19, 1916, p. 13. Sur la question des psychiatres face à la simulation des troubles mentaux et nerveux, voir DERRIEN Marie, « « La tête en capilotade ». Les soldats de la Grande Guerre internés dans les hôpitaux psychiatriques français », thèse de doctorat de l'université Lumière Lyon 2, 2015, p. 232-234.

[137] *Fraud and its Detection in Accident Insurance Claims*, 1912 ; *Malingering and feigned sickness*, Londres, E. Arnold, 1913 ; *The Psychology of the Fraudulent Mind*, 1913. Sur John Collie et l'influence de sa vision de la simulation pendant la Grande Guerre au sein du Ministère des pensions, on lira LEESE Peter, « Problems Returning Home: The British Psychological Casualties Of The Great War », *The Historical Journal*, vol. 40 (4), 1997, p.1055-1067. Voir aussi BASSETT Arthur, LLEWELLYN Jones, *Malingering, or, The simulation of disease*, Londres, William Heinemann, 1917.

> phénomène comparable à celui, bien connu, de la rigidité abdominale en cas d'appendicite. Il est donc tout à fait normal d'estimer qu'en l'absence de raideur et de rigidité, il n'existe pas de douleur et, en conséquence, pas de maladie[138].

L'expression d'une douleur sans signe physique visible ou palpable est donc d'emblée disqualifiée. Suit alors un catalogue de subterfuges destinés à démasquer les simulateurs – des plus simples au plus complexes – parfois sans qu'ils aient même conscience d'être examinés. Les ruses sont nombreuses ; on peut faire tomber un stylo dans l'espoir de voir l'individu se pencher prestement alors qu'il se plaignait de douleurs lombaires incoercibles ou encore lui demander à plusieurs reprises de désigner précisément le point douloureux afin qu'il finisse, dans son ignorance des finesses de l'anatomie, par indiquer deux endroits légèrement différents, révélant par là même la supercherie. En 1917, on enjoint les commissions médicales à surveiller leurs statistiques et à signaler d'éventuels pourcentages inhabituellement élevés d'exemption pour des affections faciles à contrefaire[139].

L'expression de la douleur, feinte ou réelle, par la recrue est aussi compliquée par le monopole exercé par les médecins sur le discours savant. Ce monopole pousse le corps médical à manifester un certain dédain pour la manière dont les recrues évoquent leurs symptômes. L'examiné se trouve ainsi dépossédé du pouvoir de dire sa maladie. « Dans la majorité des cas, souligne Émile Duponchel, les jeunes gens invoquent des maladies que l'on ne découvre pas ou qui ne sont pas de nature à motiver l'exemption[140] ». Ces « tentatives apparentes de supercherie » ne sont « bien souvent que des erreurs d'appréciation très permises à des sujets ignorants », précise-t-il, mais elles invitent à considérer avec suspicion les déclarations des jeunes gens. « Ne possédant ni la compétence, ni le langage, ni la distance professionnelle du médecin, le [sujet est] un intermédiaire nécessaire mais dangereux pour apprécier les symptômes à leur juste valeur[141] ». Le modèle de la sémiotique médicale permet de porter un diagnostic en se fondant sur des symptômes qui échappent au profane. L'expert demeure seul

---

[138] « *It is not easy to discover what is amiss, even when there exists an actual physical cause for the pain complained of, but our worst difficulties commence when we come to determine whether the stiffness and pain alleged are real of feigned. When disease exists in the spine Nature's warning is pain. When pain exists, stiffness and muscular rigidity naturally follow – similar to the well-known condition of abdominal rigidity in appendicitis. It is reasonable, therefore, to believe that if there is no stiffness, and no rigidity, there is no pain and consequently no actual disease.* », in *JRAMC*, 1er Décembre 1916, p. 704-719, ici p. 705.

[139] NA, NATS 1/866, p. 12 : « *Symptoms frequently counterfeited: Pulminary (sic)Tuberculosis, Disorders of the Heart, Suppurative Diseases of the Ear, Epilepsy, Diabetes, Bright's Disease and Skin Diseases* ».

[140] DUPONCHEL Émile, *Traité de médecine légale militaire, op. cit.*, p. 29.

[141] Sur cette question, voir DODIER Nicolas, « Les deux visages des plaintes », dans *L'expertise médicale. Essai de sociologie sur l'exercice du jugement*, Paris, Éditions Métailié, 1993, p. 121-163.

habilité à tenir un discours sur la maladie[142]. Enfin, la démarche médico-légale qui est celle de l'expertise du recrutement prive les déclarations des sujets de leur statut de preuve. La logique d'expertise est par définition inquisitrice, les plaintes visent donc tout au mieux à orienter l'examen clinique qui doit, lui, établir l'existence de l'affection évoquée. Le médecin cherche alors des traces ou des séquelles pouvant permettre de corroborer les affirmations de la recrue. Lui seul dispose du pouvoir de certifier la pathologie.

Témoignages et certificats

En parallèle des éléments anamnestiques, le médecin expert français ou britannique doit, pour établir sa décision, prendre en compte d'autres déclarations. En France, le sous-préfet d'arrondissement et le maire qui assiste parfois aux séances des conseils de révision peuvent « présenter des observations, fournir des indications sur l'identité des appelés, les infirmités de notoriété publique et même sur les présomptions de mutilation volontaire ». Les médecins se trouvent également confrontés aux éventuels certificats que la recrue a le droit de produire à l'appui de ses dires. En France, la présentation de certificats est strictement encadrée. La loi du 21 mars 1905 précise :

> Dans le mois qui suivra la publication des tableaux de recensement […], tout inscrit qui aurait à faire valoir des infirmités ou maladies pouvant le rendre impropre au service militaire, devra en faire la déclaration à la mairie de sa commune, en y joignant, pour constituer son dossier sanitaire, tous les certificats utiles. Il lui en sera délivré récépissé.
>
> À défaut de l'inscrit lui-même, la déclaration pourra être faite par ses ascendants, ses parents ou toute autre personne qualifiée.
>
> Cette déclaration sera, à l'expiration des délais, transmise par le maire à l'autorité compétente qui la comprendra, avec toutes les pièces s'y rapportant, dans le dossier de l'inscrit[143].

Il est fréquent que certaines affections, telles l'épilepsie, le diabète ou l'albuminurie, difficiles à diagnostiquer dans le temps contraint de l'examen, donnent lieu à déclaration[144]. Mais nombreux sont les individus qui n'entament pas les démarches nécessaires à l'établissement de leur dossier sanitaire. Dans le cas des troubles mentaux ou nerveux par exemple, le jeune

---

[142] LEONARD Jacques, *La médecine entre les pouvoirs et les savoirs : histoire intellectuelle et politique de la médecine française au XIXe siècle*, Paris, Aubier-Montaigne, Collection Historique, 1981.
[143] Loi du 21 mars 1905, titre II, chapitre 1er, article 10, *Bulletin des Lois de la République française*, Paris, Imprimerie nationale, t. 70, 1905, p. 1268.
[144] « Plusieurs maladies sont équivoques et ne peuvent se prouver que par une longue habitude de la société du réclamant, telles sont par exemple la myopie, la surdité, les maux d'estomac, l'asthme, l'épilepsie » in ARON Jean-Paul, DUMONT Paul, LE ROY LADURIE Emmanuel, *Anthropologie du conscrit français, op. cit.*, 1972, p. 29.

homme n'est pas toujours en état de procéder à la déclaration. Sa famille, par honte ou dans l'espoir que le séjour à l'armée lui fera du bien et leur enlèvera sa charge, ne signale souvent rien[145]. Le médecin militaire Jules Simonin (1864-1920), professeur de médecine légale et d'expertise au Val-de-Grâce, déplore ainsi :

> L'insuffisance incontestable des renseignements de notoriété que devraient légalement fournir la famille et les autorités municipales sur les conscrits à mentalité douteuse. Ce qui le prouve de la façon la plus démonstrative, c'est le résultat positif que donnent presque toujours à ce sujet les enquêtes ultérieures auxquelles procède la gendarmerie, après incorporation et sur la demande de l'autorité militaire[146].

Lorsqu'ils sont présentés par les recrues, les certificats sont inégalement pris en compte par les autorités médicales du recrutement[147]. Il est d'abord fréquent que les experts, contraint par la vitesse des opérations, n'aient pas le temps d'en prendre connaissance. Mais ces documents font également, de la part du corps des médecins militaires, l'objet d'une forte suspicion. En 1820, Pierre Moricheau-Beaupré conseillait non seulement de ne pas les lire mais encore de les « lacérer publiquement, car ces certificats étaient tous achetés, mendiés ou complaisamment délivrés[148] ». En 1890, la méfiance est toujours de mise. Léon du Cazal et Louis Catrin recommandent, eux, de les « déposer sur le bureau du conseil. Le président ou l'un des membres peut alors attirer l'attention du médecin qui, de cette façon, ne saurait être accusé de se laisser influencer par le signataire du certificat[149] ». La même année, Émile Duponchel se montre plus mesuré : « il ne convient pas d'afficher un dédain complet des certificats présentés ». En 1910, Pierre Bonnette leur accorde beaucoup plus d'importance :

> [Nous] estimons qu'il est de notre devoir de les lire tous, de tenir compte des indications fournies tout en les contrôlant par l'auscultation, la palpation, l'analyse sommaire des urines (albumine,

---

[145] DERRIEN Marie, « La tête en capilotade »…, *op. cit.*, p. 70.

[146] SIMONIN Jules, « Les débiles mentaux dans l'armée », *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, série 4, n° 17, Paris, Jean-Baptiste Baillière, 1912, p. 413. Sur l'enseignement de Jules Simonin, voir *Cours de législation générale de l'armée, professé à l'École d'application du Service de santé militaire*, Paris, Imprimerie de l'École d'application, 1909 ; *Médecine légale : Législation et service de santé : 1909-1911*, Paris, École d'application du service de santé militaire, 1911 ; *Cours de législation et administration, médecine légale et expertises, service de santé à l'intérieur et en campagne*, Paris, Imprimerie de l'École d'application, 1912 ; *École d'Application du Service de Santé Militaire. Val-De-Grâce. Conseils à un jeune aide-major*, Paris, Imprimerie de l'École d'application, 1912.

[147] Sur la difficulté des recrues atteintes de troubles mentaux à constituer des dossiers sanitaires attestant de leur infirmité, voir DERRIEN Marie, « Éliminer ou récupérer ? L'armée française face aux fous du début du *XX^e^* siècle à la Grande Guerre », *Le Mouvement Social*, vol. 253, n°4, 2015, p. 13-29.

[148] *Mémoire sur le choix des hommes propres au service militaire de l'armée de terre, et sur leur visite devant les conseils de révision ; présenté à son excellence Mgr le Marquis de Latour-Maubourg*, Paris, Anselin et Pochard, F. V. Guilleminet, 1820.

[149] *Médecine légale militaire*, Paris, Gauthier-Villars et fils, G. Masson, 1893.

> sucre etc.). En agissant ainsi, on fait preuve d'une bienveillante attention et l'on est mis, quelquefois, sur la piste d'un diagnostic obscur, qui s'affirme par un examen plus complet[150].

Qu'ils soient dédaignés, considérés avec suspicion ou soigneusement étudiés, les certificats n'ont donc pas valeur de preuve. Comme la parole de la recrue, ils ont vocation, dans le meilleur des cas, à orienter l'examen de l'expert qui reste seul juge de l'état de santé de la recrue[151]. « Si la lésion signalée a disparu ou est en voie de guérison, il [l'expert] ne doit pas hésiter à prononcer l'acceptation du conscrit[152] ».

Le député Adrien Gaudin de Villaine évoque la manière dont ces certificats sont écartés par les experts du conseil de révision :

> J'ai pu constater, malheureusement, avec quelle légèreté, parfois, les médecins statuaient sur les aptitudes physiques des conscrits soumis à leur examen. Trop souvent dédaignant de prendre connaissance ou de tenir compte des certificats délivrés par des médecins civils – les tenant pour certificats de complaisance –, ils s'en rapportent à leur seul diagnostic. Les apparences immédiates entrent ainsi seules en compte[153].

Les certificats, notamment ceux qui émanent de médecins civils, sont considérés avec méfiance du fait de la proximité et des rapports de clientélisme qui peuvent exister entre le soignant et sa patientèle[154]. En Angleterre, il arrive même que les certificats et l'historique médical des recrues ne soient pas remis aux commissions qui statuent en l'absence de ces documents, au grand dam des recrues[155]. Comme en France, lorsqu'ils sont effectivement transmis, ces certificats font l'objet d'une forte suspicion voire d'une franche hostilité de la part des commissions[156]. Soupçonnés d'être de complaisance, ils sont examinés dans une « atmosphère de perpétuelle circonspection[157] » selon les mots d'Auckland Geddes, directeur du recrutement. Celui-ci ne cache pas ses réticences à l'idée même qu'un certificat émanant d'un praticien civil puisse être

[150] BONNETTE Pierre, *Du choix des conscrits*, *op. cit.,* p. 38.
[151] Pour un exemple du rôle des certificats dans l'administration de la preuve à la veille de la guerre : « Certificat médical. Légèreté et imprudence du médecin », *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, série 4, n° 18, Paris, Jean-Baptiste Baillière, 1912, p. 182.
[152] BONNETTE Pierre, *Du choix des conscrits*, *op. cit.,* p. 39.
[153] Lettre ouverte au général commandant le 10e CA, 1904, citée par HALAIS Jérémie, *Des Normands sous l'uniforme, op. cit.*, p. 108.
[154] Sur la méfiance vis-à-vis des certificats civils, BONNETTE Pierre, *Du choix des conscrits*, *op. cit.,* p. 39. Pour l'évocation de certificats de complaisance et d'un certificat refusé par une commission de réforme française en 1915 au motif qu'il est établi par un médecin civil et non militaire, voir RIDEL Charles, *Les Embusqués*, Paris, Armand Colin, 2007, p. 221.
[155] Voir par exemple NA, MH 47 114/60.
[156] MCDERMOTT James, *British Military Service Tribunals, op. cit.,* p. 184.
[157] « *atmosphere of continual caution* » in NA, MH 47/144/4, Select Committee. Minutes of evidence n°1, 2 juillet 1917, A. C. Geddes, p. 6.

utilisé dans le cadre des opérations médicales du recrutement militaire[158]. À Northampton, plusieurs certificats médicaux sont rageusement rejetés par le médecin militaire Thomson, dont celui d'un conducteur de train de 25 ans, signalant qu'après plusieurs semaines d'hospitalisation, celui-ci était dans l'incapacité totale de reprendre le travail. « Ça suffit avec ces satanés certificats ! Je ne suis pas aveugle […]. Vous êtes A1[159] », tempête-t-il.

Ce dédain n'est pas sans funestes conséquences. En 1914, Lucien C. est mobilisé dans la marine française avant d'être rapidement réformé pour « débilité mentale ». Il dispose ainsi d'un certificat de réforme qui précise la sévérité des troubles dont il est atteint. Lorsqu'il est à nouveau convoqué en 1917, il est déclaré bon pour le service armé. Inquiète, sa mère écrit au médecin-major :

> J'ai l'honneur de m'adresser à vous à propos de mon fils qui a été pris dans la service armé malgré son certificat de réforme pour débilité mentale. Messieurs les majors qui l'ont passé en visite n'y auront pas attaché d'importance croyant qu'il pouvait faire son service car n'ayant pas d'ennuis, étant dans son état normal il tient une conversation. Mais nous craignons qu'il retombe dans l'état où il était à Toulon, où il a été réformé après deux mois à hôpital, on l'avait placé en observation où il avait voulu attenter à ses jours […][160].

L'examen n'ayant pas confirmé les troubles intermittents de Lucien C., les médecins choisissent d'ignorer le diagnostic du certificat, pourtant établi par des autorités militaires[161]. À peine mobilisé, Lucien est à nouveau réformé après avoir à nouveau tenté de mettre fin à ses jours et de s'enfuir en chemise dans la nuit.

Le défi de l'aptitude mentale

La parole de la recrue et la production de certificats apparaissent particulièrement importantes dans le cadre de l'évaluation de l'aptitude mentale. En France, les dispositions spécifiques pour éviter l'incorporation d'hommes atteints de troubles mentaux font l'objet de débats animés à la veille de la guerre[162]. Insistant sur les capacités mentales dont doit faire

---

[158] « Mr Cochrane – *Private practitioner's certificates, are you in favor of their continuance?* A.C. Geddes – *I think on the whole not.* » in NA, MH 47/144/4, Select Committee. Minutes of evidence n°1, 2 juillet 1917, A. C. Geddes, p. 14.

[159] « *Certificate be hanged; do you think I am blind?* » cité par MCDERMOTT James, *British Military Service Tribunals, op. cit.,* p. 186.

[160] Cité par GUILLEMAIN Hervé, TISON Stéphane, *Du front à l'asile. Expériences de la folie de la Grande Guerre aux années vingt*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes, 2013, p. 95-96.

[161] D'autant que la question de savoir si un retard mental constitue une inaptitude et doit justifier une réforme est très débattue. Je remercie Marie Derrien d'avoir attiré mon attention sur ce point.

[162] DERRIEN Marie, « Éliminer ou récupérer », *art. cit*., p. 13-29.

preuve le soldat, les spécialistes recommandent de procéder à la « vérification cérébrale » des conscrits[163]. Dans la pratique, les experts du recrutement font la différence entre le défaut d'intelligence et la folie, entre « arriérés » (« idiots » et « crétins ») et « aliénés » mais ne s'encombrent que très rarement de la nosographie des différents troubles mentaux, qui reste confuse y compris dans les milieux spécialisés. Le volume d'instructions officielles français de 1914 consacre un paragraphe à l'idiotie et au crétinisme et un à l'aliénation mentale, les trois étant déclarés incompatibles avec le service militaire[164]. Dans les comptes-rendus sur le recrutement français, les troubles mentaux ayant entraîné l'exemption sont classés dans les « maladies du système nerveux » qui range dans une même catégorie idiotie et crétinisme ou encore aliénation mentale et paralysie générale :

Tableau 7 : Maladies du système nerveux ayant donné lieu à l'exemption

Idiotie, crétinisme
Aliénation mentale et paralysie générale
Épilepsie
Chorée, convulsions
Paralysie d'un ou de plusieurs membres
Bégaiement
Autre maladie du système nerveux

Source : *Comptes-rendus sur le recrutement*

En Grande-Bretagne, les défauts d'intelligence et l' « instabilité nerveuse » sont rangés dans la même catégorie[165]. La simplification du diagnostic a une visée pratique, elle tend à faciliter le travail de l'institution en ne considérant que le critère de compatibilité entre les infirmités décelées et les exigences du service.

Pour le Britannique Samuel Beggs, il est nécessaire d'évaluer l'intelligence de la recrue :

[163] Voir par exemple ANTHEAUME André, MIGNOT Roger, *Les maladies mentales dans l'armée française*, Paris, H. Delarue et Cie, 1909, ou REGIS Emmanuel, *Précis de psychiatrie*, Paris, Doin, 1914 [5e édition].
[164] Ministère de la guerre, *Recrutement de l'armée : instruction sur l'aptitude physique, op. cit.,*1914, p. 16.
[165] À la même époque, la loi de 1913 évoque déjà une différence entre « faiblesse d'esprit » et « idiotie » et « imbécillité ». Voir JACKSON Mark, « Institutional provision for the feeble-minded in Edwardian England », in DIGBY Anne, WRIGHT David, *From idiocy to mental deficiency: historical perspectives on people with learning disabilities,* 1996.

> L'aptitude mentale peut être déterminée en constatant des caractéristiques mentales telles que la capacité d'observation ; le sens de la perception ; la rapidité de compréhension et son étendue, c'est-à-dire la capacité à appréhender des relations complexes et une multiplicité de détails ; la capacité de concentration et d'attention, qui peut être évaluée en examinant la facilité avec laquelle le sujet peut être distrait de la tâche qu'il accomplit ; la capacité à maintenir sa concentration (c'est-à-dire la persévérance ou la concentration répétée de son attention sur une tâche donnée) la mémorisation ; l'inventivité ; l'aptitude au raisonnement ; la confiance en soi ; le sérieux ; le souci du travail bien fait ; l'énergie dédiée aux tâches intellectuelles etc[166].

Pour déterminer la présence de ces qualités absconses, Samuel Beggs liste un certain nombre de signes concrets à repérer. En parallèle des stigmates physiques (maladresse, agitation, expression fixe et vide, rictus ou sourire persistant, malformation du crâne, de l'oreille, du palais, irrégularité des traits), il évoque certains signes qui ne peuvent s'apprécier qu'au cours d'un échange avec la recrue (défaut d'élocution, bégaiement, incapacité à répondre à une question, lenteur de la réflexion, difficulté à imiter une action ou suivre une instruction, surdité) et d'autres qui ne sont manifestement observables qu'avec un examen poussé de ses capacités, notamment ceux qui ont trait à l'aptitude pédagogique (illettrisme, profonde ignorance de faits notoirement connus, incapacité à apprendre). On retrouve là les éléments d'évaluation de l'intelligence pratiquée dans d'autres contextes, notamment celui de l'enseignement[167]. L'absence de parole était déjà un signe de déficience de l'intelligence pour l'aliéniste français Jean-Étienne Esquirol (1772-1840), le degré d'attention un critère nosographique majeur de l'arriération pour son disciple Paul Sollier (1861-1933).

Contrairement à l'examen physique, l'évaluation mentale de l'aptitude militaire ne fait pas l'objet d'une procédure formalisée. Il existe pourtant des techniques de dépistage des troubles mentaux qui ont commencé à s'uniformiser dès le début du XIX^e^ siècle[168]. Des tests d'intelligence standardisés commencent d'ailleurs à se répandre dès 1910 en institutions spécialisées mais aussi, dès 1917, dans l'armée américaine[169]. À un âge de circulation très

---

[166] « *Mental capacity is determined by noting mental characters, such as – Powers of observation or sense of perception; quickness of apprehension; scope of apprehension – that is, the capacity for apprehending complex relations and multiplicity of detail; power of concentration of attention, which may be measured by noting the readiness with which attention is drawn off from the task in hand; capacity for sustained application (that is, perseverance or repeated concentration of attention upon a given task; retentiveness of memory; inventiveness; power of reasoning; confidence in oneself; conscientiousness; industriousness, energy for mental work, etc.* » in BEGGS Samuel Thomas, *The selection of the recruit*, *op. cit.*, p. 22.

[167] HOFFBECK Valentine, « De l'arriéré au malade héréditaire », *op. cit.*, p. 263-280.

[168] GUIGNARD Laurence, *Juger la folie. La folie criminelle devant les Assises au XIX^e^*, Paris, PUF, 2010 ; MAJERUS Benoît, *Parmi les fous, une histoire sociale de la psychiatrie au XX^e^ siècle*, Rennes, PUR, 2013 ; SUTHERLAND Gilian, *Ability, Merit and Measurement: Mental Testing and English Education 1880-1914*, Oxford, Clarendon Press, 1984.

[169] CARROY Jacqueline, OHAYON Annick, PLAS Régine, *Histoire de la psychologie en France, XIX^e^ – XX^e^ siècles*, La Découverte, 2006 ; PINELL Patrice, « L'invention de l'échelle métrique de l'intelligence », *Actes de la*

rapide des idées scientifiques, l'adoption de ces tests est discutée et fait l'objet de quelques tentatives en France, avant d'être abandonnée[170]. En Angleterre, l'accent est davantage mis sur la réforme des individus atteints de troubles mentaux plutôt que sur leur détection au moment du recrutement[171].

L'Instruction française préconise de compléter l'examen somatique par un examen psychique mais ces affections sont des infirmités que les médecins militaires ont du mal à diagnostiquer. Comme le souligne Marie Derrien, leur formation est limitée :

> Depuis 1906, la formation des élèves de l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce, des écoles du Service de santé aux armées de Lyon et de Bordeaux est certes complétée par des conférences de psychiatrie dispensées par des aliénistes. Un stage pratique n'est cependant obligatoire pour les futurs médecins de l'armée qu'à Lyon, où ceux-ci pratiquent la psychiatrie durant six mois à l'asile de Bron. En conséquence, une fois sur le terrain, il n'est pas rare que ces médecins militaires soient contraints de faire appel à des psychiatres des asiles civils pour les assister face aux cas difficiles. Dotés de connaissances rudimentaires, n'ayant souvent jamais été confrontés à un patient, les médecins de l'armée sont en fait loin de pouvoir assumer un rôle d'expert auprès des conseils de révision, des commissions de réforme ou des tribunaux militaires[172].

De nouvelles dispositions sont prises à la veille de la guerre mais elles n'ont pas le temps d'être appliquées[173]. Elles font en outre l'objet de « réticences persistantes de l'armée de terre à prendre en compte la question de l'aliénation mentale chez les militaires[174] ». Le retard français en la matière apparaît particulièrement net face au développement de la psychiatrie militaire en Allemagne où, à la même époque, tous les médecins militaires suivent un stage de maladie mentales et où les établissements spécialisés communiquent aux instances du recrutement la liste des individus traités dans leurs services[175]. La sélection par exclusion des individus atteints

---

recherche en sciences sociales, vol. 108, n°1, 1995 ; YOAKUM Clarence, YERKES Robert, *Army Mental Tests*, NY, H. Holt, 1920 ; Sur ces tests et les limites de leur interprétation : GOULD Stephen Jay, *La mal mesure de l'homme*, Odile Jacob, 1997. Sur la circulation internationale des idées psychiatriques ROELCKE Volker, WEINDLING Paul, WESTWOOD Louise (dir.), *International Relations in psychiatry*, *Britain, Germany, and the United States to World War II*, Rochester, New York, University of Rochester Press, 2010.

[170] SIMONIN Jules, « Essai des tests psychiques scolaires pour apprécier l'aptitude intellectuelle au service militaire », *Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française*, *XIX^e session*, *op. cit.*, p. 244.

[171] WESSELY Simon, JONES Edgar, « The Origins of British Military Psychiatry Before the First World War », *War and Society*, vol. 19, n° 2, 2001, p. 91-108.

[172] DERRIEN Marie, « Éliminer ou récupérer ? », *art. cit.*

[173] CHAVIGNY Paul, « Le problème de l'organisation du service de la médecine légale aux armées. Ce qui a été fait à ce sujet dans les diverses armées en campagne pendant la guerre 1914-1918 », *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, n° 32, 1919, p. 257-267.

[174] DERRIEN Marie, « Éliminer ou récupérer ? », *art. cit*

[175] Sur la psychiatrie militaire en Allemagne, voir LENGWILER Martin, « Psychiatry Beyond the Asylum: The Origins of German Military Psychiatry Before World War I », *History of Psychiatry*, vol. 14, n° 1, 2003, p. 41-62.

de troubles mentaux reste sommaire, d'autant qu'est constamment agitée la question de la compatibilité des certains troubles mentaux avec le service.

II. « Ce n'est pas être consciencieux que d'émettre des avis ambigus » : aléas de la décision médicale

L'examen médical doit déboucher sur un diagnostic formulé par l'expert. Dans les conditions contraintes de l'évaluation, la formulation du jugement n'est pas chose aisée. En conséquence, la sélection effectuée au conseil de révision ou au bureau de recrutement est imparfaite et doit se raffiner à l'arrivée au corps, voire tout au long du service.

1. Difficulté du jugement

Les mécanismes de la prise de décision concernant l'aptitude des sujets posent un certain nombre de problèmes parmi lesquels la difficulté du diagnostic de certaines affections. Les médecins estiment alors un potentiel davantage que la capacité des individus à rejoindre l'armée sans dommages.

L'incertitude du diagnostic

Après l'examen approfondi des différentes sections de l'organisme, le médecin doit procéder à l'énoncé d'un verdict concernant l'état du sujet, c'est-à-dire d'une décision fondée sur l'inspection du cas. « Il n'est pas de problème parfois plus délicat que celui de la détermination de la valeur physiologique de l'individu[176] » déplorent constamment les experts. La difficulté de l'évaluation de l'aptitude revient tel un leitmotiv dans les textes qui évoquent la sélection. On mentionne « le problème sans cesse agité, ardu, de la fixation du degré d'aptitude au service militaire[177] », « la question, si obscure, de la validité des jeunes sujets[178] ». L'expertise médicale apparaît comme une activité profondément marquée par le doute[179]. En

[176] BESSON Adrien, *De l'Évaluation de l'aptitude, op. cit.*, page 3.
[177] DELORME, *Bulletin de l'Académie nationale de médecine*, Paris, J.C. Baillière, Masson, 1904, p. 552.
[178] KELSCH Achille, BOINON M., « Note sur le diagnostic précoce des affections tuberculeuses du thorax par le radioscope », *Bulletin de l'Académie nationale de médecine*, n°51, 3e série, tome XXXVIII, Paris, J.C. Baillière, Masson, 1897, p. 689.
[179] Pour des considérations sur le doute dans les expertises médicales en milieu judiciaire, voir VIET Vincent*, La santé en guerre, 1914-1918. Une politique pionnière en univers incertain,* Paris, Presses de Sciences Po, 2015*,* p. 314.

tant que discipline indicielle et conjecturale, la médecine aboutit en effet à des résultats individuels qui comportent une irréductible marge d'incertitude[180].

L'examen clinique suppose, nous l'avons vu, le morcellement de l'organisme inspecté par sections. La formulation d'un jugement repose donc sur un paradigme de l'indice qu'il faut savoir déchiffrer pour y identifier un ou plusieurs symptômes qui signales une pathologie spécifique[181] :

> La diminution du murmure vésiculaire sous la clavicule droite est un symptôme. Mais seul, il doit indiquer une surveillance et non un diagnostic, et il devient signe de tuberculose lorsqu'existent ces symptômes associés […], anorexie, amaigrissement, *fébricule**…[182]

Pour formuler une décision, l'expert doit donc procéder à une opération complexe. Il doit désingulariser chaque segment anatomique observé, rassembler les signes dispersés sur l'organisme pour reconstituer une image complète du sujet et l'associer un à diagnostic. Il faut ensuite placer ce sujet sur l'échelle de l'aptitude, et le diriger vers la catégorie la plus conforme à ses capacités. Or, outre « l'incertitude des signes[183] », la maladie revêt des caractères différents chez chaque individu. Le pouvoir de placer l'individu dans une catégorie pathologique donnée comporte donc une part importante de conjecture. En Grande-Bretagne, en outre, l'évaluation est compliquée par l'absence de définition standardisée de l'inaptitude jusqu'en mars 1915, ce qui conduit le *War Office* à émettre des instructions contradictoires préjudiciables à l'harmonisation des décisions[184].

La question de la bonne santé apparente du sujet occupe particulièrement les écrits des experts. Elle renvoie notamment à la difficulté de diagnostic de la tuberculose qui fait planer sur la troupe le risque de la contagion[185]. Dès 1874, Georges Morache soulignait :

> On a adressé maintes fois des reproches aux conseils de révision, au sujet d'individus acceptés puis réformés quelques mois après leur incorporation pour des infirmités antérieurs aux opérations des conseils ; mais personne n'ignore qu'il est certaines maladies, la phtisie en

[180] GINZBURG Carlo, « Signes, traces, pistes », *Le Débat*, n°6, 1980, p. 3-44.
[181] Sur le paradigme sémiotique ou indiciel de la médecine, on lira GINZBURG Carlo, « Signes, traces, pistes », *Le Débat*, n°6, 1980, p. 3-44.
* Petite fièvre, légère augmentation de la température.
[182] LEMOINE Georges, *La Tuberculose dans l'armée et dans la marine…, op.cit.*, p. 77.
[183] LEMOINE Georges, *La Tuberculose dans l'armée et dans la marine…, op. cit.,* p. 109.
[184] IMW, 66/142/1, Captain B.A. West, cité par SILBEY David, *art. cit.*; MACPHERSON William, *History of the Great War*, *op. cit*., p. 120.
[185] RASMUSSEN Anne, « Expérimenter la santé des grands nombres : les hygiénistes militaires et l'armée française, 1850-1914 », *Le Mouvement Social*, vol. 257, n°4, 2016, p. 71-91, p. 71-91.

> particulier, dont les débuts dont quelquefois si insidieux et si lents qu'il est souvent difficile de les reconnaître alors que déjà des lésions, légères peut-être mais réelles, se sont développées[186].

Ce constat est repris dans tous les textes ultérieurs. Le candidat apporte « souvent au conseil de révision des lésions rudimentaires que la profondeur de leur situation et l'exiguïté de leur étendue dissimulent à l'investigation la plus scrupuleuse[187] ». Les médecins ont ensuite tendance à se perdre dans les ramifications nosographiques de la tuberculose, ce « le mal aux 1 000 formes[188] », tuberculose « ouverte » ou « fermée », « évolutive », « fausse tuberculose », des « tuberculose latentes » ou « bronchite suspecte »[189]. D'autres affections apparaissent particulièrement difficiles à diagnostiquer. Ainsi en est-il de tout ce qui touche au cœur, organe qui :

> […] se présente aussi au conseil avec ses tares latentes, ses brèches momentanément insaisissables. Ce sont ces foyers discrets de myocardites ou d'aortite anciennes, reliquat d'une maladie infectieuse subie dans un passé plus ou moins ancien, ou encore de simples névroses, soit héréditaires, soit acquises, qui amoindrissent sa résistance et le mettent en état d'imminence morbide. Ce serait se montrer bien exigeant que de demander à l'expert du conseil de déceler séance tenante ces lésions sans signe objectif et sans trouble fonctionnel apparent.
>
> Telles qu'elles sont, elles […] sont mêmes restées compatibles avec l'accomplissement des obligations professionnelles antérieures à l'incorporation. Mais les dures nécessités de la vie militaire vont changer cet état de choses fait pour tromper et le malade et le médecin[190].

La difficulté du diagnostic est accrue par les conditions de l'examen qui requiert une rapidité d'évaluation peu propice à la complexité de certaines pathologies. L'armée apparaît en outre comme un milieu spécifique au sein duquel la recrue se trouve à la fois soumise à des exigences particulièrement harassantes et exposée à un environnement délétère propice à la contamination, au développement voire à l'éclosion de pathologies dormantes.

Enfin les troubles mentaux présentent des difficultés spécifiques. L'hétérogénéité des maladies et les contraintes de l'examen font écran à la formulation d'un diagnostic ferme et définitif. Victor Raymond souligne ainsi le caractère ardu de l'évaluation des déséquilibrés :

---

[186] MORACHE Georges, *Traité d'hygiène militaire*, Paris, Baillière, 1874, p. 55.
[187] *Bulletin de l'Académie nationale de médecine*, n°30, 3e série, tome XLVI, Paris, J.C. Baillière, Masson, 1901, p. 277.
[188] Extrait du discours de Léon Bourgeois au Congrès national de la tuberculose à Lyon, 15-17 juin 1914, cité par HENRY Stéphane, *Vaincre la tuberculose (1879-1939) : la Normandie en proie à la peste blanche*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2013, p. 111.
[189] DARMON Pierre, « La Grande Guerre des soldats tuberculeux. Hôpitaux et stations sanitaires », *Annales de démographie historique*, 2002/1, n° 103, p. 35-50.
[190] *Bulletin de l'Académie nationale de médecine*, n°30, 3e série, tome XLVI, Paris, J.C. Baillière, Masson, 1901, p. 277-278.

> Nous venons de voir combien il est difficile d'apprécier l'aptitude militaire d'un déséquilibré, ayant séjourné un certain temps dans l'armée. Il sera bien plus malaisé encore de se prononcer à ce sujet au conseil de révision ou au bureau de recrutement, lorsqu'on a à examiner un conscrit ou un engagé […].
>
> Ce n'est qu'à l'usage et parfois assez tardivement qu'apparaissent les réactions caractéristiques […]. Il est bien difficile, enfin, de savoir, même après un examen approfondi, comment se comportera un déséquilibré dans le milieu militaire[191]

Il est ainsi de « petits malades, de petits infirmes qu'il est difficile de différencier des individus sains », d'autant que les signes visibles, « tares somatiques ou stigmates physiques » constituent pour nombre de praticiens une question « trop vaste et trop complexe[192] » pour être résolue dans le cadre d'un examen d'aptitude aux ressources limitées. Pour le médecin-major Haury :

> Bien souvent, des individus atteints de tares cérébrales, et même de troubles mentaux avérés, avaient pu n'être reconnus comme de véritables malades qu'après une série de tribulations aussi préjudiciable au maintien de la discipline générale qu'au pronostic même des accidents dont ils étaient porteurs[193].

La constatation des troubles peut donc intervenir tardivement. En ce qui concerne l'aptitude, souligne Adrien Besson, « Il ne peut donc être question de certitude absolue, dans le sens vraiment scientifique du mot, mais bien d'une approximation telle qu'elle permette de porter un jugement offrant toutes les garanties nécessaires[194] ».

Pour Auckland Geddes en 1917 :

> Il existe de très nombreux cas pour lesquels la décision des commissions médicales est extrêmement difficile. Pour un nombre non négligeable d'entre eux, des analyses doivent être pratiquées, pour d'autres, un examen approfondi doit être mené dans un établissement particulier, tel l'hôpital spécialisé en cardiologie de Londres. Dans certains cas, les commissions envoient des cas dont elles ne parviennent pas du tout à déterminer le degré d'aptitude. C'est pour toutes ces raisons, et pour éviter qu'une éventuelle maladie infectieuse se répande, que l'examen d'une part par ailleurs tout à fait négligeable des recrues est différé[195].

---

[191] RAYMOND Victor, « Les déséquilibrés mentaux dans l'armée », *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, série 4, n° 22, Paris, Jean-Baptiste Baillière, 1914, p. 305-330, ici p. 329-330.
[192] *Ibid.,* p. 320.
[193] « Revue des livres : Les anormaux et les malades mentaux au régiment », in *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, série 4, n° 19, Paris, Jean-Baptiste Baillière, 1913, p. 303-304 ; HAURY Gaston, *Les anormaux et les malades mentaux au régiment*, Paris, Masson, 1913.
[194] BESSON Adrien, *De l'Évaluation de l'aptitude physique, op. cit*.
[195] « *There are a large number of cases which are extremely difficult ones for the Boards to decide. A good many of them require chemical analysis, and other require possible examination at such a special hospital as the Heart Hospital, in London, and we have cases sent up by the Boards where the Board has any doubt whether the man is fit to serve or not. It is partly for that and partly to avoid an infectious disease if it happens to be developing and*

Le jugement d'un certain nombre de cas est effectivement différé afin qu'un examen plus approfondi puisse être mené. En France, c'est le cas pour « les jeunes gens sur l'aptitude desquels l'expert médical ou le conseil de révision n'auront pas cru devoir se prononcer sans un examen complémentaire, ceux notamment pour lesquels l'intégrité des appareils respiratoires et circulatoires et spéciaux leur paraîtra devoir être confirmé par une exploration clinique faite dans les conditions de calme et de silence voulues[196] ». L'expert peut également demander à ce que soit pratiquée une enquête de gendarmerie. Avant la guerre, l'examen est confié à une commission médicale militaire composée de trois médecins militaires du grade de médecin-major de 1ère classe au moins et autant que possible du service hospitalier[197]. Dès 1914, cette commission est abolie et les « cas douteux » sont examinés en fin de séance du conseil de révision ou à l'hôpital où ils peuvent être placés en observation. De même, l'action de la commission spéciale de réforme qui devait confirmer ajournés et exemptés dans leur état est supprimée, les décisions du conseil de révision y gagnent le statut de sentence définitive. En l'absence de sources plus précises, il est difficile de se faire une idée de la fréquence de ces examens différés. Il est cependant possible d'émettre l'hypothèse qu'ils sont rares et que leur occurrence diminue encore avec l'entrée en guerre et la pression exercée par l'état-major sur le rendement de la sélection.

La nécessaire progressivité de la sélection

Le caractère nécessairement inabouti de l'examen pratiqué au conseil de révision, au bureau de recrutement ou au sein des commissions médicales est reconnu. La visite est qualifiée de « simple filtre dégrossisseur, incapable de retenir dans ses pores tous les éléments inférieurs[198] ». Ce « triage encore imparfait et qu'il sera nécessaire d'affiner plus tard[199] » implique donc que la sélection se poursuive une fois la qualité de militaire acquise. Dans les deux pays, le premier examen médical est complété par une visite, appelée visite

there is a certain small percentage, a very trifling percentage, whose examination is deferred » in NA, MH 47/144/4, Select Committee. Minutes of evidence n°1, 2 juillet 1917, A. C. Geddes, p. 11.

[196] SHD, GR 9 NN 7/1102, Lois de 1913, p. 3-4.

[197] Le grade de médecin major de 1ère classe est l'équivalent du grade de commandant. Voir l'annexe « équivalence des grades de l'armée française ».

[198] LEMOINE Gustave, *Traité d'hygiène, op. cit*., p. 3. Voir aussi DUPONCHEL Émile, *Traité de médecine légale militaire*, Paris, Octave Doin, 1890, p. 22. C'est aussi le cas en Angleterre, y compris pour l'examen des cadets, voir BOWMAN Timothy, CONNELLY Mark, *The Edwardian Army. Recruiting, Training and Deploying the British Army, 1902-1914*, Oxford, 2002, p. 22-23.

[199] DUPONCHEL Émile, *Traité de médecine légale militaire*, *op. cit*, p. 23

d'incorporation en France, effectuée à l'arrivée dans le corps de troupe[200]. En Grande-Bretagne, dès 1915, les tribunaux d'appel peuvent également réviser la sentence des commissions médicales du recrutement. En France, l'idée d'un « conseil de révision d'appel », évoquée en février 1914, est écartée au profit du rôle réaffirmé de la visite d'incorporation et de l'action des commissions de réformes, autant d'instances qui peuvent « faire la révision des erreurs qui ont été commises[201] ».

Les militaires se trouvant dans l'incapacité de poursuivre le service peuvent en effet être examinés par une commission de réforme qui statue sur leur aptitude et décide, le cas échéant, de les exclure de l'armée. Le corps médical procède ainsi à « l'élimination progressive des faibles non susceptibles de s'améliorer au cours du service[202] ». Dès l'incorporation, les recrues sont soumises au test de leur condition physique. En leur faisant, par exemple, creuser des tranchées, les militaires chargés de l'entraînement des nouveaux arrivants ont à la fois l'occasion de dispenser une leçon tactique et de s'assurer de l'aptitude physique des nouvelles recrues[203]. Percy Lelean, professeur d'hygiène au *Royal Army Medical College*, reconnaît en 1917 que certaines dispositions psychologiques au port des armes ne peuvent devenir visibles qu'au moment de l'entraînement :

> L'inaptitude comprend deux dimensions : la dimension physique et la dimension psychologique. Il est évident qu'un homme reconnu inapte, que ce soit pour des raisons physiques ou psychologiques, doit être tenu écarté du rang. Le médecin chargé de l'examen est principalement chargé de déterminer son aptitude physique ; l'officier chargé de l'entraînement doit considérer son aptitude physique mais aussi mentale au port des armes. Bien souvent, une recrue physiquement apte ne réunit pas les conditions mentales de son développement en bon soldat[204].

Certains inaptes, notamment les malades mentaux, « ne peuvent être détectés que par une collaboration à la fois bien franche et très fructueuse du médecin militaire et de l'officier de troupe[205] ». Pour Georges Lemoine, « ce n'est qu'au bout de trois à six mois que le triage pourra

---

[200] *Ibid*, p. 22 ; Ministère de la guerre, *Recrutement de l'armée : aptitude physique au service militaire*, *op. cit.,* 1916, p. 7.
[201] SHD, GR 9NN 7/103, Commission Supérieure de consultation d'hygiène et d'épidémie militaire (séance du 3 février 1914). Exécution de la loi du 7 août 1913.
[202] LEMOINE Georges, *Traité d'hygiène militaire*, *op. cit.,* p. 3.
[203] CAMPBELL James D., *« The Army isn't all work »*, *op. cit.*, p. 146.
[204] *« There are two aspects of unfitness – the physical and the psychological. With regard to the former, we are all agreed that if a man be unfit physically or psychologically, there is no question about him being rejected. The medical officer examining a recruit is mainly concerned with his physical fitness; the combatant officer to whom he is passed for training also has to consider his mental and moral qualities. In many cases a man physically fit is mentally unfit for development into a useful soldier* » in LELEAN Percy S., *Sanitation in War*, Londres, J.&A. Churchill, 1915, p. 3. Voir annexe n° 3.
[205] « Les anormaux et les malades mentaux au régiment », in *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, série 4, n° 19, Paris, Jean-Baptiste Baillière, 1913, p. 304.

être considéré comme complètement achevé[206] ». La sélection se fait donc en trois temps, au moment du conseil de révision, au moment de la visite d'incorporation, puis, au cours des six premiers mois du service lui-même, qui constituent l'ultime et indispensable test de l'aptitude. Ce test permet notamment d'incorporer « certains faibles » pour lesquels « la vie régimentaire est un élément thérapeutique » et des cas « suspects » présentant des antécédents familiaux ou personnels mais qui ne présentent « aucune lésion appréciable » « au moment de leur incorporation[207] ». Les travaux français d'hygiène militaire reprennent ainsi souvent l'adage d'Achille Kelsch (1841-1911), professeur à l'École de médecine militaire du Val-de-Grâce : « Le véritable critérium de l'aptitude au service de guerre ne se trouve, en dernière analyse, que dans l'essai de ce service[208] ». Dans le dernier tiers du XIX[e] siècle, près des trois quarts des soldats réformés ne le sont pas lors de la visite d'incorporation mais au cours du service[209]. La sélection médicale des recrues est donc un processus progressif.

Le jugement médical énoncé par l'expert relève du diagnostic, art d'identifier une maladie d'après ses signes et ses symptômes, dans le sens où il est nécessaire, pour motiver le classement, d'identifier une pathologie ou une déficience. Mais il relève également du pronostic. Il vise à établir les chances de réussite de la recrue dans le milieu militaire. Il s'agit de savoir si son état le met « en état d'infériorité suffisante pour le rendre incapable de servir[210] ». En ce sens, le jugement énoncé par les experts du conseil de révision et des commissions médicales est le résultat d'une évaluation prédictive. Au vu des nombreux risques ultérieurs de défaillance du soldat, ce jugement marqué par l'incertitude demande à être confirmé ou infirmé. Plus qu'établir avec certitude l'adéquation entre la condition physique et mentale de l'individu et les exigences du métier des armes, le rôle des experts est de diminuer l'incertitude liée à l'incorporation de jeunes individus. En s'appuyant sur la valeur prédictive de la science, il s'agit d'estimer un potentiel – l'aptitude – plus qu'une capacité. En 1917, les instructions britanniques précisent ainsi :

> Une nécessaire attention devra être accordée aux potentialités de l'homme, c'est-à-dire à sa capacité de développement sous l'effet de l'entraînement, ainsi que, dans le cas d'un très jeune homme, à sa probable croissance […]. Si la recrue est affaiblie mais présente par ailleurs une bonne constitution, elle ne devra pas être classée dans une basse catégorie au prétexte que sa musculature est momentanément réduite, mais elle devra être notée comme une potentielle

[206] LEMOINE Georges, *La Tuberculose dans l'armée et dans la marine, op. cit.*, p. 49.
[207] LEMOINE Georges, *Traité d'hygiène militaire*, *op. cit.,* p. 3.
[208] Voir LEMOINE Georges, *Traité d'hygiène militaire*, *op. cit.,* p. 3 ou encore RAYMOND Victor, « Les déséquilibrés mentaux dans l'armée », *art. cit.,* p. 330.
[209] ROYNETTE Odile, *Bon pour le service, op. cit.*, p. 227 et suiv.
[210] LIDY Paul, *Cardiopathie valvulaires et aptitude militaire*, thèse, Paris, 1918, p. 10

> catégorie 1 en tenant compte du système d'entraînement militaire soigneusement adapté qu'elle pourra suivre[211].

L'aptitude est conçue comme une qualité évolutive, susceptible de s'améliorer sous l'effet de la vie militaire. En France, de la même façon, on estime que « l'organisme aura tôt fait, par l'hygiène favorable de la vie militaire, de combler les quelques vides[212] ».

2. Le poids relatif de l'avis de l'expert

L'expert médical est convoqué par l'institution militaire pour aider à la formulation d'une « décision militaire[213] ». Il y a donc bien, au sens où l'entend l'histoire de l'expertise, un transfert « de compétences dans un autre monde social[214] ». Ce transfert des compétences médicales dans le monde militaire implique de considérer l'état de la recrue d'une manière particulière. Ce jugement est avant tout une, une « affaire de pronostic et de degré[215] ». Le trouble de la recrue n'est pas identifié en soi, ni pour permettre l'entreprise thérapeutique, mais en tenant compte avant tout des critères de l'institution militaire : l'infirmité est-elle « suffisante pour entraver l'exercice de la profession militaire » ? Dans les conditions du service, a-t-elle des chances de guérison rapide ou « menace-t-elle d'évoluer dans un sens fâcheux[216] » ?

En France, le fonctionnement de la commission de recrutement est assez semblable à celui d'un tribunal. Le médecin est convoqué à titre d'expert afin, non pas de prendre une décision irrévocable, mais d'assister les autres membres dans leur prise de décision. L'expert doit faire part de son avis aux autres membres du conseil de révision. Le président consulte alors le Conseil, et la décision est prise à la majorité des voix. Les avis des membres du Conseil n'ont pas tous le même poids. Le préfet, président ou son secrétaire général ; le conseiller de préfecture ; le conseiller du département, le conseiller d'arrondissement, et l'officier général désigné par l'autorité militaire sont membres délibérants. Le sous-intendant militaire, le

---

[211] « *due regard must be had for the potentialities of the man, i.e. his capacity for future development under training, and also in the case of a lad, his probable growth […]. if the recruit is out of condition but otherwise sound, he should not be marked in a low grade on the ground that he happens to be at the moment muscularly soft, but should be placed as a potential Grade 1 with a view to his capacity being noted under the Army system of carefully graduated training which he will undergo* », in NA, NATS 1/866, p. 13.
[212] BESSON Adrien, *De l'Évaluation de l'aptitude physique, op. cit.*, p. 47.
[213] LIAN Camille, « Épreuve d'aptitude cardiaque à l'effort », *Bulletin de l'Académie nationale de médecine Académie nationale de médecine*, n°35, 3e série, tome LXXVI, 1916, p. 176
[214] SKORNICKI Arnault, « L'État, et le négociant : le réseau de la "science du commerce" sous Louis XV », in *Genèses*, 2006/4, n°65, p. 15.
[215] DUPONCHEL Émile, *Traité de médecine légale militaire, op. cit.*, p. 33.
[216] *Ibid.*, p. 33.

commandant de recrutement et le médecin major sont membres assistants[217]. L'expert un adjuvant de la décision. En outre, dans les faits, la consultation est souvent tacite, « le président prononce, chaque membre du Conseil gardant le droit d'intervenir et de provoquer une discussion quand il la juge utile[218] ». En Grande-Bretagne, si des différences d'opinion existent, les membres des commissions médicales procèdent à un vote. Dans un cas comme dans l'autre, la décision comporte donc une part de collégialité, même si en cas de conflit, c'est la voix du président des commissions britanniques, médecin militaire, qui l'emporte sur celles de ses collègues civils[219].

En se tenant à l'intersection entre différentes institutions, l'expert doit s'assurer, notamment dans le cas du conseil de révision, du transfert de ses compétences auprès d'un public profane. Ce transfert suppose donc un travail de traduction, de mise à disposition des connaissances savantes. L'article 60 de l'instruction du 29 décembre 1905 précise en effet que le médecin doit exposer au conseil « les caractères des infirmités constatées avec toute la netteté possible pour l'éclairer sur les causes qui motivent l'exemption, l'ajournement, ou le classement dans le service auxiliaire ». Il lui est nécessaire, si l'interprétation du cas est particulière ou difficile, d'ajouter des explications et arguments pour motiver son avis ou bien de répondre aux questions que peuvent poser les membres du conseil[220]. Ce transfert des compétences médicales dans le monde militaire ne va pas sans difficulté, ni tensions. Comme le souligne Eugène Schwoebel :

> Le médecin militaire n'est qu'un expert, et doit faire partager sa conviction aux membres du Conseil de révision ; or, précisément dans ces cas douteux, il peut arriver que le médecin déclare trop faible pour faire un bon service, un conscrit sur la limite, néanmoins le Conseil le déclare bon pour le service actif, disant qu'il se fortifiera ; or, au régiment, cet homme ne se fortifiera pas et restera toujours un malingre, une non-valeur. De ce que les arguments précis nous font défaut, les discussions s'engagent, les membres du Conseil de révision se croient trop souvent aussi compétents que l'expert médical, et il n'est pas sans exemple de voir l'autorité du médecin subir en cette matière de regrettables échecs[221].

L'expertise médicale s'effectue donc dans une tension, que rappelle O. Roynette, entre le souci de répondre aux exigences de l'État et la conscience des dangers auxquels la vie militaire exposerait des hommes trop fragiles recrutés par des conseils insouciants[222]. Cette tension est

[217] BONNETTE Pierre, *Du choix des conscrits…*, *op. cit.,* p. 8.
[218] DUPONCHEL Émile, *Traité de médecine légale militaire, op. cit.*, p. 25.
[219] WINTER Jay, « Military Fitness and Civilian Health in Britain during the First World War », *Journal of Contemporary History,* 15, n°2, 1980, p. 211-244 ; voir aussi NA, MH 47/144/4.
[220] BESSON Adrien, *De l'Évaluation de l'aptitude physique, op. cit.*, p. 73
[221] SCHWOEBEL Eugène, *Le poids et l'aptitude physique militaire, op. cit.*, p. 13.
[222] ROYNETTE Odile, *Bons pour le service, op. cit.*

bien entendu accrue en temps de guerre, où les conseils de révision se doivent de fournir des hommes tout au long d'un conflit particulièrement meurtrier[223].

Le corps médical français ne se satisfait qu'imparfaitement du poids relatif accordé à l'avis de l'expert, comme en témoignent les archives de la Commission Supérieure de consultation d'hygiène et d'épidémie militaire autour de l'application de la loi de 1913[224]. Les membres de la commission envisagent ainsi qu'une commission médicale, composée seulement de médecins, puisse agir comme « un filtre » en amont du conseil de révision. Dans cette commission, le poids des pouvoir politique et militaire serait réduit. Un officier général et un membre civil du conseil de révision seraient présents, mais pour avis seulement. Ils ne disposeraient pas de pouvoir de décision. Ce projet, assez similaire au système qui voit le jour en Grande-Bretagne pendant la guerre, n'est cependant pas retenu.

Les médecins doivent dès lors faire preuve d'habileté pour que leur avis pèse au maximum dans la décision des autres membres du conseil de révision :

> L'art de l'expert consiste, du reste, tout en se gardant d'une attitude hautaine, à savoir imposer à tous sa méthode particulière et à captiver la confiance en prouvant qu'il opère avec attention et conscience. Dès la première séance il doit donner sa mesure, convaincre les membres du Conseil de sa compétence et de son habileté, montrer qu'il n'a pas besoin qu'on pratique autour de lui une sorte d'expertise latérale ; une allure embarrassée, des tergiversations trop fréquentes, iraient à l'encontre de ce but.
>
> Avant de prendre la parole, il aura donc grand soin de peser mentalement le pour et le contre, et de ne se prononcer qu'au moment où il aura établi sa propre opinion sur des arguments qu'il pourra brièvement faire valoir au cas où des objections lui seraient présentées. Celles-ci seront d'autant moins fréquentes qu'il témoignera plus de décision et de fermeté. Si le médecin ne se prononce pas nettement, comment des gens incompétents arriveront-ils à le faire ? Sur quelles bases le Conseil de révision s'appuiera-t-il pour prendre sa décision ? Il s'abandonnera à ses impressions souvent trompeuses, finira par croire, en vertu d'une disposition naturelle de l'esprit humain, surtout quand il s'agit de choses d'ordre médical, à sa propre compétence, et arrivera graduellement à méconnaître les avis les mieux fondés. Ce n'est pas être consciencieux, il faut bien le savoir, que d'émettre des avis ambigus, c'est simplement se dérober à sa tâche et la laisser à des gens assurément moins bien préparés à la mener à bonne fin et plus susceptible de commettre l'erreur que l'on voudrait éviter[225].

[223] La question spécifique de ce que la guerre fait à la sélection et à l'examen médical sera abordée dans la deuxième partie de la thèse.
[224] SHD, GR 9 NN 7/103, Commission Supérieure de consultation d'hygiène et d'épidémie militaire (séance du 3 février 1914 sur l'exécution de la loi du 7 août 1913).
[225] DUPONCHEL Émile, *Traité de médecine légale militaire*, *op. cit*, p. 32.

Malgré l'incertitude qui caractérise le processus diagnostique et le caractère nécessairement progressif de la sélection, l'expert se doit donc d'émettre un avis ferme et définitif. C'est la performance du médecin qui doit signifier sa compétence. Par l'assurance de ses mouvements et de sa voix, il doit renforcer son autorité fragilisée par le caractère collégial de la décision. L'allure du médecin doit, selon Émile Duponchel, favoriser le poids de son expertise dans la décision finale. En affichant sa résolution, l'expert suscite la confiance et fabrique de la certitude. Il permet en outre de renforcer le poids de la connaissance savante face à la tentation, toujours présente, de l'expertise profane.

III. « *Classified according to his capacity* » : l'entreprise classificatoire

Après avoir subi un examen et fait l'objet d'un diagnostic, la recrue est placée dans une des catégories de l'aptitude. Cette entreprise se fait selon un schème classificatoire qui prend des formes distinctes en France et en Angleterre. Le classement est, pour les experts, source de difficulté.

1. Les catégories de l'aptitude

À l'issue de l'examen, chaque recrue doit être « classée selon ses capacités[226] » (« *classified according to his capacity* ») dans une catégorie. La formulation de l'avis médical est orientée par les besoins de l'institution militaire. Il ne s'agit pas, nous l'avons dit, d'identifier précisément les troubles du candidat mais de motiver une décision militaire. En France :

> Il y a lieu de se poser les questions suivantes :
>
> Cet homme est-il apte au service ?
>
> Doit-il être ajournée pour faiblesse de constitution ?
>
> Doit-on proposer son classement au service auxiliaire ?
>
> Doit-on proposer l'exemption définitive de tout service militaire ?
>
> C'est après s'être formé une opinion répondant à l'une de ces quatre hypothèses que le médecin formulera son avis et le résumera, sous une forme aussi concise que possible, par l'un de ces

[226] « Recruits and the Doctor », *The Times*, 19 janvier 1916, p. 5. Voir annexe n° 47.

> mots : *Bon, ajourné, exempté, service auxiliaire*. Il est implicitement convenu que ces expressions n'ont point un caractère impératif, mais résument simplement l'opinion médicale[227].

La visite a pour objectif de répartir les recrues dans différentes catégories. Après avoir évalué les hommes, l'institution les distingue et les regroupe dans des catégories homogènes et hiérarchisées selon un schème classificatoire. Le jugement médical, qui prend la forme d'une sentence d'un ou deux mots, est donc associé à une entreprise de classification administrative, associée à la gestion d'une armée de masse[228]. Cette perspective utilitariste des effectifs pousse les spécialistes à s'interroger sur « l'utilisabilité[229] » et le « rendement utile[230] » potentiel des recrues, afin d'« utiliser toutes les énergies nationales suivant leur degré[231] ».

En France, les modalités de classement restent les mêmes pendant toute la guerre. Au moment du conseil de révision, ce sont les membres du conseil, éclairés par l'avis de l'expert médical, qui prennent la décision finale. Si son état de santé le justifie, la recrue peut être exemptée comme impropre à tout service militaire. Si l'inaptitude est considérée comme un état absolu et définitif, il n'en est pas de même de l'aptitude. Si l'on considère que la recrue peut rejoindre les rangs de l'armée, elle peut être classée dans l'une des trois catégories suivantes : ajournée ; bonne pour le service auxiliaire ; apte au service armé. L'instruction sur l'aptitude s'efforce de préciser systématiquement si les affections listées sont compatibles avec le service et si, selon leur degré, elles peuvent motiver le classement dans le service auxiliaire. Certaines pathologies, telles la perte complète de la vue, l'épilepsie ou des lésions valvulaires du cœur, entraînent systématiquement l'exemption de tout service militaire. D'autres, telles le bégaiement, l'eczéma ou une déviation de la colonne vertébrale, entraînent selon leur gravité

---

[227] DUPONCHEL Émile, « Visite médicale au conseil de révision », in *Traité..., op. cit.*, p. 25

[228] Sur la distinction et le regroupement comme opération de pensée, CANGUILHEM Georges, *Le Normal et le pathologique*, *op. cit.*, p. 129-130. Sur la catégorie comme principe de division, BOURDIEU Pierre, « À propos de la famille comme catégorie réalisée », *Actes de la Recherche*, 100, 1993, p. 32-36. Sur les liens entre classement et gestion de masse : REMILLON Delphine, VERNET Antoine, « De l'inaptitude à l'inemployabilité » dans VATIN François (dir.), *Évaluer et valoriser : une sociologie économique de la mesure*, Toulouse, Presses universitaires du Mirail, p. 115-135.

[229] CHAVIGNY Paul, « Les débiles intellectuels, leur situation dans l'armée », *Annales d'hygiène publique et de médecins légale*, n°11, 1909, p. 437-438

[230] Voir par exemple avant la guerre SIMON D., PERRIN H., « Les malingres dans l'Armée. Ce qu'on peut, ce qu'on doit en faire », *Archives de médecine et de pharmacie militaires*, tome XLVII, 1906, p. 265-340 ; SIMONIN Jules, « Les dégénérés dans l'armée : origine, caractère, prophylaxie », *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, 1909, p. 44 : et pendant la guerre SHD, GR 9 NN 7/1105, Note du sous-secrétariat pour l'État-major de l'armée, non datée (1915-1916) ; SHD, GR 9 NN 7/1100, Circulaire n°773 Ci/7, 8 août 1918. Voir annexe n° 62.

[231] « Les déséquilibrés mentaux dans l'armée », *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, série 4, n° 22, Paris, Jean-Baptiste Baillière, 1914, p. 327.

l'exemption ou le classement dans le service auxiliaire[232]. D'autres enfin, comme la présence d'une hernie, peuvent s'accommoder d'un versement dans les forces armées.

Le classement comprend donc quatre catégories :

Tableau 8 : Classement exprimé en pourcentage du total des examinés, 1914 (France)

		Classe 1914	Classe 1915
1) Exemptés		5,96	4,63
Susceptibles d'être incorporés	**2) Service armé**	57,00	69,95
	3) Service auxiliaire	2,25	2,00
	4) Ajournés	24,39	15,39
	Autres[233]	10,32	7,94

Source : *Comptes-rendus sur le recrutement de l'armée*

Comme on le voit sur ce tableau, la majorité des appelés est déclarée apte au service armé. Ils viennent former les unités envoyées au combat. Le service auxiliaire est instauré en 1872 et consacré par la loi de 1905 pour qu'« un homme d'une complexion faible ou de petite stature, mais non infirme [puisse] rendre des services dans des corps spéciaux et non mobilisables[234] ». Le versement dans le service auxiliaire de ces « défectueux relatifs[235] » les conduit à être mobilisés et affectés à un régiment mais maintenus dans la zone de l'intérieur, à l'arrière du front, à des postes essentiellement administratifs en fonction de leurs compétences professionnelles. Comme le montrent les chiffres du tableau ci-dessus, il s'agit d'un phénomène secondaire, ce type d'emploi étant limité par la doctrine des « gros bataillons » qui réclame de nombreux effectifs de fantassins combattants. Les candidats peuvent également être ajournés jusqu'à deux fois, pour un ou deux ans, c'est-à-dire renvoyés à un examen ultérieur. Le recours à l'ajournement « en raison d'une constitution physique trop faible mais qu'on estime pouvoir être améliorée significativement avec le temps[236] » est fréquent.

[232] Ministère de la Guerre, C*ompte-rendu sur les opérations de recrutement de l'armée pendant l'année 1914*, Paris, Imprimerie Nationale, 1914 ; *Ibid*, 1915 ; *Ibid*, 1917 ; *Ibid*, 1918. Voir annexe n° 8.
[233] Exclus en vertu de l'article 4 ; jeunes gens liés au service en raison d'un engagement volontaire, d'un brevet ou d'une commission et jeunes marins inscrits ; jeunes gens ayant obtenus un sursis.
[234] Loi du 15 juillet 1889. *Traité pratique du recrutement et de l'administration de l'armée française*, 1889, p. 98.
[235] BONNETTE Pierre, *Du Choix des conscrits*, *op. cit*., p. 16.
[236]Article 18 de la loi de mobilisation de 1905.

En théorie, seule l'exemption est définitive. Le classement dans une autre catégorie peut évoluer en fonction de l'état de santé de la recrue. Les années 1905-1910 voient l'armée française mener une intense réflexion sur l'entraînement des jeunes gens de faible constitution :

> Les éliminer à priori serait une mesure que ne justifient ni les données de la science ni l'observation des faits et qui infligerait à nos effectifs une perte actuellement incompatible avec les exigences de notre recrutement. […] Il est donc nécessaire d'économiser notre capital humain et d'en tirer tout le bénéfice possible[237].

Selon certains médecins militaires, la faible natalité française devait nécessairement mener à l'incorporation de « faibles », au développement physique incomplet, et de « suspects », aux antécédents pathologiques personnels ou familiaux douteux. Ces deux catégories étaient en effet destinées à bénéficier des effets thérapeutiques de la vie militaire. Cette réflexion est une conséquence de l'application de la loi de 1905 qui, réduisant le service militaire à deux ans, compense la diminution des effectifs par les décisions des conseils de révision qui augmentent la part des classés « bons service armé[238] ». Elle s'ancre également dans un contexte plus vaste de réflexion sur l'entraînement et la gymnastique officielle en usage dans l'armée, que certains considèrent comme « surannée et inutile[239] », et sur l'éducation physique en général, destinée à fortifier la jeunesse française[240]. Au lendemain de la défaite de 1871, la France a ainsi vu fleurir nombre de sociétés de préparation militaire et de gymnastique dont l'objectif affirmé est « d'accroître les forces défensives du pays en favorisant le développement des forces physiques et morales[241] ». Dans cette entreprise, l'armée occupe une place significative. Partie intégrante de la nation, elle se doit « de s'attacher à maintenir la force physique de ses enfants, comme la force morale » afin de donner à la France « des mâles pour la repeupler et des hommes pour la défendre[242] ».

---

[237] LEMOINE Georges, *Traité d'hygiène militaire, op. cit.*, p. 21.
[238] Voir sur ce point les chiffres de MAURIN Jules, *Armée, guerre, société : soldats languedociens (1889-1919)*, Paris, Publications de la Sorbonne, 1982, p. 251.
[239] DELAPLACE Jean-Michel, « Georges Hébert et l'école de Joinville, 1905-1939 », *Cahiers de l'INSEP*, 2003, H-S, p. 83-105.
[240] ARNAUD Pierre (dir.), *Les Athlètes de la République. Gymnastique, sport et idéologie républicaine, 1870-1914*, Paris, L'Harmattan, 1998. Voir aussi GIRARDET Raoul, *La Société militaire dans la France contemporaine (1815-1839)*, Paris, Plon, 1953 ; CHAMBAT Pierre, « Les muscles de Marianne. Gymnastique et bataillons scolaires dans la France des années 1880 », in EHRENBERG Alain, *Aimez-vous les stades ? Les origines des politiques sportives en France, 1870-1930*, Paris, *Recherches*, n°43, avril 1980, p. 155 ; VIGARELLO Georges, *Histoire culturelle du sport*, Paris, Robert Laffont et EPS, 1988, p. 166-175.
[241] SANSBOEUF Joseph, « Les sociétés de gymnastiques en France », TISSIE Philippe, *L'Éducation physique et la race*, Paris, Flammarion, 1919, p. 63.
[242] CAHUZAC Dr., « La rééducation physique des malingres et des faibles », *Journal des Sciences militaires*, 1er juillet 1909, p. 326.

Afin de faciliter le maintien des effectifs, la loi de 1905 crée des « services auxiliaires faiblesses ». Au sein de ces services, elle distingue les individus atteints de tares irrémédiables et ceux dont l'insuffisance peut évoluer et qui ont vocation, en définitive, à être versés dans le service armé. En 1906, le médecin principal Simon et le médecin major Perrin publient les résultats de leur expérience au 74e régiment d'infanterie en garnison à Rouen, où ils ont créé en 1903 un « peloton de malingres » regroupant les faibles de constitution au sein d'une même unité[243]. Là ils ont suivi un entraînement progressif et adapté à leur constitution, conçu de concert par l'officier instructeur et le médecin. Leur alimentation et leur exposition au grand air font également l'objet d'un soin particulier. Le dispositif est destiné tant à leur éviter la rigueur de l'entraînement normal qui conduirait irrémédiablement à dégrader leur état, qu'à développer leur vigueur chancelante. Il s'agit d' « élever peu à peu la résistance des malingres […] [d']arriver à rendre, sinon mobilisables, du moins utilisables ces valeurs douteuses[244] ». Sur les sujets versés au peloton en 1904-1905, 10 sont éliminés par réforme ou changement de corps, 24 sont rendus à leur compagnie. Sur ces 24, 8 sont très améliorés, 17 semblent avoir atteint les conditions de l'aptitude. L'initiative suscite l'enthousiasme de la presse générale :

> Sous l'influence de cet entraînement individuel et de cette vie vraiment hygiénique, les poitrines se sont élargies et la capacité respiratoire a augmenté […]. Les muscles des jambes se sont développés en même temps que les attitudes vicieuses se sont corrigées. Les épaules tombantes se sont redressées, et les dos ronds sont devenus droits. Il n'est pas jusqu'aux qualités morales, aux vertus militaires qui ne se soient développés chez ces malingres en raison même de la régénération physique qu'ils étaient les premiers à constater et dont ils étaient on ne peut plus fiers[245].

À la suite de cette expérience, le corps des médecins militaires réfléchit à la manière de généraliser ce principe. Les initiatives se multiplient[246]. L'objectif est explicite, il s'agit « d'augmenter les effectifs des combattants en utilisant le plus grand nombre possible des hommes de cette catégorie nouvelle[247] ». L'idée de les réunir dans un ou plusieurs corps situés

---

[243] SIMON, PERRIN, « Les malingres dans l'armée », *Archives de médecine militaire*, 1906. On trouve des évocations antérieures de cette idée, en 1898 chez Jules Edmond Biousse dans *Les palpitations chez le jeune soldat*, thèse de médecince, Paris, Société d'éditions scientifiques, 1898, p. 39 ; en 1905 chez Louis Joseph Millet dans *La Tuberculose dans l'armée*, Paris, bureaux de la Grande Revue, 1905, p. 18.
[244] SIMON, PERRIN, « Les malingres dans l'armée », *Archives de médecine militaire*, 1906.
[245] « À travers la science », *Le Petit Parisien*, 20 août 1906. Voir aussi le même article publié par le Ct Cachepouille, dans « Chronique militaire – La question des malingres au régiment », *La Charente*, 1er septembre 1906.
[246] SOLMON, « Création du peloton de robusticité », *Bulletin de la Société de médecine militaire*, 15 février 1908 ; VIGUIER, « École d'aptitude physique », *Bulletin de la société de médecine militaire*, 15 février 1908.
[247] SOLMON, « Pelotons de robusticité », *Armée et démocratie*, 18 juillet 1908, p. 469.

dans de préférence dans des régions au climat bénéfique est écartée au profit de leur instruction dans chaque corps de troupes[248].

La circulaire du 14 octobre 1908 généralise ces « pelotons de malingres » qui bénéficient d'un entraînement progressif et adapté, réglementé par le programme d'instruction du 2 septembre 1909. « Les faibles, les chétifs, tous ces pauvres petits que les exigences du recrutement enrôlent pour faire nombre[249] », classés dans ces formations spéciales du service auxiliaire, ont ainsi vocation à être versés dans le service armé après leur examen par une commission de réforme qui peut prononcer leur passage dans le service armé. L'ensemble du dispositif est encadré par des médecins militaires. L'idée, plébiscitée par les médecins militaires, ne fait pas l'unanimité. Elle suscite notamment des réserves chez les militaires. Le 30 octobre 1909, la revue hebdomadaire illustrée *Armée et marine* ironise ainsi :

> Ne parlons plus de l'armée-école […]. Voici à l'horizon la formule nouvelle : L'armée-hôpital. Nous avions déjà les services auxiliaires qui chargeaient l'armée d'un nombre respectable de non-valeurs. On y ajoute maintenant les *pelotons de malingres*.
>
> L'idée est généreuse, certes, mais combien peu pratique, hélas ! Voyez-vous ces bons petits malingres réunis en un petit tas qui ne tardera pas à devenir énorme. Les voyez-vous, cultivant en commun leurs petites infirmités pour couper à la marche et à tous les exercices où l'on porte l'as de carreau.
>
> On pourra tant que l'on voudra faire entrer des individus au peloton des malingres. Les en faire sortir, jamais[250] !

Nonobstant ces critiques, le principe selon lequel on peut améliorer l'état physique de certaines recrues après leur incorporation s'impose. Les services auxiliaires sont donc souvent conçus comme une catégorie intermédiaire. Leurs membres « ne sont pas précisément des malades[251] », avance *Le Petit Parisien* qui s'intéresse à l'expérience de Simon et Perrin, ce sont des « demi-malades[252] », des « demi-bons », des « demi-valeurs ». Leur aptitude est partielle et les soins qui entourent les hommes des pelotons de malingres doivent les mener vers « l'aptitude

---

[248] SOLMON, « Entraînement des malingres dans l'armée », *Bulletin de la Société de Médecine militaire*, 21 mai 1908 ; BAUDIN, « Les services auxiliaires », *Le journal*, 5 juin 1908.
[249] RUFFIER, « L'entraînement de nos soldats. II. Le peloton des malingres », *La Culture physique*, 15 octobre 1907, p. 628.
[250] « L'armée hôpital », *Armée et marine*, 30 octobre 1909, p. 346. Voir aussi « La rééducation physique des malingres et des faibles », *Journal des sciences militaires*, Paris, Dumaine, Baudoin, Chapelot, 1er juillet 1909, p. 317-320. Et dans la presse générale LANNESSAN (de) J.-L., « Les "malingres" », *L'Indépendant des Basses-Pyrénées*, 19 octobre 1909.
[251] « À travers la science », *Le Petit Parisien*, 20 août 1906.
[252] RUFFIER Dr, « L'entraînement de nos soldats. II. Le peloton des malingres », *La Culture physique*, 15 octobre 1907, p. 629.

intégrale[253] ». L'aptitude peut donc être considérée, non comme un état absolu et définitif, mais comme un gradient variable et évolutif. C'est ce qu'exprime Georges Lemoine en évoquant « l'échelle des aptitudes physiques d'après laquelle doit se faire la sélection[254] ». Le vote de la loi des trois ans en 1913 n'accorde aux inquiétudes liées aux effectifs qu'un répit de courte durée puisque dès l'année 1914, les pertes liées à la guerre poussent les experts de l'aptitude à verser au maximum les recrues dans le service armé. Pendant tout le conflit, les recrues sont donc susceptibles d'être versées d'une catégorie à une autre, en fonction de l'évolution de leur état. Jean Pierre F., de la classe 1896, est pris bon service armé en 1914, il est reclassé service auxiliaire en décembre pour vision insuffisante puis réformé en septembre 1915 pour vision presque nulle[255].

2. En Angleterre, un ordonnancement progressif

Le système britannique fait également succéder une entreprise de classement à l'examen médical proprement dit. Mais au cours du conflit, ce système connaît de considérables bouleversements, parallèlement aux tâtonnements qui caractérisent le recrutement. Avant la guerre et pendant les premières semaines du conflit, le classement est binaire. La recrue est soit apte, soit inapte[256]. De 1900 et 1914, entre 30% et 48% des volontaires sont rejetés pour raisons médicales[257]. La classification se veut outil de mise en ordre par excellence[258]. L'opération est donc modifiée avec la formation progressive d'une armée britannique qui atteint au cours du conflit quatorze fois sa taille initiale[259]. Une telle armée de masse requiert de recruter le plus grand nombre possible de soldats dont certains seront affectés en dehors du champ de bataille.

[253] « La rééducation physique des malingres et des faibles », *Journal des sciences militaires*, Paris, Dumaine, Baudoin, Chapelot, 1er juillet 1909, p. 317.
[254] LEMOINE Georges, *Traité d'hygiène militaire*, *op. cit.*
[255] *Vatusium*, n° 18, 2015 « Les Passerands dans la Grande Guerre », page 4.
[256] GALLOWAY James, « Medical examination of men for military service », *art. cit*., p. 665.
[257] Les chiffres officiels de 1900-1905 donnent 31,3% ; entre 28,4 et 35,5% entre 1904 et 1914. Samuel BEGGS estime que ces chiffres doivent être revus à la hausse dans *The selection of the recruit*, *op. cit*., p. 27-28.
[258] LIQUETE Vincent, KOVACS Susan, « La lutte des classements. Introduction générale », *Hermès, La Revue*, 2/2013, n° 66, p. 9-15.
[259] TRAVERS Tim, « The Army and the Challenge of War, 1914-1918 », *Oxford History of the British Army*, p. 215-240, ici p. 215.

Un second système entre en vigueur en mars 1915 et répartit les candidats dans quatre catégories :

Tableau 9 : Deuxième système de classement (Grande-Bretagne, mars-décembre 1915)

A	Service armé sur le territoire britannique ou à l'extérieur
B	Temporairement inapte au service à l'extérieur
C	Service sur le territoire britannique seulement
	Rejet

Le taux d'exemption s'établit alors autour de 22,5 et 25%[260]. En décembre 1915, la réforme de Lord Derby raffine ces catégories en introduisant des sous-sections. Elles entrent en vigueur en janvier 1916, à la suite des premières instructions émises par l'*Army Council*[261] :

Tableau 10 : Troisième système de classement (janvier-mai 1916)

1	Aptitude au service armé	
2	Aptitude au service armé sur le territoire britannique	
3	Aptitude au service en garnison	À l'extérieur
		Sur le territoire britannique
4	Aptitude	À réaliser des travaux de main d'œuvre (construire des routes, creuser des tranchées, autres).
		À réaliser des tâches sédentaires (tâches administratives)
5	Inaptitude totale à tout service militaire	

En avril 1916, cette classification est accompagnée d'un certificat (*classification certificate*).

[260] NA, PRO 30/57/0074, *Manpower and Recruiting – Memos and Reports*, 11 Octobre 1915. Pour l'évolution du système de classification, voir annexe n° 12.
[261] MACPHERSON William, *Medical Services General History*, op. cit., p. 119-122; GALLOWAY James, « Medical examination of men for military service… », *art. cit.*, p. 665-679.

Le 19 mai 1916, cette classification évolue encore à la suite de la mise en place de la conscription. Les nouvelles catégories, organisées selon un système A, B, C restent en vigueur jusqu'en novembre 1917. Appliquées au moment du recrutement mais aussi tout au long du parcours du soldat, elles deviennent le système de référence des discours sur l'aptitude des troupes. En septembre 1918, David Lloyd George évoque ainsi l'impossibilité de « maintenir un empire A1 avec une population C3[262] ». Comme le système précédent, chaque classe donne lieu en effet à des subdivisions supplémentaires ce qui aboutit à 13 catégories :

[262] « The War and after », *The Times*, 13 Septembre 1918.

Tableau 11 : Quatrième système de classement (juin 1916-novembre 1917)

A	Aptitude au service armé	Recrues capables de marcher, dont l'acuité visuelle permet la pratique du tir et la condition physique de supporter les conditions du service	I – Recrues prêtes à être déployées à l'extérieur, remplissant toutes les conditions d'entraînement et d'aptitude physique et mentale,
			II – Recrues qui seront aptes après entraînement
			III – Recrues malades ou blessées, de retour du corps expéditionnaire destinées à être classées Ai une fois remises[263]
			IV – Recrues de moins de 19 ans[264]
B	Aptitude au service armé à l'extérieur mais pas au service armé	Absence d'affection organique sérieuse, dont la condition physique permet de supporter les conditions du service au sein des équipes de communication en France ou en garnison en zone tropicale	I – En garnison ou au sein d'une unité provisoire
			II – Dans des unités de travail ou des emplois régimentaires à l'extérieur
			III – Pour des tâches sédentaires, de secrétariat et de logistique seulement
C	Aptitude au service sur le territoire britannique seulement	Absence d'affection organique sérieuse mais dont la condition physique ne permet de supporter les conditions du service que sur le territoire britannique	I – En garnison ou au sein d'une unité provisoire
			II – Dans des unités de travail ou des emplois régimentaires à l'extérieur
			III – Pour des tâches sédentaires, de secrétariat, de logistique, d'intendance, d'ordonnance et d'entretien
D	Inaptitude temporaire pour A, B ou C	Possibilité d'atteindre les conditions de l'aptitude dans les six mois	I – Au dépôt (commandement)
			II – Au dépôt (régiment)
			III – Au dépôt ou dans une unité de rang inférieur ou dans l'attente d'un traitement médical ou dentaire
E	Inaptitude permanente à tout service militaire	Impossibilité d'atteindre les conditions de l'aptitude dans les six mois	

Les catégories et sous-catégories sont assorties d'instructions destinées à garantir l'unité d'appréciation entre les différentes commissions médicales. Les hommes placés en catégorie B1 ou C1, par exemple, doivent être capables de marcher au moins huit kilomètres (*five miles*), leur acuité visuelle sans correction doit être suffisante pour la pratique du tir, leur audition doit être bonne. Les hommes placés en catégorie B2 et C2 ne doivent pas avoir à parcourir plus de 5 miles, avoir une capacité visuelle et auditive suffisante pour des tâches ordinaires.

3. Le problème du classement

Malgré le processus de raffinement constant du schème classificatoire, les multiples réformes du système de classification montrent que le classement des recrues ne cesse d'être une source de difficulté pour les experts. L'entreprise classificatoire pose un certain nombre de problème. Elle confronte d'abord la raison administrative, qui commande un avis ferme et définitif de la part de l'expert, et la pratique du diagnostic, qui a pour corollaire l'incertitude et la variabilité. Pour les experts, il est parfois « difficile de donner des règles absolues[265] » concernant le classement des recrues dans l'une ou l'autre de ces catégories. En Grande-Bretagne, l'entrée correspondant à l'exemption (l'échelon IV dès 1917) est notée de la manière suivante sur l'historique médical du candidat :

> Après examen par tous les membres de la commission, réunis à (lieu), le (date), il est décidé à l'unanimité que l'individu qui déclare porter le nom de (nom) et résider à (adresse) et dont la description est portée sur ce formulaire souffre de (insérer ici l'infirmité) et est en conséquence inapte au service militaire de manière permanente et définitive[266].

---

[263] « *Hardening of a man discharged from hospital to his reserve unit consisted of marching for the first week without arms for 1 mile morning and afternoon; for the second week, 2 miles quick march, morning and afternoon ; for the third week, 4 miles morning and afternoon under the same conditions ; in the fourth week, full duty ; in the fifth week, ready for drafts. A man discharged from a command depôt or convalescent hospital to his reserve unit was placed at once in category Ai* ».

[264] À partir du 21 juin 1916.

[265] RAYMOND Victor, « Les déséquilibrés mentaux dans l'armée », *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, série 4, n° 22, Paris, Jean-Baptiste Baillière, 1914, p. 305-330, ici p. 320.

[266] « *After examination by all the members of the National Service Medical Board, assembled at (place) on the (date) it is unanimously agreed that the man stating himself to be (man's name) of (man's address) and described on this Army Form is suffering from (here insert the disability, e.g. locomotor ataxy &c.,) and in consequence is permanently and totally disabled for military service* » in CAC, GEDD 4/6/1684, The recruiting code. Ministry of National Service publication, 1er décembre 1917, p. 102. Voir aussi NA, NATS 1/866, *Ministry of National Service: Records. Recruiting Department. Medical examinations: proposed instruction draft*, 1917, p. 21 ; NA, NATS/1/13/M/87, *General Directions*, MNSR 24, 43ff.

Le formulaire est ensuite signé du président de la commission, et doit porter le tampon qui authentifie le travail des commissions médicales. L'inaptitude doit être constatée à l'unanimité et déclarée « permanente et définitive ».

Ce n'est pas sans poser problème aux experts et aux examinés, pour lesquels les règles qui régissent la répartition dans les différentes catégories ne sont pas toujours très claires ni justes. Évoquant les règles qui commandent d'exempter les jeunes gens atteints de faiblesse de constitution, Georges Lemoine déplore :

> Malheureusement ce *classement* est plus *théorique* que pratique. Voilà en effet un conscrit présentant une talle de 1 m. 54, ayant juste de périmètre voulu, 0 m. 77, pesant 51 kilogrammes, il est pâle, semble légèrement anémique mais ne présente aucune tare héréditaire ou acquis, il a toujours été bien portant, l'auscultation de la poitrine ne permet de dévoiler aucune lésion, il en est de même de l'examen de l'appareil circulatoire.
>
> Cet homme est évidemment loin d'être robuste. C'est un faible pour lequel les premiers exercices seront pénibles, le sac un peu lourd. Prononcerez-vous l'exemption ? Si oui, vous aurez un déchet considérable car beaucoup sont dans ce cas ; si non, vous verrez servir cet homme dans le service armé alors qu'un homme robuste myope ou hypermétrope sera classé dans le service auxiliaire[267] !

L'absence de précision concernant le diagnostic de faiblesse de constitution, les difficultés du diagnostic face à la bonne santé apparente de certaines recrues et la nécessité de lever un contingent conséquent sont ainsi sources de difficultés pour la pratique classificatoire. Outre-Manche, les autorités britanniques subissent la méfiance de l'opinion face aux nouvelles exigences du recrutement. Auckland Geddes déplore ainsi :

> Les hommes des catégories inférieures font d'excellents magasiniers et nous avons d'énormes besoins de main-d'œuvre absolument essentiels à la conduite de la guerre. Nous avons jusqu'ici trouvé cette main-d'œuvre prioritairement au sein des indigènes de notre empire mais il nous faut également, parmi eux ou pour superviser leur travail, de la main-d'œuvre britannique, qui nous vient de ces catégories inférieures. Je sais que ceci a été source de beaucoup de malentendus dont j'ai eu un aperçu par le courrier adressé au Ministère de la guerre[268].

Le Ministère de la Guerre éprouve donc des difficultés à faire comprendre la nécessité, pour une armée de masse moderne, de recruter non seulement des hommes robustes, mais aussi des

---

[267] LEMOINE Georges, *Traité d'hygiène militaire, op. cit.,* p. 22.

[268] « *Low grade men make excellent store keepers and we have this masse of labour which is required, labour is absolutely essential, which we have found, so far as possible, from coloured races throughout the Empire, but for which we require, mixed up with them, or as supervisors, a certain amount of British labour, which we have to procure from lower category men. I know a great deal of misunderstanding which is brought to me daily in the War Office letter bag* » in NA, MH 47/144/4, Select Committee, Minutes of evidence n°1, 2 juillet 1917, A. C. Geddes, p. 7.

hommes au physique moins avantageux, qui seront conséquemment placés dans les catégories inférieures.

Le dispositif du recrutement commande donc une classification précise de la recrue. Ce classement suppose l'éradication du doute, l'annihilation de l'incertitude et de la variation propres à l'activité diagnostique. Dans la mesure où l'expert transfère ses compétences médicales au monde de l'institution militaire, il doit se plier à sa logique. Or, le système de classification britannique pousse la logique prédictive de l'examen médical et la conception évolutive de l'aptitude à leur paroxysme puisque les experts du recrutement doivent non seulement évaluer l'état de la recrue au moment de l'évaluation mais aussi anticiper le développement de son état physique sous l'effet de quatre mois d'entraînement[269]. Dès lors, la raison administrative s'impose à la logique du diagnostic.

[269] NA, MH 47/144/4, Select Committee. Special report.

Chapitre 3
La recrue face au jugement médical

Grand-mère, au lieu d'pleurer sois fière
Puisqu'au conseil de Révision
Le préfet, l'major et M'sieur l'maire
M'ont trouvé d'bonne constitution

« Va pour trois ans ! Chanson de conscrit », 1913

Après avoir examiné l'évaluation de l'aptitude telle qu'elle est pensée et mise en pratique par les médecins recruteurs, je me propose dans ce chapitre de l'examiner à hauteur des acteurs qui la subissent. Il est difficile d'avoir accès au point de vue des recrues, tant sur leurs défaillances physiques ou mentales, que sur l'épreuve que peut représenter pour elles l'évaluation de leurs capacités. Les descriptions de l'examen médical par les évalués, y compris littéraires, sont rares, et les mentions du passage devant la commission médicale dans les écrits de l'intime – mémoires ou journaux intimes – sont le plus souvent laconiques. Ainsi, dans l'entrée de son journal correspondant au 11 septembre 1914, Pierre Hillemand (1895-1919), étudiant en médecine, note-t-il un rapide : « J'ai passé ce matin mon Conseil de Révision[1] ». L'historiographie française s'est jusqu'ici centrée sur le point de vue des experts dont les écrits livrent quelques indications sur l'épreuve que peut représenter l'examen médical pour les recrues[2]. Il arrive que les médecins et l'administration mentionnent les difficultés éprouvées par les recrues pendant l'examen ou au moment de l'énoncé du verdict. La nudité qui leur est imposée, le caractère public de l'évaluation de leurs capacités et, pour les conscrits français, l'importance de ce rituel dans leur vie d'homme et de citoyen, sont autant de sources d'appréhension. Les opérations des experts consistant à catégoriser les recrues représentent en outre des modes d'exercice du pouvoir, de nature intellectuelle, culturelle et politique, qui

[1] HILLEMAND Pierre, *Journal d'un médecin sur les deux guerres mondiales, 1. La Grande Guerre*, présenté par Bernard Hillemand, Ed. Fiacre, 2013, p. 32.
[2] ROYNETTE Odile, *« Bons pour le service ». L'expérience de la caserne en France à la fin du XIXe siècle*, Paris, Belin, 2017 [2000] ; RASMUSSEN Anne, « Préserver le capital humain. Une doctrine hygiéniste pour préparer la guerre démocratique ? », *Mil neuf cent. Revue d'histoire intellectuelle*, vol. 33, n°1, 2015, p. 71-95.

impliquent une asymétrie entre ceux qui formulent le jugement et ceux qui le subissent. Le verdict, objectivé par l'inscription sur des listes et/ou l'obtention de cartes, produit ainsi un changement d'état qui peut avoir d'importantes conséquences sur le parcours biographique des examinés[3]. Ce rite de passage donne à l'expert un rôle d'instituteur du social[4]. Le classement contribue certes à mettre de l'ordre, à introduire de la rationalité, mais aussi à justifier la marginalisation des inaptes qui se voient écartés du modèle masculin valorisé et dominant. Face à la pression sociale exercée par la culture de guerre ambiante et au pouvoir du jugement médical, quelle est alors la marge de manœuvre de l'individu ?

La tradition historiographique britannique a, elle, davantage mis l'accent sur le point de vue des subalternes et sur la parole des hommes de la troupe[5]. Dans les conditions souvent chaotiques de la sélection des volontaires pendant deux premières années de la guerre, il n'est pas rare que le candidat à l'incorporation négocie lui-même l'assouplissement, par exemple, des critères de taille, de poids, de périmètre thoracique ou d'acuité visuelle le concernant, afin de pouvoir aller combattre malgré sa non-conformité au modèle existant. La visite médicale des volontaires a pu dès lors être décrite comme « un moment de coopération et de négociation entre les médecins et les recrues[6] ». Il est en effet possible, pour un candidat ne remplissant pas les conditions de l'aptitude mais néanmoins désireux d'aller combattre, de se voir classer dans la catégorie correspondant à ses souhaits. Pour autant, l'interaction entre le médecin et la recrue n'est pas exempte de rapports de force et c'est bien aux médecins et/ou aux membres des commissions chargées du recrutement qu'appartient la décision finale. Il apparaît en outre nécessaire de nettement distinguer le temps du volontariat, où médecins et recrues peuvent avoir des intérêts convergents, du temps de la conscription, où se présentent à l'examen des candidats à l'enthousiasme plus modéré. Les protestations et manœuvres de recrues désireuses de se voir reconnaître inaptes portent la marque de ces réticences. Je m'attacherai donc ici à nuancer une

[3] Sur la conception sociologique du handicap, que je reprends ici, on lira BODIN Romuald, *L'Institution du handicap*, Paris, La Dispute, 2018, p. 15. Sur le poids des « identités de papier », qui objectivent les statuts par la constitution de dossier administratifs, l'inscription dur des listes, l'obtention de cartes, voir DARDY Claudine, *Identités de papier*, Lieu commun, Paris, 1990. Et sur la gestion bureaucratique des biographies par l'État, qui consiste à imposer des parcours scolaires ou professionnels préconçus, CASTEL Robert, *La Gestion des risques*, Les Éditions de Minuit, Paris, 1981.

[4] BOURDIEU Pierre, *La Noblesse d'État. Grandes écoles et esprit de corps*, Paris, Éditions de Minuit, 1989, p. 141 ; BOURDIEU Pierre, « Les rites comme actes d'institution », ARSS, n°43, juin 1982, p. 58-64.

[5] MEYER Jessica, *Men of War: Masculinity and the First World War in Britain*, Basingstoke, Palgrave Macmillan, 2009.

[6] SILBEY David, « Bodies and Cultures Collide: Enlistment, the Medical Exam, and the British Working Class, 1914-1916 », *Social History of Medicine,* vol. 17, nº 1, avril 2004.

historiographie qui a trop souvent considéré que l'examen médical débouchait sur un verdict négocié.

L'histoire la Première Guerre mondiale a révisé le mythe de soldats partis la fleur au fusil et de l'enthousiasme belliciste de sociétés tendues unanimement vers l'effort de guerre[7]. À côté des mutineries et des démarches des objecteurs de conscience britanniques, l'étude d'actes de résistance et de contournement a permis de montrer que les soldats ne se sont pas toujours et pas complètement soumis à ce qui était attendu d'eux[8]. L'expertise médicale, qui décide de l'aptitude du candidat à rejoindre les forces armées, se prête parfois aux manœuvres visant à éviter aux jeunes gens l'épreuve du front. Ce refus d'aller combattre peut être officiel et inscrit dans les recours légaux offerts aux individus, telles les procédures des tribunaux d'appel britanniques, ou peut pousser son auteur à s'inscrire dans des stratégies d'illégalité. L'existence, tout aussi réelle que fantasmée, de stratégies de contournement de l'expertise fait peser sur l'interaction médecin-recrue le poids de la suspicion. Pour autant, ces subversions du rapport de force restent rares, elles s'inscrivent dans un climat marqué par la prégnance d'une culture de guerre qui contribue à entretenir l'adhésion ou la résignation des populations à l'effort de guerre[9].

La répartition des individus dans différentes classes, plus ou moins éloignées du front, ne va pas sans protestation. Mais celles-ci sont limitées et inégalement prises en compte par l'autorité étatique en France et en Angleterre. En France, la décision du conseil de révision est irrévocable. En Angleterre, il possible de faire appel de l'obligation de servir, notamment pour raisons de santé, par l'intermédiaire d'une institution dédiée, le tribunal d'appel. Les archives du tribunal de Middlesex, comté englobé dans l'aire urbaine est-londonienne dès le milieu du XIX[e] siècle, donnent accès de manière privilégiée au discours des recrues sur leurs propres

[7] BECKER Jean-Jacques, *1914 : comment les Français sont entrés dans la guerre : contribution à l'étude de l'opinion publique, printemps-été 1914,* FNSP, Paris, 1977 ; GREGORY Adrian, *The Last Great War: British Society and the First World War*, CUP, Cambridge, 2008 ; PENNELL Catriona, *A Kingdom United. Popular Responses to the Outbreak of the First World War in Britain and Ireland*, OUP, Oxford, 2012.

[8] Sur cette dénomination : LOEZ André, *14-18, les refus de la guerre : une histoire des mutins*, Paris, Gallimard, 2010 ; ASHWORTH Tony, *Trench Warfare 1914-1918. The Live and Let Live System,* Londres, Basingstoke, Macmillan press, 1980 ; sur obéissance et désobéissance, BEAUPRE, Nicolas, JONES, Heather, RASMUSSEN, Anne, *Dans la guerre 1914-1918. Accepter, endurer, refuser*, Paris, Les Belles Lettres, 2015 ; WATSON Alexander, *Enduring the Great War : Combat, Morale and Collapse in the German and British Armies, 1914-1918*, Cambridge, Cambridge University Press, 2008 ; SAINT-FUSCIEN Emmanuel, *À vos ordres ? : la relation d'autorité dans l'armée française de la Grande Guerre*, Paris, Éd. de l'EHESS, 2011. Pour l'étude d'un cas d'insoumission et de vie clandestine menée sous travestissement féminin, on lira VIRGILI Fabrice, VOLDMAN Danièle, *La Garçonne et l'assassin : histoire de Louise et de Paul, déserteur travesti, dans le Paris des années folles*, Paris, Payot et Rivages, 2011.

[9] AUDOIN-ROUZEAU Stéphane, BECKER Annette, *14-18 Retrouver la guerre*, Paris, Gallimard, 2000.

capacités physiques et sur la manière dont celles-ci ont été – ou auraient dû être – évaluées à travers 1 100 cas d'appel pour motif de santé[10].

En dehors des travaux consacrés aux objecteurs de conscience, il existe peu de recherches consacrées à ces tribunaux. Les appels pour raisons de santé ont en outre été particulièrement délaissés. Les ouvrages de James McDermott, sur les tribunaux du Northamptonshire, et de David Littlewood, sur ceux du Yorkshire et de Nouvelle-Zélande, se concentrent sur la logique qui préside à leur formation, le déroulement des séances et les dynamiques de leurs prises de décision[11]. Certes, James McDermott détaille les relations houleuses entre les tribunaux et les commissions médicales dont les verdicts sont contredits au cours de l'appel. Il néglige cependant deux aspects du travail administratif de formation des dossiers d'appel qui se sont révélés particulièrement féconds pour mon analyse, celui de la rédaction des doléances par les recrues et de la certification de leur inaptitude par les médecins.

En effet, avant d'être entendus, les plaignants doivent convaincre du bien-fondé de leur réclamation. Dans des formulaires conçus à cet effet, ils développent parfois longuement les raisons de leur saisine et accompagnent cet exposé de pièces justificatives. On dispose donc de textes rédigés par des recrues, insatisfaites de leur classement, qui cherchent à le faire réviser à la baisse car elles se considèrent, d'une manière ou d'une autre, diminuées par une ou plusieurs déficiences. Outre l'évocation par les plaignants de leur propre défaillance, on peut, grâce à ces sources, analyser le phénomène de contestation de l'expertise des médecins du recrutement, par le recours au certificat établi par une autorité médicale concurrente, souvent celle du médecin de famille. En cas d'épuisement des recours légaux et d'échec d'une hypothétique négociation, ne restent alors que les stratégies de contournement de l'expertise médicale par la corruption, la fraude, la simulation ou la mutilation. En tout état de cause, on ne peut que constater la faible portée de la contestation qui tendrait à montrer la marge de manœuvre limitée dont disposent les recrues face au pouvoir médical de dire l'aptitude.

Je me propose dans ce chapitre d'aborder l'expérience par les recrues de l'évaluation à l'aide des outils de l'histoire des sciences « *from below* » et de la sociologie pragmatique[12].

---

[10] NA, MH 47/114 ; NA, MH 47/115 et NA, MH 47/116. Sur 11 000 cas au total. Voir la presentation de cette source dans l'introduction Générale.

[11] LITTLEWOOD David, *Military Service Tribunals and Boards in the Great War: Determining the Fate of Britain's and New Zealand's Conscripts*, Londres, Routledge, 2018 ; MCDERMOTT James, *British Military Service Tribunals, 1916-18: A Very Much Abused Body of Men*, Manchester, Manchester University Press, 2011. Voir aussi GREGORY Adrian, « Military Service Tribunals: civil society in action », in HARRIS Jose, *Civil Society in British History. Ideas, Identities*, *Institutions*, OUP, Oxford, 2003, p. 177-191.

[12] PORTER Roy, « The Patient's View. Doing Medical History from below », *Theory and Society*, vol. 14, n°2, 1985, p. 175-198 ; PORTER Roy, WEAR Andrew, *Problems and Methods in the History of Medicine*, Londres,

J'examinerai dans un premier temps l'épreuve que représente l'évaluation pour les examinés, puis la contestation légale de la décision des médecins recruteurs à l'aide des sources du tribunal d'appel de Middlesex, enfin les tentatives de fraude de l'examen par les recrues désireuses d'échapper au service.

I. « Émus déjà par la solennité des circonstances » : l'épreuve de l'évaluation

1. Pudeurs et timidités

« Quand au conseil de révision / Il faudra tous tant que nous sommes, / Quitter chemise et caleçon ; / Faudra agir comme des hommes […][13] » chantaient déjà les conscrits français du XIX^e^ siècle. En France, pour les besoins de l'examen médical, « l'homme à examiner […] doit se présenter entièrement nu[14] ». De même, précisent les instructions britanniques, « il est absolument indispensable que la recrue soit *nue*. Il ne peut être considéré comme suffisant de baisser son pantalon, fût-ce jusqu'aux chevilles, ni de remonter sa chemise[15] ». Les candidats à l'incorporation sont donc contraints de se dévêtir afin d'être examinés, palpés et auscultés devant un groupe de plusieurs personnes. Des précautions sont prises dès 1840 en France pour limiter l'exhibition du corps du conscrit. Les médecins peuvent ainsi invoquer le huis clos lorsque le résultat de l'examen, auparavant public, peut s'avérer dommageable pour la réputation du jeune homme. En 1873, un règlement prescrit que la visite médicale ait lieu devant les seuls membres du conseil de révision[16]. En 1905, la loi réitère cet impératif.

Ces dispositions se révèlent cependant bien illusoires, rappelle Jules Simonin en 1908. D'autres dispositions autorisent en effet la présence du père ou du tuteur du jeune homme, des membres du Sénat ou de la Chambre des députés représentant la circonscription, du conseiller

---

Croom Helm, 1987 ; GAUDILLIÈRE Jean-Paul, *La médecine et les sciences, XIX^e^-XX^e^ siècles*, Paris, La Découverte, 2006.

[13] Cité par ROYNETTE Odile, *Bons pour le service, op. cit*., p. 222.

[14] Ministère de la guerre, Bulletin officiel n°68 bis, *Recrutement de l'armée : instruction sur l'aptitude physique au service militaire*, Paris, H. Charles-Lavauzelle, volume arrêté à la date du 15 décembre 1905, p. 5. « Les conscrits doivent « *tout moustrat* », tout montrer, et sont examinés « *de pes en cap* », des pieds à la tête » in MAURIN Jules, *Armée, guerre, société : soldats languedociens (1889-1919)*, Paris, Publications de la Sorbonne, 1982, p. 196.

[15] « *It is absolutely essential in all cases to have the recruit* stripped. *It is not at all sufficient that the trousers be pushed down to the ankles and the shirt pulled up* », in War Office, *Instructions for the physical Examination of Recruits*, London, His Majesty's Stationery Office, 1912/1921, p. 1.

[16] ROYNETTE Odile, *Bons pour le service, op. cit.*, p. 239 et p. 242.

général et du conseiller d'arrondissement représentant le canton ou encore du sous-préfet d'arrondissement et des maires des communes :

> Si on ajoute que, dans la pratique, soit en raison de la disposition souvent défectueuse des locaux, soit pour faciliter l'exécution plus rapide des opérations, la visite médicale se fait non seulement devant les fonctionnaires susvisés, mais encore en présence des jeunes conscrits qui se succèdent sans interruption dans la salle des séances, on ne tarde pas à s'apercevoir que le huis-clos dont la loi paraît si vivement se préoccuper est singulièrement élargi. C'est devant un véritable aréopage que les médecins experts proclament, en quelque sorte, des diagnostics dont l'énoncé n'est pas sans jeter fréquemment quelque discrédit, soit sur le conscrit lui-même, soit sur sa famille […]. Il s'agit en définitive d'un examen absolument public, avec cette aggravation : qu'aucune disposition légale n'impose le secret aux membres de cette nombreuse assemblée[17].

Les représentations iconographiques de la révision mettent ainsi souvent en scène des conscrits nus les uns derrière les autres, défilant devant les membres du conseil[18]. Même si la pudeur comme vertu est prioritairement associée au genre féminin, « la corvée du déshabillage[19] », le fait de se dénuder publiquement pour être évalué est perçu, par les experts comme par les examinés, comme une épreuve suscitant gêne et appréhension[20]. Le médecin militaire Adrien Besson rappelle que « ces jeunes gens, souvent timides, sont parfois aussi intimidés par leur simple appareil que par le cérémonial inaccoutumé qui les entoure[21] ».

En effet, le dévoilement du corps transgresse les codes sociaux et moraux de la décence, qui imposent de dissimuler sa nudité. L'exhibition publique du corps, et plus précisément des organes sexuels, est condamnée à la fois par la morale religieuse, qui intime de ne rien faire qui puisse susciter des pensées coupables, et par le droit. En France, malgré un début d'érosion de la pudeur entamée à la Belle Époque, la nudité publique peut être qualifiée d' « outrage public à la pudeur » et sanctionnée par le Code pénal depuis 1810[22]. Il n'est dès lors pas surprenant de

---

[17] SIMONIN Jules, « Le secret médical vis-à-vis des hommes de troupes », *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, t. 79, 1908, p. 159

[18] Annexes n° 18, 19, 20, 21.

[19] « Une idylle sur un dos », *Le Rire*, n°84, 26 juin 1916, qui met en scène le moment de l'évaluation lors du conseil de révision.

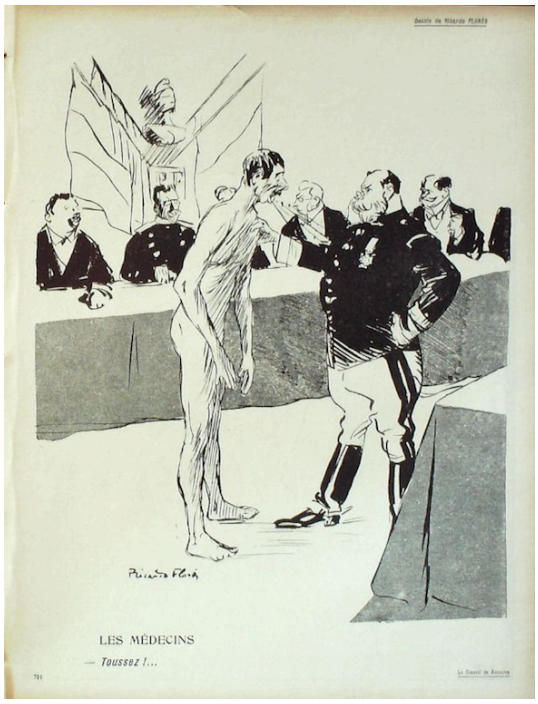
[20] Sur la dimension genrée de la pudeur, on lira GATE Juliette, « Genre et nudité dans l'espace public », HENNETTE-VAUCHEZ Stéphanie, PICHARD Marc, ROMAN Diane (dir.), *La loi et le genre. Études critiques de droit français*, Paris, CNRS Éditions, 2014, p. 677-691.

[21] BESSON Adrien, *De l'Évaluation de l'aptitude physique au service militaire des jeunes sujets*, Lille, H. Morel, 1921, p. 73.

[22] Sur l'érosion de la pudeur, voir SOHN Anne-Marie, « Le corps sexué » in *Histoire du corps*, tome 3, *op. cit.*, p.93-127 ; GRANCHER Christophe, « Batailles de plage. Nudité et pudeur dans l'entre-deux-guerres », *Rives méditerranéennes*, vol. 2, n°30, 2008, p. 117-133 ; BAUBEROT Arnaud, « De la nudité thérapeutique au nudisme, les naturistes français », *Rives nord-méditerranéennes*, n°30, 2008, p. 101-116. Sur la naissance de la pudeur comme marqueur du processus de civilisation ELIAS Norbert, *La civilisation des mœurs*, Paris, Pocket, 1ère édition 1974, 2009. Pour une critique de ces théories DUERR Hans Peter, *Nudité et pudeur. Le mythe du processus de civilisation*, Paris, Éd. de la Maison des sciences de l'homme, 1998. Voir aussi ANHEIM Étienne, GREVIN Benoît,

constater la gêne des candidats « en tenue de conseil de révision[23] » c'est-à-dire nus. Les médecins examinateurs évoquent ainsi « l'émotivité bien compréhensible, présentée par tous ces jeunes gens, comparaissant nus, à vingt ans, devant ces aéropages que vont statuer sur leur "sort"[24] ».

Image 8 : Le conseil de révision



Source : *L'Assiette au beurre*

Sur cette image, publiée en 1906 par l'hebdomadaire satirique *l'Assiette au beurre*, connu pour son antimilitarisme, on perçoit ce que le cérémonial peut avoir d'impressionnant. Le médecin qui examine le conscrit est en position d'autorité. Le torse bombé, le sourcil froncé, le poing sur la hanche, il palpe le bras du jeune homme et lui donne l'ordre de tousser. En face de lui, le conscrit, qui s'exécute, apparaît docile et courbé, le corps dénudé exposé à la vue des membres du conseil de révision. L'asymétrie de la situation, qui place un examiné nu face à des

« Le procès du "processus de civilisation" ? Nudité et pudeur selon H. P. Duerr », *Revue d'Histoire Moderne et Contemporaine*, 48-1, 2001, pp. 160-181. Sur la répression de la nudité, MANIN Lise, « Outrages publics à la pudeur et outrages aux bonnes mœurs : la nudité en procès dans la France du second XIX^{e} siècle », in CHASSAIGNE Philippe (dir.), *Puissance(s) publiques et censure(s) de l'époque moderne à nos jours*, Peter Lang, 2015 ; IACUB Marcela, *Par le trou de la serrure. Une histoire de la pudeur publique (XIX^{e}-XX^{e} siècle)*, Paris, 2008. Voir également : BOLOGNE J.-C., *Histoire de la pudeur*, Paris, Hachette, 1986.

[23] « Le Rire de la semaine », *Le Rire*, 30 mai 1914.

[24] BONNETTE Pierre, *Du choix des conscrits : indices de robusticité physique, utilisation méthodique du contingent, service armé, service auxiliaire, dépôts de viriculture extra-régimentaires pour les malingres*, Paris, Octave Doin et fils, 1910, p. 25.

évaluateurs vêtus, renforce l'embarras des recrues placées en position subalterne par le médecin qui dispose du pouvoir de faire se dénuder, d'évaluer et de qualifier les corps[25]. En France et en Grande-Bretagne jusqu'à la fin de l'années 1917, le caractère dévirilisant et asymétrique de l'examen est renforcé par le fait que les médecins procédant à l'examen sont revêtus d'un uniforme militaire qui manifeste l'ordre dont ils sont les garants[26].

Image 9 : « Un jeune soldat inquiet subit l'examen rigoureux de quatre médecins autoritaires »

Source : Wellcome Library[27]

Sur cette caricature de 1917, quatre médecins sévères portant l'uniforme examinent une recrue manifestement impressionnée.

Les travaux portant sur la pudeur en contexte médical se sont intéressés aux techniques déployées par les médecins masculins pour contourner l'embarras éprouvé face aux corps féminins. Ils ont en revanche accordé très peu d'attention à ce qui était fait pour épargner la sensibilité des hommes[28]. À l'hôpital, rien n'est prévu au XIX^e^ siècle pour éviter la gêne des

[25] Le pouvoir de faire se dénuder est un pouvoir essentiellement masculin comme le souligne Juliette Rennes dans RENNES Juliette, *Femmes en métier d'hommes (1890-1930). Une histoire visuelle du travail et du genre*, Saint-Pourçain-sur-Sioule, Bleu autour, 2013, p. 49 et 121.

[26] ROYNETTE Odile, « L'uniforme militaire au XIX^e^ siècle : une fabrique du masculin », *Clio. Femmes, Genre, Histoire,* n°36, 2012, 109-128.

[27] WL, BATEMAN H. M, « An anxious young soldier undergoing a rigorous medical examination by four domineering officers ». Pen and ink drawing by H. M. Bateman, 1917. s. d. Pour d'autres images, voir annexes n° 16.

[28] Sur la pudeur dans la relation thérapeutique, on lira BRANCHER Dominique, « Les ambiguïtés de la pudeur dans le discours médical (1570-1620) », *Cahiers de l'association internationale des études françaises*, 2003, vol. 55, p. 275-297 ; BAUDRY Hervé, *Pudeur et thérapeutique au XVI^e^ et XVII^e^ siècles : le problème du lavement de soi-*

malades[29]. A contrario, le confort et la dignité de la recrue durant l'examen font l'objet d'un certain nombre d'attentions. Les instructions françaises de 1916 précisent ainsi que :

> Les jeunes gens montrent parfois de la répugnance à subir la visite du médecin. Une apparence d'appréhension de la part du sujet doit engager l'expert à procéder à la visite avec encore plus de patience, de douceur et de bienveillance que de coutume et avec un redoublement de précautions[30].

Les médecins et l'administration du recrutement développent une éthique de la sollicitude destinée à préserver au maximum les hommes de l'inconfort et de la gêne que peut susciter l'examen de leur corps nu. Les instructions envoyées en 1917 par le Ministère du Service national britannique aux commissions médicales mentionnent ainsi la nécessité de prendre en compte « le confort des hommes venus subir l'examen médical[31] ». Ce confort passe par l'aménagement des locaux. Il s'agit de garantir l'intimité des examinés en s'assurant que le lieu de l'examen soit approprié et correctement équipé[32].

Le confort des recrues passe également par la prise en compte de leur pudeur et de leur sensibilité. Les Britanniques qui se présentent pour être examinés doivent avoir la possibilité de conserver leur manteau jusqu'au moment où ils pénètrent dans la salle d'examen[33]. Les gestes et l'attitude des médecins sont également soumis à cet impératif de sollicitude. Émile Duponchel souligne :

> Pour l'examen de détails, l'homme est placé en face de l'expert, les mains étalées, et celui-ci commence par lui demander s'il a une maladie ou une infirmité à lui signaler. Il est indispensable de procéder posément et sans brusquerie, sinon un grand nombre de jeunes gens, surtout dans

---

même, Genève, Droz, 2008 ; ARNAUD-LESOT Sylvie, *Pudeur et pratique médicale : aspects relationnels de l'examen gynécologique et obstétrical au XIX^e^ siècle en France*, Thèse de doctorat, 2007 ; « La pudeur en médecine aux XVIII^e^ et XIX^e^ siècles : une entrave à la parole du médecin et de sa patiente », *Medicina nei Secoli*, n° 16 (1), 2004, p. 95-107 ; « Pratique médicale et pudeur féminine au XIX^e^ siècle », *Histoire des sciences médicales*, 2004, vol. 38 (2), p. 207-218 ; CAROL Anne, « L'examen gynécologique en France, XVIII^e^-XX^e^ siècles : techniques et usages », dans FAURE Olivier et BOURDELAIS Patrice (dir.), *Les nouvelles pratiques de santé (XVIII^e^-XX^e^ siècles)*, Paris, Belin, 2005, p. 51-66.

[29] BARILLE Claire, « Les vaines pudeurs à l'hôpital (XIX^e^ siècle) », *Histoire, médecine et santé*, n°1, 2012, p. 47-61.

[30] Ministère de la guerre, *Recrutement de l'armée : aptitude physique au service militaire*, Paris, H. Charles-Lavauzelle, 1916, p. 9.

[31] « *Deputy Medical Commissioner (DMC) will take into consideration the comfort of men coming forward for examination* » in NA, NATS 1/866, p. 8.

[32] NA, NATS 1/866, p. 8. Pour des recommandations françaises sur le chauffage : « Avant d'entreprendre cet examen, les Médecins s'assureront toujours que les locaux où se fera la visite médicale sont à une température convenable, et que, en cas de besoin, le chauffage a été commencé au moins une heure avant le début de la visite » in SHD, GR 9 NN 7/1111, AS des conseils chargés de la révision de la classe 1920 et de l'examen des ajournés des classes 1918 et 1919 et des exemptés de la classe 1919, J9. 459 B. 4/7, 20 août 1918.

[33] NA, NATS 1/866, p. 8.

> les campagnes, émus déjà par la solennité des circonstances, par une pudeur naturelle, deviendront incapables de répondre et de fournir des renseignements pourraient être fort utiles[34].

L'embarras des jeunes gens nus est tel, qu'ils se trouvent parfois privés de parole ce qui complique la tâche de l'expert. Cette difficulté est soulignée par les médecins militaires français dès le milieu du XIX^e^ siècle[35]. La bienveillance des médecins a dès lors pour fonction de faciliter l'évaluation et la formulation du juste pronostic quant à la capacité de la recrue à rejoindre les forces armées.

Mais en dehors des atouts qu'elle peut présenter pour la réussite de l'examen, la sollicitude vise aussi à préserver la sensibilité des examinés. L'expert doit ainsi « toujours garder une attitude bienveillante qui mette en confiance son sujet : une attitude sévère, tranchante ou moqueuse est parfaitement oiseuse […] la patience et le tact sont ici de rigueur[36] ». Les questions embarrassantes doivent être posées à voix basses et tout doit être mis en œuvre pour donner aux éléments diagnostics le plus de discrétion possible. En l'absence de sources plus précises sur le déroulement des séances, il est difficile de dire si ces consignes sont réellement appliquées. Le fait qu'elles soient répétées sans discontinuer depuis la seconde moitié du XIX^e^ siècle et que des attitudes précises – « attitude sévère, tranchante ou moqueuse » – soient ici dénoncées laissent à penser, sans qu'il soit possible de l'affirmer, que la violence symbolique de l'examen a pu être redoublée par le comportement de certains experts.

2. Un verdict redouté

Les conditions de l'examen sont d'autant plus impressionnantes pour les recrues que l'enjeu est considérable. Le classement représente en effet un mode d'exercice du pouvoir de nature intellectuelle, culturelle et politique. Chez les conscrits français, la révision, moment clef dans la formation de l'identité masculine, sanctionne le passage à l'âge adulte de toute une classe d'âge[37]. Les décisions du conseil de révision sont connues et commentées. Elles ont un effet

[34] DUPONCHEL Émile, *Traité de médecine légale militaire : conseil de révision et opérations médicales du recrutement : mode de répartition des militaires malades (visites régimentaires, etc.) : réformes et retraites*, Paris, Octave Doin, 1890, p. 29.
[35] ROYNETTE, Odile, *Bons pour le service, op. cit.*, p. 240-242. Voir par exemple MORACHE Georges, *Traité d'Hygiène militaire – Deuxième édition entièrement remaniée, mise au courant des progrès de l'hygiène générale et des nouveaux règlements de l'armée*, Paris, J.B. Baillière et fils, 1886, p. 719.
[36] BESSON Adrien, *De l'Évaluation de l'aptitude physique, op. cit.*, p. 73.
[37] ROYNETTE Odile, *Bons pour le service*, *op. cit.*, p. 179 et p. 223.

puissamment performatif. Être déclaré « bon pour le service » c'est se voir décerner un gage de normalité physique et sociale[38].

L'énoncé du verdict donne lieu à des célébrations et, parfois, à des rituels d'humiliation. Un conscrit du Loiret décrit ainsi son conseil de révision à Orléans en 1891 :

> On se rendit à la préfecture […]. Sur les vingt-huit conscrits, vingt-cinq furent reconnus « bons ». Un camarade qui boitillait de naissance, un pauvre ouvrier jardinier tuberculeux furent réformés catégoriquement. Quant au troisième – c'était moi – je fus ajourné. Je n'avais que 97 de périmètre thoracique, alors qu'il fallait 98… ce ne fut pas drôle pour le boquillon (en solognot c'est : boiteux), pour le poitrinaire, ni pour moi. Nos camarades commencèrent à nous blaguer avec mépris, nous traitant de « fausses couches », de « mal bâtis », de « pas finis ». Et tandis qu'ils arboraient fièrement, à leurs coiffures, un carré de papier enluminé acheté aux forains et portant en grosses lettres le mot : BON, nous dûmes, selon l'usage, arracher les flots de nos chapeaux et les mettre dans nos poches. Bien plus, comble de déshonneur, il nous fallut tous les trois, suivre ainsi, sans ornements, le cortège, penauds comme ces captifs qui, sculptés sur les monuments romains, sont traînés derrière les chars de triomphateurs…[39]

On voit ici l'évocation de tout un folklore accompagnant les opérations médicales du recrutement. Les conscrits achètent des papiers, cartes, médailles, broches, flots et cocardes qui portent les mentions « bon », « bon pour le service », voire « bon pour les filles » et qui signifient visuellement leur aptitude[40].

[38] BOZON Michel, *Les conscrits*, Paris, Berger-Levrault, 1981 ; ROYNETTE Odile, *Bons pour le service, op. cit.*, p. 239-240. Pour une évocation littéraire de ces difficultés, HELIAS Pierre Jakez, *Le cheval d'orgueil, mémoires d'un Breton du pays bigouden*, Paris, Plon, 1975, p. 445.
[39] SIMON J.M., « Conscrits en Orléanais », in BFI, janvier-mars 1953, cité par BOZON Michel, *Les conscrits, op. cit.*, p. 104
[40] Annexe n° 22.

Image 10 : « Madame La Goulue, marchande de cocardes, embrasse son fils déclaré bon pour aller servir la patrie »

Source : Archives de la Ville de Paris / BHVP / Roger Viollet

Sur cette photographie de 1914, le jeune conscrit porte une cocarde ornée de flots, semblable à celles vendues par sa mère. Les coutumes des conscrits, constituées au XIX^e^ siècle, forment « un ensemble original, un système de rite autonome, un véritable cycle de cérémonies, du même ordre que celui des fiançailles ou du mariage[41] ». Ces rites visent aussi bien à célébrer le passage à l'âge adulte des conscrits qu'à conjurer l'inquiétude liée à l'entrée dans la vie militaire[42]. Ils visent aussi, on le voit ici, à sanctionner une hiérarchie sociale créée par l'expertise médicale.

Les opérations des experts médicaux consistant à catégoriser, classer, déclasser les recrues sont loin d'être des activités anodines. « La domination exercée par le classement et la classification revient à définir pour circonscrire, à assigner une place, un statut, aux savoirs, aux objets, aux êtres[43] ». Le verdict produit un changement d'état de l'examiné. De candidat à l'incorporation, il devient apte ou inapte. Le statut des individus donne alors lieu à ces parcours différenciés. Celui qui est déclaré apte est intégré aux forces armées, dans des formations plus ou moins éloignées du champ de bataille. Celui qui est exclu du champ de bataille pour raison de santé court le risque de subir l'opprobre et le stigmate, soit qu'on considère avec raillerie ses

[41] BOZON Michel, *Les conscrits, op. cit.*, p. 10.
[42] Sur les rites de conscrits, voir ROYNETTE Odile, *Bons pour le service, op. cit.*, p. 212-223 ; BOZON Michel, *Les conscrits, op. cit.*, p. 104-107, MAURIN Jules, *Armée, guerre, société*, *op. cit.,* notamment p. 252-271 ; HALAIS Jérémie, *Des Normands sous l'uniforme, 1889-1919. De la caserne à la Grande Guerre*, Bayeux, OREP éditions, 2018.
[43] LIQUETE Vincent, KOVACS Susan, « La lutte des classements. Introduction générale », in « Classer, penser, contrôler », *Hermès, La Revue* 2013/2, n° 66, CNRS Éditions, p. 9-15. Voir aussi BOWKER Geoffrey, STAR Susan Leigh, *Sorting Things Out: Classification and Its Consequences*, Cambridge, MIT Press, 1999.

capacités physiques douteuses, soit qu'on estime que son exemption a été indûment prononcée[44]. Dans la scène ci-dessus, c'est bien l'énoncé du verdict qui déclenche les quolibets des conscrits, alors même que pour au moins deux d'entre eux, l'insuffisance physique était facile à discerner. Le classement contribue donc à rigidifier les distinctions, à naturaliser des hiérarchies, à justifier la marginalisation d'individus. Pour Jacques Bainville (1879-1936), journaliste nationaliste et figure de l'Action française, en août 1914 : « le non-combattant n'est plus rien. Il le sent, il le sait[45] ». En ce sens, le classement peut être perçu comme une sanction sociale qui s'accompagne d'une opération d'étiquetage. Si l'on adopte une conception purement sociologique de l'inaptitude, qui en fait une position sociale produite par l'institution, on peut considérer que le verdict de l'examen médical contribue à créer des inaptes en rendant visible leur inadéquation à un type physique et mental érigé en modèle par la société[46].

L'exempté n'est pas seulement exclu du champ de bataille et raillé par ses pairs, il est aussi exclu du modèle masculin valorisé et dominant. Sa virilité et sa capacité à engendrer sont mises en doute. Ce verdict médico-militaire peut alors avoir des conséquences dans la vie civile du jeune homme, notamment sur sa capacité à prendre femme. « [C]elui qui n'aurait pas « fait son temps » […] parce qu'il aurait été réformé pour raison médicale, fait figure de suspect […] on n'envisage plus dans la France des campagnes qu'un jeune homme se marie et s'établisse sans s'être au préalable acquitté de ses obligations. Le service joue dans la construction du genre masculin un rôle fondamental, ce que les intéressés traduisent d'instinct par la formule "Bons pour le service, bon pour les filles"[47] ». On retrouve cette mention sur les insignes qu'arborent les conscrits déclarés aptes à l'issue du conseil de révision. La formule est souvent accompagnée d'un médaillon représentant un conscrit nu sous la toise que manie un gendarme. À l'inverse, l'inaptitude au combat est aussi utilisée de manière infamante. Dans *Le Diable au Cor*, journal de tranchée, les embusqués sont moqués par l'intermédiaire de leur progéniture de « rejetons rachitiques, tout à fait impropres au combat[48] ».

---

[44] ROYNETTE Odile, *Bons pour le service... op. cit.*, p. 239. Sur le stigmate et ses conséquences relationnelles, GOFFMAN Erwin, *Stigmate : les usages sociaux des handicaps*, Paris, Les Éditions de Minuit, 1975, p. 15.
[45] Cité par RIDEL Charles, *Les Embusqués*, Paris, Armand Colin, 2007*,* p. 53.
[46] Sur la conception sociologique du handicap, on lira BODIN Romuald, *L'Institution du handicap*, Paris, La Dispute, 2018, p. 15. Sur le poids des « identités de papier », qui objectivent les statuts par la constitution de dossier administratifs, l'inscription dur des listes, l'obtention de cartes, voir DARDY Claudine, *Identités de papier*, Lieu commun, Paris, 1990. Et sur la gestion bureaucratique des biographies par l'État, qui consiste à imposer des parcours scolaires ou professionnels préconçus, CASTEL Robert, *La Gestion des risques*, *op. cit.* ; LAGROYE Jacques, OFFERLE Michel (dir.), *Sociologie de l'institution*, Belin, Paris, 2010. Sur l'étiquetage, BECKER Howard, *Outsiders: studies in the sociology of deviance,* Londres, The Free Press, 1966.
[47] CREPIN Annie, *Histoire de la conscription, op. cit*., p. 317.
[48] RIDEL Charles, *Les Embusqués*, *op. cit*., p. 32.

Sans que l'examen soit aussi ritualisé, on retrouve en Angleterre une angoisse du verdict similaire. En effet, dans les années qui précèdent la Grande Guerre, se maintenir en bonne santé apparaît de plus en plus comme un devoir, en lien avec la capacité à servir le pays et à maintenir l'empire[49]. Cet impératif se trouve redoublé pendant la guerre : « Il me semblait que ce serait la fin du monde si je n'étais pas pris », se rappelle ainsi George Morgan[50]. La prégnance des normes de conformité physique à un certain idéal masculin s'ajoute à cette exigence et suscite chez les recrues le désir de se voir classer dans les catégories les plus hautes. La plupart des individus attendent avec anxiété les résultats de l'examen. C'est le cas des volontaires britanniques qu'évoque R. Grange, volontaire irlandais :

> Une foule d'aspirants soldats peuplait la partie inférieure de la place, devant la porte d'entrée, et se bousculait gaiement dans l'espoir d'accéder plus rapidement à l'examen médical. Le succès ou l'échec de la visite était ensuite facile à discerner sur le visage de chaque homme, dès qu'il franchissait à nouveau la porte[51].

Être déclaré apte suscite ainsi chez les aspirants soldats des manifestations de soulagement, voire de joie.

À l'inverse, les exclus peuvent ressentir une certaine amertume voire évoquer leur exemption comme une « expérience dévastatrice » dans le cas d'H. Russell, condamné à voir ses amis revêtir l'uniforme sans lui[52]. À l'annonce de l'assouplissement des critères de taille pour les « bataillons Bantam » à l'automne 1914, ce sont 1 098 volontaires, que leur petite stature avait conduit à être rejetés par les bureaux de recrutement, qui se dirigent vers Birkenhead pour rejoindre les 15e et 16e régiments du Cheshire[53]. Signe de l'importance qu'a pris ce verdict pour les Britannique, les catégories du système de classement sont connues et

---

[49] ARMSTRONG David, *A new history of identity: a sociology of medical knowledge,* Basingstoke, Palgrave, 2002, p. 71-73. Voir aussi ARMSTRONG David, *The political Anatomy of the body. Medical knowledge in Britain in the twentieth century,* Cambridge, Cambridge University Press, 1983 ; ANDRESKI Stanislav, *Military Organisation and Society,* Londres, Routledge, 1998 ; FINLAYSON Geoffrey, *Citizen, State and Social Welfare in Britain 1830-1998,* Oxford, Clarendon, 1994 ; TITMUSS Richard Morris, *Problems of Social Policy*, Bristol, Policy Press, 2019 [1950] ; TITMUSS Richard Morris*, Essays on the Welfare State*, Londres, George Allen & Unwin, 1958.

[50] « *I thought it would be the end of the world if I didn't pass* » cité par BROWN Malcolm, *Tommy Goes to War*, Barnsley, Greenhill Books, 2018, p. 11.

[51] « *A crowd of would-be soldiers thronged the lower part of the square outside the entrance door, all good naturedly jostling each other in an effort to gain a more favourable position for their medical examination. Success or failure was easily discernible on the face of each man as he later re-appeared at the doo*rway » Liddle Archive, Domestic Front, R. Grange, Letters and Papers, cité par SILBEY David, « Bodies and cultures collide », *art. cit.,* p. 66.

[52] « *shattering blow* » cité par SILBEY David, « Bodies and cultures collide », *art. cit.*, p. 71. Pour des exemples français, RIDEL Charles, *Les Embusqués, op. cit.,* p. 54.

[53] SIMKINS Peter, « "Each One a Pocket Hercules": The Bantam Experiment and the Case of the 35th Division », MARBLE Sandars (ed.), *Scraping the Barrel: The Military Use of Substandard Manpower, 1860-1969*, New York, Fordham University Press, 2012, p. 79-104.

circulent en dehors des milieux militaires. On retrouve les catégories « A1 » et « C3 » dans les chansons populaires, les correspondances familiales ou encore les discours politiques pour qualifier les conditions physiques de groupes ou d'individus[54].

3. Un verdict négocié ?

Nombreux sont ainsi les hommes qui tentent de rejoindre les rangs de l'armée en dépit des critères restrictifs de l'aptitude. Certains contournent la limite d'âge en contractant un engagement volontaire. C'est le cas du philosophe Alain qui s'engage comme artilleur à 46 ans. Il laisse aux médecins le soin de déterminer si sa condition physique lui permet de servir : « J'ai toujours pensé et dit […] [que] je m'engagerais en cas de guerre. J'ai suivi une très ancienne décision sans délibérer de nouveau, laissant toute la délibération aux médecins[55] ». Le cas spécifique du contournement de la limite d'âge pour les plus jeunes – dix-sept ans pour les volontaires – a fait l'objet de plusieurs études qui ont permis de relativiser la disparition des enfants des champs de bataille européens[56]. Âgés de quatorze à seize ans, parfois plus jeunes, ils viennent de tous les milieux sociaux. Ils s'engagent surtout en 1914 et 1915, souvent à l'insu de leurs parents, par patriotisme, goût de l'aventure ou y sont poussés par la pression sociale[57]. Il existe certes dans la plupart des pays des facilités pour s'enrôler précocement dans la Marine. En France, l'École des mousses offre la possibilité de s'engager dès douze ans. Mais en dehors de ces exceptions légales, les adolescents désireux de rejoindre les rangs de l'armée doivent contourner la vérification administrative de leur identité et, bien souvent, celle de leur condition physique. En France, ce type de fraude ne peut se dérouler dans le cadre du conseil de révision, où les jeunes gens sont convoqués en fonction de leur âge. Dans les deux pays, c'est donc au bureau de recrutement, où se présentent les volontaires, qu'a lieu la supercherie. En Grande-Bretagne, Cecil Withers est ainsi engagé illégalement en 1915 à seize ans, sous un faux nom et

[54] BOURKE Joanna, *Dismembering The Male: Men's Bodies, Britain, and the Great War,* Londres, Reaktion Books, 1996, p. 175.
[55] Lettre à Marie-Monique Morre-Lambelin, 3 mars 1915, *in* ALAIN, *Lettres aux deux amies*, Paris, Les Belles lettres, 2014, p. 199. Cité par RASMUSSEN Anne, « Préserver le capital humain », *art. cit*., p. 71-95.
[56] PIGNOT Manon, « Entrer en guerre, sortir de l'enfance ? Les "ado-combattants" de la Grande Guerre » in PIGNOT Manon (dir.), *Enfants-soldats, XX^e^-XXI^e^*, Paris, Armand Colin, 2014, p. 69-89 ; PIGNOT Manon (dir.), « Engagements adolescents en guerres mondiales », *Le Mouvement social*, n°261, Paris, La Découverte, 2018 ; PIGNOT Manon, *L'Appel de la guerre. Des adolescents au combat, 1914-1918*, Anamosa, 2019 ; VAN EMDEN Richard, *Boy Soldiers of the Great War*, Londres, Headline, 2005. Voir aussi, pour l'empire britannique COOK Tim, « "He was determined to go": Underage Soldiers in the Canadian Expeditionary Force », *Social History*, volume 41, n°81, mai 2008, p. 41-74.
[57] VAN EMDEN Richard, *Boy Soldiers…, op. cit.*, p. 50 ; PIGNOT Manon, « Entrer en guerre, sortir de l'enfance… », *op. cit.*, p. 72.

en mentant sur son âge[58]. La même année en France, Jean-Corentin Carré se présente à quinze ans sous une fausse identité au bureau de recrutement de Pau[59]. Il prétend être un réfugié des Ardennes, ce qui le dispense de présenter ses papiers.

Les adolescents profitent donc avec succès de la désorganisation du temps de la guerre, que ce soit celle des procédures d'identification ou celle du processus de recrutement. Ils bénéficient également de la bienveillance des officiers recruteurs et médecins qui ferment parfois les yeux en connaissance de cause[60]. Mais les autorités ne sont pas toujours disposées à incorporer de très jeunes recrues. D'autant qu'en l'absence de preuve de l'âge des volontaires, les médecins britanniques sont censés l'évaluer scientifiquement, à l'aide d'un système d'équivalence normatif du corps humain[61]. Georges Calverley, dont la taille se trouve en dessous d'1m60, doit s'y reprendre à trois fois avant de réussir à s'engager dans la marine britannique en mars 1915[62]. Il est plus facile pour les adolescents exceptionnellement robustes de tromper la vigilance des experts. Pour James Macpherson (1880-1937), sous-secrétaire d'État à la guerre : « en zone rurale, où les garçons sont solides et de bonne constitution, il leur est facile de passer pour des jeunes gens en âge d'aller combattre[63] ». À douze ans, Ernest Wrentmore mesure 1m68 et pèse 70 kg. Il n'éprouve aucune difficulté à duper l'agent recruteur[64]. Mais ils sont peu nombreux à être aussi charpentés. La taille moyenne d'un adolescent français de treize ans est alors d'1m40, soit 26 cm en dessous de la taille moyenne des conscrits, et 14 cm en dessous de la taille limite d'1m54 qui, si elle n'est plus discriminante, reste néanmoins un point de repère pour les médecins[65].

Le destin de ces adolescents robustes, incorporés malgré leur grande jeunesse, montre que la condition physique a tendance à primer – à leurs yeux comme à ceux des recruteurs – sur la limite d'âge. Jean-Corentin Carré ne se considère « pas plus patriote qu'un autre », mais pour lui, « un Français, lorsqu'il est assez fort pour faire un soldat, est un lâche s'il reste à

[58] VAN EMDEN Richard, *Boy Soldiers…, op. cit.*, p. 186.
[59] PIGNOT Manon, « Entrer en guerre, sortir de l'enfance… », *op. cit.*, p. 77.
[60] PIGNOT Manon, *L'Appel de la guerre… op. cit.*, p. 110.
[61] Chapitre 2.
[62] PIGNOT Manon, *L'Appel de la guerre… op. cit.*, p. 96-97. Sur le minimum de taille de 5 pieds et 3 pouces (soit 1m60), voir VAN EMDEN Richard, *Boy Soldiers of the Great War*, *op. cit.*
[63] « *In country districts, where the boys are of good physique and strong, they can easily pass as boys of military age* », in *Hansard, House of Commons Debates* (HC Deb.), 1er mars 1917, vol 90, cc2233.
[64] Cité par PIGNOT Manon, *L'Appel de la guerre… op. cit.*, p. 100.
[65] Sur la taille moyenne des petits Français : JABLONKA Ivan, *Ni père ni mère. Histoire des enfants de l'Assistance publique (1874-1939)*, Paris, Seuil, 2006 ; sur la taille moyenne des conscrits français : CHAMLA Marie Claude, « L'accroissement de la stature en France de 1880 à 1960 : comparaison avec les pays d'Europe occidentale », *Bulletin de la Société d'anthropologie de Paris*, t. 6, XIe série, 1964, p. 201-278. Sur la taille comme critère du recrutement, voir chapitre 1.

l'arrière[66] ». Pour le colonel J. H. Lloyd, du 15e Fusiliers de Lancashire, « la règle est que si l'homme ou le garçon est à la hauteur de la tâche, il reste, qu'il soit mineur ou non[67] ». Le député conservateur et *major* John Newman (1871-1947) loue l'efficacité et la résistance des très jeunes recrues[68].

Qu'ils soient solidement bâtis ou non, les petits soldats sont souvent bien acceptés, une fois incorporés, par leurs camarades plus âgés, qui sont loin d'être dupes. Ils sont parfois traités en mascottes, évoqués dans la presse comme des héros, voire décorés. En France, l'âge de treize ans est à la fois celui du discernement pénal, de la fin de la scolarité obligatoire et l'âge légal du travail salarié. Les adolescents des milieux populaires sont donc souvent en atelier ou à l'usine dès cet âge[69]. Leur présence dans un monde d'adulte n'a dès lors plus rien de surprenant. Pourtant, la présence de jeunes garçons dans les forces combattantes ne fait pas l'unanimité. Ils sont nombreux à être renvoyés chez eux lorsque la supercherie est découverte[70]. Leur sort suscite des débats à la Chambre des Communes britannique. Dès 1917, on tente d'éviter de les envoyer en France avant leurs 19 ans[71]. Une fois repérés, ceux qui réussissent à gagner la France doivent alors attendre l'âge légal dans un camp à Étaples. Il s'agit d'une situation intermédiaire où, sans être renvoyés chez eux, ils sont néanmoins exclus de la zone de combat[72].

Il est donc parfois possible, pour une recrue ne remplissant pas les conditions de l'aptitude mais néanmoins désireuse d'aller combattre, de se voir classer dans la catégorie correspondant à ses souhaits. Les candidats ont recours à divers subterfuges. En Grande-Bretagne, on peut apprendre par cœur le tableau de Snellen ou se faire souffler les lettres à lire afin que sa vue défaillante ne soit pas remarquée ou encore se rendre d'un bureau de recrutement à un autre dans l'espoir d'obtenir un classement plus favorable grâce à un expert indulgent[73]. J. C. Attwood, quoiqu'affligé d'une poitrine faiblement développée, réussit ainsi à contourner les exigences du périmètre thoracique grâce à un médecin conciliant[74]. Est-ce pour autant

[66] Lettre citée par PIGNOT Manon, « Entrer en guerre, sortir de l'enfance… », *art. cit.*, p. 77.
[67] Lettre du 22 juillet 1916 citée et traduite par PIGNOT Manon, « Entrer en guerre, sortir de l'enfance… », *art. cit.*, p. 82.
[68] VAN EMDEN Richard, *Boy Soldiers…, op. cit.*, p. 188.
[69] ROYNETTE Odile, « La construction du masculin », *art. cit*., p. 90-91.
[70] PIGNOT Manon, *L'Appel de la guerre… op. cit.*, p. 111.
[71] CAC, GEDD 4/6/1684, The recruiting code. Ministry of National Service publication, 1er décembre 1917, p. 161-162, para. 474 « Examination of Youth of 17 »,
[72] Pour un exemple de débat à la Chambre des Communes, voir HC Deb., 1er mars 1917, vol. 90, cc2233. Sur le camp d'Étaples, PIGNOT Manon, « Entrer en guerre, sortir de l'enfance… », *art. cit.*, p. 81.
[73] MCDERMOTT James, *op. cit*., p. 186 ; SILBEY David, « Bodies and Cultures Collide... », *art. cit.*, p. 69.
[74] SILBEY David, « Bodies and Cultures Collide... », *art. cit.*, p. 67.

suffisant pour estimer que la sélection donne lieu, non à une évaluation suivie d'un jugement unilatéral, mais à une négociation ?

Pour Emma Newlands comme pour David Silbey et Corinna Peniston-Bird, l'examen est un moment de négociation entre l'individu et l'État, voire un moment de résistance[75]. À l'appui de leur démonstration, les auteurs citent des témoignages d'hommes, désireux de s'engager malgré des défectuosités physiques plus ou moins marquées, et dont l'entreprise est couronnée de succès au terme d'un bref échange avec un médecin indulgent. Selon eux, les candidats à l'incorporation ne seraient donc pas entièrement soumis au pouvoir médical, mais mobiliseraient des ressources afin de faire plier en leur faveur le jugement des médecins. Si la thèse est séduisante et va dans le sens de l'abondante bibliographie consacrée à la résistance, au contournement et à la subversion de l'autorité, elle souffre pourtant d'insuffisances manifestes.

Une lecture plus attentive des sources montre en effet que ces contournements, dont on ne peut nier l'existence, vont néanmoins presque toujours dans le sens des *desiderata* de l'armée. Autrement dit, ces « négociations » débouchent toujours sur le classement dans une catégorie supérieure à celle initialement envisagée par l'expert, soit sur l'incorporation d'individus que leurs caractéristiques auraient dû tenir plus ou moins éloignés des forces combattantes. Les témoignages inverses, ceux de recrues parfaitement saines de corps et d'esprit ayant pu échapper au service sont rarissimes. Et pour cause : ils sont en temps de guerre, de mobilisation des énergies nationales, entourés d'une réprobation particulièrement vive. Il suffit d'ailleurs d'évoquer l'extrême sévérité avec laquelle sont accueillies les tentatives de fraude et de simulation, de la part des recrues comme de la part des médecins, et les directives plus ou moins officielles données à plusieurs reprises dans les deux pays afin d'assouplir les critères de sélection, pour comprendre qu'une négociation qui ne va que dans un seul sens n'en est pas vraiment une. D. Silbey lui-même caractérise cette pseudo-négociation de « fiction polie entre un médecin et un volontaire qui désirent la même chose[76] ». On peut donc raisonnablement estimer que la dimension négociée de l'expertise médicale est limitée et partielle et que, quand bien même elle aurait été présente dans le cas de recrues désireuses d'échapper au service des armes, elle n'est intervenue que de manière extrêmement marginale dans la mécanique d'auto-exclusion du champ de bataille. Il reste donc aux candidats à

[75] SILBEY David, « Bodies and Cultures Collide... », *art. cit*, p. 65-75 ; PENISTON-BIRD, Corinna. « Classifying the Body in the Second World War », *art. cit.*, p. 31-48.
[76] « *polite fiction between a doctor and a volunteer who wanted the same thing* » in SILBEY David, « Bodies and Cultures Collide... », *art. cit.*, p. 67.

l'exemption que l'examen médical n'aurait pas suffi à tirer d'affaire, la possibilité de plaider leur cause ou celle de contourner le jugement médical.

II. « *I am far from being a fit man* » : le tribunal d'appel de Middlesex

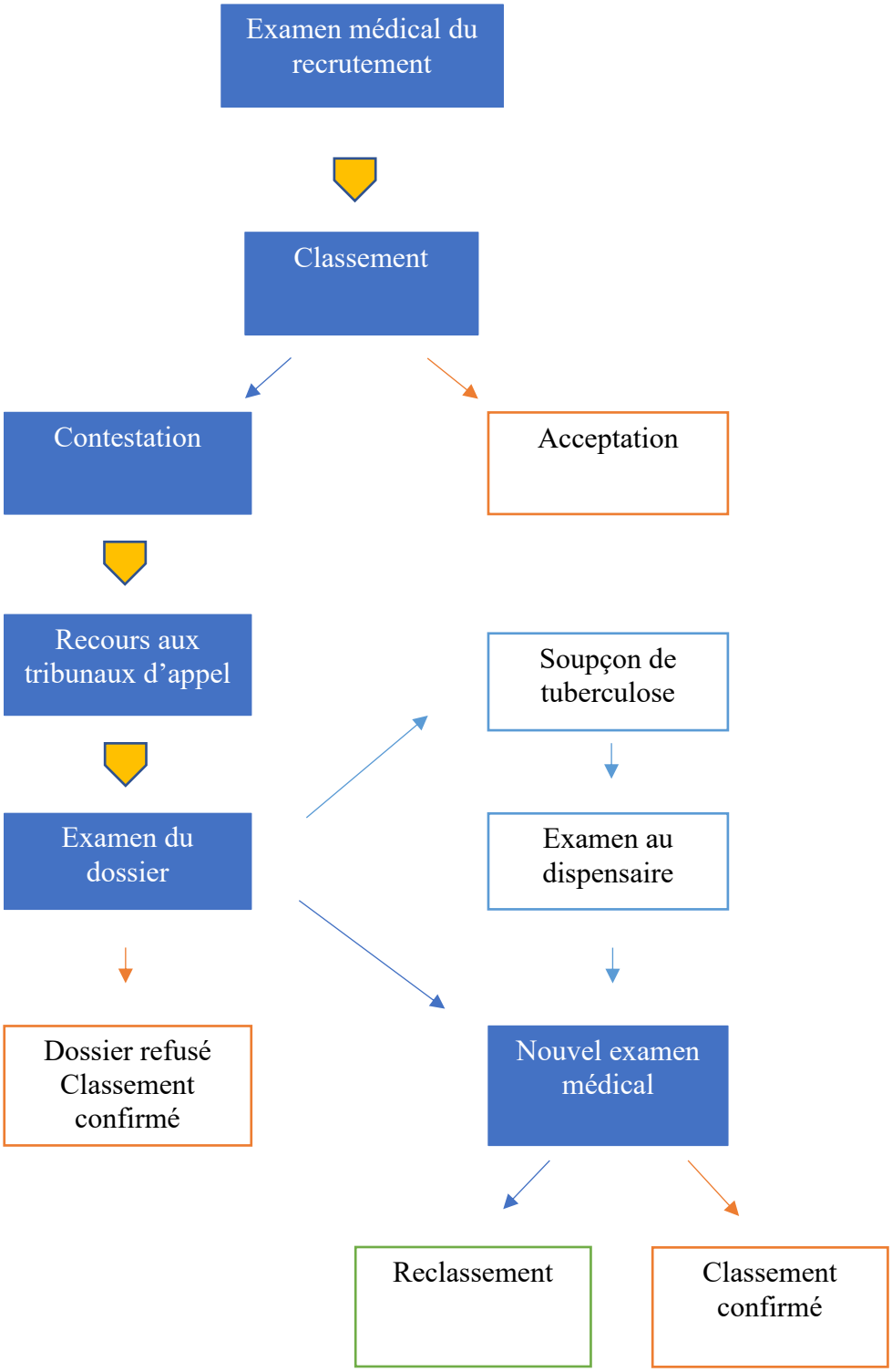
1. Contester le jugement médical : le recours au tribunal d'appel

Les réclamations et contestations sont inégalement prises en compte par les autorités. En France, le verdict du conseil de révision est irrévocable[77]. On trouve quelques cas de protestation dans des lettres adressées au commandant du bureau de recrutement, au médecin qui a soigné la recrue, dans l'espoir d'obtenir un certificat, ou au correspondant prestigieux dans l'espoir qu'il use de son influence. Elles sont souvent le fait de femmes, prête à produire des dossiers médicaux, comme la sœur du soldat Antoine T., qui « oscille entre indignation et incrédulité » à l'idée que son frère faible d'esprit soit envoyé au front, ou l'épouse de Baptiste T., qui assure son médecin que son mari « n'est pas guéri[78] ». Mais le caractère dispersé de ces sources rend leur étude systématique difficile.

En Grande-Bretagne, à partir de la mise en phase du *Derby Scheme* en 1915 mais plus significativement une fois le service devenu obligatoire, des tribunaux d'appel composés de notables locaux peuvent examiner les recours des Britanniques au regard des obligations du recrutement [79]. Ces appels concernent des recrues désireuses d'échapper au service. Celles-ci peuvent faire appel pour plusieurs motifs, familiaux, économiques ou moraux. C'est le cinquième motif « E - *On grounds of ill-health or infirmity* », « pour raisons de santé ou invalidité », qui nous intéresse ici particulièrement. Il est possible de saisir les tribunaux pour ce motif avant même qu'une expertise médicale soit réalisée dans le cadre du recrutement, mais dans les faits, les tribunaux sont surtout saisis par les recrues contestant un classement déjà effectué. À l'aune de pièces justificatives fournies par le plaignant, les tribunaux peuvent exiger une nouvelle expertise médicale dont les résultats peuvent aller à l'encontre de la précédente.

[77] Selon les lois sur le recrutement de 1872 et de 1889, son jugement peut être attaqué devant le conseil d'État pour incompétence et excès de pouvoir. Voir ROYNETTE Odile, *Bons pour le service*, *op. cit.,* p. 426, note 28.
[78] Cités par DERRIEN Marie, « Éliminer ou récupérer ? L'armée française face aux fous du début du *XX*e siècle à la Grande Guerre », *Le Mouvement Social*, vol. 253, n°4, 2015, p. 13-29. Voir aussi RIDEL Charles, *Les Embusqués*, *op. cit.,* p. 64
[79] GREGORY Adrian « Military Service Tribunals », *art. cit.* ; MCDERMOTT James*, British Military Service Tribunals, op. cit.*.

Schéma 1 : Le recours aux tribunaux d'appel pour raison de santé



Les tribunaux d'appel ont ainsi eu à trancher 33 000 cas en 1917 et 1918[80]. Un peu plus de la moitié ont présenté des éléments suffisamment probants pour conduire à un nouvel examen médical.

Tableau 12 : Affaires traitées par les tribunaux d'appel pour raisons de santé (novembre 1917 - novembre 1918)

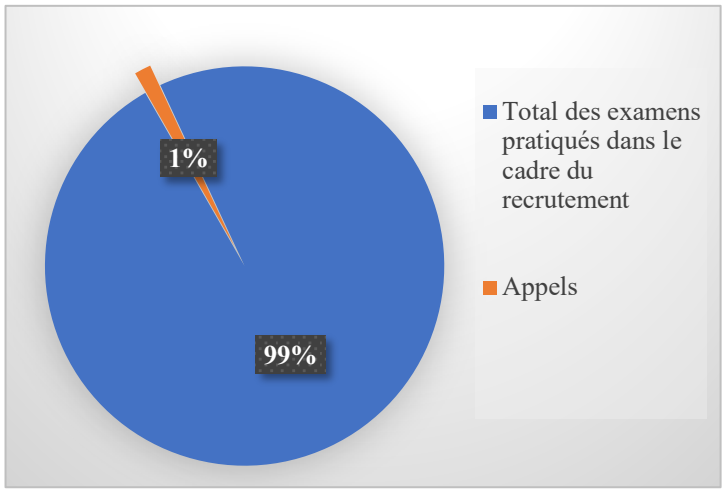
	Nombre	**Part du total (%)**
Total des examens pratiqués dans le cadre du recrutement	2 425 184	100
Appels	33 091	1,4
Demandes ayant conduit à un nouvel examen	16 679	0,69
Modification du classement à l'issue du nouvel examen	Env. 8 400	Env. 0,35

Source : *Report upon the Physical Examination*[81]

Ces statistiques sont très partielles, elles ne concernent que la période qui s'étend de la mise en place du Ministère du Service national, qui a produit ses propres statistiques indépendamment de l'armée, à la fin de la guerre. On peut néanmoins en déduire que la contestation officielle de la décision médicale est un phénomène assez limité :

[80] NA, NATS/1/12/M/36. Memorandum on Ministry of National Service, 1917.
[81] Source des chiffres : Ministry of National Service, *Report vol. I upon the Physical Examination of men of military age by National Service Medical Boards From November 1st 1917 – October 31st 1918.* Voir annexe n° 23.

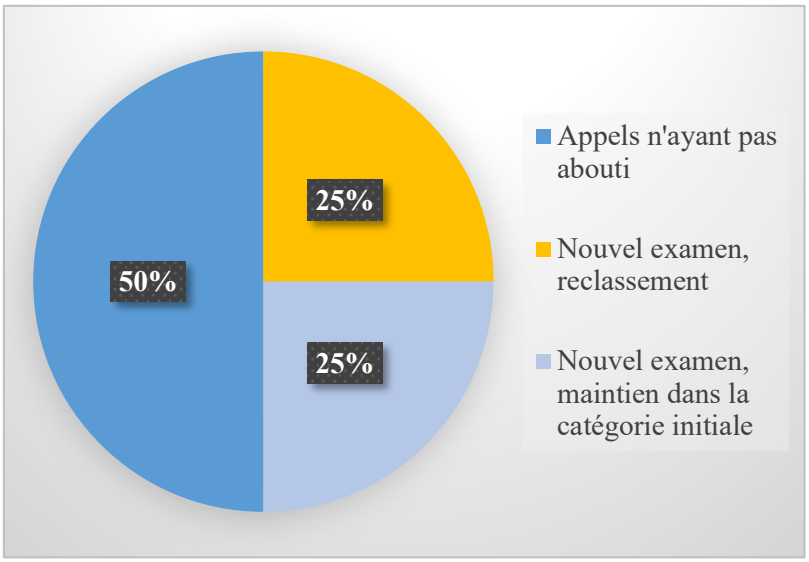
Diagramme 1 : Demandes d'appel (novembre 1917 - novembre 1918)



Source : *Report upon the Physical Examination*

Il apparaît que 1,4% du total des individus examinés entre novembre 1917 et novembre 1918 a mis en question le jugement médical. La demande formulée conduit à un nouvel examen dans 50% des cas et un nouvel examen sur deux aboutit à un reclassement :

Diagramme 2 : Procédures d'appel entamées (novembre 1917 - novembre 1918)



Source : *Report upon the Physical Examination*

Les *National Archives* ont établi quelques statistiques des appels du tribunal de Middlesex sur un échantillon de 442 cas[82]. Les résultats des appels après réexamen permettent d'affiner ceux des statistiques nationales :

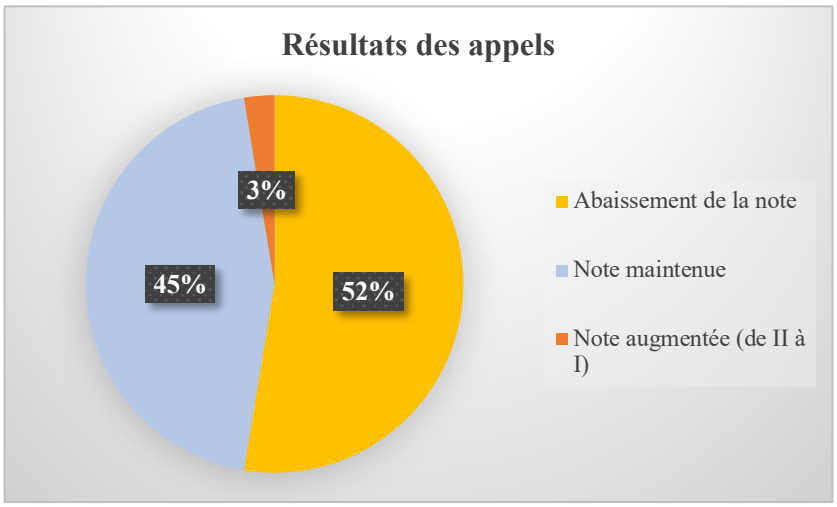
[82] BARNES Chris, « Not fit for purpose », post du blog https://blog.nationalarchives.gov.uk/, URL: https://blog.nationalarchives.gov.uk/not-fit-for-purpose/#return-note-11562-1, consulté le 4 août 2020.

Tableau 13 : Résultats des appels au tribunal de Middlesex (en pourcentage du total des appels)

	Nombre de cas
Abaissement de la note	52,5
Note maintenue	45
Note augmentée	2,5

Source : Barnes, « Not fit for purpose »

Diagramme 3 : Résultat des appels pour raison de santé du tribunal de Middlesex



Source : Barnes, « Not fit for purpose »

Selon des valeurs assez proches des statistiques nationales, on constate d'abord qu'un nouvel examen aboutit à un reclassement (note abaissée ou augmentée) dans 55% des cas (contre 50%) et qu'il est courant (45% contre 50%) que l'appel ne modifie pas la note préalablement contestée. Ces chiffres permettent de voir qu'il est très rare (2,5%) que la plainte débouche, contre l'avis du plaignant, sur un reclassement dans une catégorie supérieure à la catégorie initiale.

Il est possible de tirer de ces appels d'intéressantes perspectives. Chaque dossier comprend un formulaire portant mention du classement initial contesté, et des raisons qui motivent cette contestation. Le motif de la plainte est donc exprimé en quelques lignes de la main de la recrue elle-même, voire détaillées dans une lettre du plaignant ou – plus rarement – de sa famille. La plainte est accompagnée de certificats médicaux et d'autres documents s'il y

a lieu, par exemple, de faire examiner l'individu plus avant par un officier de santé chargé de détecter les cas de tuberculose[83]. Tous les plaignants saisissent le tribunal afin de voir leur note dégradée. Il est donc particulièrement intéressant de se pencher finement sur l'exposé de leurs motifs afin de dégager les caractéristiques de l'inaptitude vue et exprimée par les recrues elles-mêmes, ainsi que sur les modalités d'administration de la preuve de cette inaptitude, notamment par la certification médicale.

2. Invoquer l'inaptitude : des doléances

Chaque demande d'exemption nécessite la constitution d'un dossier[84]. Le formulaire de demande (*Application Form* R.M.1) sollicite du plaignant le détail « complet » (*fully stated*) des « motifs appuyant sa demande ». Je me propose d'analyser cet exposé des motifs comme des « doléances », c'est-à-dire des plaintes mêlées d'une demande de justice. L'administration encadre peu l'expression de ces doléances. Elles peuvent être développées, précise le formulaire, « sur des feuillets à part, si nécessaire ». Les dossiers consultés présentent donc des textes, manuscrits ou dactylographiés, qui s'étendent d'un paragraphe à deux pages. Charles Trappit, 43 ans, expose ainsi de manière laconique les motifs permettant, selon lui, de discuter son classement à l'échelon 2 : « Ma condition physique est montrée de manière claire par le certificat de Sir James Cantlie dont une copie est jointe au présent dossier[85] ». C'est parfois en quelques mots, les hommes se plaignent de « ne pas être en bonne santé », d'être « de faible constitution[86] », d'être « inapte à toute forme de service » et laissent aux certificats le soin d'apporter davantage de précisions. Mais le plus souvent, les recrues livrent une description détaillée de leur état de santé et dressent de véritables tableaux cliniques sous forme de récits autobiographiques, qui tiennent sur une à deux pages. Ces justifications en forme de descriptions médicales de soi sont construites par leurs auteurs de manière à emporter l'adhésion des experts auxquels revient la décision finale. Leurs formes rhétoriques et argumentatives sont donc révélatrices de stratégies discursives qui révèlent la capacité des

[83] NA MH 47/114/1. RM1/1.
[84] Pour la constitution du dossier, voir « présentation des sources » dans l'introduction générale de la thèse.
[85] « *My physical condition is correctly shown by the certificate of Sir James Cantlie – a copy is annexed hitherto* » NA, MH 47/115/20. Case Number: RM1/711.
[86] NA, MH 47/115/40. Case Number: RM1/747.

recrues à déployer ponctuellement des compétences dans le but de rendre légitime leur demande de reclassement.

Dans ces doléances, les recrues mettent soigneusement en scène leur infirmité. Les textes prennent souvent la forme d'un historique médical, d'un catalogue de blessures et maladies, accompagné des circonstances de leur irruption. Thomas Naylor, sportif contrarié, précise ainsi :

> J'ai d'importantes varices sur la jambe droite. Il y a quelques années, je me suis abîmé le cartilage du genou droit en jouant au foot, puis déboîté le même genou en jouant au tennis. Il m'a depuis été impossible de pratiquer des sports d'extérieur. Il y a trois semaines, j'ai glissé sur un pavé et je me suis blessé le genou. J'ai dû rester alité pendant deux jours[87].

Visibles à l'œil nu ou requérant, au contraire, un examen poussé, les affections sont décrites comme tenaces et invalidantes. Elles font de la vie des plaignants une vie empêchée, un univers contracté sur un nombre limité de possibles. Les loisirs, tout particulièrement la pratique du sport et de la marche, et les activités professionnelles sont elles aussi limitées par la gêne ressentie. En revanche, cet historique laisse peu de place à l'expression de la douleur. Conscient du faible poids de leurs plaintes dans l'élaboration traditionnelle du diagnostic, les recrues préfèrent souvent reproduire les faits de la manière qu'ils estiment la plus neutre possible[88]. Horace Logsdon résume ainsi : « Mon historique médical ci-joint, certifié par des commissions médicales, aurait été bien plus probant que tout ce qu'il me serait possible de dire de mon état général[89] ».

Son argumentaire est néanmoins étalé sur deux pages et méthodiquement classé en trois parties. Il expose d'abord son historique des examens médicaux subis dans le cadre du recrutement. Ses cinq passages devant une commission médicales ont donné lieu à trois exemptions, une classification C3 et une classification échelon 2, qu'il conteste. Or, sa santé ne s'est améliorée en aucune façon depuis les examens médicaux ayant conduit à son exemption. « Je ne suis pas davantage apte au service actif que je ne l'étais précédemment, lorsque j'ai été classé C3[90] ». En outre, ses antécédents médicaux n'avaient pas été communiqués à la

---

[87] « *I have extensive varicose veins in my right leg. Some years ago, I injured a cartilage in my right knee whilst playing football and subsequently dislocated the same knee whilst playing tennis, since then I have been unable to play any outdoor game. Only 3 weeks ago, I slipped off a stone and? my knee with the result I had to stay in bed 2 days* » NA, MH 47/115/50. Case Number: RM1/763.

[88] Sur le faible poids des plaintes dans l'élaboration du diagnostic, DODIER Nicolas, *L'expertise médicale. Essai de sociologie sur l'exercice du jugement*, *op. cit*., p. 121-163.

[89] « *The medical history I submit would have been more convincing evidence of my general condition, as certified by previous medical boards, than anything I might say on my own behalf* » NA, MH 47/115/60. Case Number: RM1/780.

[90] « *I am not fit for any more active form of service than that for which I was previously classified,* i.e. *C3* ».

commission qui l'a examiné, ce fait constituerait à lui seul, estime-t-il, un motif suffisant pour motiver la tenue d'un nouvel examen. Enfin, il détaille longuement son historique médical « depuis la naissance » :

> J'ai toujours été de constitution délicate.
>
> Alors que j'étais nourrisson dans une famille démunie, je me suis cassé l'omoplate.
>
> Il y a quelques années, j'ai contracté une fièvre qui a provoqué des œdèmes dans mes deux jambes. Cette maladie m'a rendu sujet aux rhumatismes chroniques et aux troubles circulatoires dans les jambes.
>
> J'ai souffert plus tard d'une lourde chute qui a endommagé la base de ma colonne vertébrale, a dérangé mon système nerveux et m'a rendu profondément neurasthénique.
>
> J'ai une côte cervicale, deux orteils en marteau et un orteil malformé.
>
> J'ai été constamment l'objet des soins et de la préoccupation du corps médical, notamment ceux de John Collie, qui travaille aujourd'hui aux Ministère des pensions ; j'ai dû fréquemment prendre de longues périodes de repos, manquer l'école, l'université et être absent de mon travail pour des périodes de trois et six mois.
>
> La chaleur fait enfler toutes les veines de mes jambes jusqu'aux hanches, de même que n'importe quel type d'exercice, ce qui provoque de fortes douleurs et un grand accablement. Cela m'empêche complètement de me livrer à des activités physiques de n'importe quel type ou même de pratiquer la marche sur une certaine distance […].
>
> Mon état de santé a eu des conséquences sur ma vie professionnelle, puisque sur avis médical, j'ai abandonné le versant le plus actif de ma profession d'enquêteur pour me consacrer à l'évaluation, qui demande moins de marche et d'efforts physiques […][91].

Horace Logsdon montre ici sa maîtrise des critères ; les malformations des pieds font en effet l'objet d'une attention particulière de la part des médecins examinateurs[92]. Il prend soin de souligner explicitement que l'étendue de ses infirmités l'empêche de se livrer à l'une des activités essentielles au métier des armes, la marche[93]. Il n'ignore sans doute pas que, pour être classé échelon 2, il faut être capable de « soutenir un effort prolongé » et « pouvoir marcher près de dix kilomètres sans difficulté ». Peut-être espère-t-il que la distance qu'il faut pouvoir parcourir pour être classé échelon 3 (huit kilomètres) sera également considérée comme excessive. Nombreux sont les cas qui insistent sur la difficulté à marcher, soit en raison de malformations des pieds ou des orteils, soit du fait de troubles articulaires, soit que l'effort

[91] Le texte complet se trouve en annexe n° 24.
[92] Voir par exemple JONES Robert « The soldier's foot and the treatment of common deformities of the foot », *The British Medical Journal,* 20 mai 1916, p. 709-711.
[93] Pour un autre cas où les infirmités des pieds sont longuement détaillées : NA, MH 47/114/90.

requis paraisse insurmontable à leur faible constitution[94]. Le texte d'Horace Logsdon est soigneusement argumenté de manière à ce que l'on comprenne que ses infirmités sont prononcées et incurables, autant de conditions de l'exemption. Ainsi, il précise plus loin que les chirurgiens consultés ont déclaré ses varices inopérables et qu'aucun des nombreux traitements qu'il a tentés ne l'ont véritablement soulagé.

Toutes les doléances ne révèlent pas la même maîtrise des critères de la sélection mais on voit que ceux-ci circulent et sont souvent bien connus des plaignants. L'un d'entre eux, après avoir été classé C2 par la commission d'Houslow, souligne qu'il souffre toujours d'une valvulopathie et est affligé d'une faible constitution. À 39 ans, ajoute-t-il, il mesure 1m64 pour un peu plus de 43 kg et un périmètre thoracique de seulement 73 cm[95]. Les discours des recrues apparaissent donc contraints par le regard bureaucratique et orienté par les attentes et les normes des autorités auxquelles il est adressé. Leur charpente rhétorique comprend dès lors des passages, sinon obligés, du moins récurrents[96].

Les plaignants tentent souvent de défendre le bien-fondé de leur réclamation en se présentant comme des individus intègres et honorables. Véritable « épreuve de réputation[97] », elle prend les formes spécifiques du temps de la guerre. Outre sa bonne conduite et son honorabilité, il faut savoir faire montre de sa volonté de participer à l'effort de guerre et se défendre d'être un embusqué (*shirker*). En se présentant comme un infirme de longue date, Horace Logsdon suggère que sa condition physique a toujours grandement limité sa participation à toutes sortes d'activités et que sa démarche n'est en aucun cas motivée par le désir d'échapper au service. Nombreux sont les plaignants à insister ainsi sur l'ancienneté des troubles[98]. Les archives mentionnent parfois la réelle volonté d'aller se battre des plaignants. Albert Jarvis écrit ainsi depuis le front pour attester de l'intégrité de son frère Christopher : « Je connais son tempérament, je sais qu'il ne cherche pas à échapper à son devoir [99]». L'avocat

[94] NA, MH 47/115/90. Case Number: RM1/848 ; NA, MH 47/114/90 ; NA, MH 47/116/1. Case Number: RM1/8.
[95] « […] *still suffering from heart trouble, V.D.H., and poor physique. I am 39 of age, height 5ft 4 ½ ins., weight only 6 stone 12lbs., and chest measurement of only 29 inches* » cité par Herbert Nield, président du tribunal du Middlesex, in NA, MH 47/144/4. Select Committee. Minutes of evidence n°1, 2 juillet 1917, A. C. Geddes, p. 14.
[96] Sur la contrainte morale qui caractérise ces récits, FASSIN Didier, « La supplique. Stratégies rhétoriques et constructions identitaires dans les requêtes d'aide d'urgence », *Annales HSS*, 55, 5, sept-oct. 2000, p. 953-981.
[97] Sur l'idée d'épreuve de réputation, voir les analyses de sociologie pragmatiques dans BOLTANSKI Luc, CLAVERIE Élisabeth, « Du monde social en tant que scène d'un procès » in BOLTANSKI Luc, CLAVERIE Élisabeth, OFFENSTADT Nicolas, VAN DAMME Stphane (dir.), *Affaires, scandales et grandes causes : de Socrate à Pinochet*, Paris, Stock, 2007, p. 395-452.
[98] NA, MH 47/115/90. Case Number: RM1/848.
[99] « *I know from his character that he does not wish to escape his duty* » in NA, MH 47/116/1. Case Number: RM1/8. Voir annexe n° 25.

R. Cropley Davies précise que son client « est tout à fait désireux de servir mais considère qu'il n'est pas apte à le faire[100] ».

Malgré l'intérêt qu'elles présentent, il serait donc difficile de prétendre trouver à travers ces doléances la « voix » des recrues, une parole authentique qui s'exprimerait librement. Elles ne sont en effet pas complètement rédigées en termes profanes. Il n'est pas rare que l'exposé des motifs reprenne mot pour mot l'un des certificats médicaux présentés dans le dossier. Henry Coleman, éleveur de porcs âgé de 34 ans, qui a été placé au premier échelon en décembre 1917, présente « des signes de troubles pulmonaires de type tuberculose », soit la formulation exacte du certificat établit par James Searson, le praticien qui l'a examiné[101]. Les récits s'adressent ainsi à des instances officielles dont ils reprennent souvent les termes.

La contestation s'effectue en outre dans un cadre de déférence due à l'autorité médicale et les réclamations, formulées par le plaignant ou sa famille, s'entourent de précautions rhétoriques destinées, en manifestant voire en outrant le respect, à s'attirer les faveurs de l'expert auquel appartient encore la décision finale. « Il est sujet aux rhumatismes, écrit ainsi le frère d'un plaignant, mais c'est bien sûr aux autorités médicales qu'il revient de se prononcer sur son cas[102] ». La plupart des doléances font ainsi référence à d'autres examens médicaux, pratiqués dans le cadre du recrutement, pour contester leur classement[103]. Charles Guns, 27 ans, discute son classement à l'échelon 1 de la manière suivante :

> J'ai déjà passé trois examens médicaux, l'un à l'occasion du *Derby Scheme* à l'issue duquel on m'a exempté, et les deux autres devant la commission médicale d'Hounslow qui m'a classé C3 et C2. Ces échelons inférieurs me conviennent bien mieux puisque je suis loin d'être en bonne santé (*I am far from being a fit man)*. C'est pourquoi je désire être examiné de nouveau[104].

Nombreuses sont en effet les recrues qui, à mesure que la guerre se prolonge et que l'effort de récupération des exemptés s'accentue, ont déjà subi un ou plusieurs examens[105]. C'est à la lumière des résultats précédemment obtenus par le biais de l'expertise médicale, et de l'absence

---

[100] « *He is quite willing to serve but he considers he is not fit to do so* » in NA, MH 47/115/40. Case Number: RM1/747.
[101] NA, MH 47/114/50. RM1/59.
[102] « *Another thing he is subject to rheumatism but of course this is a matter for the Medical Authorities to decide upon* » in NA, MH 47/116/1 Case Number: RM1/8.
[103] Voir par exemple NA, MH 47/114/20 ; NA, MH 47/114/30 ; NA, MH 47/115/90. Case Number: RM1/848.
[104] « *I have been medically examined three times previously, once under the Derby Scheme when I was rejected and twice under other schemes by the Hounslow Medical Board and classed C3 and C2. These lower categories fit my case as I am far from being a fit man and therefore I desire another examination* » in NA, MH 47/115/30 Case Number: RM1/734.
[105] Voir par exemple NA, MH 47/115/70. Case Number: RM1/808 ; NA, MH 47/115/90. Case Number: RM1/848 ; NA, MH 47/116/10. Case Number: RM1/190.

manifeste d'amélioration de leur état, qu'ils protestent. Espérant profiter de l'aura d'autorité d'un éminent praticien, Horace Logsdon glisse qu'il a été examiné par John Collie (1860-1935). Le corps médical apparaît ainsi comme seul juge de l'adéquation entre la condition physique des recrues et les exigences du port des armes. Les doléances peuvent donc être comprises comme un acte d'allégeance, une forme d'acceptation de rapports de pouvoir asymétriques révélatrice de l'autorité du jugement médical[106].

Rarement, il arrive qu'apparaisse un autre type d'expertise que nous pourrions qualifier de profane[107]. Le 3 novembre 1917, Percy Cook, 17 ans, est examiné par la commission médicale de Whitehall qui le place à l'échelon 2. En raison de son jeune âge, c'est son père qui conteste cette notation par un long exposé des motifs :

> Je n'ai pas peur de le dire […], quel que soit l'entraînement auquel [mon fils] sera soumis, ce sera plus que ce que sa frêle constitution peut supporter. Nous faisons habituellement confiance à la compétence et au savoir des médecins, mais dans le cas présent, je suis persuadé qu'il s'agit d'une erreur de jugement[108].

La conviction de l'inaptitude de Percy provient, certes du diagnostic de tuberculose dûment authentifiés par certificat, mais aussi, et surtout, de « l'expérience de ses parents à la maison » et de « l'attention et des soins vaillamment prodigués par sa mère[109] ». En parallèle de la compétence médicale à évaluer l'état physique de l'individu, la lettre du père reconnaît donc la famille comme détentrice d'un savoir pratique sur le malade dont elle a la charge. Le père revendique une place, pour la famille, dans le champ des savoirs sur la maladie[110].

Ce faisant, il conteste l'opposition traditionnelle entre le domaine médical et le monde de la famille ; entre une science construite comme objective et rationnelle et un univers rejeté du côté de l'affect et des émotions ; entre une compétence reconnue et légitimée par le corps social et une pratique empirique des soins. La sophistication des savoirs et pratiques médicaux

---

[106] Sur les suppliques comme acte d'allégeance MILLET Hélène, « Introduction », dans Eadem (éd.), *Suppliques et requêtes. Le gouvernement par la grâce en Occident (XII^e^ - XVI^e^ siècle)*, Rome, École française de Rome, 2003, p. 1-14, ici p. 10.

[107] Sur cette notion, EPSTEIN Steven, « The Construction of Lay Expertise: AIDS Activism and the Forging of Credibility in the Reform of Clinical Trials », *Science, Technology and Human Values*, vol. 20, n° 4, 1995, p. 408-437.

[108] « *I go so far to say […] that whatever training he may be called upon to perform will be undoubtedly be more than his constitution can stand. We at times rely on Medical skill and knowledge, but in the present case, I conscientiously feel, that an error of judgement has occurred* » in NA, MH 47/114/1. RM1/1.

[109] « *parental experience at home* » ; « *the undaunted attention and care administered to him by his mother* ».

[110] Pour quelques réflexions sur ce point, ORFALI Kristina, « L'ingérence profane dans la décision médicale : le malade, la famille et l'éthique », *Revue française des affaires sociales*, 3/2002, p. 103-124. Sur le thème de l'expertise profane dans un autre contexte WYNNE Brian, « Misunderstood Misunderstandings: Social Identities and the Public Uptake of Science », in IRWIN Alan, WYNNE Brian, *Misunderstanding Science ? The Public Reconstruction of Science and Technology*, Cambridge, Cambridge University Press, 1996, p. 19-46.

et l'institution des hôpitaux n'ont que partiellement soustrait le malade à la chambrée. La médicalisation inachevée de la société britannique ne parvient donc pas complètement à consacrer l'exclusion de la famille de l'univers des soins et des savoirs sur le malade. Bien qu'après les dispositions du *National Insurance Act*, les lits disponibles pour les tuberculeux aient été en nette hausse, beaucoup de patients sont encore traités à domicile[111]. C'est, selon le père, par sa proximité avec le patient et par son statut d'instance productrice de soin, que la famille peut et doit participer à la production, sinon d'un diagnostic, du moins d'un pronostic relatif aux capacités du jeune homme à surmonter les fatigues inhérentes à la vie militaire. On peut noter au passage la répartition traditionnelle des rôles genrés[112]. Le père prend la plume, en tant que figure d'autorité au sein de la famille, la mère est la principale dispensatrice des soins. Suite à son appel, après un nouvel examen, le jeune Percy Cook est dégradé à l'échelon III.

Il arrive parfois que ce soit le plaignant, expert de lui-même, « connaissant bien son état de santé[113] », qui se revendique instance d'évaluation. Il peut aussi évoquer le témoignage de tierces personnes. Après un passage contesté devant la commission médicale d'Oxford en 1916, un agent d'assurance évoque ainsi l'avis de ses compagnons de voyage :

> Je souffre plus ou moins depuis dix-sept ans et je pourrais citer de nombreux moments où j'ai dû partir au milieu d'une conversation pour aller vomir. Les gens avec lesquels j'ai voyagé ont dit qu'il était scandaleux que je puisse avoir été déclaré apte. La veille de mon passage devant la commission médicale d'Oxford, j'étais à peine assis dans le train que j'ai dû me lever d'un bond et aller vomir[114].

Mais en dehors de ces revendications ponctuelles d'expertise profane, les doléances s'appuient prioritairement sur le regard médical pour certifier la maladie. Les médecins sont rarement mis en cause. Le choix de l'échelon est « une erreur[115] » sous la plume de plaignants qui déclarent

---

[111] HENNOCK E. Peter, *The Origin of the Welfare State in England and Germany, 1850-1914: Social Policies Compared*, Cambridge, 2007, p. 265.

[112] Sur la dimension genrée du travail de care, ou « souci des autres », on lira TRONTO Joan, *Un monde vulnérable. Pour une politique du care*, Paris, La Découverte, 2009 [1993] ; MOLINIER Pascale, *Le Travail du* care, Paris, La Dispute, 2013 ; PAPERMAN Patricia, LAUGIER Sandra (dir.), *Le Souci des autres. Éthique et politique du Care*, Paris, Éditions de l'EHESS, p. 299-316 ; ou encore le récent numéro thématique « Travail de care », de *Clio. Femmes, Genre, Histoire*, sous la direction de Anne HUGON, Clyde PLUMAUZILLE et Mathilde ROSSIGNEUX-MEHEUST, [En ligne], 49 | 2019, mis en ligne le 23 mars 2020, consulté le 07 août 2020

[113] « *Knowing own health* », in NA, MH 47/114/10.

[114] « *I have suffered more or less for seventeen years, and I could cite dozens of instances where I have had to leave off in the middle of a conversation in order to vomit. People I have travelled with said it was scandalous to have passed me. The day I went to the medical board at Oxford for examination I had just got into the train, and before I was seated I had to jump up and was sick* », cité par Herbert Nield, president du tribunal du Middlesex, in HC Deb., 1er mars 1917, vol. 90, cc2249.

[115] NA, MH 47/114/20.

avoir été « classés de manière incorrecte[116] ». La compétence du corps médical n'est pas contestée. Contrairement aux suppliques, ces doléances ne questionnent pas la validité des normes et laissent aux experts le soin de réparer l'erreur commise. L'armature rhétorique des doléances accorde une place privilégiée à la recherche de la justice. L'exposé des motifs fait primer une « grammaire de l'équité[117] » qui repose sur des faits dont la transparence ne peut conduire qu'à la réparation de l'erreur commise. L'injustice que l'on déplore doit dès lors être réparée par un nouvel examen dont les plaignants espèrent qu'il donnera le résultat escompté. Samuel O'Brien considère ainsi que son « classement est trop haut et que s'il était à nouveau examiné, il serait sans nul doute placé dans une catégorie inférieure[118] ».

La manière dont s'est déroulé l'examen fait parfois l'objet de critiques, mais celles-ci restent rares. Il s'agit la plupart du temps d'attirer l'attention sur une partie du corps qui, lorsqu'elle a été examinée, aurait mérité de l'être davantage puisque c'est là que réside le trouble principal qui justifie la révision du classement. John Robbins estime ainsi que les médecins n'ont pas accordé assez d'attention à ses pieds : « Mes pieds n'ont pas été suffisamment examinés. Deux médecins de la commission les ont regardés, certes, mais de loin[119] ». Or la difformité dont il souffre – qui l'empêche de marcher « ne serait-ce qu'1,5 km » – ne peut être constatée qu'à l'aide d'un examen « rapproché et attentif des pieds et des orteils[120] ». De la même façon, Edward Lyons n'est « pas satisfait de la manière dont il a été examiné[121] » car sa vue défaillante n'a pas été évaluée. Laurence Harding se plaint du fait que ses dents n'aient pas été inspectées alors même qu'il en a perdu beaucoup et que celles qui lui restent sont très abîmées[122]. L'accès à l'historique médical des patients pose également problème. Nombreuses sont les mentions d'examens où le corps médical n'a pas eu accès aux justificatifs permettant, selon les plaignants, de prouver leur inaptitude[123].

---

[116] « *wrongly graded* » in NA, MH 47/116/1. Case Number: RM1/8.
[117] J'emprunte cette formulation à CALAFAT Guillaume, « La somme des besoins : rescrits, informations et suppliques (Toscane, 1550-1750) », *L'Atelier du Centre de recherches historiques* [En ligne], n° 13, 2015, mis en ligne le 29 juin 2015, consulté le 5 août 2020. URL : http://journals.openedition.org/acrh/6558.
[118] « *He considers that his grading is too high, and that if he were carefully re-examined he would be put into a lower grade* » NA, MH 47/115/40. Case Number: RM1/747.
[119] « *My feet were not examined sufficiently, two doctors of the medical board certainly looked at my feet, but from a distance* » in NA, MH 47/114/90.
[120] « *It is not possible for a doctor to see or know this without lokking (*sic*) more thoroughly and nearly examining my feet and toes* » in NA, MH 47/114/90.
[121] NA, MH 47/115/80. Case Number: RM1/830.
[122] NA, MH 47/116/20. Case Number: RM1/301.
[123] NA, MH 47 114/60.

3. Prouver l'inaptitude : les justificatifs

L'exposé des motifs ne suffit pas à motiver le traitement de l'affaire par le tribunal d'appel. La parole de la recrue, comme toute plainte subjective, est considérée avec suspicion. Pour que le tribunal engage une procédure, il faut que l'existence de l'affection dont se plaint l'individu soit confirmée par un document écrit faisant autorité qui présente des garanties d'objectivité. Le formulaire invite les recrues à présenter un double exemplaire des « certificats médicaux ou tout autre preuve écrite en appui de [leur] recours » depuis la fin de l'année 1916[124]. Ces documents ont une fonction probatoire, mais ils ne suffisent pas à motiver le reclassement. Ils servent à justifier qu'une nouvelle expertise soit pratiquée ou sont versés au dossier et produits au moment où a lieu cette nouvelle expertise, qui détermine, elle, le reclassement ou le maintien dans la catégorie initiale. Les dossiers traités sont systématiquement accompagnés d'un ou plusieurs certificats médicaux, jusque quatre dans le cas de Lewis Rabbinowitz[125]. Un certain nombre de plaignants ajoutent à cette pièce maîtresse d'autres documents, certificat d'assurance, lettre de l'employeur, détail des absences au travail, certificat d'exemption ou encore résultats d'analyses.

Le certificat médical peut être rédigé par un médecin civil ou par un médecin militaire. Les recrues font souvent appel au médecin de famille, dont la légitimité est accrue par sa proximité avec le plaignant. Le Dr Johnson souligne ainsi que « A.L. Abrahams est [son] patient depuis des années[126] ». Le médecin de Thomas Starky le soigne par intermittence « depuis six ans[127] ». Il arrive que le médecin de famille soit aussi un médecin militaire, membre d'une commission de recrutement, tel R. P. B. Bluett, du RAMC, membre de la commission médicale de Londres Centre, qui suit Harold Blyth pour sa hernie ombilicale, ses rhumatismes et sa tachycardie depuis sept ans[128]. En raison de la pénurie de médecins, ce recours au médecin de famille n'est pas toujours possible, comme le déplore Herbert Ellison dont le praticien habituel est parti servir en Italie[129]. Il n'est, en outre, pas toujours souhaitable, dans la mesure où les certificats émanant de médecins civils sont parfois considérés avec méfiance. On craint qu'il s'agisse de certificats de complaisance. Conscient du statut ambigu de ce type de documents,

[124] McDERMOTT James, *British Military Service Tribunals, op. cit.,* p. 184.
[125] NA, MH 47/115/10. Case Number: RM1/696.
[126] NA, MH 47/114/10. Certificat établi par le Dr Johnson.
[127] NA, MH 47/114/80 ; voir aussi NA, MH 47/116/10. Case Number: RM1/190; NA, MH 47/117/124/008 (Thomas J. Houchin).
[128] NA, MH 47/116/30. Case Number: RM1/428. Certificat établi par R.P.B. Bluett.
[129] NA, MH 47 114/60. Voir aussi NA, MH 47/116/1. Case Number: RM1/8. Certificat de JDR Munro.

un plaignant précise que, dans le but de souscrire une assurance vie, il a été examiné par « un médecin qu'il rencontrait pour la première fois[130] ».

Le 22 juin 1918, le médecin John Richards établit pour Percy Dormer le certificat suivant :

Westminster, SW1

> J'ai ce jour examiné M. Percy George Dormer, chapelier fabricant, âgé de 42 ans, résident au 13 Midge Road, Winchmore Hill. Il a souffert d'une légère attaque d'hémiplégie il y a 14 ans, après une chute à bicyclette sur le côté droit. Sa dentition est défectueuse, il ne lui reste que deux dents sur la mâchoire supérieure. Il se plaint de maux de tête. Il y a dans sa famille des antécédents de tuberculose, un frère est mort à 28 ans.

John B.O. Richards

FRCPC, SMCSE[131]

La rédaction des certificats n'est encadrée par aucun régime juridique spécifique. On retrouve dans leurs formes des passages obligés, des récurrences mais aussi d'importantes variations. Le certificat doit d'abord mentionner l'identité du médecin, ici John Richards, et l'identité donnée par le patient, ici Percy Dormer. La mention de son âge, son domicile et sa profession vise à préciser cette identification. Les certificats doivent ensuite se rapporter à des faits constatés. Tous les documents mentionnent donc qu'un examen a eu lieu (« J'ai ce jour examiné M. Percy Dormer ») ou que le plaignant est un patient de longue date. Les certificats font ensuite, plus ou moins subtilement, la différence entre divers degrés d'attestation. On distingue ainsi les faits constatés cliniquement (« sa dentition est défectueuse, il ne lui reste que deux dents sur la mâchoire supérieure ») des symptômes rapportés, qui relèvent de l'anamnèse et concernent le plus souvent la douleur (« Il se plaint de maux de tête »). La plupart des certificats mentionnent les antécédents familiaux et personnels, eux aussi rapportés par l'individu. Certains émettent également des hypothèses de diagnostic. C'est le cas pour Fleming Cooke, qui joint à son dossier plusieurs certificats émanant de différents médecins. Le 26 juillet 1917, Frederick Spicer l'examine et conclut qu'« une ancienne syphilis est probablement à l'origine des symptômes dont il se plaint[132] ». Certains certificats mentionnent également des résultats d'analyses qui permettent d'apporter un surcroît de véracité à leurs hypothèses. Le Dr Gordon ordonne ainsi un test de Wassermann afin de confirmer le diagnostic de syphilis de Cooke.

[130] « *by a doctor who had never previously seen me* », NA, MH 17/114/30.
[131] NA, MH 17/114/40, Case Number: RM1/48. Certificat établi par John Richards. Texte en annexe n° 26.
[132] NA, MH 47/114/70. Certificat établi par Frederick Spicer.

Après avoir décrit l'état du patient, évoqué ses antécédents et, parfois, formulé un diagnostic, la plupart des médecins laissent aux tribunaux le soin de conclure. Leurs certificats ne font qu'attester de l'état de santé de la recrue. Une minorité va plus loin : on trouve quelques formulations qui suggèrent que la constitution du plaignant n'est pas adaptée à l'état militaire. La référence aux efforts physiques requis par le service peut être plus ou moins explicite : « Je suggère respectueusement aux autorités médicales de déterminer si M. Geard, aujourd'hui employé à des tâches administratives, jouit de la condition physique adéquate pour fournir d'importants efforts physiques[133] », tente Thos Barlow. Un autre suggère que les symptômes de son patient « s'intensifient surtout après avoir pratiqué de l'exercice ou après un effort prolongé[134] ». Certains sont plus directs : « J'estime qu'il n'est pas capable de soutenir un effort physique prolongé et souffrirait certainement si cela lui était imposé[135] » tranche pour sa part A. T. Hughe. E. S. Johnson précise même que son patient ne sera « d'aucune utilité s'il est placé en catégorie C[136] ». F. W. James est encore plus incisif. Il rappelle que les troubles du rythme cardiaque dont souffre Henry Marshall « seraient aggravés de manière inquiétante par tout effort physique[137] ». Celui-ci a été exempté le 26 août 1916, avant d'être déclaré apte quelques mois plus tard par la commission de Hounslow. « Je m'oppose entièrement à cette dernière conclusion, assène-t-il, et je maintiens l'avis que j'ai donné en avril dernier – la fatigue induite par l'entraînement militaire serait d'une extrême dangerosité pour mon patient ».

Certains praticiens estiment bon de souligner cette inadéquation en rappelant les critères officiels du recrutement, notamment lorsque ceux-ci sont déterminés par des seuils qui se prêtent à la formulation d'un avis catégorique. Après avoir livré le résultat du test de la vue de son patient, H. G. Critchley rappelle : « L'instruction n°211 de 1917 de l'Army Council établit que : "Si un homme a perdu un œil ou a complètement perdu la vue d'un œil, il ne pourra être placé en catégorie A*"*. Le candidat n'a pas complètement perdu la vue de l'œil droit mais on peut considérer qu'en pratique, il est bien aveugle de cet œil, il souffre de plus de strabisme[138] ». D'autres, enfin, émettent un avis définitif quant à l'aptitude militaire de leur patient : « j'estime que Mr Robbins est inapte à toutes les activités ordinaires du service militaire telles se tenir

[133] NA, MH 47/114/20. Certificat établi par Thos Barlow.
[134] NA, MH 47/114/70.
[135] NA, MH 47/114/80. Certificat établi par A.T. Hughe.
[136] NA, MH 47/114/10. Certificat établi par E.S. Johnson.
[137] NA, MH 47/115/1. Case Number: RM1/680. Certificat établi par FW James.
[138] « *Army Council Instructions n°211 of 1917 states: "If a man has lost one eye or has completely lost the sight of one eye, he will not be considered fit for Category A". The candidate has not completely lost the sight of the right eye but for all practical purpose he is blind in that eye, and has strabismus in addition* ». NA, MH 47/008

debout, marcher etc.[139] ». Quelques certificats, beaucoup plus rares, ne mentionnent pas les efforts physiques mais les conditions de la vie en plein air. Pour J. D. R. Munro, les rhumatismes de Christopher Jarvis le rendent incapable « de supporter l'exposition aux conditions climatiques inhérentes à la vie militaire[140] ».

Mais les certificats, même lorsqu'ils sont très détaillés et explicitement formulés de manière à conclure à l'exemption de la recrue, ne peuvent suffire à motiver le reclassement. James Searson (MD) dresse ainsi un tableau clinique sévère de Nelson Coleman qui conteste son classement à l'échelon I :

> Le patient présente des signes de troubles pulmonaires de type tuberculose. De sévères douleurs thoraciques, une toux matinale systématique, des mucosités épaisses qui restent dans les poumons. Transpire terriblement au travail, antécédents de crachement de sang.
>
> Poitrine contractée au niveau de la clavicule droite, matité à la percussion à la pointe droite avec bronchophonie et pectoriloquie […][141].

Le certificat suggère qu'à l'énoncé des signes évoqués par la recrue – transpiration, toux, mucosités, douleurs thoraciques, sang dans les crachats – le thorax a été longuement examiné. La recrue a manifestement été percutée et auscultée. Le médecin a en effet décelé une transmission anormale des sons qui s'observe en associant les deux techniques. Les étapes de l'examen clinique du thorax doivent en effet permettre à l'expert de qualifier de normaux ou pathologiques les sons émis par la poitrine ou la diffusion de la voix du patient dans sa cage thoracique[142]. La matité et la bronchophonie, sans pointer vers une pathologie spécifique, sont des anomalies inquiétantes, suggérant la présence de liquide dans les poumons. La pectoriloquie est considérée comme un signe caractéristique de la tuberculose.

Or, cette dernière affection fait l'objet d'une surveillance particulière. Selon les dispositions réglementaires alors en cours, la tuberculose doit empêcher toute recrue d'être placée aux échelons 1, 2 et 3[143]. En outre, dans la lignée des dispositions prophylactiques du *Notifiable Disease Act* et des mesures du *National Insurance Act* de 1911, les recrues soupçonnées d'être atteintes de tuberculose sont envoyées par le tribunal à un médecin du dispensaire local (*Tuberculosis Medical Officer*) chargé de confirmer le diagnostic et de

---

[139] « *in my opinion Mr Robbins is unfitted for ordinary military service requiring standing, marching etc*. » NA, MH 47/114/90.
[140] « *I am of opinion that he is quite unable to bear the exposure to the weather that is incidental to military service* » in NA, MH 47/116/1. Case Number: RM1/8. Certificat établi par J.D.R. Munro, 27 novembre 1917.
[141] NA, MH 47/114/50. RM1/59. Voir annexe n° 26.
[142] Sur le diagnostic thoracique, voir chapitre 2.
[143] NA, MH 47/117/1, General Directions for the guidance of Commissioners, Deputy Commissioners, and Members of Medical Boards.

signaler les cas aux autorités[144]. Le tribunal d'appel de Middlesex a ainsi déféré pour avis 122 cas au dispensaire de Silver Street[145]. Nelson Coleman est donc examiné par Geo H. Dupont qui conclut qu'après un examen attentif, il ne lui a pas été possible de « déceler le moindre indice de tuberculose pulmonaire[146] ». En conséquence, et après examen du cas par les experts médicaux du tribunal, Coleman est maintenu à l'échelon 1. Inversement, des certificats très brefs ne sont pas un obstacle au reclassement. A. Milner Henderson évoque très brièvement la « faible constitution physique » d'Edward Townley, classé à l'échelon II, mentionne laconiquement la présence d'une hernie et la propension de la recrue à souffrir d'hémorroïdes et d'eczéma anal. Ce bref exposé n'empêche pas Townley d'être reclassé, après examen, à l'échelon IV[147].

Un certain nombre de plaignants ajoutent d'autres documents, à leurs certificats médicaux. La plupart sont d'ordre médicaux, tels les certificats d'exemption délivrés à l'issue d'un examen plus ancien[148], les certificats d'assurance[149], les résultats d'examens[150] ou le détail des absences au travail certifiées par un médecin[151]. En joignant ces documents, les recrues espèrent administrer la preuve de leur inaptitude en ayant recours à une expertise médicale concurrente. D'autres justificatifs relèvent de l'épreuve de réputation telles des lettres de l'employeur[152] ou les lettres de soutien de la part de la famille[153]. Percy Cook, employé à quatorze ans pendant la guerre comme garçon coursier du bureau de poste local, fait appel deux ans plus tard de sa classification à l'échelon II. Il joint à son dossier un document visé par son ancien employeur[154]. Le détail de ses absences y est résumé sur le tableau suivant :

---

[144] NA, MH 47/117/1, Cases referred to Middlesex Tuberculosis Officer. Sur ce signalement, BRYDER L., *Below the Magic Mountain: A Social History of Tuberculosis in Twentieth-century Britain*, Oxford, 1988, p. 36-41; MOONEY Graham, « Public health versus private practice: the contested development of compulsory notification of infectious disease in late-nineteenth-century Britain », *Bulletin of the History of Medicine,* 73,1999, p. 238-267. Voir aussi WORBOYS Michael, « Before McKeown: explaining the decline of tuberculosis in Britain, 1880-1930 », in CONDRAU F., WORBOYS M. (Eds), *Tuberculosis Then and Now: Perspectives on the History of an Infectious Disease*, Montreal and Ithaca, 2010, p. 148-170.
[145] NA, MH 47/117/2 à NA, MH 47/117/123. Voir aussi NA, MH 47/114/1. RM1/1 ; NA, MH 47/114/50
[146] NA, MH 47/114/50. RM1/59. « *I have carefully examined this man and have failed to find any evidence of Pulmonary Tuberculosis* »
[147] NA, MH 47/115/100. Case Number: RM1/865. Certificat établi par A. Milner Henderson.
[148] NA, MH 47/115/70. Case Number: RM1/808; NA, MH 47/115/30. Case Number: RM1/734.
[149] Voir par exemple NA, MH 47/114/10 ; NA, MH 47/114/1. RM1/1 ; NA, MH 17/114/30
[150] Voir par exemple NA, MH 47/115/10. Case Number: RM1/696.
[151] Voir par exemple NA, MH 47/115/1.
[152] Voir par exemple NA, MH 47/114/20
[153] NA, MH 47/116/1. Case Number: RM1/8.
[154] NA, MH 47/114/1. Particulars of sick absence during service in the General Post Office.

Tableau 14 : Détail des absences au travail de Percy Cook

Dates			Nombre de jours	Nature de la maladie (telle qu'elle est mentionnée sur le certificat médical)
Année	Du	Au		
1914	22 mai	28 mai	7	Teint bilieux & amygdalite
	25 juin	1er juillet	7	Ablation des amygdales
	8 septembre	9 septembre	2	Mal de gorge
1915	25 mars	27 mars	3	Ganglions cervicaux tuberculeux

Source : NA, MH 47/114/10. RM1/13

Le document atteste des répercussions de l'état de santé du jeune homme sur son activité quotidienne. Il conclut : « P. F. Cook a quitté le bureau de poste le 8 mai 1915 en raison de sa tuberculose ganglionnaire, le médecin chef du bureau de poste l'a déclaré inapte au maintien dans l'emploi à un poste d'adulte ». En marge du diagnostic et de l'avis médical sur l'état de santé de la recrue, la sentence d'inaptitude à un emploi civil est souvent invoquée en vue de suggérer l'inaptitude à un emploi militaire.

Dans l'espoir de faire pencher la balance en leur faveur, certaines recrues convoquent un autre type d'expertise médicale, celle des compagnies d'assurance. Examiné le 4 décembre 1917 par la commission de Mill Hill, Albert Lyon est classé à l'échelon 2[155]. Il produit dans son dossier un certificat médical militaire daté du 17 novembre, probablement établi en vue de l'examen initial, qui suffit à motiver l'examen de son dossier qui lui est signifié le 12 décembre. Mais ce certificat n'ayant pas suffi à lui obtenir le classement souhaité, il cherche à apporter d'autres preuves de son inaptitude. Il pénètre le 20 décembre dans les bureaux de la Northern Assurance Company Limited, où il demande à souscrire une assurance-vie. La compagnie lui oppose une fin de non-recevoir qu'il joint au dossier[156]. Il se rend enfin le 22 janvier chez un médecin civil auquel il a déjà eu affaire en 1915, après une crise d'ataxie. Celui-ci rédige un long certificat et conclut qu'Albert « lui semble complètement inapte au service militaire[157] ».

[155] NA, MH 47/114/10. RM1/13.
[156] « *The proposal for an Assurance with this Company upon the life of yourself has been submitted to the boards of directors, who, I regret to inform you, after full consideration, have felt it to be their duty to decline the same* ».
[157] NA, MH 47/114/10. RM1/13. Certificat médical établi par ES Johnson le 17 novembre 1917 ; certificat médical établi par Frederick Baltum le 22 janvier 1918 ; The Northern Assurance Company Limited – notice from the Life Department, 20 décembre 1917.

À l'issue du nouvel examen pratiqué à la demande du tribunal, il est dégradé à l'échelon 3, le 23 janvier.

Les doléances tribunal d'appel de Middlesex offrent donc un aperçu particulièrement intéressant de l'expérience de l'examen médical à hauteur des recrues, mais aussi, et surtout, de leur conception de l'aptitude. Le discours des plaignants vise à convaincre de leur inaptitude à l'aide d'un catalogue de leurs insuffisances. On peut y lire leur maîtrise des critères du recrutement, l'importance de leur réputation – qui repose, en temps de guerre, sur la volonté d'aller combattre – et, *in fine*, le respect de l'autorité médicale. Le recours au certificat est en effet indispensable. C'est ce document qui administre la preuve des déficiences de la recrue.

III. « *Every sort of device to escape going to the Colours* » : l'exemption frauduleuse

1. Les exemptés de l'East-End, une affaire de fraude documentaire (Londres, 1916-1918)

À l'été 1918, le *Times* relate un procès tenu à l'*Old Street Police Court* de Stepney, un quartier populaire de l'est londonien, au sujet d'un trafic de certificats d'exemption qui se serait déroulé entre 1916 et 1917[158]. Après l'adoption de la conscription, les mobilisables britanniques désireux de se faire exempter pour raison médicale pouvaient se présenter au tribunal local (*Local Tribunal*) avant même d'être appelés, afin de se faire examiner et, le cas échéant, déclarer inaptes. Principale accusée, Ida Carter, jeune employée de bureau du tribunal, évoque les faits :

> Je dois admettre qu'à plusieurs occasions, de jeunes gens en âge de servir ayant recours aux services du tribunal m'ont demandé de leur procurer un formulaire qui leur permettrait d'échapper au service. Ces jeunes gens nous ont donné de l'argent pour acheter des chocolats et des douceurs, la somme habituelle était de deux shillings et six pence. Lorsque nous nous rencontrions dans la rue, ils nous achetaient des glaces et des bonbons[159].

Aucun historique des documents émis par le tribunal n'étant établi et les certificats étant conservés sans grande précaution, il était possible aux employés d'accéder à ces requêtes.

[158] Voir les *Times* des 19, 20, 27 et 31 août, 3 septembre et 14 octobre 1918.
[159] « *I must admit that I have been asked […], on many occasions, by young men of military age attending the tribunal, to get a form which would keep them out of the Army. These young men have given us money to buy chocolates and sweets, the usual sum being 2s. 6d. When they meet us in the streets, they would buy us ices and sweets* », *The Times,* 19 août, p. 3.

Moyennant une modique somme d'argent, Ida Carter et l'une de ses collègues ont donc subtilisé des certificats vierges et les ont authentifiés à l'aide du tampon portant un facsimilé de la signature du greffier. Elles sont donc inculpées pour avoir imité la signature de leur supérieur. Ida Carter reconnaît avoir vendu douze formulaires permettant ainsi à autant de mobilisables d'être déclarés inaptes sans passer par l'expertise médicale pratiquée à la demande du tribunal. Parmi les bénéficiaires de l'affaire, on identifie son frère. Il vivait alors à Brighton sous une identité d'emprunt et était en possession d'un certificat d'exemption du tribunal de Stepney, daté de décembre 1917, le déclarant inapte au service. À l'issue du procès, le frère et la sœur sont condamnés à un mois de prison. Le jeune homme est ensuite dûment expédié à l'armée. Ida Carter fait appel de cette décision et, en raison de son jeune âge, 17 ans au moment des faits, et de sa bonne réputation par ailleurs, elle échappe à sa sentence.

Cette affaire est révélatrice de pratiques dont se plaint le directeur du recrutement à la fin de l'année 1917 :

> Les hommes ont eu recours à toutes sortes de stratagèmes afin d'éviter d'aller servir (*every sort of device to escape going to the Colours)*. Nous n'avions alors pris aucune précaution pour empêcher cela […]. Au début de la période d'attestation, on distribuait aux hommes exemptés des formulaires portant la mention « Rejeté », et ces formulaires se sont bien vite mis à valoir une certaine somme. Ils s'échangeaient au prix moyen de £15 […]. De fausses cartes de classification, celles qui ont été introduites au début de l'année 1916, ont également été fabriquées à grande échelle […]. Une profusion de personnes étaient en possession de certificats d'exemption, nombreux étaient ceux qui, bien sûr, avaient été dûment exemptés ; nombreux étaient ceux qui, malheureusement, étaient d'incurables invalides ; mais nombreux étaient aussi ceux qui n'avaient jamais été exemptés. […] Nous avons traduit les coupables en justice sur tout le territoire[160].

Auckland Geddes évoque ainsi un phénomène non négligeable de fraude concernant des types de formulaires administratifs correspondant à deux périodes distinctes. Il mentionne dans un premier temps les formulaires d'attestation puis, à partir de la mise en place de la conscription

[160] « *There would come to be every sort of device to escape going to the Colours. No precaution had been taken. […] I know that at that time, the early part of the attestation period, men were given forms marked "Not accepted", and these forms soon came to be worth money. They changed hands at an average price of £15 a time […]. Blue printed forms with simply "Not accepted" scrawled across it. We know that classification cards which had been introduced in the early part of 1916 were forged on a great scale. […] there was a large mass of persons holding rejection certificates, many of them rejected, of course, quite rightly, many of them, unfortunately, permanent invalids, but many of them persons who had never been rejected […]. We have prosecuted all over the country* ». NA, MH 47/144/4, Select Committee. Minutes of evidence n°1, 2 juillet 1917, Brigadier-General A. C. Geddes, p. 3. Voir aussi un courrier de Derby à Northcliffe, date du 19 juin 1917, qui mentionne *« the fraudulent use of 'rejected' papers* » et la somme de « *fifteen pounds* » cité par GRIEVES Keith, *The politics of Manpower, 1914-1918*, Manchester, Manchester University Press, 1988, p. 131.

en 1916, les « *classification card* » ou « *grade card* », documents bleus porteurs d'une simple mention manuscrite (*Army Form* B2512A). Selon Geddes, les premiers se sont échangés contre une coquette somme d'argent, les seconds ont fait l'objet d'une vaste entreprise de forgerie. À la lumière de ces déclarations, la Première Guerre mondiale apparaît comme un grand moment de fraude documentaire où l'on retrouve pêle-mêle fabrique de faux-papiers, trafic de documents administratifs, usurpation d'identité et falsification de l'écriture individuelle[161]. L'affaire de Stepney conjugue le vol de formulaires, la falsification de la signature et, comme dans le cas du jeune Carter, l'usurpation d'identité. Comme les autres affaires reposant sur l'usage de faux, elle permet aux jeunes gens impliqués soit d'échapper à l'expertise médicale, soit d'en nier les résultats.

L'usurpation d'identité est particulièrement redoutée par les responsables britanniques. Le directeur du recrutement rappelle ainsi :

> Il faut bien avoir en mémoire une chose encore, c'est que nous n'avions aucun moyen d'identifier notre population civile. Les individus possédaient en tout et pour tout un nom […]. Il n'y avait pas de registre d'état civil, comme dans les autres pays où le service militaire est obligatoire. Nous convoquions les hommes pour l'examen médical, et ils se présentaient, ou du moins quelqu'un se présentait et souvent, ainsi que nous l'ont montré les tribunaux, il ne s'agissait pas de l'homme qui avait été convoqué mais d'un autre individu dont l'exemption ne faisait aucun doute[162].

La fraude documentaire est donc facilitée par les caractéristiques administratives de l'État britannique[163]. La Grande-Bretagne du début de la guerre, contrairement à la France, n'est pas une « société d'inscrits[164] ». L'histoire de l'organisation de l'identification des citoyens a en effet partie liée avec la mise en place de la conscription. Les recensements généraux de populations, qui accompagnent et autorisent le développement de l'identification, permettent,

---

[161] Sur la fraude documentaire et les pratiques qui la caractérisent, on lira ARTIERES Philippe, « Chapitre 11. La délinquance documentaire », dans ARTIERES Philippe (dir.), *La police de l'écriture. L'invention de la délinquance graphique (1852-1945)*, Paris, La Découverte, 2013, p. 151-162. Au terme « délinquance », qui renvoie à des arrangements politiques et juridiques ultérieurs, j'ai préféré le terme « fraude », utilisé par les contemporains des affaires qui m'intéressent.

[162] « *Another point that has to be remembered is that our civil population had no means of being identified. Every individual simply had a name. […] There was no means of identifying the men who were in civil life. There was no identity book, as there is in other countries where there is compulsory service. We called men to come up for medical examination, and they came or, at least, someone came, and often, as we have shown on the courts, it was not the man who was called that came but a man who was safe to be rejected* » in NA, MH 47/144/4, Select Committee. Minutes of evidence n°1, 2 juillet 1917, A. C. Geddes, p. 6. Voir aussi, plus loin : « *it is difficult to get proof because we cannot establish the identity of the other man until we have a photograph or thumb mark or something of that sort* ».

[163] Voir par exemple NA, NATS 1/1017, Prosecution of Charles Stern for unlawful possession of Isodore Stern's National Registration Certificate, 1918.

[164] DARDY Claudine, *Identités de papiers*, *op. cit.,* 1991

certes, de « dresser un état démographique du pays et de calculer la répartition des prélèvements », mais ils visent aussi à estimer l'effectif des soldats mobilisables[165].

En l'absence de politique d'identification, les individus ne sont pas enfermés dans une identité par un document que les autorités considèrent comme fiable et objectif. Il leur est dès lors plus facile d'envoyer un autre homme se faire examiner à leur place ou, dans le cas de Carter, d'aller s'installer ailleurs sous une fausse identité, muni d'un certificat d'exemption. Un registre militaire est certes mis en place à partir d'août 1915, en lien avec les opérations du recensement (*Registration*). Mais sa complexité et le fonctionnement décentralisé du recrutement en font vite un outil dépassé[166]. La déploration d'Auckland Geddes montre bien qu'à côté de la garantie d'individualisation des prestations assurées par l'État et du renforcement du principe d'égalité, la nécessité de définir avec précision l'identité de chacun renvoie à la volonté d'empêcher les fraudes et les usurpations[167].

La fraude, dépendante d'arrangements et de complicités locaux, est un phénomène difficile à quantifier. Quelques affaires sont relayées dans la presse et discutées au sommet de l'État mais elles ne peuvent permettre d'en évaluer la fréquence[168]. À la suite du scandale de Stepney, la police mène une vaste enquête sur 8 000 exemptés de l'East-End, afin de s'assurer qu'ils sont bien en situation régulière. Selon les enquêteurs, sur les 30% d'exemptés, 8% sont en possession d'un faux certificat, 5% détiennent un formulaire volé au tribunal de Stepney, soit 400 hommes[169]. Sir Archibald Bodkin (1862-1957), procureur en vue, estime alors qu'au vu de l'ampleur de ces chiffres, il est nécessaire d'annuler toutes les sentences prononcées par le tribunal et de procéder à nouveau à l'examen de tous les exemptés. La proposition est sérieusement examinée par le *National Service Committee*[170].

Les chiffres de l'enquête policière sont rapidement contestés. Ils sont qualifiés d' « invraisemblables[171] » par les membres du tribunal. James Kiley (1865-1953), député libéral de Whitechapel, l'une des trois circonscriptions électorales de Stepney en 1918 souligne, au contraire, la participation exceptionnelle de l'East-End londonien à l'effort de guerre. 40 000 hommes ont rejoint les rangs de l'armée, « plus qu'aucun autre district industriel du royaume »,

[165] ABOUT Ilsen, DENIS Vincent, *Histoire de l'identification des personnes*, Paris, La Découverte, 2010, p. 56.
[166] NA, MH 47/144/4, Select Committee. Minutes of evidence n°1, 2nd July 1917, A. C. Geddes, p. 6.
[167] ABOUT Ilsen, DENIS Vincent, *Histoire de l'identification des personnes*, *op. cit*., p. 56.
[168] Voir par exemple NA, NATS 1/925, 1917.
[169] *Ibid*. et « Stepney exemptions », *The Times*, 27 août 1918, p. 4.
[170] « The Stepney exemptions », *The Times*, 20 août 1918, p. 8.
[171] « *incredible* » in « Stepney exemptions », *The Times*, 27 août 1918, p. 4.

tonne-t-il en séance. De fait, dans toutes les régions industrielles, la sélection médicale tend à éliminer un grand nombre d'hommes[172]. En septembre 1915, à l'issue d'un meeting, sur 150 volontaires, seuls 15 sont retenus, déplore un journal de l'est londonien[173]. Rapidement urbanisé dans la seconde moitié du XIX^e^ siècle, Stepney est alors un quartier populaire de triste réputation, caractérisé par un habitat insalubre et délabré où s'entasse une population miséreuse dont de nombreux immigrés[174]. Au recensement de 1911, il regroupait 279 804 habitants. Son tissu industriel s'est densifié dès la fin du XIX^e^ siècle par migration de firmes centrales (vêtement, imprimerie, petit outillage de précision) dans la proche banlieue[175]. En 1911, 23,6% des travailleurs de Stepney œuvrent dans l'industrie textile[176].

Pourtant, il semble bien que le district ait effectivement contribué massivement au recrutement. On retrouve les chiffres dont se félicite James Kiley dans la presse. L'*East London Observer* se félicite du grand nombre de volontaires en avril 1915[177]. Le quartier se place ainsi parmi les grands pourvoyeurs de la capitale. Fort de cette participation à l'effort de guerre, le député somme les autorités judiciaires de prouver les chiffres brandis au cours du procès ou de présenter leurs excuses en raison « du grand discrédit qu'ils ont tenté de jeter sur les hommes du district[178] ». En l'absence de preuve permettant d'assurer l'existence d'autres cas en dehors de ceux mentionnés au procès, le président du tribunal met fin à l'affaire en rejetant la proposition visant à réexaminer toutes les demandes d'exemption.

2. Corruptions

Lorsque les conscrits ne peuvent échapper à l'expertise médicale, ils tentent parfois de s'attirer la sympathie ou la complicité des experts chargés de l'évaluation. Il peut s'agir, comme à Liverpool en 1916, de l'officier chargé de l'examen préliminaire[179]. Mais il s'agit plus

[172] SKELLEY Alan, *The Victorian Army at Home. Recruitment and terms and conditions of the British, 1859-1899*, London 1977, p. 5-6 ; STECKEL Richard, FLOUD Roderick (dir.), *Health and Welfare during Industrialization*, Chicago, Chicago University Press for the National Bureau of Economic Research, 1997. Voir aussi *Report upon the Physical Examination, op. cit.*.
[173] *East End News*, 29 septembre 1914.
[174] Sur les caractéristiques de ce quartier londonien, on lira BIRD Samantha L., *Stepney: Profile of a London Borough from the Outbreak of the First World War to the Festival of Britain, 1914-1951*, Newcastle-upon-Tyne, Cambridge Scholars Publishing, 2011, notamment p. 2 et 8-48.
[175] HALL Peter, *The industries of London since 1861*, Londres, Hutchinson, 1962 ; MARTIN J.E., *Greater London, an industrial Geography*, Londres, G. Bell, 1966.
[176] BIRD Samantha, *Stepney: Profile of a London Borough…, op. cit*., p. 38.
[177] *East London Observer*, 24 avril 1915.
[178] « Stepney exemptions », *The Times*, 3 septembre 1918, p. 3.
[179] NA, MH 47/144/4, Select Committee. Minutes of evidence n°1, 2nd July 1917, A. C. Geddes, p. 11.

fréquemment des médecins eux-mêmes, dans la continuité de pratiques que l'on repère déjà en France au début du XIX^e siècle[180]. Même s'il est difficile d'évoquer la fréquence et l'efficacité de ce que l'hebdomadaire satirique *Le Rire* appelle « l'action directe et énergique du piston[181] », quelques sources mentionnent ainsi les efforts déployés par les individus pour user de leur influence ou de celles de leurs connaissances afin d'obtenir un certificat de complaisance ou la complicité d'un médecin. Charles Ridel évoque ainsi le parcours d'embusqué de Gaston Gallimard et Fernand Léger. L'écrivain Louis Guilloux relate les manœuvres du premier qui, après avoir joué les malades avec succès, profite des services complaisants offerts par certains médecins :

> Mais n'est-il pas possible à un grand homme d'affaire de se déclarer surmené ? Un séjour dans une maison de repos ne devient-il pas nécessaire dans ce cas-là ? La maison de repos ne fut pas choisie au hasard. Le médecin était un ami. On fit venir un médecin militaire qui examina très soigneusement le malade et conclut qu'il souffrait d'« anxiété ». […] Ce difficile passage heureusement franchi, une certaine période d'accalmie suivit, puis, après quelques temps, il fallut trouver de nouveaux moyens. Léon-Paul Fargue, qui s'employait à sauver ceux qu'il aimait, avait dans un hôpital quelqu'un qui, contre argent, dirigeait sur un certain médecin les nouveaux appelés qui se voyaient tous confirmés dans leur situation d'inaptes[182].

L'éditeur sollicite les experts, soit directement, en s'adressant à des connaissances médecins, soit indirectement, par le biais de son entourage. Il passe ainsi par l'intermédiaire de son ami, le poète Léon-Paul Fargue, qui fait des démarches afin de lui éviter l'épreuve du front. L'opération implique, semble-t-il, un échange d'argent. Ce témoignage indirect de Louis Guilloux reste soumis à caution. Plus intéressante est la correspondance de guerre du peintre Fernand Léger avec son ami d'enfance Louis Poughon, où on le voit mobiliser ses relations dans le monde médical civil et militaire. Il tente de prolonger un congé de convalescence obtenu à l'été 1917, puis de se faire exempter par une commission de réforme. Sans que l'on puisse juger de l'efficacité de ses démarches, sa correspondance révèle les efforts fournis par l'artiste pour obtenir, si ce n'est la complicité, du moins la bienveillance des experts chargés du diagnostic. Il est réformé temporaire trois fois, en mai, août et décembre 1918[183]. Pour espérer

---

[180] ARON Jean-Paul, DUMONT Paul, LE ROY LADURIE Emmanuel, *Anthropologie du conscrit. Présentation cartographique*, op. cit., p. 211-216.

[181] Au sujet d'une recrue versée dans le service auxiliaire, « Échos du rire », *Le Rire*, n°8, 9 janvier 1915.

[182] GUILLOUX Louis, *Carnets. 1944-1974,* Paris, Gallimard, NRF, 1982, p. 332-333 cité par RIDEL Charles, *Les Embusqués*, *op. cit.*, Annexe 3.

[183] RIDEL Charles, *Les Embusqués*, *op. cit.*, p. 266-275. Voir la correspondance éditée de Fernand Léger et de Louis Poughon, où le premier demande à plusieurs reprises au second d'intervenir en sa faveur auprès de ses connaissances : *Fernand Léger, une correspondance de guerre* à Louis Poughon, 1914-1918, Centre Georges Pompidou, Les Cahiers du Musée national d'art moderne, Hors-série Archives, 1997.

voir réussir ces tentatives, il faut donc disposer d'un important capital social et symbolique, afin de pouvoir faire appel à d'influents appuis, et d'un capital économique conséquent, pour rémunérer experts et intermédiaires.

À côté de ces opérations individuelles d'embusquage, on trouve la trace d'entreprises collectives de corruption de l'expertise médicale. Le retentissant procès des réformes frauduleuses se tient en France en 1916, à la suite du démantèlement, en octobre de l'année précédente, d'un vaste réseau[184]. L'affaire, qui défraie la chronique, implique un stratagème élaboré impliquant prise de médicaments pour provoquer des symptômes, faux diagnostics, faux certificats d'hospitalisation afin, moyennant finance, d'éviter aux hommes qui le souhaitent de retourner au front. Pas moins de quarante-sept accusés sont traduits devant le 3e Conseil de guerre, dont des médecins civils et militaires, tels le docteur Hortz, ancien médecin-chef au bureau médical de la Place de Paris, Fortuné Laborde, aide-major de 1e classe, le docteur Saint-Maurice, médecin réfugié responsable des diagnostics des soldats malades et Achille Lombard, médecin civil du cadre de réserve. Là encore, ces manœuvres sont réservées aux soldats qui peuvent se le permettre.

En dehors de cette affaire retentissante, les médecins sont souvent innocentés faute de preuves. En France, les dispositions visant à lutter contre l'exemption frauduleuse sont contenues dans la loi de mobilisation de 1905. Les comptes-rendus de recrutement, conformément à l'article 79 de la loi de mobilisation du 21 mars 1905, pointent ceux qui ont été frauduleusement omis des tableaux de recensement ou ceux qui ont été « indûment exemptés ». Les articles 81 et 82 évoquent les peines prévues pour les complices – médecins, pharmaciens et fonctionnaires ou officiers publics – des hommes tentant d'échapper au recrutement. De fait, dans le procès des réformes frauduleuses, ce sont les médecins et fonctionnaires, « la main qui exempte[185] », plus que les hommes qui ont recours à leurs services, qui écopent des peines les plus lourdes[186]. En Angleterre, John Yorkston, employé du bureau de recrutement de Salford, dans la banlieue de Manchester, est reconnu coupable de fraude documentaire. Il est condamné à quatre mois de prison[187]. Carter, qui a bénéficié d'une pratique

[184] RIDEL Charles, *Les Embusqués*, *op. cit.*, p. 246-248. Pour une affaire de corruption en Angleterre, NA, NATS 1/845, Doctor Goone Tilleke: alleged misconduct, acceptance of bribes, 1917-1918.
[185] Du titre récurrent des articles que Georges Bertoulat, directeur de *La Liberté*, consacre à l'affaire.
[186] RIDEL Charles, *Les Embusqués, op. cit.*, p. 246.
[187] NA, NATS 1/925, John Yorkston: accused of bribery; attempted to obtain medical history sheets from a recruiting clerk in Manchester, 1917. Voir aussi NATS 1/940, Edward Platt: writ issued against Attorney General on the grounds he holds Certificate of Exemption issued by Lambeth Local Tribunal, 1917-1918 ; NATS 1/983, Henry Collins, attempted bribery, offering £1 to National Service Medical Board at Taunton: prosecuted, fined

similaire à Stepney, n'écope que d'un mois. Mais la distribution des peines face à ces pratiques demanderait à être davantage étudiée.

Que reste-t-il dès lors aux hommes dépourvus de ressources ? Il est possible de formuler quelques hypothèses appuyées sur la littérature existante et éclairées par la comparaison France-Angleterre. Pour Charles Ridel, la pratique est, dans l'imaginaire collectif, essentiellement celle de la bourgeoisie. Les courriers de dénonciation incriminent souvent les « gros », les nantis[188]. Pour David Sibley, au contraire, en Grande-Bretagne, le *shirker* est dépeint par la presse en des termes renvoyant plutôt aux classes populaires (*working classes*)[189]. Précisons ici que l'on parle de représentations, souvent fantasmées comme l'ont bien montré les deux auteurs, et non d'une réalité par ailleurs difficile à quantifier. J'émets ici l'hypothèse que Charles Ridel et David Silbey font référence à deux types de contournement de la sélection. Le motif de ces contournements est le même – échapper à l'armée ou au front – les modalités diffèrent sensiblement. Corruption et fraude d'un côté ; simulation, inoculation et mutilation de l'autre. Ces dernières apparaissent donc comme les ressources de ceux qui n'en ont pas.

3. Simulations, inoculations, mutilations

Les écrits de certains médecins font état de nombreuses « mutilations volontaires et supercheries[190] » destinées à permettre aux examinés d'échapper au service ou à la guerre. J'ai évoqué dans le chapitre précédent la crainte manifestée par les experts du recrutement, face à l'éventualité de ces tentatives. Mais qu'en est-il vraiment du côté des recrues ? Certaines pratiques anciennes, telles les plaies factices et les « hernies insufflées », se retrouvent dans les rapports préfectoraux dans le premier quart du XIX^e^ siècle[191]. La carte des exemptions pour « perte des doigts » est marquée par d'importantes analogies avec celle des « absents » qui entretient elle-même des correspondances avec la France de la résistance à l'impôt. Cela tendrait à montrer que, dans les régions où la corrélation est nette – la Haute-Loire et les

£10, 1918 ; NATS 1/1011, John Stuckgold Russian subject, convicted of bribery and sentenced to two months imprisonment, recommended for deportation, 1918.

[188] Voir aussi HALAIS Jérémie, *Des Normands sous l'uniforme, op. cit*.

[189] SILBEY David, « Bodies and cultures collide… », *art. cit.*, p. 71. Voir par exemple le *Weekly Dispatch* du 6 septembre 1914, p. 8 et le *Daily Mail* du 21 mai 1915, p. 4.

[190] ARON Jean-Paul, DUMONT Paul, LE ROY LADURIE Emmanuel, *Anthropologie du conscrit, op. cit*. Dans la région parisienne, la Normandie, le département du Nord, le taux de mains mutilées est élevé sans que ces régions soient particulièrement concernées par le phénomène des absents. Il peut s'agir de mutilations volontaires mais aussi, plus simplement, d'accidents du travail.

[191] Rapport au Ministre, dans F^9^ 209, Lozère, 19. I. 1819, cité par ARON Jean-Paul, DUMONT Paul, LE ROY LADURIE Emmanuel, *Anthropologie du conscrit, op. cit.*, p. 29.

départements environnants –, les conscrits tenteraient, plus qu'ailleurs, d'échapper au service en recourant à ces pratiques[192]. Les jeunes gens se couperaient le pouce, ou l'index afin d'être déclarés incapables de manier une arme. La dimension révélatrice du phénomène des absents doit cependant être relativisée. En raison des pratiques d'émigration saisonnière, un certain nombre de jeunes travailleurs, partis « faire leur saison », tailler ou déchausser la vigne dans la Midi ou se faire charbonnier à Paris, ne se présentent pas au conseil de révision[193]. Ces conscrits peuvent alors se faire examiner dans leur département de résidence. Il arrive également que sur ces absents, qui représentent pendant la guerre 2% des conscrits normands étudiés par Jérémie Halais, certains soient décédés avant l'âge de 20 ans et inscrits par erreur sur les listes de recrutement[194].

Mais en dehors de ces cas, certaines recrues recourent effectivement à toute une gamme de subterfuges visant à se faire exempter. Les stratagèmes peuvent être plus ou moins élaborés et les techniques plus ou moins invasives, de la simple comédie à l'ingestion de substances nocives ou à la mutilation. L'aliéniste Salomon Lwoff (1859-1939) évoque en 1916 le cas d'un débile mental simulant la surdité[195]. Mais les psychiatres français ne parviennent pas à s'entendre, y compris pendant la guerre, sur la fréquence du phénomène[196]. Pour Auckland Geddes, auditionné par la commission d'enquête de la Chambre des Communes en 1917, l'usage de médicaments destinés à perturber le rythme cardiaque est courant[197]. Il évoque également des subterfuges « puériles » tel l'usage d'un mélange d'huile rance et de lait condensé pour simuler un épanchement du conduit auditif[198]. L'inventivité des conscrits désireux de se faire exempter est remarquable et il s'agit, de surcroît, d'un motif de fiction répandu. Le *Carnet de la semaine* relate avec ironie en 1915 les péripéties – réelles ou supposées – d'un fonctionnaire qui ingère une forte dose de caféine le jour de sa révision afin d'affoler son cœur et d'être diagnostiqué cardiaque[199]. Il n'est par ailleurs pas si simple de se faire exempter en ayant recours à la simulation. Certaines infirmités – ouïe ou vue déclinante, faiblesse d'esprit – qui apparaissent a priori faciles à simuler font l'objet de certifications.

[192] ARON Jean-Paul, DUMONT Paul, LE ROY LADURIE Emmanuel, *Anthropologie du conscrit, op. cit.*, p. 26.
[193] MAURIN Jules, *Armée, guerre, société*, *op. cit.,* p. 256.
[194] HALAIS Jérémie, *Des Normands sous l'uniforme, op. cit.*, p. 98.
[195] « Compte-rendu de la séance du 29 mai 1916 », *Annales médico-psychologique*, n°7, Paris, Masson, 1916, p. 493.
[196] DERRIEN Marie, « "La tête en capilotade". Les soldats de la Grande Guerre internés dans les hôpitaux psychiatriques français », thèse de doctorat de l'université Lumière Lyon 2, 2015, p. 70.
[197] NA, MH 47/144/4, Select Committee. Minutes of evidence n°1, 2 juillet 1917, A. C. Geddes, p. 6.
[198] « *Childish sort of things* » in NA, MH 47/144/4, Select Committee, A. C. Geddes, p. 6. Voir aussi HALAIS Jérémie, *Des Normands sous l'uniforme, op. cit.*, p. 119.
[199] « Le cierge du fonctionnaire », *Le Carnet de la semaine*, 10 mai 1915. Voir annexe n° 34.

L'épilepsie et la faiblesse d'esprit donne lieu, en France à des déclaration auprès de la mairie et à l'émission de certificats de notoriété[200].

L'évaluation du nombre de simulations ou de blessures auto-infligées par des individus désireux de se faire exempter ou réformer est particulièrement difficile tant est grande la dispersion des données juridiques ou médicales, sans compter les blessures ou maladies qui échapperaient à la vigilance des experts[201]. En France, le contexte de la Grande Guerre est sensiblement différent de celui du XIX[e] siècle. Si en 1870 encore, un certain nombre des décisions des conseils de révision étaient visiblement massivement contestées, la légitimité de la conscription s'est développée et les manifestations d'hostilité au service se sont vues conséquemment réduites[202]. La pression sociale et le patriotisme ambiant accompagnant l'entrée en guerre rendent également moins facile le fait de se soustraire volontairement à l'obligation du service. La France connaît ainsi un nombre très faible de réfractaires et d'insoumis[203]. Une entrée spécifique « mutilation volontaire » est prévue dans la nomenclature des affections pouvant conduire à l'exemption ou au classement dans le service auxiliaire. Classée dans les « Maladies du squelette et des organes de la locomotion », juste après les « lésions et mutilations de la main », elle donne les résultats suivants :

[200] ARON Jean-Paul, DUMONT Paul, LE ROY LADURIE Emmanuel, *Anthropologie du conscrit français, op. cit.*, p. 215

[201] DELAPORTE Sophie, *Les médecins dans la Grande Guerre*, Paris, Bayard, 2003, p. 188. En Angleterre, voir NA, NATS 1/796. Allegations of doping to avoid call-up for military service, 1918-1919.

[202] Sur les réclamations et manifestations qui ont accompagné la convocation des conseils de révision dans l'Hérault en lien avec l'opposition latente à l'Empire, MAURIN Jules, *Armée, guerre, op. cit.*, p. 16.

[203] BOULANGER Philippe, « Le refus de l'impôt du sang. Géographie de l'insoumission en France de 1914 à 1922 », *Guerre mondiales et conflits contemporains*, n° 188, décembre 1997, p. 3-25 ; GIRARDET Raoul, *La Société militaire dans la France contemporaine (1815-1839*), Paris, Plon, 1953, p. 246. Voir aussi, sur ce phénomène, AUVRAY Michel, *Objecteurs, insoumis, déserteurs. Histoire des réfractaires en France*, Paris, Stock, 1983.

Tableau 15 : Mutilations volontaires repérées pendant les conseils de révision (1914-1918)

	1914	1915		1917	1918	
	Classe 1914	Classe 1916	Classe 1917	Classe 1918	Classe 1919	Classe 1920
Mutilations volontaires	2	1	0	1	8	2
Exemptés	17 668	12 529	11 302	7 750	8 408	970
Nombre d'examinés	318 464	313 710	313 070	299 624	302 077	298 302

	1914	1915		1917	1918	
	Classe 1914	Classe 1916	Classe 1917	Classe 1918	Classe 1919	Classe 1920
Mutilations volontaires	0	1	0	4	8	1
Classés service auxiliaire	6 656	5 466	3 639	6 945	7 307	5238
Nombre d'examinés	318 464	313 710	313 070	299 624	302 077	298 302

Source : *Comptes rendus sur le recrutement*[204]

Les fraudes détectées pendant les opérations de la révision apparaissent donc particulièrement rares[205]. Elles le sont d'autant plus que les médecins répugnent à affirmer avec certitude qu'il y a bien mutilation volontaire. Pour Paul Chavigny, chef du centre médico-légal de Nancy :

> Aussi qualifié qu'il puisse être, le médecin-expert ne doit absolument pas, dans ses conclusions, et d'après ses seules observations médico-légales, affirmer qu'une lésion observée par lui est ou n'est pas une mutilation volontaire […]. Il sait simplement quand l'expertise a donné des résultats positifs que le coup de feu a été tiré à une distance déterminée. Il peut encore dire si les constatations médicales faites par lui concordent ou ne concordent pas avec les résultats de l'enquête, mais c'est tout : là se borne son rôle[206].

Les mutilations volontaires et les infirmités simulés figurent dans l'article 80 de la loi de 1905. En cas de fraude avérée, l'individu est traduit devant un tribunal civil. Si la mutilation intervient après l'incorporation, le problème est tout autre et est longuement débattu par les médecins tout au long de la guerre[207]. Le chef d'accusation n'existant pas dans le Code de justice militaire, il

[204] Les données de la classe 1915 ne sont pas disponibles.
[205] D'après les médecins militaires, elles ont d'ailleurs tendance à diminuer au cours du XIX^e siècle. Voir ROYNETTE Odile, *Bons pour le service, op. cit.*, p. 242-243. En 1874, sur 270 845 jeunes gens examinés, trente font l'objet de poursuites pénales, soit 0,01%.
[206] CHAVIGNY Paul, « Les mutilations volontaires par armes à feu. Étude médico-légale au cours de la guerre européenne de 1914 », travail écrit en 1916 et publié en 1924, p. 92, ASSA, Carton 156, cité par DELAPORTE Sophie, *Les médecins dans la Grande Guerre*, *op. cit*., p. 189.
[207] Sur la simulation des soldats, voir VIET Vincent, *La santé en guerre, 1914-1918. Une politique pionnière en univers incertain*, Paris, Presses de Sciences Po, 2015, p. 304-305 et suiv.

laisse un vide juridique comblé par l'assimilation de la mutilation volontaire au chef d'accusation de « désertion en présence de l'ennemi » ou d' « abandon de poste ». Entre août 1914 et octobre 1916, 12% des 290 exécutions pour désertion en présence de l'ennemi relèvent d'une mutilation volontaire[208].

Ces condamnations n'empêchent pas les soldats de recourir à la mutilation dont Chavigny dresse en 1915 une typologie, dans laquelle il évoque la main comme lieu privilégié de la blessure auto-infligée. D'autres tentatives sont remarquées, comme les refus de soin, les blessures dont l'on empêche la guérison ou les maladies provoquées ou simulées[209]. Les médecins de la Grande Guerre se sont ainsi retrouvés en présence de groupes de malades aux symptômes très proches qui s'étaient échangés nombre de recettes destinées à leur éviter le renvoi sur le champ de bataille. De ces cas relativement rares qui ont déclenché la production d'une abondante littérature médicale, on peut déduire que les individus, faute de pouvoir toujours s'auto-exclure du champ de bataille avec facilité, ont parfaitement intégré les critères de l'aptitude militaire telle qu'elle a été définie par les médecins.

[208] SUART Vincent, « La justice militaire et la peine de mort au début de la Première Guerre mondiale », *Revue d'Histoire moderne et contemporaine*, janvier-mars 1994, p. 136-153.
[209] Voir DELAPORTE Sophie, *Les médecins dans la Grande Guerre*, *op. cit.* ; VIET Vincent, *La santé en guerre, op. cit.*, p. 307-320.

DEUXIEME PARTIE :

LA SELECTION EN CRISE

Chapitre 4
La sélection à l'épreuve de la guerre (1914-1916)

Sortez, promeneurs, les mains de vos poches !
Empoignez bombes, poignards ou pavés,
Et si par hasard, vous êtes nés manchots,
Venez quand même et foncez front baissé !

Vladimir Maïakovski, *Le Nuage en pantalon,* 1915

En France comme en Angleterre, les opérations médicales du recrutement sont soumises à l'exigence du rendement dès le début de la guerre. Il s'agit de recruter plusieurs millions d'hommes afin de former des armées de masse et de reconstituer les effectifs décimés par un conflit meurtrier. La mise sur pied d'armées de masse répond d'abord à une doctrine militaire. En France, depuis la défaite de 1870, la question des effectifs est au centre des réflexions sur la défense nationale. L'extension du service obligatoire va de pair avec une pensée de la guerre qui consacre, à partir de 1880, le primat du choc sur le feu[1]. L'offensive à outrance de la guerre de mouvement, appuyée sur l'infanterie, doit aboutir à l'anéantissement de l'adversaire. Dans le contexte d'un regain de tensions avec l'Allemagne – qui augmente en 1913 ses effectifs à 800 000 hommes – s'impose l'idée du recours à un maximum de force. Pendant le conflit, plus de trois millions de Français de 20 à 48 ans sont mobilisés, ils sont près de huit millions à la fin de la guerre qui a appelé sous les drapeaux les classes 1887 à 1919[2]. La mobilisation des gros bataillons est facilitée par l'enracinement du principe de la conscription qui, commencé à Valmy, s'achève à Verdun[3]. Le XIX^e^ siècle a ainsi vu se consolider l'idée d'un service personnel,

[1] GUIOMAR Jean-Yves, *L'invention de la guerre totale,* XVIII^e^-XX^e^ *siècle*, Paris, Éditions du Félin, 2004, p. 266-70 ; LYNN John, *Tools of war: Instruments, Ideas and Institutions of Warfare*, *1445-1871*, Urbana and Chicago, University of Illinois Press, 1990, p. 171-172.
[2] CREPIN Annie, BOULANGER Philippe, *Le Soldat-citoyen. Une Histoire de la conscription*, La documentation française, n°8019, février 2001, p. 9-10
[3] CREPIN Annie, « Armée et citoyenneté en France de Valmy à Verdun », *Revue Histoire et Défense. Les cahiers de Montpellier*, n°39, 2000, p. 5-13.

universel et obligatoire qui l'emporte sur l'association du tirage au sort et du service du petit nombre, caractéristique des monarchies censitaires et du Second Empire[4].

La nécessité du recrutement d'une armée de masse pour des raisons stratégiques se double ensuite de l'impératif de reconstitution des effectifs et de celui de la répartition planifiée des travailleurs dans l'économie de guerre. Les combats sont en effet particulièrement meurtriers. Les grandes offensives se soldent par des pertes importantes et des gains de territoires limités[5]. Pendant toute la durée des affrontements, les armées française et britannique sont régulièrement à court d'hommes. L'état-major s'efforce donc de reconstituer les troupes le plus rapidement possible. Au Royaume-Uni, qui disposait d'une armée de métier aux dimensions réduites, le déséquilibre des forces et les importantes pertes subies dès les premières semaines par le corps expéditionnaire britannique (*BEF*), poussent à augmenter considérablement les effectifs[6]. Pour faire face à une demande d'hommes toujours croissante, le système de recrutement est profondément bouleversé. Le *BEF* est d'abord élargi de manière inédite grâce à l'appel au volontariat. Il passe ainsi de 100 000 hommes en août 1914 à deux millions début 1916. Mais les 360 000 morts de 1915, la nécessaire répartition planifiée des travailleurs dans l'économie de guerre et les tensions interalliées sur la question des effectifs conduisent à l'adoption de la conscription en mars 1916 qui porte l'armée à quatre millions d'individus[7]. L'incorporation prend alors un caractère obligatoire pour les hommes valides en âge de combattre. En France, la récupération des effectifs militaires devient, notamment à partir de 1915, une priorité nationale[8]. Sont en causes les lourdes pertes de la bataille de la Marne, de la course à la mer et de la bataille de l'Yser et l'indispensable répartition des ressources humaines pour répondre à la fois aux besoins militaires et économiques.

Ce chapitre entend montrer que les besoins toujours accrus en hommes ont des conséquences notables sur l'organisation et le déroulement des opérations médicales du recrutement. En France comme en Grande-Bretagne, on tente d'augmenter la vitesse et le rendement de la sélection. Afin de combler le déficit des effectifs, les gouvernements organisent

---

[4] CREPIN Annie, *La Conscription en débat ou Le triple apprentissage de la nation, de la citoyenneté, de la République : 1798-1889*, Arras, Artois Presses université, 1998, p. 67 ; *Histoire de la conscription*, Paris, Gallimard, 2009, p. 166.

[5] PRIOR Robin, « 1916 : batailles totales et Guerre d'usure » in WINTER Jay, BECKER Annette (dir.), *La Première Guerre Mondiale*. Tome 1, *Combats*, Paris, Fayard, 2013, p. 103-126.

[6] BOURNE John M., *Britain and the Great War 1914-1918*, London, Edward Arnold, 1989, p. 16.

[7] Sur les tensions interalliées sur la question des effectifs, voir RIDEL Charles, *Les Embusqués*, Paris, A. Colin, 2007, p. 141-143.

[8] VIET Vincent*, La santé en guerre, 1914-1918. Une politique pionnière en univers incertain,* Paris, Presses de Sciences Po, 2015, p. 292-294 ; PEDRONCINI Guy, « L'armée française dans la Grande Guerre » in CORVISIER André, *Histoire militaire de la France*, Paris, PUF, 1992, t. 3 : *De 1871 à 1940*, p. 168-169.

le recrutement de manière à ce qu'il fournisse le plus grand nombre d'hommes. Grande pourvoyeuse d'exemption, la sélection médicale est particulièrement visée. Un certain nombre de mesures sont explicitement destinées à l'atténuer ou à la contourner. Le 15 septembre 1916, les commissions britanniques sont ainsi sommées d'accepter davantage d'hommes[9]. Les instructions données aux commissions, plus ou moins officiellement selon les cas, sont complétées par des dispositions visant à récupérer le plus grand nombre d'individus parmi ceux qui ont été préalablement écartés du service. Il s'agit de multiplier les contrôles en soumettant les recrues à des évaluations médicales répétées.

Le phénomène d'intensification du contrôle médical pendant la guerre a été abordé par plusieurs chercheuses et chercheurs qui ont mis en évidence le relâchement des exigences de la sélection britannique, le rendement des mesures de récupération prises par le gouvernement français et le rôle dans cette dynamique de la haine des embusqués[10]. Les recherches de Marie Derrien, Stéphane Tison, Hervé Guillemain et Peter Barham ont permis d'accéder à une meilleure connaissance du destin des recrues mentalement fragiles dont l'incorporation est une conséquence directe de ces politiques[11]. Dans ce chapitre, je me propose d'enrichir ces analyses à l'aide de deux nouvelles orientations analytiques et deux nouvelles approches thématiques. Au point de vue analytique, il apparaît d'abord nécessaire de remettre les modalités concrètes de l'examen médical et la pensée de l'aptitude au cœur d'études menées bien souvent à hauteur soit des individus qui les subissent, soit des institutions qui les organisent. J'évoquerai notamment la pensée profane de l'aptitude – celle de l'opinion – qui constitue un contrepoint intéressant aux constructions savantes des experts. Il est en outre possible de relire la mise à l'épreuve des opérations médicales du recrutement à la lumière d'une dynamique stratégique d'accélération, qui participe pleinement de l'effort visant à reconstituer au plus vite les effectifs.

---

[9] NA, MH 47/144/4, *Select Committee*. Draft special report.

[10] Sur le relâchement des critères de la selection : SILBEY David, « Bodies and Cultures Collide: Enlistment, the Medical Exam, and the British Working Class, 1914-1916 », *Social History of Medicine*, vol. 17, nº 1, avril 2004, p. 61-76 ; WINTER Jay, « Military Fitness and Civilian Health in Britain during the First World War », *Journal of Contemporary History*, vol. 15, n°2, 1980, p. 211-244 ; MCDERMOTT James, *British Military Service Tribunals, 1916-18: A Very Much Abused Body of Men*, Manchester, Manchester University Press, 2011. Sur le rendement de la recuperation : BOULANGER Philippe, *La France devant la conscription, op. cit* ; « Les embusqués de la Première Guerre mondiale », *Guerres mondiales et conflits contemporains*, n° 192, décembre 19918, p. 87-100. Sur la haine des embusqués : RIDEL Charles, *Les Embusqués*, *op. cit*.

[11] BARHAM Peter, *Forgotten Lunatics of the Great War*, Yale University Press, 2004 ; DERRIEN Marie, « Éliminer ou récupérer ? L'armée française face aux fous du début du XXe siècle à la Grande Guerre », *Le Mouvement Social*, vol. 253, n°4, 2015, p. 13-29, p. 13-29 ; GUILLEMAIN Hervé, TISON Stéphane, *Du front à l'asile. Expériences de la folie de la Grande Guerre aux années vingt*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes, 2013, chapitre 4 « La mobilisation des débiles et des psychotiques », p. 95-114 ; THOMSON Mathew, « Status, Manpower and Mental Fitness: Mental Deficiency in the First World War », in COOTER Roger, HARRISON Mark, STURDY Steve (dir.), *War, Medicine and Modernity*, Stroud, Sutton Publishing, 1998, p. 149-167.

Je m'inspire sur ce point des théories critiques de la vitesse formulées par Hartmut Rosa[12]. Sur le plan thématique, les modalités réglementaires d'assouplissement des critères français de la sélection sont restées un point aveugle des travaux cités, qui se focalisent surtout sur l'adaptation empirique de l'évaluation. Je me propose d'établir ces modalités à travers l'étude fine de la réforme de l'instruction sur l'aptitude physique entre 1914 et 1916. Enfin, la participation des médecins à cette entreprise d'arraisonnement de la sélection médicale aux logiques guerrières est restée peu évoquée.

On peut tirer de ces quatre approches trois conclusions nouvelles. La comparaison France-Angleterre permet d'abord de faire émerger des dynamiques différenciées d'intensification du rendement du recrutement. En Angleterre, c'est la procédure de l'examen médical qui se trouve modifiée, notamment par l'accélération et par une série d'instructions provenant du sommet de l'État. En France en revanche, si la procédure est également affectée, l'intensification des mesures de récupération passe par la réforme de la nomenclature des affections donnant lieu à l'exemption ou au classement dans le service auxiliaire. L'étude des modalités de cette réforme permet en outre de mettre en évidence le fait que les mesures de récupération et la révision des instructions sont deux processus qui s'entretiennent l'un l'autre. Enfin, les médecins ne sont pas restés à l'écart de l'enthousiasme belliciste et ont participé à la dynamique du rendement. L'impératif de conservation des effectifs dont ils étaient investis a pu primer sur leur éthique de la sollicitude et leurs préoccupations hygiénistes, que ce soit dans la dynamique du recrutement ou dans le soin apporté aux blessés[13]. Certains experts, au nom du patriotisme, ont ainsi milité directement pour l'assouplissement des critères de l'aptitude.

Nos analyses s'appuient principalement sur le dépouillement des dossiers du SHD consacrés à la réforme de l'instruction sur l'aptitude physique[14] ; sur la comparaison des huit différentes versions de cette instruction, éditées entre 1905 et 1916 ; sur les comptes-rendus statistique du recrutement ; sur les archives, témoignages et statistiques de l'enquête

[12] *Accélération : une critique sociale du temps* [« *Beschleunigung. Die Veränderung der Zeitstrukturen in der Moderne* »], Paris, La Découverte, 2010 ; *Aliénation et accélération : vers une théorie critique de la modernité tardive* [« *Alienation and Acceleration: Towards a Critical Theory of Late-Modern Temporality* »], Paris, La Découverte, 2012.

[13] Sur l'enthousiasme pour la guerre qui a pu caractériser un certain nombre de médecins, on lira BLEEKER Johanna, SCHMIEDEBACH Heinz-Peter (dir.), *Medizin und Krieg: Vom Dilemma der Heilberufe 1865–1985*, Frankfurt, Fischer Taschenbuch Verlag, 1987 ; VAN BERGEN Leo, *Before My Helpless Sight: Suffering, Dying and Military Medicine on the Western Front, 1914–1918*, Aldershot, Ashgate, 2009, p. 364 ; WHITEHEAD Ian, *Doctors in the Great War*, Londres, L. Cooper, 1999, p. 156-157. Pour un exemple de la formulation de l'impératif de conservation des effectifs DUHAMEL, *Civilisation*, p. 259-60

[14] GR 9 NN 7 1102, 1105, 1106 et 1107.

parlementaire du *Shortt Committee*[15] ; sur la presse médicale, médico-militaire et générale – notamment satirique – et sur les débats parlementaires. J'aborderai dans un premier temps le triomphe du principe de la quantité sur celui de la qualité des recrues, triomphe qui passe par une triple dynamique de récupération, d'accélération et d'abandon de la rigueur de la sélection médicale. J'évoquerai ensuite le rôle des médecins dans ce processus et, enfin, je m'attarderai sur les modalités de la réforme de la nomenclature française.

I. « *The blind eye of military necessity*[16] » ou le triomphe de la logique comptable

1. Récupérer

L'intensification de l'évaluation

Afin d'augmenter le rendement de la sélection, les gouvernements mettent en place un dispositif sévère d'intensification du contrôle médical de l'aptitude. Les individus préalablement écartés du service sont astreints à des examens répétés dont la fréquence augmente au fur et à mesure que croissent les besoins en hommes. En France, les exemptés, les ajournés, les réformés, mais aussi les hommes du service auxiliaire, sont soumis à un contrôle permanent, afin de pouvoir, le cas échéant, les verser dans le service armé. On procède par empilement législatif. Les dispositions concernent d'abord les exemptés, ajournés, réformés et hommes du service auxiliaire dont le classement date d'avant le début des hostilités. Supposant que « l'aptitude physique d'un certain nombre d'entre eux a certainement dû s'améliorer depuis l'époque où ils sont passés devant le conseil de révision[17] », une première série de mesures dès l'automne 1914 provoque l'appel d'1,6 million d'hommes pour un nouvel examen. Les décrets du 9 et du 26 septembre 1914, astreignent les réformés et les exemptés, les hommes du service auxiliaire et les ajournés des classes 1913 et 1914 à une nouvelle visite. La loi du 6 avril 1915 convoque les réformés des classes 1913 et 1914 et le décret du 13 avril 1916 les ajournés et les exemptés. Ce dernier entérine le principe d'un examen périodique des exemptés et réformés par une commission spéciale de réforme. Enfin la loi du 20 février 1917 soumet à nouveau les

[15] The National Archives ; NA, MH 47.
[16] WL, GLOVER J. A., *Military overcrowding and the meningococcus carrier rate*, Medical Research Committee, For official Use, Not publication, 1918, p. 3.
[17] « Rapport du ministre de la Guerre Millerand au président de la République », 26 septembre 1914, *JORF. Débats parlementaires-Chambres des députés*, séance du 20 mai 1915, Annexe n°1936, p. 424.

réformés et exemptés d'avant-guerre à un examen[18]. La récupération a pour dessein de compléter les effectifs décimés par le conflit mais aussi de remplacer des sursitaires affectés dans les usines ou dans les campagnes, que l'on envoie renforcer les unités combattantes. À la suite de l'application de ces mesures, on compte 1 187 497 hommes récupérés sur un total d'hommes examinés de 1 993 524. Ces mesures permettent de « prélever presque 60% des hommes reconnus, avant les hostilités, inaptes à servir dans les Armées[19] ».

Les dispositions concernent ensuite les ajournés, réformés et exemptés au cours du conflit. La multiplication des circulaires du Ministère de la Guerre, « qui cherchent l'efficacité à tâtons en se complétant, en se modifiant ou parfois en s'abrogeant les unes les autres[20] », laisse place à un effort de systématisation législative. Cinq lois encadrent le processus :

[18] Voir *J.O.*, 10 septembre 1914, p. 7881 ; *J.O.* du 6 septembre, p. 7801 pour les conseils de révision de la classe 1915 qui doivent procéder à l'examen des exemptés et réformés ; *J.O.* du 16 septembre 1914, p. 7937 ; *J.O.* du 29 septembre 1914, p. 8084 ; *J.O.* du 7 avril 1915, p. 1902 ; *J.O.* du 19 août 1915, p. 5795-97 ; *J.O*. 21 février 1917, p. 1408 ; *J.O.* 15 août 1917, p. 6403-05.

[19] BOULANGER Philippe*, La France devant la conscription, Géographie historique d'une institution républicaine, 1914-1922*, Paris, Economica, 2001, p. 121. Pour des détails supplémentaires sur le rendement des différentes opérations, voir aussi p. 119 à 123.

[20] RIDEL Charles, *Les Embusqués*, Paris, Armand Colin, 2007*,* p. 164.

Tableau 16 : Résultat des mesures de récupération des ajournés, réformés et exemptés durant la guerre

Mesures de récupération	Catégories concernées	Examinés	Proportion d'hommes récupérés par rapport au total d'examinés (en %)	
Loi du 6 avril 1915	Réformés et ajournés des classes 1914 et 1915	Réformés	26,6	
		Ajournés	40,6	
Loi du 17 août 1915 (Loi Dalbiez)	Hommes en sursis d'appel pour le service des administrations publiques, réformés n°2 (réformés après le 2 août 1914) et exemptés et réformés volontaires désireux de contracter un engagement pour la durée de la guerre			
Loi du 13 avril 1916	Ajournés des classes 1915 à 1917 puis ajournés des classes 1913 à 1917	Ajournés en 1916	Classe 1915	62,6
			Classe 1916	62,2
			Classe 1917	64,8
		Exemptés en 1916	Classe 1915	26,8
			Classe 1916	21,1
		Ajournés en 1917	Classe 1917	13,5
			Classe 13-17	62,2
Loi du 2 janvier 1918	Ajournés des classes 1913 à 1918, exemptés de la classe 1918	Ajournés	46,9	
		Exemptés	9,6	
Loi du 2 août 1918	Ajournés des classes 1918 et 1919, exemptés de la classe 1919	Ajournés des classes 1918 et 1919	28,5	
		Exemptés de la classe 1919	7,3	
Totaux		48		

Source : BOULANGER, *La France devant la conscription*, p. 348

Au terme de cette série de mesures de récupération, 335 987 hommes sur 698 589, soit plus de 48% des réformés, ajournés et exemptés des classes 1915 à 1919, sont incorporés, dont une très grande proportion dans le service armé[21]. Entre l'automne 1914 et le printemps 1916, au centre de recrutement de Béziers, l'armée récupère 50% des examinés, 60% au centre de Mende. Ces récupérés proviennent, sans distinction, de toutes les classes d'âge, de tous les milieux

[21] BOULANGER Philippe, *La France devant la conscription, op. cit.,* p. 123.

professionnels et de tous les cantons[22]. Les faibles de constitution sont massivement récupérés et versés pour un tiers dans le service auxiliaire, pour un tiers dans le service armé. On retrouve également parmi eux des bègues, des hommes atteints de troubles cardiaques, de malformations osseuses, de gibbosité ou d'incontinence[23]. Le dispositif prophylactique s'affaiblit mais n'est pas complètement aboli puisque « la plupart des phtisiques sont maintenus ou réformés aussi bien lors des premières contre-visites (77% à Béziers, 46% à Mende) que des secondes (respectivement 75% et 63%)[24] ».

La surveillance s'exerce enfin sur les mobilisés de l'intérieur et sur les blessés et malades de l'intérieur et de la zone des armées. Les hommes du service armé présents dans les dépôts font l'objet d'entreprises de recensement et d'inspections inopinées. La circulaire du 14 novembre 1914 remplace le contrôle militaire par un contrôle médical. Un examen bimestriel est mené par la « Commission dite des trois médecins ». L'inspection est systématisée par la circulaire du 7 avril 1915[25]. Les 230 000 blessés présents dans les formations sanitaires sont également soumis à des taux de récupération croissants, notamment entre 1916 et 1918. 79% des blessés et malades évacués sont récupérés par le commandement en 1916, 91% en 1918. Pour Vincent Viet, cette envolée traduit « une taylorisation du triage, de l'évacuation et du recyclage des blessés[26] ».

En Angleterre, le recrutement n'étant pas coercitif jusqu'en 1916, les mesures sont moins nombreuses. Les bouleversements successifs du système et les incertitudes concernant leurs modalités d'application amènent bien souvent des hommes déjà examinés à repasser une visite médicale, alors même que cela n'est pas prévu par le dispositif. Ainsi la mise en place de la conscription a pu pousser des recrues déjà exemptée à se soumettre à nouveau à l'évaluation de leur condition physique, ce qui favorise de facto la récupération[27]. À Brixworth (Northamptonshire), un commis de bureau, précédemment exempté au moment du *Derby Scheme*, est ainsi examiné une seconde fois par une commission médicale et classé « A »[28]. Le système est clarifié dès 1916 avec le *Military Service (Session 2) Act* puis le *Military Service (Review of Exceptions) Act* de mai 1917 qui témoignent de la mise en place d'un dispositif de

[22] MAURIN Jules, *Armée, guerre, société : soldats languedociens (1889-1919),* Paris, Publications de la Sorbonne, 1982, p. 365.
[23] La gibbosité est une bosse du thorax due à une déformation de la colonne vertébrale. On qualifie de « bossus » les sujets qui en sont atteints.
[24] *Ibid*., p. 368.
[25] RIDEL Charles, *Les Embusqués*, *op. cit*., p. 155. SHD, GR 7 N 423.
[26] VIET Vincent, *La Santé en Guerre, op. cit*., p. 294.
[27] MCDERMOTT James, *British Military Service Tribunals, op. cit.*, p. 182. Voir *The Times*, 16 mars 1916.
[28] MCDERMOTT James, *British Military Service Tribunals, op. cit*, p. 186.

récupération similaire à celui qui a cours en France[29]. Les individus déjà exemptés par les commissions peuvent être de nouveau soumis à l'examen de leurs capacités.

La multiplication des visites a pour effet de rendre les classements effectués par les médecins particulièrement instables et précaires. En France, les hommes de la classe 1914 sont examinés jusqu'à six fois, ceux de la classe 1915 cinq fois[30]. La presse satirique française accumule les mises en scène de recrues soumises à cette intensification du contrôle médical[31]. Une chanson publiée en février 1916 s'amuse :

Phryné c'est un auxiliaire
Vingt fois en seiz' mois de guerre
Les majors ont ausculté,
Palpé, tâté,
Son hu… (ter)
Son humanité

On l'nomma Phryné je gage,
Tant il y eut d'aréopages
De médecins qui ont vu,
Depuis l'début
Ce trou… (ter)
Ce troupier tout nu […].

Il fut mis dans l'auxiliaire
Parc'qu'il a z'un œil de verre
Et pour être maintenu
Chaqu'fois il dut
Faire voir… (ter)
Comme il est trapu[1] […]

[29] « *The Army Council may […] require any man who is for the time being excepted from the operations of the Military Service Acts, 1916, as being […] a man who has been previously rejected on any ground, either after offering himself for enlistment or after becoming subject to the Military Service Acts, 1916* », in Military Service Review of Exceptions Act, Chapter 12, para. 1, avril 1917.
[30] BOULANGER Philippe, « Les conscrits de 1914 : la contribution de la jeunesse française à la formation d'une armée de masse », *Annales de démographie historique*, 2002/1, n° 103, p. 11-34, p. 11-34.
[31] Dans *Le Rire, journal humoristique* notamment. Voir les n° 18, 20 mars 1915, p. 4 et p. 8
[1] BASTIA Jean, « Phryné du service auxiliaire », *Le Carnet de la Semaine*, 27 février 1916, p. 9. Voir annexe n° 33.

Ici, c'est un homme du service auxiliaire qui soit subir de multiples contrôles de son anatomie. L'auteur compare le troupier à Phryné, courtisane du IVe siècle av. J.C. renommée pour sa beauté, dont la nudité est dévoilée devant l'Aréopage. Cet épisode de l'Antiquité grecque est fréquemment cité dans la presse de l'époque pour évoquer la nudité[1]. Sur l'image qui accompagne le texte, un placard souligne le potentiel grotesque des dispositions de la loi Dalbiez en mentionnant les « visites », « re-visites », « re-re-visites » et « re-re-re-visites » auxquelles sont désormais astreints les hommes en âge de combattre[2]. La chanson populaire, qui bénéficie alors de l'âge d'or des bals, cabarets, cafés-concerts et autres ginguettes, participe de la mobilisation des esprits et brosse fréquemment un portrait idéalisé du Poilu[3]. Mais elle sait aussi se montrer cruelle voire critique comme en témoigne le destin à la fois drôle et tragique de l'auxiliaire-Phryné : habitué à se dévêtir pour subir l'examen, le malheureux finit par se déculotter en pleine rue, par réflexe, à la vue d'un médecin-major[4]. Traduit devant le conseil de guerre, il est condamné pour exhibitionnisme.

Le soutien de l'opinion

Malgré cette évocation satirique en demi-teinte de la loi Dalbiez, force est de constater que les mesures de récupération bénéficient dans un premier temps du soutien de l'opinion. En France comme en Angleterre, on se préoccupe d'abord du nombre prétendument élevé de jeunes gens en bonne santé qui tenteraient de se soustraire à leur devoir militaire. La suspicion se cristallise autour de la figure de l'embusqué, simulateur, fraudeur ou détenteur d'un certificat médical de complaisance, qui aurait réussi à se faire exempter pour échapper au service[5]. Dans les deux pays, les exclus du champ de bataille sont soumis au soupçon permanent de ceux qui les côtoient et les assimilent volontiers à des simulateurs et des lâches. L'apparente bonne santé d'un homme ne portant pas l'uniforme est considérée avec suspicion voire hostilité. Le mouvement des « *White Feathers* » (plumes blanches) en Grande-Bretagne montre la place

[1] Voir par exemple, « Échos du rire », *Le Rire rouge*, n°9, 16 janvier 1915 ; « Échos du rire », *Le Rire rouge,* 26 décembre 1914.
[2] Voir Annexe.
[3] SIMON-CARRERE Anne, *Chanter la Grande Guerre. Les « Poilus » et les femmes (1914-1919)*, Paris, Champ Vallon, 2013. Voir aussi GAUTHIER Marie-Véronique, *Chanson, sociabilité et grivoiserie au XIXe siècle*, Paris, Aubier, 1992, p. 66 et suiv. Pour un exemple de chansons britanniques sur le recrutement, voir John Johnson Collection, Bodleian Library, Oxford : Great War Box 21, 1914.
[4] Cet automatisme et l'action répétée de se dénuder pour l'examen sont des motifs comiques récurrents. Dans « Une idylle sur un dos », *Le Rire*, n°84, 26 juin 1916, on peut lire : « En un clin d'œil, l'embusqué qui s'était déjà déshabillé un nombre infini de fois devant les majors, se trouva nu jusqu'à la ceinture » ; dans le numéro du 3 février 1917, « les réformés, les exemptés qui croyaient en avoir fini avec des déshabillés qui ne sont pas galants vont avoir le plaisir une fois de plus de montrer leur anatomie à MM les majors ».
[5] RIDEL Charles, *Les Embusqués*, *op. cit*. Sur la fraude, voir chapitre 3.

qu'occupe la constitution physique dans l'opprobre jetée sur les non-combattants restés à l'arrière. Ces plumes que les femmes décernaient à certains hommes en apparence valides pour les humilier publiquement, soulignent également que les femmes participent à l'entreprise de contrôle social exercée sur le genre masculin en temps de guerre[6].

Après de nombreuses altercations, dès septembre 1916, l'administration commence à attribuer aux réformés pour blessure ou raison médicale un insigne de guerre (*Silver War Badge*) destiné à montrer de manière ostentatoire que ces hommes n'ont pas cherché à échapper au champ de bataille. En France, le 26 juin 1915, *Le Rire* imaginait de manière ironique une mesure similaire pour les exemptés. L'auteur proposait :

> […] de préserver de l'animosité publique, égarée par les apparences, tous ceux qui ont été authentiquement dispensés de leurs devoirs militaires par les conseils de révision. Ceux-là aussi cheminent par les rues arborant une apparence de « costauderie » qui fait converger sur eux les soupçons les plus injurieux et les rancunes les plus aigres.
>
> Les cas d'exemption ne sont pas légion ; ils sont connus et catalogués ; pourquoi chacun d'eux ne serait-il pas indiqué par un petit article de bimbeloterie approprié, qui parlerait pour le porteur, et lui éviterait d'expliquer à chaque passant son cas particulier ?
>
> Chacun de ces petits articles s'appliquerait à un cas d'exemption déterminé. Au bout d'un ruban incolore, les faux costauds, les hercules à la manque, porteraient un petit pied plat en métal, un petit œil de myope, un petit cœur ulcéré, etc. Une série de lettres représenteraient les cas d'exemption difficiles à représenter : un H raconterait la hernie réformatrice, un V, la pénible varice, un E, la fâcheuse entérite.
>
> On a élevé cette objection qu'il y aurait quelque chose de cruel à étaler ainsi les tares physiologiques d'une foule de braves gens qui n'en peuvent mais… il faudrait s'entendre, et décider une fois pour toutes si cette petite humiliation ne serait pas préférable au soupçon injurieux, et s'il ne vaudrait pas mieux confesser une petite faiblesse physique plutôt que de se laisser accuser d'une grande infériorité morale et patriotique !
>
> Nous laissons le choix aux intéressés journellement accablés de sourires ironiques et de murmures injurieusement sardoniques[7].

La mesure britannique en vient à être connue en France. L'auteur du précédent article y revient plus sérieusement dans un numéro ultérieur. Évoquant « l'emblème qui signifie : "ils veulent

[6] GULLACE Nicoletta, *"The Blood of Our Sons": Men, Women, and the Renegotiation of British Citizenship During the Great War*, Palgrave MacMillan, New York, 2002 ; « White Feathers and Wounded Men: Female Patriotism and the Memory of the Great War », *Journal of British Studies*, 36, April 1997, p. 178-206. Sur le contrôle social en temps de guerre WOOLLACOTT Angela, « "Khaki Fever" and its Control: Gender, Class, Age and Sexual Morality on the British Homefront in the First World War », *Journal of Contemporary History*, 29, 2, p. 325-347.
[7] « Le rire de la semaine », *Le Rire*, n°32, 26 juin 1915.

bien mais ils ne peuvent pas" », l'auteur regrette, non sans quelque fierté, qu'en France, « l'amour-propre relatif au *"*beau physique*"* [fait que] nos invalides à l'aspect costaud préfèrent passer pour des embusqués ingénieux aux yeux de tout le monde que de passer aux yeux des petites femmes pour des mâles naturellement *"*amochés*"*[8] ! ». La sanction du regard féminin et le verdict médical d'inaptitude comme sanction sociale apparaissent au cœur de la virilité.

L'opinion publique exprime sa conception profane de l'aptitude au service militaire, lisible dans les entreprises de dénonciation des embusqués. Le tout-venant s'improvise expert. Dans les deux pays, les correspondances et articles de presse sont remplis d'évocations d' « embusqués et quémandeurs de certificats[9] » que leurs dénonciateurs considèrent comme indûment « exemptés ou réformés à l'aide de manœuvres frauduleuses[10] ». Les indices de l'aptitude sont alors accumulés comme autant de preuves et le scandale que constitueraient certaines exemptions est dénoncé avec vigueur. Dans l'hebdomadaire satirique *Le Carnet de la Semaine* du 5 mars 1916, les conversations reflètent cette obsession :

> On causait – naturellement encore – de la guerre, et la conversation en arriva au chapitre des embusqués – naturellement – toujours. Nos deux interlocuteurs citaient chacun des noms.
>
> - Dites donc. Eh bien ? Et l'abbé C…, qu'est-ce qu'il fait ici lui ? Il est jeune pourtant, fort, bâti en hercule. Ne devrait-il pas être au front comme les autres[11] ?

Les signes visibles de la bonne santé – jeunesse, vigueur, bonne constitution – sont scrutés avec méfiance. À Londres, en juillet 1918, la grande quantité de jeunes exemptés « de bonne constitution et présentant toutes les apparences de la bonne santé » déclenche la suspicion du commissaire Mackay et de l'inspecteur Wright qui diligentent une enquête afin de tenter d'expliquer cette apparente aberration[12]. Les « beaux gaillards », « bien portants » que l'on croise semblent « très valides », « solides et faits pour combattre » au point de susciter la dénonciation[13].

En France, des dénonciations individuelles et collectives de « soi-disant malades » sont envoyées à des figures nationalistes, comme Maurice Barrès, à des représentants de l'État, voire

---

[8] « Le rire de la semaine », Le Rire, n°49, 23 octobre 1915.
[9] FIESSINGER Charles, « Les maladies de cœur aux armées », *Gazette médicale de Paris : journal de médecine et des sciences accessoires*, 1915, série 14, n° 02.
[10] *Le Carnet de la Semaine*, 27 février 1916, p. 4.
[11] *Le Carnet de la Semaine*, 5 mars 1916, p. 4.
[12] « *the enormous number of men of good physique and apparent good health who appeared to have been exempted from military service* » in *The Times*, 19 août 1918, p. 3.
[13] Ces qualificatifs sont extraits de la correspondance de Maurice Barrès, citée par RIDEL Charles, *Les Embusqués*, *op. cit.*, p. 33. Pour des évocations littéraires de ces figures d'embusqués bien portants qui subisse l'opprobre des civils, voir la nouvelle « Apollon », de COLETTE dans *Les Heures longues,* Paris, Fayard, 1917 ; MARGUERITTE Paul, *L'embusqué,* Paris, Flammarion, 1916.

aux principaux intéressés. Le 25 mai 1916, un courrier adressé au préfet de l'Hérault est rédigé en ces termes :

> Un groupe de pères et épouses réunies viennent porter à votre connaissance que nous avons dans la commune (Bassan) certains hommes qui pourraient bien être comme les nôtres sur le front. Ces soi-disants malades font bien leur travail et sont à l'abri de tout danger[14].

La lettre mentionne ensuite trois noms accompagnés des motifs d'exemption des individus en question. L'un aurait simulé la folie, l'autre l'épilepsie. Le troisième enfin, bien que de constitution fragile en apparence, ne serait pas si faible qu'il y paraît. Les cinq dénonciateurs s'appuient sur leur statut de membres de la famille de soldats. C'est de leur position de pères et épouses de mobilisés que découle la légitimité de leur démarche. D'autres courriers invoquent également le devoir patriotique[15]. On voit également que les catégories médicales de l'exemption circulent et qu'elles renvoient, dans l'esprit des dénonciateurs, à des réalités précises. L'inadéquation entre ce qu'ils observent chez les exemptés et ce que doivent, pour eux, signifier le verdict des experts est la source de leur sentiment d'injustice. L'aptitude militaire des exemptés est rapprochée de l'aptitude professionnelle. S'ils « font bien leur travail », s'il leur est possible d'accomplir sans difficulté leurs tâches du quotidien, c'est bien que le diagnostic ayant conduit à leur exclusion des forces armées doit être erroné. La sélection médicale, ses modalités et ses résultats sont ainsi placés sous étroite surveillance.

L'hostilité manifestée à l'endroit des exclus du champ de bataille se mue parfois en agression. En 1915, les altercations dans la rue sont si nombreuses qu'un juge de paix de Paris a tenu, à partir de novembre, une séance hebdomadaire consacrée au règlement des différends entre les réformés, exemptés et blessés apostrophés par des passants[16]. L'amertume est particulièrement vive sur le front. Un journal de tranchée, dénonce ainsi avec ironie les tire-au-flanc qui s'inventent des affections plus ou moins imaginaires :

> Et pis, voyons, dans l'tas, y faut bien qu'il en reste ! M'sieur l'Major, moi j'ai les jambes en manch's de bois. Moi j'suis malade du cœur. Moi, j'ai le torticolis. [...] Moi j'ai le citron fêlé.

[14] Archives départementales de l'Hérault, 1 R 456, cité par MAURIN Jules, *Armée, guerre, société : soldats languedociens (1889-1919)*, Paris, Publications de la Sorbonne, 1982, p. 369.
[15] Un autre courrier est ainsi signé « un groupe de patriotes », AD de l'Hérault, 1 R 456. Sur les mécanismes de la dénonciation à partir de l'étude d'un corpus de lettres, on lira le travail de référence de BOLTANSKI Luc, « La dénonciation », *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, 1984, 51, p. 3-40. Sur le mélange entre intérêts privés et protestation collective, on lira THOMPSON Edgar P., « The Crime of anonymity » in HAY Douglas *et al*., *Albion's Fatal Tree: crime and society in eighteenth-Century England*, London, Allen Lane, 1975, p. 255-344.
[16] RIDEL Charles, *Les Embusqués*, *op. cit*., p. 69.

> Mon oncle épileptique. Moi j'ai les rognons quéqu'chos'de… néphrétique. Et moi, quoique chauvin, plus d'gazon sus l'talus[17].

Ce mélange maladroit de langue du diagnostic médical et d'expression argotique imagée de la défaillance physique montre à quel point la question de l'aptitude physique est centrale dans le discours de la juste répartition de l'impôt du sang, discours nourri par la culture républicaine de l'égalité devant le sacrifice[18].

L'invocation de la figure repoussoir de l'embusqué constitue un puissant catalyseur politique qui permet de justifier les mesures coercitives de la récupération et, en Grande-Bretagne, l'instauration de la conscription. L'examen médical, objet d'une attention redoublée, est dénoncé comme le lieu de toutes les fraudes. En France, lors des débats parlementaires de juin-août 1915, chaque député partisan des mesures de récupération donne son exemple d'embusquage[19]. Les « embusqués de l'exemption et de la réforme[20] » sont particulièrement visés. En février 1917, le député médecin de la Loire Fernand Merlin (1868-1937) évoque à la Chambre le décret du 15 septembre 1914 qui dispensait de visite les ajournés, exemptés et réformés d'avant-guerre affligés de certaines affections, telles la perte d'un membre, l'atrophie d'un membre ou ankylose d'une articulation majeure, ou encore l'obésité[21]. On « ne vit jamais en France autant de poids lourds, d'ankylosés et de paralytiques », ironise-t-il[22].

En Grande-Bretagne, le Ministère de la Guerre se livre dès 1915 à une entreprise de quantification des embusqués. À l'aide du recensement mené au cours de l'été 1915 (*National Registration Act*), il espère déterminer le nombre d'hommes susceptibles d'être incorporés. En soustrayant les hommes travaillant dans les industries indispensables à l'effort de guerre et 15% considérés comme exemptés pour raisons médicales, le gouvernement estime que 1 665 400 hommes valides se soustraient encore à leur devoir militaire[23]. Ce chiffre, largement surestimé, est utilisé comme argument pour la mise en place de la conscription en 1916[24]. Le choix des

---

[17] *Diable au Cor'*, 3 février 1916

[18] Sur les liens entretenus, en France, entre la conscription et la conception républicaine du citoyen-soldat et la forme que prennent les débats concernant l'équité républicaine dans la guerre, voir CRONIER Emmanuelle, *Permissionnaires dans la Grande guerre*, Paris, Belin, 2013, notamment p. 16-17 et p. 26-33.

[19] RIDEL Charles, *Les Embusqués*, *op. cit.,* 2007.

[20] NOËL Léon, « Une prolonge médicale de la loi Dalbiez », *Le Carnet de la Semaine*.

[21] Arrêté du 15 septembre 1915, in « Rapport Henry Paté », *JORF. Débats parlementaires-Chambre des Députés*, séance du 20 mai 1915, Annexe n°936, p. 423.

[22] RIDEL Charles, *Les Embusqués*, *op. cit*., p. 196.

[23] NA, CAB 27/2, Report from the CID on War Policy, 6 September 1915 ; PRO, RG 28/11, National Registration Committee *Minutes and Miscellaneous Papers*, 1915-16, Memorandum of 6 October 1915, cité par SILBEY David, « Bodies and Cultures Collide », *art. cit.,* p. 72-73.

[24] NA, CAB/1/13/10, A. Balfour, *Efficiency in War and Compulsion*, septembre 1915, cité Par SILBEY David, « Bodies and Cultures Collide… », *art. cit*., p. 73. Pour une discussion sur l'exactitude de ces chiffres et les erreurs

15% montre à quel point l'entreprise de sélection des recrues suscite la suspicion. Le Ministère écarte en effet les statistiques dont il dispose, qui donnent alors un taux d'exemption pour raison médicale de 22,5 à 25%, pour choisir résolument un chiffre inférieur qui lui semble plus représentatif du phénomène si l'on excepte les tentatives de fraude[25]. Ainsi lorsque Lord Derby évoque les mesures de récupération auxquelles sont soumis les Britanniques en 1917, il se félicite du fait que les nouveaux examens ont permis de débusquer les anciens fraudeurs :

> Certes, la loi est très impopulaire et il est facile de la critiquer mais il faut bien reconnaître qu'elle a montré combien d'hommes avaient réussi à contourner le premier examen médical à l'aide de divers stratagèmes, à commencer par la fraude[26].

2. Accélérer

De la rapidité à l'urgence

Multipliées, les opérations médicales du recrutement sont également accélérées. La vitesse est en effet devenue un élément stratégique décisif de la guerre de masse. Dans la continuité d'un processus général d'accélération des phénomènes sociaux entamé dans les années 1750, et d'une nouvelle révolution militaire déjà sensible lors la guerre de Sécession, la rapidité avec laquelle les forces armées sont transportées et déployées sur le champ de bataille est devenue un facteur clef de l'administration de la guerre[27]. Sous l'influence de la concurrence politique et militaire qui oppose les États européens, les armements se sont développés de concert avec l'infrastructure technique des communications et des transports[28]. Le pouvoir, comme tend à le montrer Paul Virilio, est compris comme le pouvoir du plus rapide, comme une forme de

statistiques du Ministère, voir aussi p. 72-73. Voir aussi ADAMS Ralph James, POIRIER Philip, *The Conscription Controversy in Great Britain, 1900-1918*, Londres, Macmillan, 1987, p. 121-125.

[25] Nous sommes ici proche des 10% qui seraient les « véritables inaptes » selon le député F. Merlin, cité dans « La faillite de l'instruction sur l'aptitude physique au service militaire », *Journal de Médecine et de Chirurgie pratique*, 10 Novembre 1915, p. 850-853.

[26] « *There is no doubt the Act is very unpopular and it is very easy to get up a cry against it but as a matter of fact it has shown how many men escaped under various circumstances, chiefly fraud, when examined in the first instance* », Derby to Northcliffe, 19 June 1917, cité par GRIEVES Keith, *The politics of Manpower, 1914-1918*, Manchester, Manchester University Press, 1988, p. 131.

[27] Sur la dynamique d'accélération : ROSA Hartmut, *Accélération. Une critique sociale du temps*, Paris, La Découverte, p. 246. Sur l'indispensable vitesse de déploiement des troupes : CREPIN Annie, *Histoire de la conscription… op. cit.*, p. 285 ; JAUFFRET Jean-Charles, « L'épée », in PEDRONCINI Guy (dir.), *Histoire militaire de la France*, t. 3, *De 1871 à 1940*, Paris, PUF, 1992, p. 4.

[28] HELD David, MCGREW Anthony, GOLDBLATT David, PERRATON Jonathan, *Global Transformations. Politics, Economics and Culture*, Cambridge, Polity, 1999, p. 39 et suiv. et 58 et suiv. ; MÜNKLER Herfried, *Les guerres nouvelles*, Paris, Alvik éd., 2003, section IV, p. 21 et suiv. ; VIRILIO Paul, *La vitesse de libération*, Paris, Galilée, 1998 [1995], p. 22 et suiv.

puissance de mouvement qui permet de maîtriser l'espace par une vitesse supérieure[29]. Dès lors, les temporalités de la mobilisation sont placées sous surveillance.

Le dispositif britannique est ainsi soigneusement planifié, les horaires des trains régulièrement révisés ainsi que l'organisation des transports maritimes, de manière à ce que la mobilisation soit la plus prompte possible. Pour le Général de division Henry Wilson, directeur des opérations militaires, la concentration des futurs effectifs dans les camps de dépôt du Royaume-Uni, leur acheminement jusqu'au port de Southampton, puis, depuis Boulogne ou Le Havre, jusqu'à leurs lieux de déploiement, doit se faire avec le maximum de vitesse, afin d'acquérir un avantage stratégique sur les forces ennemies. Les réservistes du 2e régiment de fusiliers gallois, rassemblés au dépôt de Wrexham le 5 août, premier jour de la mobilisation, partent de Southampton le 10 pour Rouen. Les 21 et 22 août 1914, le corps expéditionnaire britannique a rejoint la 5e Armée française et franchi la frontière belge[30].

Les opérations médicales du recrutement subissent également cette exigence et sont accélérées. En France, dès le début du conflit, les séances des conseils de révision se rapprochent et s'écourtent.

Tableau 17 : Dates des opérations de la révision (1914 à 1922)

Classes	Début des opérations de la révision	Fin des opérations de la révision
1914	16 février 1914	16 juin 1914
1915	7 octobre 1914	20 novembre 1914
1916	17 février 1915	27 février 1915
1917	6 mai 1915	14 juillet 1915
1918	28 décembre 1916	15 mars 1917
1919	31 janvier 1918	9 mars 1918
1920	3 mai 1920	6 juillet 1920
1921	17 janvier 1921	12 mars 1921
1922	1er février 1922	15 avril 1922

Source : *La France devant la conscription…*, p. 86

En temps de paix, la révision dure habituellement trois à quatre mois. C'est le cas pour la formation de la classe de 1914 qui s'étend du 16 février au 6 juin. Pendant le conflit, la durée du processus se contracte de manière significative. La classe 1915 est examinée en moins de

[29] VIRILIO Paul, « L'espace militaire », in VIRILIO Paul, *Bunker Archéologie*, catalogue de l'exposition du CCI, Centre Georges Pompidou, Paris, 1975, p. 17 ; VIRILIO Paul, LOTRINGER Sylvere, *Der reine Krieg*, Merve, Berlin, 1985, p. 57 ; BREUER Stefan, « Der Nihilismus der Geschwindigkeit. Zum Werk Paul Virilios », *Leviathan* n°16, p. 309-330, 1988, p. 316 et suiv. ; EBERLING Matthias, *Beschleunigung und Politik*, Peter Lang, Francfort, 1996, p. 59 et suiv.

[30] BOURNE John, *Britain and the Great War, op. cit.*, p. 16.

deux mois, celle de 1916 en dix jours. Pour accélérer encore les opérations, deux conseils de révision peuvent siéger simultanément[31]. Le processus est également accéléré par l'appel des classes 1915 à 1919 par anticipation, afin de reconstituer les effectifs durement atteints. La classe 1915 est examinée en 1914, les classes 1916 et 1917 en 1915, la classe 1918 en 1916, la classe 1919 en 1918. La transgression de l'échéance légale du recrutement est une mesure d'urgence du temps de guerre qui a des précédents. Les guerres napoléoniennes ont été l'occasion de l'appel anticipé des classes 1808 et 1809, 1811 et 1813, en opposition avec les principes de la loi Jourdan[32].

L'examen médical est lui aussi soumis aux exigences de la vitesse. En introduction d'un article consacré aux modalités de la sélection, le capitaine R. H. L. Cordner du RAMC souligne les contraintes de temps qui sont celles de la mobilisation :

> Peu de médecins militaires pourraient spontanément dire combien de temps doit prendre l'examen médical […] et pourtant, c'est là l'une des premières questions auxquelles il faut s'attendre et à laquelle on doit pouvoir répondre. La réponse donnée détermine en effet pour une grande part la fluidité des opérations et la coordination entre le corps médical et l'état-major[33].

Rouage essentiel de la mobilisation, l'évaluation médicale doit donc être effectuée avec rapidité. Cordner ajoute : « [I]l semble évident qu'une méthode destinée à évaluer précisément le temps nécessaire à ces opérations doit être trouvée au plus vite[34] ». Le processus est gouverné par une pensée du flux. Afin de garantir sa fluidité, des simulations de mobilisation ont été réalisées, les opérations médicales chronométrées et le management du temps optimisé. La durée de l'examen n'est dès lors plus seulement « orientée par la tâche », elle devient une « activité mesurée par unité de temps », pour reprendre une distinction opérée par Edward P. Thompson concernant la durée du travail[35]. Dans le premier cas, la durée de l'examen est adaptée aux besoins de l'évaluation scientifique de l'aptitude, dans le second, elle est indexée sur des impératifs extérieur à son propre fonctionnement, ici ceux du dispositif du

---

[31] BOULANGER Philippe, *La France devant la conscription, op. cit.*, p. 85 et 69. L'entraînement est également précipité. La classe de 1915 voit ainsi son instruction s'achever au terme de trois à sept mois selon les régiments. Voir BOULANGER Philippe, « Les conscrits de 1914… », op. cit., p. 12.

[32] CREPIN Annie, *La conscription en débat*…, p. 31.

[33] « *Few medical officers could say off-hand how long the medical examination […] takes, and yet this is one of the first questions they will be asked and expected to answer. And the answer is one on which will depend the smooth working and co-ordination between ourselves and the regimental authorities* » in CORDNER R.H.L., « The medical examination of a unit on mobilization », *JRAMC*, août 1914, p. 213-215, ici p. 215.

[34] « *It is evident that some method of rapidly and accurately estimating the necessary time is very desirable, and it was with a view to arrive at some such data that the following observation were made* », in CORDNER R.H.L., « The medical examination… », *art. cit.*

[35] THOMPSON Edward P., *Temps, discipline du travail et capitalisme industriel*, Paris, La Fabrique, 2004.

recrutement. Pour P.H. Falkner, un expert compétent doit être capable d'évaluer une recrue en moins de cinq minutes[36]. En France, la temporalité des conseils de révision est placée sous surveillance. Les comptes-rendus sur le recrutement consacrent ainsi une colonne à la durée moyenne des séances pour chaque département visité. En temps de paix :

> On admet que l'expert doit examiner environ soixante hommes par heure ; dans les grandes villes, quand le chiffre des hommes inscrits sur la liste du contingent atteint 300, on considère cette vitesse comme insuffisante ; à Paris, on est obligé d'examiner toujours au moins cent hommes par heure[37].

Malgré cette attention portée au temps, l'organisation de l'examen médical subit de plein fouet l'urgence de la mobilisation et la massification du recrutement. En Grande-Bretagne, l'afflux des volontaires impose une cadence élevée dont le rythme augmente encore au moment de la mise en place du *Derby Scheme*[38]. Le processus est profondément affecté par ce que de James Galloway (1862-1922), successivement inspecteur des opérations médicales du recrutement puis sous-secrétaire d'État aux Services de santé du Ministère du Service national, qualifie d'« impérieuse pression du temps[39] ». Ce phénomène est encore accru par la rémunération des experts britanniques à la tâche ce qui les pousse, dans certains cas, à « réaliser leur examen à la hâte[40] ». L'inspection, de rapide, devient précipitée. La direction du recrutement estime en effet qu'une commission, composée d'un président et quatre membres, peut examiner jusqu'à 150 hommes par jour[41]. Dans bien des cas, l'affectation est décidée après une observation rapide de l'état général de l'individu. En France, le problème de la cadence est également évoqué. Il n'est pas nouveau, la dénonciation par les experts de la « rapidité exagérée des opérations[42] » constitue un *topos* des traités d'hygiène militaire. Mais il est accru pendant la guerre en raison de l'urgence de la mobilisation et de l'importance des pertes subies par

---

[36] FALKNER P.H. « Detached Notes on Recruiting Duties – A Few Details for Junior Officers of the Corps », *JRAMC*, 1er avril 1914, p. 412-417, ici p. 413.
[37] DUPONCHEL Emmanuel, *Traité de médecine légale militaire*, Paris, Octave Doin, 1890, p. 26.
[38] MCDERMOTT James, *British Military Service Tribunals, op. cit.*, p. 180 et suiv.
[39] « *At the beginning of the war, when the first great voluntary rush to the colours was witnessed, the same system of recruiting was pursued, but under new and greatly increased difficulty, owing to urgent pressure of time and want of suitable accommodation for medical inspection* », in GALLOWAY James, « Medical examination of men for military service: some of its problems, lessons and results », *Contributions to medical and biological research*, 1919, p. 665.
[40] « *Payment by capitation – so much per recruits examined – is bad. Doctors are tempted to hurry their work in order to make more money* » in « Medical Examiners and their duties », *The Times*, 17 janvier 1916, p. 5. Voir annexe n° 46.
[41] NA, MH 47/144/4, Select Committee. Minutes of evidence n°1, 2 juillet 1917, A. C. Geddes, p. 10
[42] DUPONCHEL Emmanuel, *Traité de médecine légale militaire*, Paris, Octave Doin, 1890, p. 26. Voir aussi le *Bulletin de l'Académie nationale de médecine*, Issy-les-Moulineaux, Elsevier Masson, 1897, p. 689, où il est question de « rendre ces opérations moins hâtives et moins précipitées qu'elles ne le sont parfois ».

l'armée. La durée moyenne des séances est de 2h15 en 1916 pour 99 hommes examinés. Soit 1 mn 30 par homme[43].

Engorgements

En Angleterre, la massification sans précédent du processus de recrutement, la précipitation dans laquelle sont organisées les commissions médicales et l'urgence propre à la mobilisation mettent en péril la fluidité puis le fonctionnement même de la mobilisation. Le déséquilibre des forces, conjugué aux importantes pertes subies par le BEF dès les premières semaines, poussent le Royaume-Uni à augmenter considérablement les effectifs en faisant appel au volontariat. L'entreprise est couronnée de succès. En septembre 1914, 500 000 hommes se portent candidats à l'incorporation[44]. Kitchener constate ainsi qu' « en un seul jour, on a recruté davantage qu'en une année entière[45] ». Or le département chargée du recrutement au sein du Ministère de la Guerre (*War Office Recruiting Department*) et ses 500 fonctionnaires, initialement conçu pour un maximum de 37 000 hommes par an, ne dispose d'aucune structure capable d'absorber correctement une expansion aussi rapide de l'armée[46]. Dès le mois d'août, la machine commence à montrer des signes de faiblesse[47]. Face à l'afflux des volontaires, les structures

[43] BOULANGER Philippe, *La France devant la conscription, op. cit.*, p. 347-349. Voir annexe n° 8.
[44] Voir à ce sujet SILBEY David, *The British Working Class and Enthusiasm for War, 1914-1916*, London, 2005 ; GREGORY Adrian, « British "War Enthusiasm" in 1914: A Reassessment » in BRAYBON Gail (dir.), *Evidence, History and the Great War: Historians and the Impact of 1914-18*, Oxford, Berghahn Books, 2003, p. 67-85 ; SIMKINS Peter, *Kitchener's Army: The Raising of the New Armies, 1914-16*, Manchester, Manchester University Press, 1988, p. 66. On trouvera les chiffres des volontaires recrutés par l'armée régulière dans NA, CAB 21/07, 13 April 1916.
[45] « *More recruits joined in one day than had previously joined in a year* », NA, CAB 63/5, Papers of Sir M. Hankey, Note by the Secretary of State for War, August 1914 to 31 May 1915.
[46] BOURNE John, *Britain and the Great War, op. cit.*, p. 180. En 1917, le directeur du département, A.C. Geddes, déclare que le système de recrutement ne pouvait pas absorber davantage que 50 000 hommes in NA MH 47/144/4, Select Committee. Minutes of evidence n°1, 2 juillet 1917, A. C. Geddes.
[47] NA, CAB 17/106, CID Documents relating to the War, Letter from Lord Esher to Hankey, 11 August 1914 cité par SILBEY David, « Bodies and cultures collide… », *art. cit.,* p. 66.

d'accueil, où s'effectuent notamment l'examen, l'équipement et l'entraînement sont affectées par un phénomène d'engorgement.

Image 11 : Recrues devant le bureau de recrutement de Whitehall (Londres)

Source : IWM (Q 42033), August 1914, Daily Mirror Collection

Comme on le voit sur cette image, des files interminables se forment devant les bureaux de recrutement. L'inspection médicale des recrues en particulier agit comme un goulet d'étranglement (*bottleneck*)[48].

Il s'agit là d'une dynamique caractéristique de désynchronisation, phénomène conceptualisé par Hartmut Rosa, qui survient lorsque :

> [Les] capacités à l'accélération sont de degrés différents. Il en résulte d'inévitables frictions et tensions sur la frontière séparant les institutions, pratiques ou processus qui sont rapides de celles et ceux qui sont lents. Lorsque deux processus sont emboîtés, c'est-à-dire lorsqu'ils sont synchronisés, l'augmentation de la vitesse de l'un met l'autre sous pression temporelle – tant qu'il n'augmente pas lui aussi sa vitesse, il est perçu comme une nuisance […][49].

[48] NA, MH 47/144/4, Select Committee on Military Service: Minutes, Summary of proceedings and Report, p. 1 ; MACPHERSON William, *Medical Services General History,* Londres, HMSO, 1921, p. 118 ; SILBEY David, « Bodies and cultures collide… », *art. cit.*, p. 67.
[49] HARTMUT Rosa, *Accélération… op. cit.*, p. 93.

En effet, face à l'afflux des volontaires – 30 000 par jour à la mi-septembre – les opérations médicales du recrutement sont « débordées[50] » (*swamped*). Elles sont soumises à des difficultés croissantes en raison de la rapidité de la mobilisation à laquelle s'oppose, malgré les efforts pour l'accélérer, la nécessaire lenteur de la sélection médicale.

L'évaluation des capacités des recrues demande en effet du temps. À la mesure de la taille, du poids et du périmètre thoracique, s'ajoutent l'évaluation de l'acuité visuelle et auditive et la recherche de malformations physiques, d'affections limitant l'aptitude du candidat aux exigences physiques et mentales du port des armes. L'entreprise diagnostique peut en outre s'avérer délicate. On estime qu'il « n'est pas de problème parfois plus délicat que celui de la détermination de la valeur physiologique de l'individu, surtout dans les conditions de rapidité nécessaire où elle est demandée[51] ». Pour Auckland Geddes, directeur du recrutement :

> Il est possible pour une commission médicale de procéder à l'examen de 150 jeunes gens à condition que leur aptitude ou leur inaptitude soit manifeste. Les inaptes manifestes n'ont pas réellement besoin d'être examinés, il suffit d'une minute pour constater leur dégradation physique et les exclure immédiatement. De même, l'examen d'une recrue manifestement apte est extrêmement rapide […]. Mais lorsque les cas sont difficiles, la vitesse des commissions se voit au minimum réduite de moitié. Or la masse des recrues est nécessairement composite[52].

L'inévitable présence de cas difficiles à diagnostiquer ralentit d'autant la machine. À ces difficultés viennent s'ajouter d'autres facteurs de diminution de la cadence, telles l'individualisation de l'évaluation – qui place face à face un seul médecin et une seule recrue – et la pénurie d'examinateurs – les médecins étant envoyés prioritairement au front[53]. Le flot des recrues, mal planifié, est enfin irrégulier et donc difficile à canaliser. Il arrive que certains jours, 200 hommes se présentent pour l'examen là où seulement 40 étaient attendus[54]. En

---

[50] « *At the outbreak of the war, this machine, although it was still purely a reception machine, was obviously swamped* » ; « *The records […] show that there was a tremendous pressure on the machine. It was on the point of breaking down* », NA, MH 47/144/4, Select Committee, Minutes, Summary of proceedings and Report, p. 1.
[51] BESSON Adrien, *De l'Évaluation de l'aptitude physique au service militaire des jeunes sujets*, Lille, H. Morel, 1921, p. 3.
[52] « *Now we find that 150 mixed men coming up can be handled, if they include a considerable number of men who are obviously unfit and a considerable number of men who are obviously fit. Obvious unfits require no real examination at all, a matter of a minute does to see that they are unfit and out they go; and an obviously fit man who reports himself as fit and with regards to whom there is no history of illness, nothing wrong with his heart or his movements, take no time to examine. On a fair mixed day, the Boards can do 150 cases. Where the cases are all difficult the number falls in some case to half that, and in some case even lower. But the average mass of men sent forward to a Board is a mixed mass* » in NA, MH 47/144/4, Select Committee. Minutes of evidence n°1, 2 juillet 1917, A. C. Geddes, p. 10.
[53] MACPHERSON William, *Medical Services General History*, *op. cit*., p. 118.
[54] NA, MH 47/144/4, Select Committee, Minutes of evidence n°1, 2 juillet 1917, A. C. Geddes, p. 10.

conséquence, les commissions ne parviennent pas à remplir les exigences qui leur sont imposées.

Des efforts sont faits pour réguler l'afflux des recrues. Le 11 septembre, la limite de taille est augmentée d'1 m60 à 1 m68[55]. Mais ces efforts se révèlent insuffisants. À la mi-septembre, le système de recrutement de l'armée s'effondre. « Les autorités militaires ont été débordées par l'afflux massif des volontaires[56] » résume l'*East End News*. Prend alors le relais tout un système d'initiatives locales administrées et financées par des civils, supervisées par un comité parlementaire du recrutement[57]. Les bataillons levés en parallèle du recrutement par l'armée sont alors examinés par des médecins à leur arrivée au dépôt. Le nouveau système lève 38% des nouveaux bataillons formés entre août 1914 et juin 1916. Il permet de soulager le précédent mais il est lui aussi soumis à l'urgence de la mobilisation. À chaque bouleversement de la machine, qui ne cesse de s'adapter, des phénomènes de congestion se manifestent[58]. Ainsi, le *Derby Scheme*, mis en place à l'automne 1915, soumet les experts médicaux du recrutement par l'armée à un nouvel afflux[59], de même que la mise en place de la conscription en 1916 ou le *Military Service Act* (*Review of Exceptions*) en 1917[60]. La congestion affecte particulièrement la région de Londres et les régions militaires de l'est et de l'ouest. Le 12 mai 1916, le département du recrutement envoie ainsi un télégramme inquiet aux directions régionales. Le message est rédigé en ces termes :

> Très urgent. D'importants phénomènes de congestion des commissions médicales de recrutement sont signalés. […] Mesures d'urgence nécessaires immédiatement[61].

Ce télégramme et le long témoignage d'Auckland Geddes, qui insiste à plusieurs reprises sur la congestion, montrent l'ampleur de la désynchronisation au sein du processus de recrutement

[55] BECKETT Ian, BOWMAN Timothy, CONNELLY Mark, *The British Army and the First World War*, Cambridge, Cambridge University Press, 2017, p. 97.
[56] « *The great rush to the colours was then more than military authorities could cope with* », *East End News*, 10 novembre 1914.
[57] OSBORNE John Morton, *The Voluntary Recruiting Movement in Britain*, 1914-1916, New York, London, Garland, 1982 ; DOUGLAS Roy, « Voluntary enlistment in the First World War and the work of the PRC », *Journal of Modern History*, n° XLII, 1970, p. 564-585.
[58] NA, MH 47/144/4, Select Committee, Minutes of evidence n°1, 2 juillet 1917, A. C. Geddes, p. 10 ; NA, NATS 1/782, Request of men for examination or re-examination: delays in certain areas, 1917.
[59] MCDERMOTT James, *British Military Service Tribunals, op. cit.*, Chapitre 8.
[60] « *Now we knew within a few days of the work after the Military Service (Review of Exceptions) Act coming into force that there was a certain amount of congestion at certain of the boards* », in NA, MH 47/144/4, Select Committee. Minutes of evidence n°1, 2 juillet 1917, A. C. Geddes, p. 10.
[61] « *Very urgent. Serious congestion of work in certain recruiting medical boards is reported. […] Immediate action necessary* », NA, MH 47/144/4, Select Committee. Minutes of evidence n°1, 2 juillet 1917, A. C. Geddes, p. 10.

et son identification comme un problème administratif et stratégique auquel il s'agit de remédier.

Simulacres

La nécessité de fluidifier les opérations du recrutement soumet les médecins à un double impératif contradictoire. Ils doivent d'une part effectuer des examens minutieux afin de permettre une juste affectation des jeunes gens et d'autre part procéder de la manière la plus rapide possible afin de ne pas ralentir la mobilisation. Pour le médecin Henri Doizy (1869-1952), député socialiste des Ardennes et président de la commission d'hygiène, la tâche est impossible :

> Comment voulez-vous d'ailleurs que ces examens aient été faits consciencieusement ? Vous savez bien comment les conseils de révision fonctionnent en général. Voyez comment a pu fonctionner le conseil tenu en la commune dont j'ai le nom sous les yeux. Il avait à faire examiner quatre cents jeunes gens en deux heures par deux médecins majors ! Calculez quel temps pouvait être attribué à chaque homme ? Un examen sérieux peut-il être fait en six dixièmes de minutes ? (*Très bien ! à gauche*)
>
> C'est impossible, et c'est pourquoi, à Aubin, sur cent quatre conscrits, soixante-quatorze ont été reconnus bon, vingt-six ajournés, deux classés service auxiliaire, deux exemptés ! Nous sommes loin des exigences demandées […][62].

Pour lui, l'examen médical ne peut s'accommoder d'une telle accélération. Il en résulte nécessairement l'abandon de la rigueur. Des inquiétudes similaires s'expriment à la Chambre des Communes :

> Un nombre important de recrues parfaitement inaptes ont été incorporés […]. Je sais que les médecins employés par l'armée se sont rendus coupables de nombreuses erreurs mais il est particulièrement difficile pour ces médecins qui ont à examiner un nombre considérable de jeunes gens de ne consacrer que cinq minutes à chacun d'entre eux. Peut-on vraiment reprocher aux médecins de faire des erreurs ? […] Le médecin qui ne dispose que de cinq minutes par recrue ne peut pas se prononcer sur sa condition physique réelle, et en conséquence, il est inévitable qu'en maintes occasions, l'examen soit superficiel[63].

---

[62] *Journal officiel de la République française. Débats parlementaires. Chambre des députés*, Imprimerie du Journal Officiel, Paris, séance du 30 novembre 1915, p. 1941.

[63] « *My own view is that a very large number of wholly unfit men have been passed into the Army. (...) I know that the Army doctors have made many mistakes, but it is really difficult for the Army doctor with a tremendous number of men to examine and devoting five minutes to each of them. Is the Army doctor to be blamed for making mistakes? […] The doctor dealing with the case in five minutes is not able to tell what a man's real physical condition is, and the result is that time and again the examination is of a perfunctory character* », in *H.C. Deb*., séance du 20 mars 1917.

Les médecins eux-mêmes déplorent anonymement cet état de fait dans la presse :

> Récemment encore, durant trois jours consécutifs, nous avons vu 90, 85 puis 120 recrues en une matinée de trois heures. […] Comment un homme peut-il correctement examiner 90 recrues en trois ou même quatre heures ? Ce travail précipité et haletant ne peut qu'inévitablement pousser les médecins à la négligence et à la faute[64].

L'écart se creuse donc entre l'approche théorique de la sélection médicale – qui entend garantir la qualité diagnostique de l'examen et donc la justesse de l'affectation – et la raison pratique du recrutement – qui favorise l'urgence de la mobilisation. Contraint par l'exigence de la vitesse, l'examen médical est caractérisé par un « rationnement temporel[65] » qui rend les examens hâtifs et superficiels. En Grande-Bretagne, la procédure n'est pas respectée. Certaines étapes, parmi les plus coûteuses en temps, sont éludées, tel le test de l'acuité visuelle[66]. Les examens sont parfois réduits à deux ou trois gestes dont le rôle est davantage d'indiquer qu'une inspection médicale a eu lieu plutôt que de pratiquer véritablement cette inspection. Lorsque Thomas Edmed se présente à l'examen, le médecin se contente de l'ausculter en appuyant son oreille brièvement contre la poitrine du jeune homme avant de le déclarer apte au combat[67].

Il arrive que l'évaluation ne soit tout simplement pas menée, c'est le cas du mineur Tom Easton[68], mais de tels témoignages restent rares. De même que l'adaptation des critères de l'aptitude aux exigences du rendement n'a pas pour effet d'oblitérer les formes de la controverse scientifique, l'accélération ne fait pas entièrement disparaître les gestes de l'évaluation médicale. L'examen est certes réduit, mais il est réduit à une performance signifiante. Les gestes choisis, insérés dans des cadres sociaux et rituels spécifiques, sont plus que jamais médiateurs de puissance[69]. Rapide palpation, auscultation furtive et percussion hâtive, par leur caractère ostentatoire et ritualisé, visent à signifier la science et le pouvoir médical de dire l'aptitude. Aux effets mécaniques des gestes s'ajoutent en outre des enjeux de communication[70]. Les gestes de l'expertise visent autant à rassurer la recrue sur le fait qu'un

---

[64] Another Examiner of Recruits, « Medical Examination of recruits », *British Medical Journal*, 1: 565, 21 avril 1917. Voir aussi « Medical Boards », *British Medical Journal,* 19 mai 1917. Annexe n° 58.
[65] J'emprunte cette expression à Édouard GARDELLA in « Temporalités des services d'aide et des sans-abri dans la relation d'urgence sociale. Une étude du fractionnement social », *Sociologie*, 2016/3, vol. 7, p. 243-260.
[66] WEBBER H.W., « Recruiting Notes », *JRAMC*, 1 March 1916, p. 403.
[67] SILBEY David, « Bodies and cultures collide… », *art. cit*,, p. 67.
[68] Cité par David SILBEY, « Bodies and cultures collide… », *art. cit*, p. 67.
[69] Sur les gestes médiateurs de puissance, on lira SCHMITT Jean-Claude, *La raison des gestes dans l'Occident médiéval*. Paris, Gallimard, 1990, p. 100 et l'étude pionnière de Marc BLOCH, *Les rois thaumaturges. Étude sur le caractère surnaturel attribué à la puissance royale particulièrement en France et en Angleterre*. Paris, Gallimard, 1983 [1924].
[70] Le modèle d'analyse utilisé ici est celui de l'anthropologie de Bertrand KOECHLIN développé dans « La réalité gestuelle des sociétés humaines. Une approche écosystémique et anthropologique de la réalité gestuelle et des communautés humaines » in Jean POIRIER (dir.), *Histoire des mœurs* II, vol. 1, *Modes et modèles*. Paris, Gallimard,

examen est bien pratiqué, qu'à apaiser – au moins partiellement – les scrupules de l'examinateur quant au sérieux avec lequel il accomplit sa tâche.

3. L'abandon de la rigueur

Outre l'accélération de la sélection et la multiplication des contrôles, la nécessité de recruter toujours plus d'hommes a pour conséquence l'assouplissement des critères de l'aptitude. Les limites d'âge et les seuils morphologiques sont bouleversés. En France, la convocation anticipée des classes de conscrits a pour effet de diminuer sensiblement l'âge du recrutement. La classe 1917, incorporée deux ans avant l'échéance légale, est composée de jeunes gens âgés d'à peine 18 ans. En Angleterre, la limite d'âge supérieure est graduellement élevée jusqu'à 50 ans en 1918[71]. Après avoir été brièvement augmentée, la taille limite est à nouveau abaissée à 1 m 63 (*five feet, four inches*) le 23 octobre puis à 1 m 60 (*five feet, three inches*) le 14 novembre et enfin à 1 m 57 en juillet 1915. Dès l'automne 1914, l'armée commence à recruter des bataillons d'hommes de bonne constitution mais mesurant entre 1 m 47 et 1 m 60. Les premiers de ces « bataillons Bantam », du nom d'une race de poule naine et

1991, p. 161-246. Voir aussi LAMY Jérôme, « Les mains des astronomes. Anthropologie historique de la gestuelle savante », Ethnographiques.org, Numéro 31, décembre 2015.

[71] BECKETT Ian, BOWMAN Timothy, CONNELLY Mark*, The British Army and the First World War,* Cambridge, Cambridge University Press, 2017, p. 97 ; MCDERMOTT James, *British Military Service Tribunals, op. cit.*, p. 182.

d'une catégorie de poids légers en boxe, sont recrutés à Birkenhead, dans le nord-ouest de l'Angleterre[72].

Image 12 : Affiche de recrutement pour les Bantams

Source : IWM, PST 0971

Cependant, ces premières entorses aux critères du recrutement sont assorties de restrictions visant à garantir l'aptitude des candidats. En France, la révision des très jeunes gens doit se faire selon les normes très rigoureuses appliquées lors de la sélection des engagés volontaires. En Angleterre, le périmètre thoracique minimum des « Bantams » est supérieur de 2,5 centimètres à celui des critères du reste de l'armée afin de s'assurer de la robustesse des candidats, « hercules de poche[73] » malgré leur petite taille.

Rapidement, les exigences de la reconstitution du capital humain prennent le pas sur les impératifs médicaux et viennent considérablement atténuer la sévérité du dispositif de triage sanitaire. En France, constate Anne Rasmussen, « [l]es nécessités de la mobilisation générale, qui a pour but de réaliser les « gros bataillons » de la nation armée, remettent d'emblée en cause

[72] SIMKINS Peter, « "Each One a Pocket Hercules": The Bantam Experiment and the Case of the 35th Division », MARBLE Sandars (ed.), *Scraping the Barrel: The Military Use of Substandard Manpower, 1860-1969*, New York, Fordham University Press, 2012, p. 79-104.
[73] SIMKINS Peter, « "Each One a Pocket Hercules" », *art. cit.*, p. 79.

le dogme hygiéniste de la rigueur de la sélection, dès les premières semaines de guerre[74] ». De même au Royaume-Uni, observe Jay Winter, les commissions médicales se préoccupent assez vite de répondre aux demandes de l'état-major[75]. Afin d'augmenter le rendement de la sélection, des instructions sont directement données aux commissions médicales. Alfred Keogh (1857-1936), directeur du RAMC, réunit ainsi les responsables régionaux afin de faire en sorte que les commissions médicales incorporent d'avantage d'hommes[76]. Le 13 juillet 1915, il confirme ces instructions par écrit. Seules des affections particulièrement sévères, telles les maladies du cœur ou des reins, doivent désormais tenir les hommes à l'écart du rang. Relayant les inquiétudes de Kitchener concernant les effectifs, il n'hésite pas à recommander de contester les classements trop sévères concernant des hommes dont les atteintes organiques ne sont pas complètement invalidantes[77]. Ces instructions sont régulièrement réitérées et le rendement des commissions médicales placé sous étroite surveillance. Ainsi, en septembre 1916 :

> Les examens continuent d'exempter en grand nombre, et ce malgré notre réunion de l'autre jour. Auriez-vous l'obligeance de faire parvenir immédiatement aux commissions médicales des instructions leur rappelant qu'il n'est pas souhaitable d'exclure complètement de l'Armée des individus susceptibles d'apporter une contribution quelle qu'elle soit […] ? Tout homme capable de gagner sa vie dans la vie civile peut s'avérer utile à l'Armée. Il est parfaitement absurde de poursuivre une politique entraînant des chiffres d'exemption aussi élevés.
>
> […] À l'avenir, les commissions doivent s'assurer que tout homme pouvant potentiellement être utile à l'armée […] soit placé dans l'une des catégories permettant l'incorporation […]. Certaines commissions l'ont bien compris, ainsi qu'en témoigne leur faible taux d'exemption ; d'autres autorisent chaque jour un nombre particulièrement élevé d'individus à échapper au service, ils sont dès lors définitivement perdus pour l'Armée. Tout cela doit cesser et toutes les commissions doivent faire en sorte de réduire leur taux d'exemption au minimum […][78].

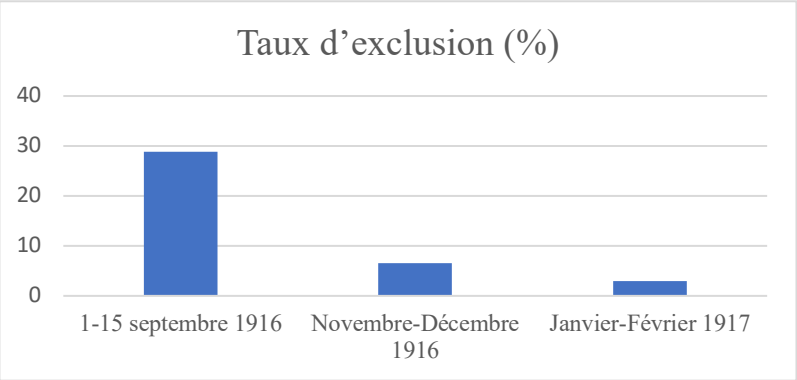
Les instructions insistent également sur les diverses tentatives de fraude et de simulations qui doivent inciter les commissions à la vigilance face à un certain nombre de symptômes pouvant laisser croire que les recrues sont atteintes de tuberculose pulmonaire, de troubles cardiaques, d'épilepsie ou encore de diabète[79].

---

[74] RASMUSSEN Anne, « Préserver le capital humain. Une doctrine hygiéniste pour préparer la guerre démocratique ? », *Mil neuf cent. Revue d'histoire intellectuelle*, vol. 33, n°1, 2015, p. 71-95.
[75] WINTER Jay, « Military Fitness and Civilian Health… », *art. cit.*
[76] NA, MH 47/144/4, Select Committee on Military Service, Draft special report.
[77] « *Take it upon yourself therefore to overrule decisions which place men in the category of 'unfit for garrison service abroad' for disabilities only which do not incapacitate very completely* » in NA, MH 47/144/4, Select Committee. Draft special report. Voir annexe n° 29.
[78] NA, MH, 47/144/4, Select Committee on Military Service, Minutes, Summary of proceedings and Report, p. 3.
[79] Army Council Instructions regarding the Military Service (Review of Exceptions) Act 1917 : « *not infrequent practice to manufacture evidence that men are affected by certain diseases, when, in fact, they are not* ».

Pour satisfaire ces exigences, les médecins sont donc tenus de contourner les critères de l'aptitude. La recrue W. Parnham voit ainsi sa stature augmentée de deux centimètres judicieusement empruntés à son périmètre thoracique afin de correspondre aux exigences de taille du régiment[80]. Edgar Hayland constate que son classement est passé de la catégorie C à la catégorie A, sans qu'il soit soumis à un nouvel examen[81]. Le système de rémunération des commissions médicales, payée à la recrue, facilite également le triomphe de la loi du nombre[82]. Dans l'ensemble du pays, le taux d'exemption passe ainsi de 28,9% en septembre 1916, à 6,5% deux mois plus tard, puis à 3% dans les premiers mois de 1917 :

Graphique 1 : Taux d'exclusion en pourcentage du nombre d'individus se présentant à l'examen médical (septembre 1916-février 1917)



Source : *Select Committee Report* [83]

Dans le même temps, la proportion de recrues placées en catégorie A passe de 25% à 50%.

En France, les résultats de cette orientation sont visibles dans les statistiques de l'armée :

[80] SILBEY David, « Bodies and cultures collide… », *art. cit.*, p. 67. Pour une caricature française se moquant de ce type de négociations, voir annexe n° 30.
[81] CLENDON Arthur, « Letters to Arthur Clendon from Old Boys and Masters », letter to him from Edgar Hayland, 12 february 1917, cité par BOURKE Joanna, *Dismembering The Male: Men's Bodies, Britain, and the Great War,* Londres, Reaktion Books, 1996, p. 172.
[82] MACPHERSON William, *Medical Services General History*, *op. cit*., p. 118. Voir aussi la dénonciation du *Times*, Éditorial, 24 février 1916.
[83] MH 47/144/4, Select Committee Report, « appendix ».

Graphique 2 : Part des aptes, exemptés et ajournés exprimée en pourcentage du total des examinés (1914-1918)

		1914		1915		1917	1918
		Classe 1914	Classe 1915	Classe 1916	Classe 1917	Classe 1918	Classe 1919
Exemptés, impropres à tout service militaire		5,96	4,63	3,99	3,61	2,59	2,78
Susceptibles d'être incorporés	Service armé	57,00	69,95	62,4	55,46	66,38	64,25
	Service auxiliaire	2,25	2,00	1,74	1,16	2,32	2,42
	Ajournés	24,39	15,39	24,14	33,76	16,80	17,46
	Autres[84]	10,32	7,94	7,72	6,00	11,92	11,76

Source : *Comptes-rendus sur le recrutement*

Le pourcentage des exemptés est en diminution constante jusqu'en 1918 où, suite à l'inflexion des directives concernant la sélection, il remonte légèrement. Le dépouillement des statistiques médicales du recrutement permet d'avoir une idée plus précise encore du phénomène. Les recrues écartées, par exemple, pour faiblesse de constitution sont 2 508 juste avant la guerre, elles sont 705 en 1917 ; celles exclues pour diminution de l'acuité auditive passent de 272 à 71 sur la même période[85]. Le taux de recrues classées aptes au service armé augmente ainsi sensiblement et se maintient élevé, à l'exception de celui de la classe 1917, recrutée particulièrement jeune. En France, les classes 1915 à 1919 sont déclarées aptes à près de 90%[86]. Philippe Boulanger distingue ainsi deux phases durant la guerre. D'abord une phase de rendement élevé durant les premières années de la guerre où « la part des inscrits classés aptes au service militaire augmente en forte proportion, alors que, durant la même période, le nombre de jeunes gens recensés baisse de plusieurs milliers. Le ministère de la guerre dispose donc d'une ressource moindre mais incorpore un plus grand nombre[87] ». Cette politique est permise par la modulation des critères de l'aptitude. Cette première phase connaît des variations en fonction du contexte : « La classe 1915 […] fournit le nombre le plus élevé des incorporations dans le service armé. 70 % des conscrits suivent cette voie. La conjoncture explique en grande partie cette évolution. La prise de conscience de la prolongation de la guerre, les lourdes pertes des premières offensives et l'épuisement des réserves de soldats conduisent l'état-major de l'armée à prendre des dispositions particulières pour placer un plus grand nombre dans le

[84] Exclus en vertu de l'article 4 ; jeunes gens liés au service en raison d'un engagement volontaire, d'un brevet ou d'une commission et jeunes marins inscrits ; jeunes gens ayant obtenus un sursis.
[85] *Compte-rendu sur le recrutement de l'armée*, 1914 et *Ibid*, 1917. Il s'agit ici des chiffres des comptes-rendus annuels pour toute la France métropolitaine. Voir annexe n° 35.
[86] BOULANGER Philippe, « Les conscrits de 1914 », *art. cit.*, p. 11-34.
[87] BOULANGER Philippe, *La France devant la conscription… op. cit.*, p. 111.

service armé[88] ». Lors d'une seconde phase, le rendement de la conscription diminue, j'y reviendrai.

II. « Loin d'être une entrave pour le commandement, l'hygiène en est l'auxiliaire le plus précieux » : le rôle des médecins dans l'abandon de la rigueur

1. Améliorer le rendement de la sélection

En répondant aux exigences de l'état-major en termes d'effectifs, les médecins se font auxiliaires du pouvoir politique. Même s'ils sont nombreux à subir l'exigence du rendement, certains d'entre eux participent activement à la mobilisation patriotique des esprits ce qui souligne combien, en temps de guerre comme en temps de paix, la science se déploie en accord avec les valeurs et les fins de la société dans laquelle elle opère. Je rejoins sur ce point les analyses de Vincent Viet qui, examinant les efforts de certains médecins français pour réintégrer dans les forces combattantes les malades et les blessés au cours de leur service, parle de l'adhésion d'une partie du corps médical à une « mystique du rendement[89] ». En 1915, Léon Pruvost affirme sans ambages que « l'heure n'est plus à la sensiblerie[90] », « il nous faut des hommes », écrit-il, « il nous faut le nombre, il nous faut la masse[91] ». En France, le médecin général Troussaint, à la tête du Service de santé jusqu'en juillet 1915, se fait porte-parole de l'état-major. La récupération apparaît comme l'objectif premier du Service de santé. La sphère médico-militaire est engagée dans la réflexion sur l'enjeu stratégique et tactique que constitue la question des effectifs depuis le XIX^e^ siècle. « Tant le nombre que la qualité du collectif militaire sont de son ressort puisque les médecins militaires constituent l'un des rouages essentiels de la procédure du recrutement, de l'entretien des troupes en santé, de la maximisation de leur potentiel physique et, en temps d'opérations, de la réparation des hommes atteints. L'intervention hygiéniste sur les effectifs […] est aussi, sur le plan militaire, une

[88] BOULANGER Philippe, « Les conscrits de 1914… », *art. cit.*, p. 12.
[89] VIET Vincent, *La Santé en guerre…*, p. 304. Voir aussi du même auteur « Droit des blessés et intérêt de la nation : une casuistique de guerre (1914-1918) », *Revue d'histoire moderne et contemporaine*, n° 59, 2012, p. 85-107. Sur l'enthousiasme pour la guerre qui a pu caractériser un certain nombre de Médecins et les consequences sur leur pratique, on lira BLEEKER Johanna, SCHMIEDEBACH Heinz-Peter (dir.), *Medizin und Krieg: Vom Dilemma der Heilberufe 1865–1985*, Frankfurt, Fischer Taschenbuch Verlag, 1987 ; WHITEHEAD, *Doctors in the Great War*, 1999, p. 156-157 ; VAN BERGEN Leo, *Before My Helpless Sight: Suffering, Dying and Military Medicine on the Western Front, 1914–1918*, Aldershot, Ashgate, 2009, p. 364.
[90] PRUVOST Léon, *Les débiles mentaux à la guerre, leur utilisation*, thèse, Paris, 1915, p. 29.
[91] *Ibid*, p. 58.

condition de possibilité de la stratégie de la guerre de masse, assignant la victoire au camp qui sera en mesure d'aligner les contingents à la fois les plus nombreux et les plus endurants[92] ».

Pour Adrien Granjux, médecin-major de 1ère classe, « loin d'être une entrave pour le commandement, l'hygiène en est l'auxiliaire le plus précieux[93] ». Ayant intégré la logique productiviste du recrutement en temps de guerre, les médecins évaluent les insuffisances du système à grand renfort de données chiffrées :

> Ils sont ainsi nombreux ceux qui, par le fait de leur astigmatisme, échappent au recrutement de l'armée. Les chiffres autorisent à évaluer au minimum leur nombre à 5 ou 600 chaque année ; ce qui sur un total de 27 classes mobilisées, donne un effectif de 16 000 hommes […]. De ce fait, et ce sera là notre conclusion : l'armée Française perd près de 20.000 astigmates[94].

Nombre de médecins espèrent ainsi explicitement améliorer le rendement de la sélection. « Il nous paraît de plus en plus urgent pour l'armée de récupérer le plus possible de forces perdues[95] », clament ainsi les aide-majors C. Nordman et J. Bonhomme à la tribune de la société médico-psychologique. Les médecins se félicitent des mesures de récupération et appellent à toujours plus de sévérité[96]. Certaines figures se distinguent par leur zèle et la brutalité de leurs méthodes[97]. C'est le cas du colonel Thomson, *chief medical officer* de la caserne de Northampton, qui use plusieurs fois de son influence pour incorporer des hommes manifestement inaptes[98]. Le colonel traite notamment avec dédain les certificats médicaux que présentent parfois les recrues, certificats dont les diagnostics sont rageusement biffés ou accompagnés de commentaires signalant le peu d'estime que le praticien leur accorde[99].

Les médecins sont nombreux à proposer différentes manières de rendre les critères du recrutement moins exclusifs, y compris lorsqu'ils ne sont pas aux prises directement avec le processus de sélection. C. J. Bond, chirurgien de l'infirmerie royale de Leicester, adresse au *British Medical Journal* un courrier dès novembre 1914 afin d'encourager le relâchement de la rigueur du recrutement[100]. Il considère que la sévérité de certains jugements conduit à évincer

---

[92] RASMUSSEN Anne, « Préserver le capital humain… », *art. cit*., p. 71-95.
[93] *Bulletin du Service de Santé militaire*, n°534, janvier 1904, p. 7.
[94] « L'armée Française perd 20 000 astigmates », *Caducée*, 15 août 1915.
[95] NORDMAN C., BONHOMME J., « De l'utilisation des indisciplinés en temps de guerre », *Annales médico-psychologiques*, n° 7, 1916, p. 490.
[96] POROT A., « Les bases de l'expertise mentale dans les bataillons d'Afrique et les groupes spéciaux en temps de guerre (aptitude au service et responsabilité militaire) », *Revue neurologique*, vol. 2, 1916, p. 25.
[97] On remarque la même brusquerie dans les tentatives de récupération des malades et des blessés, cf. VIET Vincent, *La Santé en Guerre… op. cit*., p. 301.
[98] MCDERMOTT James, *British Military Service Tribunals, op. cit*, p. 182, p. 185-187.
[99] *Ibid*, p. 187.
[100] BOND C.J., « Operations on expediency on recruits », *British Medical Journal*, 21 Novembre 1914, p. 900.

des candidats parfaitement robustes et menant par ailleurs une vie active sans avoir jamais eu à se plaindre d'une quelconque limitation de leurs capacités. Il suggère que des instructions soient données aux médecins chargés de l'examen des recrues afin de ne pas écarter des rangs les hommes atteints de varicocèle à moins qu'elle ne se présente sous une forme particulièrement sévère. De même que les orteils en marteau, les hernies ou les varices, cette affection lui paraît pouvoir être facilement traitable par une simple opération ne nécessitant qu'un court séjour à l'hôpital. La défense de l'assouplissement des critères se double parfois de la mise en avant du pouvoir thérapeutique de l'action médicale. Le taux élevé de récupération est ainsi assimilé à la réussite des procédés mis en œuvre pour guérir les recrues fragiles. Par cet éloge du pouvoir thérapeutique, la guerre est inscrite dans des stratégies professionnelles individuelles et collectives. On peut sur ce point rejoindre les analyses de Marie Derrien, qui montre que les psychiatres tentent de profiter du conflit pour renforcer la légitimité de leur profession et leur statut d'expert[101]. Les avis ne sont pas pour autant unanimes. S'il invite à considérer l'intégration dans la troupe des porteurs de lunettes, A. A. Bradburne estime qu'incorporer des hommes affligés de varices, de pieds plats ou d'orteils en marteau serait préjudiciable à l'armée, quand bien même de telles infirmités ne présenteraient aucun inconvénient dans la vie civile[102]. Il serait en effet trop facile aux soldats d'invoquer et de faire constater la présence de telles affections afin d'échapper, par exemple, aux rigueurs d'une longue marche.

L'assouplissement des critères qu'ils réclament, « l'obligation dans laquelle [ils] se trouve[nt] d'utiliser aux armées des individus d'une aptitude restreinte[103] », apparaît dans le discours des médecins comme une mesure patriotique dictée à la fois par la force des circonstances et par la nature de la guerre. Dans une communication consacrée à la question des épileptiques, donnée devant la Société de médecine Légale, le Dr Briand résume ainsi sa position : « On conçoit qu'en raison des circonstances actuelles l'index d'étiage, limitant l'aptitude, ne doit plus occuper dans l'échelle de graduation […] la même place qu'en temps de paix[104] ». Le temps de la guerre apparaît comme un temps exceptionnel qui justifie des mesures particulières destinées à garantir la sauvegarde de la patrie. Pour Chavigny et Laurens, qui s'intéressent à la place des hommes atteints de troubles mentaux :

---

[101] DERRIEN Marie, « Éliminer ou récupérer ?... », *art. cit.*
[102] BRADBURNE A.A., « The Admission of men with Glasses into the Army », *The British Medical Journal*, 22 mai 1915, p. 888-889. Pour des considerations sur la douleur qu'entraînent les malformations du pied chez le soldat, JONES Robert « The soldier's foot and the treatment of common deformities of the foot », *The British Medical Journal,* 20 mai 1916, p. 709-711.
[103] CHAVIGNY Paul, LAURENS, « Les expertises psychiatriques en temps de guerre », *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, série 4, n° 28, Paris, Jean-Baptiste Baillière, 1917, p. 22.
[104] *Bulletin de la Société de médecins légale*, 1915, n°7, p. 196

> D'instinct, on se sent porté à arguer que les conditions de guerre ne laissent ni le temps ni la place pour ces expertises psychiatriques qui étaient, en temps de paix, une concession faite à des idées un peu théoriques d'humanité, de justice idéale[105].

Le zèle de certains médecins est parfois tempéré par l'armée elle-même. Lorsque la société médico-psychologique propose en juillet 1916 de former des troupes de choc composées de déséquilibrés, le projet, estimé trop dangereux, n'aboutit pas[106]. Quoiqu'il en soit, la dimension humaniste de la sélection médicale, présente dans le discours médical avant la guerre, perd du terrain face aux nécessités du rapport comptable aux effectifs. La défense d'une aptitude à géométrie variable montre à quel point cette notion n'est pas un état mais un rapport profondément dépendant des reconfigurations de son environnement social. L'aptitude ne peut jamais être définie du seul point de vue biologique et ne saurait constituer une variable indépendante. Comme le souligne Georges Canguilhem lorsqu'il observe la frontière mouvante entre normal et pathologique, on constate qu'à chaque reconfiguration de l'environnement, la limite entre aptitude et inaptitude se déplace et entraîne une modification des taxinomies[107].

La modification des critères est notamment justifiée par les formes nouvelles de la guerre, industrielle et mécanisée. La puissance de feu ayant pris une importance prépondérante, il semble à certains médecins que la condition physique et psychique du soldat peut souffrir quelques imperfections. « La balle d'un phtisique est aussi meurtrière que celle d'un homme bien portant[108] », résume ainsi un médecin pour lequel c'est désormais l'armement qui participe prioritairement de la valeur du soldat. Les combattants eux-mêmes semblent l'avoir compris, ainsi que le souligne ironiquement Jean Galtier-Boissière (1891-1966), alors journaliste pacifiste, dans ses souvenirs de fantassins. Pour lui :

> Il est tout à fait superflu de se porter à merveille pour recevoir un shrapnell dans le ventre. […] En fait, tous les bons fantassins conviendront qu'il est totalement inutile d'avoir bon pied bon œil pour participer à une attaque de tranchées. Le problème est d'un tout autre ordre. Étant donné cent hommes émergeant d'un parallèle de départ, il s'agit d'en faire arriver quarante à la première tranchée ennemie distante de quelques dizaines ou centaines de mètres, les soixante autres guerriers étant fatalement mis hors de combat par les mitrailleuses et les tirs de barrage[109].

---

[105] CHAVIGNY Paul, LAURENS, « Les expertises psychiatriques en temps de guerre », *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, série 4, n° 28, Paris, Jean-Baptiste Baillière, 1917, p. 21-22.
[106] Société médico-psychologique, séance du 17 juillet 1916, *Annales médico-psychologiques*, n° 7, 1916, p. 528, cité par DERRIEN Marie, « Éliminer ou récupérer », *art. cit.*
[107] BODIN Romuald, *L'institution du handicap,* La Dispute, Paris, 2018, p. 43 ; CANGUILHEM Georges, *Le Normal et le pathologique,* Paris, PUF, 2013 [1966], p. 91.
[108] ANONYME, « La tuberculose et la guerre », *Le Figaro*, 5 avril 1915
[109] *Loin de la Riflette*, cité par RIDEL Charles, *Les embusqués*, *op. cit.*

De même, le caractère désormais « impersonnel et massif » du combat légitime l'envoi sur le front de recrues qui ne sont pas en pleine possessions de leurs moyens mentaux mais se prêteront sans nul doute avec entrain au sacrifice exigé par la nation. Pour Hervé Guillemain et Stéphane Tison, « l'hécatombe des valides a donc suscité le recours aux anormaux[110] ».

2. La guerre ou la vigueur retrouvée

L'action des médecins en faveur du rendement du recrutement ne relève pas toujours du pur cynisme. Elle s'appuie sur l'idée selon laquelle la guerre parviendrait à reviriliser et revitaliser esprits faibles et organismes défaillants. En 1915, Charles Fiessinger, correspondant national de l'Académie de médecine écrit :

> [Q]uand on a le cœur malade, on ne va pas se battre. Mais, comme toutes les formules sages, celle-ci ne trouve son emploi que dans le pot-au-feu des conditions journalières. Quand sonnent les heures tragiques, les âmes viriles ne comptent plus avec la sagesse et puisque chacun doit accomplir son devoir, elles accompliront le leur.
>
> La déclaration de guerre ayant tendu dans un élan incomparable les ressorts de l'énergie nationale, a montré qu'un vigoureux coup de fouet sur le système nerveux a le pouvoir pour un temps, de remonter l'organe qui défaille quand bien même il serait touché sérieusement[111].

L'entrée en guerre et l'élan vital qui l'accompagne sont donc vus comme des éléments déclencheurs de la rémission de certaines pathologies. Le passage sous les drapeaux doit permettre d'améliorer bien des déficiences. Pour un éditorialiste anonyme de la *Gazette médicale* :

> Un grand nombre d'individus qui, dans le civil, étaient des individus malingres, souffreteux ou neurasthéniques, qui se croyaient à la veille de toutes les maladies, ont acquis, depuis qu'ils sont dans les tranchées, une résistance physique merveilleuse[112].

Dès le Second Empire, la vie militaire est chargée de nombreuses vertus thérapeutiques et l'expérience de la caserne considérée comme rédemptrice par une partie des élites françaises[113].

---

[110] TISON Stéphane, GUILLEMAIN Hervé, *Du front à l'asile, op. cit.*
[111] FIESSINGER Charles, « Les maladies de cœur aux armées », *Gazette médicale de Paris : journal de médecine et des sciences accessoires*, série 14, n° 02, 20 janvier 1915, p. 5. Voir annexe n° 36.
[112] *Gazette médicale* du 21 avril 1915, cité par DARMON Pierre, « La Grande Guerre des soldats tuberculeux », *Annales de démographie historique*, 2002, n° 103, p. 35-50, ici p. 33.
[113] CREPIN Annie, *Histoire de la conscription…, op. cit.*, p. 24 ; ROYNETTE Odile, « La Statistique médicale de l'armée française au XIX^e siècle : un instrument de savoir et de pouvoir démographiques ? » in KRASSNITZER Patrick, OVERATH Petra (dir.), *Bevölkerungsfragen: Prozesse des Wissenstransfers in Deutschland und Frankreich (1870-1939)*, Köln, Böhlau, 2007, p. 67-78, ici p. 77.

Elle est vue comme un remède à l'amollissement et la dégénérescence de la société. Traduit dans les termes darwiniens de la société britanniques, l' « *Homo Pugnax* », le combattant, constitue une version évoluée et virilisée de l'*Homo Sapiens*[114].

Dans les deux pays, on considère que l'entraînement et la discipline militaires sont de nature à revigorer les corps chétifs, affirmer les esprits chancelants et parfaire le développement physique des recrues[115] :

> Chaque année, armée reçoit des jeunes gens faibles et suspects dont l'aptitude militaire, sujette à caution, ne peut être définitivement jugée qu'après un essai d'entraînement où beaucoup d'entre eux peuvent et doivent trouver l'occasion de relever et de parfaire leur développement physique. […] Les éliminer a priori serait une mesure que ne justifient ni les données de la science ni l'observation des faits et qui infligerait à nos effectifs une perte actuellement incompatible avec les exigences de notre recrutement. […] Il est donc nécessaire d'économiser notre capital humain et d'en tirer tout le bénéfice possible[116].

E. Nobel Smith, chirurgien londonien, constate ainsi que l'entraînement militaire sculpte les corps les plus amoindris et contribue à leur donner forme virile[117]. Cette croyance est réactivée et exacerbée dès l'entrée en guerre. Lorsque le médecin expert chargé de son examen constate que J. C. Atwood n'atteint pas les exigences requises en termes de périmètre thoracique, il n'hésite pas à le déclarer bon néanmoins, en précisant qu'il ne manquera pas de prendre du poids très rapidement[118]. Certains aliénistes se félicitent quant à eux de « l'effet merveilleusement salutaire qu'a exercé l'appel aux armes sur quantité de réservistes et de territoriaux qui traînaient, dans l'oisiveté et la vie sédentaire, des asthénies toxiques et des aboulies de paresse[119] ».

Ainsi que l'a montré Joanna Bourke, l'idée selon laquelle l'entraînement militaire profiterait au corps des jeunes soldats est partagée par les hommes de la troupe eux-mêmes, quelle que soit leur classe sociale[120]. Ils sont nombreux à s'émerveiller des progrès de leur

---

[114] CROOK David, *Darwinism, War and History: the debate over the biology of war from the 'Origin of species' to the First World War*, Cambridge, Cambridge university press, 1994, p. 192.
[115] BOURKE Joanna, *Dismembering The Male, op. cit*., p. 174 ; WINTER Jay, « Military Fitness and Civilian Health… », *art. cit.*, p. 218 ; CAMPBELL James, *« The Army isn't all work » Physical Culture and the Evolution of the British Army, 1860-1920,* Farham, Ashgate Pub. Co., 2012, p. 151.
[116] LEMOINE Gustave, *Traité d'hygiène, op. cit.,* p. 20-21
[117] SMITH Nobel, *Growing Children*, p. 7 cité par BOURKE Joanna, *Dismembering The Male, op. cit*., p. 174.
[118] « *After two attempts to help me reach the chest measurements required, passed me saying I was healthy and would soon fill out* », J.C. Atwood, cité par SILBEY David, « Bodies and cultures collide: enlistment, the medical exam and the working class, 1914–1916 », *op. cit*., p. 67.
[119] HESNARD Angelo, POROT Antoine, *L'expertise mentale militaire*, Paris, Masson, 1918, p. 19, cité par DERRIEN Marie, « Éliminer ou récupérer ?... », *op. cit.*
[120] BOURKE Joanna, *Dismembering The Male, op. cit*., p. 174-175.

organisme ou de celui de leurs camarades. Dans une lettre adressée à sa sœur en 1917, Cecil Christopher parle de l'un de ses collègues en ces termes :

> Dans la vie civile, il était particulièrement délicat et s'imaginait constamment souffrant […]. Tu devrais le voir aujourd'hui, il jouit d'un appétit d'ogre, n'est jamais malade et conserve bonne allure sur 50 kilomètres en portant son équipement complet. Jusqu'ici il n'a jamais rompu les rangs pendant une longue marche. Il est l'un de ceux auxquels l'armée a été vraiment profitable[121].

Chiffres à l'appui, Charles Carrington constate que les jeunes gens ayant rejoint le Royal Warwicks en 1918 ont vu en moyenne leur taille augmenter de 2,5 centimètres et leur poids de près de 6 kilogrammes[122]. Au point que de retour à l'arrière, les hommes craignent que les civils, voyant les changements corporels survenus, doutent de l'âpreté de leurs conditions de vie dans les tranchées.

L'assouplissement des critères de l'aptitude n'est cependant pas toujours associé à l'espoir de voir les recrues inaptes profiter de leur incorporation. Certains médecins estiment ainsi qu'envoyer les faibles d'esprit au combat pourrait permettre de les éliminer[123]. Pour l'aliéniste Léon Pruvost :

> L'intérêt de la société est-il de ménager la vie des demi-valeurs ? […] Qu'adviendra-t-il de la race si, après qu'une indulgence débonnaire aura mise à l'abri tous les débiles, ils restent en foule une fois la paix signée, comme géniteurs avec leur hyperorchidie et leur prolificité classique[124] ?

La guerre représente alors une opportunité pour lutter contre la dégénérescence de la race. En éliminant les inaptes, on évite leur reproduction et donc leur prolifération. Le conflit permettrait alors de réaliser un « eugénisme passif bienvenu au moment où les vraies valeurs humaines tombent jour après jour[125] ». En Grande-Bretagne, de la même façon, la guerre est parfois lue comme l'occasion d'épurer la société de tous les éléments qui viennent compromettre la vigueur de la race[126].

---

[121] CHRISTOPHER W. Cecil, « letters », letter à sa sœur Val, 1er mai 1917, citée par BOURKE Joanna, *Dismembering The Male, op. cit.*, p. 175.
[122] *Soldiers from the Wars Returning*, London, 1965, p. 229-230, cité par BOURKE Joanna, *Dismembering The Male, op. cit*., p. 174.
[123] TISON Stéphane, GUILLEMAIN Hervé, *Du Front à l'asile… op. cit*., p. 114-115.
[124] PRUVOST Léon, *Les débiles mentaux à la guerre, leur utilisation*, thèse, Paris, 1915, cité par TISON Stéphane, GUILLEMAIN Hervé, *Du Front à l'asile… op. cit*., p. 114-115.
[125] *Ibidem*.
[126] EBY Cecil D., *Road to Armageddon, The Martial Spirit in English Popular Literature, 1870–1914*, Durham, Duke University Press, 1987, p. 2

3. Peser sur les dispositions réglementaires : l'exemple de l'aptitude visuelle

Les médecins ne se contentent pas d'être les exécutants des instructions qui leur sont données, ils entendent peser sur les dispositions réglementaires afin d'assouplir les conditions de l'incorporation. Les débats sur l'aptitude visuelle constituent un observatoire idéal de la contamination de la discussion scientifique par la logique du rendement. Ils permettent de constater également le maintien des formes classiques de la controverse médicale en temps de guerre.

Image 13 : Le test de l'acuité visuelle

Source : Imperial War Museum[127]

En France comme en Grande-Bretagne, l'évaluation de l'acuité visuelle des recrues est effectuée, un œil après l'autre, à l'aide d'un tableau de Snellen. Sur l'image, la recrue a l'œil droit masqué par un cache afin de permettre l'évaluation d'un œil après l'autre. Venue d'Allemagne, la procédure repose sur des planches typographiques standardisées sur lesquelles les candidats doivent distinguer des lettres de différentes tailles, à une distance traditionnelle de cinq ou six mètres[128]. Sur la photo, le médecin militaire indique au jeune homme, dont un

[127] Treaty Lodge, Hounslow, quartier général du 8e bataillon, Régiment de Middlesex, Septembre 1917.
[128] Six en Grande-Bretagne, cinq en France.

œil est obturé, la ligne à lire. Le dispositif est associé à une échelle, ou série de seuils discriminants, exprimée en fraction. En Grande-Bretagne :

> Les instructions de la circulaire du Ministère de la guerre 27/Gen. No. 4583 (A.M.D.2) recommandent les seuls d'aptitude visuelle suivants :
>
> | | |
> |---|---|
> | D. Minimum 6/24 | G. Minimum 6/24 |
> | D. Minimum 6/24 | G. 6/60 |
> | D. 6/60 | G. Minimum 6/24 |
>
> Le candidat est déclaré apte s'il réussit les tests (a) et (b). Il est déclaré apte au service dans le RAMC, l'AOC et l'ASC et comme conducteur dans le RA et RE, s'il réussit le test (c)[129].

D. (*R*) signale ici l'œil droit, G. (*L*) l'œil gauche. Le numérateur représente la distance entre la recrue et le tableau et le dénominateur la taille de la plus petite ligne pouvant être lue[130]. Les défauts de réfraction, comme l'astigmatisme, sont également testés. En France, le médecin-expert dispose d'une échelle de Parent ou d'un disque de Chauvel, d'un disque pour astigmatisme et parfois d'une boîte de verres correcteurs. Dans la plupart des mairies qui accueillent le conseil de révision, une chambre noire est installée[131].

Cette procédure n'est pas exempte de difficultés. Il arrive que la distance de cinq ou six mètres ne soit pas respectée, faute de place dans des locaux mal adaptés ; que les planches typographiques soient mal éclairées ou prennent au contraire trop la lumière ; que le matériel adéquat (ophtalmoscope, verres correcteurs) ne soit pas disponible[132]. Les médecins n'ignorent pas non plus les problèmes d'analphabétisme de certains candidats. Parfois, faute de temps, l'évaluation de l'acuité visuelle n'est tout simplement pas menée. C'est le cas lors de l'examen d'Edward James Lyons qui s'en plaint en juin 1918[133]. Enfin les médecins s'efforcent par des « procédés multiples, de déjouer les tentatives de simulation[134] ».

Pour améliorer le rendement de la sélection, certains médecins proposent simplement de s'inspirer « de l'esprit de la réglementation et non de sa lettre[135] », autrement dit de

---

[129] WALLACE W., « Methods of Examining the vision of recruits and soldiers, with special reference to assumed and real defects », *JRAMC*, April 1916, p. 471-489, ici p. 473. Pour la France, voir Ministère de la guerre, *Recrutement de l'armée…, op. cit.,* 1905, parag. 74 et suiv.
[130] Voit notamment WALLACE W., « Methods of Examining the vision… », *op. cit.*, p. 471-472.
[131] GINESTOUS Étienne, *L'aptitude visuelle au service militaire*, A. Destout, Bordeaux, 1915, p. 5.
[132] « Methods of Examining the vision… », *op. cit.*, p. 471-473.
[133] « *My eyes have not been tested* », in NA, MH 47/115/80, Case Number: RM1/830.
[134] Ministère de la guerre, *Recrutement de l'armée… op. cit.*, 1916, paragraphe 77. Les examinateurs sont aussi vigilants face aux tentatives des recrues qui espèrent être incorporées malgré leurs défaillances. Ils se gardent bien de laisser le candidat se couvrir lui-même un œil, tentent d'éviter que les recrues n'apprennent les tableaux par cœur en les orientant de manière à ce qu'ils ne puissent être lus pendant l'examen anatomique ou leur font lire les lignes dans le désordre in « Methods of Examining the vision… », *op. cit.*, p. 471-473.
[135] *Ibidem.*

contourner les seuils et critères tels qu'ils sont définis par les instructions. Il est en effet précisé en France que celles-ci n'ont qu'une valeur indicative[136]. La diminution du taux d'exemption dès le début de la guerre indique que c'est là la solution empirique privilégiée par nombre d'experts qui n'entendent plus « s'encombrer […] des diagnostics du temps de paix[137] ». W. Wallace, lieutenant du RAMC, tout en rappelant les seuils requis par l'armée pour l'aptitude visuelle des deux yeux des recrues, précise en 1916 qu'une certaine marge de manœuvre est laissée aux experts quant à l'incorporation des borgnes et des recrues présentant des pathologies de l'œil qui les auraient exclues en temps normal[138]. L'action des médecins a pu par ailleurs profiter du flottement nosologique autour de certaines affections au diagnostic toujours malaisé, comme les troubles mentaux, pour augmenter les possibilités de récupération[139]. Mais les médecins sont également nombreux à réclamer l'infléchissement réglementaire des critères officiels et à donner à leur plaidoyer les allures de l'argumentation scientifique. À cet égard, la mobilisation patriotique des experts ne se départit pas d'un certain ethos. La médecine se fait instrument du politique tout en conservant sa rationalité et ses méthodes, notamment celle de la controverse scientifique.

La presse scientifique et la tribune des sociétés savantes se font ainsi l'écho des discussions médicales sur la sélection des recrues. La Société de médecine militaire mais aussi la société médico-psychologique ou la société de médecine légale par exemple sont le lieu de discussions animées sur les critères et les modalités de l'incorporation des recrues en temps de guerre et font parvenir au sous-secrétaire d'État du Service de santé aux armées nombre de rapports[140]. La révision du règlement au sujet de l'aptitude visuelle fait l'objet en France, depuis la fin du XIX^{e} siècle, d'une campagne particulièrement animée. Quantité de conférences, mémoires et articles ont été consacrés à la question, notamment par Félix Lagrange, Étienne Ginestous et Henry Coullaud[141]. La question est abordée juste avant le conflit par la Société de

[136] SHD, GR 9 NN 7/1104, 18039 3/7, Révision de l'instruction sur l'aptitude physique, 25 novembre 1916.
[137] CHAVIGNY Paul, « Les expertises psychiatriques en temps de guerre », *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, série 4, n° 28, Paris, Jean-Baptiste Baillière, 1917, p. 21.
[138] « Methods of Examining the vision… », *op. cit.*
[139] Sur ce point, voir VIET Vincent, *La Santé en guerre, op. cit.*, p. 302-303.
[140] La Société médico-psychologique désigne le 26 juin 1916 une commission chargée d'étudier l'éventuelle formation de troupes de chocs constituées exclusivement d' « anormaux mentaux ». Ses conclusions sont envoyées au Sous-secrétariat. Voir Société médico-psychologique, séance du 17 juillet 1916, *Annales médico-psychologiques*, n° 7, 1916, p. 528.
[141] LAGRANGE Félix, « Les vices de réfraction et l'acuité envisagée au point de vue du service armé », *Bulletin médical*, 1899, p. 1126 ; GINESTOUS Étienne et COULLAUD Henry, *La vision des tireurs*, Paris, G. Steinheil, 1906, prix du baron Larrey, 1910, relayé par les *Archives d'ophtalmologie*, mai 1906 ; « La vision dans le tir d'artillerie », *Archives d'ophtalmologie*, décembre 1908 ; *Bulletin médical,* 22 avril 1908 ; GINESTOUS Étienne et COULLAUD Henry, *Conditions d'aptitude physique relatives à l'appareil de la vision exigées dans l'armée française et dans les armées étrangères*, impr. de R. Tancrède, 1908 relayé dans le *Bulletin médical* du 22-29 août

médecine militaire en mars 1914 et à nouveau en mai. Invoquant des arguments d'ordre démographique, certains médecins estiment que « le contingent annuel [est], à tort, réduit considérablement[142] ». Face à l'inquiétante natalité allemande, ils estiment que l'assouplissement des critères de l'acuité visuelle est nécessaire et permettrait d'incorporer davantage de recrues.

À la faveur de la guerre, cette question prend une importance nouvelle sous l'impulsion d'Eugène Ginestous (1870-1945). Ophtalmologiste bordelais distingué, médecin aide-major de 1ère classe et Chef du service d'ophtalmologie de la place et du secteur d'Angers, il est l'auteur de plusieurs travaux médico-légaux sur l'inspection oculistique et les troubles de la vision comme problème de santé public[143]. Il milite ardemment pour l'abaissement des seuils d'aptitude visuelle au service militaire. Ces seuils sont, en France, définis dans l'article 77 de l'instruction de 1905 : « le service armé exige une acuité visuelle supérieure ou tout au moins égale à ½ pour un œil et 1/20 après correction, s'il y a lieu, par des verres sphériques[144] ». Depuis la notification du 10 janvier 1910, les conditions d'incorporation dans le service auxiliaire permettent de :

> [V]erser dans le service aux les jeunes gens qui ont, après correction, s'il y a lieu, par des verres sphériques, une acuité visuelle supérieure ou tout au moins égale à ¼ pour un œil, celle de l'autre étant inférieure à 1/20 ou *même complètement abolie*, sous la réserve toutefois […] de l'élimination absolue de tous les borgnes présentant une difformité apparente[145].

L'instruction permet donc l'incorporation des jeunes gens présentant une acuité réduite jusqu'à un certain seuil mais améliorée par l'usage de verres correcteurs. Le service auxiliaire accueille également les borgnes, à condition que leur cécité monoculaire ne soit pas accompagnée de

1908 ; « L'admission des borgnes dans l'armée », *Le Caducée*, 18 juin 1910 ; GINESTOUS Étienne, *L'indice visuel d'aptitude au service militaire*, 1912 ; LAGRANGE Félix, « De la correction de l'astigmatisme, envisagée au point de vue du service militaire », *Bulletin de l'Académie nationale de médecine*, n°23, 1914, p. 763-777.

[142] LAGRANGE Félix, « De la correction de l'astigmatisme, envisagée au point de vue du service militaire », *Bulletin de l'Académie nationale de médecine*, n°23, 1914, p. 763-777, ici p. 766.

[143] Il est notamment l'auteur d'un long plaidoyer en faveur d'une « réorganisation régulière et méthodique de l'assistance aux aveugles » : « Du rôle des pouvoirs publics et de la bienfaisance privée dans l'assistance aux aveugles », *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, série 4, n° 19, Paris, Jean-Baptiste Baillière, 1913, p. 351-383. Voir aussi « L'inspection oculistique des écoles, lycées et collèges », *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, série 4, n° 17, Paris, Jean-Baptiste Baillière, 1912, p. 321-329 ; « La cécité dans la jurisprudence du conseil d'État », *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, série 4, n° 26, Paris, Jean-Baptiste Baillière, 1916, p. 25-38 ; « Les blessures et maladies oculaires dans leur rapport avec les pensions de retraite, les gratifications de réforme et la législation civile sur les accidents du travail », *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, série 4, n° 24, Paris, Jean-Baptiste Baillière, 1915, p. 75-91.

[144] Ministère de la guerre, *Recrutement de l'armée, op. cit.,* 1905, paragraphe 77, p. 20-21.

[145] GINESTOUS Étienne, *L'aptitude visuelle au service militaire*, *op. cit.*

malformations[146]. En France, l'année 1915 est marquée par une nette inflation des publications médicales concernant les critères de l'aptitude. Ginestous rédige ainsi au début de l'année un nouveau plaidoyer dans lequel il estime que « dans les circonstances actuelles, […] ces conditions pourraient être encore rendues moins exclusives[147] ». On constate à cette occasion un glissement rhétorique. Les raisons sont toujours d'ordre démographique et relèvent d'une logique comptable mais la crise des effectifs remplace désormais la faible natalité dans le système argumentaire. « Au moment où la défense de la Patrie nécessite la révision des dispenses et réformes antérieures, où l'on s'inquiète à juste titre d'appeler sous les drapeaux le maximum du contingent disponible[148] », il semble nécessaire de revenir sur les seuils et la détermination de la « valeur oculaire » des recrues.

Les ressources argumentaires et rhétoriques des experts, le système de preuve mobilisé, l'expression des intérêts des médecins ne sont que peu altérés par l'entrée en guerre et la crise des effectifs. En revanche, l'exceptionnalité des circonstances modifie les rapports de force au sein de la communauté scientifique et politique, et permet aux tenants de l'assouplissement des critères de peser davantage dans la discussion. Les ophtalmologistes français, dont la spécialité souffre en 1914 d'un manque de reconnaissance, notamment de la part de l'Académie de médecine, y voient probablement là l'occasion de renforcer leur position institutionnelle[149]. Eugène Ginestous discute ainsi les seuils de l'acuité mais aussi l'évaluation de ces seuils, notamment l'usage de verres correcteurs. Pour lui :

> Si […] ainsi que cela est admis par l'Instruction du 22 octobre 1905, une acuité de 1/20 est admissible pour l'œil le plus mauvais, il n'y a pas de raison pour abaisser encore les limites de cette acuité et accepter, non plus seulement pour les services auxiliaires, mais même pour le service armé, les hommes dont la vision d'un œil est complètement abolie[150].

Il réclame également la fin de la dispense des borgnes présentant une difformité apparente et l'autorisation de l'usage des verres cylindriques pour la correction des défauts de vision. Son argumentaire s'appuie sur une démonstration scientifique qui date déjà de plusieurs années.

---

[146] Cette directive avait d'ailleurs été introduite en 1912 suite aux arguments avancés par Ginestous et Coullaud, cf. GINESTOUS Étienne, « L'aptitude visuelle au service militaire », *Bulletin de l'Académie nationale de médecine,* Paris, Elsevier Masson, 1915, p. 433.
[147] GINESTOUS Étienne, *L'aptitude visuelle au service militaire, op. cit,* 1915.
[148] GINESTOUS Étienne, « L'aptitude visuelle… » *art. cit.*, p. 432.
[149] Sur la place institutionnelle des ophtalmologistes avant et pendant la guerre, on lira DORIA Corinne, « How to face a sanitarian emergency. French ophthalmologists and the Great War », *First World War Studies*, 2018. Et sur l'histoire de l'ophtalmologie en général ALBERT Daniel M., EDWARDS Diane D., *The History of Ophthalm*ology, Cambridge, Blackwell Science, 1996 ; FAURE Henri, *L'ophtalmologie des origines à nos jours*, Annonay, Laboratoires H. Faure, 7 vol., 1973-1992.
[150] GINESTOUS Étienne, *L'aptitude visuelle… op. cit.*, p. 3.

Pour contester la limite d'1/20 pour l'œil le plus mauvais, il mobilise les études précédemment menées pour montrer qu'il n'existe pas de différence entre un borgne et un jeune homme dont l'acuité de l'œil le plus faible est limitée à 1/20. D'autant que comme le montrent ces études, seule la vision monoculaire est utile et profitable pour l'exercice et la précision du tir[151].

Déjà en 1914, Félix Lagrange (1857-1928), médecin militaire ayant joué un rôle déterminant dans le développement de la chaire de clinique ophtalmologique de la faculté de médecine de Bordeaux, estimait que « dans l'état actuel de la science et de la pratique ophtalmologique, aucune raison de ne pas admettre dans l'armée l'usage des verres cylindriques[152] » et donc d'incorporer les astigmates. L'article 80 de l'Instruction précise que l'astigmatisme est compatible avec service armé si l'acuité visuelle n'est pas inférieure aux limites réglementaires. Mais seule la correction par verres sphériques est admise. L'état-major justifiait l'interdiction des verres cylindriques de la manière suivante : « 1° les verres cylindriques ne peuvent être constitués en approvisionnement, l'inclinaison de leur axe ajouté à la puissance dioptrique les rendant particulier à chaque sujet ; 2° leur prix est élevé ; 3° ils seraient préjudiciables à la justesse du tir[153] ». L'absence de standardisation possible, le coût de l'équipement et ses conséquences sur l'activité des tireurs étaient donc mis en cause. Ginestous s'applique à réfuter chacun des arguments en reprenant des démonstrations précédentes.

D'après son exposé de 1908 devant l'Académie de médecine, précise-t-il, les astigmates sont tout aussi bons tireurs que les autres. Son plaidoyer s'appuie également sur la réitération d'arguments pratiques. Pour garantir que chaque recrue puisse bénéficier d'une correction adaptée :

> [I]l suffit de noter sur le registre d'incorporation à l'arrivée de ces hommes au régiment la nature exacte de leur amétropie, l'axe d'inclinaison du verre correcteur pour que l'approvisionnement puisse être aussi facilement assuré que celui des effets adaptés à leur taille[154].

En outre, la différence de prix entre verres sphériques et verres sphéro-cylindriques n'est, pour lui « pas si importante que le budget de la guerre ne puisse y faire face ». Prenant acte de

[151] Il fait notamment référence à GINESTOUS Étienne et COULLAUD Henry, « La vision des tireurs », *art. cit.* ; « La vision dans le tir d'artillerie », *art.cit. ;* GINESTOUS Étienne, *La vision des tireurs*, *op. cit.,* 1910 ; « L'admission des borgnes dans l'armée », *art. cit*.
[152] LAGRANGE Félix, « De la correction de l'astigmatisme, envisagée au point de vue du service militaire », *Bulletin de l'Académie nationale de médecine*, n°23, 1914, p. 763-777, ici p. 777. Pour un aperçu des débats en Grande-Bretagne sur la question des verres correcteurs pendant la guerre, voir BRADBURNE A.A., « The Admission of men with Glasses into the Army », *The British Medical Journal*, 22 mai 1915, p. 888-889 ; PATERSON James V., TRAQUAIR H. M., « Army Standards of vision », *The British Medical Journal,* 8 avril 1916, p. 537.
[153] GINESTOUS Étienne, *L'aptitude visuelle, op. cit.*, p. 4
[154] *Ibid*, p. 4-5.

l'exceptionnalité des circonstances et de la hausse consécutive des fonds consacrés à la conduite de la guerre, il espère ainsi que ses arguments bénéficieront d'un poids nouveau. Enfin Ginestous conteste le bien-fondé des restrictions esthétiques à l'incorporation des borgnes dans le service auxiliaire :

> Si la difformité apparente doit, pour des raisons d'esthétique et de prestige, éloigner de l'armée combattante, du moins, nous semble-t-il, elle pourrait être compatible avec des services auxiliaires trop occupés, affirme-t-on, par des militaires actifs[155].

En temps de guerre, ces considérations propres à une armée de parade, estime-t-il, doivent être reléguées au second plan.

À la faveur de la guerre, cette démonstration reçoit une audience rapide et inédite. Son argumentaire, publié au début de l'année 1915, est lu à l'Académie de médecine le 6 avril puis diffusé dans divers organes de la presse spécialisée. On le retrouve, bien sûr, dans le *Bulletin de l'Académie de médecine* mais aussi dans la *Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux*, le 2 mai 1915[156]. La question prend de l'ampleur au point de déclencher la rédaction d'un rapport concernant les réformes à apporter au règlement militaire sur l'aptitude visuelle remis au Ministre de la Guerre[157]. Des réformes sont adoptées, qui suivent point par point les recommandations de Ginestous, exception faite de l'incorporation des borgnes dans le service armé. Le volume d'instructions, dès le 18 mai 1915, admet l'usage des verres cylindriques pour la détermination de l'aptitude au service armé[158]. La mise à jour du 20 décembre 1916 mentionne les verres sphériques, cylindriques et sphéro-cylindriques pour la détermination de l'aptitude au service auxiliaire. Elle admet l'incorporation des borgnes dans le service auxiliaire sans restriction d'ordre esthétique[159]. En conséquence, entre 1915 et 1917, le nombre d'exemption pour diminution de l'acuité visuelle, notamment pour astigmatisme, diminue drastiquement :

---

[155] *Ibid*, p. 3-4.
[156] *Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux*, 2 mai 1915, n°3 ; *Bulletin de l'Académie nationale de médecine*, n°14, 1915, p. 432-434.
[157] ROCHON-DUVIGNEAUD André, « Rapport adressé à Monsieur le Ministre de la Guerre concernant les réformes à apporter aux règlements militaires sur l'aptitude visuelle au service armée, et les mesures complémentaires à prendre pour l'application de ces réformes », *Bulletin de la Société d'ophtalmologie de Paris*, 1916, p. 52-64. Voir aussi du même auteur « La réforme ophtalmologique, considérations suite aux faits de la guerre », *Annales d'oculistique*, 1917, 1-11.
[158] Ministère de la guerre, Bulletin officiel n°68 bis, *Recrutement de l'armée : instruction sur l'aptitude physique au service militaire*, Paris, H. Charles-Lavauzelle, volume mis à jour à la date du 18 mai 1915, paragraphe 77.
[159] Ministère de la guerre, *Recrutement de l'armée : aptitude physique au service militaire*, Paris, H. Charles-Lavauzelle, volume arrêté à la date du 20 décembre 1916, 1916, p. 26-27.

Tableau 18 : Nombre d'exemption pour défaut d'acuité visuelle (1914-1917)

	1914	1915		1917
	Classe 1914	Classe 1916	Classe 1917	Classe 1918
Diminution de l'acuité visuelle (sans cause spécifiée)	222	199	173	55
Myopie	69	68	46	40
Astigmatisme	31	22	15	7

Source : *Comptes-rendus sur le recrutement*

L'altération des normes scientifiques dans le sens voulu par les autorités militaires n'est pas spécifique aux critères de l'aptitude. Elle s'inscrit dans une tendance générale qui fait des médecins des auxiliaires privilégiés du pouvoir politique en temps de crise. Joe Howell a ainsi montré que la catégorie « maladie cardiaque » a fait l'objet, pendant et après le conflit, d'une entreprise de redéfinition tout à fait caractéristique de la part du corps médical britannique[160]. Le « cœur du soldat », affection que les médecins militaires attribuaient prioritairement aux difficultés de la vie militaire, a subi un déplacement étiologique pour devenir « syndrome d'effort ». L'accent est mis désormais sur les prédispositions de l'individu à la faiblesse cardiaque et non sur des éléments dépendant de l'armée, telle l'intensité de l'entraînement ou la conception de l'uniforme. Ce déplacement permet de faciliter le rapide retour des soldats au front et surtout d'alléger le fardeau financier que les vétérans font peser sur le Ministère des Pensions. Ce dernier est en effet chargé d'indemniser les atteintes dues au service ou aggravées par celui-ci[161]. Une entreprise similaire concerne les atteintes nerveuses de guerre. Elles sont redéfinies de manière étiologique, de manière à insister sur la fragilité initiale de l'individu, et requalifiées de manière nosologique, pour apparaître comme des maladies et non plus des blessures de guerre[162].

[160] HOWELL Joe D., « Soldier's heart: the redefinition of heart disease and speciality formation in early twentieth century Great Britain », *Medical History*, supp. V, p. 34-52.
[161] COHEN Deborah, *The War Come Home: Disabled Veterans in Britain and Germany, 1914-1939*, Berkeley, University of California Press, 2001.
[162] HARRISON Mark, « Medicine and the management of Modern Warfare », *History of Science*, vol. 34, n°4, 1996, p. 379-410.

III. « Des exigences minima » : la réforme de la nomenclature française

1. Incertitudes et interrogations

Aux réclamations des médecins dans la presse et à la tribune des sociétés savantes, s'ajoutent des incertitudes qui remontent jusqu'au sous-secrétariat du Service des Armées. Dans le contexte de la récupération, l'interprétation de l'instruction sur l'aptitude physique suscite de nombreuses interrogations. Le 23 octobre 1916, le directeur du Service de santé de la XV^e^ région, le médecin principal 1^ère^ classe Landouzy adresse à Justin Godart (1871-1956), directeur du Service de santé des armées, des demandes d'instructions précises :

> J'ai l'honneur d'attirer votre bienveillante attention sur l'intérêt qu'il y aurait à fixer aux chefs de secteurs médicaux une direction générale quant aux décisions à prendre après examen des cardiaques, des albuminuriques et des tuberculeux qu'ils sont chargés de visiter pour l'ensemble de leur secteur.
>
> Quelle conduite à tenir vis-à-vis des nombreux albuminuriques dont les urines contiennent une petite quantité d'albumine (0 grammes 30 par exemple) et ayant conservé un bon état général ; vis-à-vis des cardiaques à lésions bien compensées même après épreuve d'effort ; vis-à-vis des tuberculeux cicatricés sans expectorations ?
>
> Il semble que ces diverses catégories de malades pourraient être récupérées, mis il y aurait lieu de donner des instructions précises aux médecins de Secteurs et aussi aux Médecins des corps de troupes[163].

L'empirisme des premiers mois semble désormais insuffisant et la disparité des mesures de récupération qui en découle problématique. Les demandes visent ainsi certaines catégories de malades et certaines affections citées dans l'Instruction. Ainsi, les dispositions en vigueur en 1914 précisent ainsi que l'albuminurie persistante, de même que les lésions cardiaques, motivent l'exemption et la réforme, et que les tuberculeux sont souvent exemptés ou réformés[164]. La rigidité de certaines décisions et l'imprécision des dispositions – l'absence de seuils précis concernant l'albuminurie notamment – font l'objet de critiques. Pour Henri François Chavoix (1844-1928), député radical de la Dordogne, « l'erreur à signaler est que tout homme ayant de l'albumine, la quantité importe peu, est versé dans le service auxiliaire ou

[163] SHD, GR 9 NN 7/1105/2039/G. Le médecin principal 1^ère^ classe Landouzy, directeur du service de santé de la XV^e^ région à M. le sous-secrétaire du Service de Santé Militaire, 23 octobre 1916
[164] Ministère de la guerre, *Aptitude physique… op. cit.,* 1905, p. 9 et p. 35-36.

réformé[165] ». On attend du sous-secrétariat des directives claires encadrant l'assouplissement durable des critères de sélection et de récupération.

Afin de répondre aux incertitudes, le Service de santé commence par inciter à l'empirisme en rappelant le caractère indicatif des dispositions réglementaires :

> Des doutes ayant pu s'élever, dans certaines circonstances, sur la question de savoir si les prescriptions de l'Instructions du 22 octobre 1905 sur l'aptitude physique au service militaire devaient être tenues comme présentant, de façon constante, un caractère impératif, j'ai l'honneur de vous faire connaître qu'il ne serait conforme, ni à l'esprit, ni à la lettre de cette Instruction d'en faire l'expression de formules inflexibles, applicables sans discussion aux différents cas d'espèces[166].

Il s'agit là d'un rappel du préambule de l'instruction qui spécifie que :

> La présente Instruction, ne saurait être considérée comme un code de prescriptions absolues ; mais les résultats de chaque examen individuel, doivent diriger les médecins et peuvent concourir à éclairer les membres du Conseil chargé de statuer.[167]

C'est donc aux médecins que revient la décision d'adapter ou non les instructions aux circonstances exceptionnelles de la guerre. Ce premier choix est éminemment stratégique de la part du sous-secrétaire d'État qui, s'il a fait de la liaison technique la pierre angulaire du fonctionnement du Service de santé, craint que des circulaires impératives soient perçues de manière intrusive par un corps médical attaché à l'esprit critique et à l'indépendance inhérents à la profession médicale[168].

Mais l'accumulation des demandes de précisions conduit le Service de santé à adopter une position plus complexe et, pourrait-on dire, plus équilibriste. Jusqu'en 1916, le caractère indicatif des dispositions réglementaires est constamment rappelé, mais dans le même temps, l'Instruction subit de multiples refontes qui visent non seulement à assouplir les critères de l'incorporation, mais aussi à les préciser afin de pallier l'incertitude. Les normes et les seuils sont donc de plus en plus précis alors que dans le même temps, le sous-secrétariat d'État ne cesse de rappeler que les experts ont toute latitude pour ne pas les appliquer de manière stricte. Des contradictions ne manquent pas d'apparaître. En juin 1915, le préfet du Doubs, en tournée

[165] SHD, GR 9 NN 7/1105/6017. Note communiquée par M. Chavoix, député, proposant la révision de l'instruction du 22 octobre 1905, 5 novembre 1915.
[166] SHD, GR 9 NN 7/1105, circulaire n°75 Ci/7 « Application de l'Instruction du 22 octobre 1905 sur l'aptitude physique au service militaire ». Voir aussi SHD, GR 9 NN 7/1100, Circulaires et instructions diverses, n° 567 Ci/7, Aptitude physique au Service Militaire, 5 août 1917.
[167] Ministère de la guerre, *Aptitude physique… op. cit.,* 1905, p. 7.
[168] VIET Vincent, *La Santé en Guerre… op. cit*., p. 142.

de révision, sollicite le Ministre de la Guerre au sujet de l'incorporation des borgnes dans le service armé, proscrit par l'article 77 de l'instruction[169]. Le *Journal Officiel* du 5 juin donne des indications contraires et estime qu'un homme qui a perdu l'usage d'un œil peut être jugé apte au service armé. Le préfet ne manque pas de souligner que ces différents textes donnent lieu à des jurisprudences contradictoires. En réponse à ce courrier, le Ministère choisit de réitérer l'autorité supérieure de l'Instruction. Celle-ci constitue :

> [L]e seul guide régulier des décisions soit des conseils de révision, soit des commissions de réforme. L'article 77 de cette Instruction ne peut laisser aucun doute sur ce qu'il convient de faire des hommes atteints de perte de la vue d'un œil : en aucun cas ces hommes ne doivent être classés au service armé[170].

Pour le Ministre de la Guerre, les dispositions de l'Instruction doivent faire autorité. En mai 1915, les médecins qui exemptent ou classent automatiquement dans le service auxiliaire les hommes de plus de 100 kilos sont rappelés à l'ordre :

> Vous voudrez bien mettre en garde les médecins sous vos ordres contre cette appréciation erronées qui ne s'appuie sur aucun texte officiel. En particulier l'Instruction sur l'aptitude physique qui doit servir de guide en l'espèce ne mentionne aucun poids limite […]
>
> L'instruction du 22 octobre 1905 vise, il est vrai, l'obésité ; mais elle prévoit qu'elle doit entraîner des conséquences variables suivant ses degrés : et, d'autre part, il importe de remarquer qu'un poids de 100 kilos peut s'observer en dehors de toute obésité[171].

2. L'instruction ou « la cause principale du mal »

Le mécontentement des médecins désireux d'incorporer davantage d'hommes se focalise sur l'instruction sur l'aptitude physique au service militaire. Ses insuffisances limitent les mesures de récupération, dans la mesure où les résultats des examens présentent d'importantes disparités selon les conseils de révision. D'importantes divergences sont mises en évidence par le député Fernand Merlin à la Chambre le 4 juin 1915 :

> Au mois de novembre dernier, M. le Ministre de la guerre prescrivait l'examen des hommes des services auxiliaires, des exemptés et des réformés ; les résultats les plus contradictoires sont apparus suivant les régions. Ainsi, pour la même catégorie d'hommes examinés, dans le département de Vaucluse 92 pour 100 étaient pris, dans l'Allier 40 pour 100, et dans le

[169] SHD, GR 9 NN 7/1105/2553, Le Préfet du département du Doubs à Monsieur le Ministre de la Guerre, 14 juin 1915.
[170] SHD, GR 9 NN 7/1105/21820, 20 juin 1915.
[171] SHD, GR 9 NN 7/1105, circulaire n°15.332 C/7, 2 mai 1915.

> département de la Loire pour les arrondissements de St Etienne et de Montbrison, 75 et 80 pour 100. M. le ministre nous fournirait, j'en suis convaincu des renseignements aussi suggestifs pour le reste du pays.
>
> Pour ma part je ne chiffre pas à plus de 10 pour 100 les véritables inaptes et je suis convaincu qu'on en récupérerait beaucoup si une large interprétation des règlements sur l'aptitude au service était admise pour les cadres auxiliaires[172].

Ces chiffres suscitent une réflexion sur la nécessité de modifier les dispositions de l'Instructions, afin de créer l'unité d'appréciation à l'échelle du territoire national. Ainsi, dans un article paru en 1915, Adrien Granjux, médecin-major de 1ère classe membre de la direction du Service de santé au Ministère de la guerre dès 1887, auteur de nombreuses publications sur l'état sanitaire de l'armée se livre à une rapide revue de presse des articles déplorant le rendement insuffisant des conseils de révision : « la cause principale du mal, affirme-t-il, provient de l'Instruction sur l'aptitude physique » qui « ne répond plus aux nécessités de l'heure présente[173] » et limite d'autant la portée des mesures de récupération comme celles prévues par la loi Dalbiez. Pour Henri François Chavoix, il s'agit là de « règlements et de rouages du temps de paix[174] » qui limitent les possibilités, notamment pour les médecins civils moins familiers des exigences de l'armée, d'incorporer des hommes dans le service armé. Il apparaît donc nécessaire de procéder à la « révision de l'instruction du 22 octobre 1905 sur l'aptitude au service militaire » et, une fois cette révision effectuée, d'examiner à nouveau « tous les réformés, ajournés, auxiliaires et réformés temporairement de la mobilisation à nos jours[175] ».

L'expression de ces mécontentements est prise en compte par le cabinet du sous-secrétaire d'État du Service de Santé militaire. La note détaillée du député Chavoix sur la nécessaire réforme de l'instruction par exemple parvient au sous-secrétariat du Service de santé en novembre 1915 qui charge la 1ère division technique d'y répondre[176]. Parviennent également au sous-secrétariat des rapports, souvent appuyés sur la Statistique médicale de l'armée, qui examinent les conséquences de la variation des critères de l'aptitude pour une affection déterminée afin d'estimer les conséquences de l'assouplissement. En février 1916, parvient au Service de santé un rapport sur les hernies avant et après 1905[177]. Le rapport souligne qu'entre

---

[172] GRANJUX Adrien, « La faillite de l'instruction sur l'aptitude physique au service militaire », *Journal de Médecine et de Chirurgie pratique*, 10 Novembre 1915, p. 850-853. Voir annexe n° 37.
[173] *Ibidem*.
[174] SHD, GR 9 NN 7/1105/6017. Note communiquée par M. Chavoix, député, proposant la révision de l'instruction du 22 octobre 1905. 5 novembre 1915.
[175] *Ibid*.
[176] SHD, GR 9 NN 7/1105, n° 4259, 15 novembre 1915.
[177] SHD, GR 9 NN 7/1105, Les hernies dans l'armée avant et après 1905.

1890, les hernieux n'avaient pas accès à l'armée, ce qui avait pour conséquence de priver l'État « d'un chiffre de soldats assez notable », autour de 22,3 ‰ sur le total des hommes examinés. À partir de 1905, l'Instruction du 22 octobre assouplit considérablement ses dispositions concernant les hernies et le taux d'élimination annuel s'établit à 1,9 ‰ pour la période 1905-1911. L'armée se charge alors de pourvoir les hommes atteints de bandages appropriés, renouvelés au fur et à mesure de leur usure, voire, si les hommes en font la demande, de les opérer.

Les critères de la sélection sont identifiés comme des variables permettant d'augmenter les effectifs. En conséquence, *L'instruction sur l'aptitude physique au service militaire*, établie en 1905, est rééditée sept fois au cours du conflit[178] :

[178] Ministère de la guerre, *Recrutement de l'armée : instruction sur l'aptitude physique, op. cit.,* 1905 ; volume arrêté à la date du 15 septembre 1914 ; volume mis à jour à la date du 18 mai 1915 ; volume mis à jour à la date du 1er décembre 1915 ; volume arrêté à la date du 20 décembre 1916 ; volume mis à jour au 25 juillet 1917 ; volume mis à jour au 15 janvier 1921. Cette multiplication des révisions n'est que très marginalement liée à l'existence de progrès thérapeutiques. Quelques exceptions : l'édition de décembre 1916 prend acte de la possibilité de traiter le favus par radiothérapie : *Recrutement de l'armée : instruction sur l'aptitude physique, op. cit.,* 1916, §42.

Tableau 19 : Mises à jour des instructions relatives à l'aptitude (1905-1921)

Année	Réédition
1905	15 décembre
1906	
1907	
1908	
1909	
1910	
1911	
1912	
1913	
1914	15 septembre
1915	18 mai
	1er décembre
1916	12 mars
	24 juillet
	20 décembre
1917	25 juillet
1918	
1919	
1920	
1921	15 janvier

Source : 9 volumes du *Recrutement de l'armée : aptitude physique au service militaire*

Chacune de ces éditions est largement diffusée. Celle de mai 1915 est imprimée à 5 000 exemplaires[179]. Cette multiplication des révisions, « née des besoins de la guerre[180] », témoigne de la volonté d'assouplir les critères d'incorporation, de définir « des exigences minima, afin d'incorporer le plus grand nombre de soldats possible[181] » selon les mots du médecin inspecteur général Joseph Toubert. Pour Paul Lidy, auteur d'un traité sur les cardiopathies valvulaires et l'aptitude militaire paru en 1918 :

> On peut […] comparer le règlement d'aptitude physique de décembre 1916, le plus récemment élaboré, à ceux qui l'ont précédé et qui avaient cours et même force de loi en temps de paix. On y verra que nombre d'affections qui éliminaient de l'armée les hommes porteurs de certaines infirmités sont désormais compatibles tantôt avec le service armé, tantôt avec le service auxiliaire[182].

[179] SHD, GR 9 NN 7/1105/16889 c/7.
[180] SHD, GR 9 NN 7/1102/12329. Note pour le cabinet du Ministre au sujet des renseignements demandés par M. Paul Strass, Sénateur, en prévision de la révision et de l'appel de la classe 1922.
[181] SHD, GR 9 NN 7/1102, Commission supérieure consultative d'hygiène et d'épidémiologie militaire. Procès-verbal de la séance du 20 novembre 1920, p. 15.
[182] LIDY Paul-Antoine-Joseph, *Cardiopathies valvulaires et aptitude militaire*, thèse, Paris, 1918, p. 9.

Les instructions tendent ainsi, au fur et à mesure de leurs rééditions, à « faire incorporer des sujets qui seraient exemptés d'après les errements anciens et qui cependant pourraient rendre à l'armée de réels services[183] ». Le volume de décembre 1916 précise :

> L'expérience de la guerre actuelle a démontré qu'un certain nombre de défectuosité physiques considérées jusqu'à présent comme des motifs d'exemption et de réforme, sont compatibles avec le service armé. Nombreux en particulier sont les hommes robustes dégagés de toute obligation militaire pour des vices de conformation ou mutilations légères qui ne les empêcheraient cependant pas de prendre rang parmi les combattants
> […] Désormais, ne devront être exemptés que les jeunes gens sont la cause d'inaptitude au service, soit armé, soit auxiliaire, paraîtra grave et irrémédiable[184].

La procédure de l'examen n'est, en théorie, pas modifiée mais le contenu de la nomenclature se précise et les seuils de gravité des affections pouvant donner lieu à l'exemption ou au classement dans le service auxiliaire se déplacent. Ainsi, en inspectant les membres supérieurs :

> L'expert devra établir une distinction entre l'impotence du membre actif et celle du membre passif. Les lésions du membre passif diminuent l'aptitude de la fonction dans des conditions moindres que celles du membre actif.
>
> […] Telle infirmité qui, à droite, ne serait pas compatible avec le service militaire peut permettre dans les cas où elle siège à gauche, le classement dans le service auxiliaire, ou même le service armé[185].

En outre, certaines infirmités pouvant auparavant donner lieu à l'exemption sont désormais déclarées compatibles avec le service armé. L'albuminurie persistante entraînait l'exemption en 1914. En 1916, « chronique légère sans troubles fonctionnels, sans rétention chlorurée ou azotée, sans dépôts dans les urines d'hématies ou de cylindres, [elle] est compatible avec le service auxiliaire[186] ».

---

[183] *Ibid*., p. 4
[184] Ministère de la guerre, *Recrutement de l'armée : aptitude physique au service militaire*, Paris, H. Charles-Lavauzelle, volume arrêté à la date du 20 décembre 1916, 1916, p. 3-4 et p. 5.
[185] *Ibid*, p. 7 et p. 53.
[186] Ministère de la guerre, *Recrutement de l'armée : aptitude physique, op. cit.*, 1905, p. 7 ; Ministère de la guerre, *Recrutement de l'armée : aptitude physique, op. cit.,* 20 décembre 1916, p. 10-11.

3. Modalités de la réforme

La proposition de la Société de médecine légale, itinéraire d'une révision (avril-août 1916)

Les modifications de l'Instruction sur l'aptitude physique ne résultent pas d'une simple pression verticale exercée par l'état-major sur le Service de santé qui aboutirait à un assouplissement des critères de l'aptitude. Elles résultent de la collaboration de plusieurs instances civiles et militaires qui concourent à l'amélioration du rendement de la sélection. La révision de l'Instruction, qui débouche sur la version remaniée du 24 juillet, est ainsi le fruit des réflexions conjointes du Service de santé et de la Société de Médecine Légale de France, avec l'aval de la Direction de l'infanterie. Le texte retravaillé, qui subit une accumulation d'interventions graphiquement identifiables, est révélateur des systèmes d'interactions et de collaborations entre ces différentes instances[187].

Les réflexions sur les critères de l'aptitude menées au sein des sociétés savantes ne cessent pas, on l'a vu, durant les hostilités. Les interventions individuelles à la tribune se prolongent parfois de tentatives de systématisation. En avril 1916, la Société de Médecine Légale de France élabore un projet de révision complète de l'instruction. Elle suggère, article par article, une refonte du contenu de la nomenclature afin de remplacer celle de 1905 qui, « conçue en vue du recrutement d'une armée pour le temps de paix, ne répond pas aux nécessités de la situation [de guerre][188] ». Les dispositions de l'instruction intéressent au premier chef la Société de médecine légale de France, composée de médecins et de juristes, dans la mesure où de nombreux actes des médecins d'armées, à commencer par la sélection des recrues, sont considérés comme des expertises médico-légales[189]. La double compétence médicale et juridique de la Société lui permet en outre de proposer des corrections de l'Instruction conformes aux dispositions de l'arsenal des lois militaires et pénales. Ce n'est ainsi pas la première fois que la Société et les Services de santé œuvrent de concert. En février 1916, Justin Godart requiert ainsi son expertise sur l'épineuse question du droit des blessés à refuser une intervention de la médecine militaire[190].

---

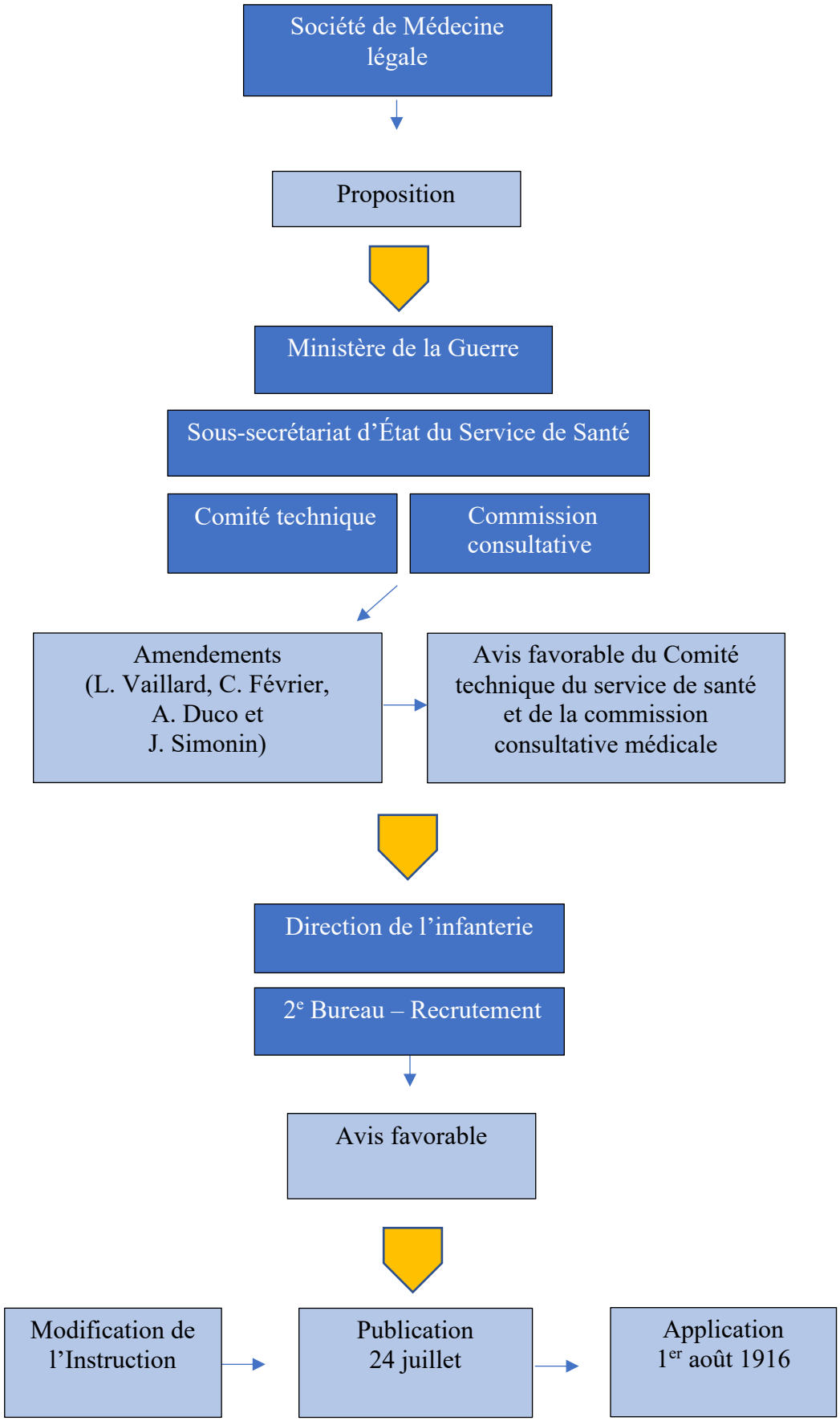
[187] L'épaisse liasse est conservée au SHD sous la cote GR 9 NN 7/1105.
[188] SHD, GR 9 NN 7/1105, 18039 3/7, projet de modification des instructions sur l'aptitude physique entièrement revue et refondue, 25 novembre 1916. Les termes entre crochets ont été rajoutés par Louis Vaillard et Jules Simonin, lors de la relecture de la proposition.
[189] DUCO Alexandre, BLUM Edmond, *Guide pratique du médecin dans les expertises médico-légales militaires*, Paris, Masson, 1917, p. 3-4.
[190] VIET Vincent, *La Santé en Guerre… op. cit*., p. 297.

La Société suggère un certain nombre d'assouplissements et de précisions qui ont pour objectif d'élargir temporairement « le cadre des défectuosités physiques compatibles avec le service militaire[191] ». Le paragraphe 14 de l'Instruction de 1905 sur le sycosis précisait que l'affection était une cause d'exemption et que, étendue et rebelle à tout traitement, elle pouvait justifier la réforme. Il est ainsi remplacé par le texte suivant, plus lapidaire : « Le sycosis n'est jamais une cause d'exemption ni de réforme. Il peut justifier le classement dans le service auxiliaire lorsqu'il récidive fréquemment[192] ». De même, l'article 16, sur les ulcères mentionnait les cas dans lesquels ceux-ci pouvaient motiver l'exemption ou la réforme. Dans la proposition de la Société de Médecine Légale, désormais : « Les ulcères chroniques des membres inférieurs, liés aux varices, peuvent motiver le classement dans le service auxiliaire et, lorsqu'ils sont rebelles à tout traitement, la réforme[193] ».

Le document contenant les suggestions est envoyé en juin 1916 au Ministère de la Guerre[194]. On peut suivre son parcours et les corrections qu'il subit entre le mois de juin et la publication officielle à la fin du mois de juillet :

[191] SHD, GR 9 NN 7/1105, 18039 3/7, projet de modification des instructions sur l'aptitude physique entièrement revue et refondue, 25 novembre 1916.
[192] SHD, GR 9 NN 7/1105, Société de Médecine Légale de France, « Modifications proposées à l'instruction sur l'aptitude physique au service militaire », article 14.
[193] *Ibid*, article 16.
[194] SHD, GR 9 NN 7/1105, Note pour M. le sous-secrétaire d'État du Service de Santé – 22 juin 1916.

Schéma 2 : Réforme de l'Instruction sur l'aptitude physique (avril – août 1916)



Transmis au sous-secrétariat d'État du Service de santé, le texte subit une série d'interventions. Il fait l'objet de corrections au sein de la 1ère division Technique et de la Commission consultative par les médecins inspecteurs généraux Louis Vaillard et Charles Février puis par le président de la Commission consultative médicale, le médecin principal de 1ère Classe Alexandre Duco[195]. Le document de travail porte également mention des corrections du médecin inspecteur Jules Simonin. Des mentions manuscrites viennent ainsi se surajouter au texte dactylographié, ces mentions étant souvent identifiées par les initiales ou le nom de leur auteur.

L'examen et l'amendement du texte sont donc confiés à des spécialistes de l'expertise médico-militaire, chargés de l'enseignement de la médecine militaire, très au fait de la situation sanitaire de l'armée. Jules Simonin (1864-1920) est élu en 1905 à la chaire de médecine légale du Service de santé militaire du Val-de-Grâce. Il a notamment été chargé de l'enseignement de la législation du Service de santé, de la médecine légale et des expertises[196]. Il est nommé médecin inspecteur le 1er août 1916[197]. Louis Vaillard (1850-1935), titulaire de la chaire de Maladies et Épidémies des Armées au Val-de-Grâce dès 1883, est un hygiéniste et bactériologiste reconnu qui a participé à la pénétration de la microbiologie et des découvertes épidémiologiques pastoriennes au sein de l'enseignement de la médecine militaire[198]. Il est successivement directeur de l'École de Santé militaire de Lyon (1904-1908) puis du Val-de-Grâce (1908). Particulièrement actif sur les questions de prophylaxie, Médecin Inspecteur Général depuis 1909, il est au moment de la révision du texte inspecteur permanent de l'hygiène des troupes à l'intérieur[199]. Le Médecin inspecteur Général Charles Février (1854-1925) contribue à l'inspection permanente des régions. Il est à ce titre chargé de la surveillance des hôpitaux et plus spécifiquement d'identifier les « récupérables » parmi les malades[200]. Ce sont

[195] SHD, GR 9 NN 7/1105, Bordereau d'envoi N° 5988 3/7 « Modification sur l'Instruction physique au Service Militaire proposée par la Société légale de Médecine de France », 27 avril 1916 ; Modifications apportées à l'Instruction sur l'aptitude physique au Service militaire (applicable à partir du 1er août 1916) URGENT ; n° 9809 3/7 Bordereau d'envoi 11 juillet 1916 ; « Nouvelles modifications à l'Instruction sur l'aptitude physique au SM » URGENT, 18 juillet 1916 ; 307/1916, La commission consultative médicale à M. le sous-secrétaire d'État du Service de Santé militaire 30 avril 1916.
[196] Bibliothèque de Santé des Armées, SIMONIN Jules, *Cours de législation et administration, médecine légale et expertises, service de santé à l'intérieur et en campagne*, Paris, Imprimerie de l'École d'application, 1912 ; *Cours de législation générale de l'armée, professé à l'École d'application du Service de santé militaire*, 1909 ; *Médecine légale : Législation et service de santé : 1909-1911*, Paris, École d'application du service de santé militaire , 1911 ; « Le service de santé en campagne », conférence, Paris, [éditeur inconnu], 1914.
[197] *Annuaire du corps de santé de l'armée de terre,* Paris, Victor Rozier, 1916-1917.
[198] SACQUEPEE M. E., « Notice nécrologique sur M. Louis Vaillard (1850-1935) », *Bulletin de l'Académie nationale de médecine*, n°14, 3e série, tome 113, p. 426-434, avril 1935.
[199] Sur le rôle de l'inspection, VIET Vincent, *La Santé en Guerre… op. cit*., p. 137-147.
[200] *Ibid*., p. 138.

donc tous des médecins militaires qui occupent le rôle d'experts techniques, rattachés au Service de santé. Ils occupent des fonctions clefs dans le dispositif administratif de récupération et de conservation des effectifs militaires[201].

Ils agissent successivement pour remanier le texte en y apportant des précisions médico-légales, appuyées sur leur expertise. Ainsi, Alexandre Duco (1860-1943) note un contresens dans le paragraphe 216, consacré aux lésions et mutilations des doigts[202]. Le texte dactylographié de la Société de Médecine Légale est corrigé de la manière suivante :

> La perte partielle de l'index avec intégrité des mouvements des articulations conservées est également compatible avec le service armé.
>
> Il en est de même de la perte simultanée d'une phalange de l'index, du médius et de l'annulaire ~~de la main droite seulement~~[203].

Il est accompagné d'une note manuscrite donnant des précisions quant aux corrections à apporter :

> La partie de la note soulignée, telle qu'elle est rédigée, dit le contraire de ce qu'elle veut dire. Il faudrait écrire : « Est compatible avec le service armé, la perte d'une phalange de l'index, du médius et de l'annulaire de la main passive seulement. »
>
> La Commission Consultative Médicale estime que, dans tous les cas (main active ou passive), cette infirmité seule, sans raideurs de phalanges restantes, est compatible avec le service armé ; en effet, elle ne supprime aucun des mouvements utiles de la main (préhension à poignée, pince digitale, empaumement)[204].

Ces précisions témoignent de l'intense effort de réflexion fourni quant aux éléments de l'aptitude physique pouvant faire l'objet d'un aménagement. Chaque assouplissement est en effet justifié par des considérations physiologiques et mécaniques précises et adaptées aux exigences du service. Cette évaluation de la valeur respective des doigts en fonction de l'activité exigée de la main est issue de réflexions qui traversent le monde de la médecine militaire comme celui de la médecine du travail[205]. Ici, le port des armes implique d'être capable d'empoigner armes et munitions et d'actionner le mécanisme de mise à feu. La Commission

---

[201] Sur l'art d'inspecter érigé par les Républicains en principe d'administration, on lira VIET Vincent, *Les voltigeurs de la République. Naissance de l'Inspection du travail*, Paris, CNRS Éditions, 1994.
[202] Pour les dates d'Alexandre Duco, voir ÉTIENNE Delphine, GUENA Alain, LAGARDE Benoît (dir.), *Sous-Série GR YD. Officiers Généraux de l'armée de Terre et des Services (Ancien Régime – 2010). Répertoire alphabétique*, SHD, Vincennes, 2011.
[203] SHD, GR 9 NN 7/1105, Société de Médecine Légale de France, « Modifications proposées à l'instruction sur l'aptitude physique au service militaire », article 216.
[204] *Ibid*.
[205] Voir par exemple « Évaluation de la valeur respective des doigts de la main », *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, série 4, n° 22, Paris, Jean-Baptiste Baillière, 1914, p. 395-396.

estime ainsi que l'amputation du pouce sans son métacarpien est compatible avec le service auxiliaire dans la mesure où « si le blessé était droitier, il devient gaucher par adaptation et très rapidement[206] ».

Les considérations sont également justifiées par les possibilités thérapeutiques. Certaines affections pouvant être traitées facilement sont ainsi déclarées compatibles avec le service. Le paragraphe 232 sur la transpiration fétide des pieds, porte la précision biffée suivante : « la transpiration fétide des pieds ne justifie l'exemption ou la réforme ~~que si elle est rebelle à tout traitement~~ ». Louis Vaillard accole à cette correction la note explicative suivante : « Cette infirmité peut être palliée par l'usage du formol, elle ne motive ni l'exemption ni la réforme[207] ». Les correcteurs du texte restent néanmoins prudents et les amendements du texte ne vont pas toutes dans le sens de l'affaiblissement de la sélection. Elles sont parfois dictées par des considérations techniques et/ou médico-légales qui témoignent d'une connaissance fine à la fois du fonctionnement du Service de santé et des exigences du Code militaire.

Lorsque la Société de Médecine légale propose que « les jeunes gens atteints de maladies ou d'infirmités jugées facilement guérissables » soient « pris bons pour le service et soignés lors de leur incorporation », Jules Simonin estime qu'il est plus raisonnable de les « ajourn[er] à 3 mois, 6 mois et 1 an suivant le temps qui aura paru nécessaire à leur guérison. Ils ne seraient incorporés que s'ils déclaraient par écrit et publiquement vouloir se soumettre à l'intervention jugée nécessaire[208] ». Le Service de santé entend ainsi se garantir contre les refus de soin, dont la fréquence inquiète chez les blessés et malades du front, et qui suscitent des questions médico-légales inédites relatives aux droits des soldats dans une démocratie en guerre[209]. Il s'agit en outre d'éviter d'encombrer les formations sanitaires d'inaptes ayant refusé de se faire soigner lors de leur incorporation et de grever le budget de l'État en pensionnant des hommes dont la condition physique chancelante serait susceptible de s'aggraver durant le service.

---

[206] SHD, GR 9 NN 7/1105, Comité consultatif de Santé, modifications à apporter au texte présenté par la Société de Médecine Légale, 10 mai 1916.
[207] SHD, GR 9 NN 7/1105, Société de Médecine Légale de France, « Modifications proposées à l'instruction sur l'aptitude physique au service militaire », article 232.
[208] SHD, GR 9 NN 7/1105, 18039 3/7 – 25 nov 1916 : projet de réforme des instructions sur l'aptitude physique entièrement revue et refondue, p. 3. La prudence est encore de mise face au coefficient de robusticité dont il est précisé que les indications « ne sont qu'approximatives, et [que] leur valeur est variable suivant l'âge du sujet examiné. Ces précautions reflètent ici l'absence d'unanimité au sein de la communauté scientifique concernant la fiabilité de cet indicateur. Voir *ibid*, p. 6.
[209] Sur les refus de soin, VIET Vincent, *La Santé en Guerre… op. cit*., p. 295-320.

Les corrections visent parfois à assouplir encore les critères de l'incorporation mais aussi à préciser la définition voire l'étiologie de certaines affections. Pour Charles Février, la définition de la faiblesse de constitution donnée par la Société de Médecine légale est erronée. Celle-ci propose de la définir comme suit :

> La constitution physique trop faible peut se traduire soit par la faiblesse générale de complexion, l'amaigrissement, l'état malingre de l'ensemble de l'organisme, soit par la débilité résultant d'une maladie aiguë ou d'une cause accidentelle et transitoire.
>
> Suivant qu'il s'accompagne ou non d'altérations organiques graves, suivant son degré et son pronostic cet état d'insuffisance peut motiver l'exemption, l'ajournement, la réforme définitive ou temporaire.

Février raye l'intégralité du paragraphe et propose la description suivante :

> La constitution physique trop faible ne doit pas s'entendre d'un état de débilité général ou d'amaigrissement consécutifs à une maladie aiguë ou symptomatique d'une affection organique.
>
> Elle vise les cas où, en dehors de toute maladie actuelle ou récente, le sujet présente un état de développement musculaire manifestement insuffisant pour les efforts qu'il est appelé à fournir, et un manque notoire de résistance vis-à-vis des fatigues inhérentes au service militaire.
>
> Dans l'appréciation de cette faiblesse de constitution et de son degré, on fera appel aux mensurations combinées du poids, de la taille et du périmètre thoracique.
>
> On tiendra le plus grand compte du coefficient de robusticité (coefficient de Pignet)
>
> Ainsi définie, la faiblesse de constitution entraînera le plus souvent selon son degré l'ajournement, la réforme temporaire ou le classement dans le service auxiliaire. Très accentuée, elle pourra motiver l'exemption ou la réforme définitive[210].

Les subtilités du diagnostic de faiblesse de constitution apparaissent ici dans toute leur complexité. Il s'agit d'une condition de faiblesse générale constatée en l'absence de toute origine définie. Elle est le produit d'un écart entre les nécessités d'un environnement – celui de l'armée – et les spécificités musculaires d'un individu[211]. Devant le caractère flou de cette affection, il est apparu nécessaire à Février de réintroduire de la certitude. C'est là le rôle de l'indice de robusticité qui mathématise l'une des composantes les plus problématiques de l'aptitude.

[210] SHD, GR 9 NN 7/1105, Société de Médecine Légale de France, « Modifications proposées à l'instruction sur l'aptitude physique au service militaire ».
[211] Je reprends ici une formulation de Romuald Bodin qui s'attache à définir, non l'inaptitude, mais le handicap et plaide pour une définition sociologique et relationnelle du handicap, dans *L'institution du handicap*, *op. cit*., p. 42.

Après avoir proposé l'amendement de 21 paragraphes, le comité consultatif de Santé, par l'intermédiaire de son nouveau président, Charles Février qui succède à Alexandre Duco, donne son aval à la révision de l'instruction le 10 mai 1916[212]. Approuvé par Justin Godart, le texte révisé est transmis pour agrément à la direction de l'infanterie (2e bureau – recrutement) le 11 juillet 1916[213]. Ayant reçu un avis favorable, les modifications apportées, déclarées applicables à compter du 1er aout et sont publiées au Bulletin Officiel le 7 août[214].

Vers la récupération

Les modifications apportées à l'Instruction sur l'Aptitude Physique au service militaire ne résolvent pas immédiatement la situation d'incertitude dans laquelle se trouvent plongés les experts médicaux. Elles suscitent en effet à leur tour nombre d'interrogations. Le déplacement des seuils de l'aptitude, notamment ceux concernant l'examen des organes des sens et de la vision, conduit en effet à interroger le devenir des hommes précédemment classés selon des dispositions désormais obsolètes. L'instruction applicable à partir d'avril 1916 modifie, par exemple, les seuils de l'aptitude visuelle et auditive ; elle autorise en outre la délivrance de verres sphériques, cylindriques et sphéro-cylindriques, ce qui permet théoriquement à l'État de récupérer un grand nombre d'hommes désormais considérés comme valides et aptes au service armé[215]. Deux questions orientent alors prioritairement l'incertitude : a) doit-on proposer pour le service armé ceux des militaires qui, en vertu de l'instruction antérieure, avaient été classés dans le service auxiliaire ? b) doit-on procéder à une nouvelle révision des hommes exemptés et réformés en vertu de l'instruction[216]. La première concerne les hommes déjà sous les drapeaux et dont le classement pourrait être révisé à l'aide des nouvelles dispositions, la seconde vise les exclus du recrutement, désormais récupérables.

Ces deux questions suscitent des réponses différenciées, dans la mesure où elles ne relèvent pas de la même sphère de compétence. Les hommes classés dans le service auxiliaire sont par définition des militaires. Ils peuvent dès lors être soumis à des mesures administratives qui entraînent l'examen par un expert qualifié, ophtalmologiste pour la vision, auriste pour l'audition. Dans le cas d'un vice de réfraction, le degré d'acuité visuelle et le numéro des verres

[212] SHD, GR 9 NN 7/1105 n°73 – comité consultatif de santé, Rapport concernant les modifications apportées au texte présenté par la société de médecine légale sur l'aptitude au Service militaire.
[213] SHD, GR 9 NN 7/1105, N° 9809 3/7 Bordereau d'envoi - 11 juillet 1916.
[214] SHD, GR 9 NN 7/1105, 12095 3/7.
[215] SHD, GR 9 NN 7/1105, Modifications apportées à l'instruction sur l'aptitude physique au service militaire arrêtée à la date du 18 mai 1915.
[216] SHD, GR 9 NN 7/1105, circulaire n° 134 Ci/7 du 10 juin 1916.

nécessaires sont consignés sur les registres de l'infirmerie afin de permettre la correction de la déficience constatée[217]. Dans le cas des hommes déjà exemptés, qui ne sont donc pas des militaires, l'intervention d'une nouvelle révision nécessite l'intervention du législateur. Le Service de santé, s'il se refuse à intervenir directement dans le processus législatif, donne néanmoins son aval aux propositions de lois – visant à favoriser la récupération – émanant directement de l'État-major de l'armée[218].

Outre des interrogations de la part du corps médical chargée de son application, la modification des seuils de l'aptitude suscite en effet des réactions de la part de l'État-major qui y voit là l'occasion de justifier de nouvelles mesures de récupération. Le commandement prépare ainsi en août 1915 un projet de loi visant à astreindre à un nouvel examen des exemptés, réformés n°1 et réformés n°2 appartenant à des classes mobilisés et mobilisables qui n'ont pas été examinés par un conseil de révision ou une commission de réforme depuis le 17 août 1915. L'argumentaire accompagnant cette mesure de récupération mentionne explicitement les modifications apportées à l'instruction sur l'aptitude physique[219]. Cette analyse précise des dispositifs de révision de l'instruction et de leur réception permet de mettre en évidence les dynamiques institutionnelles de la récupération. Les mesures de récupération, impulsées par l'État-major et élaborée par le législateur, et la révision de l'instruction, menée grâce à l'action conjointe de la communauté scientifique civile et du Service de santé, ne sont donc pas deux processus menés de manière parallèle et concomitante au service d'un même objectif. Ce sont les mesures de récupération, comme la loi Dalbiez, qui, jugées insuffisantes, déclenchent la révision de l'instruction. Cette révision, à son tour, rend possible la convocation d'individus préalablement écartés du service armé et donc l'intensification de la récupération.

[217] SHD, GR 9 NN 7/1105, circulaire n° 134 Ci/7 du 10 juin 1916.
[218] SHD, GR 9 NN 7/1105, Note pour l'état-major de l'armée, 13 août 1916.
[219] SHD, GR 9 NN 7/1105, Note pour le sous-secrétariat d'État du Service de Santé (1ère division technique), 4 août 1916.

Chapitre 5
Crises et mécontentements
(1915-1917)

Modern warfare is all against the weak in body,
however great may be their soul.

The Times, 1916

En France comme en Angleterre, les dynamiques de la mobilisation viennent limiter l'efficacité de la sélection médicale. Le triomphe de la loi du nombre et l'urgence propre à la mobilisation mettent en péril l'efficacité et la crédibilité de l'examen médical. L'écart entre l'approche théorique et la raison pratique du recrutement est grand et des aberrations d'affectation sont pointées par différents acteurs. Militaires, médecins et parlementaires constatent la défaillance du système. L'insuffisance des recrues est d'abord soulignée par les militaires. Pour eux, l'efficacité de l'armée repose sur la capacité des recrues à rejoindre l'armée sans en compromettre l'efficacité ni le fonctionnement. Ils repèrent rapidement l'inadéquation entre les exigences du métier des armes et la condition physique de certains candidats. Ce constat intervient à plusieurs niveaux : lors de l'inspection, au cours de l'entraînement et sur le terrain.

Le corps militaire n'est pas le seul à critiquer les conséquences néfastes de la politique de récupération, qui pousse l'armée à incorporer des individus à la condition physique plus fragile. Au nom du patriotisme, certains médecins ont certes milité pour l'assouplissement des critères de l'aptitude et se sont fait explicitement auxiliaires du commandement pour améliorer le rendement de la sélection[1], mais il est nécessaire de dresser du corps médical un tableau plus nuancé. La mobilisation n'a pas été l'occasion d'un ralliement unanime des médecins à l'exigence du rendement au mépris de l'intérêt de l'individu et de la préservation physique et morale de la troupe. D'une manière générale, le triomphe de la loi du nombre dans la politique

[1] Voir chapitre 4.

de recrutement ravive des débats à la fois stratégiques et scientifiques sur le poids de l'individu dans la guerre mécanisée et l'aptitude d'éléments censément écartés du rang, notamment celle des hommes dont l'organisme peut constituer un terrain propice au développement de maladies infectieuses, ou les candidats atteints de troubles mentaux. Des impératifs contradictoires sont à l'œuvre au sein du corps médical. L'invocation du patriotisme justifie aussi bien une certaine radicalité dans la récupération que la défense de la sévérité de la sélection. La préservation de la santé de la troupe, avancée par les tenants de la sévérité, se fait en effet aussi au nom de l'efficacité de l'armée. Contrairement aux protestations militaires, qui restent cantonnées à la documentation administrative de l'État en guerre, les critiques des médecins connaissent une diffusion plus large.

Outre les militaires et les médecins, la presse et le corps politique expriment leur inquiétude. Les enjeux, pourtant techniques, de la tactique sanitaire sont en effet placés sous la surveillance de l'opinion, ce qui explique l'écho rencontré par les médecins dans la presse. Si la reconstitution des effectifs est une priorité stratégique, l'État doit néanmoins s'efforcer d'épargner son capital humain. En France, la conscription suppose qu'à l'obligation de servir réponde, pour l'État, une série de devoirs. Prémunir, soigner, prendre en charge et indemniser les hommes qui risquent leur vie au front appartiennent désormais aux obligations de la puissance publique[2]. Pierre Bonnette souligne les conséquences de ce pacte républicain entre l'armée et la nation : « depuis que le service militaire est devenu obligatoire, l'opinion publique s'est éveillée aux rumeurs des choses militaires, qui la laissaient avec les armées de métier si profondément indifférente[3] ». En Angleterre, l'opinion s'est sensibilisée tout au long du XIX[e] siècle au sort des soldats. Les protestations sont ainsi devenues un moteur des réformes des Services de santé[4]. Dans les deux pays, les questions sanitaires, telle l'évacuation et le soin des blessés, font l'objet de vives critiques dans la presse et sont relayées au Parlement. La

[2] RASMUSSEN Anne, « Préserver le capital humain. Une doctrine hygiéniste pour préparer la guerre démocratique ? », *Mil neuf cent. Revue d'histoire intellectuelle*, vol. 33, n°1, 2015, p. 71-95 ; VIET Vincent, *La santé en guerre, 1914-1918. Une politique pionnière en univers incertain,* Paris, Presses de Sciences Po, 2015, p. 181-220.

[3] BONNETTE Pierre, *Du Choix des conscrits indices de robusticité physique, utilisation méthodique du contingent, service armé, service auxiliaire, dépôts de viriculture extra-régimentaires pour les malingres*, Paris, O. Doin et fils, 1910, p. 26.

[4] CANTLIE Neil, *A history of the Army Medical Department*, Edimbourg, Churchill Livingstone, 1975, vol. 2, p. 337-387 ; CURTIN Philip, *Disease and Empire, The Health of European Troops in the Conquest of Africa,* Cambridge, Cambridge University Press, 1998 ; SHEPHERD John, *The Crimean Doctors : A History of the British Medical Services in the Crimean War*, Volume 1, Liverpool, Liverpool University Press, 1991 ; SKELLEY Alan, *The Victorian army at home: The recruitment and terms and conditions of the British regular*, London, 1977, p. 19, p. 31.

tactique sanitaire en vient à être débattue publiquement comme un enjeu politique. À ce titre, les opérations médicales du recrutement préoccupent elles aussi les parlementaires.

La critique n'est, certes, pas complètement libre. Pendant la guerre, « la parole et le regard ont constamment été sous l'influence de la censure, reliée à la propagande officielle, comme de l'autocensure et des formes habituelles de contrôle social[5] ». En France, la loi du 9 août 1849 sur l'état de siège, maintenu jusqu'en 1919, permet de limiter les publications de nature à troubler l'ordre public et la loi du 5 août 1914 sur les indiscrétions de la presse en temps de guerre interdit la divulgation d'un certain nombre d'informations militaires et diplomatiques. La censure est établie au Royaume-Uni par le *Defence of the Realm Act* et la presse contrôlée par l'Official Press Bureau londonien[6]. La critique des opérations médicales du recrutement, liée aussi bien à la question des effectifs qu'à celle, plus générale, de la conduite de la guerre par les autorités militaires, tombe sous le coup de ces restrictions. Le parlement comme la presse sont ainsi limités dans leur liberté d'expression. Cependant, les consignes de la censure ne sont pas toujours suivies et il existe de nombreux dysfonctionnements et contournements. Malgré d'importantes limitations, les formes démocratiques de la protestation ont trouvé le moyen de survivre à la guerre[7].

Les députés français et britanniques se font l'écho des critiques du relâchement de la sélection. La mise en cause de la compétence des médecins, cible première du mécontentement, se double d'une mise en cause de l'armée et d'une dénonciation de la gestion comptable des effectifs. Les formes de la protestation parlementaire prennent cependant dans les deux pays des formes très différentes. En Angleterre, c'est le sort des malheureuses recrues incorporées en dépit de leur défaillance manifeste qui préoccupe les parlementaires. Ces derniers se font le relais des nombreuses missives, envoyées par leurs électeurs désemparés, et somment le gouvernement de réagir afin de mettre fin à un système dont l'injustice apparaît criante. Les députés français, eux, cantonnent les discussions au débat technique sur la crise sanitaire. La

[5] FORCADE Olivier, « Voir et dire la guerre à l'heure de la censure (France, 1914-1918) », *Le Temps des médias*, vol. 4, n°1, 2005, p. 50-62.
[6] BROCK Millman, *Managing domestic dissent in First World War Britain*, London, Portland, 2000 ; FORCADE Olivier, *La censure politique en France pendant la Grande Guerre*, thèse de doctorat de l'université de Paris X-Nanterre, 1998, 3 tomes, notamment tome 1, p. 25-29 ; MESSINGER Gary S. *British Propaganda and the State in the First World War,* Manchester, Manchester University Press, 1992 ; TOWNSHEND Charles, *Making the peace. Public order and security in modern Britain*, Oxford, Oxford University Press, 1993 ; WAITES Bernard, « The government of the home front and the « moral economy » of the working class », in LIDDLE Peter (dir.), *Home Fires and Foreign Fields : British Social and Military Experience in the First World War*, Brassey's, London, 1985, p. 175-93 ; WINTER Jay, « Propaganda and the mobilization of consent », in STRACHAN Hew (dir.), *The Oxford illustrated history of the First World War*, Oxford, Oxford University Press, 2000.
[7] BOCK Fabienne, *Un parlementarisme de guerre*, 1914-1919, Paris, Belin, 2002.

menace d'une épidémie de tuberculose dès 1915 fait en effet de la question des opérations médicales du recrutement un rouage décisif du dispositif de préservation de la santé des armées et, au-delà, de la nation tout entière. Les critiques de l'affaiblissement de la sélection se font donc sur le mode de la déploration de l'affaiblissement du dispositif prophylactique et les solutions proposées relèvent de la gestion de crise sanitaire.

La tuberculose et la menace sanitaire font également partie de la rhétorique parlementaire britannique, mais l'affaire des examens médicaux prend en Grande-Bretagne des dimensions tout à fait remarquables et des formes sensiblement différentes. La mise en place de la conscription et la promulgation de mesures de récupération des exemptés provoquent un retournement singulier de l'opinion en faveur des recrues incorporées malgré de graves déficiences. La recrue passe du statut de coupable, d'embusqué soupçonné de tenter d'abuser les commissions, à celui de victime de l'emballement du système de recrutement. L'émotion populaire, relayée par les parlementaires, provoque la mise en place d'une commission d'enquête (*Select Committee*) dont les travaux amorcent une importante crise politique.

La transformation de l'affaire des examens médicaux en crise politique et le rôle du *Select Committee* sont connus[8]. Je me propose dans ce chapitre à la fois d'expliquer la genèse du scandale et d'en approfondir la mécanique. Il apparaît en effet que les tribunaux d'appel, mis en place en 1916, occupent dans l'affaire un important rôle que l'on peut qualifier de médiateur. Saisis par les recrues contestant le résultat de leur examen, ils se muent en porte-paroles de l'opinion et en garants des droits des populations civiles[9]. Leur action est rapidement relayée par la presse et au Parlement par l'intermédiaire d'une figure dont le rôle clef a été insuffisamment souligné : Herbert Nield (1862-1932). Membre du tribunal d'appel de Middlesex, il est aussi député conservateur d'Ealing, une circonscription de l'ouest londonien, puis membre particulièrement actif de la commission d'enquête parlementaire. À la lumière de ces nouvelles analyses, la crise des examens médicaux peut être étudiée comme une « affaire » profondément liée au contexte de 1917. On peut définir une affaire à l'aide de quatre caractéristiques majeures : retournement de l'opinion, saisie de l'espace public, mise en cause d'institutions et dévoilement de stratégies politiques[10]. Après avoir investi l'espace public par

[8] Jay Winter qualifie les événements menant à la réforme de 1917 de « *major political storm* », in WINTER Jay, « Military Fitness and Civilian Health in Britain during the First World War », *Journal of Contemporary History*, 15, n°2, 1980, p. 211-244.

[9] MCDERMOTT James*, British Military Service Tribunals, 1916-18: A Very Much Abused Body of Men*, Manchester, Manchester University Press, 2011, Chapitre 8 : Fitness to serve.

[10] Sur les mécanismes de production d'une « affaire », voir BOLTANSKI Luc, CLAVERIE Élisabeth, OFFENSTADT Nicolas, VAN DAMME Stphane (dir.), *Affaires, scandales et grandes causes : de Socrate à Pinochet*, Paris, Stock,

la mobilisation de relais d'opinion, la question de la sélection médicale fait en effet irruption sur la scène politique, et y provoque la mise en cause de deux institutions, la médecine puis l'armée. Le moment 17, et plus précisément la crise du recrutement, pèse ici de tout son poids dans le retournement de l'opinion en faveur des recrues.

La comparaison entre la France et l'Angleterre éclaire de manière particulièrement efficace les directions distinctes prises par le mécontentement populaires et les formes différentes de la protestation parlementaire. En France, c'est la rhétorique de l'impôt du sang, traditionnellement associée aux cultures politiques républicaine et socialiste, qui associe la conscription à l'idée d'un citoyen-soldat défenseur de la nation. Le débat public est donc articulé autour de l'égalité des citoyens face au sacrifice, ce qui explique la faible mobilisation de l'opinion autour de la question de l'incorporation des inaptes[11]. En Angleterre, un autre type de contrat social et politique est mobilisé. Les revendications gravitent non pas autour de l'idée d'égalité mais de celle de « justice » (*fairness*), profondément inscrite dans la culture politique anglaise[12]. Le débat politique britannique glisse donc rapidement de la justesse à la justice du recrutement et met le destin tragique des inaptes incorporés au premier plan.

L'histoire du rapport à la chose militaire oppose également les deux pays. La France instaure ainsi la conscription dès 1798 et l'histoire de la République est celle de l'abolition des exceptions et de la lente construction de l'égalité devant l'impôt du sang. En 1914, le conseil de révision, qui procède à l'incorporation, est l'occasion d'un examen médical devenu rite de passage incontournable pour des générations de jeunes hommes. En Grande-Bretagne, ce n'est qu'en mars 1915 que l'armée de terre harmonise l'examen médical à l'échelle de la nation, qu'en mars 1916 que la conscription succède au volontariat et qu'en novembre 1917 que l'examen et le système de classification des recrues prennent leur forme définitive. Le caractère récent de la conscription et le contexte de crise de 1917 permettent donc d'expliquer les formes du mécontentement populaire.

Pour L'historien Paul-André Rosental, le paradigme sélectionniste, qui sous-tend tout un pan de la pensée scientifique et de l'action publique, de la gestion des masses, est

2007, p. 10-13. La question du dévoilement de stratégies politiques fera l'objet d'une analyse plus approfondie dans le chapitre 6.

[11] HORNE John, « « L'impôt du sang ». Republican rhethoric and industrial warfare in France, 1914-1918 », *Social History*, 1989, vol. 14, n°2, p. 201-223 ; LUZZATTO Sergio, *L'Impôt du sang. La gauche française à l'épreuve de la guerre mondiale (1900-1954)*, Presses universitaires de Lyon, 1996.

[12] MCKIBBIN Ross, « Why was there no Marxism in Great Britain? », *The English Historical Review*, vol. 99, n° 391, avril 1984, p. 297-331.

« scientifiquement fondé, techniquement possible et politiquement légitime[13] ». Je propose ici un schème explicatif qui permet, en reprenant ces analyses, de les prolonger. Il me paraît *nécessaire* que la sélection soit scientifiquement fondée, techniquement possible et politiquement légitime pour qu'elle rencontre la reconnaissance sociale, l'adhésion des masses qu'elle entend administrer. Or, en Angleterre entre 1914 et 1917, cette triple condition est particulièrement mise à l'épreuve. Les fondements scientifiques de l'examen sont remis en cause par le doute qui plane sur la compétence des médecins et leur soumission au pouvoir militaire. Sa possibilité technique est compromise par les conséquences de l'accélération due à la formation extrêmement rapide d'une armée de masse. Sa légitimité politique est ébranlée par l'assaut parlementaire.

L'ampleur de la crise est ainsi infiniment moindre en France. Le fondement scientifique et la légitimité des médecins ne sont que très peu abordés au parlement où les députés médecins ont peu d'intérêt à voir leur compétence discutée. Expérimenté sur plusieurs décennies dans les conditions de l'armée de masse, le système de recrutement apparaît plus solide parce que plus éprouvé. La possibilité technique de la sélection est ainsi peu affectée par l'accélération des opérations du recrutement. Enfin, la légitimité politique de l'entreprise est réaffirmée par son caractère indispensable dans la gestion de la crise sanitaire. Ce schème explicatif permet d'expliquer la différence d'ampleur entre les deux pays de la crise de la reconnaissance sociale.

Dans ce chapitre, j'aborderai d'abord les conséquences militaires du relâchement des exigences du recrutement en m'appuyant principalement sur les archives administratives du Service de santé. J'étudierai ensuite le mécontentement des médecins, qui craignent la propagation de la tuberculose dans les rangs, à l'aide de la presse médicale et générale et des rapports d'inspection de la médecine militaire. Je m'attarderai enfin sur les formes de la protestation parlementaire, d'abord en France, puis en Angleterre, à partir des débats de la chambre des députés et de la Chambre des Communes.

[13] ROSENTAL Paul-André, « Sélection et valeur humaine : deux lectures républicaines, 1937-1944 », *Incidence. Philosophie, littérature, sciences humaines et sociales*, n°12, automne 2016, p. 115.

I. « Inaptes à tout service de guerre » : les conséquences du relâchement de la sélection

1. L'insuffisance physique au rapport

Affecté par l'abandon de la rigueur, le triage médical s'affaiblit considérablement. L'inquiétude suscitée par cette tendance s'exprime particulièrement à partir de l'année 1915, devient explicite. Elle émane aussi bien des médecins affectés aux dépôts, aux hôpitaux ou auprès des troupes, que des militaires chargés de l'inspection, de l'entraînement ou de la conduite des hommes. Des médecins britanniques font ainsi part de leur inquiétude et mentionnent l'arrivée aux dépôts d'aveugles, d'hommes atteints de formes avancées de tuberculose, affligés de malformations visibles et invalidantes ou présentant des troubles dont la gravité « mériterait d'illustrer n'importe quel manuel médical[14] ». L'état-major s'inquiète du nombre élevé de soldats concernés. Un mémorandum du *War Office* daté du 6 septembre 1915 évoque ainsi 245 457 hommes réformés avant même leur départ pour le front, en raison de leur incapacité physique à supporter l'entraînement. Ces premières inquiétudes sont d'abord attribuées aux désordres des premiers jours de la guerre, lorsque l'inspection médicale était par endroits impossible[15]. Mais en juin 1917, le fonctionnement des commissions médicales est directement mis en cause. L'inspection sanitaire est l'occasion de constater les conséquences de l'affaiblissement de la sélection. Les médecins inspecteurs s'inquiètent d'une interprétation trop large des instructions enjoignant aux commissions d'accepter davantage d'hommes. Pour James Galloway :

> […] La qualité des recrues incorporée dans l'armée semble indiquer que l'esprit du mémorandum a été malmené de manière injustifiable par certaines commissions médicales. On incorpore aujourd'hui des hommes dont l'utilité militaire est nulle.
>
> Au cours des inspections que j'ai pu mener […], j'ai été profondément choqué par les spécimens qui sont aujourd'hui admis dans les rangs de l'armée ; des hommes presque aveugles ; des nains contrefaits à l'intelligence défectueuse ; des hommes affligés d'œdèmes aux membres inférieurs dont la gravité les empêche presque de se tenir debout ; des cas de rhumatismes particulièrement

[14] « *Good-enough for the illustration of a surgical textbook* » in IWM, Con Shelf, DIBLE James H., *The Lost Years, 1914-1919*, cité par SILBEY David, « Bodies and Cultures Collide: Enlistment, the Medical Exam, and the British Working Class, 1914-1916 », *Social History of Medicine,* vol. 17, n° 1, avril 2004, p. 61-76, ici p. 70. Voir aussi, pour le cas spécifique des tuberculeux dans l'armée française, les exemples cités par DARMON Pierre, « La Grande Guerre des soldats tuberculeux. Hôpitaux et stations sanitaires », *Annales de démographie historique*, 2002/1, n° 103, p. 35-50.

[15] NA, CAB 27/2, *Report from the CID on War Policy*, 6 Septembre 1915 ; NA, WO 159/18, *The Creedy (K) Papers – Kitchener Letters*, 1914-1915 cités par SILBEY David, « Bodies and cultures collide… », *art. cit.*, p. 73 MACPHERSON William, *Medical Services General History*, London, HMSO, 1921, p. 121.

> sévères, de parésie prononcée, qui rendent les déplacements grotesques ; plusieurs cas de démence dont l'évidence frapperait l'œil le moins averti.
>
> Ces pratiques doivent cesser immédiatement[16].

En France, deux types de recrues inquiètent particulièrement, les « récupérés » et les soldats des classes convoquées par anticipation, dont la jeunesse constitue un motif particulier d'appréhension : « Après la classe 1915, nous abordions avec méfiance la classe 1916 […] ; quant à la classe 1917 le point d'interrogation était certes devenu bien plus grand ![17] » souligne ainsi un médecin recruteur. Les études statistiques menées par le Service de santé ont en effet montré que :

> La morbidité et la mortalité des jeunes soldats sont toujours très sensiblement supérieures à celles des anciens soldats. […] D'après [les] chiffres, on compterait dans l'armée parmi les jeunes soldats environ 1/3 de malades de plus que parmi les anciens soldats et presque le double de décès. Ainsi s'explique en partie la progression continue présentée par la morbidité générale de l'armée depuis 1872, les différentes lois de recrutement ayant fait successivement s'accroître la proportion des jeunes soldats, au surplus de moins en moins sélectionnés[18].

L'état de la classe 1917 est particulièrement discuté. Elle fait « en raison de la jeunesse de ses éléments, l'objet de sérieuses préoccupations[19] ».

Mais médecins et officier mettent surtout en cause la valeur physique des récupérés, y compris dans les formations combattantes. Le médecin-Major de 2e classe Chevallier souligne ainsi qu'au dépôt du 1er Zouaves et dans les corps de troupes des dépôts d'artillerie du 20e corps, « l'insuffisance du développement qui était de 1/3 environ chez les jeunes gens de la classe 17 dépassait les 2/3 chez les récupérés[20] ». En mai 1915, le général Armand Mercier Milon, commandant de la 5e région de Corps d'Armée fait part de sa préoccupation au Ministère de la Guerre. Il se déclare frappé « de la très forte proportion de malades, souvent très sérieusement atteints, provenant de la catégorie dite des "récupérés"[21] » qu'il rencontre dans les diverses formations sanitaires qu'il visite. Il mentionne ainsi un homme « atteint de gâtisme avancé, tout

[16] NA, MH 47/144/4, Select Committee. Draft special report. Texte original en annexe n° 38.
[17] BESSON Adrien, *De l'Évaluation de l'aptitude physique au service militaire des jeunes sujets*, Lille, H. Morel, 1921, p. 9-10.
[18] SHD, GR 9 NN 7/1101, Rapport sur l'état sanitaire de l'armée à l'intérieur au cours de l'année 1913-1914, p. 2.
[19] *Journal de médecine et de chirurgie pratique*, tome LXXXVII, 25 mars 1916, 6e cahier, p. 242.
[20] SHD, GR 9 NN 7/1111, Rapport sur la nouvelle méthode d'entraînement physique des jeunes classes par Mr le médecin-Major de 2e classe Chevallier.
[21] SHD, GR 9 NN 7/1105, Correspondance Générale n°6888, Le Général Mercier Milon au Ministre de la Guerre, 7 mai 1915.

récemment incorporé […] dont l'état n'aurait véritablement pas dû échapper à la Commission qui l'avait accepté ». La faiblesse de la sélection est incriminée :

> [L]e crible à travers lequel ont dû passer les « récupérés » avant d'être appelés ou rappelés, a laissé filtrer beaucoup trop de non-valeurs, sans profit d'aucun genre pour l'instruction. La bonne volonté de ces « récupérés » est générale et très grande : elle a frappé presque tous les chefs qui ont eu à s'en occuper. Mais la fragilité de beaucoup d'entre eux est encore plus grande, et je crois qu'il y a un intérêt de premier ordre à se débarrasser le plus vite possible des 25% qui ne sont, pour ainsi dire, bons à rien, et qui encombrent inutilement les casernements, et cantonnements, en même temps qu'ils alourdissent les unités d'instruction, quand ils peuvent les suivre par hasard[22].

La situation apparaît suffisamment inquiétante pour que des enquêtes soient menées, à la demande de l'état-major, par les directeurs régionaux du Service de santé. Le constat est sans appel : « il est facile de voir que la valeur physique des "récupérés" est loin d'être brillante[23] ».

La valeur des recrues y est évaluée à l'aide de trois indicateurs, qui assimilent l'aptitude militaire à la capacité de résistance des recrues aux rigueurs physiques et sanitaires de la vie de soldat. Sont ainsi soigneusement examinés le taux d'hospitalisation, le taux de réforme et les chiffres de la morbidité et de la mortalité dans les trois mois suivant l'incorporation. Le rapport rendu en mai 1915 par le Médecin-Inspecteur D. Polin, Directeur du Service de santé de la 5e Région, tend à montrer « que d'une façon générale, la valeur physique des récupérés s'est montrée inférieure à celle de toutes les autres catégories du contingent[24] ». Sur 3 348 récupérés observés, 28% ont été indisponibles du fait d'une hospitalisation, soit plus d'un quart de l'effectif, 4,12% ont été réformés en trois mois, contre une moyenne annuelle de 2,75%. Leur « aptitude […] à contracter les maladies contagieuses, réceptivité due naturellement à leur moindre résistance, a été également remarquée[25] ». 76 d'entre eux ont contracté la rougeole, 41 la scarlatine, seize la méningite cérébro-spinale, 91 ont présenté un réveil de lésions tuberculeuses. Au vu de ces résultats, D. Polin procède à un classement utilitariste des récupérés en trois groupes en fonction de leurs capacités. 30% ont une aptitude « à peu près égale à celle du contingent normalement recruté », 45% sont « susceptibles d'acquérir par un entraînement prudent et progressif une valeur physique égale à la moyenne » mais 25% « ne rendront que peu ou point de service actif ». 1/4 des récupérés n'est donc d'aucune utilité aux forces

[22] SHD GR 9 NN 7/1105, Correspondance Générale n°6888, Le Général Mercier Milon au Ministre de la Guerre, 7 mai 1915.
[23] *Ibid*.
[24] SHD GR 9 NN 7/1105, Rapport n° 7159 – P, Valeur physique des récupérés. 5e Région, 4 mai 1915.
[25] *Ibid*.

combattantes. « Inaptes à faire campagne », ils seront inévitablement réformés ou classés dans le service auxiliaire.

Les colonies ne sont pas épargnées. Les rapports d'inspection des Troupes d'Algérie dénoncent en mars 1915 « l'admission d'hommes atteints d'infirmités trop apparentes pour avoir pu passer inaperçues au moment de l'examen médical ». Ils signalent :

> [L]a mauvaise qualité des contingents amenés dans [les] Corps indigènes par la campagne intensive d'engagement pour la durée de la guerre […]. L'excès de jeunesse, l'état physique défectueux d'un grand nombre d'engagés, les rendent inaptes à tout service de guerre. Une forte proportion d'entre eux doit être réformée dès son arrivée au Corps[26].

Pour les médecins des commissions de réforme dont l'agacement est palpable, il existe des cas « dont l'inaptitude saute aux yeux sans examen[27] ». Des insuffisances de développement, chez des « squelettes » d'1 m 67 pour 48 kg ; des tuberculoses, occasionnant des abcès visibles à distance ; des hernies volumineuses à l'extrême ; des sternums enfoncés, « infirmité qui ne pouvait passer inaperçue », sont ainsi reportés[28]. Le caractère très laxiste de la sélection opérée par les médecins militaires est souligné de la même façon en A.O.F. (Afrique orientale française) où l'on accepte des hommes atteints d'ulcères ou d'hernies ombilicales[29]. Un officier se plaint de la présence, au sein des 150 recrues de sa compagnie, d'un aveugle, sept borgnes, un amputé d'un doigt de la main droite, et une trentaine d'hommes « d'aspect très chétif[30] ».

Les conclusions des rapports sont suffisamment inquiétantes pour susciter des commentaires de la part du sous-secrétaire d'État au Service de santé des armées lui-même, Justin Godart, qui pointe la légèreté de certains classements :

> Il m'a été signalé qu'à l'occasion de l'examen d'un certain nombre d'hommes appartenant plus spécialement à des catégories d'anciens ajournés et d'anciens exemptés, les expertises médicales auxquelles ont été soumis les sujets présentant des lésions et des tares organiques définitives plus ou moins caractérisées, n'ont pas toujours abouti à des conclusions basées sur des notions

[26] SHD GR 9 NN 7/1105, Correspondance du Ministère de la Guerre, État-major de l'armée, Section d'Afrique, n°1137 9/11 « Engagement des indigènes ».
[27] SHD GR 9 NN 7/1105, Rapport n°3161 du Médecin Chef de l'Hôpital Militaire de Blida au sujet des engagés indigènes présentés devant la Commission de réforme, février 1915.
[28] SHD GR 9 NN 7/1105, Correspondance du Ministère de la Guerre, État-major de l'armée, Section d'Afrique, n°1137 9/11 « Engagement des indigènes ».
[29] MICHEL Marc, *L 'Appel à l'Afrique. Contributions et réactions à l'effort de guerre en A.O.F. (1914-1919)*, Paris, Publications de la Sorbonne, 1982, p. 85. Sur ces questions, voir SOUBRIER Stéphanie, « "Races guerrières" : armées, sciences et politique dans l'Empire colonial français (années 1850-1918) », thèse de doctorat de l'université Paris 1, 2019, p. 542.
[30] SECHE Alphonse, *Les Noirs (d'après des documents officiels)*, Paris, Payot et Cie, 1919, p. 17-18. Cité par SOUBRIER Stéphanie, « "Races guerrières" … », *op. cit.*, p. 542.

> médico-légales correspondant à l'unité de doctrine qui s'impose impérieusement en matière d'aptitude au service militaire[31].

Il mentionne notamment des recrues atteintes de troubles cardiaques et de tuberculose pulmonaire. Nombreuses sont les recrues incorporées à être hospitalisée, voire renvoyées chez elles lorsque l'étendue de leur inaptitude devient trop manifeste. En France, elles passent devant les commissions de réforme qui s'inquiètent du nombre considérable des réformés présentés aussitôt ou peu après leur arrivée au Corps. En Grande-Bretagne, le même phénomène peut s'observer à partir d'autres sources. Le système des tribunaux d'appel permet de recenser les plaintes des individus qui sont nombreux à protester contre leur classement. Sur les 3 449 hommes passés devant le tribunal d'appel de Londres entre octobre 1916 et juillet 1917, 1 202 ont vu leur catégorie initiale inchangée (36%), 1 958 ont été placé dans une catégorie inférieure (57%) et 336 ont été déclarés inaptes (10%). Sur ces 336, 135 avaient été placés en catégorie A, soit au sein des forces combattantes. La majorité de ces nouveaux exemptés était atteinte de tuberculose ou de troubles cardiaques et mentaux[32].

2. Le destin des malades mentaux

Le cas des troubles mentaux, bien étudié, permet de changer d'échelle et d'observer les conséquences de l'affaiblissement de la sélection sur les individus concernés. Les recherches sur l'histoire de la psychiatrie militaire durant la Grande Guerre ont fait l'objet d'un regain d'intérêt ces quinze dernières années. Précocement développées en Grande-Bretagne, elles se sont enrichies de travaux français récents qui se sont notamment intéressés à l'expérience vécue des combattants[33]. Le destin des hommes incorporés malgré leur fragilité mentale ou nerveuse

---

[31] SHD, GR 9 NN/1100, Circulaires et instructions diverses, n° 567 Ci/7, 5 août 1917, Aptitude physique au Service Militaire. Voir annexe n° 39.

[32] MACPHERSON William, *Medical Services General History*, *op. cit*., p. 126-138.

[33] BARHAM Peter, *Forgotten lunatics of the Great War*, *op. cit*. ; LEESE Peter, *Shell Shock : Traumatic Neurosis and the British Soldiers of the First World War*, New York, Palgrave Macmillan, 2002 ; REID Fiona, *Broken men. Shell Shock, Treatment and Recovery in Britain, 1914-30*, Londres, Continuum, 2010 ; SHEPARD Ben, *A war of nerves : Soldiers and Psychiatrists in the Twentieth Century*, Cambridge, Harvard University Press, 2001; WESSELY Simon, JONES Edgar, « The Origins of British Military Psychiatry Before the First World War », *War and Society*, vol. 19, n° 2, 2001, p. 91-108. Pour la France : BECKER Annette, *Guerre totale et troubles mentaux*, Paris, A. Colin, 2000 ; BOGOUSSLAVSKY Julien, TATU Laurent, *La folie au front. La grande bataille des névroses de guerre (1914-1918)*, Paris, Imago, 2012 ; CROCQ Louis, *Les blessés psychiques de la Grande Guerre*, Paris, Odile Jacob, 2014 ; DELAPORTE Sophie « Le discours médical sur les blessures et les maladies pendant la Première Guerre mondiale », thèse de doctorat d'histoire, Université de Picardie Jules Verne, 1999 ; DERRIEN Marie, « "La tête en capilotade". Les soldats de la Grande Guerre internés dans les hôpitaux psychiatriques français », thèse de doctorat de l'université Lumière Lyon 2, 2015 ; GUILLEMAIN Hervé, TISON Stéphane, *Du front à l'asile. Expériences de la folie de la Grande Guerre aux années vingt*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes, 2013 ; THOMAS Gregory, *Treating the Trauma of the Great War: Soldiers, Civilians and Psychiatry in France, 1914-1940*, Bâton Rouge, Louisiana State University Press, 2009.

a fait l'objet d'études qui ont permis de montrer que la sélection mentale des recrues a, elle aussi, subi le triomphe de la gestion comptable des effectifs[34]. L'abandon de la rigueur a remis en cause les dispositions relatives à l'exclusion des hommes atteints de troubles mentaux[35].

En France, l'un des derniers pays européens à se pencher sérieusement sur la question spécifique de l'aptitude mentale, ces dispositions reposent sur une instruction ministérielle récente, celle du 5 avril 1913, qui doit garantir qu'aliénés, faibles d'esprits et déséquilibrés seront tenus à l'écart des forces armées. Les conséquences du recrutement massif sur ces dispositions sont lisibles au triple niveau du recrutement, de la réforme et de l'accueil en formation sanitaire. Le taux d'exemption pour épilepsie, aliénation, crétinisme et convulsions diminue ainsi de 30% pendant la durée de la guerre et l'on retrouve des individus atteints de troubles mentaux parmi les récupérés incorporés à la suite d'un nouvel examen, même si aucune source ne permet de les quantifier avec exactitude. Les conditions de la réforme sont également revues à la baisse. Enfin, les médecins s'efforcent de rendre au plus vite les patients des centres de psychiatrie à la défense de la patrie.

L'inaptitude mentale constitue un cas paradigmatique de déficience qui peut facilement échapper aux mailles de la sélection avant et pendant la guerre. Des troubles du système nerveux très marqués sont ainsi parfois délibérément ignorés, seule comptant alors l'aptitude physique des recrues[36]. Le caractère récent des dispositions concernant les troubles mentaux, la difficulté du diagnostic d'affections à l'étiologie mal connue ou encore l'absence de formation spécifique des experts concourent à rendre ces pathologies difficilement détectables. Durant le conflit, aiguillonnés par le patriotisme et l'exigence du rendement, les médecins désireux d'incorporer le plus grand nombre d'hommes ont alors la tâche facile. Un examen superficiel qui néglige d'éventuelles déclarations du candidat sur ses antécédents peut suffire. Il est fréquent que soient ignorés les certificats, dossiers sanitaires et enquêtes qui, lorsqu'ils existent, mentionnent parfois des antécédents psychiatriques. À cet égard, il est tout à fait révélateur que l'effondrement du taux d'exemption des maladies du système nerveux concerne au premier

[34] THOMSON Mathew, « Status, Manpower and Mental Fitness: Mental Deficiency in the First World War », in COOTER Roger, HARRISON Mark, STURDY Steve (dir.), *War, Medicine and Modernity*, Stroud, Sutton Publishing, 1998, p. 149-167 ; DERRIEN Marie, « Éliminer ou récupérer ? L'armée française face aux fous du début du XXe siècle à la Grande Guerre », *Le Mouvement Social*, vol. 253, n°4, 2015, p. 13-29 ; GUILLEMAIN Hervé, TISON Stéphane, *Du front à l'asile…, op. cit.,* p. 98-115.

[35] DERRIEN Marie, « Éliminer ou récupérer ? », *art. cit.* Les données de ce paragraphe et du suivant sont issues de cet article.

[36] GUILLEMAIN Hervé, TISON Stéphane, *Du front à l'asile, op. cit.,* p. 102 ; Voir par exemple COLIN H., LAUTIER J., MAGNAC, « Les imbéciles à l'armée », *Annales médico-psychologiques*, 1916, n°7, p. 540-546, cité par GUILLEMAIN Hervé, TISON Stéphane, *Du front à l'asile, op. cit.* p. 110.

chef l'épilepsie, affection se manifestant par intermittence et dont la détection s'accommode mal d'une observation rapide de l'état général de l'individu[37].

Des sujets présentant tous les signes de troubles mentaux sont ainsi envoyés sur le front dès 1914. C'est le cas de Pierre G. dont l'idiotie, selon la désignation médicale de l'époque, est pourtant repérable à des stigmates particulièrement visibles[38]. Ces hommes sont également des cibles faciles de la politique de récupération. Lucien C., mobilisé en 1914, réformé pour troubles mentaux, est récupéré en mai 1917 et à nouveau envoyé combattre dans l'infanterie où il donne rapidement des signes de grande détresse mentale[39]. Ces individus dont le recrutement aurait pu être évité encombrent ainsi les unités combattantes. Affectés sur le front, ils sont souvent désorientés, incapables d'obéir aux ordres, de se servir de leur armement ou de prendre soin de leur équipement. Ils succombent parfois au délire et au désespoir ou se rendent responsables d'accidents et d'infractions. Lorsqu'ils ne sont pas traduits devant la justice militaire, ils sont alors évacués vers les formations sanitaires, ainsi que le déplorent un certain nombre de psychiatres auxquels les conséquences de la loi du nombre n'ont pas échappé. Le médecin-major Henri Français du centre neurologique d'Évreux constate que les dégénérés dont il a la charge sont pour la plupart des récupérés dont l'inaptitude était si manifeste qu'elle a occasionné une hospitalisation dès leur incorporation[40]. C'est le cas d'Henri P., dont les crises d'épilepsie sont de notoriété publique lorsqu'il est récupéré au début de l'année 1917 et envoyé au front. On le retrouve peu de temps après à l'asile d'Alençon en proie au délire et à l'instabilité nerveuse[41].

La prise en charge des militaires atteints de troubles mentaux, réalisée dans l'improvisation et la précipitation alors que rien ne permettait à l'armée de faire face à leur multiplication, ajoute au tragique de leur destin[42]. D'autant que les malades accueillis en hôpital jouissent de moins de considération que les blessés de guerre et sont, à ce titre, parfois dédaignés

[37] En Grande-Bretagne, la recherche de ce trouble, quand elle a lieu, passe par l'examen de la langue sur laquelle on espère trouver des cicatrices, signes des morsures fréquentes lors des crises. Voir NA, MH 47/144, Select Committee on Military Service. Minutes of Evidence, Testimony of Dr Charles Hayward, p. 169.
[38] GUILLEMAIN Hervé, TISON Stéphane, *Du front à l'asile, op. cit.,* p. 105-109.
[39] GUILLEMAIN Hervé, TISON Stéphane, *Du front à l'asile, op. cit.,* p. 95-97 et p. 105.
[40] Cité par DERRIEN Marie, « Éliminer ou récupérer ? », *art. cit.* Voir aussi LEPINE Jean, *Troubles mentaux de guerre*, Paris, Masson, 1917, p. 190,
[41] GUILLEMAIN Hervé, TISON Stéphane, *Du front à l'asile, op. cit.,* p. 108-109.
[42] Sur l'impréparation de l'armée face aux troubles mentaux, on lira BOGOUSSLAVSKY Julien, TATU Laurent, *La folie au front, op. cit.* ; THOMAS Gregory, *Treating the trauma of the Great War, op. cit.* ; CROCQ Louis, *Les blessés psychiques, op. cit.* ; DELAPORTE Sophie, « Le discours sur les blessures », *op. cit.* ; DERRIEN Marie, « La tête en capilotade », *op. cit.,* chapitre 1 ; GUILLEMAIN Hervé, TISON Stéphane, *Du front à l'asile, op. cit.* ; ROUDEBUSH Marc, *A Battle of Nerves: Hysteria and Its Treatments in France During World War I,* Thesis (Ph. D. in History), University of California, Berkeley, 1995.

voire refoulés des formations sanitaires[43]. On trouve des récits tout aussi dramatiques concernant des cas d'inaptitude physique. En février 1918, le quotidien *La Vérité* évoque ainsi le cas du deuxième classe tuberculeux Gaston Salzes, deux fois réformé pour troubles pulmonaires puis deux fois récupéré, reconnu coupable de désobéissance par la justice militaire et condamné à un an de prison pour « n'avoir pas eu la force de faire l'exercice[44] ».

II. « Comment un tel contagieux a-t-il pu être engagé ? » : indignations médicales (1915-1917)

1. Divisions et débats

Même si une partie des médecins s'est ralliée à l'exigence du rendement, la mobilisation n'a pas occasionné de consensus au sein du corps médical. Un certain nombre de praticiens résiste à l'idée d'un nécessaire relâchement des critères de l'aptitude du fait de la guerre. Il n'est pas rare de constater chez eux l'expression d'une vive inquiétude devant « le danger d'une révision faite trop légèrement[45] », voire une condamnation de « l'intransigeance des conseils de révision », de « la dernière visite des exemptés et réformés, en particulier, [qui] a remis sous les drapeaux une grande quantité [d']incapables[46] ». Dans une thèse consacrée à l'aptitude des débiles au service militaire, Claire Saint-Aubin estime ainsi que les médecins ne doivent pas être « les protecteurs trop farouches des effectifs[47] ». La tribune des sociétés savantes et les colonnes de la presse médicale sont les lieux d'expression privilégiés de cette préoccupation qui déborde occasionnellement ces espaces traditionnels de la controverse scientifique pour contaminer la presse générale. Les hommes affligés de « faiblesse de constitution », dont l'organisme peut constituer un terrain propice au développement de maladies infectieuses, ou

[43] DARMON Pierre, « La Grande Guerre des soldats tuberculeux », *art. cit.*, parag. 27.
[44] Cité par DARMON Pierre, « La Grande Guerre des soldats tuberculeux », *art. cit.,* p. 35.
[45] *Journal de médecine et de chirurgie pratique*, tome LXXXVII, 25 mars 1916, p. 238.
[46] Médecin-chef H. Français, Rapport mensuel du Centre de neurologie d'Évreux, août 1917, cité par VIET Vincent, *La Santé en guerre, op. cit.,* p. 302, note 42.
[47] SAINT-AUBIN Claire, *Les débiles intellectuels, leur aptitude au service militaire en temps de guerre*, Thèse, Nancy, p. 34-35. Cité par HOFFBECK Valentine, « De l'arriéré au malade héréditaire : histoire de la prise en charge et des représentations du handicap mental en France et Allemagne (1890-1934) », Thèse de doctorat en histoire contemporaine de l'Université de Strasbourg, 2016, p. 455.

les candidats atteints de troubles mentaux font ainsi l'objet de discussions particulièrement animées.

Les psychiatres français apparaissent divisés sur la question de l'incorporation des hommes atteints de faiblesse psychique[48]. Pour certains médecins, ces recrues sont incapables de remplir leur mission de soldats et constituent des « facteur[s] important[s] de défaite et de panique[49] ». Devant la Société médico-psychologique, le 17 juillet 1916, le docteur Colin affirme ainsi, plus encore que leur inutilité, la dangerosité des imbéciles à l'armée[50]. S'opposant au relâchement de la sélection, Raoul Benon, médecin-chef du centre de psychiatrie de la XI^{e} région militaire, demande que les dispositions réglementaires soient revues dans le sens d'une plus grande sévérité[51]. C'est aussi l'avis de la commission consultative de santé[52]. Pour d'autres, la mobilisation des faibles d'esprit « gênants pour la discipline et peu maniables[53] » est bien considérée comme devant faire l'objet d'attentions particulières, mais elle reste tout à fait envisageable y compris dans les forces combattantes[54]. Plusieurs propositions voient le jour afin d'encadrer l'incorporation des hommes instables sur le plan mental et de ne pas compromettre voire d'augmenter l'efficacité de l'armée[55]. Le débat fait rage pendant toute la durée du conflit sans qu'aucun consensus ne se dégage.

---

[48] Sur les débats entourant l'aptitude mentale au service : GUILLEMAIN Hervé, TISON Stéphane, *Du Front à l'asile, op. cit.*, p. 95-114 ; DERRIEN Marie, « Éliminer ou récupérer », *art. cit.*, p. 13-29 ; BECKER Annette, *Guerre totale et troubles mentaux*, *op. cit*. ; BARHAM Peter, *Forgotten Lunatics, op. cit.* ; LERNER Paul, *Hysterical Men, op. cit*.

[49] SAINT-AUBIN Claire, *Les débiles intellectuels, leur aptitude au service militaire en temps de guerre*, Thèse, Nancy, p. 22. Cité par HOFFBECK Valentine, « De l'arriéré au malade héréditaire… », *op. cit.*, p. 455. Voir aussi LAUTIER J., *Les maladies mentales dans l'Armée. Peut-on utiliser les imbéciles ?*, thèse de médecine, Paris, Téqui et Guillonneau, 1916.

[50] COLIN H., LAUTIER J., MAGNAN, « Les imbéciles à l'armée », *Société médico-psychologique*, séance du 17 juillet 1916, *Annales médico-psychologiques*, n° 7, 1916, p. 540-546. Voir aussi DUMAS Georges*, Troubles mentaux et nerveux de guerre*, Paris, Alcan, 1919, p. 202 ; « Revue des livres : Les anormaux et les malades mentaux au régiment », in *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, série 4, n° 19, Paris, Jean-Baptiste Baillière, 1913, p. 303-304 : « On savait bien que certains sujets étaient, en raison de leurs tares psychiques, des non-valeurs pour l'armée et qu'en temps de guerre ils seraient un encombrement et même un danger pour l'armée et pour le service de santé ».

[51] BENON Raoul, « Aptitude au service militaire et psychiatrie », *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, n° 32, 1919, p. 65-70, cité par DERRIEN Marie, « Éliminer ou récupérer », *art. cit*.

[52] ASSA, VDG, carton A 229, note pour le sous-secrétariat du Service de santé aux armées, Commission consultative médicale, 13 septembre 1917, cité par Marie DERRIEN, « Éliminer ou récupérer », *art. cit*.

[53] NORDMAN C. et BONHOMME J., « De l'utilisation des indisciplinés en temps de guerre », *Annales médico-psychologiques*, n° 7, 1916, p. 490.

[54] LEPINE Jean, *Troubles mentaux de guerre*, *op. cit.*, p. 183 ; Société médico-psychologique, séance du 26 juin 1916, *Annales médico-psychologiques*, n° 7, 1916, p. 522, cités par Marie DERRIEN, « Éliminer ou récupérer », *op. cit*. Pourtant, la révision de l'Instruction précise bien que la débilité mentale prononcée motive la réforme mais que « légère, elle peut être compatible avec le service auxiliaire ». cf. Ministère de la guerre, *Recrutement de l'armée : aptitude physique au service militaire*, Paris, H. Charles-Lavauzelle, volume arrêté à la date du 20 décembre 1916, 1916.

[55] NORDMAN C. et BONHOMME J., « De l'utilisation des indisciplinés », *art. cit*., p. 490-492.

Le relâchement des exigences physiques de la sélection fait également l'objet de critiques. Le médecin-major Grenet déplore en mars 1917 la présence de tuberculeux aux symptômes évidents, pourtant maintenus dans l'armée. « [E]n agissant ainsi, s'alarme-t-il, on augmente les effectifs de façon fictive ; on les surcharge de poids morts, et cela, au détriment de la santé des hommes[56] ». Pour certains médecins, les soldats mal sélectionnés représentent en effet une menace sanitaire qui pèse sur le collectif militaire et, par extension, sur la nation tout entière. « Comment un tel contagieux a-t-il pu être engagé ? » s'interroge ainsi le médecin principal de 2ème classe Brault à Alger, le 8 février 1915, devant un engagé dont la tête est envahie par la teigne[57]. L'incorporation des inaptes, porteurs ou non d'une maladie contagieuse, fait courir au contingent un double péril. Ils encombrent les formations armées et sanitaires et exposent parfois leurs camarades à une contamination qui risque d'affaiblir toute la troupe. Entraînant en outre une « diminution de la résistance organique » de la troupe en général et donc augmentant la réceptivité à la contagion des individus non porteurs, l'absence de sélection faciliterait la propagation de maladies comme la tuberculose, la rougeole, la scarlatine ou encore les oreillons. Les conséquences épidémiologiques d'une insuffisance de la sélection sont ainsi mises en avant. Inaptitude physique et inaptitude mentale ont d'ailleurs parfois partie liée puisque le corps médical s'inquiète d'une plus grande réceptivité des déficients mentaux aux maladies infectieuses[58].

2. La menace de la tuberculose en France

En avril 1915, *Le Figaro* publie le plaidoyer d'un médecin des hôpitaux, que ses fonctions militaires contraignent à l'anonymat. Pour lui, il faut prendre garde à ce qu'après « la colère des armes » ne « gronde celle de la maladie, plus durable et plus meurtrière ». Celle-ci risque de frapper l'individu qui :

> sans s'en douter parfois, portait en soi un foyer de tuberculose enclavé sournoisement depuis des années dans quelque obscur lobe de son poumon ; tout à coup, à l'occasion d'un refroidissement, d'une marche forcée, d'une contusion du thorax par un éclat d'obus qui, pourtant, n'aura pas

[56] « Rapport sur le fonctionnement du 4e secteur médical pendant le mois de mars 1917 par M. le médecin major de 2e classe Grenet, médecin du secteur », ASSA, carton 41, cité par DARMON Pierre, « La Grande Guerre des soldats tuberculeux », *art. cit*.
[57] SHD, GR 9 NN 7/1105, Rapport du médecin-chef de l'hôpital militaire de Blida au sujet des engagés indigènes présentés devant la commission de réforme, 8 février 1915.
[58] JACKSON Mark, « Institutional provision for the feeble-minded in Edwardian England » in DIGBY Anne, WRIGHT David, *From idiocy to mental deficiency: historical perspectives on people with learning disabilities,* Londres, New York, Routledge*,* 1996*,* p. 171.

> pénétré, il crachera le sang et verra se réveiller, lentement ou brusquement, la maladie qui dormait […]. Ces exemples suffisent à montrer l'union des deux conditions qui sont à l'origine de la tuberculose : l'ensemencement par un microbe virulent d'un terrain préparé, c'est-à-dire amoindri dans sa résistance.
>
> Parfaitement organisée dans le temps de paix, la prophylaxie de la tuberculose est à peu près nulle actuellement. Dans le temps de paix, en effet, les tuberculeux sont systématiquement écartés ; ils sont rigoureusement recherchés, dépistés, en vertu de ce principe qu'ils sont un danger pour leurs camarades et que leur présence est considérée comme une cause possible de diminution des effectifs par contagion. Sur le pied de guerre, bien au contraire, la chasse aux tuberculeux semble interdite. Le but est d'avoir le plus d'hommes possible sous les drapeaux […].
>
> L'habitude semble s'être enracinée dans les conseils de révisions et les commissions de réforme, de prendre tous les hommes qui peuvent marcher et tirer, sans souci de l'état de leurs poumons. Là réside un véritable danger contre lequel il convient de réagir. […]
>
> [C]e qui est le devoir commun, c'est de s'élever contre une tendance qui aurait pour résultat de conserver dans les rangs de l'armée des hommes malades et contagieux sous prétexte que leurs balles sont aussi meurtrières que celles de leurs voisins ; c'est de demander que les mesures prophylactiques du temps de paix soient d'autant plus rigoureusement appliquées en temps de guerre qu'il y a plus d'hommes sous les drapeaux et que ces hommes, en rentrant dans leurs foyers, après la paix, y apporteront le germe de la maladie qu'ils auront contractée ou réveillée pendant la guerre[59].

Le médecin s'inquiète de la propagation de la tuberculose. Son caractère infectieux par voie bactérienne, celle du bacille de Koch, est alors bien connu mais cette approche bactériologique s'intègre à un modèle étiologique complexe qui comprend de multiples facteurs prédisposant l'organisme à une plus ou moins grande réceptivité face à la maladie[60]. La guerre et ses aléas sont intégrés au modèle. Ce sont les conditions du service, les efforts demandés au corps et les blessures qu'il subit (refroidissement, marche forcée, contusion du thorax) qui, en venant amoindrir la résistance de l'organisme, facilitent « l'éclosion[61] » et le développement de la pathologie. De plus, pour les médecins, l'action vulnérante de la guerre est propice au développement ou à l'aggravation des pathologies pulmonaires. Projectiles créant des blessures

[59] « La tuberculose et la guerre », *Le Figaro*, 5 avril 1915. Voir annexe n° 40.
[60] Sur l'absence d'une « révolution bactériologique » c'est-à-dire sur la manière dont les hygiénistes et cliniciens ont intégré le bacille de Koch dans des schémas explicatifs de la tuberculose sans renoncer aux multiples facteurs prédisposant, on lira Michael Worboys sur l'exemple britannique : WORBOYS Michael, « From Heredity to Infection: Tuberculosis, 1870-1890 » in GAUDILLIERE Jean-Paul, LÖWY Ilana, *Heredity and Infection. The History of Disease Transmission*, London, Routledge, 2001, et « Was there a Bacteriological Revolution in late nineteenth-century medicine? », *Studies in History and Philosophy of Science Part C: Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences*, vol. 38, n° 1, p. 20-42, 2007.
[61] La tuberculose par éclosion est, selon la classification des médecins, celle qui est contractée dans la vie civile.

pleuropulmonaires, contusions thoraciques dues aux explosions puis dès mars 1915, gaz asphyxiants ou toxiques, provoquent de nombreuses bronchites, broncho-pneumonies, et « tous les processus inflammatoires ou congestifs des voies aériennes dont beaucoup [revêtent] une allure traînante ou chronique susceptible de créer le berceau du bacille de Koch[62] ». Les conditions du service auxiliaire, où l'on verse parfois les tuberculeux, ne valent guère mieux. Là, le soldat est exposé à « l'influence du froid, du surmenage, du travail dans les poussières ou les poudres[63] » particulièrement néfastes pour ces « anciens fibreux, bronchitiques chroniques, vieux tousseurs dont la tuberculose mal éteinte va se réveiller[64] » selon le médecin-major Germain Roque, de Lyon.

Pour l'auteur de l'article du *Figaro*, il est donc nécessaire de procéder à une sélection du contingent encore plus rigoureuse qu'en temps de paix. Ce plaidoyer pour la sévérité passe par la déploration de l'affaiblissement du dispositif prophylactique qu'est censé constituer la sélection médicale des recrues[65]. Contrairement à ce qu'il affirme, la prophylaxie de la tuberculose n'était pas d'une efficience éprouvée avant la guerre. Malgré l'existence, dans les grandes villes, de vingt-sept dispensaires d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse de type Calmette, qui avaient jeté les bases d'un modèle sanitaire français d'action pédagogique et prophylactique, la lutte contre la tuberculose était restée balbutiante[66]. Elle reposait sur des organisations privées en faible nombre et dont la concertation est quasi nulle et sur l'action de la Commission permanente de préservation de la tuberculose, créée en 1903, chargée de concevoir l'action des pouvoirs publics. En l'état des connaissances et des traitements, la lutte contre ces fléaux sociaux reposait essentiellement sur des mesures prophylactiques destinées à en empêcher la dissémination. La gestion purement comptable des effectifs et le primat de la quantité sur la qualité des troupes ajoutent encore à cette impréparation et apparaissent propices à la propagation d'épidémies susceptibles de décimer l'armée.

---

[62] « Rapport du médecin-major de 2e classe Péhu, novembre 1917 », ASSA, carton 45, 7e région, secteur médical de Bourg-Belley (Ain), cité par DARMON Pierre, « La Grande Guerre des soldats tuberculeux », *art. cit*.
[63] « Rapport du médecin major de première classe Germain Roque, avril 1918 », 14e région, Lyon, ASSA, carton 55, cité par DARMON Pierre, « La Grande Guerre des soldats tuberculeux », *art. cit.*, parag. 31.
[64] *Ibid*.
[65] Sur la sélection comme dispositif prophylactique, voir chapitre 1.
[66] DESSERTINE Dominique, FAURE Olivier, *Combattre la tuberculose 1900-1940*, Lyon, Presses universitaires de Lyon, 1988 ; VIET Vincent, *La Santé en guerre, op. cit.,* p. 463 ; VIET Vincent, « La Grande Guerre et la lutte antituberculeuse en France », *Revue d'histoire de la protection sociale*, 2016/1, n° 9, p. 52-67 ; DARMON Pierre, « La Grande Guerre des soldats tuberculeux », *art. cit*. Voir aussi Sophie Delaporte qui consacre une importante étude à la tuberculose dans l'armée française pendant la Grande Guerre dans sa thèse DELAPORTE Sophie, *thèse cit*., vol. 2, p. 228-254.

Ce plaidoyer, publié en 1915 dans la presse générale, est republié en 1916 par le *Journal de médecine et de chirurgie* pratique, qui manifeste une inquiétude certaine *:*

> La question de la tuberculose dans ses rapports avec la guerre, l'extension menaçante de la maladie, le danger d'une révision faite trop légèrement et permettant d'admettre dans le service armé des sujets déjà atteints, préoccupent actuellement à un haut degré la plupart des médecins et ont suscité dans ces derniers temps bon nombre de communications à diverses sociétés savantes et de travaux d'une très grande valeur[67].

L'incorporation de la classe 1917, dont la jeunesse et donc la potentielle fragilité suscitent des réserves, et le contexte sanitaire permettent d'expliquer ce regain d'intérêt pour la question de la relation entre mauvaise sélection et tuberculose. La conscience de la menace épidémique représentée par les soldats mal sélectionnés, s'est affirmée au début du siècle grâce au progrès de la statistique médico-militaire[68]. Au cours du conflit, les maladies contagieuses deviennent une préoccupation majeure de la gestion sanitaire de l'armée. Sur les neuf millions de soldats mobilisés entre 1914 et 1919, 400 000 à 500 000 ont été soupçonnés d'être porteurs du bacille ; près de 150 000 ont développé une forme active de la maladie et 100 000 ont été réformés pour cette raison. La maladie a emporté plus de 40 000 soldats[69].

La mobilisation de l'opinion et des autorités sanitaires contre la tuberculose s'affirme à la fin de l'année 1915. Le 25 mars 1915, Louis Landouzy (1845-1917), doyen de la faculté de médecine, l'un des acteurs principaux de la lutte contre la tuberculose, attire l'attention de la Commission permanente de préservation de la tuberculose sur l'inquiétante proportion de soldats réformés pour tuberculose[70]. Le sujet prend de l'ampleur durant l'été. À la suite des révélations du médecin inspecteur Troussaint, qui reconnaît qu'on a admis des tuberculeux ouverts dans l'armée, les méthodes du recrutement font l'objet d'une âpre dénonciation. En juillet 1915, les membres de la Commission dénoncent la façon dont les conseils de révision procèdent, et le scandale que représente la présence de tuberculeux avérés dans l'armée. Louis Landouzy se plaint notamment que les conseils de révision négligent ou refusent d'examiner

---

[67] *Journal de médecine et de chirurgie pratique*, tome LXXXVII, 25 mars 1916, p. 238-242. Ici p. 233.
[68] ROYNETTE Odile, « La Statistique médicale de l'armée française au XIX^e^ siècle : un instrument de savoir et de pouvoir démographiques ? » in KRASSNITZER Patrick, OVERATH Petra (dir.), *Bevölkerungsfragen: Prozesse des Wissenstransfers in Deutschland und Frankreich (1870-1939)*, Köln, Böhlau, 2007, p. 67-78, p. 77.
[69] MURARD Lion, ZYLBERMAN Patrick, « "L'autre guerre" 1914-1918. La santé publique en France sous l'œil de l'Amérique », *Revue historique*, vol. 276, n°2, octobre-décembre 1986, p. 369-398.
[70] 65 519 soldats du 1^er^ août 1914 au 1^er^ novembre 1915 in LANDOUZY Louis, « Rapport à la Commission permanente de préservation contre la tuberculose », 5 mars 1915, *Revue d'Hygiène et de politique sanitaire*, n° 37, 1915, p. 209-226. Voir aussi « Proposition de résolution invitant le Gouvernement à assurer des soins aux militaires tuberculeux avant leur renvoi dans leurs foyers », Chambre des députés, Annexe au procès-verbal de la séance du 25 mars 1915.

des certificats médicaux émanant de notoriétés médicales en matière de tuberculose. La commission conclut :

> La commission permanente de la tuberculose émet le vœu que, au cours des opérations des conseils de révision et dans les conseils de réforme, des mesures soient prises pour que les suspects de tuberculose soient l'objet d'un examen particulier avec les garanties scientifiques nécessaires.

Le contenu de ces discussions est repris à la Chambre des députés en novembre 1915[71].

Les hygiénistes craignent de voir les tuberculeux admis dans l'armée se multiplier, affaiblir la puissance militaire française et ramener la maladie au sein des populations civiles. Alors que la maladie se répand en Europe et que sa létalité augmente[72], les hygiénistes obtiennent progressivement une visibilité accrue et leurs préoccupations, parmi lesquelles les conséquences désastreuses de l'abandon de la rigueur, un surcroît de légitimité. Comme le souligne Anne Rasmussen, « les enjeux sanitaires de la seconde moitié du conflit [replacent] au premier rang des priorités certaines des préoccupations que les hygiénistes avaient défendues dans la décennie précédente et que l'entrée en guerre avait semblé révoquer. La crise sanitaire induite par la tuberculose [remet] en exergue les nécessités du triage que prônaient les apôtres de la sélection hygiénique au nom de la préservation du futur de la nation[73] ». À la fin de l'année 1915, l'État se voit forcé d'admettre le bien-fondé des inquiétudes médicales. L'appel anticipé des très jeunes conscrits de la classe 1917 suscite une émotion qui contribue à mettre au premier plan la protection de ces fragiles jeunes gens, qui vient concurrencer, sans jamais la supplanter, la nécessaire reconstitution des effectifs. L'obligation de faire concourir tous ceux qui pourraient être d'une utilité quelconque à la défense nationale fait consensus, à condition que le service ne leur fasse pas courir de risques inhérents à leur état de santé.

Par la suite, l'importance de la menace de la tuberculose ne cesse de s'affirmer dans le débat public. Le 15 octobre 1916, une circulaire ouvre la voie à l'indemnisation des militaires tuberculeux réformés que les commissions classaient jusque-là dans la réforme n° 2, statut qui

[71] *Journal officiel de la République française. Débats parlementaires. Chambre des députés : compte rendu in-extenso*, Séance du 30 novembre 1915, p. 1941.
[72] RIOLLET Catherine, « The other war II : setbacks in public health », in Winter Jay, Robert Jean-Louis, *Capital Cities at War, Paris, London, Berlin 1914-1919*, Cambridge, New York, Cambridge university press, 1997, p. 456-486.
[73] RASMUSSEN Anne, « Préserver le capital humain », *art. cit*., p. 71-95.

leur interdisait le droit à la pension[74]. Cette circulaire entame la transformation du statut du malade en blessé de guerre, que sa pathologie ait été causée par le service, ou aggravée par lui.

Tableau 20 : Nombre de réformés pour tuberculose, France (1914-1918)

Périodes	Réforme n°2	Réforme n° 1
2 août 1914-31 oct. 1915	65 519	85 (?)
1er nov. 1915-1er mars 1916	4 442	280
1er mars-31 déc. 1916	3 068	1 405
1er janvier 1917-31 mai 1917	2 173	1 656
1er juin 1917- fin de la guerre	10 673	20 161
Totaux	85 875	23 387

Source : Bernard Léon, *La Défense de la santé publique pendant la guerre*[75]

Devant la brutale inflation en 1916 du nombre de tuberculeux pensionnés par l'État, il devient urgent d'en accepter le moins possible dans les rangs, afin de ne pas avoir à les réformer et à les indemniser. En outre, les années 1916-1917 sont marquées par un apaisement progressif des tensions autour de l'embusquage[76]. Moins préoccupée par la juste répartition de l'effort de guerre, l'opinion est plus réceptive aux préoccupations sanitaires et à l'impératif de préservation des jeunes classes. Enfin, dans le cours de l'année 1917, l'opinion publique s'inquiète aux États-Unis d'une possible contamination des soldats américains par les militaires français et critique la gestion de l'épidémie par la France[77]. Ce contexte permet donc le retour d'un discours qui ne

[74] DUCO Alexandre, « Les droits du blessé. Pension-gratification-réforme » in *Science et Dévouement. Le Service de Santé. La Croix Rouge, les œuvres de solidarité de guerre et d'après-guerre*, Paris, A. Quillet, 1918, chap. XX, p. 348. La réforme n° 2, qui ne donne pas droit à l'ouverture de droits, est prononcée pour des infirmités antérieures à l'incorporation, pour des infirmités ou mutilations résultant de blessures reçues hors du service ou pour des infirmités provenant de maladies ne résultant pas du fait des obligations du service militaire. La réforme n° 1 est prononcée pour infirmités ou mutilations résultant de blessures reçues en service commandé ; pour des infirmités provenant de maladies contractées par le fait des obligations du service militaire ; ou pour des infirmités antérieures à l'incorporation ou ne dépendant pas exclusivement d'une circonstance déterminée du service ayant cependant acquis, sous l'influence des conditions spéciales à la vie militaire, un développement entraînant l'incapacité de servir. Pour un exemple de discussion autour de cette distinction pendant la guerre, voir *Annales médico-psychologiques*, n° 7, Paris, Masson, 1916, p. 523.

[75] BERNARD Léon, *La Défense de la Santé publique pendant la guerre*, Publications de la Dotation Carnegie, PUF, 1929, p. 251.

[76] RIDEL Charles, *Les Embusqués*, Paris, A. Colin, 2007, p. 120 et p. 144.

[77] GUILLAUME Pierre, *Du désespoir au salut : les tuberculeux aux XIX^e^ et XX^e^ siècles*, Paris, Aubier, 1986, p. 194-202 ; PICARD Jean-François, *La fondation Rockefeller et la recherche médicale*, Paris, PUF, 1999, p. 69-72 ; MURARD Lion et ZYLBERMAN Patrick, *L'administration sanitaire en France dans l'entre-deux-guerres. Le ministère de l'Hygiène : création et action*, Conv. MiRe-Inserm, 1996.

dissocie pas l'efficacité de l'armée, l'intérêt du candidat, la santé de la nation et la préservation du futur de la nation. Le primat donné au rendement et aux effectifs perd de sa force au fur et à mesure que la guerre se prolonge et que les revendications hygiénistes prennent plus de force. Le schéma explicatif liant mauvaise sélection et épisodes épidémiques s'impose. Ainsi, le « caractère éminemment grave » des premiers cas de grippe espagnole à l'arrivée des recrues de la classe 1919 est associé par les divers inspecteurs envoyés en mission vers les garnisons les plus touchées (Privas, Grenoble, Romans et Chambéry) à « une sélection insuffisante du contingent au moment de l'incorporation[78] ».

Le corps médical se divise sur l'intensité de la sélection nécessaire à l'état de guerre, mais il est à noter que c'est le même registre argumentatif qui est mobilisé pour justifier du relâchement comme du renforcement de la sévérité du processus. Si les médecins entendent se faire les garants « à la fois des intérêts de l'homme et des intérêts de l'État[79] », force est de constater que le discours humaniste, celui des intérêts de l'homme, et les obligations éthiques des médecins sont rarement mis en avant dans le discours sur la sélection, contrairement à ce qui a pu se produire dans le domaine des soins[80]. C'est plus fréquemment l'efficacité de l'armée et la sauvegarde de la nation, soit le registre stratégique, qui sont mobilisés. Il est possible que la crainte de la censure ou du blâme ait poussé certains médecins critiques de l'abandon de la rigueur, sinon au silence, au moins à adopter une rhétorique manifestant leur adhésion à l'effort de guerre. C'est bien la dénonciation d'un scandale sanitaire, celui du transport des blessés, qui avait valu au journal de Clemenceau les foudres de la censure[81]. De même, les inquiétudes des médecins concernant la sélection ne s'expriment pas toujours librement. L'article du *Figaro* est publié anonymement. Un autre article du *Petit Journal*, qui appelait au contrôle des agissements des médecins des dépôts vis-à-vis des inaptes à faire campagne, est censuré[82]. La mobilisation de ce registre argumentatif était en outre très probablement la meilleure façon de faire en sorte

[78] SHD, GR 9 NN 7 1101/Incorporation classe 1919. Statistiques et rapports, maladies contagieuses, valeur physique. Statistiques comparées avec les classes 1917 et 1918/Contribution à l'étude de la genèse des épidémies chez les recrues. À propos des classes 1917-1918-1919.
[79] LIDY Paul Antoine Joseph, *Cardiopathie valvulaires et aptitude militaire*, thèse, Paris, 1918, p. 10.
[80] Sur la survivance malgré la guerre d'obligations éthiques dans la pratique des soins psychiatrique, on pourra lire DUPOUY Stéphanie, « Georges Dumas, psychiatre de guerre », in CHAPUIS Elisabeth (dir.), *Les psychologues et les guerres*, Paris, L'Harmattan, 2010, p. 153-169.
[81] BERTSCHY Sylvain, « La prise en charge des blessés et malades de l'armée : genèse d'un problème public et mise en scandale du Service de santé militaire », chap. 4, ROUSSEAU Frédéric (dir.), *La Grande guerre des sciences sociales*, Outrement, Athéna, 2014, p. 109-158 ; PROST Alain, « Le désastre sanitaire du Chemin des Dames », OFFENSTADT Nicolas (dir.), *Le Chemin des Dames, de l'événement à la mémoire*, Paris, Stock, 2004, p. 137-151. Sur la censure en général, FORCADE Olivier, *La censure en France pendant la Grande Guerre*, Paris, Fayard, 2016 ; FORCADE Olivier, « Voir et dire la guerre à l'heure de la censure », *art. cit.,* p. 50-62.
[82] SHD, GR 9 NN 7/1105, Demande du Chef de Cabinet du Ministre du 8 février 1915, n°1620 D.

que les protestations médicales reçoivent un écho dans les sphères décisionnaires. On ne peut cependant pas complètement exclure l'adhésion des médecins, notamment des médecins militaires, à une vision des choses faisant de l'efficacité de l'armée une priorité subsumant d'autres considérations.

Quoi qu'il en soit, l'invocation par les médecins du patriotisme et des exigences de l'administration raisonnée du contingent vient justifier aussi bien une certaine radicalité dans la récupération que la défense de la sévérité de la sélection. Pour les tenants du relâchement, c'est le nombre d'individus mobilisés qui reste le facteur stratégique décisif. Pour les partisans de la sévérité, l'efficacité de la troupe passe par la préservation de son intégrité sanitaire et morale. La santé des recrues et leur capacité d'adaptation deviennent centrales et il apparaît nécessaire de limiter les possibilités d'éclosion et de contamination par maladies infectieuses et d'écarter les facteurs de trouble. Il s'agit là d'une conception hygiéniste et fonctionnaliste de l'efficacité de l'armée. Militants de la rigueur et de l'assouplissement opposent donc deux conceptions stratégiques visant le même objectif – la victoire finale – et rejouent l'éternel débat opposant qualité et quantité des effectifs.

III. « Les scandales des conseils de révision » : tumulte parlementaire (1914-1916)

1. La sélection, enjeu politique

Le 1er avril 1915 à la Chambre des députés, au cours des discussions concernant l'appel anticipé de la classe 1917, Laurent Bougère (1864-1918), député siégeant à droite, relate son expérience au conseil de révision du canton de Segré (Maine-et-Loire). Il y participait en sa qualité de conseiller général. Marquée, dit-il, par des « faits scandaleux », une séance a manqué de se dérouler au mépris de « toutes les prescriptions de la commission d'hygiène » :

> Depuis de nombreuses années, à la demande du Parlement, à la prière de tout le corps médical, en présence du développement de la tuberculose, le ministre de la guerre n'a cessé de prescrire que l'examen des conscrits soit fait d'une façon minutieuse. Si deux médecins militaires ont été envoyés pour un seul conseil de révision, c'est pour qu'après l'examen de cinquante ou soixante hommes, le médecin fatigué pût se reposer et laisser la place à l'autre médecin qui continuerait l'examen. Or jamais on n'avait pu imaginer que si deux médecins étaient à la disposition du conseil, ce serait pour que chacun d'eux examinât et auscultât deux hommes simultanément à quelques mètres de distance.

> J'ai demandé la parole, le préfet a commencé par me la refuser (*Exclamations*). Je lui ai dit alors que je la prendrais quand même. Il m'a demandé pour quoi dire ? J'ai répondu : pour lire une circulaire du ministre de la guerre sur la manière dont la révision de la classe 1916 devait être faite, c'est-à-dire d'une manière très attentive et rigoureuse. Il ne voulait pas me laisser la parole. J'ai alors sorti le *Journal officiel* et j'ai lu la circulaire ministérielle que le préfet enfreignait par ses ordres […]. Du moment que le parlement n'était pas réuni, les préfets se sont crus des proconsuls. (*Mouvements divers*)
>
> Sur l'ordre du préfet, les deux médecins militaires ont commencé concurremment et après que quatre ou cinq hommes furent passés, le major à quatre galons a déclaré au préfet qu'il était impossible de les examiner sérieusement dans ces conditions, et, à partir de ce moment, la révision s'est poursuivie dans des conditions normales.
>
> Il va sans dire que nous avons déjeuné un peu plus tard. (*Exclamations et rires*)[83]

La révision de la classe 1916 s'est déroulée entre le 4 janvier et le 17 février 1915. La séance en question a vraisemblablement eu lieu avant le retour du Parlement dans ses fonctions, durant la période de vacance dite de la « dictature de Chantilly ». Ce n'est en effet que le 12 janvier 1915 que les députés et sénateurs se remettent à siéger en session réglementaire. Après quelques mois de guerre en l'absence de tout contrôle parlementaire, refusant de laisser les mains libres à l'exécutif et au commandement militaire, ils entendent à nouveau participer activement à la direction du pays et défendent leurs prérogatives avec vigueur[84]. D'où l'inquiétude de Laurent Bougère sur les libertés prises par le préfet durant la séance et l'indignation des députés lorsqu'ils apprennent que le même personnage a tenté de réduire leur collègue au silence.

La scène est révélatrice des tensions et rapports de force propres au déroulement des conseils de révision et dénote la tentation de l'accélération caractéristique des dynamiques de la mobilisation[85]. Malgré l'intervention du député, qui brandit à l'appui de son indignation la circulaire recommandant de procéder à la révision « d'une manière très attentive et rigoureuse », il faut que le médecin militaire le plus gradé proteste à son tour pour que les opérations reprennent selon les règles. Cet épisode révèle également que les entorses au fonctionnement réglementaire des opérations médicales du recrutement suscitent tant au sein du corps des experts médicaux que sur les bancs de la Chambre, de vigoureuses protestations.

---

[83] *JORF. Débats parlementaires. Chambre des députés*, Séance du 1er avril 1915, p. 519.
[84] Sur les formes du gouvernement de guerre en France, on lira BECKER Jean-Jacques, *La France en guerre, la grande mutation,* Paris, Seuil, 1990 ; BOCK Fabienne, *Un parlementarisme de guerre, op. cit.* ; KRIEGEL Annie*, Aux origines du communisme français 1914-1920 : contribution à l'histoire du mouvement ouvrier français*, Paris, Mouton, 1964 ; REBERIOUX Madeleine, « Le socialisme et la Première Guerre mondiale » in DROZ Jacques, *Histoire générale du socialisme*, t. 2, Paris, PUF, 1974, p. 585-645 ; RENOUVIN Pierre, *Les formes du gouvernement de guerre*, Paris, Presses universitaires, 1925.
[85] Chapitre 4.

L'anecdote montre enfin qu'en France, c'est la crainte d'une menace épidémique qui constitue le ressort de la dénonciation parlementaire, plus que l'exigence de la juste répartition de l'impôt du sang. Pour Laurent Bougère et la plupart de ses collègues, c'est parce que les examens médicaux se font « en présence du développement de la tuberculose » qu'ils doivent se dérouler avec la plus grande minutie.

En tant que partie intégrante de la tactique sanitaire, la sélection est débattue publiquement au Parlement comme un enjeu politique[86]. La répugnance à voir se relâcher les exigences du recrutement et à voir incorporés des hommes à la résistance amoindrie s'y manifeste principalement par le biais des députés médecins, notamment ceux de la commission de l'hygiène publique de la Chambre des députés. C'est d'ailleurs à la suite de la discussion d'un amendement introduit par le président de la commission que Laurent Bougère fait part de son expérience. La propension des médecins à intervenir directement dans les affaires de l'État pendant la guerre s'enracine dans la période 1870-1914, qui a vu de nombreux praticiens s'engager à la Chambre des députés et au Sénat afin d'y développer la législation sanitaire. La pression des hygiénistes sur le gouvernement a ainsi été à l'origine de notables avancées dans les dernières années du XIX^e^ siècle[87]. On retrouve sur les bancs de la Chambre plusieurs députés médecins parmi lesquels Louis Navarre, Lucien Dumont, Jean-Marie Guiraud, Louis Mourier, Raoul Pacaud, Gabriel Maunoury ou encore Amédée Peyroux, Édouard Lachaud et Henri Doizy[88]. Contrairement à l'Angleterre, où la protestation parlementaire s'exprime par le biais de députés souvent étrangers aux choses médicales, le débat français est le fait de spécialistes et le débat prend l'allure d'une discussion « aride et technique[89] » sur la gestion sanitaire de l'armée. L'avis de la commission d'hygiène est fréquemment sollicité sur les questions relatives à la sélection afin de garantir l'acceptabilité des dispositions modifiant les modalités des opérations médicales du recrutement.

[86] Sur l'intérêt de l'opinion et du Parlement pour les pourtant complexes questions sanitaires, voir RASMUSSEN Anne, « Préserver le capital humain », art. cit., p. 71-95 ; VIET Vincent, *La Santé en guerre, op. cit*.
[87] BOURDELAIS Patrice (dir.), *Les Hygiénistes. Enjeux, modèles et pratiques*, Paris, Éditions Belin, 2001, notamment p. 23 ; ELLIS Jack D., *The Physician-Legislators of France. Medicine and Politics in the early Third republic, 1870-1914*, Cambridge, Cambridge University Press, 1990 ; CAVE Isabelle, *État, santé publique et médecine à la fin du XIX^e^ siècle français,* Paris, L'Harmattan, 2016 ; MURARD Lion, ZYLBERMAN Patrick, *L'Hygiène dans la République. La santé publique en France ou l'utopie contrariée 1870-1918*, Fayard, Paris, 1996.
[88] JOLLY Jean (dir.), *Dictionnaire des parlementaires français (1889-1940)*, Paris, PUF, 1960.
[89] Henri Doizy, *JORF. Débats parlementaires. Chambre des députés*, Séance du 30 novembre 1915, p. 1940.

La question de la sélection médicale, ses modalités, sa sévérité occupent notamment les séances de la Chambre des 12 mars, 1er avril et 30 novembre 1915, 27 mars 1917[90]. C'est au moment de décider de la convocation anticipée des classes, donc de l'incorporation de recrues particulièrement jeunes, qu'ont lieu les discussions les plus significatives afin que :

> Ces jeunes gens, ces enfants, n'entreprennent le métier militaire, en temps de guerre, que dans des conditions de santé telles que leur vie ne sera pas en péril. […] Il ne faut pas qu'un seul jeune homme puisse être pris sans avoir donné toutes les garanties nécessaires pour l'accomplissement du service armé[91].

La nation consentant au sacrifice de ses éléments les plus jeunes, il est établi un contrat explicite entre l'État et ses citoyens portant sur les conditions de la sélection. A contrario, dans un climat de crise des effectifs et de chasse aux embusqués, le sort des ajournés, des exemptés et des conscrits versés dans le service auxiliaire des classes précédentes rencontre moins d'écho. Lors du vote de l'article 5, qui stipule que les réformés des classes 1913, 1914 et 1915 seront amenés à se présenter devant le conseil de révision de la classe 1917, quelques voix se font entendre :

> **M. Bouveri**. Si le nombre des réformés est plus élevé, c'est que les malingres et les hommes incapables de supporter les dures fatigues de la guerre ont été plus nombreux qu'on ne l'avait prévu. C'est pour cela que votre nouvelle révision, je le crains, n'aura pas plus de succès que la première[92].

Jean Bouveri (1865-1927), député ouvrier socialiste de Saône-et-Loire, s'émeut notamment du sort des réformés « par suite de blessures de guerre ou de maladies provoquées par le surmenage » qui seraient soumis à un nouvel examen :

> **M. Bouveri.** […] Ils sont actuellement incapables de gagner leur vie ; ils sont nombreux dans mon canton qui ont été […] mutilés au commencement des hostilités. Beaucoup marchent avec des béquilles et seront encore longtemps incapables de reprendre leur travail […]. Vont-ils être dans l'obligation de repasser la révision comme ceux que les commissions ont réformé simplement comme chétifs ou malingres ? […] il y a aujourd'hui des réformés n°2 pour longtemps encore incapables de reprendre leur travail, qui sont et resteront infirmes. Les soumettrez-vous à une nouvelle révision ?
>
> **M**. **le Ministre de la guerre**. Naturellement je ne peux pas faire autrement.
>
> **M**. **Maurice Viollette**. Ils ne seront pas pris voilà tout.

[90] *Journal officiel de la République française. Débats parlementaires. Chambre des députés : compte rendu in-extenso*, Imprimerie du Journal Officiel, Paris.
[91] Intervention d'Édouard Vaillant, *JORF. Chambre des députés*, Séance du 1er avril 1915, p. 517-518.
[92] *JORF. Chambre des députés*, Séance du 1er avril 1915, p. 519 voir aussi p. 521.

M. le rapporteur. La décision sera confirmée[93].

Mais leur sort ne suscite guère d'émotion et la discussion est rapidement close.

Plus houleux, le débat sur l'appel anticipé des jeunes classes entraîne rapidement l'évocation des conditions de la révision. C'est en effet le bon déroulement des opérations médicales du recrutement qui doit permettre de garantir le contrat passé entre l'État et les citoyens. Il s'agit de s'entourer :

> de toutes les précautions désirables, non seulement au point de vue sentimental, mais au point de vue militaire. Car il est de l'intérêt évident de l'armée de n'admettre dans ses rangs que des soldats capables de supporter les fatigues de la campagne. (*Applaudissements*)[94]

Malgré ces déclarations, il apparaît rapidement que le « point de vue sentimental », celui qui vise à garantir l'intérêt de l'individu, s'efface devant l'intérêt supérieur de l'armée. Contrairement à ce qui se passe en Angleterre, l'injustice, voire le drame, subis par les recrues incorporées en dépit de leurs défaillances ne fait partie de l'éventail rhétorique des partisans de la sévérité qu'à la marge. Les députés ne relaient que très peu de cas individuels érigés en exemple des impérities de la sélection. Pourtant, comme en Angleterre, les familles ont la possibilité de faire entendre leurs plaintes via la correspondance avec le ministère et avec leurs députés. Elles ne s'en privent pas pour critiquer, par exemple, le régime des permissions[95].

Le problème de la sélection est principalement évoqué à la Chambre sous l'angle désincarné soit de la préservation sanitaire du collectif armé, soit, plus pragmatiquement, de l'efficacité des troupes militaires. Pour Henri Doizy, « les chefs militaires ont tout intérêt à avoir des hommes sur lesquels ils peuvent compter[96] ». Il s'agit avant tout de ne pas s'encombrer de citoyens « qu'il n'y a aucun avantage à voir figurer dans l'armée[97] » selon les mots de Justin Godart lui-même. Amédée Peyroux (1872-1944), député conservateur de la 3e circonscription de Rouen, formé à la médecine militaire avant de s'établir comme généraliste, membre de la commission d'hygiène, s'oppose à l'adoption de l'article 5 du projet de loi imposant aux réformés d'être visités par les conseils de révision de la classe de 1917. Pour lui, cette mesure est une erreur « étant données les très faibles ressources qu'elle procurerait » :

---

[93] *Ibid*.
[94] *Ibid*, p. 516.
[95] CRONIER Emmanuelle, *Permissionnaires dans la Grande guerre*, Paris, Belin, 2013, p. 26-33. Le nationaliste exalté Gustave Hervé évoque avec beaucoup de mépris des lettres de mères de mobilisables, hostiles à l'incorporation anticipée de la classe 1917 : « Pas toutes très aimables, les lettres de Mamans. On dirait des chattes à qui on veut enlever les petits » cité par RIDEL Charles, *Les Embusqués*, *op. cit.*, p. 97.
[96] *JORF. Chambre des députés*, 30 novembre 1915, p. 1942.
[97] SHD, GR 9 NN 7/1100, Circulaire n° 567 Ci/7, Paris, le 5 août 1917, Aptitude physique au Service Militaire.

> Combien d'hommes, en effet, trouvera-t-on ainsi ? 10,000 ; 15,000 ; 20,000 ? il est impossible de le prévoir car il faut tenir compte des déchets à provenir. Et ce ne seraient au surplus que des bronchitiques, des hernieux, des rachitiques, des emphysémateux, etc., qui le plus souvent, étant à l'infirmerie plutôt qu'au régiment, ne donneraient aucune ressource nouvelle au pays, absolument aucune […]
>
> [J]e demande à nos collègues de ne pas voter un article qui incorporerait dans notre admirable armée non pas un appoint sérieux, mais des unités inutilisables et qui ne pourraient qu'embarrasser et gêner des unités qui ne renforceraient en rien nos glorieux effectifs […] [98].

C'est bien l'efficacité de l'armée qui, en dernière instance, doit constituer l'argument définitif. L'article 5, en dépit de l'opposition de Bouveri et Peyroux, est adopté sans amendement. Il serait donc faux de dire que les débats opposent les autorités militaires qui réclament la reconstitution rapide des effectifs et les députés qui défendent les intérêts de leurs électeurs. En bon gestionnaire du capital humain, les hygiénistes s'inquiètent des conséquences de l'incorporation de jeunes gens faibles dans les rangs de l'armée au nom de la préservation de la puissance militaire française.

Comme en Angleterre, les députés identifient un certain nombre de problèmes qui entravent le bon fonctionnement des conseils de révision. Amédée Peyroux rappelle ainsi en avril 1915 les conditions peu optimales dans lesquelles a lieu l'examen des conscrits :

> Est-ce vous apprendre quelque chose, monsieur le ministre, que de vous dire au milieu de quel bruit opèrent les conseils de révision ? L'auscultation, la percussion sont impossibles. C'est dans le brouhaha, au milieu des hommes qui s'habillent et se déshabillent, dans les conversations des hommes qui ont déjà passé, que vous décidez du sort d'un homme, en une minute et même une demi-minute[99].

Le problème de la cadence imposée aux médecins fait également l'objet de remarques répétées[100].

2. Peurs hygiénistes

Pendant la guerre, une part importante du travail parlementaire s'effectue au sein des commissions. Les députés y examinent les projets et propositions de loi et débattent en séances secrètes afin de garantir la confidentialité des questions relatives à la défense nationale. Ces

[98] *JORF Chambre des députés*, Séance du 1er avril 1915.
[99] *JORF. Chambre des députés*, Séance du 1er avril 1915, p. 521.
[100] Voir chapitre 4.

travaux sont relayés lors des débats précédant le vote, en séance publique[101]. La commission d'hygiène publique est l'une des 16 grandes commissions permanentes, correspondant aux grands domaines d'intervention de l'État, créées par la résolution du 17 novembre 1902. C'est à Édouard Lachaud (1857-1923) et Henri Doizy, successivement présidents de la commission, que revient régulièrement la tâche de présenter à la Chambre la position de la commission sur les projets de lois soumis à son expertise[102]. Dans la lignée de la seconde moitié du XIX^e^ siècle, où les hygiénistes ont joué un rôle prépondérant dans la définition des priorités du recrutement, ils dénoncent sans relâche dès 1915 ce qu'Henri Doizy appelle « les scandales des conseils de révision[103] », la légèreté des visites d'incorporation et le caractère superficiel des examens des commissions de réforme.

Si l'assouplissement de la sélection inquiète tant la commission, c'est en raison de la menace épidémique, notamment celle de la tuberculose, dont la prévalence inquiète les autorités sanitaires et militaires depuis mars 1915[104]. La crainte d'un désastre sanitaire pousse notamment Henri Doizy à relayer le 30 novembre 1915 le cri d'alarme lancé par la commission permanente de la tuberculose qui insiste sur les nécessaires « garanties scientifiques » qui doivent entourer les opérations médicales du recrutement. De manière significative, la protestation parlementaire s'appuie sur les travaux de Georges Lemoine, ancien médecin inspecteur devenu médecin chef de la 1^e^ armée, penseur de la sélection comme dispositif prophylactique[105].

Au fur et à mesure de l'avancée de la guerre, les membres de la commission d'hygiène soulignent la responsabilité du gouvernement. L'Union nationale a contribué à maintenir un temps les critiques ouvertes sous le boisseau mais l'inquiétude et la mise en cause, même timide, de la politique d'abandon de la rigueur sont clairement exprimées dès mars 1917. Pour les hygiénistes, les résultats désastreux de la sélection ne sont pas qu'un effet pervers du rationnement temporel résultant d'une mobilisation précipitée. Ils sont aussi le fait d'une

[101] BOCK Fabienne, *Un parlementarisme de guerre, op. cit*.
[102] C'est au sein de cet organe, plus qu'au sein de la Commission consultative du Service de santé du Ministère de la guerre, que sont formulées les inquiétudes les plus vives. Pourtant cette dernière s'est ouverte à des membres de la commission de l'hygiène publique, tel Édouard Lachaud, dès la fin du mois de novembre 1915 et, contrairement à ce que craignait Clemenceau, elle a suivi les orientations des grandes commissions et a renforcé le rôle de contrôle et de proposition des parlementaires. Voir à ce sujet VIET Vincent, *La Santé en guerre, op. cit.*, p. 54.
[103] *JORF. Chambre des députés*, Séance du 30 novembre 1915, p. 1941. Anne Rasmussen mentionne ce rôle majeur des hygiénistes dans « Expérimenter la santé des grands nombres : les hygiénistes militaires et l'armée française, 1850-1914 », *Le Mouvement Social*, vol. 257, no. 4, 2016, pp. 71-91.
[104] RIOLLET Catherine, « The other war II : setbacks in public health », in WINTER Jay, ROBERT Jean-Louis, *Capital Cities at War, Paris, London, Berlin 1914-1919*, Cambridge, New York, Cambridge university press, 1997, p. 456-486 ; VIET Vincent, *La Santé en guerre, op. cit.*, p. 524-526.
[105] *JORF, Chambre des députés*, Séance du 30 novembre 1915, p. 1942. Sur la sélection comme dispositif prophylactique, voir chapitre 1.

politique délibérée, celle de l'assouplissement des critères de l'Instruction[106]. Le 27 mars 1917, Henri Doizy estime ainsi que les modifications de l'*Instruction sur l'aptitude physique* des 12 mars, 24 juillet et 20 décembre 1916 sont tout à fait dommageables :

> Depuis un certain temps, on a fait un peu trop bon marché de cette institution [l'instruction sur l'aptitude physique], on l'a modifiée et remodifiée, je ne dirai pas à plaisir, le mot serait un peu trop fort, mais trop souvent suivant les nécessités plutôt militaires que médicales[107].

Il reproche au gouvernement d'avoir sacrifié la santé publique sur l'autel de la victoire militaire.

Malgré les bouleversements liés au conflit, le parlement remplit ici son office de contrôle de l'action des dirigeants dans le maintien de la légalité républicaine[108]. Le discours des médecins hygiénistes à l'égard du gouvernement est révélateur de la « bio-responsabilité » qui est assignée aux pouvoirs publics entre la fin du XIX^e^ et le début du XX^e^ siècle. Patrice Bourdelais a proposé ce concept afin de décrire le moment où les parlements et les gouvernements « savent désormais quels sont les facteurs de la santé publique et [sont] sommés d'agir en conséquence[109] ». Pour les députés de la commission d'hygiène, les premiers mois de la guerre ont donné lieu à des mesures contraires au bon fonctionnement de la sélection. Ces mesures faisant planer la menace épidémique, il apparaît urgent de réintroduire de la sévérité dans les opérations médicales du recrutement.

3. L'affaiblissement du consensus scientifique

Les débats et leurs conclusions permettent de distinguer l'affaiblissement du consensus entre scientifiques, au profit d'un consensus politique né des besoins de la guerre. Le consensus entre scientifiques – que Stephen Turner définit comme un savoir définitivement acquis, fixé dans les manuels et enseigné – cède la place à un nouveau consensus politique, par adaptation provisoire, collective et négociée du savoir médical, afin de résoudre un problème précis, celui de la crise des effectifs[110]. La commission se trouve en effet aux prises avec des exigences contradictoires. Il lui faut d'une part garantir la bonne santé des armées et de la population civile

[106] Voir chapitre 4.
[107] *JORF, Chambre des députés*, séance du 27 mars 1917, p. 870.
[108] Sur le maintien des principes constitutionnels français pendant la guerre, voir RENOUVIN Pierre, *Les formes de gouvernement de guerre, op. cit.*
[109] BOURDELAIS Patrice (dir.), *Les Hygiénistes, op. cit.*, p. 18-19.
[110] J'adapte ici une distinction opérée entre consensus scientifique et consensus entre scientifiques par TURNER Stephen, *Liberal Democracy 3.0. Civil Society in an Age of Experts*, Sage, London, 2003. Je propose la notion de « consensus politique » pour marquer la nécessaire adaptation de ce consensus à la présence d'un public parlementaire profane.

en formulant un « avis scientifique […] inspiré uniquement de ce qu'enseignent, depuis des années, les médecins militaires de carrière[111] », et d'autre part adapter ces principes jugés trop rigides à l'exceptionnel du temps de la guerre. La difficulté du travail de la Commission de l'hygiène publique est particulièrement évidente lors des débats sur l'appel de la classe 1917, deux ans avant sa date régulière d'incorporation, « deux ans trop tôt[112] » selon Henri Doizy. L'incorporation anticipée des classes 1915 et 1916 s'était faite sans difficulté, mais celle des classes suivantes, appelées particulièrement jeunes, déclenche des discussions animées[113]. Appeler la classe 1917 en 1915 signifiait en effet envoyer au front des jeunes gens âgés de dix-huit ans au lieu des vingt réglementaires.

Saisie pour avis, la Commission émet de fortes réserves. En pleine séance parlementaire, Henri Doizy donne ainsi lecture d'un manuel d'hygiène pour lequel :

> **M. Doizy**. […] « L'âge de vingt ans est donc le maximum acceptable pour l'incorporation…
>
> *Un membre*. En temps de paix !
>
> **M. Doizy**. … au-dessous, on n'a plus qu'un adolescent en pleine période d'évolution organique, gardant encore latentes les prédispositions morbides, sans moral, sans résistance, et qui, dans le milieu militaire, deviendrait le candidat choisi pour cette sélection que les maladies, la tuberculose surtout, opèrent fatalement ; en campagne, ils tomberaient comme les enfants de 1813 qui encombraient les routes et les ambulances. »
>
> […] Incorporer un jeune homme de dix-huit ans est une erreur au point de vue médical[114].

L'âge de l'incorporation fait donc l'objet d'un consensus entre médecins. Doizy mobilise le répertoire de l'autorité scientifique ; l'avis de la commission, dit-il un peu plus loin, s'appuie sur celui d'« hommes portant les noms les plus illustres de la science française[115] ». Il est brièvement interrompu par une voix, venue des bancs de la Chambre, qui rappelle que les nécessités du temps de paix ne sont pas celles du temps de guerre. Les exigences de la défense nationale commandent la révision des normes antérieures, soit l'assouplissements des critères, fussent-ils validés par la science. Henri Doizy lui-même exprime cette nécessaire adaptation en des termes éloquents au moment d'incorporer la classe 1918, elle aussi de manière anticipée : « La prolongation de la guerre nous impose des devoirs et des sacrifices qui ne peuvent être comparés à ceux du temps de paix, ni à ceux des guerres antérieures[116] ». Malgré les

[111] *JORF, Chambre des députés*, Séance du 30 novembre 1915, p. 1940.
[112] *Ibid*.
[113] RIDEL Charles, *Les Embusqués*, *op. cit.,* p. 81.
[114] *JORF, Chambre des députés*, Séance du 30 novembre 1915, p. 1940.
[115] *Ibid.*, p. 1941.
[116] *JORF, Chambre des députés*, 27 mars 1917, p. 869.

recommandations des manuels d'hygiène, la commission n'entend donc pas s'opposer à un certain assouplissement des exigences d'avant-guerre, mais elle formule néanmoins des recommandations afin de garantir que la sélection s'effectue dans des conditions garantissant son efficacité.

4. L'impossible argument statistique

Avant même de formuler des recommandations, le premier défi des tenants de la sévérité consiste à rendre visible la réalité du relâchement de la sélection et de ses conséquences sanitaires sans disposer de l'arsenal statistique habituel des débats parlementaires. Le XIX^e^ siècle a vu en effet les données chiffrées devenir l'élément central de la validation des faits. Les discours tenus sur la maladie et ses conséquences sociales s'appuient de manière privilégiée sur les chiffres comme éléments d'objectivité et d'impartialité. La quantification, véritable technique politique de fabrication du consensus, est devenu un langage commun indispensable à l'argumentaire politique en matière de santé publique[117]. L'objectivation par les nombres occupe d'ailleurs une place importante dans les pratiques de la médecine militaire depuis la guerre de Crimée. En portant la controverse sur la scène publique, « la représentation statistique [a concrétisé] de façon brutale les défauts de la direction militaire et [a contribué] à renforcer le savoir, le pouvoir et le statut de la médecine militaire[118] ». Enfin, faire appel aux chiffres dans l'argumentaire n'est pas anodin dans la mesure où certains scientifiques ont joué un rôle important dans l'administration de l'effort militaire. Paul Painlevé, mathématicien, est ministre de la guerre puis président du conseil ; Émile Borel, probabiliste, secrétaire général de la

[117] PORTER Theodore M., *The Rise of Statististical Thinking, 1820-1900*, Princeton, Princeton University Press, 1986 ; SCHWEBER Libby, *Disciplining Statistics. Demography and Vital Statistics in France and England, 1830-1885*, Durham, Duke University Press, 2006, p. 67 et suiv. Sur les statistiques comme outil de gouvernement : FOUCAULT Michel, *Sécurité, territoire, population. Cours de 1977-1978 au Collège de France*, Paris, Gallimard, 2004. Sur les statistiques outil de véridiction : STIGLER Stephen*, The History of Statistics. The Measurement of Uncertainty before 1900*, Cambridge Mass., Londres, Harvard University Press, 1986. Pour d'utiles synthèses : BERLIVET Luc, « Déchiffrer la maladie », in DOZON Jean-Pierre, FASSIN Didier (dir.), *Critique de la santé publique : une approche anthropologique*, Paris, Balland, 2001, p. 75-102 ; DESROSIERES Alain, « La statistique, outil de gouvernement, outil de preuve » in *Pour une sociologie historique de la quantification*, Paris, Presses de l'école des Mines, 2008, p. 7-20.

[118] FREDJ Claire, « Compter les morts de Crimée : un tournant sur l'identité professionnelle des médecins de l'armée française (1865-1882) », *Histoire, économie & société*, 2010/3, 29^e^ année, p. 95-108.

Présidence du Conseil ; Simiand et Halbwachs, membres du cabinet du ministre de l'armement Albert Thomas[119].

Or, Henri Doizy déplore avec un certain agacement l'impossibilité de recourir aux chiffres habituellement brandis par les hygiénistes en séance :

> [J]'avais demandé certains renseignements statistiques d'ordre sanitaire touchant la classe 1914, la classe 1915, la classe 1916. J'ai le regret de dire que M. le ministre de la guerre précédent ne m'a pas fourni les renseignements nécessaires ; ils auraient cependant été de la plus haute importance pour éclairer notre religion sur le point spécial qui nous intéresse. (*Très bien ! très bien !)*
>
> **M. Pottevin**. Je sais qu'en effet on ne peut pas fournir à M. Doizy les renseignements relatifs à la classe 1915 et 1916 ni même 1914, parce que depuis le début de la guerre les services statistiques sont passés au second plan[120].

Les services statistiques sont en effet fortement perturbés par l'entrée en guerre. En outre, quand bien même les députés disposeraient de chiffres éloquents, leur nécessaire autocensure lors des séances publiques concernant les affaires relatives à la conduite de la guerre les condamne à rester allusifs. Lorsque Henri Doizy prend la parole pour dénoncer la conduite des conseils de révision et leur mépris de l'arrêté ministériel du 9 avril recommandant la rigueur, il ne peut évoquer le chiffre de l'effectif de la classe 1917. Il en est réduit à des contorsions qu'il sait n'être guère convaincantes :

> M. le ministre de la guerre était de bonne foi quand il a rédigé cet arrêté, mais je me demande comment le dit arrêté a été appliqué.
>
> Je me demande, parce qu'on nous a, à la commission mixte, indiqué l'effectif de la classe 1917 qui doit être incorporée. Je ne veux pas faire connaître ici ce chiffre, car je ne sais pas s'il figure dans des documents rendus publics, mais ce chiffre est énorme, et certainement, monsieur le ministre, si l'arrêté de votre prédécesseur avait été rigoureusement suivi, ce chiffre aurait été réduit des deux tiers certainement, des trois quarts peut-être[121].

Comment dès lors convoquer des données objectives susceptibles d'apporter, sinon la preuve, du moins des indices convaincants de la menace sanitaire pesant sur le collectif armé ?

Les hygiénistes de la commission en ont bien conscience, « la force des messages diffusés ne dépend pas simplement de la rigueur scientifique de [leur] approche mais aussi de façon plus critique, de [leur] aptitude communicative à manier et présenter ses informations de

[119] Sur Maurice Halbwachs pendant la guerre, on lira BECKER Annette, *Maurice Halbwachs. Un intellectuel en guerres mondiales, 1914-1945*, Paris, Agnès Viénot Éditions, 2003.
[120] *JORF, Chambre des députés*, séance du 30 novembre 1915, p. 1940.
[121] *JORF, Chambre des députés*, séance du 30 novembre 1915, p. 1941.

manière à exercer une influence maximum sur une audience plus large et variée que celle des seuls médecins[122] ». Aussi, Henri Doizy choisit-il un indicateur bien connu des hygiénistes, l'indice de Pignet[123]. Ce coefficient, qui quantifie l'aptitude militaire à l'aide des mesures du thorax, du poids et de la taille, constitue avant la guerre un outil indicatif dans l'évaluation des « cas douteux » susceptibles de développer la tuberculose[124]. « Plus cet indice est bas, meilleur est l'homme[125] », précise le président de la commission d'hygiène en séance.

Il est intégré à l'argumentaire des hygiénistes à la Chambre comme instrument de contrôle de la sévérité de la sélection. En février 1914, alors qu'il est question de savoir si la révision a été faite de manière suffisamment rigoureuse, Henri Doizy égrène les chiffres suivants :

> Voici une statistique qui porte sur six années, de 1907 à 1912. Combien y a-t-il eu de réformes pour tuberculose ? Il y en a eu 3,47 p. 100 de l'effectif pour tous les hommes ayant l'indice de Pignet supérieur à 20. Mais quel donc a été le chiffre pour les hommes dont l'indice de Pignet a été inférieur à 20 ? De 3,47 p. 100 nous tombons immédiatement à 0,94.
>
> Vous voyez messieurs, la grande importance d'une sélection rigoureuse[126].

Les indices inférieurs à 20 caractérisent, dans la classification de Pignet, les constitutions fortes (11 à 15) et très fortes (0 à 10). Dans le discours du député, l'indice est convoqué à l'appui d'autres statistiques classiques, celles de la réforme pour tuberculose, mais aussi plus loin celles de la mortalité et de la morbidité par classe. Ces chiffres viennent appuyer la demande de renforcement de la sélection, leitmotiv de l'intervention des hygiénistes à la Chambre.

En l'absence d'autres données chiffrées pendant la guerre, c'est l'indice seul qui devient le pivot de l'entreprise de dénonciation menée par Henri Doizy. En novembre 1915, le député s'alarme :

> La classe 1916 a été incorporée dans des conditions telles – j'ai pu m'en rendre compte dans certains régiments – que des indices très élevés ont été acceptés. La même coupable erreur a dû

---

[122] SZRETER Simon, « The GRO and the Public Health Movement in Britain, 1837-1914 », *Social History of Medicine*, vol 4, n°3, Décembre 1991, p. 435-463. Cité et traduit par DESROSIERES Alain, *L'Argument statistique. Pour une sociologie historique de la quantification*, *op. cit.,* p. 268.

[123] Voir chapitre 1.

[124] LEMOINE Georges, *Traité d'hygiène militaire*, Paris, Masson, 1911, p. 16 ; « Les experts trouveront dans le poids, le périmètre thoracique, l'indice respiratoire, le coefficient de robusticité, de précieux éléments d'appréciation de la valeur physique » ; « Pour l'appréciation de cette faiblesse de constitution et de son degré, on fera appel aux mensurations combinées du poids, de la taille et du périmètre thoracique. On tiendra le plus grand compte du coefficient de robusticité (coefficient de Pignet) », Ministère de la guerre, *Recrutement de l'armée : aptitude physique au service militaire*, Paris, H. Charles-Lavauzelle, volume arrêté à la date du 20 décembre 1916, 1916, p. 7, p. 10.

[125] *JORF, Chambre des députés*, séance du 30 novembre 1915, p. 1942.

[126] *JORF, Chambre des députés*, séance du 20 février 1914, p. 974.

> se produire pour la classe 1917, puisque son effectif est à peu près équivalent à celui de la classe 1916.
>
> Au 65e régiment, à Nantes, j'ai demandé communication de la liste des hommes qui, lors de la visite d'incorporation, avaient été présentés pour la réforme temporaire. Le médecin-major, en avait présenté quatre ; trois ont été réformés temporairement ; ils avaient comme indices respectivement 49, 56 et 41.
>
> Le quatrième, dont l'indice était de 43, a été maintenu au corps ! C'est profondément regrettable[127].

Faute de statistiques globales, ce sont des cas individuels qui sont cette fois brandis par le député. Les soldats dont il est question, caractérisés par des indices supérieurs à 35, tombent dans la dernière catégorie, « constitution très médiocre », de la classification de Pignet. Ainsi, le 20 décembre 1916 :

> Il est évident qu'entre deux jeunes gens qui ont, par exemple, tous deux, une taille de 1 m. 70, celui qui pèse 70 kilogr. avec un périmètre thoracique de 86 cm, ce qui est, conséquemment, un indice extrêmement faible, sera plus résistant que celui qui pèse 60 kilogr., avec un périmètre de 75 cm et un indice de 35.

Les conséquences de l'abandon de la rigueur sont éclairées par une donnée claire et puissamment évocatrice. Instrument de contrôle privilégié de la sévérité du triage médical dès 1914, le Pignet devient donc l'outil de validation de la supplique hygiéniste durant la guerre. Il présente toutes les qualités nécessaires pour frapper l'imagination des parlementaires et être intégré à l'élaboration de mesures de régulation.

IV. « *The Scandal of the Unfit* » en Angleterre ou la fabrique d'une crise politique (1914-1917)

La protestation parlementaire prend en Angleterre des dimensions tout à fait remarquables dues au retournement de l'opinion en faveur des recrues incorporées malgré leurs graves déficiences. L'émotion populaire provoque la mise en place d'une commission d'enquête (*Select Committee*) dont les travaux amorcent une importante crise politique. Dans

[127] *JORF, Chambre des députés*, séance du 30 novembre 1915, p. 1942.

cette dynamique de mobilisation en faveur des recrues, les tribunaux d'appel jouent un rôle important de médiateurs du mécontentement populaire.

1. Basculement de l'opinion : le rôle médiateur des tribunaux d'appel

Malgré les difficultés rencontrées dès 1914 par le système de recrutement, et en son sein par la procédure de l'examen médical, la publicisation des cas les plus criants ne tourne à l'affaire politique qu'en 1917. C'est durant cette année que s'effectuent le retournement de l'opinion, l'irruption de la question des examens dans les débats parlementaires et la réaction politique qui s'ensuit. Pendant les premiers mois du conflit, les préoccupations sont tout autres. C'est le nombre élevé de recrues indûment écartées du service qui intéresse la presse et les autorités[128]. Dans le contexte de guerre totale, la déploration du mauvais état de santé de la population masculine britannique cède la place à la suspicion qui se cristallise, comme en France, autour de la figure de l'embusqué[129]. C'est donc l'inégale répartition de l'effort de guerre dans la population masculine en âge de combattre en raison des agissements de ces fraudeurs, et non le sort des invalides envoyés au front, qui occupe le devant de la scène et pousse les autorités à annoncer l'instauration de la conscription[130]. Le triage médical fonctionne pourtant particulièrement mal et nombreuses sont les recrues inaptes à être incorporées puis, parfois, renvoyées chez elles lorsque l'étendue de leur inaptitude devient trop manifeste[131].

Entre 1916 et 1917, les choses changent. La recrue passe du statut de coupable, d'embusqué soupçonné de tenter d'abuser les commissions, à celui de victime de l'emballement du système de recrutement. Les tribunaux d'appel contribuent pour une part importante à ce basculement de l'opinion. Ils sont amenés à traiter en nombre croissant des demandes de la part de recrues contestant les modalités et les résultats de leur examen médical. Leurs jugements contribuent à mettre en lumière l'iniquité des décisions prises par certaines commissions médicales. Pour Pierre Purseigle, ces tribunaux d'appel sont caractéristiques du processus constant de « négociation par lequel la société civile [essaie] de limiter les prétentions de l'État sur la nation[132] ». Composés de notables représentant chaque section de la communauté locale,

[128] NA, CAB 30/57/0074, *Manpower and Recruiting, Memos and Reports*, 11 octobre 1915.
[129] SILBEY David, « Bodies and Culture collide… », *art. cit.*, p. 71.
[130] ADAMS Ralph James, POIRIER Philip, *The conscription controversy in Great Britain, 1900-1918*, Londres, Basingstoke, Macmillan, 1943, p. 121-125.
[131] NA, CAB 27/2, *Report from the CID on War Policy*, 6 September 1915 ; WO 159/18, *The Creedy (K) Papers – Kitchener Letters*, 1914-1915.
[132] PURSEIGLE Pierre, *Mobilisation, sacrifice et citoyenneté. Angleterre-France, 1900-1918*, Les Belles Lettres, 2013, p. 380.

les tribunaux apparaissent comme des médiateurs de choix soit des acteurs « suffisamment détachés des victimes pour apparaître désintéressés, et suffisamment habiles pour faire jaillir une opinion favorable au renversement des discours, à la production de nouvelles versions[133] ». C'est leur médiation qui permet le basculement de l'opinion et la transformation de ce qui apparaît d'abord comme une série d'injustices en véritable affaire politique.

Ainsi que le souligne James McDermott, le traitement des contestations par les tribunaux d'appel ne peut être réduit à quelques anecdotes révélatrices de cas isolés d'incompétence médicale ou de pression exercée par la hiérarchie militaire[134]. Constatant le nombre et la gravité des erreurs d'affectation, les tribunaux se sont érigés en porte-parole de l'opinion, en garants des droits des populations civiles. Un mémorandum du tribunal d'appel de Middlesex évoque ainsi la mission dont se sont sentis investis certains tribunaux :

> Malheureusement, les faits ont prouvé que les examens conduits par les commissions médicales étaient loin d'être satisfaisants et il a paru au Tribunal de son devoir de procéder à la critique méticuleuse de toutes les [demandes d'exemption] qui ont été portées à sa connaissance […]. Le Tribunal juge que l'enrôlement d'hommes inaptes au service est non seulement contraire à l'intérêt national mais aussi de nature à causer le mécontentement de la population civile et à dégrader la confiance que celle-ci a placé dans les autorités. […] Ce fut le devoir du Tribunal de s'interposer entre les exigences de l'armée d'une part, et celle de la population civile d'autre part[135].

Face au représentant de l'armée, le président du tribunal « refuse d'être un fantoche[136] ». Dès le printemps 1916, les tribunaux de Londres déclarent ainsi avoir perdu toute confiance dans la compétence des commissions médicales chargées du recrutement[137]. Pour eux, l'exemption sans détour des inaptes constitue une mesure d'intérêt public. Ces propos sont reproduits dans le *Times* du 12 avril. Loin de relever du travail de bureaucratie anonyme, l'action des tribunaux est ancrée dans les communautés locales et s'effectue au vu et au su de tous[138]. Leur jugement, et les commentaires parfois acerbes qui l'accompagnent sont abondamment repris dans la presse locale et nationale qui amplifie ainsi la crise. Lorsqu'un tribunal d'appel londonien

---

[133] BOLTANSKI Luc, CLAVERIE Élisabeth, OFFENSTADT Nicolas, VAN DAMME Stéphane (dir.), *Affaires, scandales et grandes causes, op. cit.*, p. 13.
[134] MCDERMOTT James*, British Military Service Tribunals, op. cit.*, Chapitre 8 : Fitness to serve.
[135] NA, MH 47/144/3, Miscellaneous Memoranda: Middlesex Appeal Tribunal, Meeting November 21st, 1918, « Memorandum for the Chairman », p. 2-3. Voir annexe n° 41.
[136] NA, MH 47/144/1-2, p. 3. Herbert Nield : « *We have been set up to hold the scale evenly between the Army and the men. I am not going to be reduced to a cypher* ». Ses propos sont reproduits dans l'*Evening News* et l'*Evening Standard* du 29 septembre et le *Daily News* du 30 septembre 1916.
[137] MCDERMOTT James, *British Military Service Tribunals, op. cit.*, p. 183.
[138] GREGORY Adrian, « Military Service Tribunals: civil society in action », in HARRIS Jose*, Civil Society in British History. Ideas, Identities*, *Institutions*, OUP*,* Oxford, 2003, p. 177-191*,* ici p. 181.

s'insurge contre les méthodes du bureau de recrutement de Mill Hill, qui déclare A1 des appelés ayant « un pied dans la tombe », on retrouve l'expression dans les colonnes de l'*Evening News* et de l'*Evening Standard*[139]. Le déroulement de l'appel de Bernard Bonham, déclaré bon pour le service en dépit d'une phtisie pulmonaire puis exempté après son passage devant le tribunal, fait l'objet d'un article du *Mercury* du 16 mars 1917. Le journal s'intéresse à d'autres jugements du même type dans ses éditions des 1er décembre 1916, 12 et 19 janvier 1917. En outre, les membres des tribunaux d'appel sont nombreux à détenir par ailleurs un mandat électif. C'est le cas, par exemple, d'Herbert Nield (tribunal de Middlesex), de Godfrey Baring (tribunal du Hampshire), Donald Maclean (tribunal de la ville de Londres), James Kiley (tribunal de Stepney) et Albion Richardson (tribunal de la ville de Londres)[140]. C'est par l'intermédiaire de députés qui siègent aux tribunaux d'appel que l'affaire fait irruption à la Chambre des Communes.

2. Saisie de l'espace public : orages à la Chambre des Communes

L'indignation des tribunaux trouve des relais dans la presse. Au début du XXe siècle, les Britanniques sont de grands consommateurs de journaux. La production journalistique a explosé durant le dernier quart du XIXe siècle, encouragée par les progrès de l'alphabétisme, l'inflation de la classe moyenne et l'extension du droit de vote qui a stimulé l'intérêt pour la politique. En 1914, le quotidien populaire *Daily Mail* tire à 900 000 exemplaires. L'offre est variée et embrasse tout le spectre politique. Le rôle de la presse dans la formation de l'opinion publique est connu et le contenu des principaux journaux est surveillé par la classe politique[141]. Comme toutes les affaires concernant l'armée et les opérations militaires[142], les opérations médicales du recrutement sont suivies avec intérêt par la presse. Elles sont souvent commentées

[139] « *Next to death's door* », in *Evening News,* in *Evening Standard,* 25 août 1916 ; NA, MH 47/144/1-2. Voir aussi *Hansard's Parliamentary Debates*, *House of Commons* (*H.C. Deb*.)*,* London, Baldwin & Cradock, 1803-2005, séance du 1er mars 1917, c2254.
[140] Voir par exemple *H.C. Deb*., vol 94, c2043, séance du 21 juin 1917 ; *Ibid*., vol. 94, c2008.
[141] KOSS Stephen, *The rise and fall of the political press in Britain*, vol. 2, Londres, Hamish Hamilton, 1984, p. 15-237 ; SELL Henry (dir.), *Sell's World Press*, London, King, Sell and Olding, 1914, p. 147.
[142] BOWMAN Timothy, CONNELLY Mark, *The Edwardian Army. Recruiting, Training and Deploying the British Army, 1902-1914*, Oxford, Oxford University Press, 2002, p. 147 & suiv. ; PARIS Michael, *Warrior Nation, Images of War in British popular culture, 1850-2000*, Londres, Reaktion, 2000 ; WILKINSON Glenn, *Depictions and Images of War in Edwardian Newspapers, 1899-1914*, Basingstoke, Macmillan, 2002.

par les correspondants médicaux des journaux. Certains courriers, envoyés par des membres anonymes du corps médical, sont également reproduits[143].

Le 25 août 1916, le *Daily Star* publie « Le Scandale des inaptes », un article dans lequel le quotidien dénonce avec virulence les « méthodes de la commission médicale de Mill Hill[144] », l'un des bureaux de recrutement de l'armée dans les environs de Londres. Le journal et de nombreux autres titres s'inquiètent de la façon dont se déroule l'examen médical. « Nous craignons que de très sérieuses anomalies n'affectent la méthode des examens médicaux » déplore le *Times* qui soupçonne certaines commissions de vouloir envoyer autant d'hommes au front que possible « sans tenir compte de leur qualité[145] ». On reproche aux médecins d'établir des diagnostics hâtifs et d'incorporer des hommes inaptes au service armé. « Pourquoi tant d'invalides dans l'armée[146] ? » se demandent quantité d'articles de presse évoquant des pères de famille infirmes forcés de revêtir l'uniforme. Les correspondants répondent à cette question en incriminant l'incompétence ou le cynisme des médecins chargés du recrutement.

Le mécontentement croissant de l'opinion se traduit par un nombre important de courriers envoyés par les familles au Ministère de la Guerre. Le directeur du recrutement britannique, Auckland Geddes, évoque ainsi un flot incessant de lettres dont il résume le contenu en ces termes : « untel est inapte au combat dans les tranchées, son incorporation est une honte[147] ». Inspecteur du dispositif médical du recrutement, James Galloway procède à un constat similaire :

> Nous avons été submergés par un nombre important de réclamations émanant de tout le territoire. La plupart d'entre elles ont été récemment portées à ma connaissance et il est de notre devoir d'enquêter afin de découvrir leur origine, de mettre au jour les difficultés qui en ont été la cause[148].

La question des examens médicaux dépasse donc l'espace de la supplique familiale pour accéder à une plus vaste audience. Elle commence à prendre les caractéristiques d'une véritable

---

[143] « Enlistment and the unfit », *The Times*, 18 janvier 1916, p. 9
[144] « The scandal of the Unfit », *Daily Star*, 25 août 1916. Voir annexe n° 45.
[145] « *We fear that there are still very serious defects in the method of medical examination for recruits, similar to those on which we remarked similar to those on which we remarked when Lord Derby's Scheme was begun* […] *certain persons are anxious at this moment to get on paper as many voluntary recruits as they can irrespective of their quality.* », in « Medical test for recruits », *The Times*, 18 janvier 1916, p. 9.
[146] « Why there are so many unfits in the Army » ; « Mr H. Nield, MP, on Medical Boards – Men Who Go Into Hospitals in a Few Days – Homes Broken Up », NA, MH 47/144/1-2, *Press Cuttings*, p. 44, p. 54
[147] NA, MH 47/144/4, Select Committee, Minutes of evidence, 2 Juillet 1917, p. 8.
[148] « […] *we have been snowed over* […] *with large numbers of complaints which have come from the country. Most of them have recently come under my own notice, and these it is our duty to investigate and find out the origin of, the difficulties which have caused them* […] » in NA, MH 47/144/4, Select Committee. Minutes of evidence, 4 Juillet 1917, p. 24.

« affaire » en enrôlant le Parlement. La promulgation le 8 août du *Defence of the Realm Act* modifie les règles de l'exercice du pouvoir en transférant les pleins pouvoirs à l'exécutif. Mais le Royaume-Uni réussit, pendant toute la durée de la guerre à maintenir la primauté du pouvoir civil sur le pouvoir militaire. En effet, les instances parlementaires britanniques continuent de siéger à une fréquence semblable à celle d'avant 1914 et débattent librement. Même si l'activité législative s'est considérablement réduite et les prérogatives de l'exécutif se sont étendues et diversifiées, le Parlement continue d'exercer un contrôle politique sur le gouvernement, notamment via la mise en place de commissions d'enquête parlementaire[149].

L'affaire des examens médicaux est abordée à la Chambre des Communes de manière sporadique dès 1916, au cours des discussions autour de l'application du *Military Service Act*, puis prend une importance significative[150]. En août et en octobre, les interventions du député travailliste Philip Snowden (1864-1937), notoirement hostile à la conscription, montrent un durcissement des débats[151]. Il évoque plusieurs cas issus de sa circonscription et espère obtenir justice ou réparation pour les hommes ayant souffert de l'incurie des commissions médicales. Devant l'indifférence de Lloyd George, alors Ministre de la Guerre, plusieurs parlementaires, sollicités par leurs électeurs, commencent à rassembler des éléments permettant de répondre aux inquiétudes de l'opinion et de faire réagir le gouvernement. Parmi eux, Herbert Nield préside l'un des tribunaux d'appel du Middlesex. Député conservateur, il y interpelle vertement les responsables militaires sur les modalités de déroulement des examens[152]. Il fait bientôt preuve de la même combativité au Parlement. Le 1er mars 1917, Herbert Nield évoque le sujet avec gravité, poussé dit-il, par le sens du devoir (« *the sense of duty which I feel on this question of medical board examination* ») :

> […] le classement des recrues effectué par les commissions médicales militaires […] a occasionné de sévères et bien inutiles épreuves ainsi que d'importantes dépenses en raison du grand nombre d'hommes qui, au cours de leur entraînement, se sont révélés incapables d'accomplir les tâches attendues d'eux par l'armée, et ont en conséquence été envoyés à l'hôpital pour y recevoir des soins. Là, ils ont occupé des lits et du personnel dont les blessés de retour du

[149] Sur la vie politique britannique pendant la guerre, BURK Kathleen, *War and the State*, *The Transformation of British Government, 1914-1919*, Londres, Routledge, 2014 [1982] ; TURNER John, *British Politics and the Great War. Coalition and Conflict, 1915-1918*, Yale University Press, 1992 ; WILSON Trevor, *The Myriad Faces of War, Britain and the Great War 1914-1918*, Polity Press, 1986.
[150] *H.C. Deb.,* séance du 7 mars 1916, vol. 80, cc1338-1339 ; séance du 11 juillet 1916, vol. 84, c182.
[151] *H.C. Deb.,* séance du 1er mars 1917, cc2253. Voir aussi *H.C. Deb*, séance du 2 novembre 1916, vol. 86, cc1802-1804.
[152] *Daily Telegraph*, 23 novembre 1916 ; NA, MH 47/144/1-2.

> front auraient eu un besoin urgent ; […] il apparaît urgent de diligenter une enquête afin de réformer et standardiser les examens médicaux[153].

Cette situation est d'autant plus préoccupante, lui semble-t-il, que ces hommes sont soustraits à d'utiles activités à l'arrière et se révèlent bien vite n'être d'aucune utilité à l'armée. Le dossier du député, qui espère mobiliser la Chambre, est soigneusement préparé. Herbert Nield a en effet pris des notes lors de son activité au tribunal d'appel de Middlesex, rassemblé des cas qu'il espère parlants, des témoignages de praticiens et de recrues ainsi que d'éloquentes statistiques qu'il présente aux parlementaires afin de révéler l'ampleur du scandale et d'appeler à la refonte radicale du système de sélection médicale[154].

C'est de manière tout à fait caractéristique qu'il débute son plaidoyer par la menace sanitaire, qu'il sait prompte à frapper les esprits. Il évoque 5 000 soldats réformés pour tuberculose : « comment se fait-il, dit-il, qu'ils souffrent de [cette maladie] ? N'ont-ils pas été correctement examinés afin que l'on puisse déterminer si oui ou non ils étaient sujets à la tuberculose[155] ? ». Des directives très strictes orientent en effet à ce moment-là la détection des tuberculeux lors de la sélection médicale, conçue comme un véritable dispositif prophylactique[156]. Les commissions ont pour instruction d'écarter systématiquement les candidats ayant subi au préalable un traitement antituberculeux[157] et toute réforme prononcée en raison de trouble pulmonaire interdit définitivement d'être à nouveau incorporé[158]. Un spécialiste (*Tuberculosis Officer*) doit examiner les candidats à l'exemption porteur d'un certificat médical mentionnant des antécédents de tuberculose. Cet examen donne lieu à des statistiques accablantes que brandit Herbert Nield à l'appui de son propos : les commissions

[153] « […] *the classification of recruits for the Army by military medical boards, particularly of men who have been previously examined upon attestation under the Derby scheme and rejected as unfit, has been productive of great and unnecessary hardship as well as expense by reason of the large number of such men, while undergoing training, being found unable to perform the military work required of them in the class to which they have been assigned, whereby they have had to be sent for hospital treatment and have occupied accommodation and medical attendance urgently required for returned wounded men; and* […] *an inquiry is urgently needed to alter and standardise these medical examinations* », in *H.C. Deb.*, vol. 90, séance du 1er mars 1917, cc2237-2238.
[154] « *I should like to give the House some information which I have gathered in the course of my experience in connection with tribunals. I agree that it is limited, but it is derived from many notes that I took, with as full details as possible, and it indicates the extraordinary nature of the medical examination. I have before me a list of men who have been passed in certain categories, and that in a way which no possible system can justify* […]. *These cases show the necessity of some radical re-organisation* », in *H.C. Deb.,* séance du 1er mars 1917, c2242 voir aussi c2252.
[155] *H.C. Deb.,* séance du 1er mars 1917, cc2241-2242.
[156] Chapitre 1.
[157] Army Council Instruction n°471.
[158] Army Regulation n°908.

sont responsables de l'incorporation dans les forces armées d'individus porteurs du germe fatal et donc de sa propagation.

À la suite de ce préambule, le député accumule les exemples d'individus incorporés en dépit d'importantes limitations de leurs capacités dans des catégories impliquant d'importants efforts physiques qu'ils se révèlent bien incapables de fournir. Il détaille longuement plusieurs cas, dont celui de R. F. Dyer, 38 ans, boucher, employé à de menus travaux au Central Meat Market en raison d'un ulcère gastrique[159]. Au cours de son examen, Dyer produit un certificat médical détaillant son état de santé et indique que son ulcère, qui le contraint à suivre un régime alimentaire strict, l'a déjà conduit à rester alité plusieurs mois et a entraîné sa réforme des forces de police. Il est pourtant déclaré apte et classé dans les forces armées par la commission médicale. Il ne s'écoule pas vingt-quatre heures avant qu'il ne s'écroule et soit évacué à l'hôpital de Mansfield en raison de vomissements et d'intenses douleurs abdominales. Plusieurs fois hospitalisé, il finit par succomber d'une hémorragie causée par son ulcère.

Certificats déchirés, examens bâclés, diagnostics antérieurs méprisés, antécédents délibérément ignorés, Herbert Nield dresse un portait à charge de l'activité de commissions médicales gouvernées par la logique du rendement au mépris de l'intérêt des hommes qu'elles examinent. Il est immédiatement secondé par Philip Snowden qui mentionne le rôle des tribunaux d'appel dans la mise au jour de la négligence des commissions – même si, estime-t-il, ceux-ci ne sont pas exempts de tout reproche – et rappelle que l'affaire a déjà suscité l'ire de la presse :

> Mon très estimé collègue, en tant que président d'un tribunal d'appel, n'est pas le seul à s'indigner et à déplorer les agissements des commissions médicales. J'ai lu dans un journal de Newcastle datant de deux ou trois jours seulement que le président d'un tribunal du comté de Durham avait eu des mots très durs pour ces commissions médicales qui envoient à l'armée des hommes inaptes[160].

À l'appui des preuves collectées par Nield, il égrène lui aussi quelques cas de sa connaissance, issus de sa circonscription électorale, et conclut :

> Il me serait facile d'accumuler les exemples de ce type mais il n'en est nul besoin me semble-t-il. Ces agissements sont bien connus de tous les membres de cette Chambre, ce qui est scandaleux

[159] *H.C. Deb.,* séance du 1er mars 1917, cc2245-2246.
[160] « *The hon. and learned Member, as the chairman of a tribunal, is not alone in expressing his regret and indignation at the action of the medical boards. I read in a Newcastle paper only two or three days ago that the chairman of an appeal tribunal in county Durham had been expressing himself very strongly indeed about the action of these medical boards in sending unfit men into the Army* » in *Ibid*, cc2254.

> et suscite d'ailleurs la colère de l'ensemble du pays. Deux ou trois des cas que j'ai soumis à la Chambre ont ainsi provoqué l'indignation du voisinage des hommes concernés[161].

Pour le parlementaire, la situation, qui provoque le mécontentement de l'opinion, se fait inquiétante.

À la suite de l'alerte lancée par Snowden et Nield, les conditions de la sélection médicale commencent à occuper un espace particulièrement significatif dans les discussions des députés. Aux mois de mars, avril et surtout juin 1917, la question est régulièrement abordée. En juin, sur les vingt-et-une séances de la Chambre, dix-neuf y sont en partie consacrées[162]. Au cours de débats orageux, les députés somment bientôt les autorités militaires de rendre des comptes sur les méthodes de l'examen médical. Le 11 juin 1917, Charles Swann (1844-1929), député de Manchester North, interpelle le sous-secrétaire d'État à la Guerre à propos d'Herbert Turner, classé A1 en dépit de graves troubles cardiaques. William Anderson (1877-1919), député de Sheffield Attercliffe, évoque le chiffre de 200 000 hommes inaptes, qui auraient été déclarés bons pour le service. Le 14, Maurice Levy (1859-1933), député de Loughborough, évoque le « mécontentement croissant » de l'opinion concernant le classement d'hommes « parfaitement inaptes » dans le service armé[163].

La Chambre des Communes réagit à une émotion populaire qui a une histoire[164], celle des protestations qui émaillent les conflits du XIX^e^ siècle et ont accéléré la mise en place de réformes du fonctionnement des services de santé militaires[165]. La Grande Guerre ne fait pas exception et le fonctionnement des services de santé est régulièrement sous le feu des critiques[166]. À la fin du XIX^e^ siècle, la formation de l'opinion bénéficie de l'extension de l'alphabétisation et de la densification de la presse populaire qui facilitent la circulation de l'information et permettent à un public élargi d'avoir accès aux tribunes de l'indignation. Enfin,

---

[161] « *I could go on citing case after case of this sort, but there is no need. That this sort of thing is going on is well within the knowledge of every hon. Member of this House, and in fact it is a scandal that is outraging the whole country. Two or three of the cases I have put before the House have caused the greatest indignation amongst the neighbours of the men who are directly concerned* » in *ibid.*, cc2256.

[162] Voir annexe n° 42.

[163] *H.C. Deb.*, séance du 11 juin 1917, c624W; séance du 14 juin 1917, cc1144-6W. Voir aussi les exemples cités par James McDermott, p. 188.

[164] DELUERMOZ Quentin, FUREIX Emmanuel, MAZUREL Hervé, OUALDI M., « Écrire l'histoire des émotions : de l'objet à la catégorie d'analyse », *Revue d'histoire du XIX^e^ siècle*, Société d'histoire de la révolution de 1848 et des révolutions du XIX^e^ siècle, n° 47, décembre 2013, p. 155-89.

[165] SHEPHERD John, *The Crimean Doctors, op. cit.* ; CURTIN Philip, *Disease and Empire, op. cit.* ; CANTLIE Neil, *A history of the Army Medical Department*, *op. cit.*, vol. 2, p. 337-387; SKELLEY Alan, *The Victorian Army at Home, op. cit.*, p. 19, p. 31.

[166] HARRISON Mark, *The Medical War: British Military Medicine in the First World War*, Oxford, Oxford University Press, 2010, p. 24-25 ; REZNICK Jeffrey, *Healing the nation. Soldiers and the culture of caregiving in Britain during the Great War*, Manchester, Manchester University Press, 2011.

l'influence exercée par l'opinion sur les débats parlementaires, notamment en ce qui concerne les affaires militaires, a été considérablement renforcée par l'élargissement du corps électoral par les *Reform Acts* de 1867 et 1884. La réaction politique est ainsi facilitée par la peur de la sanction électorale[167].

Relayé dans la presse, le contenu des discussions agit comme un dispositif de sensibilisation particulièrement efficace. Ces affaires vont en effet à l'encontre de l'idée de justice au cœur du contrat tacite entre l'État et le citoyen britannique qui régule leurs obligations réciproques et prescrit la place de chacun dans l'effort de guerre[168]. La condition physique des hommes et les conséquences de leur injuste incorporation permettent en outre des déploiements rhétoriques aux accents pathétiques, propres à susciter l'émotion de l'opinion. Lorsque le jugement des commissions ne leur coûte pas la vie, ce sont de « bien sévères épreuves » qui sont infligées à ces hommes dont les « vies sont anéanties » et « les économies évaporées[169] ». « La recrue est arrachée à son utile activité […]. Sa famille en est réduite aux maigres compensations offertes par l'armée, son foyer est déchiré, ses employeurs perdent le bénéfice de son activité[170] » s'émeut le *Daily Star.* La mise en scène et la mise en série de cas – présentés comme autant d'injustices flagrantes – permettent ainsi à l'émotion de se transformer en dynamique de mobilisation[171].

3. Qui blâmer ? De la crise de la légitimité médicale à la critique de la conduite de la guerre

Par généralisations successives, l'affaire des examens médicaux passe de la collection d'injustices individuelles à la mise en cause d'institutions : les médecins d'abord, puis, plus significativement, l'armée[172]. C'est d'abord le déroulement de l'examen et, par extension, le

---

[167] HARRISON Mark, « Medicine and the management of Modern Warfare », *History of Science*, vol. 34, n°4, 1996, p. 379-410.
[168] MCKIBBIN Ross, « Why was there no Marxism in Great Britain? », *The English Historical Review*, vol. 99, n° 391, avril 1984, p. 297-331. Voir aussi Chapitre 1.
[169] « […] *great hardships that have been inflicted upon the men themselves* », « *These men to whom I refer have had their lives wrecked and their savings dissipated, and yet they have been finally sent out of the Service because they were wholly unable to stand the strain. But they have no pension* », in *H.C. Deb.,* séance du 1er mars 1917, c2242.
[170] *Daily Star*, 25 Août 1916. Voir aussi *Daily Mail*, 23 septembre 1916.
[171] Sur le rôle de l'émotion dans le fonctionnement des dispositifs de sensibilisation, voir TRAÏNI Christophe (dir), *Émotions… Mobilisation !*, Paris, Presses de Sciences Po, 2009, p. 20.
[172] Sur les généralisations successives propres aux affaires BOLTANSKI Luc, « La dénonciation », *Actes de la Recherche en Sciences Sociales,* année 1984, 51, p. 3-40 ; BOLTANSKI Luc, CLAVERIE Élisabeth, « Du monde social en tant que scène d'un procès », in BOLTANSKI Luc, CLAVERIE Élisabeth, OFFENSTADT Nicolas, VAN DAMME Stéphane (dir.), *Affaires, scandales et grandes causes*, *op. cit.*, p. 397.

corps médical lui-même qui sont mis en cause. Examens hâtifs et sommaires voire inexistant, critères de sélection délibérément ignorés, attitude désinvolte des experts, les griefs sont nombreux. Pour le médecin militaire James Dible, qui prend en charge les recrues une fois celles-ci déclarées aptes, c'est d'abord au corps médical qu'incombe la responsabilité de l'affaire. Il raconte avoir vu, présentés comme aptes au service par des membres « de [sa] propre profession », des hommes atteints de graves affections aux manifestations pourtant particulièrement visibles. Il repère chez certaines recrues d'importants troubles de la vision mais aussi de sévères ankyloses, des formes avancées de tuberculose ou encore des mains dominantes auxquelles il manque jusqu'à trois doigts[173]. Outre la fiabilité de leur jugement, le comportement des experts est également mis en cause. Il est fait mention de médecins ivres au moment de l'examen[174]. Des recrues s'inquiètent en outre de se voir manipulées par des experts qui ne prennent aucune des plus élémentaires précautions d'ordre sanitaire – tel le lavage des mains – avant de passer de l'examen d'un individu à un autre[175]. « Il est incroyablement difficile d'imaginer qu'un médecin qualifié et expérimenté puisse agir de la sorte[176] », déplore Philip Snowden en août 1916. Pour le Dr McLean, cité par le *Weekly Dispatch*, « l'ignorance crasse » des médecins est un crime[177]. Pour le *Daily Star*, la compétence du corps médical est en jeu et « l'inaptitude » est avant tout celle des médecins[178].

Le soupçon pesant sur le corps médical n'a qu'un temps. La discussion s'oriente assez rapidement sur les conditions de travail des experts qui rendent impossible l'accomplissement de leur tâche. Comme en France, la temporalité des opérations du recrutement et donc l'urgence de la mobilisation sont mises en cause. Des interventions visant à exonérer les médecins, il ressort que ceux-ci sont soumis à une pression intense, qui n'est pas seulement celle de l'urgence de la mobilisation. Assez rapidement, la crise de la reconnaissance sociale de la médecine cède la place à la mise en cause de l'armée et de sa gestion du recrutement[179].

C'est en effet au président de commission, médecin militaire, que revient la décision finale concernant le classement de la recrue. Or, l'organisation hiérarchique des commissions

---

[173] Imperial War Museum (IMW), Con Shelf, Captain J. H. DIBLE, *The lost years*, 1914-19, cité par SILBEY David, *op. cit.,* p. 70.
[174] *H.C. Deb.,* séance du 1er mars 1917, c2256.
[175] *H.C. Deb.,* séance du 1er mars 1917, c2256 et c2253.
[176] « It is incredible and difficult to imagine how any man with medical experience and qualifications could act in this way », in *H.C. Deb.,* séance du 1er mars 1917, cc2256
[177] Extrait de NA, MH 47/144/1, *Press Cuttings.*
[178] *Daily Star*, 25 août 1916.
[179] « *It became clear* […] *that the policy which had been adopted and followed was opened to certain grave objections – objections in which it was clear the Director General of Recruiting himself to some extent concurred* » in NA, MH 47/144/4, *Select Committee,* Draft special report, p a.

et les instructions militaires données en ce sens par le RAMC autorisent le président à assouplir considérablement les critères de l'examen médical, voire à passer outre l'avis de ses collègues civils[180]. En mars 1917, Philip Snowden accuse le ministère de la guerre de vouloir constituer une « armée de papier » en gonflant artificiellement les effectifs[181]. En juin, Maurice Levy pointe la responsabilité des directives du Ministère de la Guerre dans le fonctionnement de la sélection médicale[182]. Pour Herbert Nield, au sein des commissions, « les règles ont été transgressées tous les jours par l'armée » ; il n'est dès lors « plus possible de faire confiance au Ministère de la guerre ». Ses propos sont repris par l'*Evening Standard* du 26 janvier 1917 et par le *Star* du 24 avril.

L'affaire des examens médicaux s'ancre dans le temps long de l'évolution des sensibilités britanniques à la santé des soldats[183], mais c'est bien l'année 1917 qui marque un tournant. L'armée étant régulièrement à court d'hommes, ses exigences se sont singulièrement alourdies. Aux morts de 1915 se sont ajoutés les 400 000 morts de la bataille de la Somme (juillet-novembre 1916), et les 160 000 de l'offensive du Chemin des Dames (avril 1917) menée conjointement avec la France. Outre les pertes du champ de bataille, les exemptions de service qui concernent les hommes qualifiés employés dans des secteurs vitaux de l'économie, comme l'agriculture ou l'industrie, pèsent sur la capacité de recrutement. C'est dans ce contexte que les règles de l'examen médical sont assouplies et que le taux d'exemption s'effondre[184]. Le dispositif d'augmentation des effectifs est complété en mai 1917 par le *Military Service (Review of Exceptions) Act* qui met en place un nouvel examen médical pour les individus déjà exemptés par les commissions de recrutement. Cette loi est particulièrement impopulaire. Pourtant, la pression des effectifs, la modification des critères de sélection et la mise en place de mesures destinées à réexaminer les exemptés ne sont en rien spécifiques à la Grande-Bretagne. En France, des réexamens de conscrits sont ainsi prévus à plusieurs reprises, notamment par le

[180] NA, MH 47/144/4, *Instructions given to Deputy Directors of Medical Services*, 13 July 1915 and 16 September 1916 ; *Select Committee,* Draft special report. Voir aussi « Medical Examination of recruits », *British Medical Journal*, 1: 565, 21 avril 1917.
[181] « *I really do not know why the War Office are doing that or why they appear to be so anxious to take men into the Army who can be no more than an expense to the country and certainly of no military value. The only explanation is that the War Office is obsessed by the idea of getting a paper Army, and they think if they put these men on the strength that some useful purpose will be served* » in *H.C. Deb.,* séance du 1er mars 1917, cc2257.
[182] *H.C. Deb.,* séance du 11 juin 1917, c624W; séance du 14 juin 1917, cc1144-6W.
[183] HARRISON Mark, « Medicine and the Management of Modern Warfare », *art. cit.*, p. 390.
[184] Voir chapitre 4.

décret du 9 septembre 1914 et par la loi du 20 février 1917, sans que cela donne lieu à l'agitation que l'on constate en Grande-Bretagne[185].

L'émotion populaire y est particulièrement forte en raison du caractère récent de la conscription et du contexte de 1917 qui dégrade le fragile consensus qui s'était établi en 1916 autour de la nécessité de son instauration[186]. Pour James Galloway, inspecteur médical du recrutement :

> Le recrutement, devenu obligatoire pour certaines sections de la population adulte masculine, a été mené de manière plus intensive en raison des besoins toujours accrus en effectifs. Le fonctionnement du recrutement et ses méthodes ont donc inévitablement été soumis à la critique de l'opinion[187].

Cette perte de confiance est liée à la dénonciation de la conduite de l'effort de guerre, sur le front comme à l'arrière. En cause, l'incertitude de la guerre d'usure, le lourd tribut humain payé à cette stratégie, qui culmine avec la troisième bataille d'Ypres (3 juillet-6 novembre 1917), et la peur de la militarisation de la société, d'une mobilisation générale des travailleurs qui seraient envoyés par l'État à l'usine selon des modalités similaires à celles des soldats du front. Le *Restricted Occupation Order* de mai, qui restreint la liberté du choix professionnel des travailleurs, est farouchement combattu par les syndicats et critiqué par le parti travailliste, deux instances qui retirent leur soutien, jusqu'ici tacite, à l'idée de conscription[188].

---

[185] RIDEL Charles, *Les embusqués*, *op. cit.*, p. 162. Sur les liens entretenus, en France, entre la conscription et la conception républicaine du citoyen-soldat et la forme que prennent les débats concernant l'équité républicaine dans la guerre, voir CRONIER Emmanuelle, *Permissionnaires dans la Grande guerre*, *op. cit*., notamment p. 16-17 et p. 26-33. Sur la forme que prend la négociation du rapport de force entre soldats et officiers dans la fabrique du consentement, voir SMITH Leonard, *Between Mutiny and Obedience. The Case of the French Fifth Infantry Division During World War I*, Princeton, Princeton University Press, 1994.

[186] House of the Lords Record Office, Lloyd George mss. F/79/20/2, *Memorandum relating to National Service Councils (Decentralisation)*, 26 March 1917 ; Sur la résistance du Royaume-Uni à la généralisation de la conscription en Europe, voir ADAMS Ralph James, POIRIER Philip, *The Conscription Controversy, op. cit.* ; FRENCH David, *Military Identities: The Regimental System, the British Army, and the British People, c.1870-2000*, Oxford University Press, 2008 ; GRIEVES Keith, *The politics of Manpower, 1914-1918*, Manchester, Manchester University Press, 1988, p. 123 ; MORRIS Anthony, *The Scaremongers: The advocacy of war and rearmament, 1896-1914,* Londres*,* Routledge & Kegan Paul, 1984 ; STRACHAN Hew, « Liberalism and Conscription, 1789-1919 », in STRACHAN Hew, *The British Army: Manpower and Society into the Twenty-First Century*, Londres, Franck Cass, 2000, p. 3-15. L'hostilité est encore forte comme en témoignent certains essayistes : « *conscription is the death sentence of a race* » clame CLAYTON I. M., in *The shadow on the universe: or, the physical results of war*, London, Simpkin, Marshall, Hamilton, Kent, 1915, p. 20.

[187] « […] *recruiting, which had now been compulsory for certain sections of the adult male population, was carried on more intensively, owing to the ever increasing demand for men, As an inevitable result, the recruiting machinery and methods came under public criticism* », in GALLOWAY James, « Medical examination of men for military service », *Contributions to medical and biological research,* 1919, p. 667-668.

[188] ADAMS Ralph James, POIRIER Philip, *The Conscription Controversy, op. cit.* ; BRIDGEN Paul, *The Labour Party and the Politics of War and Peace 1900–1924*, The Royal Historical Society, The Boydell Press, Woodbridge, 2009 ; GRIEVES Keith*, The Politics of Manpower, 1914-18, op. cit*., p. 123 et p. 142-143 ; HORNE John, *Labour at War. France and Britain 1914-1918*, Oxford, Clarendon Press, 1991. Pour l'étude d'un autre scandale menant à

La question de l'aptitude des recrues se fait enfin brûlante pour le gouvernement en raison de l'épineuse question des pensions pour invalidité. Comme en France, la législation en vigueur au début de la guerre précisait en effet que l'attribution d'une pension ne pouvait se faire que si la maladie ou l'infirmité à l'origine de la réforme était une conséquence du service lui-même[189]. Ce règlement excluait donc de toute compensation les individus envoyés au front malgré leur évidente fragilité et qui, incapables de rendre service à l'armée, étaient rapidement rendus à la vie civile. Le 20 mars 1917 à la Chambre des Communes, William Anderson rappelle les conséquences d'un examen médical trop sommaire et de l'incorporation de nombreux inaptes. Dans le contexte de la mise en place de la conscription et de la convocation à un second examen des individus préalablement exemptés, il interpelle le gouvernement en ces termes :

> […] Force est de constater que vous refusez d'assumer la pleine responsabilité financière des pensions [de ces hommes]. Ils ont probablement déjà été exemptés à l'issue d'un premier examen et s'apprêtent à subir à nouveau l'inspection médicale. S'ils sont alors déclarés bons […], seront-ils autorisés à toucher une pension s'ils ne supportent pas les conditions du service et sont réformés ? Après avoir tiré parti d'une ressource dont vous n'auriez pas dû disposer, allez-vous impitoyablement abandonner ces hommes sans la moindre reconnaissance, sans dédommagement d'aucune sorte ? Il me semble que la question est d'une importance tout à fait capitale […][190].

Cette intervention s'inscrit dans la lignée de la très médiatique campagne menée dès l'été 1916 par le député libéral James Hogge (1873-1928) afin de forcer le gouvernement à prendre ses responsabilités concernant le sort des invalides de guerre. Face à ces interpellations et à la pression populaire, le gouvernement de coalition de Lloyd George cède et engage en février 1917 une réforme du système similaire à celle de 1916 en France, qui permet de pensionner également les hommes rendus à la vie civile pour cause de maladie ou d'infirmité préexistante

---

la critique de la conduite de la guerre dès 1915 voir FRASER Peter, « The British "Shell Scandal" of 1915 », *Canadian Journal of History*, XVIII, 1983, p. 69-86.

[189] COHEN Deborah, *The War Come Home: Disabled Veterans in Britain and Germany, 1914-1939*, Berkeley, University of California Press, 2001, p. 20-26. Voir aussi, pour le système d'avant-guerre, LATCHAM Andrew, « Journey's End: Ex-Servicemen and the State During and After the Great War », PhD. Diss., University of Oxford.

[190] « *[…] you will not accept full financial responsibility for them in respect of pensions. They have been examined, presumably, once already and been rejected, and they are going to be examined again. If they are passed in the second time […] are these men going to be allowed to receive a pension if they break down and are discharged? Having used up material which you ought not to have used, are you going to scrap them mercilessly without any recognition or pension? I think that is a vital question […]* », in *H.C. Deb.*, séance du 20 mars 1917.

à leur service[191]. Dès 1917, il devient donc urgent de mettre un terme à la politique d'incorporation en masse des inaptes qui viendrait lourdement grever le budget de l'État.

4. Vers la crise politique

Devant l'hostilité grandissante, « la très sérieuse perte de confiance et la méfiance[192] » de l'opinion, la décision est prise, le 26 juin 1917, de constituer une commission d'enquête parlementaire (*Select Committee*) destinée à faire la lumière non seulement sur l'étendue des dysfonctionnements des opérations médicales du recrutement mais aussi sur la responsabilité du Ministère de la Guerre dans l'application du *Military Service (Review of Exemptions) Act*[193]. De manière significative, Herbert Nield, qui avait proposé la formation d'une commission d'enquête dès mars 1917, fait partie des douze députés menant les interrogatoires. Durant plusieurs semaines, 27 témoins, dont des membres des tribunaux d'appel, livrent des témoignages décisifs sur les modalités de la sélection médicale[194]. De nombreux documents statistiques appuyant ces témoignages sont également produits. Comme l'a bien compris Lord Derby, Ministre de la Guerre lui-même auditionné par la commission, se jouent là non seulement la réputation de son Ministère, mais aussi le maintien au pouvoir du gouvernement Lloyd George[195]. Le mécontentement populaire, consécutif à la bataille de la Somme, avait en effet déjà entraîné la démission d'un Premier Ministre, Lord Asquith, en décembre 1916[196]. La commission est présidée par un proche du gouvernement en place, Edward Shortt (1862-1935), député libéral de Newcastle, mais elle est perçue comme une menace par Lord Derby qui espère

[191] COHEN Deborah, *The War Come Home, op. cit.*, p. 22-26. Sur l'opinion et la question des pensions, voir aussi WINTER Jay, *The Great War and the British People*, Macmillan, 1986, p. 225-227 ; MORGAN Kenneth O., *Consensus and Disunity: The Lloyd George Coalition Government, 1918-1922*, Oxford, Clarendon Press, 1979, chapitre 6.
[192] « *Grave distrust and suspicion* » in NA, MH 47/144/4, *Select Committee,* « Draft special report », p. 5.
[193] NA, MH 47/144/4, *Select Committee, Special Report*.
[194] Voir annexe n° 43 « Shortt Committee » – liste des membres de la commission et « Shortt Committee » – liste des témoins.
[195] « *We are really in a tight place, not only with regards to the number of men but with regards to the methods we are obliged to adopt to get even those that we are getting. The House of Commons Committee on the Medical Re-examination was as I told you at the time, likely to prove very hostile.* […] *I hope by the evidence we can produce to mitigate some of the charges that are being brought against us. There is no doubt, however, we shall have a great deal of trouble when the report is issued* », Derby to Lloyd George, 6 juillet 1917, cité par GRIEVES Keith, *The Politics of Manpower*, *op. cit.*, p. 130.
[196] GRIEVES Keith, *The Politics of Manpower, op. cit.*, p. 122 ; MCEWEN J. M., « Northcliffe and Lloyd George at war, 1914-1919 », *Historical Journal*, vol. XXIV, n° 3, septembre 1981, p. 651-672, ici p. 658-659 ; ADAMS Ralph James, POIRIER Philip, *The conscription controversy in Great Britain, 1900-1918*, Londres, Basingstoke, Macmillan, 1943, p. 121-125.

par son témoignage pouvoir atténuer la pression mise sur le Ministère[197]. Le rôle de cette commission et de la publicisation de ses travaux dans la crise politique qui s'ensuit est connu mais elle mérite que l'on s'attarde plus précisément sur le contenu des témoignages et du rapport qui en est issu[198].

Au cours des séances, les représentants du système tentent de justifier les errements du recrutement sans nécessairement incriminer l'Armée. Leur défense suit trois axes principaux. Ils tentent d'abord de minimiser l'étendue du problème. Il arrive, bien sûr, que des erreurs surviennent dans l'affectation des hommes, avancent-ils, mais rapportées à l'ensemble des recrues examinées, elles sont insignifiantes[199]. Ils essaient ensuite de mettre en accusation les recrues elles-mêmes. Si des irrégularités dans le processus de recrutement existent, ce serait en raison des fraudes et simulations, pratiquées à grande échelle par les aspirants soldats[200]. Ils tentent enfin d'imputer la colère de l'opinion à un « grand malentendu[201] » résultant de la complexité du processus. Il est nécessaire pour une armée de masse moderne de recruter des soldats ne disposant pas de toutes leurs capacités physiques qui, quoique remplissant au sein de l'armée des tâches indispensables à la défense de la nation, sont tenus éloignés du combat[202]. De l'avis de Francis John Jencken, directeur adjoint des Services de santé pour la région militaire Est (*Eastern Command*), certaines de leurs tares, telle la tuberculose, sont d'ailleurs amenées à s'amenuiser grâce aux bénéfices combinés de l'entraînement et de la discipline[203].

Mais les témoignages accablant les méthodes et les résultats des commissions, dont celui de Charles Bedford, Directeur Adjoint des Services de santé de la région militaire du Nord (*Northern Command*), et de James Galloway, inspecteur des opérations médicales du

---

[197] GRIEVES Keith, *The Politics of Manpower*, *op. cit.*, p. 130. Cette sous-partie repose sur le dépouillement du carton NA, MH 47/144 Select Committee on Military Service. Minutes, Summary of proceedings and Reports.
[198] WINTER Jay, « Military Fitness and Civilian Health », *art. cit.*, p. 218 ; WINTER Jay, *The Great War and the British People*, *op. cit*., p. 51-53. Voir aussi GRIEVES Keith, *The Politics of Manpower*, *op. cit.*, p. 131–132
[199] « *No one denies that mistakes sometimes occur* », « *I would anticipate that we have 1% error in diagnose at least because it include not only the error on the medical diagnosis but also impersonation* » in NA, MH 47/144/4, Select Committee, Minutes of evidence n°1, 2 juillet 1917, A. C. Geddes, p. 5 et p. 8. Geddes reprend ici l'argumentaire que Macpherson a donné à la Chambre des Communes le 1er mars 1917, *HC Deb*, séance du 1er mars 1917, c2258-2259.
[200] NA, MH 47/144/4*, Select Committee,* Minutes of evidence, 2 juillet 1917, p. 3, p. 6, p. 11.
[201] « *I know a great deal of misunderstanding which is brought to me daily in the War Office letter bag; it shows that there is no understanding in the minds of a very large section of the population, that men are being taken into the Army to do these lower grade jobs* », in NA, MH 47/144/4, Select Committee, Minutes of evidence n°1, 2nd July 1917, A. C. Geddes, p. 8. On retrouve la même idée sous la plus d'Auckland Geddes qui parle de critiques « mal renseignées » (*badly informed*) in GALLOWAY James, « Medical examination of men for military service », *art. cit.*, p. 667-668.
[202] *Ibid*, p. 8.
[203] WINTER Jay, « Military Fitness and Civilian Health », *art. cit.*, p. 218.

recrutement, relayés le jour même par la presse, rendent rapidement le système indéfendable[204]. Le Directeur du recrutement, Auckland Campbell Geddes reconnaît ainsi que, dès l'automne 1916 : « les dispositions relatives aux commissions médicales étaient particulièrement mauvaises. […] L'ensemble du système était accablé par d'énormes difficultés[205] ». Lorsqu'Albert Benthall, médecin membre de la commission médicale de Mill Hill, est convoqué par la commission d'enquête, il est interrogé de la manière suivante :

- Combien de recrues deviez-vous examiner à la journée ?
- Nous procédions à l'examen d'environ 300 recrues par jour. Je crois que nous avons atteint un jour le nombre de 390. Ce fut notre record.
- 300, dites-vous, était le nombre habituel ? […] Pensez-vous que ce nombre était trop élevé ?
- Bien trop élevé, oui[206].

Les dysfonctionnements apparaissent trop massifs pour être le résultat de simples erreurs. Ils sont imputés à l'Armée et la politique de recrutement vivement critiquée. Il apparaît au cours des séances que des instructions émanant directement du Ministère de la Guerre sont responsables de l'incorporation d'individus que leur condition physique ou mentale aurait dû tenir éloignés du rang :

> Il est devenu clair au vu des preuves statistiques présentées devant la commission qu'une importante diminution du pourcentage d'exemptions et qu'un accroissement massif des classements en catégorie A effectués par les commissions médicales coïncident avec l'envoi d'instructions [émanant du Ministère][207].

La présence, dès lors, d'un président issu de la médecine militaire ayant le pouvoir d'ignorer les avis de ses collègues, condamne les commissions médicales de recrutement à une politique de recrutement contraire à l'intérêt de la recrue. Enfin, l'absurdité du système de classification, décrit par l'éminent cardiologue James MacKenzie (1853-1925) comme une « folie » (*foolishness*) au cours de son témoignage, enterre définitivement la crédibilité du dispositif. Lord Derby lui-même estime que les commissions médicales sont allées trop loin[208]. La décision est prise de réformer l'examen médical en urgence et en profondeur et de rationaliser le système de recrutement[209].

---

[204] Voir par exemple « The Medical Boards – Col. Galloway on lowered standard », *The Times*, 5 juillet 1917, p. 3.
[205] NA, MH 47/144/4, *Select Committee*, Minutes of evidence. Voir annexe n° 44.
[206] NA, MH 47/144/4*, Select Committee,* Minutes of evidence, 21 juillet 1917, p. 59.
[207] NA, MH 47/144/4, *Select Committee*, Draft Special Report, p. 7.
[208] WINTER Jay, *The Great War and the British People*, *op. cit.*, p. 53 ; CHURCHILL Winston, *Lord Derby*, p. 222.
[209] WINTER Jay, *The Great War and the British People*, *op. cit.*, p. 51–53; GRIEVES Keith, *The Politics of Manpower*, *op. cit.*, p. 131–132 ; NA, MH 47/144/4, « Minutes of evidence », 22 juillet 1917.

Pour que le principe de la sélection médicale des recrues rencontre la reconnaissance sociale, il fallait que le processus apparaisse scientifiquement fondé, techniquement possible et politiquement légitime. Or, en Angleterre, les fondements scientifiques de l'examen sont remis en cause, sa possibilité technique est compromise et sa légitimité politique ébranlée. Si l'ampleur de la crise est moindre en France, c'est que la justification technique et scientifique de la sélection n'est pas contestée par des députés médecins qui réaffirment la légitimité politique du processus dans la gestion de la crise sanitaire. Ce schème explicatif permet également d'expliquer pourquoi les modalités administratives et médicales de la réforme britannique, certes guidées par une volonté de rationalisation, relèvent aussi de l'opération de communication politique destinée à apaiser le mécontentement populaire.

TROISIEME PARTIE :

CONFIANCE, EFFICACITE, SCIENTIFICITE

Chapitre 6
Réformer la sélection

Face à la crise des effectifs, un certain nombre d'acteurs, médicaux, militaires et politiques, ont rapidement pris acte de la nécessité d'augmenter le rendement de la sélection. En temps de guerre, leur semble désormais inévitable de devoir composer avec la présence d'inaptes dans des rangs. Ils tentent dès lors d'adapter le système existant aux nouvelles exigences du temps de la guerre. À l'arrière, certains médecins envisagent des solutions pour permettre à l'armée de gérer l'incorporation d'inadaptés mentaux. Au front, médecins et militaires multiplient et raffinent les systèmes de classement en fonction de l'aptitude des recrues, pour adapter leur entraînement et leur rééducation et maintenir autant que possible les soldats fragiles dans les rangs. Les solutions ne donnent pas toujours les résultats escomptés. Le changement d'arme – le versement des inaptes vers l'artillerie par exemple – provoque des protestations qui parviennent jusqu'à l'État-major et ont pour conséquence l'abandon de cette mesure.

Au fur et à mesure de la progression de la guerre, le consensus autour du nécessaire affaiblissement de la sélection pour faire face à la crise des effectifs s'effrite considérablement. En France comme en Angleterre, l'abandon de la rigueur fait émerger des entreprises de contestation individuelles et collectives qui parviennent à peser sur les gouvernements. Les États démocratiques sont contraints d'agir pour répondre aux inquiétudes de l'opinion et des experts, et de réformer la sélection. Or, les populations française et britannique, quoiqu'alliées, s'opposent historiquement sur leur rapport à la conscription. La comparaison permet alors de voir que, si les deux pays avaient d'abord agi de concert dans le sens d'un allègement des critères de l'aptitude, ils s'orientent ensuite vers une gestion de crise différenciée. L'Angleterre, devant l'ampleur du mécontentement populaire, se voit contrainte de procéder à une réforme d'ampleur bien supérieure à ce qui se passe en France. Face au scandale entourant les conditions et les résultats des examens médicaux, les pouvoirs publics prennent dès l'automne 1917 des mesures en apparence radicales qui passent par la démilitarisation des opérations médicales du recrutement. L'ensemble des opérations est placé sous la responsabilité de médecins civils et sous la tutelle d'un nouveau ministère indépendant, le Ministère du Service national.

Les traits principaux de cette réforme – démilitarisation, réforme du système de classement et réforme de la procédure – sont connus. Je me propose ici d'approfondir leur connaissance et de mettre au jour les modèles scientifiques et politiques sur lesquels ils reposent. Je montrerai en outre que les recommandations de la commission d'enquête et les modalités de la réforme prennent pour objectif principal la restauration de la confiance et que la communication politique qui les entoure a tendance à gommer la continuité réelle entre l'ancien et le nouveau système. L'année 1918 est certes marquée par une diminution notable du mécontentement. Mais d'importants dysfonctionnements de l'activité des commissions médicales persistent et la protestation au sein de certains tribunaux d'appel et à la Chambre des Communes se poursuit[1]. La gronde de la presse en revanche, s'atténue très fortement. Je me propose d'interpréter cette restauration paradoxale de la confiance comme la conséquence, non seulement de la pratique rénovée de la sélection médicale, mais aussi de la mise en place d'une communication politique orchestrée par le Ministère qui lui permet d'apporter une réponse efficace à chaque fois que se manifeste une crise, comme celle de l'appel des hommes de plus de 41 ans.

En France, l'inquiétude reste circonscrite. Les mesures appliquées relèvent de la gestion de crise sanitaire et sont proposées par des hygiénistes. Dès 1915, la puissance publique tente de limiter la propagation de la tuberculose. Facilité par loi Léon Bourgeois, un système de lutte antituberculeuse à la fois social et sanitaire se déploie courant 1916[2]. Dans chaque région militaire, des hôpitaux spécialement destinés à assurer aux militaires tuberculeux le traitement nécessaire sont créés. Avant leur retour dans leur famille, les soldats tuberculeux réformés ou en instance de réforme sont ensuite envoyés dans des stations sanitaires, véritables sas d'éducation hygiéniste inspirés des dispensaires Calmette. Enfin, les comités départementaux d'assistance aux anciens militaires suivent les tuberculeux jusque dans leurs foyers. L'aide à domicile est complétée, le cas échéant, par un suivi au sanatorium. Ce système est facilité par l'action et le financement de la fondation Rockefeller[3]. Avec la mobilisation antivénérienne, la

[1] WINTER Jay, *The Great War and the British People*, Londres, Macmillan, 1985, p. 54-55 ; WINTER Jay, « Military Fitness and Civilian health in Britain during the First World War », *Journal of Contemporary History,* 15, n°2, 1980, p. 211-244 ; MCDERMOTT James, *British Military Service Tribunals, 1916-18: A Very Much Abused Body of Men*, Manchester, Manchester University Press, 2011, p. 184–190.

[2] VIET Vincent, « La Grande Guerre et la lutte antituberculeuse en France », *Revue d'histoire de la protection sociale*, 2016/1, n° 9, p. 52–67.

[3] FARLEY John, *To Cast out Disease: a History of the International Health Division of the Rockefeller Foundation (1913-1951)*, Oxford, New York, Oxford University Press, 2004 ; MURARD Lion, ZYLBERMAN Patrick, « La mission Rockefeller en France et la création du Comité national de défense contre la tuberculose (1917-1923) », *Revue d'histoire moderne et contemporaine*, n° 34, 1987, p. 257-281 ; PICARD Jean-François, *La fondation Rockefeller et la recherche médicale*, Paris, PUF, 1999.

campagne antituberculeuse constitue « le seul legs vraiment important de la Première Guerre mondiale à la protection de la santé publique et, plus particulièrement, à la prévention sanitaire[4] ». C'est aussi en 1915, au moment de l'incorporation de la classe 1916, que des solutions relevant de la prévention sanitaire sont progressivement mises en place à l'attention des jeunes classes[5]. On réserve ainsi à ces jeunes soldats les casernes les plus récentes, on les écarte des casernes les moins salubres ou de celles qui sont occupées par des troupes atteintes d'affections contagieuses, on veille à écarter les lits, et l'on réserve des réfectoires et des locaux pour l'isolement éventuel de suspects de contagion[6]. Ces mesures prises en aval du recrutement se doublent de mesures que j'analyse comme un renforcement du dispositif prophylactique de la sélection.

Dès 1916, les revendications classiques de l'hygiénisme militaire trouvent un nouvel écho : « La crise sanitaire induite par la tuberculose remettait en exergue les nécessités du triage[7] » au nom de la préservation du futur de la nation et de la préservation de la santé des armées. Ces analyses peuvent être affinées et prolongées. Du point de vue chronologique d'abord, les mesures qui permettent le retour de la raison hygiéniste en 1916 sont prises dès la fin de l'année 1915. On peut identifier deux volets de mesures. La fin de l'année 1915 et toute la suivante voient une première série de mesures qui contribuent au renforcement du dispositif prophylactique, notamment au moment de l'incorporation des jeunes gens. Durant les années 1917 et 1918 ensuite, ces mesures sont renforcées, précisées et étendues aux conseils de révision. À cette occasion, le pouvoir des experts dans la prise de décision est renforcé et la procédure modifiée pour donner des gages d'efficacité. Pour autant, je me propose ensuite de montrer que les conséquences de cette politique sur la sévérité de la sélection sont mitigées. Si les discours révèlent bien un alourdissement conséquent de l'arsenal rhétorique des hygiénistes, les statistiques du recrutement ont tendance à montrer que les mesures sont destinées à accompagner la politique de récupération en la plaçant sous le contrôle des experts, à en limiter et non en éliminer les effets néfastes sur l'état sanitaire de l'armée.

---

[4] VIET Vincent, « La Grande Guerre et la lutte antituberculeuse en France », *art. cit.*, p. 67.

[5] On prête « une attention toute particulière à [leur] installation, à [leur] couchage, à [leur] habillement, à [leur] alimentation, à la salubrité du milieu dans lequel [elles seront réunies], à la progression prudente de [leur] instruction militaire et de [leur] entraînement » in SHD, GR 9 NN 7/1100, Circulaire n° 433 Ci/7, Mesures à prendre à l'occasion de la Classe 1918, 25 février 1917. Voir aussi circulaires n° 461 Ci/7 du 12 mars 1917 ; n°488 Ci/7 du 10 avril 1917.

[6] Voir par exemple l'instruction du 3 décembre 1916 sur l'incorporation de la classe 1917. Voir aussi SHD, GR 9 NN 7/1100, Circulaire n° 433 Ci/7, Mesures à prendre à l'occasion de la Classe 1918, 25 février 1917 ; GR 9 NN 7 1101

[7] RASMUSSEN Anne, « Préserver le capital humain. Une doctrine hygiéniste pour préparer la guerre démocratique ? », *Mil neuf cent. Revue d'histoire intellectuelle*, vol. 33, n°1, 2015, p. 71-95.

La mobilisation des médecins et la gestion des compétences scientifiques civiles par l'armée demeure un aspect peu traité par l'historiographie de la guerre. Nous avons jusqu'ici étudié deux des trois directions historiographiques traditionnelles qui sont celles de l'expertise : celle de l'État, qui encadre et dirige la procédure experte, et celle des commissions et conseils de révision qui, comme les tribunaux, font du discours médical la parole probatoire par excellence[8]. Il restait à aborder celle de la profession médicale elle-même. Or, en Angleterre, la Grande Guerre constitue une mise à l'épreuve sans précédent de la légitimité des experts médicaux du recrutement, dont les décisions et la compétence sont contestées par le corps politique et l'opinion publique avec une grande virulence. La crise de la reconnaissance sociale qu'expérimente la profession médicale entraîne une campagne de réhabilitation qui s'appuie prioritairement sur la presse médicale. Cette campagne est réalisée dans une logique de restauration de la légitimité qui implique une prise en compte des critiques de l'opinion[9]. Elle connaît plusieurs étapes et glissements argumentatifs qui permettent, *in fine*, au corps des experts civils du recrutement de s'exonérer de la responsabilité de la crise et de désigner la hiérarchie militaire à la vindicte populaire.

L'affaiblissement de la sélection provoque donc des réactions. La nécessité d'accueillir et de conserver les inaptes dans les rangs incite médecins et militaires à adapter les modalités de la sélection et celles de l'incorporation en conservant le système existant. Mais les protestations provoquent également la volonté de réformer un système jugé défaillant tant sur le plan sanitaire que politique. Ce chapitre s'inscrit dans la réflexion sur les innovations de nature technique, médicale ou sanitaire, suscitées par les conflits. La tradition historiographique qui faisait de la guerre un accélérateur positif de changements, permettant notamment de faire émerger ou de perfectionner des techniques, a été remise en question. Des travaux ont ainsi montré que les conflits étaient marqués par l'incertitude et que les bouleversements expérimentés au cours de conflits à la temporalité finalement réduite ne débouchaient pas nécessairement sur des mesures durables en raison de l'impossibilité d'établir des réseaux et des liens sociaux rendant possible la généralisation des pratiques[10]. Des approches récentes ont permis de resituer le médical dans son interaction constante avec le politique et la société et de

[8] Voir à ce sujet, RABIER Christelle, *Fields of Expertise. A Comparative History of Expert Procedures in Paris and London, 1600 to Present*, Cambridge, EAD éd., 2007.
[9] Sur le ressourcement en légitimité et la prise en compte active de l'opinion comme réponse des médecins à la crise de leur légitimité professionnelle, on lira PARADEISE Catherine, « Rhétorique professionnelle et expertise », *Sociologie du travail*, n°1-85, p. 17-31.
[10] COOTER Roger, « Medicine and the Goodness of War », *Canadian Bulletin of Medical History*, vol. XII, 1990, p. 147-159 ; VIET Vincent, *La santé en guerre, 1914-1918. Une politique pionnière en univers incertain,* Paris, Presses de Sciences Po, 2015.

montrer que la nouveauté technique constituait un choix parmi d'autres[11]. Je me garderai donc dans ce chapitre d'évaluer les mesures décrites de manière binaire en termes d'échec ou de succès. Je tenterai de les restituer dans toute leur épaisseur en insistant tant sur le cadre expérimental qu'a pu constituer la guerre que sur les contraintes que représente l'intrication des motifs hygiénistes, politiques, culturels et sociaux dans la réflexion et l'action publique qui concernent la sélection médicale des recrues. La longévité de certaines mesures ou, au contraire, leur brièveté sera abordée afin de montrer comment la guerre a pu constituer tantôt une parenthèse, tantôt une fenêtre d'opportunité permettant d'expérimenter puis d'implémenter durablement des mesures qui ne sont plus justifiées par le contexte de guerre.

En France et en Angleterre, les réformes du processus de recrutement s'orientent dans des directions différentes. Cependant, on retrouve dans l'un et l'autre pays des similitudes frappantes qui soulignent que la réflexion internationale sur la sélection se poursuit et se concentre, dans la seconde moitié de la guerre, sur la procédure de l'examen médical plus que sur les critères de l'aptitude. Pendant la guerre, les différentes mesures de réforme ou de régulation s'élaborent au sein d'un espace de circulation international des savoirs et des modèles de la sélection certes limité, puisqu'il exclut les belligérants ennemis, mais néanmoins toujours actif. Les conflits ont pu autoriser des échanges nés de l'urgence de l'action et de sa spécificité[12]. Dans un contexte de crise, un besoin accru d'efficacité se fait sentir, qui provoque des tentatives de rationalisation du processus. Celles-ci s'inscrivent dans un contexte plus large de réflexion sur la corrélation travail et temps, la maximisation du rendement et la division du travail. D'une manière générale, les mesures françaises et britanniques ont pour conséquence le renforcement du pouvoir des experts. Le pouvoir politique s'appuie donc en priorité sur la légitimité issue de l'alliance de la neutralité scientifique et de l'autorité publique[13].

Ce chapitre se situe au croisement de l'histoire des sciences, de celle de l'expertise et de la sociologie des pouvoirs et de l'action publique. L'analyse s'appuie sur les archives parlementaires françaises et britanniques ; les archives des tribunaux d'appel de Middlesex ; les

[11] PICKSTONE John (dir.), *Medical Innovations in Historical Perspective*, New York, St. Martin's Press, 1992 ; EDGERTON David, *Quoi de neuf ? Du rôle des techniques dans l'histoire globale,* Paris, Seuil, 2013.
[12] TAITHE Bertrand, « La diffusion des pratiques de santé et la guerre de siège de Paris (septembre 1870-janvier 1871), in BOURDELAIS Patrice, FAURE Olivier (dir.), *Les nouvelles pratiques de santé, XVIII^e^-XX^e^ siècles*, Paris, Belin, 2005, p. 227-242 ; TAITHE Bertrand, *Defeated Flesh: Welfare, Warfare and the Making of Modern France*, Manchester, Manchester University Press, 1999.
[13] Sur l'importance de la science comme levier de légitimité, CARNINO Guillaume, *L'invention de la science. La nouvelle religion de l'âge industriel*, Paris, Le Seuil, 2015 ; Sur l'alliance de la neutralité scientifique et de l'autorité publique comme outil pour régler ou du moins diminuer les conflits, on lira LUNDGREEN Peter, « Measures for Objectivity in the Public Interest » dans *Standardization – Testing – Regulation, Report Wissenschaftsforschung*, 29, Bielefeld, Kleine Verlag, 1986, 2^e^ partie.

archives du RAMC conservées à la Wellcome Library et du Service de santé des armées conservées au Service historique de la Défense ; sur la documentation administrative de l'État en guerre, notamment les archives du Ministère du Service national britannique, ainsi que sur la presse générale et médicale. J'évoquerai dans un premier temps les mesures françaises face à l'affaiblissement de la sélection. Médecins et militaires tentent d'une part d'adapter le système existant pour tenter de conserver les inaptes dans les rangs, puis de réformer la sélection pour gérer la crise sanitaire. Dans un deuxième temps, j'étudierai la crise de reconnaissance sociale traversée par les médecins britanniques et leur campagne de justification. Dans un troisième et dernier temps, j'analyserai la réforme britannique de 1917 comme une tentative de réduire l'incertitude et rétablir la confiance de l'opinion.

I. « Plein d'attentions militaires et de soins paternels » : mesures françaises face à l'affaiblissement de la sélection

1. Adapter : le prix de la conservation des inaptes dans les rangs

L'utilisation des « indisciplinés » : la proposition de la Société médico-psychologique (1916)

Le 17 juillet 1916, la Société médico-psychologique adopte à l'unanimité un rapport sur l'utilisation des « indisciplinés » en temps de guerre. Ayant pris acte de la nécessité d'augmenter le rendement de la sélection, elle propose une réforme des modalités d'incorporation et de déploiement des soldats jugés « anormaux mentaux déséquilibrés et pervers[14] » afin de faciliter leur emploi dans l'armée. Le rapport est envoyé ensuite au sous-secrétariat d'État du Service de santé. Même s'il ne débouche sur aucune mise en œuvre pratique, son étude permet d'observer les efforts fournis par le corps médical, et notamment par les sociétés savantes, pour appuyer la politique d'intensification du recrutement[15]. Elle permet

[14] « De l'utilisation des indisciplinés en temps de guerre », *Annales médico-psychologiques*, n° 7, 1916, p. 525.
[15] Société médico-psychologique, séance du 29 mai, 26 juin et 17 juillet 1916, *Annales médico-psychologiques*, n° 7, 1916, p. 490-530. Ce rapport et son échec sont rapidement mentionnés par Marie Derrien dans « Éliminer ou récupérer ? L'armée française face aux fous du début du XXe siècle à la Grande Guerre », *Le Mouvement Social*, vol. 253, n°4, 2015, p. 13-29.

également d'étudier certaines des stratégies professionnelles des médecins et les modalités de la discussion scientifique sur l'aptitude militaire en temps de guerre.

Les discussions autour de l'utilisation des « indisciplinés » relèvent des efforts fournis spontanément par la communauté médicale pour faciliter l'incorporation de soldats que la sélection d'avant-guerre aurait pu ou dû écarter. Pour C. Nordman et J. Bonhomme en effet, il est de la compétence voire du devoir des sociétés savantes de contribuer à l'effort de guerre en facilitant l'utilisation stratégique par l'armée du capital humain :

> Il nous paraît de plus en plus urgent pour l'armée de récupérer le plus possible de forces perdues. Il est bon, croyons-nous, que la Société médico-psychologique se préoccupe de la question, la discute et au besoin émette un vœu ayant pour but de tâcher de modifier l'état de choses actuel […]. On élimine trop facilement les individus qui se prêtent mal à la discipline commune de l'armée […] cependant beaucoup d'entre eux sont loin d'être complètement inutilisables dans les conditions actuelles de la guerre, et un grand nombre de ces anormaux pourraient rendre de réels services au front s'ils y trouvaient simplement un milieu adapté pour les recevoir et surtout pour les employer[16].

Les médecins reflètent ici l'engagement patriotique d'autres médecins pour lesquels « en faisant œuvre médicale, [l'aliéniste] ne doit pas oublier qu'il doit faire œuvre de rendement militaire et de protection nationale[17] ». Il ne s'agit pas ici de peser en amont directement sur le processus d'élimination des inaptes – en proposant, à l'instar de la Société de médecine légale, une modification des critères de la sélection – mais de faciliter en aval l'incorporation d'hommes dont l'aptitude aurait été jugée douteuse en temps de paix[18]. Les « indisciplinés », déséquilibrés mentaux ou alcooliques, s'ils réunissent souvent toutes les qualités physiques nécessaires à l'activité de soldats, apparaissent en effet « instables », « irritables », « peu maniables ». Ils éprouvent des difficultés à se plier à la discipline militaire. La Société propose donc de les regrouper dans des bataillons, sections ou compagnies faisant l'objet de dispositions particulières.

Le rapport de la Société médico-psychologique évoque des dispositions que l'on peut classer en trois types de mesures. Les troupes d'indisciplinés seraient d'abord mises à l'écart,

---

[16] « De l'utilisation des indisciplinés en temps de guerre », *Annales médico-psychologiques*, n° 7, 1916, p. 490 et 525.

[17] POROT Albert, « Les bases de l'expertise mentale dans les bataillons d'Afrique et les groupes spéciaux en temps de guerre (aptitude au service et responsabilité militaire) », *Revue neurologique*, 1916, p. 25.

[18] La section de l'instruction de 1916 portant sur les recrues atteintes de troubles mentaux assouplit d'ailleurs les conditions de leur incorporation en stipulant que la débilité mentale légère « peut être compatible avec le service auxiliaire », in Ministère de la guerre, *Recrutement de l'armée : aptitude physique au service militaire*, Paris, H. Charles-Lavauzelle, volume arrêté à la date du 20 décembre 1916, 1916.

puis étroitement contrôlées et enfin utilisées pour des tâches spécifiques. Les « anormaux mentaux » ne peuvent en effet demeurer longuement parmi leurs camarades « normaux », stationner au dépôt ou dans une agglomération, voire rester en métropole. Agités, influençables, facteurs de troubles et de contagion morale, ils doivent être isolés dans des formations réservées, envoyés directement au front sans passer par le dépôt, voire éloignés en étant rattachés aux bataillons d'Afrique et déployés exclusivement sur des terrains coloniaux. Ils doivent être placés sous la surveillance de chefs « habitués à manier les fortes têtes », particulièrement aptes à les « surveiller et les contenir[19] ». Sujets à des « accès périodiques » et des « bouffées délirantes », les déséquilibrés doivent faire l'objet d'examens médicaux fréquents et de mises en observation facilitant leur élimination du rang. Incapables de séjourner longuement dans une tranchée ou d'accomplir de simples tâches, ils seraient enfin réservés exclusivement aux premières vagues d'assaut et constitueraient ainsi des « troupes de choc ».

La formation de telles unités présente aux yeux de la Société médico-psychologique nombre d'avantages. Elle permet tout d'abord d'optimiser le rendement de la sélection en permettant une utilisation maximale du capital humain, de manière à ce que chacun puisse « contribuer dans la mesure de [ses] moyens, à la défense commune de la patrie[20] » dans le cadre d'une économie de guerre visant à la mobilisation de toutes les ressources. Elle vise en outre à améliorer l'efficacité de l'armée en tirant tout le parti de la « valeur combative » de ces sujets particuliers. En effet, les débats de la Société livrent un éclairage particulièrement intéressant sur la conception positive de l'aptitude mentale par les aliénistes :

> [I]l est certain que la plupart de ces hommes ont encore des qualités positives pour le service de guerre. Il est indiscutable, en tout cas, que les déséquilibrés plus ou moins pervers ont, eux, de réelles aptitudes combatives qu'il suffirait de savoir utiliser pour obtenir de ces sujets des services des plus positifs. En effet, s'ils ne peuvent comme tout le monde se soumettre à une discipline de tous les instants, ils ont, par contre, on le sait, outre le goût de l'aventure, une propension impulsive qui pousse un très grand nombre d'entre eux à des actes dangereux ou agressifs, qui peuvent, en temps de guerre, se transformer facilement en actes véritables de bravoure. Il serait donc rationnel […] de grouper ces individus en des formations spéciales, où leurs qualités musculaires et leur impulsivité, comme aussi leur goût d'aventures, pourraient se donner libre carrière et procurer des résultats excellents[21].

[19] « De l'utilisation des indisciplinés en temps de guerre », *Annales médico-psychologiques*, n° 7, 1916, p. 491.
[20] *Ibid*, p. 492.
[21] *Ibid*, p. 527.

Outre leurs qualités physiques parfois indéniables, les bataillons de choc permettraient donc d'exploiter les « qualités psychiques » des anormaux. Leur impulsivité, leur goût du risque et leur agressivité sont autant de « défauts sociaux » pouvant, à la faveur de la guerre, se transformer en « véritables vertus militaires[22] ». En temps de guerre, l'agressivité impulsive peut être aisément confondue avec la combativité, l'inconscience face au risque recouvrir la bravoure, le mépris du danger être assimilé à l'héroïsme. D'autres qualités auxquelles sont faiblement prédisposés les anormaux, telles l'obéissance et la capacité à comprendre et suivre les codes de la discipline militaire, pourraient dès lors être compensées par un commandement particulièrement strict. Afin de servir leur démonstration, les aliénistes de la Société négligent les dispositions mentales traditionnellement associées au bon soldat et qui l'éloignent d'un simple exécutant, telles la rapidité et la capacité d'initiative[23].

Ce projet de bataillons de choc permettrait également d'éloigner voire de supprimer les indésirables en les groupant au sein de formations dont la dimension disciplinaire, voire punitive, apparaît clairement[24]. La société s'inspire d'ailleurs explicitement des sections disciplinaires, notamment des « Joyeux », corps des bataillons d'infanterie légère d'Afrique créés en 1832, destinés à éloigner des corps réguliers de l'armée les soldats indésirables indisciplinés[25]. « Petits délinquants » faciles à « maintenir dans la bonne voie », les déséquilibrés seraient soumis à une discipline particulièrement stricte et à des chefs inflexibles afin d'être envoyés en première vague d'assaut, au besoin sous la menace de mitrailleuses. « Pas moyen de se dérober », se félicitent les rapporteurs du projet. En cas de rébellion, « [u]ne forte poussée allemande elle-même ne les empêcherait pas d'être fusillés les premiers ». L'élimination providentielle de ces faibles d'esprit, même si elle n'est pas présentée comme l'objectif principal de ce dispositif, apparaît ici en filigrane. Lorsque C. Nordman et J. Bonhomme constatent que « la sélection de par les lois de la guerre, ne se fera pas uniquement par le haut, au grand détriment de la société de demain », ils reflètent une crainte liée aux conséquences conjointes d'une guerre meurtrière, de la conscription et de la sélection médicale des recrues. En envoyant les éléments les plus sains sur le champ de bataille, le conflit aboutirait à leur élimination, à la prolifération des inaptes et à l'affaiblissement de la race. Cet effet pervers

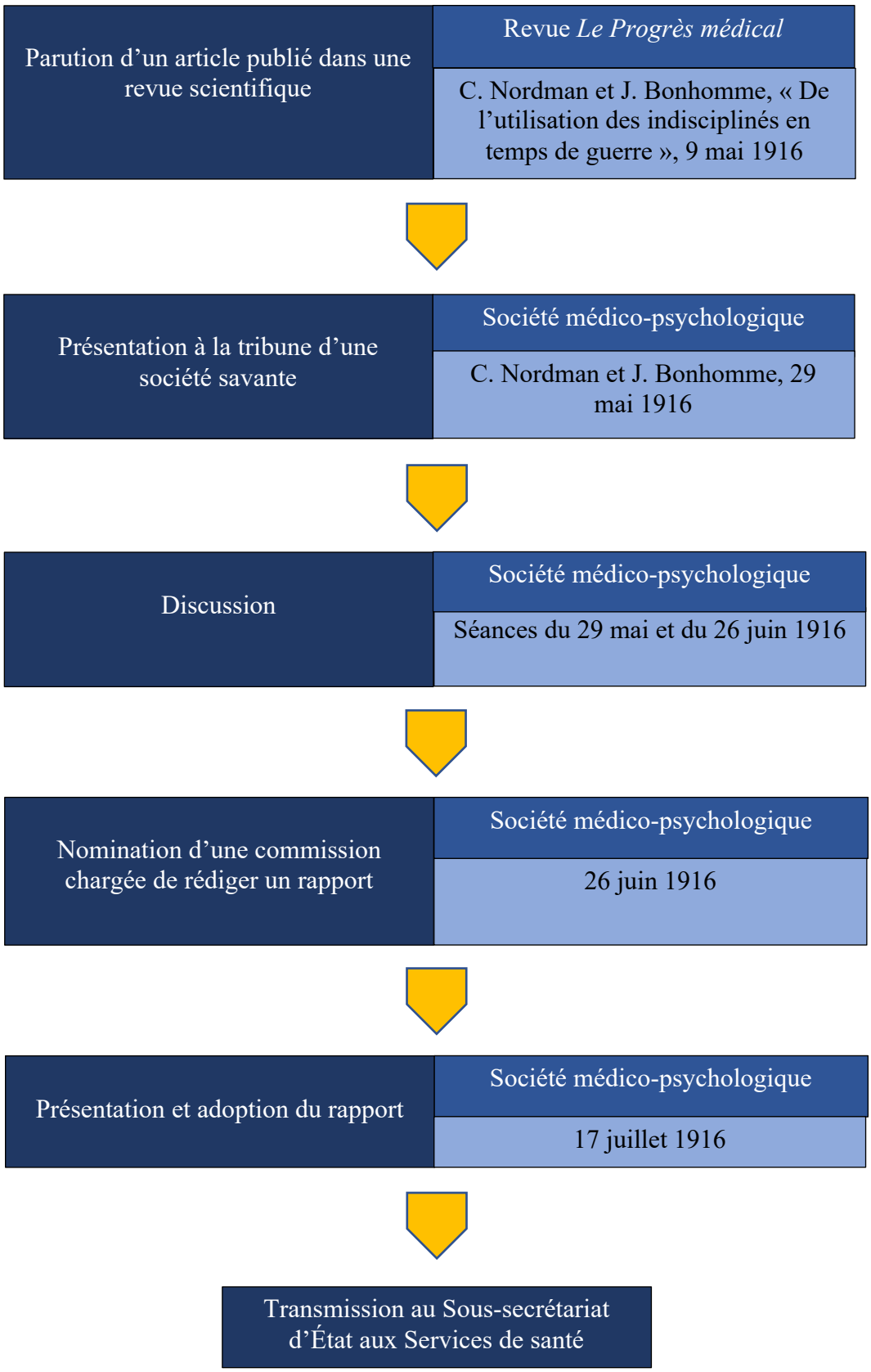
[22] *Ibid*, p. 526.
[23] Sur ce point, voir COSSON Olivier, *Préparer la Grande Guerre. L'armée française et la guerre russo-japonaise*, Paris, Les Indes savantes, 2013.
[24] « De l'utilisation des indisciplinés en temps de guerre », *Annales médico-psychologiques*, n° 7, 1916, p. 527.
[25] Voir à ce sujet KALIFA Dominique, *Biribi. Les bagnes coloniaux de l'armée française*, Paris, Perrin, 2009.

redouté des levées conscriptionnelles est régulièrement dénoncé par les médecins et les membres civils des conseils de révision depuis la Monarchie de Juillet[26].

L'élaboration du rapport permet également d'avoir un aperçu du fonctionnement de la controverse scientifique pendant le conflit. Les modalités de la discussion scientifique ne sont pas affectées par l'état de guerre et l'on observe le déploiement habituel du débat au sein d'une société savante. Les discussions à la société médico-psychologique font suite à la parution d'un article dans le *Progrès médical*. Présenté par ses auteurs, son contenu est débattu au cours de deux séances de la Société. Il mène à la nomination d'une commission – composée des docteurs Briand, Colin, Laignel-Lavastine, Pactet et Haury – qui établit un rapport présenté et voté à l'unanimité lors d'une troisième séance. Le rapport est ensuite transmis au sous-secrétariat d'État aux Services de santé. Contrairement à la proposition de la Société de médecine légale cependant, il n'est pas suivi d'effet.

[26] CREPIN Annie, *Histoire de la conscription,* Paris, Gallimard, 2009.

Schéma 3 : Élaboration d'une proposition de réforme des modalités d'incorporation des « indisciplinés » en temps de guerre par la Société médico-psychologique



Le projet enfin pour les médecins l'occasion de défendre leurs intérêts professionnels. Pour la Société médico-psychologique, la mise en place d'un tel dispositif ne peut se fait qu'en recourant à l'expertise des aliénistes. Seuls des spécialistes seraient aptes à procéder à un « examen psychiatrique sérieux » afin de distinguer les candidats à ces formations des irrécupérables, « vrais malades », bons pour l'hôpital, d'écarter au fur et à mesure les sujets dangereux, en proie à une trop grande instabilité ainsi qu'à « dépister l'exagération, la simulation ou en sens contraire la maladie véritable[27] ». La Société médico-psychologique propose en définitive un programme de gestion militaire des anormaux mentaux, inspiré des bataillons disciplinaires de l'armée, placé sous le contrôle de psychiatres et adapté aux circonstances exceptionnelles du temps de la guerre. Elle souligne la tendance à la gestion disciplinaire et répressive de l'anormalité mentale par le corps des psychiatres[28]. Les déclassés que sont habituellement les anormaux mentaux ne sont, dans le projet de la Société médico-psychologique, ni enfermés à l'asile ou en prison, ni à proprement parler intégrés à l'institution militaire et donc partie prenante d'une société qui érige le citoyen-soldat en modèle. Menaçants et asociaux, ils sont néanmoins, du fait de la guerre, « utilisables ». Dès lors, ils sont à la fois relégués – au sein de sections spéciales – et intégrés – par l'assaut, au dispositif stratégique. Cette semi-intégration se fait au prix du déploiement de techniques disciplinaires maniées par le commandement militaire et d'un contrôle et d'une surveillance exercées par le pouvoir psychiatrique[29].

Que faire des chétifs ? Un « entraînement pour créer l'aptitude »

Affecté par l'abandon de la rigueur et la politique de récupération, le triage médical s'est considérablement affaibli. Si la proposition de la Société médico-psychologique n'aboutit pas, la prise de conscience par l'armée de l'inévitable présence, au sein des troupes, d'individus à la constitution physique fragile entraîne en revanche une réflexion menée conjointement par l'état-major, le Service de santé et le corps politique, et la mise en place d'un programme d'éducation physique adapté, qui met l'accent sur la pratique de la gymnastique et du sport[30]. Ces mesures d'encadrement corporel sont dictées par les nécessités de la guerre, mais elles s'inscrivent dans la lignée des efforts fournis après 1905 pour maintenir les effectifs constants

[27] *Annales médico-psychologiques*, n° 7, 1916, p. 491.
[28] FOUCAULT Michel, *Le Pouvoir psychiatrique, Cours au Collège de France, 1973-1974,* Paris, Seuil, 1974.
[29] FOUCAULT Michel, *Surveiller et punir : naissance de la prison*, Paris, Gallimard, 1992 [1975] ; *Les Anormaux, Cours au Collège de France (1974-1975),* Paris, Gallimard-Le Seuil, 1999.
[30] SHD, GR 9 NN 7/1111, Instruction n°1611 c/1 sur l'organisation et le fonctionnement de l'instruction physique pendant la durée de la guerre, Ministère de la guerre, 12 février 1917.

malgré le vote de la loi des deux ans qui réduisait la durée du service[31]. Elles font aussi écho à une volonté de redressement de la nation et d'amélioration de la race. Elles sont dictées par la commission d'hygiène qui joue, dans la formulation des recommandations, un rôle déterminant[32].

Pour maintenir les hommes fragiles dans les rangs, des dispositifs d'accompagnement sont déployés en direction des catégories soupçonnées de fournir le plus grand nombre d'inaptes, les jeunes classes et les récupérés qui auront « presque tous besoin d'un entraînement progressif avant d'aborder l'instruction militaire[33] ». Dès décembre 1915, des mesures d'hygiène plus sévères sont prises en direction des jeunes classes. Des instructions détaillent avec soin l'aménagement sanitaire des casernes, prescrivent l'augmentation des rations alimentaires. Ces mesures sont améliorées et complétées au fur et à mesure[34]. Mais c'est l'instruction et l'entraînement des recrues qui font surtout l'objet « d'intéressantes innovations[35] », selon la Commission de l'armée. Si de telles précautions sont prises pour épargner le capital humain que représentent les jeunes recrues, c'est que leur sort engage aussi bien l'efficacité de l'armée que l'avenir de la nation. L'entraînement adapté doit donc d'une part ménager ces recrues :

> Pour aujourd'hui, autant que pour demain, car c'est l'avenir de notre race que représentent ces jeunes classes, il faut se montrer, dans les instructions, plein d'attentions militaires et de soins paternels. On devra donc les conduire, au terme de leur apprentissage, pendant les mois d'instruction qui leur sont nécessaires, par une progression modérée et méthodique[36].

D'autre part augmenter l'efficacité de l'armée et donc d'améliorer, autant que possible leur condition physique. En ce sens, il s'agit bien d'un « entraînement pour créer l'aptitude[37] » qui repose sur la progressivité et l'adaptation de l'entraînement au physique des jeunes gens.

L'entraînement progressif de jeunes gens au physique fragile n'est pas une mesure entièrement neuve. L'adoption de la loi de 1905 avait en effet déclenché une intense réflexion

---

[31] Chapitre 2.
[32] Voir par exemple *Journal officiel de la République française. Débats parlementaires. Chambre des députés : compte rendu in-extenso*, Séance du 30 novembre 1915, p. 1942-1943.
[33] SHD, GR 9 NN 7/1111, Rapport sur la nouvelle méthode d'entraînement physique des jeunes classes par Mr le médecin-Major de 2e classe Chevallier. Sur les jeunes classes en particulier, « Rapport fait au nom de la commission de l'armée chargée d'examiner le projet de loi, adopté par la Chambre des députés, relatif à l'appel sous les drapeaux de la classe 1917 », *Annexe n°459 au procès-verbal de la séance du 22 décembre 1915*, Sénat, p. 4.
[34] Voir par exemple SHD, GR 9 NN 7/1100, Circulaire n° 433 Ci/7, Mesures à prendre à l'occasion de la Classe 1918, 25 février 1917 ; SHD, GR 9 NN 7/1111, Instruction physique des classes jeunes ou de récupérés, 10 octobre 1916 ; SHD, GR 9 NN 7/1111, Instruction n°1611 c/1 sur l'organisation et le fonctionnement de l'instruction physique pendant la durée de la guerre, Ministère de la guerre, 12 février 1917.
[35] « Rapport fait au nom de la commission de l'armée… », *op. cit.*, p. 7.
[36] « Rapport fait au nom de la commission de l'armée… », *op. cit*, p. 9.
[37] *Ibid*, p. 9.

dans le corps des médecins militaires français sur la nécessité d'adapter la vitesse et l'intensité de l'entraînement aux recrues plus fragiles, regroupées au sein d'unités spéciales. Les mesures prises entre 1915 et 1917 prolongent et systématisent certaines expériences et suivent en tous points les recommandations de la commission d'hygiène. En octobre 1916, le directeur du Service de santé des armées, Justin Godart, invite « les médecins à prendre une connaissance très exacte du Guide-mémento de Joinville[38] ». Ce guide-mémento est publié en juin 1916 « en vue de l'instruction physique des classes jeunes et de récupérés, un peu plus faibles que les classes appelées normalement en temps de paix[39] ». C'est en 1852 qu'est créée l'École normale de Gymnastique de Joinville-le-Pont, destinée à former les instructeurs militaires de l'armée de terre française[40]. Sa réputation internationale en fait bientôt un centre de préparation à la fois civile et militaire et un centre de recherche. Les méthodes de l'École de Joinville sont celles d'une gymnastique éducative d'influence suédoise, orientée vers le développement du corps et l'amplitude du mouvement. Il s'agit de promouvoir « une éducation physique logique, rationnelle, intelligente, qui aura pour but le perfectionnement du corps [des] recrues et leur dressage à la guerre[41] ».

L'École, fermée momentanément pendant la guerre, rouvre le 8 mai 1916. Outre la rééducation des blessés à laquelle elle s'intéresse, elle contribue à étudier, préciser, et mettre au point une méthode d'éducation physique méthodique et rationnelle qui s'inspire d'expérimentations menée en son sein, comme le peloton d'éducation physique spécial[42]. Cette méthode est expérimentée sur la classe 17. Les bons résultats constatés conduisent à l'étendre aux contingents des récupérés et aux autres jeunes classes appelés sous les drapeaux pendant la durée de la guerre. En juillet, 80 sous-officiers y sont formés et désignés comme instructeurs des contingents des Jeunes Classes et des récupérés[43]. La méthode de Joinville est ensuite étendue à toute l'armée. Elle est résumée dans un « Guide pratique d'éducation physique à l'usage des instructeurs de la préparation militaire » censé orienter la conception française de l'entraînement dispensé dans les vingt centres régionaux d'Instruction Physique pendant tout

[38] SHD, GR 9 NN 7/1111, Instruction physique des classes jeunes ou de récupérés, 10 octobre 1916.
[39] SHD, GR 9 NN 7/1111, Guide-mémento de Joinville, 20 juin 1916.
[40] LOUDCHER Jean-François, VIVIER Christian, « Gymnastique, éducation physique et sports dans les manuels militaires (XIXe-XXe siècles) », in *Une histoire culturelle du sport. De Joinville à l'Olympisme. Rôle des armées dans le mouvement sportif français*, 1996, p. 21-33 ; SIMONET Pierre, VERAY Laurent, « Introduction » et ANDRIEU Gilbert, « L'École de Joinville contrainte au changement (1872-1914) » in *Les Cahiers de l'INSEP*, hors-série, 2003. *L'Empreinte de Joinville, 150 ans de sport*, p. 9-11.
[41] DUPONCHEL Émile, *Le rôle social de l'officier dans l'éducation physique*, Chapelot, 1902, p. 40.
[42] Rapport, cité dans CAHUZAC Dr., « La rééducation physique des malingres et des faibles », *Journal des Sciences militaires*, 1er juillet 1909, p. 322 et 323.
[43] SHD, GR 9 NN 7/1111, Regroupement des Centres régionaux d'Instruction Physique, 22 avril 1918 ; SHD, GR 9 NN 7/1111, Lettre de Justin Godart au Professeur Letulle, 13 septembre 1917.

le reste du conflit. Elle s'inspire du règlement d'Éducation physique de l'Armée du 20 janvier 1910 dont elle sélectionne et révise certains éléments. Elle complète par exemple les épreuves classiques par celle du porter, « dont l'importance s'est révélée comme capitale », et du terrassement « déjà connu, mais non comme exercice physique[44] ».

Cette méthode d'instruction physique, « établie spécialement pour entraîner de très jeunes gens, de valeurs physiques très différentes, allant du demi-malade au jeune athlète[45] », repose sur un principe fondamental, « la graduation de méthodes, en rapport avec l'âge physique et les aptitudes réelles des sujets à former[46] », soit le caractère différencié et progressif de l'instruction. Il est donc impératif, pour qu'elle puisse d'appliquer au mieux, que la valeur physique des recrues soit connue précisément. La visite d'incorporation prend alors une importance fondamentale. Elle est toujours le lieu où se poursuit la sélection médicale mais elle devient aussi le moment où est estimée avec précision l'état des futurs soldats :

Tableau 21 : Classement de la classe 1919 à la suite de la visite d'incorporation

Catégories	Nombre	Proportion pour 100
Forts	69 718	34,67
Moyens	82 297	42,91
Faibles	45,124	22,42
Total des hommes ayant passé la visite d'incorporation	201 139	100

Source : SHD, GR 9 NN 7/1101[47]

Les recrues incorporées sont classées « suivant leur degré d'aptitude physique[48] » en trois groupes « forts », « moyens », « faibles ». Chaque groupe fait ensuite l'objet d'un entraînement progressif différencié, échelonné semaine par semaine, et d'un suivi médical personnalisé.

L'objectif de l'instruction est bien sûr « de fournir toutes les épreuves du combat d'infanterie, dans les conditions de combat ». À cet égard, les recrues doivent apprendre aussi

[44] SHD, GR 9 NN 7/1111, Guide pratique d'éducation physique à l'usage des instructeurs de la préparation militaire, p. 8.
[45] *Ibid*., p. 4.
[46] *Ibid*., p. 4.
[47] Dossier « Incorporation classe 1919. Statistiques et rapports, maladies contagieuses, valeur physique. Statistiques comparées avec les classes 1917 et 1918 », Note du bureau de l'organisation et de la mobilisation armée pour le Sous-Secrétariat d'État du Service de Santé.
[48] SHD, GR 9 NN 7/1111, Guide pratique d'éducation physique à l'usage des instructeurs de la préparation militaire, p. 3.

bien à marcher, lever et porter, qu'à courir, sauter, grimper, terrasser et combattre[49]. Le groupe des « forts » commence par exemple l'escrime à la baïonnette la 3e semaine, celui des « moyens » la 5e semaine et celui des « faibles » après un mois ½ de travail physique[50]. Ce travail est adapté aux réalités de la guerre en cours et comprend par exemple des exercices en tranchée ou encore une formation au combat rapproché au révolver et au couteau de tranchée explicitement destiné aux nettoyeurs de tranchée[51]. Mais le programme comprend aussi une « éducation physique pré-militaire » c'est-à-dire une instruction composée de séries d'exercices, de mouvements respiratoires, d'exercices d'assouplissement et de développement qui ont pour but, en dehors de toute application militaire, de favoriser la force, la résistance, l'adresse et l'agilité du soldat. Pour l'incorporation de la classe 17, l'accent est mis sur cette éducation physique qui doit, selon les recommandations de la commission d'hygiène « prendre le pas sur la préparation militaire[52] ». Le programme des faibles est notamment conçu pour « vaincre […] les difficultés manifestées par les faibles pour tout ce qui est effort physique[53] ». L'accent est ainsi mis sur le fait de rendre l'exercice attrayant par la pratique du jeu. L'abdomen sera ainsi développé par la pratique de « la brouette » ou de la « quille saoule », les bras par celle du « chat-perché en suspens » [54].

L'ensemble du programme, et c'est là la grande originalité de ces mesures de guerre, est placé sous le contrôle des médecins, selon les souhaits de la commission d'hygiène[55]. Les jeunes recrues sont placées sous « surveillance hygiénique[56] » constante, notamment dans les trois mois suivant leur incorporation. Depuis la révision jusqu'au moment du départ aux armées, les recrues sont suivies de très près par les experts médicaux. Le rôle des médecins dans l'évaluation de la corrélation entre l'aptitude du soldat et les modalités de l'entraînement est central :

> Il est incontestable que tout sujet soumis à l'entraînement doit être au préalable l'objet d'un examen médical très attentif destiné soit à l'écarter en cas de tare exceptionnellement grave, soit,

[49] SHD, GR 9 NN 7/1111, Guide-memento de Joinville, p. 29.
[50] *Ibid*., p. 37.
[51] *Ibid*., p. 36.
[52] Henri Doizy, *Journal officiel de la République française (JORF). Débats parlementaires. Chambre des députés : compte rendu in-extenso*, Séance du 30 novembre 1915, p. 1944.
[53] SHD, GR 9 NN 7/1111, Guide-memento de Joinville.
[54] *Ibid*., p. 31.
[55] *JORF. Débats parlementaires. Chambre des députés*, Séance du 30 novembre 1915, p. 1944.
[56] Voir la circulaire n° 747 Ci/7 du 21 Juin 1918 qui prescrit l'examen et le contrôle inopiné des fiches de pesées périodiques et invite les Directeurs régionaux à instituer une enquête approfondie dans les corps de troupe de leurs Régions sur les points touchant à l'hygiène générale des soldats ; et la circulaire n°14.721 B 4/7 du 13 juillet 1918 relative aux visites sanitaires à faire subir aux jeunes contingents avant leur départ aux Armées. À partir de l'incorporation de la classe 1919, l'état de santé des recrues est reporté sur un livret sanitaire qui compile les informations de la révision, de l'incorporation et du service. Voir à ce sujet SHD, GR 9 NN 7/1112.

> le plus souvent, à fournir simplement à l'instructeur toutes les indications de nature à la guider dans le dosage de l'entraînement à lui faire subir[57].

L'examen médical de la visite d'incorporation prend alors un caractère primordial. Cette évaluation de l'aptitude poursuit l'entreprise de sélection des recrues, mais a également pour fonction d'indiquer quel type d'entraînement peuvent subir les sujets[58]. Le contrôle médical se poursuit tout au long de la formation du jeune soldat. Le corps médical contrôle l'aménagement des casernes, « la durée du repos ou du sommeil indispensables à des organismes jeunes » ou encore « l'état général et l'entrain des jeunes recrues[59] ». Les médecins sont invités à visiter le réfectoire à l'heure des repas, afin de s'assurer que les rations sont suffisantes. Les statistiques sanitaires sont contrôlées par le Service de santé qui, le cas échéant, formule des recommandations en cas de manifestations épidémiques ou d'apparent fléchissement dans la résistance organique des jeunes soldats[60].

Ce contrôle est particulièrement étroit en ce qui concerne l'entraînement des recrues fragiles. Les instructions données par le Service de santé préconisent que « les médecins soient consultés en tout temps, et plus spécialement lors des pesées ou des visites de santé périodiques, au sujet des hommes pour lesquels le travail paraîtrait trop intensif[61] ». C'est aux médecins que revient la charge de déterminer, au cours de l'entraînement, si celui-ci est bien approprié à la constitution physique du sujet et à la somme d'efforts qu'il est capable de fournir. Ce suivi est effectué à l'aide d'un ensemble de mesures anthropométriques (taille, poids, périmètre thoracique) et de performances lors d'épreuves types (saut en longueur, en hauteur, course, lancer de grenade, lever du sac de terre). Les performances sont cotées selon un barème établi spécialement pour de très jeunes gens, de seize à dix-huit ans[62]. Les médecins peuvent recommander une mise en observation, et sont appelés à formuler au Commandement leurs

---

[57] SHD, GR 9 NN 7/1111, Guide pratique d'éducation physique à l'usage des instructeurs de la préparation militaire, p. 9.
[58] SHD, GR 9 NN 7/1111, Circulaire n° 442 Ci/7, Visite d'incorporation des Recrues de la Classe 1918, 1er mars 1917.
[59] SHD, GR 9 NN 7/1111, Circulaire n°5. 526 3/7, Mesures hygiéniques et prophylactiques concernant les jeunes soldats de la classe 1919, les ajournés des classes 1913 à 1918 et les exemptés de la classe 1918, 11 avril 1918.
[60] Voir par exemple la circulaire n°14.721 B 4/7 du 13 juillet 1918.
[61] SHD, GR 9 NN 7/1111, Circulaire N°275 Ci/7, Instruction physique des classes jeunes ou de récupérés, 10 octobre 1916 ; voir aussi Circulaires et instructions, n° 433 Ci/7, Mesures à prendre à l'occasion de la Classe 1918, 25 février 1917 ; Circulaire n°3898 3/7, Mesures à prendre à l'occasion de l'incorporation de la classe de 1919, des ajournés des classes 1913 à 1918 et des exemptés de la classe 1918, 8 mars 1918. Voir aussi SHD, GR 9 NN 7/1111, Circulaires n° 488 Ci/7, Mesures hygiéniques et prophylactiques concernant les jeunes soldats de la classe 1918, 10 avril 1917. Pour des considérations sur l'application de ces mesures, voir l'article du Dr Moreau-Defarges, « Examen, classement, entraînement des jeunes soldats de la classe 17 », *Journal de médecine et de chirurgie pratique*, 25 mars 1916, p. 249.
[62] Voir annexe n° 49.

propositions qui pourront aboutir à un reclassement ou une diminution de la durée du travail imposé. La parole des soldats, là encore, est dévaluée. Les médecins sont ainsi invités à examiner « les sujets qui, sans se plaindre et à leur insu, présenteront les apparences d'un fléchissement physique ou des signes de fatigue au cours de l'entraînement[63] ». La valeur de la plainte des recrues est donc écartée au profit des signes que l'expert seul est en droit d'identifier.

Classer, rééduquer, réaffecter : les unités d'inaptes

En raison de l'affaiblissement de la sélection, le fléchissement physique et mental de nombre de recrues les condamne à être évacué du front vers les formations sanitaires ou les dépôts. Là aussi, médecins et militaires au front tentent d'adapter la prise en charge de ces soldats afin d'en conserver un plus grand nombre possible au sein des forces armées et, dans la mesure du possible, de les réaffecter au sein d'unités combattantes. Après un temps de réflexion sur la « méthode de rééducation des inaptes de guerre[64] », les circulaires ministérielles des 18 mai et 4 septembre 1915 prescrivent de grouper les hommes temporairement inaptes, blessés ou malades insuffisamment rétablis, dans une unité constitutive de chaque dépôt d'infanterie[65]. Ces dispositions visent notamment « ceux qui ne font que l'aller et retour, qui partent des dépôts pour aller au front et reviennent trop vite malades du front au dépôt[66] ». Ils sont affectés à des unités spéciales, que l'on appelle rapidement « unités d'inaptes », séparés des hommes valides. Tous les hommes évacués des armées, arrivant au dépôt sont placés à la compagnie d'inaptes et présentés par elle à la visite d'un médecin qui les classe de la manière suivante :

a) Hors catégorie (HC) : à proposer pour la réforme, le service auxiliaire, un changement d'arme, le renvoi aux formations sanitaires, une convalescence etc.
b) Catégorie C1 : Hommes qui par la suite de blessures aux bras, aux jambes ou au tronc ou par la suite de maladies (rhumatismes, arthrite, etc.) ont une *gêne fonctionnelle* nécessitant l'application de méthodes spéciales de rééducation physique.
c) Catégorie C2 : Hommes qui, sans être atteints d'une diminution fonctionnelle locale ont un *état de santé général trop précaire* pour suivre immédiatement les exercices prévus pour la catégorie ci-après.

[63] SHD, GR 9 NN 7/1100, Circulaires et instructions, n° 433 Ci/7, Mesures à prendre à l'occasion de la Classe 1918, 25 février 1917.
[64] SHD, GR 9 NN 7/1111, Méthode de rééducation des inaptes de guerre.
[65] SHD, GR 9 NN 7/1111, Circulaires ministérielles n° 7.075 1/11 du 18 mai 1915 et 13.131 1/11 du 4 septembre 1915.
[66] *JORF. Débats parlementaires. Chambre des députés*, Séance du 30 novembre 1915, p. 1942.

d) Catégorie C3 : Hommes qui peuvent être soumis à une rééducation générale destinée à les amener rapidement à pouvoir suivre utilement le tableau de travail des compagnies de réentraînement.

En dehors de ces catégories, le médecin désigne immédiatement pour être versés aux compagnies de mobilisables, les hommes qui, dès leur arrivée, sont en état de suivre l'entraînement normal[67].

L'inaptitude au service armé est ici conçue comme un état graduel pouvant faire l'objet d'une rééducation. Elle peut être totale et définitive. Les hommes sont alors classés (HC) ce qui les conduit à prolonger leur convalescence, à être classés dans le service auxiliaire ou à changer d'arme. En cas d'inaptitude totale au service, ils peuvent être réformés et renvoyés chez eux. Lorsque l'inaptitude n'est pas totale et définitive, les hommes font l'objet d'un classement destiné à évoluer et d'une prise en charge dont l'objectif est « le retour à l'aptitude militaire[68] ». Ils sont soumis à un encadrement médical particulier et à un entraînement progressif, adapté à leur condition physique afin de « récupérer le maximum de puissance musculaire et d'amplitude[69] ». Dès qu'ils sont en état de suivre un entraînement normal, ils sont versés aux compagnies de mobilisables et renvoyés au front. L'ensemble du dispositif est placé sous le contrôle et la surveillance étroite du corps médical dont le rôle est, souligne l'état-major, « extrêmement important[70] ». Les médecins, qui ont suivi une formation spéciale, suivent les progrès de chaque soldat et propose le passage d'une catégorie à une autre[71].

Avec l'intensification de la crise des effectifs, l'armée en vient rapidement à se préoccuper d'augmenter le « rendement » de ces unités[72]. Le climat de chasse aux embusqués a pour corollaire une crispation vis-à-vis des improductifs qui peuplent les dépôts. On craint que dans la « quiétude et semi farniente du dépôt où il est occupé aux corvées intérieures les plus douces », l'inapte subisse « un fléchissement moral [qui] accompagne la diminution de la valeur physique et conditionne sa façon d'être[73] ». On voit apparaître dans la correspondance du

[67] SHD, GR 9 NN 7/1111, Circulaire n°6784 c/I « Organisation des unités d'inaptes », 25 juin 1917.
[68] SHD, GR 9 NN 7/1111, Ministère de la guerre, direction de l'infanterie, Guide pratique à l'usage des centres de rééducation physique et militaire (anciennes compagnies d'inaptes), Paris, Imprimerie nationale, 1917.
[69] SHD, GR 9 NN 7/1111, Méthode de rééducation des inaptes de guerre.
[70] SHD, GR 9 NN 7/1111, Circulaire N°6784 c/I « Organisation des unités d'inaptes », 25 juin 1917 ; SHD, GR 9 NN 7/1111, Note du Général Directeur de l'infanterie M. Cottez au sujet des inaptes dans les dépôts, 17 juillet 1917.
[71] Sur la formation des médecins, SHD, GR 9 NN 7/1111, Note pour le médecin principal Baron, 27 mai 1917 ; SHD, GR 9 NN 7/1111, Note de la direction de l'infanterie au sous-secrétariat d'État du service de santé militaire 1e division technique, 18 juillet 1917
[72] SHD, GR 9 NN 7/1111, Ministère de la guerre, note pour Monsieur le Ministre, 633 PM/I.
[73] *Ibid*.

Ministère de la guerre et du Service de santé une « psychologie de l'inapte[74] » qui menace non seulement son retour à la santé mais constitue également, par contagion, un danger pour le reste de la troupe. L'inapte, redoutant la vie de de fatigue et de dangers du front, s'accommode de son sort et s'oppose alors à tous les efforts utiles à l'amélioration de son état.

Le sort de ces hommes et les soins censés les entourer – déjà compromis en novembre 1914 par l'instauration l'inspection tous les deux mois des hommes du service armé déclarés inaptes et les hommes du service auxiliaire des dépôts – est rendus encore plus instable par la loi du 17 août 1915 (loi Dalbiez). Les individus déclarés inaptes à faire campagne pour raison de santé ne peuvent être maintenus dans cette situation plus de deux mois sans être examinés par la commission de réforme. L'effort de récupération s'intensifie encore en 1917. Le 25 juin, la direction de l'infanterie écrit :

> Les ressources dont nous pouvons disposer pour alimenter les armées sont en relation très directe avec le rendement des compagnies d'inaptes et cette question présente une telle importance que j'appelle sur elle votre attention d'une façon toute spéciale[75].

Les unités d'inaptes sont considérées comme un vivier sous-exploité pouvant permettre de réinjecter des éléments dans l'armée. Elles sont donc réorganisées de manière à intensifier la récupération des soldats qui les composent, de les « rétablir […] dans leur vigueur physique » afin qu'ils puissent reprendre leur place « le plus tôt possible[76] » dans les unités combattantes.

La méthode de rééducation physique, on l'a vu, est révisée et rationalisée. La réorganisation comprend également un volet coercitif qui entend soumettre ces compagnies à un contrôle permanent, grâce aux visites répétées et inopinées du médecin et d'un service d'inspection. Le médecin surveille l'état du soldat tant du point de vue de l'état physiologique général (poids, périmètre thoracique) qu'à celui des atrophies musculaires locales (mensurations diverses) et tient à jour une fiche de rééducation mise à disposition des instructeurs chargés des exercices de rééducation et transmise, le cas échéant à la commission de réforme. Conformément à l'orientation institutionnelle de l'expertise médicale de l'aptitude, les progrès sont estimés en fonction des exigences du milieu militaire et plus particulièrement de l'infanterie. On constate notamment l'aptitude à la marche, au port du ceinturon et du sac[77]. Une commission formée d'un lieutenant-colonel, d'un médecin-major de 1ère ou 2ème classe et

[74] *Ibid*.
[75] SHD, GR 9 NN 7/1111, Circulaire n°6784 c/I « Organisation des unités d'inaptes », 25 juin 1917.
[76] SHD, GR 9 NN 7/1111, Ministère de la guerre, direction de l'infanterie, Guide pratique à l'usage des centres de rééducation physique et militaire (anciennes compagnies d'inaptes), Paris, Imprimerie nationale, 1917.
[77] SHD, GR 9 NN 7/1111, Ministère de la guerre, direction de l'infanterie, Guide pratique à l'usage des centres de rééducation physique et militaire (anciennes compagnies d'inaptes), Paris, Imprimerie nationale, 1917.

du Directeur régional de l'Instruction Physique pour chaque région militaire procède alors à des visites inopinées des compagnies d'inaptes afin de vérifier la condition physique de certains inaptes et leur progrès[78]. Le rendement de ce dispositif est placé sous étroite surveillance. Le premier de chaque mois, on relève l'effectif total de la compagnie d'inaptes et l'effectif de la catégorie C3, avec l'indication, pour la catégorie C3 seulement, des gains et pertes réalisés dans le courant du mois (hommes versés dans la catégorie C3 et hommes passés de cette catégorie à la Compagnie de mobilisables)[79].

La réorganisation vise également à inciter l'inapte à recouvrer la santé. Pour cela, la direction entend manipuler l'inapte « en lui offrant l'attrait immédiat et tangible d'un avantage exceptionnel et en lui donnant l'impression qu'il est l'objet d'une mesure bienveillante et affectueuse, légitimement due en raison de ses services et de son dévouement antérieurs[80] ». En dehors de l'entraînement, qui doit comporter un aspect « attrayant et acceptable[81] », l'état-major imagine donc un système de gratification visant à récompenser les progrès accomplis par les hommes. L'inapte rehaussé d'une catégorie pourrait ainsi bénéficier d'une permission de quatre jours ; l'inapte complètement rééduqué d'une permission de 15 jours, avant son passage dans une compagnie de mobilisables. Enfin, la rééducation comprend une dimension morale. Par des commentaires de faits relatifs à la guerre, les instructeurs espèrent inspirer aux invalides « l'ardent désir de revenir au front et la haine de l'ennemi[82] ».

Il arrive que les médecins chargés du classement des inaptes proposent certains soldats (HC) pour un changement d'arme. Un certain nombre de recrues passe donc de l'infanterie à l'artillerie, où l'on espère que leur condition physique déficiente sera moins mise à l'épreuve. Or, cette affectation prioritaire des fantassins inaptes dans l'artillerie en vient rapidement à poser problème. En août 1916, sept soldats (HC) venus de l'infanterie sont ainsi versés dans le 121^{e} régiment d'artillerie lourde pour remplacer des hommes tués ou évacués. Le 4 août, le médecin-major de 1ère classe Couffon constate que « sur les 7 envoyés, 5 sont incapables à l'heure actuelle de faire du service[83] ». Deux sont d'anciens blessés aux mouvements limités,

[78] Voir par exemple SHD, 16 N 417, Rapport d'inspection du dépôt de la 3^{e} section de COA de Rouen.
[79] SHD, GR 9 NN 7/1111, Circulaire n°6784 c/I « Organisation des unités d'inaptes », 25 juin 1917, alinéa IV « Rendement ».
[80] SHD, GR 9 NN 7/1111, Note du Général Directeur de l'infanterie M. Cottez au sujet des inaptes dans les dépôts, 17 juillet 1917.
[81] SHD, GR 9 NN 7/1111, Méthode de rééducation des inaptes de guerre.
[82] SHD, GR 9 NN 7/1111, Ministère de la guerre, direction de l'infanterie, Guide pratique à l'usage des centres de rééducation physique et militaire (anciennes compagnies d'inaptes), Paris, Imprimerie nationale, 1917.
[83] SHD, GR 9 NN 7/1105, Rapport du médecin Couffon.

l'un n'est pas tout à fait remis d'une pleurésie et les deux restants sont porteurs d'affections très probablement préexistantes à leur incorporation. L'un d'eux souffre notamment d'une forme sévère de tachycardie qui aurait dû, selon Couffon, le cantonner à un emploi sédentaire.

Le 25 août, le Capitaine André transmet ce rapport au lieutenant-colonel commandant l'artillerie du sous-secteur nord et se plaint du fait que les hommes que l'on a envoyés en renfort sont « à peu près inutilisables ». Il poursuit :

> J'insiste sur la nécessité qui s'impose d'envoyer aux batteries lourdes des hommes très robustes et vigoureux, doués d'une santé solide, le métier qu'ils ont à faire étant des plus pénibles […] en raison du poids des obus et des charges, et des charges, et de l'exécution intensive et ininterrompue des tirs[84].

En effet, l'artillerie est devenue l'arme stratégique dont dépend pour beaucoup l'issue des batailles de ce qu'il est convenu d'appeler une guerre de matériel. Avec la stabilisation du front, l'artillerie légère a eu tendance à céder la place à l'artillerie lourde à grande puissance, reposant sur des équipements de plus en plus massifs et performants. Dans le même temps, la doctrine imposait une cadence de tir élevée indispensable au harcèlement de l'adversaire[85]. Si l'artillerie apparaît comme un corps technique dont l'efficacité repose sur les performances de l'armement, on voit ici que le maniement des armes n'est pas exempt d'exigences physiques. À partir de 1916, l'armée fait ainsi usage de canons de 155 C dont les obus pèsent plus de 40 kg et qui tirent trois coups par minute.

La qualité des recrues est un enjeu crucial pour l'artillerie qui croît en importance tant stratégique que numérique et requiert des effectifs de plus en plus nombreux. Le rapport parvient rapidement en haut lieu. Le 4 septembre, le général Lizy, commandant l'artillerie de la VI[e] armée, surenchérit : « les récupérés ne devraient être renvoyés au front que complètement guéris, particulièrement dans les batteries lourdes où, même à l'échelon, le coltinage des munitions nécessite un gros effort physique[86] ». Le 7, le rapport parvient au Grand Quartier général (GQG) qui le transmet au sous-secrétariat du Service de santé militaire qui se voit forcé de prendre des mesures. Le 15 septembre, Justin Godart émet une circulaire intitulée « passage dans l'artillerie des militaires inaptes aux autres armes » dans laquelle il invite les médecins

[84] SHD, GR 9 NN 7/1105, Lettre du Commandant André, 25 août 1916.
[85] COSSON Olivier (dir.), « De Dreyfus à Verdun. Penser l'horizon militaire (1906-1916) », Mil neuf cent. Revue d'histoire intellectuelle, n° 33, 2015 ; GOYA Michel, *L'Invention de la guerre moderne : du pantalon rouge au char d'assaut, 1871-1918*, Paris, Tallandier, 2014 ; PESTRE Dominique (dir.), *Deux siècles d'histoire de l'armement en France. De Gribeauval à la force de frappe*, Paris, CNRS Éditions-Comité pour l'histoire de l'armement, 2005 ; TOUZIN Pierre, VAUVILLIER François, FRANÇOIS Guy, *Les Canons de la Victoire 1914-1918*, Paris, Histoire et Collections, 2008-2010.
[86] SHD, GR 9 NN 7/1105, Avis du Général Lizy, 4 septembre 1916.

« appelés à faire des propositions pour changements d'armes […] à examiner très attentivement dans quelle mesure les blessures et infirmités provoquant la proposition pour changement d'arme, et en particulier pour passage dans l'artillerie, sont compatibles avec les exigences de cette arme. En ce qui concerne celle-ci, on devra toujours spécifier exactement le classement : artillerie montée, artillerie lourde à tracteurs, artillerie lourde hippomobile, artillerie à pied, etc.[87] ».

2. Réformer la sélection pour gérer la crise sanitaire

Le renforcement du dispositif prophylactique (1915-1916)

Au fur et à mesure de la progression de la guerre, le consensus autour de l'abandon de la rigueur de la sélection en vient à s'effriter. À la faveur de l'année 1915-1916, les critiques hygiénistes qui déploraient l'affaiblissement du dispositif prophylactique obtiennent davantage d'écho. Se mettent alors en place des mesures qui relèvent de la gestion de crise sanitaire. C'est à l'occasion des discussions sur l'incorporation de la classe 1917 que sont édictées des instructions portant spécifiquement sur la nécessité d'effectuer une sélection rigoureuse des recrues afin d'éviter d'intégrer à l'armée des éléments tuberculeux. L'appel anticipé des très jeunes conscrits de la classe 1917, le contexte sanitaire et les inquiétudes liées aux conséquences de la politique de récupération contribuent à remettre au premier plan la protection des recrues et la préservation de la santé des armées[88]. Les députés de la commission d'hygiène jouent un rôle majeur dans l'infléchissement de la politique de recrutement dans le sens d'une plus grande rigueur. Comme pour d'autres questions brûlantes liées à la conduite de la guerre, le parlement fait office de « véritable force de proposition, qui configure les réformes finalement mises en place[89] ».

C'est dans l'arrêté du 9 avril 1915 que l'on trouve les premières recommandations :

> Les présidents des conseils de révision rappelleront fréquemment aux membres de ce conseil et aux médecins experts que l'examen des jeunes gens de la classe 1917 doit avoir lieu avec le plus grand soin, en raison même de l'âge de ces jeunes gens, dont beaucoup n'ont pas encore atteint le développement physique, seul susceptible d'offrir des garanties de résistance à l'épreuve du

[87] SHD, GR 9 NN 7/1105, Circulaire n°233 Ci/7 du Sous-secrétariat d'État du Service de Santé militaire, « Passage dans l'artillerie des militaires inaptes aux autres armes », 15 septembre 1916.
[88] Chapitre 5.
[89] CRONIER Emmanuelle, *Permissionnaires dans la Grande guerre*, Paris, Belin, 2013, p. 28, sur la question des permissions au Parlement.

> service militaire. Une sélection sévère devra donc être faite comme s'il s'agissait de choisir, parmi les jeunes gens examinés des engagés volontaires, lesquels doivent présenter les mêmes conditions d'aptitude physique que les appelés d'âge normal. Les Médecins apporteront une attention particulière à la recherche de vigueur fonctionnelle insuffisante de l'organisme, et s'attacheront spécialement à découvrir les symptômes de tuberculose ou même de simple prédisposition à cette maladie. Ils prendront toujours connaissance, pour s'éclairer, des certificats médicaux présentés par les intéressés […][90].

Le contenu de cet arrêté, qui réaffirme la nécessité d'une « sélection sévère », est constamment répété jusqu'à la fin du conflit[91]. Des instructions et mesures sont édictées les 3, 6, 10, 11, 15, 17, 19, 20, 28 décembre 1915, ainsi que le 7 janvier 1916. C'est par le biais principal de circulaires et d'instructions que s'effectue jusqu'en 1917 la réglementation des mesures sanitaires pour la sélection et l'incorporation des recrues[92]. À l'appel de chaque nouvelle classe, ces circulaires et instructions rappellent les « précautions extrêmement prudentes qu'il [convient] d'observer[93] » à l'endroit des très jeunes recrues et des récupérés des classes précédentes.

Ces recommandations ont pour objectif le renforcement du dispositif prophylactique de la sélection. Les experts doivent ainsi garder à l'esprit la « nécessité de dépister de façon très précoce les formes débutantes de la tuberculose pulmonaire[94] » et s'attacher « à rechercher les maladies contagieuses dès leurs premières manifestations et spécialement quand elles revêtent des formes frustes[95] ». Même si elles réitèrent la nécessité de procéder avec soin lors des conseils de révision, les recommandations du Service de santé insistent dans un premier temps sur le rôle primordial de la visite d'incorporation qui doit être menée « d'une façon extrêmement approfondie[96] » :

---

[90] *JORF. Débats parlementaires. Chambre des députés*, Séance du 30 novembre 1915, p. 1941.
[91] Voir par exemple SHD, GR 9 NN 7/1100, circulaire n° 3606 3/7, Visite d'incorporation des recrues de la classe 1919, des ajournés des classes 1913 à 1918 et des exemptés de la classe 1918, 3 mars 1918.
[92] 3 décembre : instruction sur incorporation de la classe 1917 ; 6 décembre : circulaire sur la visite d'incorporation ; 10 décembre, nouvelle circulaire sur les mesures sanitaires à prendre concernant la classe 1917 ; 11 décembre : intendance, couchage, habillage ; 15, 17, 19 et 20 décembre : vaccinations, visite sommaire à l'arrivée, dans les 24h pour dépister les cas de maladies contagieuses ; 28 décembre : le ministre de la guerre Gallieni insiste sur collaboration quotidienne entre les commandants des dépôts et médecins des dépôts ; 7 janvier 1917 : visite individuelle de quinzaine.
[93] *JORF. Débats parlementaires. Chambre des députés*, séance du 27 mars 1917, p. 869.
[94] SHD, GR 9 NN 7/1100, Circulaires et instructions diverses, n° 488 Ci/7, Mesures hygiéniques et prophylactiques concernant les jeunes soldats de la classe 1918, 10 avril 1917.
[95] SHD, GR 9 NN 7/1100, Circulaires et instructions diverses, n° 488 Ci/7, Mesures hygiéniques et prophylactiques concernant les jeunes soldats de la classe 1918, 10 avril 1917.
[96] Dès la circulaire Godart du 6 décembre 1915. Pour la citation : SHD, GR 9 NN 7/1100, Circulaires et instructions diverses, n° 488 Ci/7, Mesures hygiéniques et prophylactiques concernant les jeunes soldats de la classe 1918, 10 avril 1917. Voir aussi circulaire du 3 Mars 1918, n°3.606 3/7. Voir à ce sujet les recommandations de la

> Le caractère de rigueur médicale toute particulière que devra présenter cette visite tirera en l'espèce, une justification spéciale du fait de la présence, parmi les hommes à examiner, de récupérés chez lesquels, à l'encontre de ce qui s'observe au moment de l'incorporation d'un contingent normal, l'inaptitude au Service militaire pourra revêtir une certaine fréquence. Il y aura lieu, dès lors, de s'attendre à rencontrer tout au moins dans une fraction du contingent à examiner et dans les régions où le pourcentage de récupération aurait pu éventuellement atteindre un taux élevé, un nombre peut-être assez important de sujets n'ayant qu'une aptitude réduite. Leur expertise médicale devra être particulièrement approfondie[97].

Les instructions prennent acte de l'échec partiel de la sélection opérée lors de la révision. Les conséquences conjuguées de l'abandon de la rigueur et de la politique de récupération des ajournés et exemptées des classes précédentes sont ici clairement évoquées. Elles justifient l'approfondissement de l'expertise menée sur ces sujets soupçonnés d'une moindre résistance :

> La visite d'incorporation […] nécessite partout la collaboration d'au moins deux Médecins ; elle sera effectuée avec méthode et sans précipitation. Chaque homme étant d'abord toisé et pesé, un médecin prendre le périmètre thoracique et s'assurera de l'état de santé de l'intéressé par tous les moyens d'investigation […].
>
> On s'attachera à dépister les sujets d'apparence normale, mais atteints d'affections chroniques plus ou moins caractérisées, tuberculose, cardiopathie, épilepsie, troubles mentaux, dont il y aura lieu de provoquer l'élimination de l'armée dans le moindre délai possible[98].

Le rôle traditionnel de la visite d'incorporation est réaffirmé. Elle est destinée à « compléter dans toute la mesure utile, au point de vue sanitaire, la première sélection dont ce contingent a déjà été l'objet de la part des Conseils de révision[99] ». Sa procédure est précisée. L'attention des experts est attirée sur les affections qui posent traditionnellement problème en raison des effets combinés de la difficulté du diagnostic et de la sévérité des troubles : troubles cardiaques, troubles mentaux, épilepsie et tuberculose. Les recrues sont pesées, toisées et leur périmètre thoracique est mesurée afin de détecter chez eux une éventuelle faiblesse de constitution, terrain propice au développement de maladies contagieuses. Ces précisions visent à apporter des garanties supérieures de scientificité et à palier spécifiquement les manques de la révision.

---

commission d'hygiène in *JORF. Débats parlementaires. Chambre des députés*, Séance du 30 novembre 1915, p. 1942.

[97] SHD, GR 9 NN 7/1100, circulaire n° 3606 3/7, Visite d'incorporation des recrues de la classe 1919, des ajournés des classes 1913 à 1918 et des exemptés de la classe 1918, 3 mars 1918.

[98] SHD, GR 9 NN 7/1100, Circulaire et instructions diverses, n° 442 Ci/7, Visite d'incorporation des Recrues de la Classe 1918, 1er mars 1917.

[99] SHD, GR 9 NN 7/1100, Circulaire et instructions diverses, n° 442 Ci/7, Visite d'incorporation des Recrues de la Classe 1918, 1er mars 1917. Voir aussi circulaire n°11.805 3/7 du 9 Mai 1917, relative à l'incorporation des hommes récupérés par application de la loi du 20 février 1917, et télégramme N° 13.888 3/7 du 3 juin 1917.

La visite d'incorporation doit commencer dès l'arrivée des recrues afin de prévenir tout risque de contamination du contingent. Les experts, qui agissent en binôme, doivent agir « avec méthode et sans précipitation » ce qui doit permettre de corriger certaines erreurs dues à la hâte avec laquelle se déroulent habituellement, et plus encore en temps de guerre, les opérations médicales de la révision[100]. Ils se doivent, enfin, de prendre dûment connaissance des certificats médicaux, produits par les recrues[101]. Il est toujours possible, par ailleurs, de renvoyer des cas difficiles à un examen ultérieur, voire de placer en observation à l'infirmerie ou à l'hôpital pour examen plus approfondi les cas sur lesquels les médecins ne sauraient se prononcer tout de suite. À cet effet, les Médecins-Chefs des Secteurs médicaux et chirurgicaux sont tenus d'organiser, dans les hôpitaux militaires ou complémentaires de garnison, des consultations à des jours et à des heures qui sont portés à la connaissance des Médecins-Chefs des dépôts. Ces derniers peuvent alors y envoyer « les cas suspects ou délicats[102] » qui requièrent un examen plus approfondi nécessitant un matériel d'investigation plus performant. La circulaire précise enfin :

> Si ces consultations doivent être le point de départ de propositions d'éliminations judicieuses, elles devront aussi servir, après la période d'incorporation, à désigner au Commandement les hommes qui se seront signalés par l'amélioration de leur aptitude physique au service militaire et qui seront éventuellement susceptibles de propositions pour le service armé[103].

Si la procédure révisée de la visite d'incorporation porte la marque d'une attention nouvelle à la tuberculose et doit provoquer « dans le moins de délais possible, l'élimination de l'armée des hommes qui, après examen approfondi, seront reconnus porteurs d'infirmités ou de lésions les rendant impropres au service militaire[104] », elle ne fait pas pour autant fi de l'exigence de renouvellement des effectifs.

---

[100] La gestion du temps par les médecins fait l'objet de recommandations particulières. Voir par exemple « « La visite quotidienne des malades sera faite très méthodiquement. Tout le temps nécessaire à sa bonne exécution lui sera consacrée » dans SHD, GR 9 NN 7/1100, Circulaire n°5. 526 3/7, Mesures hygiéniques et prophylactiques concernant les jeunes soldats de la classe 1919, les ajournés des classes 1913 à 1918 et les exemptés de la classe 1918, 11 avril 1918 ; ou « il importe avant tout d'éviter des examens précipités ou superficiels » dans SHD, GR 9 NN 7/1100, AS des conseils chargés de la révision de la classe 1920 et de l'examen des ajournés des classes 1918 et 1919 et des exemptés de la classe 1919, J9. 459 B. 4/7, 20 août 1918.

[101] Voir des recommandations similaires pour l'incorporation de la classe 1919 dans SHD, GR 9 NN 7/1100, Visite d'incorporation des recrues de la classe 1919, des ajournés des classes 1913 à 1918 et des exemptés de la classe 1918, N° 3606 3/7, Paris, le 3 mars 1918. Sur la question des certificats, voir chapitre 2.

[102] SHD, GR 9 NN 7/1100, Circulaire et instructions diverses, n° 442 Ci/7, Visite d'incorporation des Recrues de la Classe 1918, 1er mars 1917.

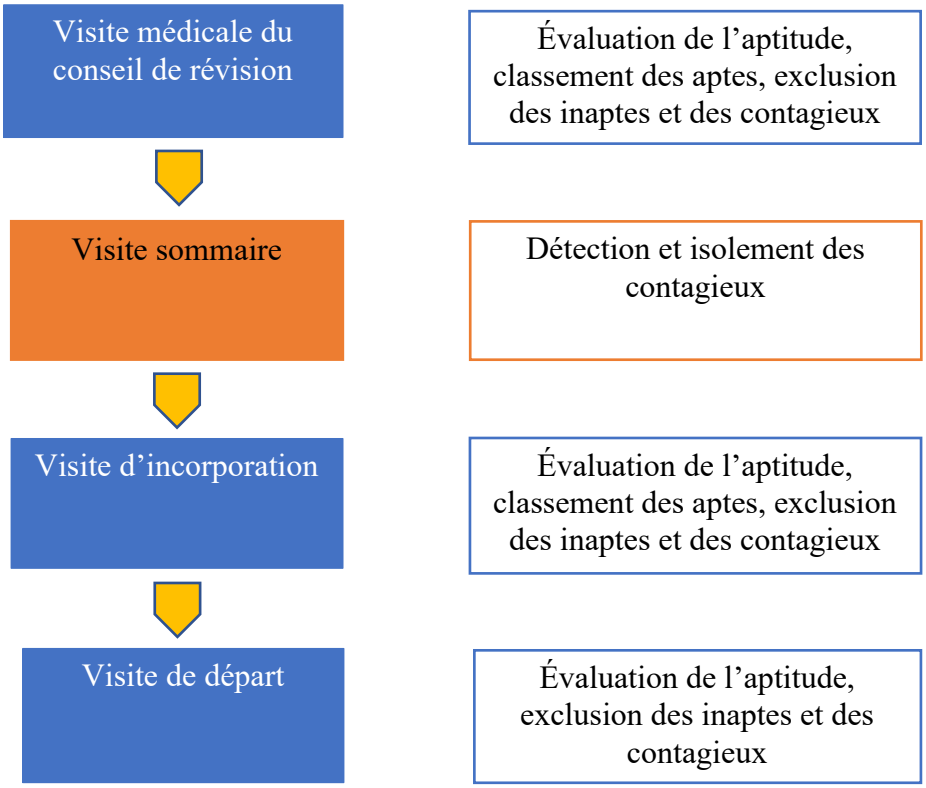
[103] SHD, GR 9 NN 7/1100, Circulaire et instructions diverses, n° 442 Ci/7, Visite d'incorporation des Recrues de la Classe 1918, 1er mars 1917.

[104] SHD, GR 9 NN 7/1100. Visite d'incorporation des recrues de la classe 1919, des ajournés des classes 1913 à 1918 et des exemptés de la classe 1918, N° 3606 3/7, 3 mars 1918.

Ces recommandations ne font cependant que répéter la nécessité de la rigueur et attirer l'attention des experts sur les points de faiblesse du dispositif de sélection. La seule véritable nouveauté de la fin de l'année 1915 consiste en la mise en place d'un nouvel examen, qui fait office de sas de détection et d'isolement des contagieux. Une visite médicale sommaire doit avoir lieu dans les 24 heures suivant l'arrivée des recrues de la classe 1918 au dépôt. « Cette visite sommaire aura uniquement pour but de rechercher les contagieux de toutes catégories qui se trouveraient parmi les nouveaux venus et de les isoler aussitôt. Elle ne saurait être confondue avec la visite de l'incorporation proprement dite[105] », précise Justin Godart.

[105] SHD, GR 9 NN 7/1100, Circulaires et instructions diverses, n° 441 Ci/7, Visite médicale sommaire à l'arrivée des recrues de la classe 1918, 1er mars 1917. Voir aussi SHD, GR 9 NN 7/1100, circulaire n° 20.584 3/7, Incorporation des ajournés des classes 1913 à 1917 inclus, et des exemptés des classes 1915 à 1917 inclus », 29 août 1917 et circulaire n° 3.605 3/7, 3 mars 1918. Voir annexe n° 62.

Schéma 4 : Le renforcement du dispositif prophylactique



La mise en place de la visite dite « sommaire » souligne la dimension prophylactique des opérations médicales du recrutement. Il ne s'agit plus ici de déterminer l'aptitude des candidats afin de les écarter ou de les orienter au sein de l'institution militaire en fonction de leurs capacités, mais bien de préserver la troupe de risques épidémiques. La visite d'incorporation garde un rôle fondamental dans l'évaluation de l'aptitude, tout en complétant la détection des maladies contagieuses. Cette nouvelle « visite sommaire » se fait l'écho d'un constat. Dans les conditions dans lesquelles il se déroule, l'examen médical des conseils de révision laisse passer trop d'éléments potentiellement contagieux et ne permet plus d'assurer la préservation de la santé des armées. Cette visite concerne également les classe 1918, 1919 et les ajournés et exemptés des classes précédentes[106]. Elle est complétée, en cas d'inquiétude sanitaire, par la visite dite « de départ » qui autorise les sujets à quitter les dépôts pour la zone des armées. En cas d'inquiétude sanitaire, il est possible d'ajourner le départ aux Armées des sujets chez lesquels un examen approfondi de l'état général aurait permis de constater des indices de fatigue ou des signes d'amoindrissement physique, une précaution à prendre « pour que la jeune classe ne fut pas un agent de dissimination (sic) des maladies contagieuses aux Armées[107] ».

[106] SHD, GR 9 NN 7/1100, Circulaire n° 3.605 Ci 3/7, 3 mars 1918.
[107] SHD GR 9 NN 7/1101, Note pour l'État-major de l'armée, 13 juillet 1918.

Le retour de la sévérité ? (1917-1918)

Les années 1917-1918 sont marquées par un apparent durcissement des mesures qui semble indiquer un retour de la sévérité de la sélection. À la suite de l'incorporation de la classe 17, la commission d'hygiène déplore que la visite d'incorporation, n'ait donné, « sur un groupe de 36 000 hommes, qu'un déchet de 257 hommes. C'est un chiffre bien faible, trop faible, ajoute Henri Doizy. Les conseils de révision n'avaient pas fonctionné dans la perfection, nous le savons. Les visites d'incorporation n'ont guère été mieux faites[108] ». La commission mène alors une nouvelle offensive pour préciser ses recommandations, leur donner un poids plus important et les étendre aux conseils de révision. Pendant les années 1917 et 1918, les autorités mettent en œuvre des mesures précises et novatrices visant à garantir la sévérité de la sélection notamment au niveau des conseils de révision. Ces mesures sont, comme auparavant, édictées dans des circulaires et instructions mais la nécessité de la rigueur est aussi, fait nouveau, inscrite dans la loi. L'article 3 de la loi du 20 février 1917 prescrit ainsi un examen « direct et minutieux ». Il ne s'agit plus de « réparer le mal, tout au moins en partie[109] », comme le préconisait un député en 1915, mais bien de rénover la pratique de la sélection médicale en l'entourant de garanties scientifiques.

Ces mesures ont pour conséquence le renforcement du pouvoir des experts. Au sein du conseil de révision, les médecins n'avaient qu'une fonction consultative. La formulation de leur avis médical avait pour objectif d'éclairer la décision militaire prise par les membres délibérants du conseil. À ce titre, leur rôle relevait de l'expertise mandatée, où les experts sont des auxiliaires de la décision[110]. L'arrêté du 4 janvier 1918 signale qu'ils ont désormais « voix délibérative et signeront le procès-verbal de chaque séance ». D'autre part, dès la loi du 20 février 1917, les recommandations de l'*Instruction*, qui n'avaient jusque-là qu'une valeur indicative, sont désormais investies d'une valeur impérative[111]. Autrement dit, la décision des

[108] *JORF. Débats parlementaires. Chambre des députés*, Séance du 27 mars 1917, p. 869. Pour des chiffres, voir annexe n° 63.
[109] *JORF. Débats parlementaires. Chambre des députés*, Séance du 30 novembre 1915, p. 1942.
[110] CASTEL Robert, « Savoirs d'expertise et production de normes », in François CHAZEL et Jacques COMMAILLE (éd.), *Normes juridiques et régulation sociale*, Paris, LGDJ (Droit et société), 1991, p. 177-188. Voir chapitre 1.
[111] Loi du 20 février 1917, article 3, paragraphe b. Le caractère impératif de ces instructions est plusieurs fois réitéré : circulaire N°1027 CCM du 12 août 1917 ; Circulaire n°784 3/7 du 12 janvier 1918 ; Circulaire N°773 Ci/7, P 8 août 1918. Voir aussi SHD, GR 9 NN 7/1100, AS des conseils chargés de la révision de la classe 1920 et de l'examen des ajournés des classes 1918 et 1919 et des exemptés de la classe 1919, J9. 459 B. 4/7, 20 août 1918.

conseils doit se conformer en tout point aux prescriptions de l'*Instruction* notamment en ce qui concerne les examens des ajournés et des exemptés. Ces deux mesures modifient considérablement les rapports de force au sein du conseil de révision. L'expert peut désormais véritablement prendre part à la délibération et peser dans la prise de décision. Il n'est plus possible au président de passer outre son avis. En outre, en cas de conflit, le poids du jugement médical est renforcé par la valeur impérative de l'instruction que le médecin peut désormais utiliser en séance pour appuyer son avis. Dès lors, le rôle des médecins relève pleinement de l'expertise instituante où « l'expert d'auxiliaire devient partenaire et même partenaire principal dans le processus de décision[112] ». Il s'agit ici d'éviter les excès des conseils de révision, dont la tendance à déclarer bons pour le service des individus douteux avait fait l'objet de plusieurs signalements inquiets[113].

La nomenclature n'est pas modifiée. L'instruction qui avait fait l'objet de nombreuses modifications critiquées reste inchangée jusqu'en 1920[114]. En revanche, la procédure fait l'objet de changements notables. Selon l'arrêté du 4 janvier 1918, chaque inscrit devra désormais être examiné par ces deux médecins, une division des tâches calquée sur les dispositions de la circulaire du 15 mars 1917 qui concernait les commissions de réforme[115]. L'un est chargé des organes des sens, l'autre plus spécifiquement des poumons et du cœur. Le changement n'est pas anodin. Auparavant, il était possible que deux médecins assistent le conseil de révision. En revanche, les experts étaient chargés de l'examen du sujet dans son intégralité, soit en alternance – l'un prenant la place de l'autre – soit simultanément – notamment dans les grandes villes lorsqu'il pouvait y avoir un grand nombre de sujets à examiner. Désormais les sections anatomiques d'une même recrue sont réparties entre deux examinateurs expérimentés, en fonction de leur spécialité. L'objectif de ces modifications est d'apporter des gages de rigueur et de scientificité, notamment dans le diagnostic de la tuberculose et des affections cardiaques puisque l'un de ces médecins doit être spécialisé en médecins interne et donc « susceptible de

[112] CASTEL Robert, « Savoirs d'expertise et production de normes », *art. cit.*, p. 179.
[113] Chapitre 5. Voir aussi les rumeurs autour du canton d'Issigeac (Dordogne) dans SHD, GR 9 NN 7 1101. Note pour le cabinet de M. le Sous-Secrétaire d'État du Service de Santé Militaire. Non daté.
[114] SHD, GR 9 NN 7/1102, Commission supérieure consultative d'hygiène et d'épidémiologie militaire. Procès-verbal de la séance du 20 novembre 1920, M. Le médecin inspecteur général Toubert, p. 15. Pour les modifications de l'instruction, voir chapitre 4.
[115] SHD, GR 9 NN 7/1100, AS des conseils chargés de la révision de la classe 1920 et de l'examen des ajournés des classes 1918 et 1919 et des exemptés de la classe 1919, J9. 459 B. 4/7, 20 août 1918, p. 1-2. Voir aussi circulaire n°784 3/7 du 12 janvier 1918. Pour les commissions de réforme, voir MAURIN Jules, *Armée, guerre, société, : soldats languedociens (1889-1919),* Paris, Publications de la Sorbonne, 1982, p. 367.

procéder dans les meilleures conditions possibles à l'examen des organes internes et plus spécialement des poumons et du cœur[116] ».

Ces changements sont accompagnés de recommandations visant à entourer la sélection « de précautions les plus minutieuses[117] ». L'importance des certificats produits par les recrues est réitérée. Les recommandations précédentes incitaient les experts à prendre en compte les antécédents du sujet à l'aide des dossiers sanitaires et de leurs pièces médicales. Les nouvelles instructions imposent cette fois que les certificats soient « lus en séance, préalablement à l'étude du sujet auquel ils se rapportent[118] » afin que leur contenu ne puisse être ignoré d'aucun membre du conseil de révision. Comme précédemment, les hommes dont l'aptitude physique ne peut être suffisamment déterminée au cours des séances peuvent être examinés plus tard soit sur place, soit dans un hôpital où ils pourront être placés en observation[119]. En revanche, l'accent est mis sur les examens complémentaires permettant de diagnostiquer la tuberculose avec précision : l'examen bactériologique des crachats et l'examen radioscopique des organes internes. L'ensemble vise à « éviter des examens précipités ou superficiels[120] » :

> L'attention se portera de façon toute spéciale sur les sujets présentant des lésions organiques constituées. On proposera pour l'exemption, les hommes atteints de tuberculose nettement confirmée, ainsi que les porteurs de lésions cardiaques et rénales définitives et incurables.
>
> En aucun cas on admettra dans le service auxiliaire des hommes dont la constitution générale aura paru définitivement insuffisante[121].

Afin de faciliter cette minutie une circulaire du sous-secrétariat d'État au Service de santé militaire insiste sur la gestion du temps : « Quel que soit le nombre des conscrits à examiner, il est indispensable de laisser aux médecins le temps nécessaire pour pratiquer leurs examens avec toute la rigueur qui s'impose[122] ».

Ces recommandations atteignent un degré de précision inédit. Suivant celles qui sont formulées par la commission d'hygiène, les instructions préconisent que « les conseils de

[116] SHD, GR 9 NN 7/1100, AS des conseils chargés de la révision de la classe 1920 et de l'examen des ajournés des classes 1918 et 1919 et des exemptés de la classe 1919, J9. 459 B. 4/7, 20 août 1918, p. 1-2. Voir aussi circulaire n°784 3/7 du 12 janvier 1918.
[117] SHD GR 9 NN 7 1101. Note pour le cabinet de M. le Sous-Secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.
[118] SHD, GR 9 NN 7/1100, AS des conseils chargés de la révision de la classe 1920 et de l'examen des ajournés des classes 1918 et 1919 et des exemptés de la classe 1919, J9. 459 B. 4/7, 20 août 1918.
[119] Circulaire n°23961 2/1 du 16 août 1918.
[120] SHD, GR 9 NN 7/1100, AS des conseils chargés de la révision de la classe 1920 et de l'examen des ajournés des classes 1918 et 1919 et des exemptés de la classe 1919, J9. 459 B. 4/7, 20 août 1918.
[121] SHD, GR 9 NN 7/1100, AS des conseils chargés de la révision de la classe 1920 et de l'examen des ajournés des classes 1918 et 1919 et des exemptés de la classe 1919, J9. 459 B. 4/7, 20 août 1918.
[122] Circulaire du 22 août 1918, citée par BOULANGER Philippe, *La France devant la conscription. Géographie historique d'une institution républicaine, 1914-1922*, Paris, Economica, 2001, p. 85.

révision ne déclarassent bons pour le service que les jeunes gens réunissant rigoureusement les conditions d'aptitudes physiques exigées en temps de paix pour les engagements volontaires[123] ». Les engagés volontaires, considérés comme plus fragiles, font l'objet d'une sélection particulièrement sévère. Afin de garantir l'application de cette recommandation, à laquelle on reproche de rester vague, la commission réussit à imposer un critère simple de rigueur, la systématisation de l'indice de Pignet[124]. La décision prise au moyen de chiffres, en lieu et place de l'avis des experts, prend l'apparence d'un jugement juste et impersonnel, auquel est attaché un idéal d'objectivité caractéristique de la science. Elle doit constituer un moyen à la fois simple et efficace de rétablir la rigueur dans la sélection. Le calcul de l'indice est assorti pour la première fois d'un seuil limite (25) permettant aux experts de s'appuyer sur une conception quantitative de l'aptitude. Il est d'abord imposé lors de la visite d'incorporation par la circulaire du 3 mars 1918[125]. La loi du 2 août 1918 lui attribue ensuite un caractère automatique au sein des opérations des conseils de révision et en fait notamment un élément déterminant d'appréciation de la condition physique des récupérés[126].

L'indice de robusticité, dont l'usage était conseillé dans les volumes d'instruction sur l'aptitude physique adressés prioritairement aux médecins, se retrouve ainsi mentionné dans les circulaires adressées aux Généraux commandant toutes les régions militaires, puis imposé dans une loi de portée générale. Ce transfert indique l'importance prise par la question de l'aptitude physique, et plus généralement de l'hygiène militaire, dans le débat politique. Il s'agit de ne pas cantonner ces directives aux seuls médecins mais de rendre personnellement responsables de leur application les généraux commandants les régions, les subdivisions, les commandants de dépôts, ainsi que le souhaitait déjà Joseph Gallieni, alors Ministre de la guerre, le 29 novembre 1915[127]. L'insistance sur le Pignet répond au « rôle croissant de l'expertise quantitative dans

[123] *JORF. Chambre des députés*, séance du 30 novembre 1915, p. 1941.
[124] *JORF. Chambre des députés*, séance du 30 novembre 1915, p. 1942. Le Pignet est mentionné dans les Instructions « « Les experts trouveront dans le poids, le périmètre thoracique, l'indice respiratoire, le coefficient de robusticité, de précieux éléments d'appréciation de la valeur physique » ; « Pour l'appréciation de cette faiblesse de constitution et de son degré, on fera appel aux mensurations combinées du poids, de la taille et du périmètre thoracique. On tiendra le plus grand compte du coefficient de robusticité (coefficient de Pignet) », Ministère de la guerre, *Recrutement de l'armée : aptitude physique au service militaire*, Paris, H. Charles-Lavauzelle, volume arrêté à la date du 20 décembre 1916, 1916, p. 7, p. 10.
[125] SHD, GR 9 NN 7/1100, Visite d'incorporation des recrues de la classe 1919, des ajournés des classes 1913 à 1918 et des exemptés de la classe 1918, N° 3606 3/7, 3 mars 1918.
[126] SHD, GR 9 NN 7/1100, AS des conseils chargés de la révision de la classe 1920 et de l'examen des ajournés des classes 1918 et 1919 et des exemptés de la classe 1919, J9. 459 B. 4/7, Paris, le 20 août 1918. Les dispositions de la loi du 2 août sont largement reprises et diffusées, par exemple dans le *Bulletin municipal officiel de la ville de Paris* du jeudi 29 août 1918, p. 2605.
[127] *JORF. Débats parlementaires. Chambre des députés*, séance du 30 novembre 1915, p. 1941.

les prises de décision publiques[128] » analysé par Theodore Porter. Mais elle est « moins l'aboutissement de la science triomphante […] qu'une manœuvre défensive pour parer à une menace[129] » dans un contexte de crise et d'incertitude sanitaire.

Généralisé pendant le conflit, l'indice est toujours utilisé dans l'immédiat après-guerre. À cet égard, on ne trouve pas de césure nette entre les décisions prise dans les derniers mois du conflit et le déroulement des opérations du recrutement en sortie de guerre. L'importance du Pignet n'est véritablement remise en cause qu'en 1923, lors des débats sur la nouvelle loi militaire :

> Sans doute, l'indice de Pignet fournit des indications intéressantes. C'est une formule empirique d'une utilité appréciable, qui permet un dégrossissage, un premier classement, mais qui laisse passer, sous les termes d'aptes ou d'inaptes au service, des sujets dont le classement pourra être, et, par suite l'affectation, absolument illogique, si on ne fait pas intervenir d'autres éléments[130].

À cette occasion, le recours systématique à l'indice est supprimé et l'accent est mis sur les caractéristiques morphologiques et les dispositions professionnelles du conscrit, afin de faire correspondre la variété des profils physiologiques à celle des affectations dans une armée dont la composition ne cesse de gagner en complexité.

Efficacité et postérité des mesures (1915-1923)

Cette politique de renforcement de la sélection a des conséquences visibles. Le médecin militaire Adrien Besson, qui compile ses propres statistiques, constate que dès mai-juin 1915, la moyenne des « bons service armé », qui était de 71% pour les classes 1915 et 1916, s'abaisse à 67% pour la classe 1917. Il attribue cette différence, « d'ailleurs pas très importante », prend-il la peine de souligner, aux « instructions bien plus sévères données à son sujet[131] ». Ses

[128] PORTER Theodore, *La confiance dans les chiffres*. *La Recherche de l'objectivité dans la science et dans la vie publique*, Paris, Les Belles Lettres, 2017, p. 8.
[129] PORTER Theodore, *La confiance dans les chiffres, op. cit.*, p. xiii.
[130] *Journal Officiel de la République française. Débats parlementaires. Sénat : compte rendu in extenso*, Journal Officiel, Paris, 9 mars 1923, p. 534. Il s'agit d'une séance du Sénat concernant les pensions des armées de terre et de mer.
[131] BESSON Adrien, *De l'Évaluation de l'aptitude physique au service militaire des jeunes sujets*, Lille, H. Morel, 1921, p. 9-10.

pourcentages sont plus élevés que la moyenne nationale, mais le décrochage entre les classes 1915-16 et la classe 1917 s'observe de manière similaire au niveau national :

Tableau 22 : Part des aptes, exemptés et ajournés exprimée en pourcentage du total des examinés (1914-1920)

		1914		1915		1917	1918	1920
		Classe 1914	Classe 1915	Classe 1916	Classe 1917	Classe 1918	Classe 1919	Classe 1920
Exemptés, impropres à tout service militaire		5,96	4,63	3,99	3,61	2,59	2,78	3,00
Susceptibles d'être incorporés	Service armé	57,00	69,95	62,4	55,46	66,38	64,25	54,25
	Service auxiliaire	2,25	2,00	1,74	1,16	2,32	2,42	1,74
	Ajournés	24,39	15,39	24,14	33,76	16,80	17,46	31,50
	Autres[132]	10,32	7,94	7,72	6,00	11,92	11,76	9,50

Source : *Comptes-rendus sur le recrutement*

Les premières années de la guerre sont caractérisées par une phase de rendement élevé. La même tendance s'observe lorsqu'on examine le rendement de la récupération. C'est là aussi la classe 1915 qui fournit le contingent le plus nombreux, soit 3 808 hommes sur 14 194 (26,8 %), la classe 1916 enregistre 2 550 récupérés pour 12 046 examinés (21,1 %)[133]. Suite aux instructions données fin 1915, on constate un infléchissement avec la classe 1917. Ce sont les récupérés de la classe 17 qui donnent le contingent le plus faible, soit 1 490 hommes sur 11 003 (13,5 %)[134]. La classe 17 fournit d'une manière générale le contingent d'aptes au service armé le plus faible de la durée de la guerre (55%). Pourtant, le taux d'exemption (3,6%) est inférieur à celui des classes 15 et 16. Les conseils de révision n'osent exempter davantage mais ont tendance à recourir plus massivement à l'ajournement (34%).

La tendance esquissée en 1915, ne se confirme pas. La révision de la classe 18 a lieu entre décembre 1916 et mars 1917. La nécessité de reconstituer les effectifs après les lourdes pertes de l'offensive de Nivelle a pour conséquence l'affectation des deux tiers des conscrits (66%) dans le service armé et l'effondrement du taux d'exemption à 2,6%, le plus bas de la guerre. Les taux de récupération sont également très élevés. Justin Godart déplore en août 1917 « que des porteurs de certaines lésions organiques définitives du cœur [aient] pu être proposés

[132] Exclus en vertu de l'article 4 ; jeunes gens liés au service en raison d'un engagement volontaire, d'un brevet ou d'une commission et jeunes marins inscrits ; jeunes gens ayant obtenus un sursis.
[133] BOULANGER Philippe, « Les conscrits de 1914 : la contribution de la jeunesse française à la formation d'une armée de masse », *Annales de démographie historique*, 2002/1, n° 103, p. 11-34. Voir annexe n° 35.
[134] BOULANGER Philippe, « Les conscrits de 1914 », *art. cit.*, p. 11-34.

pour le service auxiliaire ; il en a été parfois de même en ce qui concerne certaines catégories de tuberculeux pulmonaires[135] ».

En 1918, à la révision de la classe 19, le taux d'exemption remonte légèrement tandis que la part d'affectation dans le service armé a tendance à diminuer. Les résultats sont plus nets en ce qui concerne les récupérés. 229 000 hommes sont incorporés pour un rendement inférieur de 20 % par rapport à la classe 1917. Pour la première fois depuis le début du conflit, parmi le nombre de récupérés, ceux versés dans le service auxiliaire (80 449) l'emportent sur ceux classés dans le service armé (67 581)[136]. Les rapports de l'armée sur l'état sur la valeur physique des contingents se montrent mitigés[137]. La valeur physique générale de la classe 1919, qui « n'a cessé d'être suivi de très près pendant les différentes phases de la vie militaire, depuis la révision jusqu'au moment du départ aux armées[138] », n'est « pas toujours irréprochable[139] », souligne un rapport. Elle est arrivée, déplore un autre, « avec un nombre de maladies contagieuses, latentes surtout, beaucoup plus considérables que la classe 1918[140] ».

Comment expliquer que cet apparent retour de la rigueur se traduise par des tendances aussi mitigées ? Les mesures sont en réalité marquées par un souci constant de ménager dans le même temps l'exigence de reconstitution des effectifs et l'état sanitaire des troupes. Certes, la nécessité de la rigueur est puissamment réaffirmée dans l'article 3 de la loi du 20 février 1917, mais l'objectif de cette loi est avant tout d'édicter d'importantes mesures de récupération. La loi du 2 janvier 1918, qui alourdit le rôle de l'expertise médicale dans les opérations de la révision, est destinée à convoquer les ajournés des classes 1913 à 1918 et les exemptés de la classe 1918 à un nouvel examen. Celle du 2 août 1918 porte sur la révision des ajournés des classes 1918 et 1919 et les exemptés de la classe 1919. Autrement dit, les mesures qui semblent rétablir la sévérité sont des mesures d'accompagnement de la politique de récupération. En dehors du sursaut provoqué par le jeune âge de la classe 1917, qui débouche effectivement sur un retour momentané de la rigueur, on peut émettre l'hypothèse que la rénovation de la pratique de la sélection médicale vise, outre à « amener, sur tous les points du territoire, l'unité

[135] SHD, GR 9 NN 7/1100, Circulaires et instructions diverses, N° 567 Ci/7, 5 août 1917, Aptitude physique au Service Militaire.
[136] BOULANGER Philippe, « Les conscrits de 1914 », *art. cit.*, p. 11-34.
[137] SHD GR 9 NN 7/1101. Confidentiel. Incorporation classe 1919. Rapport sur la valeur physique du contingent ; Rapport sur la valeur physique des contingents de la classe 1918.
[138] SHD GR 9 NN 7/1101, Note pour le cabinet de M. le Sous-Secrétaire d'État du Service de Santé Militaire.
[139] SHD GR 9 NN 7/1101, Note pour l'État-major de l'armée (3e bureau I) n° 14.435 B. 4/7, 11 juillet 1918. Voir annexe n° 48.
[140] SHD, GR 9 NN 7/1101, Contribution à l'étude de la genèse des épidémies chez les recrues. À propos des classes 1917-1918-1919 ; SHD, GR 9 NN 7/1101, Incorporation classe 1919. Observations tirées de l'étude de l'états mensuel de juin et de l'état trimestriel (avril-mai-juin) des maladies contagieuses en 1918

d'appréciation[141] », essentiellement à placer la récupération sous le contrôle des experts, afin que cette politique n'ait pas d'effet trop néfaste sur l'état sanitaire de l'armée, notamment du point de vue épidémique.

Les conséquences de cette politique sur les statistiques médicales de l'exemption et du classement dans le service auxiliaire permettent de raffiner ces analyses :

Tableau 23 : Part des exemptés pour faiblesse de constitution et tuberculose (1914-1918)

		1914	1915		1917	1918
Maladies et infirmités		**Classe 1914**	**Classe 1916**	**Classe 1917**	**Classe 1918**	**Classe 1919**
Maladies générales	Faiblesse de constitution	14,2	12,9	16,7	9,1	10,9
	Tuberculose des poumons	8,5	6,6	5	6	6,6

Tableau 24 : Part des classés dans le service auxiliaire pour faiblesse de constitution (1914-1918)

		1914	1915		1917	1918
Maladies et infirmités		**Classe 1914**	**Classe 1916**	**Classe 1917**	**Classe 1918**	**Classe 1919**
Maladies générales	Faiblesse de constitution	4,4	4,5	5,7	26,3	24,9

Source : *Comptes-rendus sur le recrutement*

Pendant toute la durée du conflit, la tuberculose déclarée est un motif d'exemption, elle ne peut mener au classement dans le service auxiliaire. À l'entrée en guerre, le taux d'exemption pour tuberculose des poumons se situe à 8,5%. Il oscille ensuite entre 5 et 6,6% du total des exemptés. Cette baisse s'explique sans doute par l'augmentation du rendement de la sélection et l'accélération des opérations, qui rendent les conseils de révision moins attentifs aux subtilités d'un diagnostic difficile. Les premières recommandations, qui concernent la classe 1917, n'ont donc pas d'effet très visible sur l'exemption pour tuberculose. Comme le soulignait déjà Georges Lemoine, il est particulièrement difficile aux conseils de révision d'être catégoriques sur ce diagnostic dans le temps contraint du conseil de révision et en l'absence d'examen bactériologique des crachats ou de radioscopie des poumons.

Pour exclure de manière certaine des forces armées les tuberculeux ou les prédisposés à la tuberculose, les médecins prêtent alors attention à la faiblesse de constitution. De 12,9% pour la classe 1916, le taux d'exemption pour faiblesse passe à 16,7% pour la classe 1917. Tout aussi

[141] SHD, GR 9 NN 7/1100, Circulaires et instructions diverses, N° 567 Ci/7, Aptitude physique au Service Militaire, 5 août 1917.

remarquable est l'effondrement de ce taux dès la révision de la classe 1918 (9,1%). À partir de 1917, on n'exempte plus guère pour faiblesse. La loi du 20 février 1917, présentée par le sous-secrétaire d'État au Service de santé militaire, Justin Godart, comme un outil de sélection destinée à « empêcher les tuberculeux d'entrer dans l'armée parce que ce sont non seulement des éléments inutilisables, mais des éléments dangereux par la contagion qu'ils apportent[142] », n'a donc pas eu pour conséquence une augmentation du taux d'exemption pour tuberculose, ni pour faiblesse. Elle s'est, certes, traduit par une exclusion plus massive des potentiels tuberculeux « faibles de constitution » des forces armées, mais ces éléments ont été conservés au sein de l'institution militaire par le classement dans le service auxiliaire.

Le renforcement du dispositif prophylactique a-t-il eu des effets sur l'état sanitaire des recrues ? La mise en place de l'isolement à l'issue de la visite sommaire paraît avoir rencontré un certain nombre de problèmes, notamment en raison de la faible disponibilité en locaux[143]. En outre, comme le souligne Vincent Viet, la Grande Guerre a donné lieu à un « assemblage de moyens prophylactique dont la profusion a empêché d'apprécier scientifiquement la portée respective ». Le conflit a vu ainsi la mise en place simultanée et dans l'urgence de vaccinations, pour lutter contre les fièvres typhoïdes et paratyphoïdes et les varioles ; de campagnes d'assainissement, de destruction ou neutralisation d'insectes et d'animaux – mouches, poux et puces, moustiques et rats – propagateurs du typhus exanthématique, de la fièvre des tranchées, de la spirochétose ictéro-hémorragique (leptospirose) ou du paludisme ; ou encore de mesures d'éducation sanitaire et de sas de détection, d'isolement et de traitement pour limiter la dissémination des fléaux sociaux de type tuberculose. La combinaison et la simultanéité de ces règles variées empêche d'analyser de manière compartimentée les effets de chaque disposition et d'attribuer des effets à l'une d'entre elles plutôt qu'à une autre[144].

Quelle a été la postérité des mesures de guerre ? Certaines de ces dispositions ne sont appliquées qu'épisodiquement au cours de la guerre. La voix délibérative des experts disparaît avec la première loi relative à l'appel d'une classe, votée après la période des hostilités (Loi du 3 Mars 1920 relative à l'appel de la 2ème fraction de la classe 1920), même si des voix s'élèvent pour maintenir cette mesure. Au même moment, le Comité Consultatif de Santé étudie la révision totale de l'instruction dans le sens du relèvement des qualités physiques exigées pour

[142] ASSA, carton 728, Justin Godart, Sénat, compte rendu de la 78e séance, 14 décembre 1917, p. 1072.
[143] Occupés, outre par les forces de l'armée française, par les alliés, les réfugiés et la multiplication des services, voir sur ce point SHD GR 9 NN 7/1101, Incorporation classe 1919. Rapport sur la valeur physique du contingent.
[144] VIET Vincent, *La santé en guerre, 1914-1918. Une politique pionnière en univers incertain,* Paris, Presses de Sciences Po, 2015, p. 462-463.

le service militaire[145]. La multiplication des contrôles médicaux, qui visent aussi bien à préserver la santé du collectif armé qu'à réaffecter les auxiliaires dans le service armé, est consacrée par la loi de 1923. Les conscrits sont soumis à une série d'examens médicaux par une commission de réforme. Ils sont examinés au sixième et douzième mois du service actif, au dix-huitième mois, avant leur passage dans la disponibilité, puis de nouveau cinq ans et dix ans après la fin du service militaire. L'article 21 consacre le principe de la récupération des exemptés. Il prévoit des examens à dates régulières, conduisant à récupérer les jeunes gens dont la condition physique se serait améliorée. La loi militaire de 1923 prolonge donc de façon durable des mesures liées à l'exceptionnel de la guerre. Elle « renforce le principe prioritaire du recrutement dans le service armé[146] » et rend non définitifs toute exemption ou tout classement dans le service auxiliaire.

II. « *Is the Army doctor to be blamed for making mistakes?* » : défense et illustration de la profession médicale

1. Une crise de la reconnaissance sociale

Les errements de la sélection médicale des recrues entraînent une crise de la reconnaissance sociale de la médecine. En effet, un certain nombre d'accusations visent spécifiquement les experts. Les membres des commissions médicales procéderaient à des expertises hâtives et sommaires qui auraient pour conséquence l'envoi au front d'hommes dont l'inaptitude serait particulièrement flagrante[147]. L'attitude des experts est également mise en cause. Désinvolture, manque de courtoisie, dédain manifesté à l'endroit des certificats rédigés par les médecins de famille viennent s'ajouter à l'inconfort des recrues, forcées d'attendre longuement leur tour ou contraintes de rester dénudées inutilement longtemps. La négligence, l'absence de tact des médecins, l'irrégularité des résultats des expertises, conjuguées à la

[145] SHD, GR 9 NN 7/1102, Commission supérieure consultative d'hygiène et d'épidémiologie militaire. Procès-verbal de la séance du 20 novembre 1920, M. Le médecin inspecteur général Toubert, p. 15.
[146] BOULANGER Philippe, « Mutations et permanences de la conscription au début des années 20 : la loi sur le recrutement de l'armée du 1er avril 1923 », http://www.institut-strategie.fr/strat_7475_BOULANGER.html, 2005, consulté le 19 septembre 2020.
[147] MACPHERSON William, *Medical Services General History*, vol. I, London, HMSO, 1921, p. 126

publicisation des quelques retentissantes affaires de corruption ou malversations, font rapidement l'objet de critiques dans la presse, au Parlement ou au sein des tribunaux d'appel[148].

L'importance des débats publics qui en résultent jette le discrédit sur les médecins et pose la question de leur compétence et de leur légitimité. À la Chambre des Communes, il est ainsi question de « la négligence avec laquelle certains examens médicaux sont menés » et, de là, de « l'incurie de certains médecins[149] ». En août 1916, le député Philip Snowden estime que des sanctions sévères doivent être prises à l'encontre des médecins négligents[150]. Au tribunal d'appel de Middlesex, Herbert Nield critique l'absence totale de fiabilité des expertises médicales du recrutement et en appelle à une enquête gouvernementale[151]. Les autorités tentent de défendre les commissions par l'invocation du statut social des médecins, gage d'autorité. « Les commissions médicales sont composées de membres compétents » qui sont tous « d'éminents médecins[152] », avance le représentant de l'armée au tribunal de Middlesex. James Macpherson, sous-secrétaire d'État à la guerre, déclare à la Chambre des Communes que les experts « sont des professionnels et, très souvent, des hommes de très grande réputation » dans lesquels il place « sa plus grande confiance[153] ».

Pour Herbert Nield toutefois, l'argument de la réputation ne supporte pas l'épreuve des faits[154]. Le statut social des médecins ne suffit plus à signifier leur compétence. En effet pour que l'expert soit reconnu comme tel, il est nécessaire qu'il démontre son indépendance, sa neutralité mais aussi son impersonnalité. En vertu de leur compétence universelle, les experts doivent pouvoir être interchangeables sans que cela compromette la justesse de leur jugement[155]. Or, les critiques formulées à l'encontre des médecins insistent sur la grande

---

[148] Par exemple « Medical Examination of recruits – Conspiracy charges against two doctors », *The Times*, 8 juin 1917, p. 3 ; « Whitehall Medical Boards – Members's evidence in heart pills case », *The Times*, 31 octobre 1917, p. 2.

[149] « *the careless way in which some of these medical examinations are conducted* » ; « *the carelessness of some medical men* », H. Nield, HC Deb 01 March 1917 vol 90, c2253.

[150] « *I spoke in August last upon this matter I said that I believed there was only one way in which this matter could be effectively dealt with, and that was to deal severely with the medical examiners who are found to be careless in the discharge of their duties* », in *Hansard's Parliamentary Debates*, *House of Commons,* London, Baldwin & Cradock, 1803-2005 (*H.C. Deb*.), séance du 1er Mars 1917, vol. 90, cc2253-2256.

[151] « *this case showed how absolutely unreliable the findings of the Special Medical Boards were* », in *Evening Standard*, mai 1917.

[152] « *Medical Boards were composed of competent medical men* », Lieutenant Carter in NA, MH 47/144/1-2, p. 3. Voir aussi *Evening News*, 29 septembre 1916, *Evening Standard* du 29 septembre 1916, *Daily News* du 30 septembre 1916 ; « *They all are eminent men* », Lieut. Carter in *Evening Standard*, mai 1917.

[153] « *They are professional men, and in a great many cases they are men of very high professional and social reputation […] I have a greater faith in the British medical practitioner than my hon. and learned Friend has* », MACPHERSON James in *H.C. Deb.,* séance du 1er mars 1917, c. 2258.

[154] « *don't pursue that line. We have heard in this Court over and over again that what you say is not borne out by the facts* » in NA, MH 47/144/1-2, p. 3.

[155] PARADEISE Catherine, « Rhétorique professionnelle et expertise », *op. cit.*, p. 26.

variabilité des résultats issus des examens médicaux. Pour Auckland Geddes, il est « particulièrement difficile d'obtenir l'uniformité des résultats ». « Tout cela est purement arbitraire, ajoute-t-il, à part s'il est parfaitement apte, le même homme ne peut être classé dans la même catégorie par deux médecins différents[156] ». L'harmonisation des résultats devient un souci constant. Dès lors, du fait du grand nombre d'erreurs constatées, la reconnaissance de l'expertise médicale comme instance indépendante, neutre et donc fiable de la décision est atteinte[157]. William Macpherson, directeur adjoint du RAMC, évoque ainsi des médecins civils dont le prestige apparaît durablement entamé du fait de leur participation aux commissions médicales[158].

La crise de la reconnaissance sociale subie par les experts médicaux pousse les médecins à tenter de restaurer leur image. L'autorité de la médecine ne suffit plus à rassurer sur leur compétence. L'argumentaire mobilisé par la profession pour défendre sa réputation est dès lors reconfiguré. Cet argumentaire se déploie dans un contexte de contrainte du répertoire d'action mobilisé[159]. Le 21 avril 1917, le *British Medical Journal* publie deux tribunes anonymes. La première commence par ces mots :

> Les débats de la Chambre des Communes et plusieurs déclarations dans la presse générale (*lay press*) ont donné de l'honnêteté et de la compétence des commissions médicales de recrutement militaire une image injuste. J'ose espérer que vous publierez ce courrier, puisqu'il est interdit aux médecins en question de répondre aux critiques dans la presse générale (*regular press*) et que les autorités semblent estimer qu'il n'est pas de leur devoir de défendre leurs experts médicaux […][160].

À sa suite, une autre lettre commence ainsi :

> Votre correspondant, qui a traité les injustes commentaires de la presse générale envers les commissions médicales du recrutement, a donné plusieurs raisons qui expliquaient le caractère imparfait que pouvait occasionnellement présenter le travail de ces commissions, dont l'activité

[156] NA, MH 47/144/4, Select Committee. Minutes of evidence n°1, 2 juillet 1917, A. C. Geddes, p. 14.
[157] En France, le lien est fait de la même manière entre l'erreur possible lors de l'examen et la mise en danger de « la bonne renommée du Corps médical de l'armée » in DUPONCHEL Émile, *Traité de médecine légale militaire*, *op. cit.*, p. 17.
[158] MACPHERSON William, *Medical Services General History*, *op. cit.*, p. 129
[159] Sur le « répertoire d'action », entendu comme l'ensemble des modes d'action susceptibles d'être utilisés par un groupe, dans une période donnée, pour faire valoir ses intérêts, on lira TILLY Charles, « Les origines du répertoire de l'action collective contemporaine en France et en Grande-Bretagne », *Vingtième siècle*, 4-1, 1984, p. 89-108.
[160] « Medical Examination of recruits », *British Medical Journal*, 1: 530, 21 avril 1917. Le texte se trouve en annexe.

> reste dans l'ensemble aussi juste qu'il leur est possible de l'être. Il en est une autre sur laquelle je souhaiterais revenir brièvement […][161].

La palette des ressources mobilisables par les médecins pour défendre leur réputation apparaît limitée. En effet, du fait du caractère sensible de leur activité, il est interdit aux experts des commissions de s'exprimer dans la presse générale. Il reste alors aux médecins les colonnes de la presse médicale, et notamment celle de la rubrique « correspondance » qui permet aux journaux de publier les tribunes des médecins sans que ceux-ci aient à s'embarrasser du formalisme inhérent à l'écriture scientifique[162]. Comme on le voit dans ces extraits, c'est une première entreprise de justification par un contributeur régulier du journal qui a poussé certains médecins des commissions à prendre la plume. À partir de l'année 1916, le *British Medical Journal* publie plusieurs courriers émanant des experts eux-mêmes, civils comme militaires, qui, sous couvert d'anonymat, donnent leur point de vue sur l'affaire en cours. On peut également observer des entreprises de restauration de la légitimité médicale à la Chambre des Communes, où William Macpherson répond en tant que porte-parole du RAMC aux accusations des députés, ou, de manière plus sporadique, dans les pages de la presse générale où certains médecins se risquent parfois à avancer des justifications.

2. L'expert et le profane

Les courriers du *British Medical Journal* sont signés « expert du recrutement » (*examiner of recruits*), ce qui souligne la stratégie collective de ces courriers qui visent, non à défendre la réputation de l'auteur lui-même, mais à rétablir la légitimité des experts dans leur ensemble. Leur mobilisation rhétorique repose sur le postulat qu'une défense de leur réputation est devenue nécessaire face à des accusations injustes qui ont rencontré un certain écho médiatique et politique. Les médecins s'efforcent alors de démontrer l'injustice des reproches qui sont formulés à leur encontre. Pour eux, ces accusations donnent une image déformée de leur profession et de leur activité[163]. Essentiellement formulées par le monde profane (*lay*), elles proviennent, selon les médecins, d'une incompréhension profonde de ce qu'est le travail des commissions. « L'examen médical des recrues est une tâche bien plus difficile que ce que peut

[161] « Medical Examination of recruits », *British Medical Journal*, 1: 565, 21 avril 1917. Texte en annexe.
[162] Pour quelques pistes de réflexion sur les caractéristiques de l'écriture scientifique, on lira LATOUR Bruno, « La rhétorique de la science, pouvoir et devoir dans un article de science exacte », *Actes de la recherche en sciences sociales*, Volume 13, n°1, 1977, p. 81-95.
[163] « *It Appeared to me that the civil members of the Medical Boards have allowed themselves to be misrepresented before the public* », in NA, MH 47/144/4, Select Committee, Minutes of Evidence, Dr Charles Hayward, p. 167.

imaginer le commun (*the average layman*), affirme ainsi un expert, et la complexité de la chose n'a pas été pleinement comprise[164] ». La défense de la compétence des médecins repose fréquemment sur une opposition entre la savant et l'ignorant, entre l'expert et le profane. Lorsque les médecins évoquent les attaques dont ils sont l'objet, ils prennent soin de préciser qu'elles émanent d'individus ou d'institutions – le profane (*layman*), la presse profane (*lay press*) ou la presse générale (*general press*) – qui ne disposent pas des connaissances nécessaires à la pleine compréhension du processus.

Ainsi, pour le correspondant médical du *Times*, les critiques des résultats du test de l'aptitude visuelle sont révélatrices de l'ignorance de ceux qui les formulent[165]. Pour lui, le transfert des compétences médicales à celui de l'armée est mal compris du public. Il s'agit alors de l'éclairer en lui restituant une juste image de l'activité des commissions. Le médecin tente d'expliquer que les critères de la sélection ne sont pas des critères médicaux à proprement parler :

> Tout d'abord, ce ne sont pas « les critères du médecins » mais « les critères du soldat ». La question n'est pas tant de savoir si le médecin pense que le sujet devrait être capable de voir tel ou tel objet, mais s'il est capable en réalité de voir des objets que son commandant ou d'autres officiers exigent qu'il voie. […] Il est vrai que ces critères faits par des soldats ont été traduits dans les termes du langage médical. Ce travail était nécessaire. Les critères actuels ont donc une double dimension et il n'est pas à craindre qu'ils n'aient pas été appliqués de manière juste et consciencieuse[166].

L'aptitude n'est pas, rappelons-le, un état en soi mais un rapport entre un vivant et un milieu[167]. Ici ce milieu est l'institution militaire qui fabrique ses propres critères d'admission. Le fait que des médecins soient chargés de faire appliquer ces critères nécessite un travail de traduction qui n'est pas facile à appréhender pour le commun qui a, selon les médecins, tendance à confondre l'évaluation de la santé et celle de l'aptitude militaire. Les deux activités étant bien distinctes, elles donnent des résultats différents, ce qui peut décevoir les attentes du sujet.

---

[164] « Medical Examination of recruits in France », *British Medical Journal*, 1: 194, 10 février 1917. Texte en annexe n° 53.

[165] « *As regards eyesight tests, the Army standards have often been called in question, and nearly always in an ignorant manner* » in WL RAMC/446/8-16, p. 49-50, « recruits dans the Doctor », *The Times*, 19 janvier 1916, p. 5.

[166] « *They are not, primarily, "doctor's standards" at all, but "soldier's standards." The question at issue is not whether a doctor thinks a man should be able to see this object or that, but whether he is actually capable of seeing distant objects which commanding and other officers demand that he shall be able to see.* […] *These soldier-made standards have, it is true, been translated into medical terms and language. This was necessary*. […]. *The standards in use have therefore a double sanction, and no fears need be entertained either that they are not adequate or that they will not be applied justly and thoroughly* » in WL, RAMC/446/8-16, p. 49-50, « recruits dans the Doctor », *The Times*, 19 janvier 1916, p. 5.

[167] Chapitre 1.

Cette stratégie d'action appartient au répertoire culturel traditionnel de l'autorité de la science[168]. L'idée que la polémique repose sur une incompréhension permet à un certain nombre de médecins de commencer par nier l'existence du problème. « Quant à la soi-disant négligence des Médecins, je ne crois vraiment pas qu'elle soit très répandue[169] », insiste un médecin. Cette stratégie rhétorique leur permet d'inverser les responsabilités. S'il existe des problèmes, ils proviennent non pas des experts mais des manœuvres frauduleuses des recrues :

> Il ne faut pas oublier, précise un médecin, qu'un grand nombre de recrues se présentant à l'examen tente par tous les moyens possibles d'échapper au service. Les médecins ne feraient pas leur devoir s'ils acceptaient sans discernement tous les certificats qui leur sont donnés ; ils ont tout à fait le droit de prendre des décisions basées sur leur jugement propre[170].

Pour William Macpherson, la plupart des désordres ont été causés par la pratique de l'usurpation d'identité, de la simulation, de la corruption ou tout autre moyen destiné à échapper aux obligations militaires[171]. Frauduleusement exemptés, les individus soumis à un nouvel examen qui aboutit à les déclarer aptes ne peuvent qu'en concevoir de l'amertume. C'est de leurs injustes récriminations que proviendraient les accusations formulées à l'encontre du travail des commissions.

L'ignorance supposée de leur public conduit les médecins à formuler un autre type d'argument :

> Quant aux erreurs d'opinion, tout médecin sait un certain nombre d'entre elles sont inévitables, il arrive souvent que deux médecins intègres et compétents arrivent à des conclusions différentes quant à l'aptitude du même homme au service militaire. Je me rappelle, d'une étude menée il y a quelques années comparant un millier de diagnostics avec des résultats d'autopsies. Le pourcentage de correspondance était de 85%[172].

Le même type d'argumentaire est repris par William Macpherson à la Chambre des Communes, lorsqu'il répond aux accusations portées par Philip Snowden. « Il n'est pas impossible que des cas semblables à ceux qu'a évoqués mon estimé collègue aient pu véritablement se produire », admet-il à contrecœur :

---

[168] Sur le « répertoire culturel », comme ensemble des ressources se présentant aux acteurs qui permettent de donner forme à une « stratégie d'action », de la légitimer et de la renforcer, voir SWIDLER Ann, « Culture in Action: Symbols and Strategies », *American Sociological Review*, 51-2, 1986, p. 273-286.

[169] « *As to the reputed carelessness of medical officer, I do not believe it exists to any great extent* » in Civil Examiner of Recruits, « Recruiting and discharge – The Other Side of the Shield », *British Medical Journal*, 1er Janvier 1916, p. 33. Voir annexe n° 54.

[170] « Medical Examination of recruits », *British Medical Journal*, 1: 530, 21 avril 1917. Voir annexe n° 55 et 56.

[171] MACPHERSON William G., *Medical Services General History*, *op. cit.*, p. 128-129.

[172] « Medical Examination of recruits », *British Medical Journal*, 1: 530, 21 avril 1917. Voir annexe n° 55 et 56.

> Je ne crois pas me tromper en disant que nous avons jusqu'à présent procédé à l'examen d'1 500 000 hommes dans un laps de temps assez court. […] il serait bien surprenant que sur un tel nombre, quelques erreurs n'eussent pas été commises. Je suis absolument certain qu'aucun médecin de premier ordre ne peut considérer toute une vie de travail et affirmer que tous ses diagnostics et ses pronostics ont été absolument justes dans 100% des cas. Il pourrait peut-être dire que l'échec, partiel ou total, a pu atteindre 1%. Si l'on s'en tient à cette proportion, comme je l'ai fait, on trouve qu'1% d'erreurs donne 15 000 cas sur 1 500 000. Je crois que l'on peut être assures du fait que les erreurs n'ont pas été commises en plus grand nombre ; et en réalité, je n'hésiterai pas à dire que les commissions ont probablement fait moins d'erreurs. Obtenir des statistiques plus précises demanderait énormément de temps et d'argent mais je suis persuadé que l'on verrait non seulement que les erreurs ont été commises en très petit nombre mais que, dans l'ensemble, les commissions médicales du recrutement ont extraordinairement bien travaillé[173].

L'auteur anonyme comme le directeur adjoint du RAMC, en évoquant ce que tout médecin sait mais qui est, selon eux, probablement ignoré du grand public, se rattachent à une communauté scientifique qui serait seule détentrice de la connaissance précise des caractéristiques de sa pratique. Ils l'affirment, en médecine, l'erreur est inévitable.

Ce faisant, les médecins contestent une certaine conception profane de la médecine qui conduit à « lire dans tout échec la conséquence d'une faute[174] ». Ce mécanisme est le produit du succès de la rhétorique qui a lentement conduit à assimiler la médecine à une science[175]. Ce succès a eu pour corollaire l'idée selon laquelle la pratique médicale, désormais réputée efficace, devait s'accompagner d'une obligation de résultat. Or, « la médecine n'est pas une science exacte », résume William Macpherson un peu plus tard. Là encore, le public aurait une représentation déformée du phénomène. L'idée selon laquelle le travail des commissions médicales aurait donné lieu à des erreurs de classification dans des proportions gigantesques reposerait sur une mauvaise compréhension de la nature de la science médicale. L'erreur serait certes inévitable, mais elle demeurerait rare et ses conséquences seraient statistiquement négligeables. Les médecins tentent ainsi à plusieurs reprises de quantifier le nombre d'erreurs commises par les médecins afin de montrer la dimension dérisoire des mauvaises classifications. Dans un ouvrage publié en 1921, William Macpherson évoque une étude menée

---

[173] « *it is not unlikely that it may be true that those instances may have occurred* » in *H.C. Deb.,* séance du 1er mars 1917, c. 2257-2258.
[174] PARADEISE Catherine, « Rhétorique professionnelle et expertise », *art. cit.*, p. 28
[175] Sur les conséquences du succès de cette rhétorique, voir PARADEISE Catherine, « Rhétorique professionnelle et expertise », *art. cit*., p. 28 ; sur la lente construction de l'autorité médicale, LEONARD Jacques, *La Médecine entre les savoirs et les pouvoirs, op. cit*.

par Auckland Geddes sur un échantillon qui évalue ces erreurs à 0,5% du total des examens pratiqués[176].

3. La justification

De la reconnaissance de la médecine comme science inexacte découle un autre type d'argument. Le transfert des compétences du monde médical au monde militaire pose à la pensée médicale d'importants problèmes à la fois pratiques, éthiques et épistémologiques. Ces difficultés ont amené les médecins à développer un autre registre argumentaire, celui de la justification. Ce registre repose cette fois sur la reconnaissance de l'existence de problèmes au niveau de l'activité des commissions médicales. Il s'agit alors, non plus de corriger une image faussée par l'ignorance, mais de justifier ces dysfonctionnements. William Collins, député médecin de la Chambre des Communes constate ainsi :

> Après tout, ni la médecine ni la chirurgie ne sont des sciences exactes, elles se plient donc mal à la stricte discipline de classement que l'on tente de leur imposer. J'estime que c'est une tâche impossible que l'on a confiée aux médecins auxquels on demandait de procéder à la catégorisation. Et l'on demande toujours aux médecins, qui se sont efforcé de faire de leur mieux dans des circonstances particulièrement difficiles, d'accomplir l'impossible[177].

Quelques mois plus tard, il estime que, si la profession médicale s'est montrée sous son meilleur jour lorsqu'elle soignait les malades et les blessés, c'est en tentant d'exécuter les instructions militaires venues d'une autorité administrative, qu'elle s'est montrée sous son plus mauvais jour[178]. La variabilité du jugement médical entre en conflit avec la raison administrative qui suppose l'éradication du doute, l'annihilation de l'incertitude et de la variation propres à l'activité diagnostique.

Sans pour autant parvenir à une remise en cause aussi fondamentale de la pratique de l'expertise, nombreux sont les médecins à imputer les erreurs de jugement aux conditions de travail des commissions. La massification du recrutement, la précipitation dans laquelle sont

---

[176] MACPHERSON William G., *Medical Services General History*, *op. cit*., p. 128-129.
[177] « *After all, medicine and surgery, though progressive science, were not exact sciences and that they did not lend themselves very readily to this strict routine method of categorization imposed upon them. I said an impossible task has been imposed upon the medical men who were asked to perform this process and duties of categorization… We are still asking the doctors, who have struggled to do their best under most difficult circumstances, to do the impossible* », in *H.C. Deb.*, vol. 107, séance du 27 juin 1918, c. 1285-1287, cité par WINTER Jay, « Military Fitness and Civilian Health… », *art. cit.*, p. 228-229.
[178] *Ibid*, c. 1283-1284, cité par WINTER Jay, « Military Fitness and Civilian Health… », *art. cit.*, p. 228.

organisées les examens et l'urgence de la mobilisation compliquent la tâche des médecins[179]. « Tout était fait pour rendre le travail des commissions aussi difficile que possible[180] » :

> Si des sujets sont aujourd'hui classés « A » alors qu'il est arrivé qu'ils soient rejetés par l'armée auparavant – parfois plusieurs fois – c'est que les critères des examens changent constamment et ont été graduellement relâchés, au fur et à mesure que l'urgence nationale se faisait sentir ; les experts médicaux, qui ne sont pas chargés de faire ces règles et s'efforcent de faire du mieux qu'ils peuvent pour suivre les ordres qui leur viennent du dessus, ne peuvent pas être tenus responsables des conséquences néfastes de ces modifications des critères[181].

Les médecins mettent en cause l'aménagement constant des critères de la sélection. Ils sont aussi nombreux à incriminer leurs conditions de travail :

> Il n'est pas étonnant que des cas de tuberculoses précoces n'aient pas été détectés ; c'est même un miracle que l'on puisse en diagnostiquer certains étant données les conditions dans lesquelles le travail a dû être accompli […]. Il n'était pas rare qu'un médecin doive examiner près d'une centaine d'hommes par jour dans une salle bruyante et bondée[182].

Outre les locaux exigus et l'insuffisance du personnel, les médecins insistent particulièrement sur les cadences qui leur sont imposées[183]. Lorsque l'affaire est discutée à la Chambre des Communes, c'est cette même cadence qui est mise en cause[184]. Les auditions du *Select Committee* parviennent à des conclusions similaires.

4. Dissensions : médecins militaires et médecins civils

L'ampleur de la critique ébranle la cohésion du corps médical. La nécessité d'identifier un coupable fragilise la capacité de la profession à fédérer les intérêts de l'ensemble de ses membres et à construire une image homogène. Certaines dissensions internes deviennent alors

---

[179] Voir à ce sujet SILBEY David, « Bodies and Cultures Collide: Enlistment, the Medical Exam, and the British Working Class, 1914–1916 », *Social History of Medicine*, 17, n° 1, avril 2004, p. 61-76 ; WINTER Jay, « Military Fitness and Civilian Health », *art. cit.*, p. 211-244.

[180] « Everything, in fact, was being done to make the work of the medical boards as difficult as possible » in MACPHERSON William G., *Medical Services General History*, *op. cit*., p. 129.

[181] « Medical Examination of recruits », *British Medical Journal*, 1: 530, 21 avril 1917

[182] Civil Examiner of Recruits, « Recruiting and discharge – The Other Side of the Shield », *British Medical Journal*, 1er Janvier 1916, p. 33.

[183] Another Examiner of Recruits, « Medical Examination of recruits », *British Medical Journal*, 1: 565, 21 avril 1917. Voir aussi « Medical Boards », *British Medical Journal,* 19 mai 1917. Voir annexe n° 57 et 58.

[184] « *My own view is that a very large number of wholly unfit men have been passed into the Army. (…) I know that the Army doctors have made many mistakes, but it is really difficult for the Army doctor with a tremendous number of men to examine and devoting five minutes to each of them. Is the Army doctor to be blamed for making mistakes? […] The doctor dealing with the case in five minutes is not able to tell what a man's real physical condition is, and the result is that time and again the examination is of a perfunctory character* », in *H.C. Deb*., séance du 20 mars 1917.

visibles hors du milieu médical[185]. Les intérêts des médecins civils et militaires en viennent à diverger. En raison de l'ampleur de la tâche à accomplir et de l'affectation prioritaire des médecins militaires sur le champ de bataille, un certain nombre de médecins civils ont été employés au sein des commissions médicales où ils se trouvent souvent majoritaires. Sur 63 commissions médicales examinées par James Macpherson, les médecins civils occupent les deux tiers des sièges[186]. Leur inexpérience est soulignée par les médecins militaires :

> La majorité des hommes invités à pratiquer les examens n'avaient aucune expérience de ce type de travail, et les instructions relative au degré d'aptitude qu'ils devaient considérer comme acceptable pour une recrue laissait planer quelques doutes quant au cadre de leurs fonctions, ainsi que, parfois, aux infirmités qui auraient dû conduire à l'exclusion des hommes[187].

Certains médecins militaires sont moins mesurés et suggèrent que les erreurs viennent principalement de l'incompétence des médecins civils : « Les commissions, dans leur ensemble, sont composées de praticiens civils […]. Il n'est donc pas possible de dire que les médecins du RAMC sont responsables[188] ».

Ces accusations viennent rejouer un conflit latent entre médecins militaires et médecins civils. L'ingérence des médecins civils dans les affaires militaires est traditionnellement considérée avec suspicion par l'armée[189]. Les médecins militaires reprochent en outre aux praticiens civils leur indulgence vis-à-vis des recrues, dont ils sont parfois les médecins de famille et leur propension à rédiger des certificats de complaisance afin de faciliter leur exemption. Quant à eux, les médecins civils reprochent aux médecins militaires de ne pas tenir compte de leur avis professionnel. « Je n'ai pas pour habitude de distribuer des certificats à des patients à moins de penser vraiment ce que j'y écris[190] » s'agace Arnold Lawson, médecin civil londonien, après avoir vu son certificat dédaigné au moment de l'examen de son patient. Les tribunaux d'appel se font ainsi l'écho de la querelle des certificats et des fréquentes divergences existant entre les diagnostics civils et militaires[191]. Auditionné par le *Select Committee*, le Dr Charles Hayward souligne :

---

[185] Sur l'exportation des dissensions hors du champ clos du milieu sous l'effet d'une pression exerne, PARADEISE Catherine, « Rhétorique professionnelle et expertise », *art. cit.*, p. 17-31.
[186] *H.C. Deb..,* séance du 1er mars 1917, c. 2257-2258.
[187] « Medical Examination of recruits in France », *British Medical Journal*, 1: 194, 10 février 1917.
[188] *H.C. Deb..,* séance du 1er mars 1917, c. 2257-2258 ; voir aussi MACPHERSON W. G., *Medical Services General History*, vol. I, London, HMSO, 1921, p. 118-119.
[189] HARRISON Mark, « Medicine and the management of Modern Warfare », *History of Science*, vol. 34, n°4, 1996, p. 390.
[190] NA, MH 47/117/124/005. Texte en annexe n° 52.
[191] MCDERMOTT James, *British Military Service Tribunals, op. cit.,* p. 184-190.

> Il me semble que les décisions prises entièrement par les présidents militaires des commissions médicales ont contribué à détériorer l'image des membres civils de ces commissions aux yeux du public[192]

C'est bien au président de commission, médecin militaire, que revient la décision finale concernant le classement de la recrue. Or, l'organisation hiérarchique des commissions et les instructions militaires données en ce sens par le RAMC autorisent le président à assouplir considérablement les critères de l'examen médical, voire à passer outre l'avis de ses collègues civils[193] : « Le président peut consulter ses confrères ou les ignorer », résume Charles Hayward[194].

Les médecins civils qui gagnent ce rapport de force face au corps des médecins militaires, fragilisé par la crise de 1917. La crise de la reconnaissance sociale de la médecine cède la place à la mise en cause de l'armée et de sa gestion du recrutement :

> […] les militaires enthousiastes chargés du recrutement attendaient que les experts du recrutement viennent à bout d'un grand nombre d'examens dans un temps imparti qui rendait physiquement impossible que chaque homme reçoive l'évaluation attentive théoriquement nécessaire[195].

Un autre expert accuse plus durement les militaires d'avoir soumis sa commission à une importante pression pour que l'examen des recrues se déroule plus rapidement[196]. Ces accusations se frayent un chemin jusqu'à la Chambre des Communes où les députés demandent bientôt des comptes aux autorités militaires. Le 14 juin 1917, Maurice Levy député de Loughborough, ville du centre de l'Angleterre, interpelle le sous-secrétaire d'État à la guerre et lui réclame une copie de toutes les instructions, écrites et orales, données par le ministère ainsi que le décompte des hommes rejetés par l'armée ayant été classés A, B ou C à l'issue d'un nouvel examen [197].

La révélation des pressions subies par les experts médicaux par la hiérarchie militaire met en péril leur légitimité. Celle-ci dépend en effet de la perception de l'expert comme

---

[192] « *It Appeared to me that the civil members of the Medical Boards have allowed themselves to be misrepresented before the public by the decisions given entirely by the Military Presidents* », in NA, MH 47/144/4, Select Committee, Minutes of Evidence, p. 167

[193] NA, MH 47/144/4, *Instructions given to Deputy Directors of Medical Services*, 13 juillet 1915 et 16 septembre 1916 ; MH 47/144/4, Select Committee*,* Special report by the chairman. Voir aussi « Medical Examination of recruits », *British Medical Journal*, 1: 565, 21 avril 1917. Voir annexe n° 57.

[194] « *The President can consult his confrères or he can ignore them* », in MH 47/144/4, Select Committee, Minutes of Evidence, p. 167

[195] « Medical Examination of recruits in France », *British Medical Journal*, 1: 194, 10 février 1917.

[196] Another Examiner of Recruits, « Medical Examination of recruits », *British Medical Journal*, 1: 565, 21 avril 1917. Voir annexe n° 56.

[197] *H.C. Deb., séance du 14 juin 1917, vol. 94, cc1144-6W*.

« instance quasiment neutre de la décision[198] ». Il s'agit dès lors de rétablir la confiance en réformant en profondeur la sélection médicale de manière à garantir l'indépendance du jugement médical. Avant même la remise de son rapport définitif, la commission d'enquête parlementaire prend, dès le 19 juillet, des mesures qui s'orientent vers la démilitarisation des opérations médicales du recrutement. Il s'agit, par des décisions d'urgence précédant la refonte d'un système en faillite, de rendre visible l'action concrète de l'État et de commencer à calmer le mécontentement populaire. Parmi ces mesures :

> Afin de rassurer l'opinion et de la convaincre que les promesses du Secrétaire d'État à la Guerre seront suivies d'effet, aucun membre d'une commission médicale ne devra désormais porter d'uniforme militaire.

Le port de l'uniforme, qui matérialise l'appartenance de celui qui le porte à l'armée, « renseigne […] sur les relations entre le pouvoir civil et la société militaire, sur le degré de militarisation des sociétés[199] ». C'est donc la distance vis-à-vis de l'institution militaire, rendue responsable des dysfonctionnements du recrutement, que la commission entend ici démontrer. Les médecins militaires, en passe d'être évincés du processus de sélection, ont bien perdu le rapport de force qui les opposait aux médecins civils. D'une manière générale, les médecins réussissent à transférer le poids de la responsabilité de la crise vers la hiérarchie militaire. Cette exonération est entérinée en septembre 1918, par un discours de Lloyd George qui, dressant le bilan de la guerre :

> Nous avons mis en place un Ministère du Service national et précautionneusement compilé des statistiques […] et tout ce qu'il m'est possible de dire, c'est que les résultats des examens médicaux sont inquiétants, et j'ose même dire, alarmants […]. Nous avons bien failli en faire peser la faute sur les médecins ; mais plusieurs études ont été menées qui n'ont guère changé les résultats, qu'il me soit ici permis, pour la première fois, de présenter mes excuses au corps médical[200].

---

[198] ENGSTROM Eric, HESS Volker, THOMS Ulrike, « Einleitung », in *Figurationen des Experten. Ambivalenzen der wissenschaftlichen Expertise im ausgehenden 18. und frühen 19. Jahrhundert*, Frankfurt am Main, Peter Lang, 2004, p. 7.

[199] ROYNETTE Odile, « L'uniforme militaire au XIX^e siècle : une fabrique du masculin », *Clio. Femmes, Genre, Histoire,* n°36, 2012, 109-128, p. 109.

[200] « *You have these grades, I, II, and III, and all I can tell you is the results of these examinations are startling, and I do not mind to use the word appalling. […] So much that we half suspected the doctors; but there were re-examinations which did not make very much difference, and I apologize to the doctors here for the first time* » in « The War and after », *The Times*, 13 septembre 1918.

III. « *To give as little offence as possible* » : la réforme britannique de 1917

Mis en cause par la presse, le Parlement et la commission d'enquête parlementaire dans les dysfonctionnements de la sélection, les pouvoirs publics prennent dès l'automne 1917 des mesures en apparence radicales. La procédure est démilitarisée, réformée et la nomenclature révisée. L'ensemble des opérations est placé sous la responsabilité de médecins civils et sous la tutelle d'un nouveau ministère indépendant, le Ministère du Service national. Cette entreprise repose sur l'alliance de la neutralité scientifique et de l'autorité publique[201]. Elle a pour objectif principal la restauration de la confiance. James Galloway résume ainsi : « il était devenu nécessaire d'organiser la machine médicale non seulement pour qu'elle soit efficace, mais aussi pour qu'elle provoque le moins d'indignation possible (« *to give as little offence as possible* »)[202] ». Le processus de sélection est dès lors repensé comme un système qui prend en compte l'institution qui le met en œuvre, la procédure, le système de classement des recrues mais aussi les dispositions pratiques de l'examen. La réforme passe dès lors par trois mesures principales : 1) la démilitarisation, 2) la réforme du système de classement et de la procédure, 3) la recherche de l'agencement spatial idéal pour favoriser l'efficacité du dispositif et réduire l'incertitude.

1. Réduire l'incertitude, rétablir la confiance

Démilitariser

C'est dans le sens d'une démilitarisation complète du recrutement que s'oriente la réforme de 1917, une idée proposée dès 1916 par certains gradés préoccupés par la

[201] Sur l'alliance de la neutralité scientifique et de l'autorité publique comme outil pour régler ou du moins diminuer les conflits, on lira LUNDGREEN Peter, « Measures for Objectivity in the Public Interest », *art. cit*.
[202] « *it became necessary to arrange the medical machinery to be not only efficient, but to give as little offence as possible* », in GALLOWAY James, « Medical examination of men for military service: some of its problems, lessons and results », *Contributions to medical and biological research*, p. 667-668.

désorganisation administrative du système idée. Le projet est clairement énoncé dès les premières recommandations de la commission d'enquête parlementaire :

> La commission recommande que l'intégralité des opérations médicales du recrutement, des examens et réexamens médicaux soient retirés au Ministère de la guerre pour être placé sous le contrôle d'une administration civile[203].

Le 1er novembre, ce transfert est effectif[204]. L'éviction des militaires s'effectue avec succès à trois niveaux : au sein des commissions médicales chargées des examens, au sein du Comité consultatif médical (*Medical Advisory Committee)* et au sein du Ministère du Service national lui-même[205]. Dans les faits, le recrutement est retiré au Ministère de la Guerre, désormais le choix des hommes n'est plus l'affaire de l'armée. En démilitarisant le recrutement, Lloyd George entend calmer les inquiétudes de l'opinion publique. La légitimité des experts étant fonction de leur neutralité, il apparaissait urgent de les soustraire à la tutelle et à l'influence du militaire[206].

Des gages avaient pourtant été donnés dès avril 1917 pour tenter de réduire le poids des militaires dans le processus de sélection. Après une affaire de fraude survenue à Liverpool, l'instruction du 18 avril avait supprimé l'examen médical dit préliminaire au cours duquel un officier non-médecin avait le pouvoir de refuser les hommes qui lui paraîtraient inaptes. Le poids des médecins dans la sélection s'en était trouvé renforcé[207]. Mais cette mesure n'avait pas suffi. La présence, à la tête des commissions médicales, d'un président issu de la médecine militaire ayant le pouvoir d'ignorer les avis de ses collègues, condamne le fonctionnement de ces commissions à être réformé en profondeur. L'annonce de la réforme dans le courant de l'été a des effets immédiatement perceptibles. Les tribunaux d'appel du Northamptonshire ont ainsi tendance à ajourner toutes les affaires concernant l'aptitude des plaignants en attendant que les nouvelles commissions civiles commencent à fonctionner. Au mois de septembre, le tribunal

---

[203] « *The Committee recommends that the whole organization of Recruiting Medical Boards and of the medical examinations and re-examinations should be removed from the War Office and placed under civilian control* » in GALLOWAY James, « Medical examination of men for military service », *art. cit.*, p. 668.
[204] NA, NATS 1/859, Press Communiqué, 1er novembre 1917.
[205] CAC, GEDD 4/6/1684, *The recruiting code*, Ministry of National Service publication (Index 1684), 1er décembre 1917, p. 96 et suiv.
[206] Sur l'importance de la neutralité des experts : ENGSTROM Eric J., HESS Volker, THOMS Ulrike (dir.), *Figurationen des Experten, op. cit.*, p. 7.
[207] Instruction n° 642, 18 avril 1917. Voir aussi, à ce sujet, NA, MH 47/144/4, Select Committee, Minutes of evidence n°1, 2 juillet 1917, A. C. Geddes, p. 11. La tendance à supprimer l'examen médical préliminaire et à intensifier la médicalisation de la sélection procède d'une réflexion internationale dont on trouve la trace, par exemple, aux États-Unis : HOFFMAN Frederick, *Army Anthropometry and Medical Rejection Statistics, paper read before the National Academy of Science, Philadelphia, 21 novembre 1917*, Newark, Prudential Press, 1918. Voir annexe n° 61.

de Rushden réfère systématiquement au Tribunal central – qui se trouve rapidement débordé – les cas où un certificat médical civil contredit l'expertise des commissions[208].

Les commissions du Ministère du Service national commencent à siéger le 1er novembre 1917. Elles sont composées d'un président (*Deputy Commissioner of Medical Services*) et de quatre membres, tous médecins civils, qui officient à mi-temps et sont payés, hors frais, cinq guinées par session. Les médecins sont des praticiens locaux nommés sur proposition du directeur régional des services médicaux du Ministère (*Commissioner of Medical Services*). Ces commissions civiles se chargent ainsi de l'examen de 2 500 000 hommes entre le 1er novembre 1917 et le 31 octobre 1918[209]. Dans le *Times* du 25 juillet 1917, le fonctionnement du nouveau système est expliqué de la manière suivante :

> Ce n'est qu'après être passées au travers des différentes étapes destinées à établir si les recrues peuvent quitter leur emploi sans dommage, et si elles sont aptes à être classées dans l'une des catégories déterminées par l'armée, ce n'est qu'après ces différentes étapes que l'armée entrera en jeu[210].

La réforme de 1917 aboutit à distinguer plus nettement les opérations médicales du recrutement, gérées par une administration civile, et les opérations militaires du recrutement, gérées par l'armée. L'administration civile du Ministère du Service national est considérée comme étant plus apte à garantir les intérêts de l'individu que l'armée, que l'on soupçonne de prioriser la reconstitution des effectifs.

Outre la démilitarisation des examens, c'est avec la refonte de la nomenclature et de la procédure que la réforme vise à diminuer l'inquiétude de l'opinion. Pour ce faire, elle prend appui sur la légitimité des experts médicaux engagés dans le processus de création d'un nouveau système de classement des recrues en fonction de leur degré d'aptitude[211]. L'ancienne nomenclature, la classification A, B, C, et ses multiples subdivisions, avait été vivement critiquée pour sa complexité, pour son absence de critères véritablement médicaux et pour la trop grande latitude laissée à l'appréciation subjective des médecins[212]. Lors de son audition par la commission, Auckland Geddes la commente en ces termes :

---

[208] MCDERMOTT James*, British Military Service Tribunals…, op. cit.,* p. 189.
[209] *Report upon the Physical Examination of men of military age by National Service Medical Boards From November 1st 1917 – October 31st 1918*, vol. I. Londres, H.M. Stationery Office, 1920.
[210] *The Times*, 25 juillet 1917.
[211] Sur la capacité de l'expertise à être processus d'adaptation et d'établissement du compromis, voir CALLON Michel, RIP Arie, « Humains, non-humains : morale d'une coexistence » *in* THEYS Jacques, KALAORA Bernard (dir.), *La Terre outragée. Les experts sont formels*, Paris, Autrement, 1992 ; sur sa capacité à résorber, ou au moins diminuer l'inquiétude, voir BOLTANSKI L., *De la critique*, Paris, Nrf/Gallimard, 2009.
[212] NA, MH 47/144/4, *Select Committee*. Minutes of evidence n°1, p. 14. Voir aussi chapitre 5.

> [P]ersonne ne sait que les catégories inférieures à C1 sont B2, B3, C2 et C3 ; tout le monde pense que C2 et C3 sont en dessous de C1 et que B2 et B3 sont au-dessus […]. De toute évidence, ce ne sont pas des normes médicales. Ce sont fondamentalement des catégories administratives qui ont été introduites à la demande du Directeur de l'Organisation responsable […] de la répartition des hommes dans différentes unités […]. La catégorisation en neuf subdivisions […] est presque impossible à manier. En conséquence, il est impossible que deux médecins différents parviennent à classer un homme dans la même catégorie. Il n'y a pas vraiment de différence entre un homme classé A et un homme classé B1, tout dépend de l'opinion de l'expert. Aucune délimitation nette et précise n'est possible […]. Dans une certaine mesure, le classement relève de la divination. C'est bien cela qui rend impossible l'uniformité des décisions[213].

L'argumentaire d'Auckland Geddes, pour lequel le système de classification est une aberration administrative imposée aux médecins qui met en péril le travail d'évaluation médicale, est repris tel quel par la commission. La catégorie A1 renvoyait par exemple à « Aptitude physique. Recrue entraînée. Prête à être envoyée à l'étranger. », la catégorie A2 à « Aptitude physique. Recrue non entraînée », ce qui revenait, critique le *Select Committee* « à classer les hommes, non en fonction de leur état au moment de l'examen, mais en fonction de ce que serait probablement leur état après quatre mois d'entraînement[214] ». C'est sous la direction de Geddes qu'est alors élaboré un nouveau système de classification.

La nouvelle nomenclature en quatre échelons numérotés I, II, III, IV, met cette fois l'accent sur les caractéristiques anatomo-pathologiques de la recrue :

---

[213] « *Certainly they are not medical standards. They are largely administrative standards purely of administrative advice which was introduced at the request of the Director of Organisation, who is responsible or was responsible till quite recently, for pushing the men into the different types of units. The categorizing into nine categories is a thing which I am quite sure no medical man would have been wishful to undertake. It is almost hopeless. The result is that no two examiners would put any individual man practically into the same compartment […]. They deal with the man's employment and with the nature of the work he is probably going to do. It is not medical […]. It is entirely a matter for discretion, but no two boards would put the same man into the same category, I should think, apart for the absolutely perfectly fit. […] There is no difference except a matter of judgement between and A man and a B1 man. There is no hard and fast line possible. […] it has got to be to a certain extent prophetic when categorizing a man. That is what makes it difficult to get uniformity* » in NA, MH 47/144/4, Select Committee, Minutes of evidence n°1, 2 juillet 1917, A. C. Geddes.

[214] « *Classifying men not as they are as the time of examination, but as they probably be after four month's training* » in NA, MH 47/144/4, Select Committee. Special report.

Tableau 25 : Le système de classification en quatre échelons

Échelon	Description	Équivalence
Échelon I	Sujets de force physique normale, capables de supporter un degré de fatigue physique adapté à leur âge. Ces hommes ne doivent souffrir d'aucune maladie organique évolutive, ni être affectés d'une quelconque malformation ou invalidité sérieuses. Les déficiences légères pouvant être corrigées ou compensées par des moyens artificiels ne sont pas rédhibitoires.	A
Échelon II	Sujets qui, pour des raisons diverses, seraient atteints de déficiences leur interdisant d'atteindre les exigences de l'échelon I. Ces hommes ne doivent pas souffrir de maladies organiques évolutives. Leurs capacités auditives et visuelles doivent être correctes ; leur musculature moyenne, ils doivent être capables de supporter une fatigue physique conséquente mais non éprouvante.	B1 et C1 (service en garnison sur le territoire britannique et à l'étranger)
Échelon III	Sujets présentant un handicap physique marqué ou les signes d'une ancienne pathologie qui indiqueraient qu'ils ne sont pas aptes à supporter la fatigue physique que requièrent les catégories supérieures. On pourra notamment placer dans cette catégorie les hommes souffrant d'orteils déformés, de formes sévères de pied plat et, dans certains cas, de hernies ou de varices […].	B2, C2, B3, C3
Échelon IV	Inaptitude complète et définitive à toute forme de service militaire.	Rejet

Source : *Recruiting code*[215]

Ce système se présente comme le résultat d'une entreprise de simplification et de rationalisation du système précédent[216]. En lieu et place de la dizaine de subdivisions de son prédécesseur, le nouveau schème classificatoire propose quatre échelons d'aptitude. Conçues par des médecins, les catégories sont décrites comme « purement médicales » par opposition au système A, B, C qui poussait des médecins à manier des catégories administratives relevant de la compétence des militaires[217]. Elles doivent « correspondre à la condition physique et mentale [de la recrue] au moment de l'examen[218] ». L'accent est mis également sur le dispositif prophylactique, mais l'importance de cette question dans la documentation administrative du Ministère est sans commune mesure avec la France. Les recrues présentant des signes de tuberculose ne peuvent être considérées comme aptes au service militaire. Elles doivent immédiatement être placées à

[215] CAC, GEDD 4/6/1684, *The recruiting code*, Ministry of National Service publication, 1er décembre 1917, p. 101 ; NA, MH/47/142-5, National Service Instructions (NSI) n°13, 17 novembre 1917. Voir aussi *Report upon the Physical Examination*, *op. cit.,* p. 2. Voir annexe n° 12 et n° 59.
[216] « *If rigid sub-divisions were attempted, the results obtained would […] be untrustworthy* », in NA, MH/47/142-5, NSI Instructions n° 36, 21 décembre 1917.
[217] GALLOWAY James, « Medical examination of men for military service », *art. cit.*, p. 669.
[218] « […] *according to their physical and mental state at the time of the examination* », in NA, NATS 1/866, Recruiting Department. Medical examinations: proposed instruction draft, 1917, page 21.

l'échelon IV à moins de pouvoir apporter la preuve d'une rémission d'au moins deux ans, auquel cas, les experts peuvent envisager le classement à l'échelon III[219].

La nouvelle classification vise enfin à garantir l'uniformité des décisions. Les échelons sont conçus « de manière à pouvoir obtenir des résultats similaires et comparables sur l'ensemble du territoire[220] ». L'uniformité recherchée par la réforme doit également être renforcée par la surveillance statistique de l'activité des commissions qui doivent faire parvenir à leur direction régionale les données des classements réalisés. Les tentatives d'unification et de normalisation s'accompagnent fréquemment d'alourdissement du rôle des chiffres[221]. Le directeur régional doit alors souligner tout anomalie dans la répartition des recrues au sein des différents échelons[222]. Ce nouveau système offre au public tous les gages de scientificité et donc d'objectivité et de rationalité de la science médicale.

Les controverses, aménagements et ajustements des modes de classement sont loin d'être des activités anodines. « L'adoption d'un système de classification peut constituer une véritable mesure politique et stratégique[223] ». L'infléchissement des principes et des normes de classement permet aux acteurs de renforcer leurs positionnements sociaux et politiques. En retenant certains éléments – ici les caractéristiques anatomo-pathologiques de la recrue – au détriment d'autres – le degré d'avancement de son entraînement militaire par exemple – le nouveau système valorise les critères et donc les compétences médicales. Pour Auckland Geddes, la réforme de la nomenclature est clairement l'occasion de faire primer le médical sur le militaire et de renforcer le pouvoir des médecins, non seulement au sein du processus de sélection, mais aussi au sein du Ministère, où les experts médicaux sont désormais chargés de concevoir le système de classification, ses caractéristiques et, dès lors, les conditions de son application.

---

[219] MCDERMOTT James*, British Military Service Tribunals…, op. cit.,* p. 190-191; WINTER Jay, *The Great War and the British People, op. cit.*, p. 57. Voir notamment NA, MH/142/5-1, NSI n°3,

[220] NA, MH/47/142-5, NSI Instructions n°36, 21 décembre 1917. Voir aussi CAC, GEDD 4/6/1684, *The recruiting code*, Ministry of National Service publication, 1er décembre 1917, p. 97.

[221] PORTER Theodore M., *La confiance dans les chiffres, op. cit.*, p. xix.

[222] AC1 905 of 1917 ; NA, NATS 1/866, p. 35.

[223] LIQUETE Vincent, KOVACS Susan, « La lutte des classements. Introduction générale », *Hermès, La Revue*, 2/2013, n° 66, p. 9-15. Voir aussi BOWKER Geoffrey, STAR Susan Leigh, *Sorting Things Out: Classification and Its Consequences*, Cambridge, MIT Press, 1999 ; BARREYRE, Jean-Yves, *Classer les exclus : enjeux d'une doctrine de politique sociale*, Paris, Dunod, 2000.

Ralentir et rationaliser l'évaluation : un nouvel agencement temporel

Pour faciliter le diagnostic, le Ministère du Service national consacre en 1917 beaucoup d'énergie à réformer la procédure – le protocole de l'examen médical lui-même, élément clef de l'expertise médicale – qui constitue, plus encore que la nomenclature, la base de la légitimité du pouvoir des experts[224]. Lorsque cette procédure fait l'objet de vives critiques durant la guerre, c'est la légitimité des médecins à intervenir dans l'évaluation de l'aptitude militaire qui est attaquée. La réforme de l'examen médical apporte donc un soin tout particulier à la description de la manière dont doit désormais se dérouler l'examen, de manière à réduire l'inquiétude de l'opinion.

Les principes de la sélection médicale des recrues, repensés au moment de la réforme de 1917, font écho à une dynamique de rationalisation temporelle du travail concret. La vitesse des opérations est perçue comme un triple problème à la fois administratif, stratégique et politique. L'enquête sur les dysfonctionnements des examens médicaux a mis en lumière d'importants problèmes de congestion et de désynchronisation, l'augmentation de la cadence a été identifiée comme l'une des causes des erreurs d'affectation venues nourrir le mécontentement populaire[225]. Dès lors, il n'était plus possible d'aborder l'efficacité de la sélection de manière prioritairement productiviste, en termes de rapidité. Afin de garantir l'efficacité de la sélection et d'apaiser le mécontentement, les autorités britanniques ont cherché un nouvel agencement temporel qui permette de concilier les exigences de la vitesse et celles d'une sélection raisonnée du contingent. Les tentatives de régulation passent par un ralentissement de l'activité des commissions médicales et par une rationalisation inspirée des principes de l'organisation scientifique du travail.

Avant même 1917, le problème de la vitesse a inspiré différentes tentatives de régulation basées sur l'établissement de garde-fous destinés à ralentir l'activité des commissions. Dès décembre 1914, le conseil de l'armée tente de limiter le nombre de recrues examinées par un médecin à 6 à 8 par heure, et 30 à 40 par jour. Pour ce faire, on adjoint au personnel médical militaire en place des praticiens civils afin de répartir l'activité des commissions entre le maximum d'experts[226]. En janvier 1916, au moment de la première refonte des commissions, on limite à 200 par jour le nombre d'hommes pouvant être examinés dans un seul bureau de

[224] LUHMANN Niklas, *La légitimation par la procédure*, Paris, Cerf, 2001.
[225] Chapitre 4.
[226] MACPHERSON William, *Medical Services General History*, *op. cit*., p. 118-137

recrutement[227]. Ces limitations reposent sur la quantification et la stabilisation des processus de travail, ainsi que la chronométrisation des activités, des tendances observables en Grande-Bretagne et aux États-Unis dès le XIX^e siècle[228]. Dès février 1917, certaines commissions, appliquent la division des tâches recommandées par les instructions ministérielles. En avril, un expert décrit ainsi la répartition du travail entre les quatre médecins de sa commission :

> Deux médecins de la commission doivent voir tous les hommes, le président et l'homme chargé de l'évaluation de la vue, des mesures corporelles, de l'état des dents, de la constitution générale, de vérifier les antécédents, l'absence de hernies ou de tout autre infirmité visible, d'inspecter les pieds et les jambes et de faire pratiquer à la recrue quelques mouvements ; les deux autres ne voient que la moitié des hommes qui se présentent à l'examen, ils examinent le cœur, les poumons, l'abdomen etc. [229].

La division du travail d'évaluation en des tâches plus circonscrites, et donc plus répétitives, simplifie le travail des experts et doit permettre d'augmenter l'efficacité de l'examen.

La réforme de la fin de l'année 1917 prolonge, précise et systématise ces premières tentatives. Il s'agit de faire en sorte que les experts médicaux puissent agir « sans hâte inutile mais sans perdre inutilement de temps[230] ». L'heure d'ouverture et de fermeture de chaque commission et le nombre d'hommes examinés dans ce laps de temps sont soigneusement reportées. L'activité moyenne normale d'une commission a en effet été précisément évaluée par le Ministère du Service national. Chaque commission doit examiner et classer 60 recrues par jour au cours de deux sessions de 2 heures et demie chacune[231]. Le dépassement de ce ratio indiquerait alors que les examens ne sont pas menés de manière scrupuleuse. D'autres mesures sont destinées à réguler le flux des recrues et leur arrivée sur les lieux de l'examen et à contrôler le travail des médecins. Si nécessaire, le secrétaire peut ainsi agir comme un appariteur entre le vestiaire et la salle d'examen afin de faire en sorte que le flux des recrues soit régulier[232]. Ce ralentissement, certes limité mais réel, de la cadence du recrutement permet de contester l'analyse de Paul Virilio, pour lequel le domaine militaire est caractérisé par l'utilisation de

---

[227] WL, RAMC/446/8-16, p. 49-50.
[228] Sur le concept de chronométrisation : YOUNG Michael, *Metronomic society: natural rythms and human timetables*, Londres, Thames and Hudson, 1988.
[229] Another Examiner of Recruits, « Medical Examination of recruits », *British Medical Journal*, 1: 565, 21 avril 1917. Voir aussi « Medical Boards », *British Medical Journal,* 19 mai 1917, annexe n° 58.
[230] NA, NATS 1/866, Medical examinations, proposed instruction, 1917, p. 3.
[231] « *should be possible for an experienced examiner to examine about 12 men in an hour* » in NA, NATS 1/866 ; CAC, GEDD 4/4. Ministry of National Service, *Report upon the Medical Department of the Ministry of National Service*, London, HMSO, 1920, p. 18.
[232] *Ibid*. Pour d'autres mesures voir *ibid*, p. 10 ; NA, NATS 1/866, p. 8 ; CAC, GEDD 4/6/1684, *The recruiting code*, Ministry of National Service publication, 1^er décembre 1917, p. 98.

technologies de plus en plus rapides qui sont toujours considérées comme un progrès[233]. Ici, les logiques complexes de l'administration raisonnée du contingent viennent s'opposer à une accélération linéaire et continue.

Le nouveau système s'efforce de penser l'efficacité de l'activité des médecins à partir de la corrélation entre travail et temps, sous l'influence des ingénieurs français et américains de la fin du XIX^e^ siècle[234]. Elle porte la marque de l'intense circulation des savoirs et des procédures savantes qui ne s'interrompt pas pendant le conflit. En février 1917, le *British Medical Journal* fait paraître un article intitulé « L'examen médical des recrues en France[235] ». Après un préambule dans lequel l'auteur anonyme rappelle les difficultés auxquelles ont été confronté les médecins britanniques, il explique :

> La tâche du médecin examinateur est donc difficile, il pourrait dès lors être intéressant de présenter brièvement la manière dont l'examen médical des recrues en France a été systématisé, dans un pays où, bien entendu, l'expérience de l'examen d'un grand nombre d'homme est davantage répandue[236].

Dans un long article, l'auteur explique le fonctionnement des conseils de révision en insistant sur les points qui posent problèmes en Grande-Bretagne, notamment les procédures d'identification des recrues, la fluidité des opérations, les critères de l'aptitude, la classification, le rôle des certificats et celui des instructions (« *the code of instructions* ») qui ont manifestement été lues attentivement. Il détaille notamment la procédure telle qu'elle a été repensée au cours de la guerre :

> L'examen […] est mené par trois ou quatre hommes qui prêtent chacun attention à un point précis – par exemple, la conformation des pieds, l'état du cœur et des poumons, des dents, des yeux et des oreilles – l'ensemble de l'examen a obligatoirement lieu en présence du conseil. En cas de doute, la décision peut être repoussé à un examen ultérieur mené, en cas de besoin, par un spécialiste ; ainsi le flux des recrues est ininterrompu. Une fois l'examen terminé, chaque médecin donne son opinion […]. Une fois ces avis entendus et les éventuelles questions, posées par les membres du conseil, répondues, le conseil parvient à une décision qui est enregistrée par le président[237].

---

[233] VIRILIO Paul, *Vitesse et Politique : essai de dromologie*, Paris, Galilée, 1977.
[234] HOSKIN Keith, MACVE Richard, « Writing, Examining, Disciplining: The Genesis of Accounting's Modern Power », in HOPWOOD Anthony G., MILLER Peter (dir.), *Accounting as Social and Institutional Practice*, Cambridge, Cambridge University Press, 1994, p. 67-97.
[235] « Medical Examination of recruits in France », *British Medical Journal*, 1: 194, 10 février 1917.
[236] « *The duty of the medical examiner of recruits is therefore still difficult, and it may be interesting to give a short statement of the manner in which the examination of recruits has been systematized in France, where of course experience in examination of large numbers of men for a citizen army is more widely disseminated* » in « Medical Examination of recruits in France », *British Medical Journal*, 1: 194, 10 février 1917.
[237] *Ibid*, voir texte en annexe n° 53.

La division des tâches entre plusieurs médecins fait ainsi l'objet, dans la presse médicale d'un intérêt particulier au cours de l'année 1917. Pour James Galloway, inspecteur de la machine du recrutement britannique, « Il est désirable que chaque recrue soit examinée au moment de son entrée au service par plusieurs médecins[238] ». Il fait paraître juillet dans le *Lancet* un article qui évoque une expérience américaine :

> Cette façon de procéder donne toute satisfaction aux États-Unis : 10 000 hommes ont ainsi été examinés sous la direction du Dr Jacob Franck, chirurgien-chef de la Garde Nationale de l'Illénoise. Cet examen eut lieu dans un local très vaste et il était assuré par 16 médecins divisés en deux groupes de huit. Ces huit médecins formaient ensemble une section et ils avaient un secrétaire à leur disposition.
>
> L'homme à examiner arrivait porteur d'une carte où était inscrit son nom et qu'il remettait au premier secrétaire. Le premier médecin examinateur présidait au pesage de la recrue, déterminait sa taille, son développement thoracique ; le second médecin examinait le cœur et les poumons, le troisième la peau et le système nerveux ; le quatrième le système locomoteur, les os et les articulations, l'état de la voûte plantaire, il recherchait si l'intéressé n'était pas atteint de pied plat ou autres difformités, de hernie, varicocèle, hémorroïdes ; le cinquième notait l'état du nez, de la gorge et du système dentaire ; le sixième déterminait l'acuité visuelle du sujet ; le septième évaluait les facultés auditives ; le huitième présentait et discutait avec le chirurgien-chef les cas douteux.
>
> Par cette méthode rationnelle d'examen, 10 p. 100 des recrues furent éliminées[239].

Quelques jours après l'annonce d'une refonte prochaine du fonctionnement des commissions britanniques, il érige donc la procédure américaine en modèle de rationalité. Or, James Galloway est l'un des architectes de la réforme de 1917. Impliqué dans le comité consultatif du RAMC pendant la guerre, il officie comme conseiller médical en France jusqu'en novembre 1916, date à laquelle il est rappelé sur le territoire britannique pour inspecter le dispositif du recrutement. Le rapport qu'il soumet en janvier 1917 au directeur du recrutement, a une profonde influence sur la réflexion autour des modalités de l'examen. Il y préconise justement, outre de porter une attention plus précise au choix des locaux, de diviser l'examen de chaque recrue entre quatre médecins. Cette répartition des tâches, préconisée dès février 1917 par les instructions envoyées aux commissions, est ensuite imposée par la réforme du Ministère du Service national.

---

[238] *The Lancet*, 28 juillet 1917. Cet article est traduit en français et publié en janvier 1918 dans la rubrique « Journaux » des *Annales d'hygiène publique et de médecine légale* : GALLOWAY James, « Examen médical des recrues aux États-Unis », *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, série 4, n° 29, Paris, Jean-Baptiste Baillière, 1918, p. 196.

[239] *The Lancet*, 28 juillet 1917.

Le modèle choisi par le Ministère est un mélange des expériences françaises et américaines. La procédure révisée par la réforme est nommée « méthode sectionnelle » :

> L'examen médical était mené selon une méthode sectionnelle. L'expérience a en effet montré que les meilleurs résultats […] étaient obtenus lorsque le candidat à l'incorporation est examiné par les membres de la commission médicale chacun à leur tour, chaque médecin, en plus d'une estimation de l'état général de l'individu, prêtant attention à certaines sections de l'examen. L'ensemble de leur activité était coordonné par le président de la commission, chargé de recueillir les résultats des examens, d'organiser une enquête plus approfondie en cas de difficulté et de prononcer le classement final de la recrue[240].

Les commissions sont donc constituées, comme en France, de quatre médecins qui examinent à tour de rôle une seule recrue dans un ordre donné[241]. Leurs attributions évoluent un peu entre 1917 et 1918 mais elles respectent le même schéma. En 1918, les médecins examinateurs se répartissent la tâche comme suit :

[240] « *The examination of the men was conducted on a sectional method. Experience had shown that the best results in medical examination from the point of view both of accuracy and of standard results were obtained if the candidate were examined by the members of the boards in turn, each examiner in addition to a general view of the recruit paying attention especially to certain sections of the examination. The president of the board co-ordinated the work of the examiners, collated the results in every case, arranged for more formal consultation of examiners in difficult cases, and always pronounced the final grading of the recruit* », in GALLOWAY James, « Medical examination of men for military service: some of its problems, lessons and results », *Contributions to medical and biological research*, 1919, p. 669. Voir aussi CAC, GEDD 4/7, *Revised general directions for the guidance of commissioners, deputy commissioners and members of medical boards*, HM Government publications, 1918, p. 9 et suiv., « The sectional method ».

[241] WINTER Jay, *The Great War and the British People*, *op. cit.*, p. 54-55 ; WINTER Jay, « Military Fitness and Civilian Health », *op. cit.*, p. 219-222. Voir aussi CAC, GEDD 4/7, *Revised general directions for the guidance of commissioners, deputy commissioners and members of medical boards*, HM Government publications, 1918, p. 9 et suiv., « The sectional method ».

Tableau 26 : La méthode sectionnelle

Rang du médecin	Attributions
Médecin examinateur n°1	Test de l'acuité visuelle, des facultés auditives, des réflexes nerveux ; examen des yeux, des oreilles, des dents, de la gorge et de la thyroïde du candidat ; vérification des certificats médicaux.
Médecin examinateur n°2	Mesures (taille, poids, périmètre thoracique), notation de la couleur des cheveux, des yeux, de la peau, des signes distinctifs ; recherche de signe de maladies vénériennes, de gonflement des glandes lymphatiques, d'antécédents de troubles pulmonaires ; examen des poumons.
Médecin examinateur n°3	Examen du développement physique et de la souplesse articulaire, recherche d'éventuelles malformations ou particularités rédhibitoires comme les pieds plats, vérification des antécédents de blessures et d'opérations, examen du scrotum, des testicules, de la ceinture abdominale et du périnée ; prise du pouls et du rythme cardiaque au repose et après exercice.
Médecin examinateur n°4	Vérification de la santé mentale, des antécédents de tuberculose, d'attaque ou d'internements ; examen de la poitrine et de l'abdomen ; test de l'urine si nécessaire ; suggestion de l'échelon de classification à partir des conclusions d'ensemble.

Source : *Revised instructions*, 1918

On le voit, en France comme en Grande-Bretagne, l'examen perd son ordre traditionnel, qui voulait qu'un seul expert examine les organes ou complexes d'organes les uns après les autres, selon une progression déterminée par les classifications de l'anatomie pathologique[242]. La multiplication des intervenants et l'hyperspécialisation des tâches doit garantir un examen à la fois rapide et minutieux, gage de la diminution des erreurs de diagnostic. Le fait que des étapes précises soient attribuées à des individus différents doit permettre qu'aucune d'entre elles ne soit oubliée.

Après l'examen proprement dit, les conclusions auxquelles arrive chaque médecin sont discutées avec le président qui confirme la décision finale. En cas de doute ou d'affection passagère, l'examen peut être repoussé[243]. Par les garanties de compétence, de régularité et de répétitivité qu'il présente, ce nouveau système se présente comme un avatar très abouti de l'alliance entre les experts médicaux et l'action politique à même de restaurer la confiance de

[242] Chapitres 1 et 2.
[243] CAC, GEDD 4/6/1684, *The recruiting code*, Ministry of National Service publication, 1er décembre 1917, p. 99-101.

l'opinion publique[244]. Le code du recrutement insiste d'ailleurs de manière tout à fait significative :

> Il [le président] se renseignera immédiatement et sérieusement en cas de réclamation ou de déclaration de mécontentement relatifs aux examens menés par sa commission, il s'efforcera de se renseigner personnellement sur les individus qui auront ainsi exprimé leur insatisfaction[245].

Tout doit être fait pour limiter les réclamations, et notamment celles qui s'exprimeraient par le recours aux tribunaux d'appel[246].

Le nouveau Ministère du Service national apporte un soin tout particulier à la publicisation de la réforme. Un conseil consultatif (*Advisory Board*) est nommé afin de « promouvoir la confiance dans le travail du département autour des questions du recrutement[247] ». La communication est dès lors soigneusement maîtrisée, sa mise en place détaillée dans des communiqués de presse et son argumentaire repris par les journaux, dont le *Times* du 25 juillet 1917[248]. Cette campagne de réhabilitation de l'expertise médicale du recrutement s'accompagne de la réalisation de films détaillant les étapes et l'efficacité de la procédure de recrutement. Elle est réalisée dans une logique de restauration de la légitimité par la mise en scène de la compétence. Les films formalisent et rendent visibles les modes opératoires de ce nouvel agencement temporel en s'attardant notamment sur les marqueurs de l'efficacité qui sont ceux du monde du travail ouvrier : travail à la chaîne, multiplication des intervenants, hyperspécialisation des tâches.

Les dispositions pratiques de l'examen

Les nouvelles dispositions s'attaquent à tous les points du précédent système qui ont fait l'objet de critiques. Les instructions attirent par exemple l'attention des médecins examinateurs sur la nécessité de prêter attention aux antécédents de la recrue en écoutant attentivement ses déclarations, de faire preuve de bienveillance et de courtoisie[249]. Des critiques récurrentes

---

[244] Sur les rapports entre expertise et garanties de compétence, de régularité et de répétitivité, on lira PARADEISE Catherine, « Rhétorique Professionnelle et Expertise », *art. cit.*, p. 17–31.
[245] « *He will make immediate and special enquiry into any complaints or allegations of dissatisfaction with the examinations carried out by his Board, always making an effort to see and make personal enquiry of the individuals who have made the complaints and statements expressing dissatisfaction* » in CAC, GEDD 4/6/1684, *The recruiting code*, Ministry of National Service publication, 1er décembre 1917, p. 96.
[246] CAC, GEDD 4/6/1684, *The recruiting code*, Ministry of National Service publication, 1er décembre 1917, p. 97.
[247] NA, NATS 1/859, Press Communiqué, 1er novembre 1917. Pour la composition du comité, voir annexe n° 70.
[248] *Ibid*.
[249] NA, NATS 1/866, p. 3, p. 8.

avaient en outre été adressées au Ministère de la Guerre au sujet d'examens s'étant tenus dans des locaux inadaptés et, d'une manière générale, du manque de locaux destinées à ces opérations[250]. En mai 1916, Lord Salisbury évoquait ainsi ce manque à la Chambre des lords[251]. La réforme met donc l'accent sur la sélection comme dispositif spatial qui intègre des objets techniques, de l'espace, du mobilier, des bâtiments, et donc sur l'agencement des lieux[252].

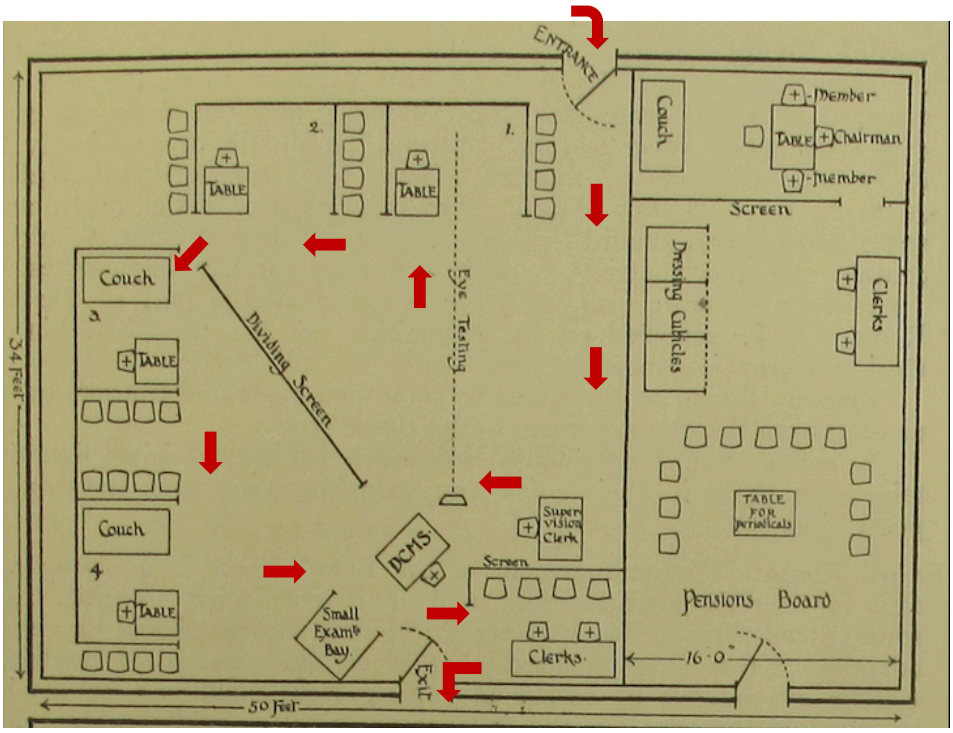
Des mesures sont prises pour faciliter le travail des experts, le confort des recrues et l'efficacité des examens. L'éclairage doit ainsi être suffisant, le silence doit être maintenu et il est interdit de fumer dans la salle d'examen[253]. La réforme met l'accent sur « le confort des hommes qui se présentent à l'examen[254] ». Les instructions insistent sur la présence et les modalités d'installation de vestiaires pour préserver leur intimité, de salles d'attente et de salles d'eau, et encouragent les responsables locaux à porter leur choix prioritairement sur de larges pièces ou halls et déconseillent les bâtiments destinés à un usage domestique[255]. Le vestiaire doit se situer de préférence au même étage que la commission d'examen et, dans tous les cas où cette disposition ne serait pas envisageable, le confort et la solidité de l'escalier menant de l'un à l'autre doit être assuré. L'encombrement des vestiaires et des salles d'attente doit en outre être évité, les salles être suffisamment chauffées et ventilées. À cette fin, des thermomètres pourront être placés dans les salles et la température vérifiée au début, au milieu et à la fin de chaque session[256].

Afin de faciliter la mise en place d'un tel dispositif, les instructions de 1918 s'accompagnent de plans représentant l'agencement spatial idéal des commissions médicales qui « doit faire l'objet d'une attention particulière[257] » :

---

[250] GALLOWAY James, « Medical examination of men for military service », *art. cit.*, p. 665.
[251] « *urgent need for more examination stations* », *Hansard's Parliamentary Debates*, *Lords,* 21:1080, séance du 18 mai 1916.
[252] Sur la dimension spatiale et instrumentale du dispositif CONEIN Bernard, DODIER Nicolas, THEVENOT Laurent (dir.), *Les objets dans l'action. De la maison au laboratoire*, Paris, Éd. de l'EHESS, 1993 ; LATOUR Bruno, *La science en action*, Paris, La Découverte, [1987] 1989.
[253] CAC, GEDD 4/7, *Revised general directions for the guidance of commissioners, deputy commissioners and members of medical boards*, HM Government publications, 1918, p. 14-15. Voir aussi NA, NATS 1/866, 1917.
[254] « *Deputy Medical Commissioner (DMC) will take into consideration the comfort of men coming forward for examination […] privacy for the examiner and for the man under examination* » in NA, NATS 1/866, *Ministry of National Service: Records. Recruiting Department. Medical examinations*, 1917. Voir aussi CAC, GEDD 4/6/1684, *The recruiting code*, Ministry of National Service publication, 1er décembre 1917, p. 98.
[255] CAC, GEDD 4/6/1684, *The recruiting code*, Ministry of National Service publication, 1er décembre 1917, p. 98; CAC, GEDD 4/7, *Revised general directions for the guidance of commissioners, deputy commissioners and members of medical boards*, HM Government publications, 1918, p. 14-15.
[256] CAC, GEDD 4/7, *Revised general directions*, p. 14.
[257] CAC, GEDD 4/7, *Revised general directions,* p. 15.

Schéma 5 : Aménagement des commissions et parcours de la recrue (1918)

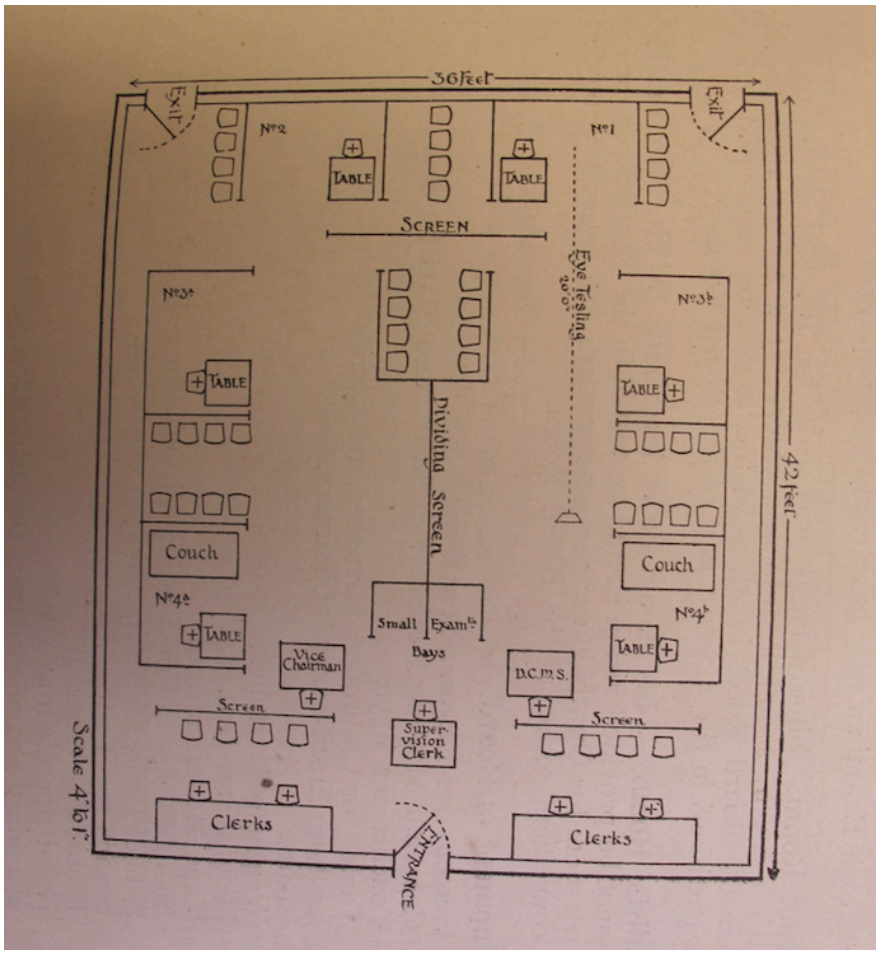


Source : *Revised Instructions*[258]

Le choix de larges halls est notamment justifié par la possibilité d'y installer plusieurs commissions médicales. Ici, le plan est conçu pour une commission de recrutement (à gauche) et une commission d'attribution de pensions (à droite). La commission médicale de recrutement est conçue comme un dispositif fixe, où les médecins sont statiques, et dans lequel la recrue est appelée à déambuler en passant d'une cabine d'examen numérotée à une autre, selon les recommandations de la méthode sectionnelle. Dès son arrivée dans la salle, la recrue se présente au secrétaire (*supervision clerk*), chargé de recueillir les informations nécessaires au bon déroulement des opérations. Le sujet passe ensuite d'une cabine à l'autre puis auprès du président, où la décision concernant son classement est prise. En cas de doute, une alcôve d'examen supplémentaire est aménagée, juste avant un sas final, où les dernières formalités administratives sont accomplies. C'est là, notamment, que la recrue reçoit son certificat de classement (*Grade Card*). L'entrée et la sortie sont clairement indiquées, ainsi que les espaces munis de chaises, destinées à l'attente des recrues, entre chaque cabine. Les vestiaires de la commission de recrutement ne sont pas indiqués dans la mesure où, en l'absence de ceux-ci, les cabines d'examen peuvent aménager un espace de déshabillage muni d'une cloison[259].

[258] CAC, GEDD 4/7, *Revised general directions*, p. 16.
[259] *Ibid.,* p. 15.

Image 14 : Autre agencement possible (cas de commissions multiples)



Source : *Revised Instructions*[260]

Les dimensions idéales de la pièce sont indiquées, pour pouvoir faciliter les flux et respecter, notamment, la distance permettant de tester l'acuité visuelle (*eyes testing*) dans la cabine d'examen n°1. Les cabines sont équipées selon les besoins des étapes de la méthode sectionnelles. Elles sont toutes munies d'une table – sur laquelle les instructions doivent être à portée de main des médecins examinateurs – mais seules les cabines 3 et 4 sont équipées d'une table d'examen (*couch*) permettant à la recrue de s'allonger pour les besoins de l'examen plus approfondi du corps requis par les étapes 3 et 4 de la méthode. Les instruments nécessaires aux différents examens sont également mentionnés. L'intimité des sujets est préservée tout au long du processus par le positionnement des secrétaires, soit dos à la salle, soit derrière une cloison, la présence de cloisons entre les espaces d'examens et celle d'une cloison supplémentaire au centre de la pièce (*dividing screen*), afin que les occupants des cabines 1-2 et 3-4, ne puissent

[260] CAC, GEDD 4/7, *Revised general directions*, p. 17.

s'entr'apercevoir. Cette cloison centrale est placée de manière à ce que le président (DCMS) puisse en revanche observer et surveiller l'ensemble des opérations depuis son bureau. Ces dispositions pratiques, organisées de manière rationnelle et mises en œuvre par le Ministère du Service national, participent de la formation d'un dispositif pensé pour allier efficacité des examens, confort de la recrue et scientificité du processus.

2. L'impossible sélection médicale des recrues ?

L'année 1918 est marquée par une diminution notable du mécontentement. James McDermott note ainsi la moindre occurrence de discussions autour des problèmes d'erreur de diagnostics aux tribunaux du Northamptonshire pendant l'année 1918[261]. Dans le même temps, la proportion d'hommes placés à l'échelon I passe à environ 30% en 1918 contre 50% au début de l'année 1917. Certes, à la fin de la guerre, le Ministère du Service national peut se féliciter du faible recours à l'appel et du peu d'appels qui ont abouti à un reclassement[262]. Mais les 33 000 affaires traitées par les tribunaux indiquent la persistance de problèmes[263]. Certains tribunaux d'appel continuent à se montrer peu satisfaits des décisions médicales qu'ils ont à expertiser. William Regester, nouveau président du tribunal de Middlesex, écrit ainsi en novembre 1918 : « certes les anciennes commissions médicales sont désormais de l'histoire ancienne […] Mais il a malheureusement été prouvé par les faits que les examens des nouvelles commissions sont loin d'avoir été satisfaisants[264] ». Durant l'année 1918, le tribunal a ainsi dû demander un nouvel examen médical pour 1 565 hommes, dont 147 durant la seule séance du 27 mai[265]. R. F. Greenshields subit ainsi un nouvel examen qui indique qu'il souffrait d'une sévère limitation de l'acuité visuelle, d'hémorroïdes, de varices et d'un important œdème des jambes et des pieds. Il avait pourtant été classé à l'échelon I[266].

La presse fulmine des articles excédés[267]. The *Independent,* qui s'était pourtant montré réservé dans la critique de l'ancien système consacre trois éditoriaux aux errements du nouveau

[261] MCDERMOTT James*, British Military Service Tribunals, op. cit.,* p. 191.
[262] Ministry of National Service, *Report upon the Physical Examination, op. cit*., p. 3. Voir aussi NA, NATS/1/12/M/36.
[263] MCDERMOTT James*, British Military Service Tribunals, op. cit.,* p. 191–193.
[264] « *The question of the old Recruiting Medical Boards is now a matter of history […]. Unfortunately it has been proved by the facts that the examination carried out by the new Medical Boards have been far from satisfactory* » in NA, MH/47/144/3, Middlesex Appeal Tribunal – Meeting du 21 novembre 1918 – Memorandum of the Chairman.
[265] MCDERMOTT James*, British Military Service Tribunals, op. cit.,* p. 191.
[266] NA, MH 47/113, Register of cases ; MH 47/5, Minute Book n°7 ; MH 47/117.
[267] Voir par exemple *Mercury*, 5 juillet 1918.

système mis en évidence par les tribunaux d'appel[268]. « Encore les commissions médicales », soupire la *Pall Mall Gazette,* pour laquelle s'accumulent les preuves qui démontrent que « les pires défauts des pires moments de l'ancien régime se répètent[269] ». Les protestations à la Chambre des Communes se poursuivent[270]. Elles évoquent à nouveau les maux que la réforme de 1917 aurait dû corriger : la hâte avec laquelle sont effectués les évaluations, le caractère superficiel des examens ou encore le dédain manifesté à l'endroit de la parole des recrues et des certificats[271]. En raison de l'insuffisance du personnel médical – 2 500 médecins seulement pour l'Angleterre et le Pays de Galles – les phénomènes de congestion se reproduisent[272]. Certaines commissions voient dès lors leur personnel médical être réduit à trois médecins en cas d'afflux de recrues, notamment lors de l'extension de l'âge légal du service aux hommes de plus de 41 ans[273]. Les conditions de travail enfin, ne sont pas toujours optimales. Pour Herbert Nield, le médecin qui tente d'entendre un rythme cardiaque dans un hall public où se croisent soixante potentielles recrues, des médecins et des secrétaires, est condamné à laisser passer de sérieuses pathologies[274]. Enfin le nouveau système de classement lui-même fait l'objet de vives critiques. Nield le déclare « inadéquat[275] » lors de la séance du 20 juin 1918.

De fait, les instructions données par le Ministère ne sont pas dépourvues d'ambiguïtés. Si la réforme renforce les points de faiblesse du système précédent, elle reprend et prolonge certaines dispositions qui témoignent de la persistance de la méfiance vis-à-vis des recrues. En matière d'expertise médicale, il est déclaré que le dernier examen fait autorité sur tous les précédents, afin d'éviter toute contestation basée sur d'autres expertises. Les instructions incitent en outre les médecins examinateurs à lutter contre la fraude, la simulation, l'usurpation d'identité et la falsification de documents administratifs. Les certificats produits par des praticiens civils font l'objet d'une certaine méfiance[276]. En décembre 1917, ses représentants

[268] *Independent*, 30 juin, 6 juillet, 5 octobre 1918, cité par MCDERMOTT James*, British Military Service Tribunals, op. cit.,* p. 192.
[269] NA, MH 47/117/128, « Broken Pledges – The Medical Boards again », *The Pall Mall Gazette*, juin 1918.
[270] Military Service (n° 2) Act, 1918 ; *H.C. Deb*., vol. 107, séance du 27 juin 1918, c. 1283-1284, c. 1285-87, c. 1306, cité par WINTER Jay, « Military Fitness and Civilian Health… », *art. cit.*, p. 229, voir aussi p. 219–222 ; WINTER Jay, *The Great War and the British People*, *op. cit.*, p. 54-55. Voir *H.C. Deb*., séance du 27 juin 1918, vol 106, séance du 10 juin 1918, c. 1848-501848 ; *H.C. Deb.*, vol. 106, séance du 13 juin 1918, c. 2395-6W2395W ; *H.C. Deb.*, vol. 107, séance du 17 juin 1918, c. 54-5W ; *H.C. Deb.*, vol. 107, séance du 18 juin 1918, c. 188W.
[271] Voir *H.C. Deb.*, vol. 106, séance du 13 juin 1918, c. 2337–2338.
[272] *The Times*, 11 décembre 1917 ; MCDERMOTT James*, British Military Service Tribunals, op. cit.,* p. 191.
[273] *H.C. Deb*., vol. 106, séance du 13 juin 1918, c. 2396-7W2396W
[274] *H.C. Deb*., vol. 107, séance du 27 juin 1918, c. 1257-1272 ; WINTER Jay, « Military Fitness and Civilian Health », *art. cit.*, p. 229.
[275] *H.C. Deb*., vol. 107, séance du 20 juin 1918, c. 607-42.
[276] CAC, GEDD 4/6/1684, *The recruiting code*, Ministry of National Service publication, 1er décembre 1917, p. 97-99 et 102-103 ; NA, NATS 1/866, p. 15, p. 28, p. 30-33, p. 41-43.

aux tribunaux d'appel sont priés de faire leur possible pour que les hommes placés à l'échelon III puissent être envoyés à l'armée sans que l'on précise les tâches qui leur seraient alors confiées[277]. Le classement à l'échelon IV doit se faire à l'unanimité de l'ensemble des médecins examinateurs[278]. La nouvelle classification, qui visait rationalisation et simplification, se complexifie dès la mi-novembre 1917. L'échelon 3 indique ainsi trois subdivisions : « service auxiliaire avec la troupe », « main d'œuvre » et « activité sédentaire » qui sont hiérarchisée en fonction de l'état de la recrue et des efforts qu'elle est prête à fournir[279]. Dès le mois de décembre, le Ministère du Service national précise néanmoins que ces catégories « ne doivent pas être considérées comme des subdivisions d'aptitude militaire. Les différences physiques entre « service auxiliaire avec la troupe », « main d'œuvre » et « activité sédentaire » sont trop ténues et peuvent présenter un caractère transitoire[280] ».

L'installation des commissions médicales tente de se conformer aux préconisations du Ministère pour permettre aux examens de se dérouler dans des lieux adaptés, sans que ces tentatives soient toujours convaincantes[281]. Le Ministère du Service national privilégie les bâtiments publics munis de larges halls. Des commissions sont installées dans des bains publics, des écoles, des bibliothèques et des universités. À Londres, des tractations sont menées pour installer des commissions médicales aux bains publics de Dulwich, de Camberwell, à la bibliothèque Passmore Edwards, au Working Men's College, au Northern Polytechnic Institute, ou encore au Bishopsgate Institute. Le 18 février 1918, après une inspection méticuleuse des locaux menées notamment par Charles Bedford, le Ministère donne son accord pour l'installation d'une commission médicale à l'école Wesleyan, dans l'est londonien[282]. Le rez-de-chaussée comporte une pièce pouvant faire office de salle d'attente. Au premier étage, une vaste pièce est divisée en quatre cabines d'examen et un vestiaire ajouté dans la portion ouest de la pièce. Cet étage comprend également une petite pièce destinée à recevoir les examens nécessitant le silence. Des travaux sont parfois réalisés sur place afin d'améliorer le confort des lieux. Le chauffage défectueux de l'école Wesleyan est amélioré. Un bloc de sanitaires supplémentaire est installé aux bains de Dulwich où la division des espaces du lieu est pensée par un architecte commissionné par l'Office of Works. Des fonds sont débloqués pour louer ces

[277] McDERMOTT James*, British Military Service Tribunals, op. cit.,* p. 191.
[278] CAC, GEDD 4/6/1684, *The recruiting code*, Ministry of National Service publication, 1er décembre 1917, p. 101.
[279] NA, MH/47/142-5, National Service Instructions (NSI) n°13, 17 novembre 1917.
[280] NA, MH/47/142-5, NSI Instructions n°36, 21 décembre 1917.
[281] NA, NATS 1/188, London region Medical Boards. L'ensemble des données de ce paragraphe sont issues de ce dossier.
[282] NA, NATS 1/188, MNS to the controller of supplies, 18 février 1918.

locaux et acheter le matériel nécessaire à l'aménagement des lieux. Mais les installations se font souvent dans l'urgence[283]. La bibliothèque Passmore Edwards se révèle trop exiguë pour accueillir six commissions médicales, les 480 hommes par jours qu'elles entendent examiner et une salle d'attente. Un abri provisoire est donc installé à l'extérieur du bâtiment.

Les commissions se trouvent confrontées aux importants besoins en effectifs de l'année 1918[284]. Le mécontentement prend de l'ampleur au moment de la mise en place du « *new military age* », l'augmentation de l'âge limite[285]. Désormais, les hommes de 41 à 50 ans sont tenus de se présenter à l'examen. D'une manière générale, le Ministère s'efforce d'être particulièrement réactif face à toute forme d'imprécision ou de contestation[286]. La rapidité de la réaction du Ministère face à ces protestations montre un degré inédit de prise en compte de l'opinion. La mise en place et le déploiement du nouveau système s'accompagnent d'un effort de communication destiné à prévenir le mécontentement. Ainsi, lorsque le Ministère conçoit un système d'équivalence pour adapter le système de classement existant aux hommes âgés de plus de 41 ans, Auckland Geddes le détaille en personne à la Chambre des Communes, où il s'efforce régulièrement de répondre en personne aux attaques d'Herbert Nield[287]. « Nous ne sommes pas revenus aux anciennes méthodes », se défend ainsi un représentant du Ministère dans l'*Evening News* du 11 juin 1918, « […] les hommes de plus de 41 ans ne sont pas classés de la même manière que les plus jeunes[288] ». L'examen et le classement des hommes plus âgés doivent faire l'objet d'attentions particulières. Les instructions du Ministère enjoignent les commissions à les évaluer en les séparant des recrues plus jeunes, dans une cabine à part. Les certificats présentés doivent faire l'objet d'un examen attentif. Leur classement doit être effectué en tenant compte de leur âge et quelle que soit leur condition physique, les hommes ne pourront être classés dans les catégories combattantes[289].

---

[283] NA, NATS 1/188, A.6/Prem/60, « Dulwich Public Bath Medical Board », 3 juin 1918 : « *Premises to accommodate six medical boards are urgently required in the above district* ». NA, NATS 1/188, « New Medical Boards for North London Area », from MNS to HM office of Works, 8 février 1918; NA, NATS 1/188, « Medical Board, Camberwell Baths », 17 janvier 1918.

[284] WINTER Jay, *The Great War and the British People*, *op. cit.*, p. 54-55; WINTER Jay, « Military Fitness and Civilian Health », *art. cit.*, p. 219–222.

[285] WINTER Jay, « Military Fitness and Civilian Health », *art. cit.*, p. 220 ; *H.C. Deb*., vol 106, séance du 10 juin 1918, c. 1845-1847. Voir aussi « Medical Boards and the Older Recruits. Complaints of Perfunctory Examinations », *Evening News*, 10 juin 1918 ; NA, MH 47/117/128, « No Grade 1 after 43. Sir Donald MacLean Protest Against Older Men's Treatment », *Evening News*, juin 1918.

[286] Voir par exemple NA, NATS 1/749, *Revised General Directions for the guidance of Commissioners, Deputy Commissioners and Members of Medical Boards* en remplacement de NSI n°3 of 1917, 28 février 1918.

[287] *H.C. Deb*., vol. 108, séance du 8 juillet 1918.

[288] « Medical Boards and their critics. How the Older Recruits are Dealt With », *Evening News*, 11 juin 1918.

[289] NA, NATS 1/88, 29 avril 1918 ; NATS 1/218, 11 juillet 1918. Voir aussi CAC, GEDD 4/7, *Revised general directions for the guidance of commissioners, deputy commissioners and members of medical boards*, HM Government publications, 1918, appendix 4, p. 31.

Les conditions de l'examen en général font l'objet d'adaptations destinées, malgré le caractère parfois improvisé des aménagements, à prendre en compte le conforte des recrues. Afin de rendre l'attente plus confortable, le ministère s'appuie ainsi sur des associations. À Londres, sur la proposition de Charles Bedford, directeur régional des services médicaux du Ministère, la YMCA (*Young Men's Christian Association*) distribue des repas aux hommes qui attendent leur tour[290]. À la commission médicale de Conduit Street, un correspondant de l'*Evening News* constate « une prise en compte tout à fait appréciable de la décence et du confort des recrues » :

> Aucun homme, à part s'il est aveugle, ne peut être examiné sans que sa vue ait été testée à l'aide du tableau pendu au mur. Le ruban métrique pour la poitrine, la toise-bascule et le stéthoscope sont bien présents, de même que les formulaires destinés à l'enregistrement de ces données. Les hommes sont appelés à des heures précises, de manière à ce que l'attente soit écourtée ; les recrues se voient remettre une carte numérotée, afin que les examens aient lieu dans l'ordre voulu, et une fois l'épreuve terminée, l'homme peut profiter, s'il le désire, d'un rafraîchissement[291].

Le lendemain, le journal insiste « les recrues n'ont pas à se plaindre[292] ». Le *Daily Telegraph* fait le même constat et publie dans ses colonnes une lettre du maire d'Ealing se félicitant « du changement majeur » ayant affecté les examens médicaux[293].

Pour Chamberlain, précédent responsable de la coordination de la conscription, le transfert de pouvoir du militaire au civil n'est que « poudre aux yeux[294] ». La réforme vise certes à rationaliser le recrutement mais la démilitarisation est avant tout affaire de communication politique. Bien que l'ingérence des médecins civils dans les affaires militaires ait traditionnellement été considérée avec suspicion par l'armée, Lord Derby, qui avait soutenu la réforme, accueille en effet ces nouvelles mesures sans inquiétude, convaincu qu'Auckland Geddes, placé à la tête du nouveau ministère, fera de l'apport d'effectifs aux forces armées une priorité[295]. « Je suis ravi, écrit-il en août, et absolument certain qu'il est le seul à pouvoir tenir l'affaire. Il a fait des merveilles et j'ose espérer qu'il pourra nous obtenir encore davantage de

[290] NA, NATS 1/188.
[291] « Medical Boards and their critics. How the Older Recruits are Dealt With », *Evening News*, 11 juin 1918.
[292] « The Older Recruits. Medical Examinations Carried Out Thoroughly », *Evening News*, 12 juin 1918
[293] *Daily Telegraph*, 17 juin 1918 ; « A mayor on tribunals », NA, MH 47/117/128, *Daily Telegraph*, juin 1918.
[294] « *Eyewash* », Lettre de Neville Chamberlain à Hilda Chamberlain, 12 août 1917, cité par GRIEVES Keith, *The politics of Manpower, 1914-1918*, Manchester, Manchester University Press, 1988.
[295] Sur le soutien de Derby à la réforme, notamment à la démilitarisation, voir Parliamentary Archives, LG/F/14/4/59, Derby, War Office, to the Prime Minister Confidential. Reports on his meeting with the House of commons Committee on Medical Re-examination, 25 juillet 1917.

recrues dans les mois à venir […][296] ». Avec Geddes, certes médecin de formation mais n'ayant jamais exercé, militaire de carrière et directeur du recrutement sous les ordres du Ministère de la Guerre de 1916 à 1917, la communauté d'esprit avec le système précédent semble en effet assurée. Il est dans la logique du développement d'une affaire comme celle des examens médicaux que se dévoilent, sous la grande cause dont se réclament les défenseurs des victimes, des intérêts de groupe et des stratégies politiques. En accablant les commissions médicales, Derby profite ainsi de la réforme pour appuyer la candidature de Geddes à la tête du Ministère et pousser Chamberlain vers la porte[297].

Pour l'historien James Mcdermott pourtant, « les commissions médicales civiles ont fonctionné suffisamment bien – malgré des critiques sporadiques de leurs diagnostics – pour éviter la masse de publicité négative qui a mis en lumière les fautes de leurs prédécesseurs[298] ». Toutefois, il n'est pas évident que la performance des commissions médicales du Ministère du Service national ait été significativement meilleure que celle des commissions précédentes. Pour William Macpherson, leur travail a été « plus ou moins satisfaisant[299] ». Certes, le directeur adjoint du RAMC ne pouvait adouber un système qui reposait sur l'éviction des médecins militaires. Mais on peut raisonnablement émettre l'hypothèse que le rétablissement de la confiance autour des opérations médicales du recrutement a été facilité au moins autant, sinon davantage, par la forme des dispositifs mis en place, par la communication politique autour de ces dispositifs et par la réactivité du Ministère face aux critiques que par la performance des commissions elles-mêmes.

[296] Lettre de Derby à Sassoon, 14 août 1917, cité par GRIEVES Keith, *The Politics of manpower, op. cit.*
[297] Derby recommande ainsi dès juillet 1917 de transférer le recrutement au Ministère du Service national et de remplacer Chamberlain. Voir LG/F/14/4/59, Derby, War Office, to the Prime Minister Confidential.
[298] MCDERMOTT James*, British Military Service Tribunals, op. cit.,* p. 194. Pour Auckland Geddes à la chambre, voir *H.C. Deb*., vol. 107, séance du 17 juin 1918, c54-5W54W.
[299] MACPHERSON William, *Medical Services General History*, *op. cit.*, p. 125.

Chapitre 7
Les leçons de la guerre : les statistiques de l'aptitude (1914-1923)

La société bourgeoise est atteinte d'une monomanie : la monomanie de la comptabilité.

Simone Weil, *La Condition ouvrière,* 1934-1942

En 1904, dans un climat d'inquiétude sur le déclin de la puissance britannique, le comité interdépartemental sur la dégénérescence s'était efforcé de faire la lumière sur l'état de santé de la population et d'apaiser les craintes suscitées par la publicisation d'alarmantes statistiques médicales issues de la sélection des recrues. Pour ce faire, les membres du comité firent comparaître un inspecteur du recrutement. Celui-ci avait conclu son témoignage en affirmant qu'il était nécessaire « non que la commission royale prête l'oreille à d'énièmes conjectures fragiles concernant la vigueur fléchissante de la race, mais que soit enfin institué un système de collecte et d'analyse de données dignes de ce nom[1] ». Or, dix ans plus tard, à la désorganisation administrative du début de la guerre, succède une réorganisation, la création *ex-nihilo* d'un nouvel appareil statistique civil qui procède à la collecte et à la formalisation d'une masse de données sans précédent. En 1919, James Galloway – successivement inspecteur des opérations médicales du recrutement puis sous-secrétaire d'État aux Services de santé du Ministère – se félicite de l'extraordinaire opportunité statistique qu'a représenté le conflit[2]. Entre le 1er novembre 1917, date d'entrée en fonction du Ministère du Service National, et le 31 octobre 1918, ce sont les résultats de deux millions et demi d'examens médicaux qui s'offrent à l'analyse.

[1] « *What was required he concluded "was not a royal commission to listen to more unsubstantiated conjecture about the faltering vigour of the race, but the Institution of a system for collecting and analyzing meaningful data"* », cité par SOLOWAY Richard, « Counting the Degenerate: The Statistics of Race Deterioration in Edwardian England », *Journal of Contemporary History*, Sage, London and Beverly Hills, vol. 17, 1982, p. 137-64, ici p. 149.
[2] GALLOWAY James, « Medical examination of men for military service: some of its problems, lessons and results », *Contributions to medical and biological research*, 1919, p. 665-679, ici p. 679.

En France comme en Angleterre, les publications exploitant les données de la guerre sont souvent différées, mais elles existent et témoignent d'une fièvre interprétative à la mesure des enjeux qu'elles soulèvent. À cet égard, 1918 ne constitue pas la césure attendue. Si la désorganisation et la dispersion des données prévaut dans les premières années de la guerre, les outils destinés à tirer les leçons statistiques du conflit se mettent en place dès 1916 pour la France et à la fin de l'année 1917 pour l'Angleterre. Les données compilées, analysées, rendues publiques et commentées pendant les quatre ans qui suivent l'arrêt des hostilités sont celles qui ont été collectées pendant le conflit. La masse des données produites et analysées dès 1915 échelonne les rapports sur l'aptitude jusqu'en 1923. Ce chapitre s'attache à la collecte, l'analyse et la publication des données en tant qu'objets d'une histoire des savoirs. On procèdera ici à l'analyse des pratiques et des discours statistiques de l'entrée en guerre à la fin de la séquence de publication des résultats, vers 1923. Cette analyse s'appuie sur les statistiques produites, publiées et commentées entre 1915 et 1923 – qu'elles soient le produit de l'État ou du travail individuel des experts eux-mêmes –, sur la documentation administrative de l'État relative aux données de l'aptitude conservée au Service historique de la Défense[3] et au *National Archives* britanniques, sur les débats parlementaires, et enfin sur la presse médicale et générale. Il a également été fait usage d'un fonds d'archives inexploité, les papiers d'Auckland Geddes conservés au *Churchill Archives Center* de Cambridge[4].

L'histoire sociale française a fait un usage précoce des données anthropométriques du recrutement[5]. Le développement des travaux s'intéressant prioritairement aux relevés de stature a conduit dans les années 1980 à un débat épistémologique et à des tentatives de fondation d'une nouvelle histoire anthropométrique[6]. L'utilisation des informations du recrutement reste une méthode courante d'histoire sociale dans laquelle l'évolution de la taille est un indicateur

[3] Notamment SHD, GR 9 NN 7 1101 et 1102.
[4] Churchill Archives Center (CAC), GBR/0014/GEDD.
[5] ARON Jean-Paul, DUMONT Paul, LE ROY LADURIE Emmanuel, *Anthropologie du conscrit français d'après les comptes numériques et sommaires du recrutement de l'armée (1819-1826). Présentation cartographique*, Paris-La Haye, Mouton, 1972 ; SOUDJIAN Guy, *Anthropologie du conscrit parisien sous le second Empire*, Paris, Lavauzelle, 1978.
[6] KOMLOS John, *Nutrition and Economic Development in the Eighteenth-Century Habsburg Monarchy. An Anthropometric History*, Princeton, Princeton University Press, 1989 ; HEYBERGER Laurent, *L'histoire anthropométrique*, Bern, Peter Lang, 2011 ; PREEDY Victor R. (dir.), *Handbook of Anthropometry: Physical Measures of Human Form in Health and Disease*, New York, Springer, 2012 ; REBEL Hermann, « Massensterben und die Frage nach der Biologie in der Geschichte. Eine Antwort an John Komlos », *Österreichische Zeitschrift für Geschichtswissenschaft,* n° 5, 1994, p. 279-286 ; SELIG Jean-Michel, *Malnutrition et développement économique dans l'Alsace du XIX^e siècle*, Strasbourg, Presses Universitaires de Strasbourg, 1996.

de développement socio-économique[7]. Les données des recrues britanniques ne sont pas restées à l'écart de ce mouvement d'investigation. Le travail sur les niveaux de vie effectué par Roderick Floud dans les années 1990 reposait ainsi en partie sur l'étude de la taille des recrues de la Marine et de l'Armée de Terre britannique entre 1740 et 1914 et de celles de l'Académie militaire de Sandhurst depuis 1806[8]. Sa méthode et ses conclusions ont suscité d'abondantes discussions[9]. Quoique l'approche anthropométrique soulève d'intéressantes questions, ce sont ici les conditions d'élaboration du savoir du point de vue scientifique, technique, politique et social qui nous occupent. D'autant que Jay Winter a bien montré qu'en Angleterre, pendant la Grande Guerre, les conditions dans lesquelles ont été menés les examens médicaux et la confusion dommageable entre aptitude militaire et condition physique ne permettaient que très imparfaitement d'établir un indicateur fiable de l'état de santé de la population[10]. Un certain nombre d'analyses du présent chapitre sont tirées de l'étude approfondie du *Report upon the Physical Examination of men of military age by National Service Medical Boards*, volume d'analyses des statistiques médicales du recrutement britannique du temps de la guerre, publié par le Ministère du Service national. Le rapport, publié en 1920, est une source bien connue[11]. La pertinence des données qui y sont analysées et les conclusions que l'on pourrait en tirer du point de vue de la connaissance positive ont été précocement débattues – que les historiens estiment que les informations contenues soient exactes ou non – ainsi que le fait que ce rapport

[7] HEYBERGER Laurent, *La Révolution des corps. Décroissance et croissance staturale des habitants des villes et des campagnes en France*, Strasbourg, Presses Universitaires de Strasbourg, 2005 ; SCHUBERT Hermann, *Anthropometrische Geschichte der Französischen Revolution*, Munich, Verlag Europäische Wirtschaft, 2008.

[8] FLOUD Roderick, WACHTER Kenneth, GREGORY Annabel, *Height, health, and history: Nutritional status in the United Kingdom, 1750–1980,* Cambridge, Cambridge University Press, 1990 ; FLOUD Roderick, WACHTER Kenneth, « Poverty and Physical Stature », *Social Science History*, vol. 6, n°4, 1982, p. 422-452.

[9] KOMLOS John, « Further thoughts on the nutritional status of the British population », *Economic History Review*, 46, p. 363-66, 1993 ; NICHOLAS Stephen, STECKEL Richard, « Heights and Living Standards of English Workers during the early years of industrialization », *Journal of Economic History*, vol. 51, n°4, 1991, p. 937-957 ; NICHOLAS Stephen, OXLEY Deborah, « The living standards of women during the industrial revolution », *Economic History Review*, vol. 46, n°4, 1993, p. 723-749 ; RIGGS P., « The Standard of Living in Scotland 1800-1850 » in KOMLOS John*, Stature, living standards and economic development: Essays in anthropometric history*, Chicago, University of Chicago Press, 1994, p. 60-75 ; FLOUD Roderick, WACHTER Kenneth, GREGORY Annabel, « Measuring historical heights: Short cuts or the long way: A reply to Komlos », *Economic History review*, 1993, 46, p. 145-154 ; RILEY James, « Height, nutrition and mortality risk reconsidered », *Journal of Interdisciplinary History*, vol. 24, n°3, 1994, p. 465-492 ; CRAFTS N., « Review of R. Floud, K. Wachter, and A. Gregory, *Height, health and history: Nutritional status in the United Kingdom 1750-1980* », *Economic History Review*, 1992, vol. 45, p. 427-428.

[10] WINTER Jay, « Military Fitness and Civilian health in Britain during the First World War », *Journal of Contemporary History,* 15, n°2, 1980, p. 211-244.

[11] BOURKE Joanna, *Dismembering The Male: Men's Bodies, Britain, and the Great War*, London, Reaktion Books, 1996, p. 172-173 ; DAVIN Anna, « Imperialism and Motherhood », *History Workshop*, n°5, 1978, p. 9-65 ; SEARLE Geoffrey, *Eugenics and Politics in Britain, 1900-1914*, Leyden, 1976 ; SEARLE Geoffrey Russell, *The Quest for national efficiency: A Study in British Politics and Political Thought, 1899-1914*, Berkeley, Los Angeles, University of California Press, 1971 ; SEMMEL Bernard, *Imperialism and Social Reform. English Social-Imperial Thought 1895-1914*, Londres, George Allen & Unwin, 1960 ; WINTER Jay, « Military Fitness and Civilian Health… », *art. cit*., p. 212.

reflète les inquiétudes concernant la dégénérescence de la race britannique[12]. En revanche la construction et l'ordonnancement des données qui y figurent n'ont pas fait l'objet d'analyses particulières, analyses permises notamment par le tournant qu'ont pris les recherches en histoire de la quantification dès les années 1990[13].

C'est ici l'outillage administratif, technique et cognitif de cette entreprise de déchiffrement et d'ordonnancement du monde militaire ainsi que les usages politiques qui en sont fait qui nous occupent. Ce chapitre s'inscrit dans le sillage des travaux d'Heinrich Hartmann qui a consacré en 2011 un important ouvrage à la construction et l'utilisation des statistiques médicales du recrutement au XIX^e^ siècle[14]. J'entends aborder les sources statistiques comme des éléments de savoir dont les logiques de formation méritent une étude en soi, ainsi que l'ont montré des recherches récentes[15]. Les statistiques – sélection et agencement d'un grand nombre d'enregistrements – entendent livrer la description chiffrée d'un phénomène. En tant que statistiques médicales, ces sources sont perçues par leurs contemporains comme doublement objectives[16]. Elles bénéficient d'abord de l'image d'impartialité attachée au chiffre, mais aussi de la neutralité associée au monde biologique. Pourtant, elles traduisent des constructions cognitives et actives et contribuent à donner forme à la société qu'elles entendent

[12] Pour une exploitation positive de ce rapport, FRASER Derek, *The Evolution of the British Welfare State*, Londres, Palgrave, 1973, p. 166 ; GILBERT Bentley, *British Social Policy 1914-1939*, Londres, Batsford, 1970, p. 15-16 ; ROEBUCK Janet, *The Making of Modern English Society from 1850*, Londres, Routledge, 1983, p. 85. Pour une critique des données qu'il contient : WINTER Jay, « Military Fitness and Civilian Health », *art. cit.* Pour son rapport avec les inquiétudes concernant dégénérescence britannique : BOURKE Joanna, *Dismembering the Male, op. cit*., p. 172 ; WINTER Jay, « Military Fitness and Civilian Health », *art. cit*.

[13] Voir notamment DESROSIERES Alain, *Pour une sociologie historique de la quantification. L'Argument statistique I*, Presses des Mines, 2008 ; DESROSIERES Alain, *Gouverner par les nombres. L'Argument statistique II*, Presses des Mines, 2008. Sur l'évolution historiographique qui a conduit à la « remise en cause de cette frénésie du comptage » et au passage à une « histoire politique des populations », on lira la mise au point de Paul-André ROSENTAL, « Pour une histoire politique des populations », *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, 2006/1, 61^e^ année, p. 7-29.

[14] HARTMANN Heinrich, *Der Volkskörper bei der Musterung. Militärstatistik und Demographie in Europa vor dem Ersten Weltkrieg*, Göttingen, Wallstein, 2011.

[15] DESROSIERES Alain, *La Politique des grands nombres. Histoire de la raison statistique*, Paris, La Découverte, 2000 ; PORTER Theodore M., *Trust in Numbers. The Pursuit of Objectivity in Science and Public Life,* Princeton, Princeton University Press, 1995 ; SCHWEBER Libby, *Disciplining Statistics. Demography and Vital Statistics in France and England, 1830-1885*, Durham, Duke University Press, 2006. Voir aussi pour les statistiques médicales en particulier JORLAND Gérard, WEISZ George, OPINEL Annick (dir.), *Body Counts : Medical Quantification in Historical and Sociological Perspectives*, Montréal, McGill-Queen's University Press, 2005, et des travaux plus anciens HODGKINSON Ruth G., « Social Medicine and The Growth of Statistical Information » in POYNTER Frederick Noel Lawrence, *Medicine and Science in the 1860s*, Londres, Wellcome Institute of the History of Medicine, London, Welcome Institute for the History of Medicine, 1968, p. 183-198 ; EYLER John M., « Mortality Statistics and Victorian Health Policy: Program and criticism », *Bulletin of the history of medicine*, vol. 50, n°3, 1976, p. 335-55 ; « William Farr on the Cholera: the Sanitarian's Disease Theory and the Statistician's Method », *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, vol. 28, n°2, 1973, p. 79-100.

[16] Sur l'importance de la perception dans la réception des faits scientifiques, KUHN Thomas S., *The Structure of Scientific Revolutions*, Chicago, University of Chicago Press, 1962.

fidèlement refléter[17]. Étudier les statistiques du recrutement, non en tant que sources pour la connaissance de ce qu'elles prétendent décrire, mais en tant que « technologies de papier[18] », implique de s'intéresser à chaque moment de leur construction et de leur exploitation. Je prêterai donc attention aussi bien à la collecte et au traitement qu'à l'exploitation des chiffres. Cela implique également de s'intéresser à l'appareillage technique, à l'infrastructure administrative et aux instruments de formalisation des données[19].

Le processus de collecte et de traitement de l'information statistique s'inscrit dans le mouvement qui a vu se généraliser l'usage de la quantification depuis le XVIIIe siècle, notamment dans la documentation militaire relative à l'état de santé des troupes. Des données chiffrées sont peu à peu produites par tous les États européens notamment à partir des années 1860 et leur collecte s'étend, s'institutionnalise et se précise dans le courant du XIXe siècle et au début du XXe siècle[20]. La généralisation de la démarche quantitative, fruit d'une révolution épistémologique et politique, s'appuie sur la légitimité de la science pour répondre aux impératifs de transparence et d'efficacité à l'ère de l'armée de masse[21]. Elle permet aux armées européennes de comptabiliser leurs effectifs, de mesurer leur puissance et d'évaluer l'efficacité de leur gestion du contingent. En outre, la publication de données par tous les États européens sert de base à une réflexion internationale sur l'aptitude militaire et la sélection médicale qui fait de la recrue un objet d'investigation scientifique[22]. Les données médicales du recrutement sont exploitées en dehors du monde militaire par les médecins, hygiénistes, anthropologues et statisticiens. Elles font rapidement l'objet de débats et controverses en tant qu'elles livrent des informations à la fois sur la manière dont est prélevé et réparti l'impôt du sang et sur l'état de

[17] DESROSIERES Alain, *La Politique des grands nombres. Histoire de la raison statistique*, *op.cit.* , p. 79 et 91.
[18] HESS Volker, MENDELSOHN J. Andrew, « Case and series: medical knowledge and paper technology, 1600-1900 », *History of Science*, vol 48, n°3-4, 2010, p. 287-314.
[19] Sur la forme du rapport statistique, voir CHARTERS Erica, « L'histoire de la quantification : la guerre franco-anglaise et le développement des statistiques médicales », *Dix-huitième siècle*, 2015/1, n° 47, p. 21-38. Sur le tableau statistique comme objet des sciences humaines, GOODY Jack, *La raison graphique. La domestication de la pensée sauvage*, Paris, Éditions de Minuit, 1979 [1977].
[20] ROYNETTE Odile, « La statistique médicale de l'armée française au XIXe siècle : un instrument de savoir et de pouvoir démographiques ? » in KRASSNITZER Patrick, OVERATH Petra (dir.), *Bevölkerungsfragen. Prozesse des Wissenstransfers in Deutschland und Frankreich 1870-1939*, Cologne, Böhlau Verlag, 2007, p. 67-78 ; HARTMANN Heinrich, *Der Volkskörper bei der Musterung, op. cit*.
[21] Sur la généralisation de la démarche quantitative, HACKING Ian, *The Taming of Chance*, Cambridge, CUP, 1990 ; SCHWEBER Libby, *Disciplining Statistics, op. cit.*, p. 67 et suiv. Voir aussi CARNINO Guillaume, *L'invention de la science. La nouvelle religion de l'âge industriel*, Paris, Le Seuil, 2015 ; DESROSIERES Alain, *La Politique des grands nombres. Histoire de la raison statistique*, Paris, La Découverte, 2000 ; PORTER Theodore M., *Trust in numbers : the pursuit of objectivity in science and public life*, West Sussex, Princeton UP, 1995. Sur le lien entre cette « avalanche de chiffres » (Ian Hacking) et les impératifs de transparence et d'efficacité de l'armée CHANET Jean-François, FREDJ Claire, RASMUSSEN Anne, « Soigner les soldats : pratiques et expertises à l'ère des masses », *Le Mouvement Social*, 2016/4, n° 257, p. 3-19.
[22] HARTMANN Heinrich, *The Body Populace: Military Statistics and Demography in Europe before the First World War*, p. 8-10.

santé de l'armée et, finalement, sur celui de la nation. De la collecte des données à la publication des analyses dans l'après-guerre, les enjeux des statistiques médicales du recrutement dévoilent aussi bien des stratégies de contestation que de consolidation de la conduite de la guerre au plus haut niveau de l'État. Leur usage pendant le conflit et dans l'immédiat après-guerre confirme le prestige des méthodes quantitatives dans l'exercice du pouvoir[23].

Ce chapitre suit l'ordre logique du cycle de l'information : collecte, traitement et diffusion. Il détaillera d'abord l'organisation de la collecte des données médicales du recrutement, un temps désorganisée par l'entrée en guerre puis réorganisée, notamment en Angleterre où voit le jour, en 1917, un nouveau service civil de statistiques médico-militaires. Il exposera ensuite la logique du traitement statistique, qui vise aussi bien à rendre lisible les données récoltées qu'à orienter politiquement leur lecture. Il analysera enfin l'interprétation et la diffusion d'une information qui, parfois différée par les contraintes du conflit, occupe une place tout à fait significative dans l'action politique et les réformes militaires de l'après-guerre.

I. Collecter : les services statistiques à l'épreuve de la guerre

L'exploitation de données statistiques nécessite un certain nombre de conditions matérielles et organisationnelles parmi lesquelles un appareil de définitions standardisées, un réseau de collecte homogène, une infrastructure administrative opérante, un appareillage technique et des outils efficaces de formalisation des données. Dès leur collecte, les données sont fabriquées, au sens où elles sont le produit d'une sélection d'information, d'un dispositif socio-technique de captation et d'un modèle d'agrégation. En ce sens la donnée n'est pas donnée et la collecte ne renvoie pas à l'idée d'un recueil purement neutre.

1. Désorganisation et réorganisation de l'activité statistique en France

Collecte des données par et pour l'État en guerre

Depuis 1819, des *Comptes-rendus sur le recrutement* paraissent en France sous forme de volume annuel[24]. Ces états numériques, dont le contenu n'a cessé de se densifier au fil des

[23] WEBER Max, *Le savant et le politique*, Paris, Plon, 1959 ; PORTER Theodore M., *Trust in Numbers, op. cit*.
[24] Sur cette source au XIX^e^ siècle, on pourra lire la thèse de démographie de Pauline HERVOIS, « Du non-sens de recenser les insensés : fabriquer le chiffre de l'infirmité, en France, au XIX^e^ siècle », thèse de doctorat de l'Université Paris1, 2018 ; ainsi que les deux articles de référence de Jean-Paul ARON, Paul DUMONT et Emmanuel LE ROY LADURIE publiés sous le titre *Anthropologie du conscrit français, op. cit.*.

années, présentent notamment par canton les résultats de l'examen physique des jeunes gens et renseignent sur les raisons médicales de l'exemption ou du classement dans le service auxiliaire. Ils font écho au foisonnement statistique du XIX^e^ siècle au cours duquel se multiplient comptes généraux et enquêtes descriptives[25]. La généralisation de l'usage de la quantification se repère de manière précoce dans la documentation militaire britannique relative à l'état de santé des troupes. Sous l'influence de l'arithmétique médicale, les rapports adoptent une forme tabulaire et un traitement désincarné des effectifs promis à une importante postérité[26]. C'est depuis la médecine militaire et les hôpitaux de l'armée que l'usage des statistiques se répand dans le monde médical civil[27]. Née à la fois de la nécessité technique d'avoir à gérer des effectifs toujours plus importants et de changements profonds dans les systèmes traditionnels de connaissance, la démarche quantitative répond à un impératif de transparence et d'efficacité[28]. L'État, sous le regard de l'opinion, doit pouvoir rendre compte de la bonne gestion du capital humain. Comme la *Statistique médicale de l'armée*, publication officielle qui voit sa parution s'interrompre à l'entrée en guerre[29], les *Comptes-rendus* français portant sur les années 1914 à 1918 ne sont publiés qu'une fois les hostilités terminées, quoique les données circulent de manière plus confidentielle au sein des comités consultatifs et des instances décisionnelles de l'État. Les volumes portant sur les années 1914 à 1916 sont ainsi publiés en 1919. Les informations portant sur les années 1917 et 1918 paraissent en 1920[30]. Leur contenu apparaît relativement stable par rapport aux volumes publiés avant la guerre. Sur les informations

[25] PERROT Michelle, « Premières mesures des faits sociaux. Les débuts de la statistique criminelle en France (1780-1830) », in INSEE, *Pour une histoire de la statistique*, tome 1, Paris, Economica, 1987, p. 125-138.

[26] CHARTERS Erica, « L'histoire de la quantification », *art. cit*, p. 21-38 ; TRÖHLER Ulrich, *« To improve the evidence of medicine » : the 18th century British origins of a critical approach*, Edimbourg, Royal College of Physicians of Edinburgh, 2000, p. 120 ; sur les études de cas du XVIII^e^ siècle, voir HESS Volker, MENDELSOHN J. Andrew, « Case and series », *art. cit*., p. 287-314 ; MENDELSOHN J. Andrew, « The world on a page: making a general observation in the eighteenth century », in DASTON Lorraine, LUNBECK Elizabeth (dir.), *Histories of scientific observation*, Chicago, University of Chicago Press, 2011, p. 396-420.

[27] ACKERKNECHT Erwin, *Medicine at the Paris Hospital, 1794-1848*, Johns Hopkins Press, 1967, p. 15 ; FOUCAULT Michel, *Naissance de la clinique. Une archéologie du regard médical*, Paris, PUF, 1963, notamment les chapitres 5 et 6 ; JORLAND Gérard, OPINEL Annick, WEISZ George (dir.), *Body Counts, op. cit*.

[28] BEHRISCH Lars, « "Des chiffres politiques" : La statistique, dispositif politique et activité pratique au 18^e^ siècle », in LABORIER Pascale et *al* (dir.), *Les Sciences camérales : activités pratiques et histoire des dispositifs publics*, Paris, PUF, 2011, p. 509 ; CHANET Jean-François, FREDJ Claire, RASMUSSEN Anne, « Soigner les soldats », *art. cit.* ; SCHWEBER Libby, *Disciplining Statistics, op. cit.*, p. 67 et suiv. Voir aussi CARNINO Guillaume, *L'invention de la science. op. cit*. ; DESROSIERES Alain, *La Politique des grands nombres, op. cit.* ; PORTER Theodore M., *Trust in numbers, op. cit.*

[29] ROYNETTE Odile, « La statistique médicale de l'armée française au XIX^e^ siècle », *art. cit*., p. 67-78. La publication de la *Statistique médicale* ne reprend qu'en 1922.

[30] *Compte-rendu sur le recrutement de l'armée pendant l'année 1914*, Paris, Imprimerie nationale, 1919 ; *Compte-rendu sur le recrutement de l'armée pendant l'année 1915*, Paris, Imprimerie nationale, 1919 ; *Compte-rendu sur le recrutement de l'armée pendant l'année 1916*, Paris, Imprimerie nationale, 1919 ; *Compte-rendu sur le recrutement de l'armée pendant l'année 1917*, Paris, Imprimerie nationale, 1920 ; *Compte-rendu sur le recrutement de l'armée pendant l'année 1918*, Paris, Imprimerie nationale, 1920.

rendues publiques en 1919-1920, seules celles de la classe 1915, incorporée en décembre 1914, portent la marque du bouleversement de l'activité des services statistiques. L'« énumération des différentes espèces de maladies ou d'infirmités » qui ont entraîné l'exemption ou le classement dans le service auxiliaire est manquante[31]. Cette publication différée et partiellement tronquée témoigne du ralentissement habituel des services statistique pendant le conflit : il n'avait pas été établi de rapport pour les années 1870 et 1871[32].

Outre ces publications officielles portant sur la révision elle-même, le Service de santé des armées procède à une surveillance statistique du contingent afin d'évaluer notamment les conséquences sanitaires de la politique de recrutement. Cette surveillance est effectuée par le bureau de statistique médicale, créé par le Conseil de Santé des armées en 1851. Les services administratifs font circuler en leur sein des rapports et documents confidentiels dont la densité, la forme et le contenu sont affectés par le conflit[33]. Parmi les altérations du temps de la guerre, il arrive que l'activité habituelle des services statistiques soit purement et simplement interrompue. « Il n'est pas possible de fournir le moindre renseignement statistique sur l'état sanitaire pendant les premiers mois d'incorporation des classes 1914, 1915 et 1916 » déplorent ainsi les Services de santé[34]. La Chambre des députés fait le même constat :

> [O]n ne peut pas fournir à M. Doizy les renseignements relatifs à la classe 1915 et 1916 ni même 1914, parce que depuis le début de la guerre les services statistiques sont passés au second plan[35].

Par suite des circonstances de guerre, les services de la statistique régulière de l'armée cessent en effet de fonctionner le 2 août 1914. Afin de redéployer les ressources vers des tâches plus urgentes, une dépêche ministérielle prescrit aux Directeurs régionaux d'arrêter l'établissement de la statistique médicale au 31 juillet 1914[36].

Cette interruption a d'abord une incidence sur le nombre de données collectées. Pendant les hostilités, les Services de santé ne procèdent qu'à une statistique sommaire et partielle. Une circulaire du 28 novembre 1914 limite les états décadaires des contagieux à des chiffres globaux

---

[31] *Compte-rendu sur le recrutement de l'armée pendant l'année 1914*, Paris, Imprimerie nationale, 1919.
[32] SHD, GR 9 NN 7/1102. Proportion pour 1000 inscrits des exemptés du service militaire pour raison de santé de 1862 à 1910.
[33] SHD, GR 9 NN 7/1101. Confidentiel. Étude comparée des maladies contagieuses chez les jeunes gens des classes 1917-1918 et 1919 ; SHD GR 9 NN 7 1101. Confidentiel. Contribution à l'étude de la genèse des épidémies chez les recrues. A propos des classes 1917-1918-1919 ; SHD, GR 9 NN 7/1101. Incorporation classe 1919. Statistiques et rapports, maladies contagieuses, valeur physique, Statistiques comparées avec les classes 1917 et 1918.
[34] SHD, GR 9 NN 7/1101. Note sur l'état sanitaire des classes 1917, 1912 et 1913.
[35] *Journal officiel de la République française (JORF). Débats parlementaires. Chambre des députés : compte rendu in-extenso*, séance du 30 novembre 1915, p. 1940, intervention d'Henri Pottevin.
[36] SHD, GR 9 NN 7/1101. Note sur l'état sanitaire de la classe 1917 et des classes 1912 et 1913.

sans distinction de classe[37]. Les statistiques des maladies contagieuses par classe ne sont réunies qu'à partir de l'incorporation de la classe 1917. Les rapports du Service de santé sur la condition physique des jeunes recrues pendant la guerre ne portent ainsi que sur les classes 1917, 1918 et 1919[38]. Les incertitudes de la guerre ont ensuite une incidence sur la durée de la surveillance statistique à laquelle sont soumises les jeunes classes. Les rapports épidémiologiques s'intéressent principalement aux premiers mois suivant l'incorporation[39]. Ainsi, la classe 1917, incorporée le 10 janvier 1916, fait l'objet d'une enquête portant sur les mois de janvier, février et mars. Enfin les événements modifient le type de données collectées. En raison de leur convocation anticipée, les classes 1917 à 1919 font l'objet de précautions particulières[40]. Outre les informations habituelles, tels les taux de morbidité et de mortalité et la prévalence des principales maladies contagieuses signalées chez les soldats (rougeole, scarlatine, oreillons, diphtérie, méningite cérébro-spinale, infections typhoïdes), l'administration recueille toute une série de statistiques inédites issues de mesures de surveillance telle la pesée périodique des recrues, ou les résultats de tests de performance menés à partir d'exercices types[41].

La tentation anthropométrique

Pour le médecin-major James Kerr Love, qui publie en 1916 un article sur les capacités auditives des soldats :

> Il est encore trop tôt pour collecter des statistiques sur les affections auditives des recrues et des soldats, sans compter que les médecins sont bien trop occupés par la guerre elle-même pour écrire ou même lire des travaux portant sur ces statistiques[42].

La collecte individuelle de statistiques est, elle aussi, affectée par les aléas du conflit. Parallèlement aux enquêtes holistiques de l'État qui, selon un modèle favorisé par les Prussiens

[37] SHD, GR 9 NN 7/1101. Morbidité par maladies contagieuses parmi les militaires de toutes classes et classe 1916 pendant les mois d'avril, mai et juin 1915.
[38] SHD, GR 9 NN 7/1101. Maladies contagieuses observées parmi les jeunes soldats des classes 1917-1918-1919-1920 pendant les trois premiers mois d'incorporation, p. VI.
[39] SHD, GR 9 NN 7/1101. Confidentiel. Étude comparée des maladies contagieuses chez les jeunes gens des classes 1917-1918 et 1919 ; SHD, GR 9 NN 7/1101. Confidentiel. Contribution à l'étude de la genèse des épidémies chez les recrues. A propos des classes 1917-1918-1919 ; SHD, GR 9 NN 7/1101. Incorporation classe 1919. Statistiques et rapports, maladies contagieuses, valeur physique, Statistiques comparées avec les classes 1917 et 1918. SHD, GR 9 NN 7/1102/17084. Tableau statistique relatif à certaines maladies contagieuses observées parmi les jeunes soldats des classes 1917-1918-1919 et 1920 (1ère fraction) pendant les 3 premiers mois consécutifs à l'incorporation.
[40] Chapitre 6.
[41] SHD, GR 9 NN 7/1101. Voir chapitre.
[42] « *It is too soon to collate statistics on the ear affections of recruits and of soldiers and medical men are too busy with the actual work of the War either to write or to read papers including these statistics* » in KERR LOVE James, « Hearing in the Army », *JRAMC*, November 1916, p. 649.

dans la seconde moitié du XIX[e] siècle, compilent des données exhaustives sur le recrutement, un certain nombre de médecins mènent en effet des enquêtes sur des échantillons plus réduits[43]. La sélection médicale est considérée en Europe comme un moment particulièrement propice à la réalisation d'enquêtes d'anthropologie physique et de géographie médicale. En France, les données récoltées par l'armée intéressent notamment Adolphe d'Angeville et Jean-Christian Boudin, membre fondateur de la Société d'anthropologie de Paris, dès les années 1830-1840[44]. Ils espèrent en tirer des informations pour réaliser une enquête anthropologique approfondie de la population française. Une ambition similaire habite Rudolf Virchow, figure centrale de la recherche médicale en anthropologie en Allemagne dans les années 1860[45]. Ainsi que le souligne Heinrich Hartmann, « ces chercheurs partageaient un objet de recherche commun, les recrues de l'armée, lesquelles constituaient à leurs yeux un groupe cohérent permettant d'analyser à grande échelle les propriétés anthropométriques d'une population, auxquelles ils pensaient pouvoir accéder par le biais des examens médicaux subis par les conscrits au conseil de révision lors de leur recrutement[46] ». En Angleterre, en l'absence de conscription jusqu'en 1916, la collecte d'informations statistiques homogènes sur un grand nombre de personnes et la constitution de grandes séries s'avère plus difficile.

Les médecins et anthropologues aspirent rapidement à profiter de la structure offerte par le conseil de révision pour prélever des données ou effectuer leurs propres mesures anthropométriques et relevés chromatiques. La révision permet en effet de réunir sous l'œil du médecin un nombre important de sujets soumis aux obligations militaires. La nécessité de les identifier conduit en outre à établir un signalement, qui passe par le relevé de la couleur des yeux, de la peau et des cheveux, la forme du visage et du nez, la taille et les signes particuliers, notés sur le registre matricule[47]. Selon que les études privilégient l'anthropologie physique, les

[43] HACKING Ian, « Prussian Numbers 1860-1882 », in DASTON Lorraine (dir.), *The Probabilistic Revolution*, vol. 1, Cambridge MA, MT Press, 1987, p. 377-394.
[44] HEYBERGER Laurent, *La révolution des corps, op. cit.*, p. 58 ; HARTMANN Heinrich, « Une affaire de marges. L'anthropométrie au conseil de révision, France-Allemagne, 1880-1900 », *Le Mouvement Social*, 2016/3, n° 256, p. 81-99 ; D'ANGEVILLE Adolphe, *Essai sur la statistique de la population française considérée sous quelques-uns de ses rapports physiques et moraux*, Paris, Maison des Sciences de l'Homme, Éditions Mouton, 1969 ; BOUDIN Jean-Christian, *Études ethnologiques sur la taille et le poids de l'homme chez divers peuples, et sur l'accroissement de la taille et de l'aptitude militaire en France*, Paris, Victor Rozier, 1863.
[45] Déclaration de Rudolf VIRCHOW lors du congrès international de statistique à Berlin en 1863, d'après H. FRÖHLICH, « Zur Musterungsstatistik », *Allgemeine Militärärztliche Zeitung*, vol. 14, 3 avril 1870, cité par HARTMANN Heinrich, « Une affaire de marges », *art. cit.*, p. 81-99.
[46] HARTMANN Heinrich, « Une affaire de marges », *art. cit*.
[47] Sur les données d'identification collectées pendant le conseil de révision, voir MAURIN Jules, *Armée, guerre, société : soldats languedociens (1889-1919)*, Paris, Publications de la Sorbonne, 1982, p. 191-193. Sur la naissance du signalement et l'identification par l'anthropométrie, voir ABOUT Ilsen, DENIS Vincent, *Histoire de l'identification des personnes*, Paris, La Découverte, 2010, p. 44-47 et p. 74-85. Sur les enjeux de la couleur des yeux en particulier, voir HOUDAILLE Jacques, GLOOR Peter-Andreas, « La couleur des yeux à l'époque du I[er]

lois de l'hérédité ou l'appartenance à des phénotypes raciaux, les anthropologues peuvent s'appuyer sur ces éléments déjà collectés ou tenter d'en obtenir d'autres, telle la taille des jambes ou un ensemble de mesures craniométriques[48]. Mais dans la pratique, la collecte de nouveaux éléments s'avère difficile. Les examens sont d'abord soumis à des contraintes de temps qui compliquent le travail des enquêteurs potentiels[49]. En outre, il arrive fréquemment que les états-majors se montrent hostiles à la collecte de renseignements destinés à des études anthropologiques ou démographiques dont l'utilité n'est pas strictement militaire, même si des enquêtes parallèles au processus de recrutement ont été ponctuellement soutenues par les États[50]. L'approche anthropométrique a enfin traversé une crise de légitimité qui a conduit les anthropologues à privilégier d'autres méthodes[51]. Ces difficultés ont eu plusieurs conséquences.

Les anthropologues, en dehors de quelques figures marginales comme les raciologues français René Collignon ou Georges Vacher de Lapouge, ont eu tendance à se tourner vers d'autres sujets d'étude, tels les écoliers[52]. Si la pratique qui consiste à mesurer des segments du corps humain se poursuit dans le cadre du recrutement pendant la guerre, elle est essentiellement le fait de médecins militaires qui agissent de concert avec l'armée et dans une optique strictement militaire, de manière à favoriser la conservation de la santé du soldat. La pratique biométrique est donc délaissée par l'anthropologie au profit de l'hygiène militaire. En France, Adrien Besson, médecin recruteur lillois, publie en 1921 une étude portant sur les mensurations des recrues. Il livre le résultat des mesures prises pendant la guerre par 21 médecins sur 15 000 recrues examinées au conseil de révision et au bureau de recrutement de

Empire. Quelques commentaires sur l'évolution de ce caractère durant 238 ans », *Annales*, année 1976, vol. 31, n° 4, p. 677-699.

[48] HARTMANN Heinrich, « Une affaire de marges », *art. cit.* ; GOULD Stephen Jay, *La mal-mesure de l'homme,* Paris, Odile Jacob, 1997, notamment chapitre 2 « La mesure des têtes ». Pour un exemple des années 1910, voir annexe n° 64.

[49] DUMAS A., *Le conseil de révision. Ce qu'il est, ce qu'il devrait être*, Montpellier, C. Boehm, 1891, p. 5 ; KUNOW O., *Musterung, Aushebung und Prüfungsgeschäft. Für Sanitätsoffiziere und die bei diesen Geschäften mitwirkenden Offiziere und Zivilbeamten*, Berlin, Mittler, 1907. Voir chapitres 2 et 4.

[50] REYNAUD-PALIGOT Carole, *La République raciale. Paradigme racial et idéologie républicaine*, Paris, PUF, 2006, p. 100 ; HARTMANN Heinrich, « Une affaire de marges », *art. cit.* ; GEULEN Christian, « Blonde bevorzugt. Virchow und Boas: Eine Fallstudie zur Verschränkung von 'Rasse' und 'Kultur' im ideologischen Feld der Ethnizität 1900 », *Archiv für Sozialgeschichte*, n° 40, 2000, p. 147-170.

[51] BLANCKAERT Claude, « La crise de l'anthropométrie. Des arts anthropotechniques aux dérives militantes », in *Les politiques de l'anthropologie. Discours et pratiques en France (1860-1940)*, Paris, L'Harmattan, 2001, p. 95-172.

[52] Voir GEULEN Christian, « Blonde bevorzugt », *art. cit.*, p. 147-170 ; ZIMMERMAN Andrew, *Anthropology and Antihumanism in Imperial Germany*, Chicago, The University of Chicago Press, 2001, p. 137.

Beauvais[53]. Pour un certain nombre d'entre elles, il indique la taille, le poids et le périmètre thoracique afin de calculer l'indice de Pignet :

Tableau 27 : Les mesures d'Adrien Besson

Sujets examinés	Lieu de collecte des données	Nombres d'examens
Classes 1915, 1916, 1917 et 1918	Conseil de révision	10 972
Ajournés divers et récupérés	Conseil de révision	3 140
Engagements volontaires	Bureau de recrutement de Beauvais	1 200
Chiffre total des sujets examinés		15 000

Mesures	Instruments	Nombre collecté
Tailles	Toise	9 456
Poids	Bascule	9 467
Périmètres thoraciques	Ruban métrique	6 285
Indices de Pignet		6 093

Source : *De l'Évaluation de l'aptitude physique*

La plupart des enquêtes sont donc réalisées par des médecins chargés eux-mêmes du recrutement et portent sur des données qui entrent en jeu dans le processus de sélection médicale. Cela explique pourquoi la taille, le poids et le périmètre thoracique sont des données plus fréquemment considérées que les mesures craniométriques, plus longues à relever, dont l'utilité scientifique souffrait d'une perte de légitimité et dont l'utilité militaire était à peu près nulle.

2. Genèse d'un service civil de statistiques sur le recrutement britannique (1917-1918)

Formation et administration d'une infrastructure de collecte

Le fonctionnement des services administratifs du recrutement britannique connaît lui aussi d'importants bouleversements pendant le conflit. Comme le Service de santé français, le

[53] BESSON Adrien, *De l'Évaluation de l'aptitude physique au service militaire des jeunes sujets*, Lille, H. Morel, 1921, p. 3-4.

RAMC britannique collecte les données médicales du recrutement et les organise sous forme tabulaire. Outre la taille et l'âge de la recrue, son poids et sa capacité thoracique sont également consignés à partir de la fin du XIX^e siècle dans les rapports annuels du département de la médecine militaire, dont la publication est fluctuante. Jusqu'en 1886, les rapports mentionnent également la cause médicale de l'exemption, la profession, le lieu de naissance et le niveau d'instruction des candidats à l'incorporation. À partir de 1887, seules les données des recrues déclarées aptes sont relevées. La désorganisation massive et durable dont le recrutement britannique est victime dès le début de la guerre rend impossible l'exploitation de données d'une ampleur et d'une précision comparables à celles qui sont publiées en France dans les *Comptes-rendus sur le recrutement*. Le lieutenant-colonel H. W. Webber du RAMC souligne ainsi qu'au bureau de recrutement de Plymouth, pendant le pic d'affluence de recrues déclenché par le *Derby Scheme*, « aucun compte précis n'a pu être tenu[54] ». L'unique rapport sur les données médicales du recrutement, publié en 1920, ne fait ainsi état que de la période du 1^er novembre 1917 au 21 octobre 1918[55]. Il faut attendre la mise en place du Ministère du Service national à l'automne 1917 pour que la Grande-Bretagne dispose d'une infrastructure administrative qui lui permette de collecter les données médicales du recrutement de manière systématique et homogène. Le ministère national offre à la statistique médico-militaire une structure inédite gage de son efficacité. Il examine les informations provenant d'un système de collecte dont les modalités de fonctionnement sont mises en place progressivement entre l'automne 1917 et l'été 1918.

Les archives administratives du Ministère du Service national et les papiers d'Auckland Geddes, directeur du recrutement puis ministre du Service national, permettent d'observer un phénomène original, celui de la genèse d'un service statistique d'État en temps de guerre. On peut donc voir se former les conditions matérielles et organisationnelles nécessaires à l'exploitation de données statistiques. La définition de catégories standardisées se consolide avec le système en quatre échelons numérotés (I, II, III, IV) mis en pratique par les commissions médicales du Ministère du Service national. Ce système de classement répond à deux exigences, réitérées depuis le début de la guerre : celle de disposer d'un système répondant à des critères purement scientifiques et celle de l'uniformité au niveau national. La scientificité du processus est assurée par le système en échelons, l'uniformité par les instructions distribuées en 1917 à

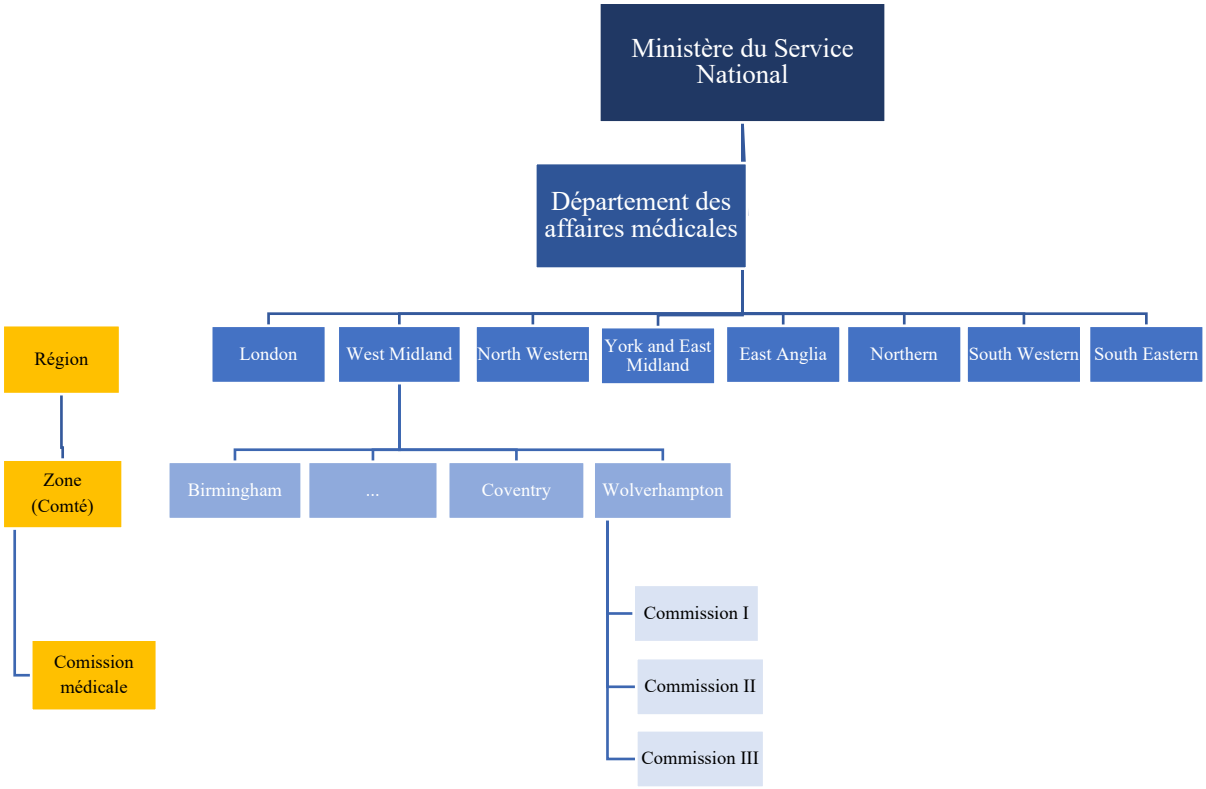
[54] « *Numbers – No exact record was kept, but the number examined by my colleagues and myself during the eleven days was about 850, about 38 a day each* », Webber H.W., « Recruiting Notes », *JRAMC*, 1^er Mars 1916, p. 404.
[55] *Report upon the Physical Examination of men of military age by National Service Medical Boards From November 1st 1917 – October 31st 1918*, vol. I. Londres, H.M. Stationery Office, 1920.

toutes les commissions médicales[56]. Il manque cependant à l'Angleterre pendant toute la guerre une liste homologuée d'affections facilitant le traitement statistique tel qu'il apparaît dans les *Comptes-rendus* français.

Le Ministère s'assure ensuite d'homogénéiser le réseau de collecte et de rationaliser l'infrastructure en procédant à une refonte des circonscriptions administratives en huit régions – dix, si l'on compte l'Écosse et le pays de Galles – placées sous la responsabilité d'un délégué régional (*Regional Commissioner*)[57]. Les régions sont ensuite divisées en zones (*areas*), correspondant grossièrement aux comtés (*counties*), chacune dotée d'une ou plusieurs commissions médicales, présidées par un médecin civil, au sein desquelles sont menés les examens médicaux et la collecte des données.

[56] Ministry of National Service, *General Directions for the guidance of Commissioners and Deputy Commissioners and Members of Medical Boards*, 1917.
[57] CAC, GEDD 4/4. Ministry of National Service, *Report upon the Medical Department of the Ministry of National Service*, London, HMSO, 1920, p. 3.

Schéma 6 : Infrastructure administrative de la collecte des données médicales du recrutement. L'exemple de Wolverhampton (juillet 1918)



Source : *Auckland Geddes Papers*[58]

À chaque échelon correspond une étape du réseau de collecte, de compilation ou de traitement statistique.

Les données collectées : forme et enjeux

Au sein des commissions, maillage administratif le plus étroit, est relevé un certain nombre d'informations dont la conservation et l'exactitude est placé sous la responsabilité du président. Les commissions sont chargées ensuite de compiler ces données et de faire remonter

[58] Les données du tableau sont issues de CAC, GEDD 4/4. Ministry of National Service, *Report upon the Medical Department of the Ministry of National Service*, London, HMSO, 1920, p. 3 et NA, NATS 1/377, Medical Boards Returns. West Midland Report, 12 juillet 1918.

six types de rapports au Ministère afin de rendre possible l'analyse statistique du grand nombre d'informations issues des opérations[59] :

Tableau 28 : Rapports demandés par le Ministère du Service national

Sujet du rapport	Fréquence	Type	Exemplaires	Données
Activité des commissions	Quotidien	Formulaire (MNS Form 3611)	4	*Examens* – Nombre, hommes de plus de 43 ans, réexamens, refus de réexamen, examens spéciaux (Rayons X, autres ayant occasionné un surcoût). *Heure d'ouverture et de fermeture des commissions* – Nombre d'hommes inspectés dans cet intervalle. *Très jeunes hommes* – Nombre d'aptes, nombre d'inaptes.
Rapport nominal des appels	Bimensuel	Manuscrit	1	Nom, échelon dont il est fait appel, nouvel échelon après réexamen, remarques.
Personnel des commissions	Mensuel	Formulaire (MNS Form 40)	1	Liste des membres de chaque commission, nombre de sessions auxquelles ils ont participé, changement de personnel
Déficients mentaux	Mensuel	Manuscrit	1	Liste des exemptés pour déficience mentale : Nom complet et adresse, Profession, Remarques (cas clinique)
Équipement médical	Trimestriel	Manuscrit	1	Équipement médical et son état
Rapport régional	Semestriel		1	Rapport général

Source : National Service Instructions (n°44, 1917)[60]

À partir de novembre 1917, les commissions médicales de recrutement font donc remonter aux services statistiques centraux des rapports dont le nombre, la forme et la périodicité se normalisent graduellement. Outre les rapports cités ci-dessus, dont la rédaction est prévue dès la mise en place des services statistiques, d'autres rapports – mensuels ou bimensuels – parviennent dès juin 1918 au Ministère[61]. Ils sont formés à partir des données compilées des

[59] CAC, GEDD 4/4. National Service Instructions (N°44 of 1917) as amended by MNS Circular Letter. Les rapports sont envoyés à « The Secretary, C., Ministry of National Service, Westminster, SW1 ».
[60] Tableau établi à partir de : CAC, GEDD 4/4. National Service Instructions (N°44 of 1917) as amended by MNS Circular Letter. Voir annexe n° 66.
[61] NA, NATS 1/377, Medical Boards Returns: 15 June-14 July 1918 ; NATS 1/378, Medical Boards Returns: 15-31 July 1918 ; NATS 1/379, Medical Boards Returns: 1-14 August ; NATS 1/380, Medical Boards Returns: 15-31 August ; NATS 1/381, Medical Boards Returns: 1-14 September ; NATS 1/382, Medical Boards Returns: 1-14 October.

rapports quotidiens sur l'activité des commissions, afin d'en faciliter la lecture et l'interprétation. Les informations, manuscrites, ventilées par circonscriptions administratives, y sont représentées sous forme tabulaire sans information nominative. L'observations du type d'informations demandées par le Ministère du Service national permet d'identifier les objectifs poursuivis par la collecte. Certains rapports, tels ceux concernant le personnel et l'équipement, réunissent des données dont le but est de faciliter le fonctionnement des commissions et de rationaliser la répartition des moyens techniques et humains. Le Ministère peut ainsi avoir une idée plus précise du nombre et de l'identité des médecins engagés dans la procédure de sélection, dans la mesure où ce ne sont pas des fonctionnaires mais des praticiens désignés par des *Local War Committees*, qui exercent souvent leur rôle d'expert du recrutement à temps partiel, en marge de leur activité.

D'autres rapports visent à soumettre le travail des commissions à une surveillance par les chiffres. Chaque commission médicale remplit quotidiennement un formulaire (MNS 3611) qui mentionne l'heure d'ouverture et de fermeture de chaque commission, ainsi que le nombre d'hommes examinés dans ce laps de temps[62]. Les informations réunies et analysées doivent permettre d'évaluer l'efficacité du nouveau système sur les points délicats qui ont particulièrement agité l'opinion et le corps médical avant la réforme. Le dénombrement des appels et des reclassements fait ainsi l'objet de toutes les attentions. Il s'agit d'observer l'activité des commissions médicales en notant le recours à la contestation et les résultats de cette contestation. En d'autres termes, la justesse des examens médicaux en première instance est estimée à l'aune du résultat des examens en appel. En 1920, le Ministère peut ainsi se féliciter du faible recours à l'appel d'une part et du peu d'appels qui ont abouti à un reclassement d'autre part[63]. Ces deux chiffres sont explicitement interprétés comme un gage de la scientificité et de l'efficacité de la sélection médicale telle qu'elle a été repensée par le Ministère du Service national :

> On peut estimer à moins de 0,4% la masse d'examens médicaux, les cas pour lesquels il y aurait des raisons de douter de l'exactitude avec laquelle le classement des commissions médicales reflète l'état de santé des individus[64].

[62] CAC, GEDD 4/8, Book of completed Army Form, MNS 36/11.
[63] Ministry of National Service, *Report upon the Physical Examination, op. cit*., p. 3.
[64] « *In less than 0,4% of this enormous number of medical examinations is there reason to believe that the grading by the National Service Medical Board did not correctly represent the degree of physical fitness of the individual* » in Ministry of National Service, *Report upon the Physical Examination, op. cit.*, p. 3.

L'efficacité est également évaluée en termes de coût. Le report des examens ayant entraîné un surcoût permet aux services statistiques du Ministère d'établir des graphiques afin de comparer le coût par recrues de chaque région[65].

Le recueil d'autres informations assume enfin un objectif plus clairement politique et relève du domaine de la santé publique[66]. Les commissions médicales doivent faire parvenir chaque mois au Ministère une liste nominative détaillée des recrues exemptées pour des raisons de santé mentale. La précision et la spécificité de cette liste, qui exige que soit mentionnés non seulement les détails de la pathologie mais encore le nom et l'adresse de l'individu concerné, s'inscrit dans la continuité des tentatives de dénombrement et de surveillance des « faibles d'esprit » (*feeble-minded*) qui ont précédé la guerre. Karl Pearson estime dès 1901 qu'il est grand temps que les enquêtes statistiques « se penchent sur les groupes particuliers que constituent les écoliers, les pauvres, les criminels et les fous[67] ». Le vocable « faiblesse d'esprit » est à la fois une catégorie nosographique précise – distincte de l'« idiotie » et de l' « imbécilité » – et un terme générique qui embrasse tous les troubles mentaux[68]. Dans la rhétorique eugéniste, il appartient à l'éventail des pathologies mentales et sociales – de l'épilepsie à l'alcoolisme – qui prédisposent à la déviance et font planer la menace de la dégénérescence raciale. L'influence de la pensée héréditariste de Francis Galton fait de ces fléaux des tares congénitales et incurables dont il s'agit de limiter la transmission. Pendant la période 1908-1914 notamment, les thèses de la Société d'Éducation eugéniste (*Eugenic Education Society*) rencontrent un écho particulier[69]. Aux tentatives de dénombrement – telles celle de 1908 qui, à partir de la généralisation d'un échantillon, estime le nombre de déficients

[65] CAC, GEDD 4/10 Ministry of National Service Statistics / Cost per recruit, June 28 1918/July 6 1918 / June 7 1918 / June 14th 1918 / June 21st 1918 / May 24 1918 / May 31 1918.
[66] Sur le rôle de l'approche utilitariste et de la conception techniciste dans la santé publique, DOZON Jean-Pierre, FASSIN Didier, *Critique de la santé publique : une approche anthropologique*, Paris, Éditions Balland, 2001 notamment p. 8.
[67] PEARSON Karl, *National Life From the Standpoint of Science*, London, 1905 [1901], p. 84.
[68] DIGBY Anne, WRIGHT David, *From idiocy to mental deficiency: historical perspectives on people with learning disabilities,* Londres, New York, Routledge, 1996, p. 2 ; JACKSON Mark, *The Borderland of Imbecility: Medicine, Society and the Fabrication of the Feeble Minded in Late Victorian and Edwardian England*, Manchester, New York, Manchester University Press, 2000, p. 39.
[69] SEARLE Geoffrey, *Eugenics and Politics in Britain, op. cit.* ; THOMSON Mathew, *The Problem of Mental deficiency: Eugenics, democracy, and Social Policy, c. 1870-1959*, Oxford, Clarendon Press, 1998 ; JACKSON Mark, « Institutional provision for the feeble-minded in Edwardian England », in DIGBY Anne, WRIGHT David, *From idiocy to mental deficiency, op. cit.*, p. 171 ; WOODHOUSE Jayne, « Eugenics and the feeble-minded: the Parliamentary debates of 1912-14 », *History of Education*, 1982, vol. 11, n°2, p. 127-137 ; LOWE R. A., « Eugenicists, doctors and the quest for national efficiency: an educational crusade, 1900-1939 », *History of Education*, n°8, 1979, p. 293-306.

mentaux à près de 150 000[70] – viennent s'articuler des propositions de ségrégation et de mise au travail forcé qui débouchent en 1913 sur le *Mental Deficiency Act*. Les mesures de stérilisation un temps envisagées sont écartées, mais la loi entérine le basculement de la prise en charge des handicapés mentaux d'un paradigme éducatif à un paradigme ségrégatif[71]. Leur dénombrement par le Ministère s'inscrit donc dans un mouvement plus large d'identification à des fins de confinement.

Modalités de l'enquête de santé publique

Si les activités de surveillance des commissions médicales se poursuivent jusqu'à la fin de la guerre, le détournement des données du recrutement à des fins non militaires prend de plus en plus d'importance. Comme en France, l'exploitation des informations est confiée à un comité consultatif (*Advisory Board*) qui se réunit périodiquement[72]. Mais contrairement à ce qui se fait de l'autre côté de la Manche, où les données sont utilisées dans un cadre strictement militaire, le comité britannique propose en septembre 1918 d'utiliser les données collectées dans les commissions afin de réaliser une enquête de grande ampleur sur l'état de santé de la nation[73]. Outre les informations faisant déjà l'objet d'un traitement statistique, les commissions médicales disposent en effet virtuellement d'un nombre considérable d'informations médicales,

[70] 149 628, soit 0,46% de la population, in Great Britain Commissions for The Care and Control Of The Feeble Minded, *Report Of The Royal Commission On The Care And Control Of The Feebleminded*, 1908, p. 6. URL : http://books.google.com/books?id=cptwqGSd5j4C&oe=UTF-8, consulté le 20 mai 2019.
[71] SIMMONS Harvey G., « Explaining Social Policy: The English Mental Deficiency Act of 1913 », *Journal of Social History*, n°11, 1978, p. 387-403 ; LARSON Edward J., « The rhetoric of eugenics: expert authority and the Mental deficiency Bill », *British Journal for the History of Science*, vol. 24, n°1, 1991, p. 45-50 ; BARRETT M. A., « From education to segregation: an inquiry into the changing character of special provision for the retarded in England, c. 1846-1918 », Ph.D. thesis, University of Lancaster, 1986.
[72] NA, NATS 1/240, Ministry of National Service: Records. Policy and Co-ordination. Meetings of National Service Medical Council: consideration of statistics, October 1918 ; NA, NATS 1/764, Advisory Medical Board, Regional Report/Eighth meeting of the advisory Medical Board, Friday 27th September 1918.
[73] NA, NATS 1/764/M1/146, Advisory Medical Board Regional Report / Note on the recent work of National Service Medical Boards.

d'observations anthropométriques et de renseignements chromatiques soigneusement consignés dans la documentation administrative :

Tableau 29 : Données médicales et anthropométriques collectées lors de l'examen (par type de document)

	Feuille individuelle de suivi médical[74] (AFB 178)	**Registre médical[75] (MNS Book 46)**	**Carte d'échelon[76] (AFW 3291)**
Responsable du report des informations	Président de séance	Président de séance	Président de séance
Conservé par	L'administration	Chaque commission médicale	Le soldat
Identification	Nom Lieu de naissance Profession Âge déclaré	Nom Lieu de naissance Profession Âge déclaré	Nom
Signalement	Taille Poids Couleur des cheveux Couleur des yeux Couleur de peau Signes distinctifs (tatouages, grains de beauté, cicatrices etc.)	Taille Poids Couleur des cheveux Couleur des yeux Couleur de peau Signes distinctifs (tatouages, grains de beauté, cicatrices etc.)	/
Observations anthropométriques	Périmètre thoracique à l'inspiration Capacité thoracique Développement physique	Périmètre thoracique à l'inspiration Capacité thoracique Développement physique	/
Données médicales	Maladies ou défectuosités Traces de vaccination Acuité visuelle	Maladies ou défectuosités Traces de vaccination Acuité visuelle	/
Échelon reporté	I, II, III ou IV	I, II, III ou IV	I, II ou III
Historique médical au sein de l'armée	Commissions médicales, enquêtes, vaccinations, Prolongement de service, traitement dentaire, etc.	Commissions médicales, enquêtes, vaccinations, Prolongement de service, traitement dentaire, etc.	/
Usage prévu	Attribution des pensions	Conservation de l'information	Affectation

Source : CAC, GEDD 4, *Report upon the Medical Department*

[74] « Medical History Sheet. Army Form B. 178 » in Ministry of National Service, *Report upon the Medical Department of the Ministry of National Service*, London, HMSO, 1920, Appendix III, p. 67.
[75] *Medical Register*.
[76] *Grade Card*.

Il est en outre possible de croiser ces informations avec les données collectées par les présidents de commissions et les délégués auxquels on intime bientôt l'ordre de réunir toute la documentation utile à une telle enquête.

Chaque délégué régional se doit ainsi de « se tenir informé de toutes les statistiques médicales récoltées dans sa circonscription et les comparer avec des statistiques similaires issues du reste du pays […] et de réunir toute information relative à l'état de santé et aux conséquences de l'activité de la population de la région[77] ». Aux délégués des zones et aux présidents de commission, il est recommandé de « se familiariser avec les situations locales et les conditions sociales de leur circonscription, en particulier tout ce qui concerne la santé publique et la condition physique de la population[78] ». Le Ministère du Service national se fait donc partisan d'une approche globale systématique qui combinerait sans les distinguer une anthropologie physique, une anthropologie culturelle et sociale et une analyse économique voire sociologique[79]. On retrouve ici les pratiques compilatoires des précurseurs des années 1830, tel Adolphe d'Angeville qui ajoute aux données issues du recrutement reportées par le scribe du conseil de révision (taille moyenne des recrues, causes des exemptions) des renseignements sur le mode de vie des habitants (nourriture d'après la consommation des grains, vie moyenne des habitants, taux des individus parvenant à 21 ans, taux de mortalité des enfants trouvé jusqu'à l'âge de 12 ans) la part respective de l'industrie et de l'agriculture, la densité de la population, les « faits de l'ordre moral » (criminalité, bâtards, enfants trouvés, insoumis au recrutement, rentrée des impôts directs, paupérisme, esprit de chicane, ferveur dans le catholicisme, instruction primaire, zèle électoral) pour chaque département[80]. Ce ne sont pas les chiffres collectés en eux-mêmes qui doivent être révélateurs de l'état physique et pathologique du pays, mais le croisement de ces différentes informations.

---

[77] « *He will keep himself informed of all medical statistics collected in his region, and will compare them with similar statistics derived from the rest of the country* […] *he will collect information concerning the physical fitness of and effects of occupations on the population of his Region* » in CAC, GEDD 4/4. Ministry of National Service, « General Direction for the guidance of Commissioners, Deputy Commissioners of Medical Services, and Members of Medical Boards with regards to Grading » in *Report upon the Medical Department of the Ministry of National Service*, London, HMSO, 1920, p. 40-41.

[78] « *He will make himself familiar with the local conditions and the social circumstances within the Area, especially in so far as these affects the public health and physical fitness of the people* » in GEDD 4/4. Ministry of National Service, « General Direction for the guidance of Commissioners, Deputy Commissioners of Medical Services, and Members of Medical Boards with regards to Grading » in *Report upon the Medical Department of the Ministry of National Service*, London, HMSO, 1920, p. 42 et p. 43.

[79] ARON Jean-Paul, DUMONT Paul, LE ROY LADURIE Emmanuel, *Anthropologie du conscrit français, op. cit.*, p. 10.

[80] D'ANGEVILLE Alphonse, *Essai sur la statistique de la population française, op. cit*. Pour une ébauche de critique de la fiabilité de ces informations, CHATELAIN Abel, « d'Angeville A., *Essai sur la statistique de la population française considérée sous quelques-uns de ses rapports physiques et moraux*. Compte-rendu », *Revue d'histoire moderne et contemporaine*, 19-4, 1972, p. 670-674.

II. Traiter : forme et sens des données

Tirer les leçons de la guerre nécessite de traiter les données collectées afin de les transformer en information. Mettre en ordre le flot considérable des données recueillies implique alors de sélectionner ou de créer *ex-nihilo* des outils cognitifs susceptibles de les rendre exploitables et de leur donner du sens. Ces instruments de formalisation – indices, tableaux, graphiques, moyennes – contribuent à réduire la complexité du réel et faciliter l'appréhension de phénomènes complexes. Les statistiques établissent ainsi des liens systématiques entre des cas singuliers, évalués par les experts médicaux, et des formes plus générales[81]. Bien que reflets d'un idéal d'objectivité impersonnelle, celui des méthodes quantitatives, le traitement statistique est une pratique sociale qui naît à la faveur de contextes intellectuels ou sociaux spécifiques et trahit la poussée d'idéologie et l'influence de cadres normatifs. Les données, instrumentalisées à des fins politiques, constituent des éléments de preuve et des outils de gouvernement[82]. En matérialisant des valeurs et des stratégies, elles servent l'exercice d'un pouvoir intellectuel et politique. Je m'appuie ici sur la recherche en histoire de la statistique qui s'efforce de « mettre en relation les instruments techniques tout à la fois avec le travail social de catégorisation antérieur ou extérieur au travail statistique proprement dit, avec les caractéristiques et les ressources spécifiques des promoteurs de ces techniques et les alliances qu'ils peuvent nouer[83] ».

1. Réduire la complexité du monde. L'indice d'aptitude d'Arthur Keith

Une fois collectées, les données sont transmises à des services et des institutions qui les exploitent. En Grande-Bretagne, il s'agit du département civil des statistiques, placé sous l'autorité d'un architecte, Thomas Duncan Rhind[84]. L'institution, rattaché au Ministère du Service national et donc indépendante du *War Office*, est en apparence originale. En réalité, son architecture est tout à fait similaire à celle d'autres services similaires, telle la Statistique

[81] THEVENOT Laurent, « L'enregistrement statistique ; une mesure décisive », Communication au colloque du Conseil national de la statistique, avril 1983, cité par DESROSIERES Alain, « Histoire de formes : statistiques et sciences sociales avant 1940 », *Revue française de sociologie*, XXVI, 1985, p. 277-310, ici p. 278.
[82] DESROSIERES Alain, *Pour une sociologie historique de la quantification : l'argument statistique*, *op. cit*., p. 7.
[83] DESROSIERES Alain, « Histoire de formes », *art. cit.,* p. 278-279 pour la citation. Sur l'histoire critique de la quantification, on consultera BOLTANSKI Luc, « Taxinomies populaires, taxinomies savantes : les objets de consommation et leur classement », *Revue française de sociologie*, XI, 1970, p. 34-44. Sur la statistique mathématique britannique et ses liens avec l'eugénisme : MACKENZIE Donald, *Statistics in Britain 1865-1930. The Social Construction of Scientific Knowledge*, Édimbourg, Edinburgh University Press, 1981.
[84] CAC, GEDD 4/1/1365, Ministry of National Service: organisation of headquarters. Voir annexe n° 65.

générale de la France, petite unité chargée notamment des recensements quinquennaux entre 1891 et 1914, rattachée au Ministère du travail et placée sous la responsabilité d'un ingénieur, Lucien March[85]. Sur le plan politique, au Ministère du service national comme au Ministère du travail français d'avant-guerre, les réglementations et textes de lois sont préparés et discutés par un conseil. Dans les services statistiques, les renseignements recueillis passent à travers un certain nombre de filtres destinés à les ordonner et en faciliter la lecture. Le Conseil médical qui entoure Auckland Geddes décide en janvier 1918, au moment où Thomas Duncan Rhind entre en fonctions, que les données tabulaires parvenues au Ministère du Service national seront représentées sous forme graphique puis accompagnée d'un résumé hebdomadaire, afin de rendre leur exploitation plus aisée[86]. Les services statistiques réalisent ainsi un nombre important de tableaux, diagrammes et courbes en couleurs par régions, par comtés, par âge et par profession afin de rendre comparables les informations produites à différentes échelles[87]. Certains de ces documents sont à usage interne, d'autres ont vocation à être analysés, comparés et publiés sous forme de monographie, j'y reviendrai.

Les statistiques de la sélection médicale relèvent de la démographie qualitative, associée à la valeur des personnes. Elle se distingue en cela des pratiques de la démographie quantitative qui s'appliquent à dénombrer des individus égaux[88]. L'outillage mathématique utilisé a donc tendance à classer et hiérarchiser entre eux les individus et/ou les groupes. C'est le cas en France de l'indice de Pignet qui, rappelons-le, résume la constitution physique des jeunes hommes à un chiffre, puis évalue leur degré de robusticité en plaçant ce chiffre sur une échelle[89]. C'est également le cas de l'indice d'aptitude (*Index of Fitness*) d'Arthur Keith, clef de lecture des statistiques britanniques du recrutement à partir de 1917. Dans un contexte d'effervescence des débats taxinomiques relatifs à la formation du savoir statistique, plusieurs modalités de calcul et d'évaluation numérique de l'aptitude coexistent en Europe. Le coefficient de Pignet est connu en Angleterre depuis le début du XX^e^ siècle[90]. Il est rapidement utilisé, avec quelques variations,

[85] DESROSIERES Alain, « Histoire de formes », *art. cit.,* p. 282.
[86] NA, NATS 1/240, Meetings of National Service Medical Council: consideration of statistics, Extract from Minutes council, 22 janvier 1918.
[87] CAC, GEDD 4/9 Medical Statistics. Voir annexes n° 74 à 77.
[88] THEVENOT Laurent, « La politique des statistiques : les origines sociales des enquêtes de mobilité sociale », *Annales*, 1990, 45-6, p. 1275-1300, ici, p. 1276.
[89] Voir Chapitre 2.
[90] « A New Method of Estimating Physical Fitness for Military Service », *Journal of The Royal Army Medical Corps*, 1^er^ juillet 1908, p. 105.

pour des études ponctuelles qui permettent aux médecins militaires d'estimer la qualité de leurs recrues et de comparer la proportion déclarée apte à celle de la France ou de l'Allemagne[91].

Pourtant, sans être explicitement cité, il est d'emblée disqualifié par le Ministère du Service national dans son rapport de 1920. Sa pertinence, tant dans l'activité d'évaluation de l'aptitude que dans le travail d'analyse des données statistiques, fait l'objet de vives critiques :

> À des fins de classement, il serait sans aucun doute envisageable de déterminer une moyenne pour chacune des caractéristiques physiques susceptible d'être mesurée de manière exacte (tels le poids, la taille et le tour de poitrine) et, en les associant à des seuils exprimés en pourcentage, d'évaluer ces caractéristiques sur une base numérique.
>
> L'association de chacune des déficiences physiques imaginable à de tels seuils rencontrerait cependant d'insurmontables difficultés pratiques. L'état de santé d'un individu et chacun des éléments et organes qui le compose glissent progressivement et souvent de manière presque imperceptible vers l'état pathologique, lequel état présente à son tour des degrés d'intensité très variables qu'il n'est pas possible de distinguer nettement, et qui évoluent différemment selon les individus. L'interprétation médicale de phénomènes cliniques objectifs ne peut et ne doit pas se résumer à des valeurs numériques[92].

Le rapport sur les examens médicaux insiste sur la complexité de l'entreprise diagnostique. Le passage graduel de l'état normal à l'état pathologique interdirait la détermination de seuils, quand bien même ceux-ci se rapporteraient à des segments mesurables du corps humain. Il paraît en outre difficile aux rédacteurs de ce rapport d'isoler des mesures suffisamment représentatives et capables de restituer tous les états pathologiques possibles. Cette critique n'est pas sans rappeler celle que formule Georges Canguilhem à l'égard de la conception quantitative de la pathologie que défend Claude Bernard[93]. Pour Canguilhem, Bernard, qui prend l'exemple de l'élévation anormale du taux de sucre dans le sang comme signe du diabète, néglige le fait que la maladie touche la totalité de l'organisme et non une seule fonction. Il appartient donc au médecin d'évaluer le caractère pathologique en considérant l'organisme de l'individu dans sa totalité, avant de procéder au classement dans l'une des quatre catégories

---

[91] BALCK J.A., « Observations on Pignet's Factor », *Journal of The Royal Army Medical Corps*, 1er juillet 1912, p. 85-87.

[92] « *Now for grading purposes it would undoubtedly be possible to work out a mean for each physical quality capable of exact measurement (such as weight, height and chest girth), and by giving a percentage value to measurements above and below this mean to assess these physical qualities upon an exact numerical basis.*
To give an exact percentage value to every known disability would, however, present insuperable difficulties in practice. The health of individual and of each of their component structures and organs shades off gradually, and often almost insensibly into disease, which in its turn exhibits varying degrees of intensity which are not sharply defined from each other, and react differently upon different individuals. Medical interpretation of objectives clinical phenomena does not and cannot lend itself to expression in figures » in Ministry of National Service, *Report upon the Physical Examination, op. cit.*, p. 2.

[93] CANGUILHEM Georges, *Le Normal et le pathologique*, Paris, PUF, 2013 [1966].

administratives du recrutement. Les indices d'aptitude individuelle qui reposent sur un nombre réduit de mesures, celui de Pignet comme celui de Quetelet, sont donc écartés au profit d'une méthode d'évaluation holistique. C'est en conséquence un autre indice, conçu et appliqué en Angleterre pendant la dernière année de la guerre, qui est utilisé, non pour déterminer l'aptitude à l'échelle individuelle, mais pour interpréter les classements à l'échelle d'entités collectives désingularisées. Son nom, *Index of Fitness* ou indice de Keith, le rapproche en apparence de l'indice de robusticité. Il est également élaboré de manière empirique et intuitive par un seul individu avant de voir son usage étendu. Mais son fonctionnement diffère profondément de celui du Pignet.

L'indicateur est suggéré à James Galloway par l'anthropologue Arthur Keith (1866-1955), afin « d'estimer et d'exprimer le degré d'aptitude d'un groupe de manière synthétique[94] ». Il s'appuie sur les quatre échelons hiérarchisés adoptés par la procédure de recrutement en 1917[95]. Keith propose d'attribuer à chaque recrue en fonction de son classement préalable une fraction de valeur comprise entre ¼ (ou 25%) et 1 (ou 100%) puis, à partir de cette évaluation individuelle, de parvenir à un taux d'aptitude collectif pouvant s'appliquer à un groupe :

> Il nous faut une méthode qui permette d'évaluer et d'exprimer de manière plus synthétique le degré d'aptitude de tout groupe examiné par une commission médicale. (…) Supposons qu'une commission ait examiné 1 000 hommes et que cet examen ait donné le résultat suivant :
>
> 700 hommes sont placés à l'échelon I
> 200 sont placés à l'échelon II
> 75 sont placés à l'échelon III
> 25 sont placés à l'échelon IV
>
> Chaque homme placé à l'échelon I est représenté par une unité d'aptitude complète, soit un total de 700 unités
> A chaque homme placé à l'échelon II, nous attribuons ¾ ou 75% d'une unité. Les 200 hommes représentent donc 200 x ¾ soit 150 unités
> Chaque homme placé à l'échelon III représente ½ unité, soit 75 x ½, 37,5 unités
> Chaque homme placé à l'échelon IV représente ¼ d'unité, soit 25 x ¼, 6,25 unités.
>
> 893,75
>
> Ainsi, grâce à cette méthode, certes quelque peu artificielle mais néanmoins adaptée, le bataillon d'hommes examinés représente un total de 893,75 unités d'aptitude ou – pour le dire plus

[94] GALLOWAY James, « Medical examination of men for military service: some of its problems, lessons and results », *Contributions to medical and biological research*, 1919, p. 665-679, ici p. 672.
[95] Pour le détail des quatre échelons, voir chapitre 6.

> simplement – la somme d'aptitude s'élève à 89,375% du total possible. L'indice d'aptitude de ce groupe peut être désigné par la valeur 89,3[96].

Le système permet donc d'attribuer une note à un collectif en fonction de la valeur supposée de ses membres. À la classification en quatre échelons, déjà hiérarchique dans son principe, Arthur Keith surajoute donc une échelle numérique de valeur humaine, dans laquelle la force contributive des individus est relative à celle d'un individu doté d'une force physique normale, ne souffrant d'aucune déficience physiologique et d'aucun trouble pathologique sérieux.

Attribuer une valeur à un groupe en fonction de son aptitude au service n'est pas une pratique entièrement neuve. François-Marie Taillepied de Bondy proposait ainsi en France en 1841 d'évaluer l'aptitude collective de chaque canton en amont du recrutement afin de mettre en place un prélèvement de conscrits prenant en compte les inégalités territoriales de santé. Il s'agissait alors de faire de la conscription – encore régie par le principe du tirage au sort – un « impôt de quotité » en rendant le prélèvement des conscrits proportionnel à la « *force contributive* » des cantons afin d'améliorer la « justice distributive[97] » de la conscription. Rien de tel dans la formule de Keith, qui est conçue avant tout comme un outil d'évaluation, mais elle s'inscrit dans cette série de tentatives visant à faire de l'aptitude une valeur collective jusque dans son expression mathématique.

L'indice de Keith est un outil empirique de formalisation des données qui présente les mêmes qualités que le Pignet. Facile et rapide à produire, puissamment évocateur, il permet d'abord des comparaisons à plusieurs échelles. En simplifiant la complexité du réel, il rend ensuite les données produites en grand nombre immédiatement lisibles, ainsi que le précise Keith :

> Avant toute investigation au sein de cette importante masse de données, la première question que nous devons régler est la suivante : quelle est la valeur étalon ? Quelle doit être la répartition des individus placés aux différents échelons I, II, III et IV dans une population dont la constitution est globalement satisfaisante[98] ?

---

[96] GALLOWAY James, « Medical examination of men for military service », *art. cit.,* p. 672. Pour une critique de la pertinence de cet indice, WINTER Jay, « Military Fitness and Civilian Health », *art. cit*.

[97] TAILLEPIED DE BONDY François-Marie, *Recrutement de l'armée. Observations pratiques sur les inégalités du mode actuel de répartition des continents entre les départements et les cantons, et proposition d'un nouveau mode*, Auxerre, E. Perriquet, 1841, p. 35. Le Pignet est aussi utilisé comme un indice collectif.

[98] « *In any enquiry into this great harvest of facts and figures the first question we have to settle is – what is to be counted an average crop? What ratio should the numbers of men in Grades I, II, III and IV, respectively bear to each other in a community of which the physique on the whole is satisfactory?* » in Ministry of National Service, *Report upon the Medical Examination, op. cit.*, p. 6.

Comme pour l'indice de Pignet, Keith définit des seuils numériques entre les différentes catégories et une valeur seuil qui reflète la répartition normale de l'aptitude dans un groupe, 89,3, à partir de laquelle tous les résultats seront analysés en termes d'écart à la norme. L'*index of fitness* est à ce titre un « indice de l'état de santé de groupes de population en référence à ce que l'on peut considérer comme la norme[99] ». Il ne suffit pas, en effet, de constater que les potentielles recrues se répartissent inégalement dans les quatre catégories (36% à l'échelon I, 22-23% à l'échelon II, 31-32% à l'échelon III et plus de 10% à l'échelon IV). Encore faut-il déterminer ce que l'on considère être la répartition normale au sein de ces quatre catégories. C'est à partir de cette répartition que Keith construit son indice qui doit révéler en un chiffre la conformité du groupe avec la norme. Les résultats sont ainsi immédiatement et facilement lisibles sans qu'il soit nécessaire de passer par l'observation fastidieuse de la répartition dans chacune des quatre catégories :

Tableau 30 : Écarts à la norme au niveau national selon l'indice de Keith, pour cent recrues

	Population normale	**Recrues britanniques 1917-1918**
Échelon I	70	36
Échelon II	20	22,5
Échelon III	7,5	31,3
Échelon IV	2,5	10,2
Indice de Keith	89,3	70,9

Source : *Report upon the Physical Examination*[100]

La référence n'est pas explicite mais il est évident que la construction de l'indice et le calcul de la valeur seuil reposent sur le modèle de distribution binomiale des qualités d'Adolphe Quetelet (1796-1874). L'astronome et statisticien belge a en effet emprunté au calcul des probabilités, tel qu'il se pratique alors en France, la loi normale ou loi des erreurs qui permet de représenter sous la forme d'une courbe de Gauss, ou courbe en cloche, la répartition des observations successives et imparfaites d'un même objet[101]. En étudiant la distribution de la

[99] « *An index of the condition of groups of the population as compared with what was considered the normal standard* » in GALLOWAY James, « Medical examination of men for military service », *art. cit.*, p. 671.
[100] Ministry of National Service, *Report upon the Physical Examination, op. cit.*, p. 4.
[101] QUETELET Adolphe, *Sur l'homme et le développement de ses facultés. Essai de physique sociale*, Paris, Bachelier, 1835. Sur le raisonnement de Quetelet : ARMATTE Michel, *Histoire du modèle linéaire. Formes et usages en statistique et économétrie jusqu'en 1945*, Thèse de doctorat, EHESS, Paris, 1995. Il y analyse les étapes du raisonnement de Quetelet à partir de la « Lettre n° 20 au Prince de Saxe-Cobourg » ; DESROSIERES Alain, *Pour*

taille des conscrits d'un régiment, Quetelet remarque dans les années 1830 que cette distribution est régulière et peut être également représentée sous la forme d'une courbe gaussienne. Autrement dit, les caractéristiques physiques se concentrent autour d'une valeur moyenne, « cause constante » vers laquelle tend l'homme moyen. Plus on s'éloigne de la moyenne, plus l'occurrence de la mesure est rare. Analysant les données produites par la statistique administrative, Quetelet constate que d'autres caractéristiques physiques, sociales et morales (poids, périmètre thoracique, mariage, suicide, crimes) obéissent à un modèle de régularité similaire. Il transpose alors la loi normale des probabilistes à son travail d'anthropologie physique et morale et donne naissance à la loi binomiale de distribution des qualités.

C'est cette loi qui est à l'origine de la réflexion d'Arthur Keith sur la répartition des caractéristiques physiques des conscrits. Après avoir étudié les rapports des huit premiers mois de travail du Ministère, il déclare en août 1918 que, comme la taille, l'aptitude physique générale est très probablement une caractéristique théoriquement répartie de manière régulière au sein de la population :

> Nous avons toutes les raisons de penser des enquêtes déjà réalisées que l'aptitude physique, qualité qui détermine le classement des hommes en échelons, est distribuée parmi les recrues exactement de la même façon que certaines caractéristiques physiques mesurables telle la taille.

À partir d'une enquête réalisée sur la répartition de la taille de 1000 étudiants de Cambridge, il construit un modèle de régularité de la distribution de l'aptitude :

> […] Ainsi, s'il s'avérait que l'aptitude est répartie au sein de la population masculine de la même manière que la taille, on devrait obtenir pour 1000 hommes, sept compagnies d'hommes placés à l'échelon I, deux compagnies à l'échelon II et une dernière compagnie composée de trois pelotons d'hommes à l'échelon III et un peloton à l'échelon IV[102].

Pour lui, l'aptitude est donc la moyenne, la « cause constante » pour employer le vocabulaire de Quetelet, vers laquelle tend l'organisme humain. Plus on s'éloigne des conditions physiques de l'aptitude, plus les individus doivent se raréfier. L'intuition de Keith se trouve renforcée par l'étude des premiers rapports de la statistique médicale du recrutement. Les chiffres des mineurs de Cardiff et Newport, communiqués par le rapport du directeur de la circonscription

---

une sociologie critique de la quantification, *op. cit.*, Chapitre 14 « Quetelet et la sociologie quantitative : du piédestal à l'oubli ». Pour des éléments sur la diffusion à l'international de ses théories : HALBWACHS Maurice, *La théorie de l'homme moyen – Essai sur Quetelet et la statistique morale*, Paris, Alcan, 1912 ; LOTTIN Joseph, *Quetelet, statisticien et sociologue*, Louvain, Institut supérieur de philosophie, Paris, Alcan, 1912.

[102] « *We have every reason from the past enquiries to suppose that Physical Fitness, the quality which separates men into Grades, will be distributed amongst recruits exactly as are certain qualities capable of each measurement* », « Letter from Arthur Keith » in Ministry of National Service, *Report upon the physical examination, op. cit*., p. 6.

administrative du Pays de Galles, ainsi que ceux des mineurs de Wigan et Ashton-in-Makerfield, communiqués par le rapport du directeur de la Région Nord-Ouest, reflètent « exactement les proportions que l'on attendrait d'une population normale selon les bases théoriques que nous avons exposées[103] », se félicite Keith. À partir de là, il devient facile, grâce à l'indice, de repérer les écarts à la norme et surtout, d'identifier les groupes qui s'écartent particulièrement de la valeur étalon. Les 7 728 hommes examinés à Leicester en juin ne représentent ainsi que 630 unités d'aptitude au lieu de la valeur moyenne de 893. L'indice s'élève donc à 63, il est donc, s'inquiète Keith, 26,3 degrés en dessous de ce qu'on serait en droit d'attendre.

L'indice de Keith est utilisé dans les premiers temps comme outil de contrôle du travail des commissions médicales de recrutement. Il se prête à des représentations sous forme tabulaire, qui mettent en regard l'état général de santé de différentes catégories. James Galloway évoque ainsi dans un article paru en 1919 les données fournies par un inspecteur de l'activité des commissions médicales, envoyé dans une région industrielle pour rendre compte du pourcentage relativement élevé d'individus placé en échelon III. L'indice permet de mettre en évidence de manière frappante d'importantes divergences dans le physique des populations. La répartition dans les quatre échelons et les indices sont ventilés dans des tableaux par secteurs d'activité. Les ouvriers travaillant dans l'industrie textile apparaissent ainsi caractérisés par des indices compris entre 74,37 et 77,19, soit très en dessous de la valeur normale de 89,3. Tandis que les agriculteurs et certains groupes de mineurs se rapprochent de la norme, avec des valeurs entre 89,88 et 88,88. La rationalité de la quantification donne aux assertions du rapport une autorité qui vise à les rendre indiscutables. L'indice permet de traduire dans le langage universel de l'objectivité chiffrée de simples impressions qui, même formulées par un œil averti, ne peuvent rester que subjectives et donc sujettes à caution. Ainsi l'inspecteur souligne-t-il dans son rapport l'intérêt de la représentation statistique :

> L'écart, déjà net dans la salle d'attente, devient frappant dans la chambre d'examen. Au même âge, la constitution des mineurs apparaît bien meilleure que celles des ouvriers des filatures de

[103] « *Thus we expect, if physical fitness is distributed in our manhood as stature is, that of a thousand men examined we should obtain 7 companies of Grad I men, two companies of Grade II men, and a remaining company with three platoons of Grade III and one of Grade IV Men. We see from the returns sent in by the Commissioner for the Welsh Region, giving the results of recruiting amongst the colliers of Cardiff and Newport, and by the Commissioner for the NW Region for the colliers of Wigan and Ashton-in-Makerfield, that the proportion of men in the various Grades is exactly such as we expect a fit population to yield on the theoretical grounds which have been stated above*. », « Letter from Arthur Keith » in Ministry of National Service, *Report upon the physical examination, op. cit*., p. 6.

> coton, les mineurs forment une catégorie athlétique et bien développée. Cet écart se manifeste de manière plus exacte encore dans les rapports[104].

Grâce à la statistique en général et à l'indice de Keith en particulier, les inégalités socio-professionnelles de santé sont rendues à la fois visibles et indiscutables. De nombreux articles de la presse générale et spécialisée reprennent ainsi les conclusions du rapport à l'appui de constats souvent alarmistes sur l'état de santé de la population. Ainsi E. P. Cathcart, médecin instructeur en physiologie et membre du comité consultatif d'hygiène militaire s'inquiète-t-il :

> Si l'on nous avait interrogé en 1914 sur la condition physique de la nation, la plupart d'entre nous aurait rejeté la simple idée que notre population puisse être composée d'individu de type C3 (si tant est que cette classification eût alors cours). Nous étions alors satisfaits et contents de la condition physique de notre peuple. […] Depuis la guerre, il n'est plus possible de se voiler la face. Nous étions nombreux à avoir entendu des rumeurs, quelques-uns d'entre nous avaient même vu de leurs yeux la situation réelle. Tout cela est désormais de notoriété publique. Le récent volume publié par le Ministère du Service national achève notre déconvenue. Elle est terrible et déchirante. […] Rendons-nous compte, si les chiffres avancés par Keith sont une estimation correcte de la situation, dans notre pays, au lieu de 70% d'échelons I, on en trouve 35,9% ; les échelons II représentent 22,6% au lieu de 20% ; les échelons III 31,2% au lieu de 7,5 et les échelons IV 10,3% au lieu de 2,5%[105].

2. Orienter la lecture des données ou la politique des indicateurs

Les indices, outils techniques, sont aussi des politiques et stratégiques. L'adoption d'un système ou d'un autre peut constituer une mesure politique. On peut observer l'activité de l'administration statistique pendant la guerre en reprenant l'approche proposée par Laurent Thévenot qui plaide pour une élucidation de la « politique des statistiques » au sens où formes statistiques et constructions politiques sont étroitement imbriquées et s'influencent

[104] « *The difference is marked even in the waiting room, and becomes striking in the examination hall. Age for age the colliers strip much better than the cotton-mill operatives, and are as a class muscular and well-developed. The difference is revealed in a more exact manner by the returns* » in *Report upon the Condition of 2994 Men, Examined in Neighboring Areas of Boards D and E*, cité par GALLOWAY James, « Medical examination of men for military service », *art. cit.*, p. 675.

[105] « *Most of us, if we had been asked in 1914 about the physical fitness of the nation, would have resented the imputation that we had a C3 (if the term had then been in existence) population. We were complacent and happy about the physique of the people. […] The war tore away the bandage from our eyes. Many of us heard rumours, and some of us had seen for ourselves, the actual conditions. Now it is public property. The volume recently published by the Ministry of National Service completes our discomfiture. It is terrible and heartbreaking. […] Think of it, if Keith's figures be taken as a correct estimate, that in this country in place of 70 percent Grade I, there is only 35,9 per cent; of Grade II, 22,6 instead of 20 per cent; of Grade III, 31,2 per cent instead of 7,5 per cent, and of Grade IV, 10,3 per cent instead of 2,5 per cent* » in CATHCART E. P., « Physical training », *Journal of the Royal Army Medical Corps*, 1er août, 1920, p. 175-183, ici p. 177. Voir annexe n° 60.

mutuellement[106]. La formation d'entité collectives désingularisées et qualifiées par le traitement administratif rend ainsi compte de la confection de formes politiques. Si l'indice d'aptitude a la préférence de l'administration britannique du recrutement par rapport à d'autres outils déjà disponibles, c'est pour les raisons scientifiques évoquées ci-dessus mais aussi et surtout pour des raisons doublement politiques. La formule de Keith autorise d'abord un traitement eugéniste des statistiques médicales du recrutement. Elle limite ensuite les possibilités de contestation du nouveau système de sélection médicale des recrues mis en place dans un contexte de crise à la fin de 1917.

Cet indice révèle la prégnance du modèle eugéniste dans les milieux scientifiques britanniques. L'histoire de la statistique mathématique, partie des travaux de l'astronome et statisticien belge Alphonse Quetelet sur la distribution des attributs physiques et moraux au sein de la population, est marquée en Grande-Bretagne par la pensée darwiniste de l'évolution héréditaire des espèces via la sélection naturelle[107]. Dans son essai *Sur l'homme et le développement de ses facultés*, Quetelet emprunte la « loi des erreurs » à la théorie probabiliste et ébauche une anthropologie à la fois physique et culturelle qui examine simultanément les caractéristiques physiques, morales et sociales[108]. Ce faisant, il se concentre sur les caractéristiques des hommes, la constance de leur distribution et leur oscillation autour d'une valeur moyenne. Il élabore son modèle de distribution binomial des qualités à partir des variables physiques bien connues des commissions de recrutement que sont le poids, la taille et le périmètre thoracique.

En France comme en Angleterre, les travaux de Quetelet sont introduits par des médecins actifs sur les questions d'hygiène[109]. L'essor de la théorie statistique en Grande-Bretagne doit beaucoup aux eugénistes Francis Galton (1822-1911) et Karl Pearson (1857-1936). Ce sont les sociétés d'eugénique qui contribuent à systématiser la collecte de

[106] THEVENOT Laurent, « Statistique et politique. La normalité du collectif », *Politix. Revue des sciences sociales du politique*, 1994, n°25, p. 5-20 ; « La politique des statistiques », *op. cit*. Les réflexions de Laurent Thévenot s'inscrivent dans le prolongement des recherches de Donald Mackenzie, MACKENZIE Donald, *Statistics in Britain, op. cit.*, et d'Alain Desrosières, DESROSIERES Alain, THEVENOT Laurent, *Les catégories socio-professionnelles*, Paris, La découverte, 1988.

[107] BENZECRI Jean-Paul, *Histoire et préhistoire de l'analyse des données*, Paris, Dunod, 1982 ; DESROSIERES Alain, « Histoire de formes », *art. cit.,* p. 289 ; MACKENZIE Donald, *Statistics in Britain op. cit.* ; Sur l'analyse factorielle, GOULD Stephen, *La mal-mesure de l'homme*, *op. cit.* ; WALKER Helen, *Studies in the history of statistics*, London, King, 1929.

[108] QUETELET Adolphe, *Sur l'homme et le développement de ses facultés, op. cit.* ; LOTTIN Joseph, *Quetelet, statisticien et sociologue, op. cit*.

[109] Sur la France, voir DESROSIERES Alain, « Histoire de formes », *art. cit.,* p. 281.

l'exploitation statistique[110]. Sous l'influence de Darwin, Francis Galton incite à examiner non pas, comme le fait Quetelet, les caractéristiques moyennes des hommes, mais leurs différences et la distribution inégalitaire des capacités. C'est lui qui oriente l'étude des caractéristiques humaines vers la variabilité et le classement des individus. Pearson, qui prolonge et développe le travail de Francis Galton, est à l'origine d'une véritable école biométrique, particulièrement active entre 1900 et 1914, dont l'organe de diffusion est la revue *Biometrika*[111]. Dans le laboratoire de biométrie de l'Université de Londres, les activités statistiques et eugéniques sont étroitement associées jusque dans les années 1920. Les présupposés de l'eugénisme – héritabilité des caractères, inégale répartition des qualités, détermination de la valeur sociale des individus en fonction de leurs aptitudes, sélection comme modalité d'amélioration de la société – influencent durablement les travaux statistiques de biométrie britannique. Sur le plan des postulats théoriques comme sur celui de l'outillage mathématique, ces présupposés se révèlent parfaitement transposables à l'activité qui consiste à classer les recrues en catégories et à interpréter les résultats de ce classement à différentes échelles.

C'est en effet à partir du classement des individus par les commissions médicales qu'Arthur Keith élabore son indice. Anatomiste et anthropologue, membre du comité consultatif du Ministère, Keith est justement un penseur du darwinisme social, des théories évolutionnistes de la sélection naturelle et de la hiérarchie des groupes humains[112]. En déterminant une différence mesurable de qualité entre les individus, il entend fonder une hiérarchie sociale sur une base biologique. Comme Francis Galton, il s'intéresse donc davantage au classement qu'au niveau de performance par lequel ce rang est atteint. Il délègue l'étude de la performance aux commissions médicales qui travaillent, en amont de l'activité statistique, à répartir les recrues potentielles dans les quatre classes d'équivalence déjà construites par les nécessités du triage médico-administratif[113]. Ces commissions ont déjà fourni une part importante du travail statistique qui consiste à associer des groupes à des comportements potentiels, des capacités concernant le comportement probable des individus au

[110] MAZUMDAR Pauline, *Eugenics, Human Genetics and Human Failings: the Eugenics Society, its Sources and its Critics*, London, Routledge, 1992 ; Sur les liens entre eugénisme et statistique britannique, MACKENZIE Donald, *Statistics in Britain, op. cit.*.

[111] L'anthropologie physique prend alors le nom de biométrie.

[112] *Biographical Index of Former Fellows of the Royal Society of Edinburgh 1783–2002*, The Royal Society of Edinburgh, 2006 ; KEITH Arthur, *An Autobiography*, Londres, Watts & Co., 1950 ; voir aussi BERNARD Alan, *Social Anthropology and Human origins*, Cambridge, Cambridge University Press, 2011, p. 10.

[113] Sur la constitution de personnes collectives, voir BOLTANSKI Luc, *Les cadres. La formation d'un groupe social,* Paris, Éditions de Minuit, 1982 ; sur les opérations de rapprochement et de traitement des personnes, voir BOLTANSKI Luc, THEVENOT Laurent, « Finding One's Way in Social Space : A Study Based on Games », *Social Sciences Information*, vol. 22, n°4-5, 1983.

sein de l'institution militaire. Laurent Thévenot parle de qualification pour décrire ce processus[114]. Par le système de classement, de répartition dans les quatre catégories hiérarchisées, les individus sont qualifiés c'est-à-dire associés à un potentiel, à un degré d'efficacité relatif au milieu dans lequel ils doivent être plongés à l'issue de leur incorporation. L'indice de Keith reprend ces classes physiologiques et psychologiques d'équivalence et les associe à des valeurs numériques. Son indice, exprimé en fraction de la valeur à la fois normale, pleine et entière de 1, repose sur une théorie eugénique de la valeur différentielle des individus. En dehors de la catégorie I et de sa valeur associée 1, qui correspond à l'état de pleine santé et à une constitution robuste, il ne peut exister que des humanités dégradées, demis ou quarts de valeur.

Si l'indice de Keith, comme instrument mathématique de formalisation des données, est informé par les représentations politiques de la communauté scientifique dans laquelle il se déploie, il est également instrumentalisé à des fins stratégiques. Ainsi que le souligne Théodore Porter, les chiffres, les courbes et les formules forment « la base de stratégies de communication [et] sont étroitement liés à des formes de communautés et par conséquent à l'identité sociale des chercheurs[115] ». L'indice participe du dispositif qui entend clore la séquence de crise politique ouverte en 1916 avec l'introduction de la conscription, quand reprochait aux médecins d'établir des diagnostics hâtifs et d'incorporer des hommes inaptes au service armé. Face au mécontentement de l'opinion, la procédure avait été démilitarisée, réformée et la nomenclature révisée[116].

Le rapport de 1920 consacre son introduction au rappel des errements du précédent système et son premier chapitre à défendre la valeur de la classification en quatre échelons. L'indice de Keith est introduit au troisième chapitre et est utilisé constamment dans les pages qui suivent pour mesurer l'écart à la norme de l'aptitude de groupes aussi bien régionaux que socio-professionnels[117]. Il couronne un édifice de justification qui vise à souligner le fait que les

[114] THEVENOT Laurent, « La politique des statistiques », *art. cit.*, p. 1276.
[115] PORTER Theodore, *La confiance dans les chiffres*, *op. cit*., p. xviii
[116] Voir chapitres 5 et 6.
[117] À cet égard, on peut remarquer au passage que la présentation des résultats mêle, sans trancher, deux influences pourtant opposées dans le débat scientifique britannique, celle du GRO et du mouvement de santé publique d'une part et celle des eugénistes d'autre part. Pour les premiers, les découpages géographiques permettent d'expliquer les situations sociales et les inégalités de santé qui leur sont liées. Pour les autres, les phénomènes s'expliquent en termes de dégénérescence et de déchéance sociale, résultant d'attributs héréditaires, d'aptitudes résumables en une échelle ordonnée unidimensionnelle. Voir sur cette opposition SZRETER Simon, « The GRO and the Public Health Movement in Britain, 1837-1914 », *Social History of Medicine*, vol 4, n°3, Décembre 1991, p. 435-463 et DESROSIERES Alain, *La politique des grands nombres, op. cit.*, p. 208.

examens médicaux sont bien appuyés sur des bases scientifiques indiscutables. Les conclusions du rapport sont ainsi présentées par une série de chiffres issus d'une classification reposant sur l'état général de l'individu et non, comme dans les débats d'avant-guerre, par des mesures dont la précision était restée sujette à caution[118]. En créant sur mesure un outil d'interprétation des statistiques médicales du recrutement, le Ministère espère en outre en contrôler la réception et limiter la contestation du nouveau système. En effet, il n'est possible de manier l'indice de Keith qu'à partir d'une classification déjà établie (échelons I, II, III, IV). Contrairement au Pignet, qui permet aux hygiénistes de contester les modalités de la sélection médicale des recrues en soulignant l'inaptitude de certaines d'entre elles, l'*index of fitness* interdit toute remise en cause de la catégorisation individuelle effectuée en amont par le corps médical puisqu'il n'intervient justement qu'en aval de celle-ci. En cela il est un outil de la réforme administrative et politique de 1917. L'argumentaire du rapport et la structuration de l'indice sont ainsi repris tels quels dans l'article du *British Medical Journal* qui en fait état et souligne le caractère « particulièrement intéressant » de l'entreprise :

> Sans détailler la méthode de calcul de l'indice, on peut ici constater qu'il s'établit à 89,3 pour un groupe normalement constitué. L'indice de l'ensemble du Royaume-Uni se situe à 70,9, un déficit de 18,4 sur l'échelle de Keith[119].

III. Interpréter et diffuser (1915-1923)

Une fois les données des opérations médicales du recrutement collectées et les outils cognitifs nécessaires à leur analyse soigneusement choisis, l'information statistique est mise à disposition, bien souvent à l'issue du conflit. Elle sert à diverses entreprises de description chiffrée de la société en guerre destinées à servir l'action politique. Il peut s'agir de dresser le bilan sanitaire de quatre années de guerre et d'en tirer des leçons pour les conflits futurs ou de contribuer plus généralement à un débat brûlant sur l'état de santé de la population, tout en verrouillant la réception des statistiques afin de clore définitivement une séquence de crise politique.

---

[118] FLOUD Roderick, HARRIS Bernard, « Health, Height and Welfare: Britain 1700-1980 », in STECKEL Richard, FLOUD Roderick (dir.), *Health and Welfare during Industrialization*, op. cit.

[119] « *Without detailing the method by which this index is calculated it may here be stated that for a normally healthy group this index should be 89,3. The actual index for the whole of the United Kingdom was found to be 70,9, a deficit of 18,4 on Keith's standard* », in « A physical census of the Male population », *The British Medical Journal*, 6 mars, p. 333. Voir annexe n° 72.

1. La guerre après la guerre : temporalités de la mise à disposition des travaux statistiques

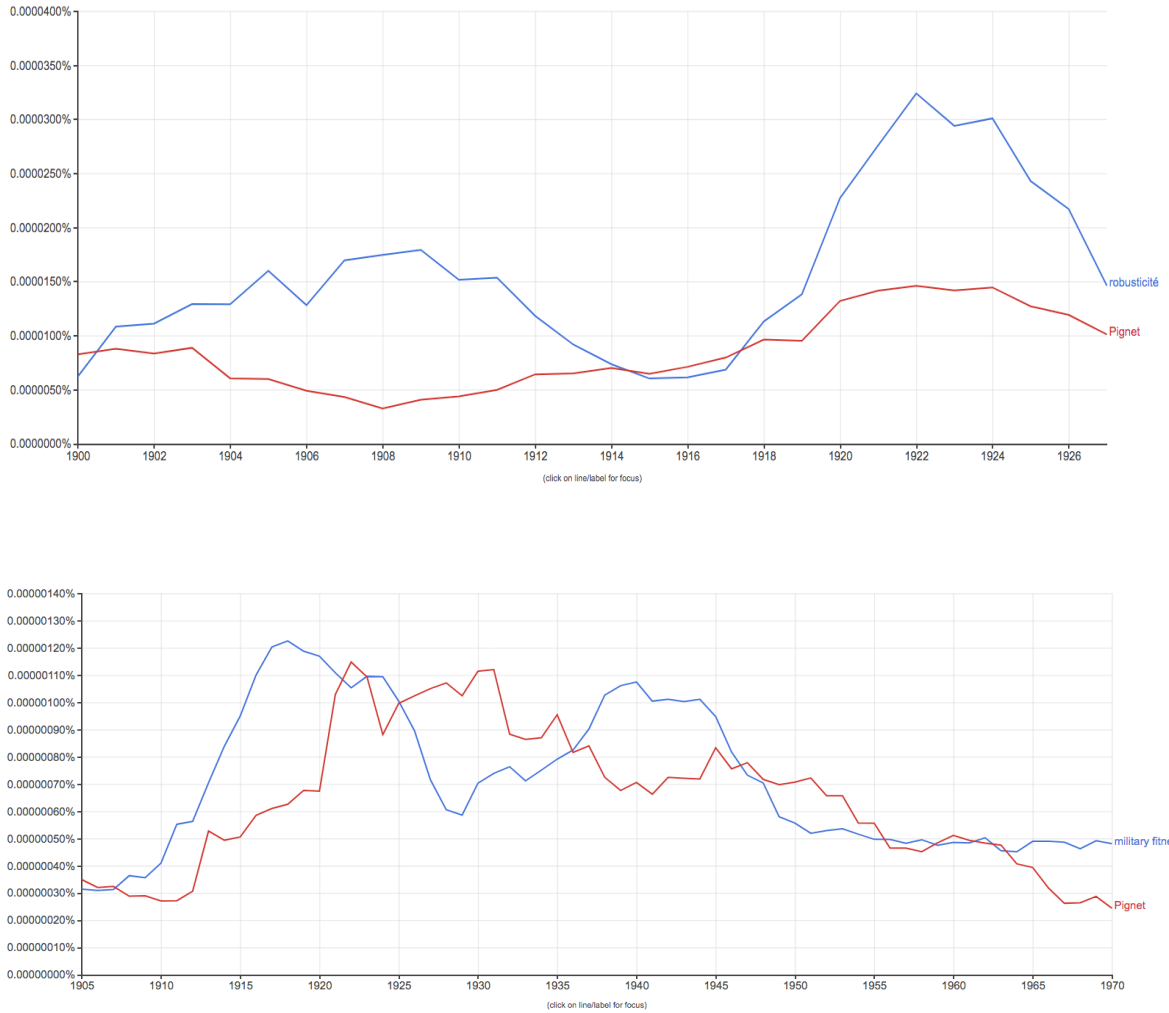
L'immédiat après-guerre est une période d'intense réflexion concernant l'aptitude au service militaire dans la lignée de la réflexion internationale entamée dans les années 1860[120]. La désorganisation du temps de la guerre, la masse des données collectées et le caractère sensible de certaines d'entre elles conduisent bien souvent à une mise à disposition différée des analyses statistiques. L'essentiel des réflexions et des publications de l'immédiat après-guerre relatives à la sélection médicale porte ainsi sur les données collectées pendant le conflit lui-même. Une recherche sur l'ample corpus des ouvrages intégralement numérisés par Google permet de souligner ce phénomène. Sans pour autant prétendre offrir une analyse lexicométrique rigoureuse, l'application *Ngram Viewer* permet d'avoir un aperçu de l'importance relative d'un terme[121]. On constate ainsi que les occurrences de mots se rapportant de manière privilégiée à la question de l'aptitude au service armé, tels « robusticité » ou

[120] HARTMANN Heinrich, *The Body Populace, op. cit.*, p. 8-10

[121] Sur ce corpus et ses possibles applications cf. MICHEL Jean-Baptiste *et al*, « Quantitative analysis of culture using millions of digitized books », *Science*, 331, 6014, 2011, p. 176-182 ; HERAN François, « La démographie et son vocabulaire au fil des siècles : une exploration numérique », *Population & Sociétés*, 505, 11, 2013 ; ROSENTAL Paul-André, *Destins de l'eugénisme*, Paris, Seuil, 2016, p. 373.

« Pignet », se multiplient surtout après la guerre, jusqu'en 1922-1924 où elles atteignent un plateau avant de se raréfier à nouveau.

Graphique 3 : Variabilité de l'occurrence des termes clefs de l'aptitude



Source : *Ngram Viewer*

L'immédiat après-guerre voit donc fleurir nombre de rapports chiffrés rétrospectifs de la Grande Guerre, travaux statistiques dont la pratique s'est diffusée dès le milieu du XIX^e^ siècle[122]. En France, les comptes-rendus annuels sur le recrutement de l'armée portant sur les années 1914 à 1916 ne sont publiés qu'en 1919. Les informations portant sur les années 1917 et 1918 paraissent en 1920. La même année, le Service de santé fait circuler une « Note au sujet de l'âge et de l'époque d'incorporation des futurs contingents » qui compile et analyse

[122] COOTER Roger, « Of War and Epidemics: Unnatural Coupling, Problematic Conceptions », *Social History of Medicine*, vol. 16, n° 2, août 2003, p. 283-302.

des statistiques de 1913 à 1920[123]. En Grande-Bretagne, l'important rapport ministériel sur les examens médicaux est mis en circulation en 1920[124]. À ces publications officielles des services de l'État, remarquables par la quantité des données synthétisées, s'ajoute toute une série d'articles et d'ouvrages de particuliers. Ces publications commentent les statistiques mises à disposition par l'État, tel le *British Medical Journal* du 6 mars 1920, qui consacre huit colonnes au rapport ministériel[125]. Elles émettent également des analyses issues d'entreprises de collecte menées par les experts eux-mêmes. Adrien Besson publie en 1921 *De l'Évaluation de l'aptitude physique au service militaire des jeunes sujets*, qui s'appuie sur les statistiques relatives aux années 1915 à 1917 qu'il a lui-même recueillies[126]. J. Kirk, ophtalmologue écossais, publie la même année ses observations sur l'aptitude visuelle, à partir de données recueillies sur 16 000 recrues examinées de mars à novembre 1918[127]. Le temps de la paix est d'abord orienté vers les leçons à tirer du conflit. On peut considérer que la période de commentaire des statistiques de guerre s'étend environ jusqu'en 1923, puis, à partir de 1924, les publications n'utilisent que des données postérieures au conflit. Ainsi le rapport du Ministère de la guerre britannique portant sur les handicaps des recrues, publié en 1924, porte sur des données collectées entre 1921 et 1923[128].

2. Le rôle des chiffres dans les réformes militaires d'après-guerre

Tout en s'inscrivant dans la lignée des nombreuses études discutant l'évaluation de l'aptitude au service, le travail d'Adrien Besson se présente comme un bilan de l'activité des commissions médicales pendant les quatre années de guerre. Le livre est un essai de statistique théorique où le médecin ne se contente pas de décrire sa méthode, mais la justifie longuement et la replace dans les débats épistémologiques des indices d'aptitude. Il y fait part de ses observations d'expert en s'appuyant sur un important travail d'analyse chiffré. Après avoir

[123] SHD, GR 9 NN 7/1102. Note au sujet de l'âge et de l'époque d'incorporation des futurs contingents au point de vue sanitaire. 12 novembre 1920. SHD, GR 9 NN 7/1102. Maladies contagieuses parmi les jeunes soldats des classes 1917-1918-1919-1920 pendant les 5 premiers mois d'incorporation.
[124] *Report upon the Physical Examination, op. cit*.
[125] « A Physical Census of the Male Population », *British Medical Journal*, 6 mars 1920, p. 331-335. Voir annexe n° 72.
[126] BESSON Adrien, *De l'Évaluation de l'aptitude physique, op. cit*.
[127] « Sight Efficiency in the General Population », *The British Medical Journal*, 2 juillet 1921, p. 8.
[128] WL, RAMC/609 : Box 130, *Interim Report of the (War Office) Committee on certain medical disabilities of recrutis : diseases of the middle ear, loss and decay of many teeth, and flat, feet*, 1924. Voir aussi WALLACE J., *The Medical examination of recruits during the Great War and the subsequent medical boarding of pensioners in consequence of that war*, DM, Oxford, 1924.

discuté de la pertinence de l'indice de robusticité de Pignet, il en conclut à sa « valeur réelle[129] », appuyée sur la critique systématique de la littérature scientifique, ainsi que sur le relevé personnel des mesures de 6 093 sujets. Il prend soin de justifier la solidité de ses arguments par l'étendue de son échantillon, bien supérieur à celui des études de référence de Pignet et Corcelle qui avaient respectivement travaillé sur 510 et 125 sujets[130]. En discutant de la valeur de l'indice de robusticité, l'ouvrage s'inscrit dans le champ de l'expertise et de la discussion scientifiques à des fins militaires[131]. D'autres ouvrages ont une ambition plus large et utilisent leurs observations sur les recrues pour des entreprises de recherche plus ou moins ambitieuses[132]. Il n'est pas rare que les publications se positionnent dans le champ scientifique tout en servant des objectifs militaires. Dès 1915, Samuel Beggs inclut dans *The Selection of the Recruit*, des éléments d'enquête anthropométrique. Le double objectif de l'ouvrage, à la fois manuel pratique de médecine militaire et enquête anthropologique, est annoncé dès la préface : « Ce petit volume est publié dans l'espoir qu'il participe à la réflexion scientifique sur le problème du recrutement. […] L'enquête statistique s'appuie sur les chiffres officiels et servira d'étude anthropométrique[133]. »

Les études statistiques ou les données recueillies sont analysées par des individus, ainsi que par des organes de conseil du gouvernement, en vue d'en tirer des recommandations sur la politique de recrutement et de gestion des troupes. En Grande-Bretagne, E. P. Cathcart s'appuie ainsi sur les données du rapport de 1920 pour formuler les principes d'un entraînement militaire dont les modalités scientifiques seraient adaptées à la condition physique et mentale, parfois chancelante, des recrues[134]. Mais les données issues de l'examen médical du recrutement ne sont pas les seules à être considérées pour établir un tableau de la constitution physique des appelés. En France, les statistiques épidémiologiques des recrues durant les mois suivant

[129] BESSON Adrien, *De l'Évaluation de l'aptitude physique, op. cit.*, p. 28
[130] BESSON Adrien, *De l'Évaluation de l'aptitude physique, op. cit.*, p. 29. Il fait référence à PIGNET Maurice, « Valeur numérique de l'homme. Nouveau mode d'appréciation de la force physique exprimée par un nombre tiré de la comparaison des trois mensurations : taille, périmètre et poids », *Archives médicales d'Angers*, n°8, 9, 10, 1900 et CORCELLE, *De la valeur du coefficient de robusticité Pignet et de la pression dynamométrique manuelle comme éléments de pronostic morbide*, thèse de doctorat de Bordeaux, 1904.
[131] Chapitre 1.
[132] RUSSELL WELLS S., « A collective investigation of ten thousand recruits with doubtful heart conditions », *British Medical Journal*, 18 mai 1918, p. 556, 7 septembre 1918, p. 210, 16 avril 1919, p. 510.
[133] « *This small volume is issued on the hope that it may add interest to the Recruiting problem from a scientific standpoint. […] The statistical investigation is based on official records, and will serve as a study on anthropometry* » in BEGGS Samuel Thomas, *The selection of the recruit*, Baillière, Tindall and Cox, Londres, 1915, p. v.
[134] CATHCART E. P., « Physical training », *Journal of the Royal Army Medical Corps*, August 1 1920, p. 175-183, notamment p. 177.

l'incorporation font l'objet de toutes les attentions[135]. Le fléchissement physique des soldats est ainsi estimé à l'aune de leur résistance aux maladies telles la rougeole, les oreillons, la scarlatine, la diphtérie, la méningite cérébro-spinale, les maladies typhoïdes et la dysenterie[136].

En France, ce sont la Commission Supérieure consultative d'hygiène et d'épidémiologie militaire, le Comité Consultatif de Santé et l'Académie de Médecine qui sont appelés par le Ministère de la Guerre à rendre des conclusions sur la base des statistiques produites par le Service de santé. Ces expertises visent à faciliter l'élaboration d'une nouvelle loi militaire, destinée à réviser celle de 1913 et, en tirant les leçons du conflit, à l'adapter au contexte d'après-guerre[137]. Proposé à la Chambre des députés dès décembre 1920, le projet finir par aboutir en 1923. Dès la fin de l'année 1920, la Commission consultative d'hygiène et d'épidémiologie militaire est sollicitée pour émettre des recommandations concernant notamment l'âge et la saison de l'incorporation[138]. C'est pour elle l'occasion de réexaminer les statistiques des quatre années de guerre pour en faire le bilan et tenter de peser sur la conduite du recrutement. Elle se réunit le 20 novembre 1920 dans la salle d'Honneur de l'École d'Application Val-de-Grâce pour rendre ses conclusions[139]. La comparaison des maladies contagieuses chez les jeunes gens des classes 1917, 1918 lui permet de constater « la supériorité très marquée de l'état sanitaire de la classe 1918 sur celle de 1919[140] ». À l'aide des chiffres de morbidité moyenne mensuelle, de mortalité clinique et de mortalité, l'état sanitaire de la classe 1919 est déclaré meilleur que celui de la classe 1917, mais moins bon que celui de la classe 1918. Les chiffres de mortalité notamment des « maladies qui empruntent leur fréquence et aussi leur gravité à la saison froide », se répartissent comme suit :

[135] SHD, GR 9 NN 7/1101, Incorporation classe 1919. Statistiques et rapports, maladies contagieuses, valeur physique. Statistiques comparées avec les classes 1917 et 1918, « Étude comparée des maladies contagieuses chez les jeunes gens des classes 1917-1918 et 1919 pendant les trois premiers mois qui ont suivi l'incorporation. »
[136] SHD, GR 9 NN 7/1101, « Tableaux comparatifs des maladies contagieuses signalées chez les jeunes soldats des classes 1917-1918-1919 pendant les trois premiers mois d'incorporation ».
[137] Sur les critiques de la loi de 1913 au lendemain de la guerre, BOULANGER Philippe, « La nation armée nouvelle (1919-1922) », *Stratégique*, 1997-4, n°68, p. 129-155 ; sur les réformes militaires de l'immédiat après-guerre voir CREPIN Annie, *Histoire de la conscription*, Paris, Gallimard, 2009 ; BOULANGER Philippe, « Mutations et permanences de la conscription au début des années 20 : la loi sur le recrutement de l'armée du 1er avril 1923 », Note pour l'Institut Stratégie, disponible en ligne http://www.institut-strategie.fr/strat_7475_BOULANGER.html#Note4, consultée le 3 octobre 2019.
[138] SHD, GR 9 NN 7/1102, Dépêche ministérielle n° 16871 B 4/7 du 15/11/1920.
[139] SHD, GR 9 NN 7/1102, Commission supérieur consultative d'hygiène et d'épidémiologie militaire. Convocation. 15 Novembre 1920 ; SHD, GR 9 NN 7/1102, Commission supérieur consultative d'hygiène et d'épidémiologie militaire. Procès-verbal de la séance du 20 novembre 1920, 35 pages.
[140] SHD, GR 9 NN 7/1101, « Étude comparée des maladies contagieuses chez les jeunes gens des classes 1917 et 1918 pendant les cinq décades qui ont suivi l'incorporation ».

Tableau 31 : Nombre de décès dans les sept mois qui ont suivi l'incorporation (classes 1917 et 1918)

Maladies	Classe 1917	Classe 1918
Méningite cérébro-spinale	101	26
Rougeole	84	43
Scarlatine	59	12
Diphtérie	32	8
Oreillons	2	0
Fièvre typhoïde	9	10
Dysenterie	1	13

Source : SHD, GR 9 NN 7/1101[141]

En outre, « la classe 1918 compte, en définitive, 3 977 malades en moins (soit un tiers environ) que la casse 1917 ». La division statistique du Service de santé prend soin de justifier la comparabilité des échantillons choisis en soulignant que « les effectifs des deux classes 1917 et 1918 sont comparables, ainsi que les phases et le mode de leur entraînement[142] ». Elle tente ainsi de déterminer les facteurs pouvant influencer la résistance physique des jeunes recrues. Parmi ces variables, outre la sévérité de la sélection dont l'importance est sans cesse répétée, le Service de santé isole l'âge et l'époque de l'incorporation.

« L'aptitude à faire campagne aux pays chauds est très étroitement fonction de l'âge des soldats […] le jeune âge des éléments européens en service à l'AFL est encore un facteur qui intervient pour créer cet état de moindre résistance vis-à-vis du climat[143] ». L'âge pèserait donc sur la capacité des soldats à endurer les conditions du service, particulièrement dans les pays chauds. Ces réflexions s'inscrivent dans le débat déjà ancien et toujours renouvelé sur l'âge idéal du recrutement qui avait été réactivé par les débats de la loi de 1913 au moment où il était question d'alléger le service de trois ans en avançant d'une année l'âge de la conscription[144]. À la lumière des statistiques sanitaires issues d'une enquête portant sur 140 régiments de toutes armes, le Comité consultatif d'hygiène et d'épidémiologie s'était prononcé en juillet 1913

[141] *Ibid*, p. 2.
[142] *Ibid*, p. 2.
[143] SHD, GR 9 NN 7/1101, Âge des recrues et ravitaillement en hommes de troupe des divers TOE, p. 2.
[144] À titre d'exemple « L'incorporation à 20 ans », Article de *La France militaire. L'Avenir militaire*, *le Progrès militaire*, *le Territorial* et la *Vie militaire* réunis, n°8900, 29-30 juin 1913. Voir aussi SHD, GR 9 NN 7 1102, Abaissement à 20 ans de l'âge du recrutement, 20 mai 1913. Sur le critère de l'âge, voir chapitre 2 ; voir aussi Roynette, Crépin.

contre le principe de l'obligation légale de l'incorporation à 20 ans dans les conditions du recrutement d'alors[145] estimant que « le fait d'avancer d'une année le début du service militaire aurait la plus fâcheuse répercussion sur la santé des troupes et la conservation des effectifs[146] » « à raison de la morbidité élevée et des pertes qu'elle entraînerait parmi les soldats au cours de la première année de service[147] ». Toutefois, ces conclusions avaient été critiquées au motif que, « en temps de paix, les documents statistiques n'apportaient aucun renseignement décisif sur les conséquences sanitaires de l'incorporation à 20 ans[148] ». La reprise des activités statistiques dans l'immédiat après-guerre s'avère alors particulièrement intéressant dans la mesure où la convocation anticipée des classes a permis de collecter des données portant spécifiquement sur les très jeunes appelés, ainsi que le rappelle le Dr Vincent, Médecin Inspecteur Général et Inspecteur des services d'hygiène et d'épidémiologie de l'Armée :

> La classe 1917 a été incorporée en janvier 1916. Son âge moyen était très bas : 18 à 19 ans
> La classe 1918 a été incorporée en avril 1917. Les classes 1917 et 1918 avaient le même âge, mais la première a été incorporée en Janvier, la seconde en avril.
> La classe 1919 a été incorporée en avril 1918. Son âge moyen était de 19 ans.
> La classe 1920 (1ère fraction) a été incorporée le 25 Mars 1920 à 20 ans.
> Le Ministère de la Guerre a étudié la morbidité par maladie infectieuses pour chacun de ces classes, pendant les 3 premiers mois consécutifs à l'incorporation[149].

Les conclusions de l'analyse statistique, produites le 21 novembre 1920, pointent vers « l'appel du contingent entre 20 et 21 ans, plutôt qu'entre 19 et 20 ans[150] ». Elles reposent à la fois sur les données épidémiologiques de la guerre et sur des études ponctuelles, telle celle effectuée par le médecin-major Boigey, de la Société de Médecine militaire française, qui s'est efforcé de savoir s'il existait, entre les âges de 20 et 21 ans, une différence d'aptitude au service militaire en Allemagne et en Angleterre[151]. La réflexion se poursuit en 1921, lorsque l'Académie de Médecine, elle aussi sollicitée par le Ministère de la guerre, émet des

[145] SHD, GR 9 NN 7/1102, Avis du comité consultatif de Santé, Juillet 1913.
[146] SHD, GR 9 NN 7/1102, Note au sujet du recrutement de l'armée, 28 février 1913.
[147] SHD, GR 9 NN 7/1102, Note au sujet de l'incorporation des jeunes soldats, 17 mai 1913, p. 8.
[148] SHD, GR 9 NN 7/1102/1065, Incorporation à 20 ans. Note de la Direction du Service de Santé pour le Secrétariat Général. 9 juin 1913, p. 3.
[149] SHD, GR 9 NN 7/1102, Commission supérieure consultative d'hygiène et d'épidémiologie militaire. Procès-verbal de la séance du 20 novembre 1920, p. 7.
[150] SHD, GR 9 NN 7 1102, Note du Service de Santé au sujet de l'âge et de l'époque d'incorporation des futurs contingents au point de vue sanitaire. 12 novembre 1920, p. 7. Voir aussi GR 9 NN 7/1102. Commission Supérieure Consultative d'Hygiène et d'Épidémiologie Militaire au Ministre de la Guerre, 23 novembre 1920.
[151] SHD, GR 9 NN 7/1102, Commission supérieure consultative d'hygiène et d'épidémiologie militaire. Procès-verbal de la séance du 20 novembre 1920, p. 7-10.

recommandations similaires au cours de sa séance du mardi 4 Janvier qui parviennent à l'état-major de l'armée le 25 du même mois[152].

Parmi les facteurs susceptibles d'influer sur l'état du contingent, les statistiques mettent en évidence l'époque de l'incorporation. Les influences saisonnières sont décrites comme « un des facteurs secondaires les plus importants dans la genèse, l'expansion et la gravité des maladies endémo-épidémiques », notamment les mois de Décembre à Mars durant lesquels « l'influence déprimante du froid et du refroidissement […] diminue la résistance organique aux infections[153] ». Les dates d'incorporation font ainsi l'objet d'une attention redoublée[154]. On remarque ici la combinaison d'une hygiène environnementaliste traditionnelle, caractéristique de la survivance du néo-hippocratisme, et de l'influence de la théorie plus récente des germes[155]. Les statistiques permettent à la Commission Supérieure consultative d'hygiène et d'épidémiologie militaire de constater que :

> L'ensemble des chiffres – de morbidité et de mortalité – montre que la classe 1917, incorporée au début de l'hiver, le 10 janvier 1916, a été beaucoup plus éprouvée par la maladie et la mort dans les sept premiers mois de service, que la classe 1918, incorporée le 10 avril, c'est-à-dire au milieu du printemps[156].

Ceci lui permet de mettre « nettement en évidence le facteur saisonnier en ce qui a trait à la mortalité ». Enfin le chiffre des décès par rapport à celui des atteintes lui permet d'affirmer que le facteur saisonnier influence non seulement la fréquence des affections mais aussi leur gravité clinique. Après un examen minutieux des statistiques, la Commission conclut :

> La conclusion pratique au point de vue médical c'est que l'incorporation au 15 avril, si elle ne met pas absolument la jeune classe à l'abri contre les fièvres éruptives, les oreillons, la diphtérie et la méningite cérébro-spinale, diminue notablement leur fréquence et rend tout au moins leur gravité clinique notablement moindre, et si, d'autre part, cette date n'exclut pas la possibilité des manifestations de la fièvre typhoïde et de la dysenterie, elle permet toutefois à la vaccination antityphoïdique de donner son maximum de protection au moment de la période estivo-automnale, époque où la maladie a une tendance naturelle à devenir épidémique.

---

[152] SHD, GR 9 NN 7/1102/16839, Projet de lettre à Monsieur le Président de l'Académie de Médecine au sujet de diverses questions relatives à l'incorporation des jeunes soldats ; SHD GR 9 NN 7/1102/746, Note pour la 4e Direction. 24 Janvier 1921 ; SHD GR 9 NN 7/1102/778, Note pour l'État-Major de l'armée (1er bureau). 25 janvier 1921.

[153] *Ibid*.

[154] SHD, GR 9 NN 7/1101, Étude comparée des maladies contagieuses pendant les sept premiers mois de service chez les jeunes soldats des classes 1917-1918, depuis leur incorporation jusqu'à leur départ pour la Zone des Armées. Influence des dates d'incorporation sur la morbidité et la mortalité des jeunes soldats.

[155] JORLAND Gérard, *Une société à soigner. Hygiène et salubrité publiques en France au XIXe siècle*, Paris, Gallimard, 2010, p. 44-45 ; SARGENT Frederick, *Hippocratic Heritage: A History of Ideas about Weather and Human Health*, New York, Pergamon Press, 1982.

[156] *Ibid*., p. 1.

> Il ne reste donc plus, à ce moment, comme affection grave à combattre, que la dysenterie bacillaire, maladie dont le germe est connu, dont la prophylaxie est basée sur des règles bien définies et pour laquelle nous possédons un sérum curateur efficace.
>
> La conclusion est que la meilleure date pour l'incorporation d'une jeune classe est le milieu d'avril ou du printemps, opinion qui a été invariablement soutenue par les médecins militaires de carrière[157].

La décision d'incorporer les appelés en deux fractions annuelles dès le 30 mai 1920 conduit la Commission à isoler deux dates d'incorporation, le mois d'avril et le mois d'octobre. L'Académie de médecine aboutit à des conclusions proches, elles aussi appuyées sur l'étude approfondie des statistiques épidémiologiques :

> En ce qui concerne la date de l'incorporation, il est évident qu'il y a intérêt à la fixer à une époque durant laquelle les maladies épidémiques sont rares, aussi bien dans l'armée que dans la population civile. À cet égard, la seconde quinzaine d'avril et la seconde quinzaine de septembre me paraissent extrêmement favorables[158].

Ces conclusions sont envoyées au Ministère de la guerre en novembre 1920. Elles forment l'aboutissement d'une réflexion plus anciennes sur la date de l'incorporation au regard des « causes morbigènes qui atteignent les recrues pendant les premiers mois de la période d'incorporation[159] ». Et la réflexion de se poursuivre jusqu'en 1922, date à laquelle il est établi que les recommandations de l'Académie de médecine, celles de la Commission Supérieure d'Hygiène et d'Épidémiologie militaire et celles du Comité Consultatif de Santé concordent[160]. Les dates proposées par les experts médicaux sont légèrement infléchies par la Commission de l'Armée mais la loi militaire d'avril 1923 porte indubitablement des traces de ces conclusions rendues sur la base des statistiques de guerre[161]. Elle entérine des dispositions déjà en vigueur pour les classes 1920 et 1922. Le recrutement demeure fixé à vingt ans et il est précisé que :

---

[157] *Ibid*., p. 7. Voir aussi SHD, GR 9 NN 7/1102. Commission Supérieure Consultative d'Hygiène et d'Épidémiologie Militaire au Ministre de la Guerre, 23 novembre 1920.
[158] BERNARD Léon, « Sur la réponse à faire à M. le Ministre de la Guerre, au sujet de l'incorporation des jeunes soldats, au nom de la Section d'hygiène », *Bulletin de l'Académie nationale de médecine*, Paris, Masson, n°39, 3e série, tome LXXXIV, 1920, p. 320.
[159] SHD, GR 9 NN 7/1102. Note au sujet de l'âge et de l'époque d'incorporation des futurs contingents.
[160] SHD, GR 9 NN 7/1102/12688. Note pour l'État-Major de l'Armée, 29 novembre 1922.
[161] SHD, GR 9 NN 7/1102/190. Note pour l'État-Major de l'armée. Voir aussi, pour la fin du XIXe siècle, les réflexions de Léon Colin sur la date d'incorporation formulées au cours de la séance du 17 janvier 1899 de l'Académie nationale de médecine, in *Bulletin de l'Académie nationale de médecine*, n°3, 3e série, tome XLI, Paris, Masson,1899, p. 82-87.

> Les classes sont incorporées par moitié dans l'année qui suit celle du recensement, savoir : 1° au mois de mai, les jeunes gens nés avant le 1er juin de l'année de naissance du contingent ; 2° au mois de novembre, les jeunes gens nés à partir du 1er juin[162].

3. De l'enquête statistique à l'action politique (Angleterre, 1918-1920)

Statistiques et débat public

Certaines enquêtes statistiques espèrent porter leurs conclusions sur la scène publique. C'est le cas du rapport extensif sur l'examen médical des recrues britanniques, publié en 1920 par le Ministère du Service national[163]. Le document de 159 pages analyse les comptes-rendus statistiques régionaux élaborés pendant la guerre. Il est explicitement destiné au grand public, comme d'autres rapports statistiques ayant fait, en leur temps, le bilan de conflits antérieurs[164]. Certains extraits, notamment les photographies d'individus représentatifs des quatre échelons, sont publiés dans le *British Parliamentary Papers* afin d'attirer l'attention des députés sur les profondes disparités physiques existant en Angleterre[165]. Le rapport est conçu pour être lu et manipulé par des non-spécialistes, comme en témoigne le glossaire des termes médicaux et la dimension didactique de son propos[166]. Le caractère synthétique de l'indice de Keith participe aussi de cette entreprise de mise à disposition des données statistiques. Il est d'emblée proposé comme clef facilitant la lecture des résultats. Largement diffusé, le rapport est vendu en librairie pour un peu plus de 2 shillings. La publication suscite nombre de commentaires, de la part de la presse médicale mais aussi de la presse générale, qui se fait l'écho des inquiétudes relatives à la condition physique des soldats et d'une manière plus générale à la supposée détérioration de l'état de santé de la nation.

Pour le rapport de 1920, comme pour William Farr, pionnier de la statistique, « le principal atout de la nation » est « la santé de la population[167] ». Les débats sur la santé publique en temps de guerre sont étroitement associés à la question de la puissance militaire (*military*

---

[162] Loi militaire d'avril 1923, Articles 40 et 41.
[163] *Report upon the Physical Examination, op. cit*.
[164] Pour la guerre de Crimée, on pense à CHENU Jean-Charles, *De la mortalité dans l'armée et des moyens d'économiser la vie humaine. Extraits des statistiques médico-chirurgicales des campagnes de Crimée en 1854-1856 et d'Italie en 1859*, Paris, Hachette, 1870. A ce sujet, on lira les analyses de FREDJ Claire, « Compter les morts de Crimée : un tournant sur l'identité professionnelle des médecins de l'armée française (1865-1882) », *Histoire, économie & société*, 2010/3, 29e année, p. 95-108.
[165] Parliamentary Papers 1919, XXVI, p. 308. Cité par BOURKE Joanna, *Dismembering the Male, op. cit*., p. 172-173.
[166] *Report upon the Physical Examination, op. cit*., p. iv.
[167] « *Our greatest national asset – the health of the population* » in *Report upon the Physical Examination, op. cit.*, p. 6.

preparedness)[168]. Le document entend apporter une contribution majeure au débat sur le déclin de la puissance britannique[169]. Il est en effet publié dans un contexte d'inquiétude durable autour de l'état de santé dégradé de la population et donc d'affaiblissement de la défense de la nation[170]. La défaite de la guerre des Boers met un coup d'arrêt à la croyance répandue dans un progrès continu qui, du domaine économique et social, s'étendrait au monde biologique. Elle est un moment de prise de conscience de la nécessité de contrer un phénomène redouté par les élites britanniques : la dégénérescence de la race (*racial deterioration*). Dans le pays de naissance de la biométrie et de la statistique mathématique, où la manipulation des grands nombres est liée aux questions de santé publique dès l'origine, la pensée du déclin se nourrit de la multiplication d'enquêtes statistiques qui utilisent les informations médicales du recrutement[171]. Richard Soloway estime ainsi que le commentaire pessimiste des chiffres du recrutement constitue un genre littéraire à part entière du début de la période edwardienne[172].

En 1901, le journaliste Arnold White (1848–1925), connu pour ses positions eugénistes, s'affole : « En 1898, le Service de santé a inspecté 66 501 recrues ; 23 287 ont été rejetées – un chiffre qui en dit long sur la vigueur de la part la plus robuste de notre population[173] ». La catastrophe sud-africaine est alors attribuée à l'afflux de volontaires mal nourris des classes populaires souffrant des conditions de travail délétères des usines[174]. En 1905, le *Times* expose à son tour l'état déplorable des volontaires de l'armée en publiant les statistiques officielles du

[168] WINTER Jay, « Military Fitness and Civilian Health », *art. cit*., p. 212

[169] SEARLE Geoffrey, *Eugenics and Politics, op. cit.* ; SEARLE Geoffrey, *The Quest for National Efficiency*, *op. cit*. ; SEMMEL Bernard, *Imperialism and Social Reform, op. cit.* ; DAVIN Anna, « Imperialism and Motherhood », *art. cit*. ; WINTER Jay, « Military Fitness and Civilian Health », *art. cit*., p. 212.

[170] FLOUD Roderick, GREGORY Annabel, WATCHER Kenneth, « The physical state of the British working class, 1870-1914: Evidence from Army recruits », *National Bureau of Economic Research, Working Paper 1661*, 1985 ; FLOUD Roderick, WACHTER Kenneth, GILBERT Bentley, *Height, health, and history: Nutritional status in the United Kingdom, 1750–1980,* New York, Cambridge University Press, 1990 ; SEARLE Geoffrey, *The Quest for National Efficiency*, *op. cit*. ; *Eugenics and Politics, op. cit.* ; SOLOWAY Richard, « Counting the Degenerate », *art. cit*. Sur l'inquiétude liée à la dégénérescence voir aussi JONES Greta, *Social Hygiene in Twentieth Century Britain*, Londres, Wolfeboro, Croom Helm, 1986 ; SEMMEL Bernard, *Imperialism and Social Reform*, *op. cit.*

[171] FLOUD Roderick, GREGORY Annabel, WATCHER Kenneth, « The physical state of the British working class », *art. cit.* ; SZRETER Simon, « The GRO and the Public Health Movement », *art. cit*. Voir par exemple SEEBOHM ROWNTREE Benjamin, *Poverty, a study of townlife*, London, 1901, p. 216-221 ou Inter-Departmental Committee on Physical Deterioration, *Report of the Inter-Departmental Committee on Physical Deterioration, vol. I, Report and Appendix*, HMS Stationary Office, Wyman & Sons, London, 1904. Voir à ce sujet GILBERT Bentley, « Health and Politics: The British Physical Deterioration Report of 1904 », *Bulletin of the History of Medicine*, Baltimore, vol. 39, n°2, 1965, p. 143-153.

[172] SOLOWAY Richard, « Counting the Degenerate », *art. cit.*, p. 143.

[173] « *A fact that does not say much for the stamina of the hardiest section of the population* » in WHITE Arnold, *Efficiency and Empire*, Methuen & Co, 1901, p. 95, p. 108-109. Sur Arnold White, voir SEARLE Geoffrey, « White, Arnold Henry (1848–1925) », *Oxford Dictionary of National Biography*, Oxford University Press, 2004. Voir annexe n° 71.

[174] PRICE Richard, *An Imperial War and the British Working Class: Working Class Attitudes and Reactions to the Boer War 1899-1902*, London, 1972.

recrutement[175]. Le taux d'exemption pour raison médicale, mis au regard de celui des autres armées européennes, est utilisé comme indicateur de défaillance nationale. En 1905, quand la France et l'Allemagne refusent respectivement 13% et 8% de leurs conscrits, l'Angleterre rejette plus de 40% de ses volontaires[176]. D'une manière générale, le taux d'exemption oscille entre 40 et 28% entre 1890 et 1914 mais dans les grandes villes industrielles comme Manchester, les chiffres se révèlent souvent plus alarmants[177]. L'éloquence de tels chiffres est utilisée pour mobiliser les opinions et susciter l'action publique[178]. Geoffrey Russell Searle a montré qu'à la suite de cette prise de conscience, les classes supérieures se sont lancées dans une vaste entreprise d'amélioration de la santé des classes populaires, avec pour ligne de mire la restauration de la performance nationale (*National Efficiency*)[179] dans un contexte économique, social et politique propice à l'émergence du discours sanitaire et à la formation d'institutions de santé publique nouvelles[180].

La guerre comme opportunité statistique

L'utilisation par les statisticiens, anthropologues et démographes, des données collectées par l'armée se repère un peu partout en Europe au XIX^e^ siècle, notamment à partir des années 1880 où ils viennent, comme en Angleterre, nourrir les débats sur le déclin démographique et l'affaiblissement politique qui pourrait en résulter[181]. La France n'est pas épargnée. Les données du recrutement, qui nourrissent une peur diffuse de la dépopulation, y

[175] BOWMAN Timothy, CONNELLY Mark, *The Edwardian Army. Recruiting, Training and Deploying the British Army, 1902-1914*, Oxford, Oxford University Press, 2002, p. 153.
[176] NA, CAB 17/17, The Financial Effect of the Introduction of Universal Military Service in the United Kingdom, 1905, Cité par SILBEY David, « Bodies and Cultures Collide: Enlistment, the Medical Exam, and the British Working Class, 1914-1916 », *Social History of Medicine*, vol. 17, n° 1, avril 2004, p. 67.
[177] SKELLEY Alan, *The Victorian Army at Home. Recruitment and terms and conditions of the British, 1859-1899*, Londres, Croom Helm, 1977, chap. 1, p. 5-6. Voir WHITE Arnold, « The cult of infirmity » I, *National Review*, 34, oct 1899, 239-241. Sur l'usage et le contenu des statistiques de Manchester, voir HEGGIE Vanessa, « Lies, Damn Lies, and Manchester's Recruiting Statistics; Degeneration as an "Urban Legend" in Victorian and Edwardian Britain », *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, vol. 63, n° 2, avril 2008, p. 178-216. Annexe n° 71.
[178] COOTER Roger, « Of War and Epidemics », art. cit., p. 292-293.
[179] SEARLE Geoffrey, *The Quest for National Efficiency, op. cit.* ; CROOK David, *Darwinism, War and History: the debate over the biology of war from the 'Origin of species' to the First World War*, Cambridge, Cambridge university press, 1994 ; BARKER David, « How to Curb the Fertility of the Unfit: The Feeble-Minded in Edwardian Britain », *Oxford Review of Education*, vol. 9, n° 3, 1983, p. 197-211; DWORK Deborah, *War is good for babies and other young children. A history of the infant and child welfare movement in England 1898–1918*, London, Tavistock Publications, 1987, p. 12 ; SZRETER Simon, « The Importance of Social Intervention in Britain's Mortality Decline c.1850–1914: a Re-interpretation of the Role of Public Health », *Social History of Medicine*, Volume 1, Issue 1, april 1988, p. 1-38.
[180] BYNUM William, *Science and the Practice of Medicine in the Nineteenth Century*, Cambridge University Press, 1994.
[181] PICK Daniel, *Faces of Degeneration: A European Disorder, c. 1848-1918*, Cambridge, Cambridge University Press, 1989 ; HARTMANN Heinrich, *The Body Populace, op. cit.,* p. 11-12., p. 103-107.

font l'objet d'un âpre débat jusqu'en 1914[182]. Cependant, leur usage n'atteint pas les proportions observées pour l'Angleterre. En effet, les hygiénistes français considèrent souvent « que le groupe des soldats forme, non pas un échantillon représentatif de la population civile, mais un sous-ensemble singulier et spécifique, offert aux études de pathologie et de statistique[183] ». En Angleterre, les statistiques militaires doivent au contraire permettre de se faire une idée de l'état de santé de la population.

Pour autant, le débat sur la dégénérescence s'y nourrit d'incertitudes qu'alimente notamment la différence de modes de recrutement. Même si la comparaison internationale des taux d'exemption pour raison de santé reste un *topos* des ouvrages abordant la sélection médicale des recrues[184], il apparaît que ceux d'une armée professionnelle ou de volontaires ne sont pas aussi exploitables à ceux d'une armée de conscrits, seuls capables de constituer un indicateur fiable de l'état de santé de toute une population[185]. Ainsi, pour le Professor Cunningham, les chiffres d'une armée de volontaires sont issus d'un échantillon dont la représentativité est nulle, chaque année étant susceptible de fournir une population au profil sociologique distinct, en fonction de la variation des conditions socio-économiques qui poussent d'éventuels candidats à rejoindre l'armée[186]. D'autant que, la carrière militaire n'étant pas particulièrement attractive, la plupart des recrues britanniques sont issues des groupes socio-économiques les plus défavorisés. Et ceux-ci ne sauraient être représentatifs de l'état de la population dans son ensemble[187].

Malgré la multiplication des enquêtes, les tenants et les opposants de la théorie de la dégénérescence se plaignent constamment de l'absence de données fiables sur la santé de la population. Dans un mémorandum de 1903, le RAMC plaide ainsi pour une investigation d'ampleur nationale[188]. Enfin, autre source d'embarras concerne l'exploitation des statistiques

---

[182] Voir par exemple CHENU Jean-Charles, *Recrutement de l'armée et population de la France*, Paris, Masson, 1867, p. 23. Pour un aperçu des débats en France, lire HARTMANN Heinrich, *The Body Populace, op. cit.*, p. 12.
[183] RASMUSSEN Anne, « Expérimenter la santé des grands nombres : les hygiénistes militaires et l'armée française, 1850-1914 », *Le Mouvement Social*, vol. 257, n°4, 2016, p. 71-91.
[184] BEGGS Samuel Thomas, *The selection of the recruit*, *op. cit.*, p. 35.
[185] SOLOWAY Richard, « Counting the Degenerate », *art. cit.*, p. 141-149.
[186] FLOUD Roderick, WACHTER Kenneth, GILBERT Bentley, *Height, health, and history, op. cit.*, p. 7.
[187] Sur les conséquences de l'absence d'attrait de la carrière militaire sur la qualité des recrues, on lira : BOWMAN Timothy, CONNELLY Mark, *The Edwardian Army. Recruiting, Training and Deploying the British Army, 1902-1914*, Oxford, Oxford University Press, 2002, p. 42-43 ; BECKETT Ian, « The Compulsion of Destitution: The British Army and the dilemma of imperial Defence, 1868-1914 » in DENNIS Peter and GREY Jeffery (dir.), *Raise, Train and sustain: Delivering Land Combat Power*, Canberra, Australian Military History Publications, 2010, p. 31.
[188] Great Britain, Parliamentary Papers, cd. 1501, *Memorandum by the Director-General, Army Medical Service On the Physical Unfitness of Men Offering Themselves for Enlistment in the Army*, 1903, cité par SOLOWAY Richard, « Counting the Degenerate », *art. cit.,* p. 143. Sur les mises en cause des statistiques du recrutement, voir aussi SOLOWAY Richard, « Counting the Degenerate », *art. cit*., p. 143 et 147.

du recrutement du temps de la guerre. La classification A, B, C laisse planer l'incertitude sur les éléments évalués chez la recrue[189]. Ces deux réticences – système de classification et représentativité de l'échantillon – sont écartées entre 1916 et la fin de l'année 1917, d'abord par l'introduction de la conscription puis par l'apparition du système par échelons numérotés I, II, III, IV. Dans ce contexte, la collecte des données de l'aptitude représente alors une opportunité sans précédent.

En 1919, le Britannique James Galloway publie « L'examen médical des hommes en vue du service militaire : quelques problèmes, leçons et conclusions ». Paru dans les *Contributions to Medical and Biological Research,* l'article souligne l'extraordinaire opportunité statistique qu'a représenté l'introduction de la conscription en 1916 :

> Depuis un certain nombre d'années déjà, l'étude du progrès social et racial souffrait de l'absence d'une masse d'informations suffisamment précises qui permette d'estimer la condition physique des individus, et puisse servir de point de référence pour juger d'une éventuelle régression ou d'un éventuel progrès de cette condition. L'étude des problèmes ayant une influence sur la santé du peuple a été tentée plus d'une fois, mais faute de données suffisamment précises, elle n'a pu porter ses fruits. Or nous disposons aujourd'hui d'une importante quantité de données susceptible de fournir les informations nécessaires à cette entreprise, certaines d'entre elles sont en ce moment même collectées et analysées[190].

Le rapport de 1920 surenchérit :

> Les données de ces examens médicaux représentent assurément une enquête physiologique d'une ampleur sans précédent dans notre histoire – sans précédent à la fois par la masse et par la précision des informations détaillées qui ont pu être collectées[191].

Entre le 1er novembre 1917 et le 31 octobre 1918, ce sont les résultats de deux millions et demi d'examens médicaux qui s'offrent à l'analyse. En septembre 1918, devant les possibilités ouvertes par cette quantité inédite, l'*Advisory Board*, qui se réunit périodiquement pour effectuer un travail de surveillance du processus de recrutement, propose de détourner les

[189] Chapitres 2 et 6.
[190] « *For many years it has been the wish of those interested in social and racial progress to have a mass of information based on sufficiently accurate observations to estimate the physical condition of the people at the time, and to serve as a datum line from which progress or regression in the future could be judged. More than one effort has been made to study the problems influencing the health of the people but have been fruitless because sufficiently accurate data have hitherto been wanting. There is now available much information giving many of the data required, some of which is now in the process of analysis and collation* », GALLOWAY James, « Medical examination of men for military service », *art. cit.,* p. 679.
[191] *Report upon the medical examination, op. cit., p*. 5.

statistiques de leur objectif initial de contrôle et de réaliser une enquête de grande ampleur sur l'état de santé des hommes en âge de servir[192].

Pour Auckland Geddes, l'une des contributions majeures du Ministère du Service national est effectivement la collecte de ces données d'une ampleur et d'une fiabilité sans précédent[193]. La nouvelle classification en quatre échelons est une aubaine statistique, car elle reflète des considérations purement médicales. Elle est donc de nature à fournir des renseignements précieux sur l'état de santé des individus :

> Aussitôt qu'il a été requis des commissions médicales qu'elles classent les hommes dans de larges catégories reposant exclusivement sur des considérations physiques, deux importantes conséquences s'en sont suivies – (1) la plupart des difficultés et des anomalies du système précédent ont disparu, et (2) les fondations permettant de mener une enquête sur le physique des hommes en âge de combattre ont été jetées.
>
> Notre expérience a montré qu'il était possible de répartir les hommes dans quatre larges catégories en fonction de leur aptitude physique. […] Notons que ces catégories ne reposent que sur des critères physiologiques […]. Leur analyse devrait donc permettre de révéler à la fois la nature et la répartition des déficiences physiques au sein de la population masculine et de montrer dans quelle mesure la santé de la nation peut être considérée comme inférieure à un certain niveau. […] Nul doute que cela nous indiquera les points sur lesquels nos efforts devront être concentrés dans l'objectif d'améliorer la santé de la nation en nous efforçant d'empêcher ce qu'il est possible d'empêcher et d'améliorer ou de pallier l'inévitable[194].

Espérant mobiliser par l'éloquence des chiffres, le rapport se situe à la jonction des deux volets, cognitif et actif, de l'analyse statistique, soit à l'articulation des mondes de l'action et du savoir[195]. Il tire des données analysées des conclusions « alarmantes sur l'excès des individus placés en catégorie III et IV » et « l'inquiétant tableau ainsi dressé de la santé et de la condition

---

[192] NA, NATS 1/764 Advisory Medical Board, Regional Report / Note on the recent work of National Service Medical Boards /M1/146. Sur le travail de l'Advisory Medical Board, NA, NATS 1/240, Meetings of National Service Medical Council: consideration of statistics, Octobre 1918; NA, NATS 1/764 Advisory Medical Board, Regional Report/Eighth meeting of the advisory Medical Board, Friday 27th September 1918.

[193] « Doctors and National Service », *The Times*, 1 avril 1919, cité par WINTER Jay, « Military Fitness and Civilian Health », *art. cit*., p. 213.

[194] « *Once […] the Medical Boards were ask to classify men into broad group determined by physical considerations alone, two important results followed – (1) Most of the difficulties and anomalies of the previous regime disappeared, and (2) The foundation of a physical census of the men of military age were laid. Experience had shown that men of military age ca be sorted into four broad groups according to their physical fitness. […] It will be noticed that they are concerned solely with physical considerations […]. Analysis of them should therefore both reveal the nature and the distribution of physical disabilities among our manhood, and also show to what extent the national health falls below an attainable standard. […] indicate the directions in which efforts should be made to improve the national health by preventing what is preventable, and by ameliorating or palliating what is unavoidable* » in *Report upon the physical examination*, *op. cit*., p. 2.

[195] DESROSIERES Alain, *La Politique des grands nombres, op. cit*.

physique et des jeunes gens et hommes d'âge mûr du pays[196] ». 42% d'individus examinés par les commissions médicales mises en place par le Ministry of National Service ont été notés III ou IV[197].

Vers une nouvelle politique de santé publique

Quelles conséquences politiques a pu avoir la publicisation des statistiques médicales du recrutement ? Les statistiques de santé publique en général ont joué un rôle essentiel dans la transformation du rôle de l'État britannique dans l'opinion publique au XX^e^ siècle[198]. L'image d'un État centralisateur oppresseur a peu à peu laissé la place à une vision plus positive de la puissance publique, rendant ainsi possible, et peut-être de manière paradoxale, une intervention étatique accrue, caractéristique du *Welfare State*[199]. John Stuart Mill (1806-1873) observe ce glissement dès 1859 et l'associe à la collecte et au traitement des statistiques relatives aux questions de santé publique : « Par sa capacité à rassembler des renseignements et à traiter cette information, l'État central acquiert un rôle distinct, au-dessus des revendications locales et individuelles d'autonomie[200] ».

La tendance européenne à la biologisation des faits sociaux, caractéristiques de la période 1880-1940, pousse à appréhender la maladie comme le résultat de réalités sociales, telles la pauvreté ou l'habitat délétère des villes industrielles[201]. Les statistiques médicales, y compris celles du recrutement, justifient dès lors des entreprises politiques destinées à favoriser le développement de la nation[202]. Dans les décennies précédant la Grande Guerre, les États européens se sont impliqués dans la mise en place de mesures sanitaires et de lois sociales destinées à améliorer la santé de leur population. En Angleterre, la mise en place des retraites en 1908, des bureaux de placement en 1909 ou des assurances sociales en 1911, appliquées de manière homogène sur tout le territoire, consacre la rupture avec les politiques d'assistance du

[196] *Report upon the physical examination, op. cit.*, p. 11.
[197] *Ibid.,* p. 13.
[198] FRASER Derek, *The Evolution of the British Welfare State*, Londres, Palgrave, 1973 ; SZRETER Simon, « The GRO and the Public Health Movement in Britain », *art. cit.*, p. 435-463.
[199] JONES Greta, *Social Hygiene in Twentieth Century Britain*, *op. cit.*
[200] Cité par SZRETER Simon, « The GRO and the Public Health Movement in Britain », *art. cit.*, p. 435-463.
[201] JONES Greta, *Social Hygiene in Twentieth Century Britain*, *op. cit*., 1986.
[202] Pour un exemple de l'utilisation des statistiques de guerre du périmètre thoracique dans une étude de 1922 sur le rachitisme : J. Lawson Dicks, *Rickets*, London, 1922, p. 387. Sur l'Allemagne et la France, voir HARTMANN Heinrich, *The Body Populace, op. cit.*, p. 16-20 ; p. 103-104 ; p. 105. Voir aussi Émile Lachaud, « Rapport fait à la chambre des députés. Annexe au procès-verbal de la séance du 11 juillet 1910 », SHD, GR 7 N 137.

XIXe siècle. Du fait notamment des inquiétudes liées aux statistiques du recrutement, les réformes prennent une toute autre ampleur au lendemain de la guerre.

À Manchester, dès septembre 1918, Lloyd George dresse le bilan de la guerre dans un discours bien connu :

> Nous aurions pu accomplir bien d'autres grandes choses encore si ce pays avait été en état de le faire ; et c'est dans la guerre comme dans la maladie, se révèlent les faiblesses d'un organisme. Quelle a été notre faiblesse ? Parlons sans détour. Nous avons mis en place un Ministère du Service national et précautionneusement compilé les statistiques de la population entre 18 et 42 ans. Il s'agit bien là de la force de l'âge. Nous avons ces échelons I, II, III, IV et tout ce qu'il m'est possible de dire, c'est que les résultats des examens médicaux sont inquiétants, et j'ose même dire, alarmants. J'ose à peine vous les communiquer. Le nombre d'hommes aux échelons III et IV dans notre pays est énorme […].
>
> Quelle est la signification de tout cela ? Cela signifie que nous avons fait un usage prodigue, imprudent et cruel de notre matériel humain. J'ai demandé au Ministre du Service National combien d'hommes nous aurions pu incorporer si l'on s'était correctement occupé de l'état de santé de la nation. La réponse m'a abasourdi. Sa réponse était réfléchie, ce fut « au moins un million ». Si nous avions pu avoir ce million, cette guerre aurait été triomphalement gagnée. […] Je mets très solennellement en garde mes compatriotes […]. Il n'est pas possible de maintenir un Empire A1 avec une population C3[203]. »

De l'étude des statistiques compilées par le Ministère du Service national découle un inquiétant constat pour la puissance de la monarchie. Le discours de Lloyd George fait forte impression et est largement commenté dans la presse, qui ne manque de souligner la solidité des chiffres fournis par le Ministère du Service national :

> La santé [de notre nation] est particulièrement défectueuse. J'en veux pour preuve la déclaration du Premier Ministre, appuyée sur les éléments fournis par le Ministère du Service national, qui affirme que nous sommes une nation composée d'individus C3. Cette défectuosité provient de l'état de négligence dans lequel se trouve la médecine préventive […][204].

---

[203] « *We could have accomplished greater if this country had been in condition; and a war, like sickness, lays bare the weakness of a constitution. What has been our weakness? Let us talk quite frankly. We have had a Ministry of National Service and carefully compiled statistics of the health of the people between the age of 18 an 42. Now that is the age of fitness, the age of strength. You have these grades, I, II, and III, and all I can tell you is the results of these examinations are startling, and I do not mind to use the word appalling. I hardly dare tell you the results. The number of Grade II and Grade III men throughout the country is prodigious* […] *What does it mean? It means that we have used our human material in this country prodigally, foolishly, cruelly. I asked the Minister of National Service how many more men we could have put into the fighting ranks if the health of the country had been properly looked after. I staggered at the reply. It was a considered reply, and it was 'at least one million'. If we had only had that million this war would have end triumphantly. […] I solemnly warn my countrymen, that you cannot maintain an A-1 Empire with a C-3 population* » in « The War and after », *The Times*, 13 Septembre 1918.

[204] « *(O)ur health is most imperfect. The Prime Minister Statement, based on proofs supplied by the Ministry of National Service, that we are a nation of C3 men is sufficient evidence of this. The cause of the imperfection lies*

Ce constat se répand largement. Ces chiffres nourrissent également des angoisses démographiques de type eugéniste[205].

Pour le *Times*, en 1919, les informations médicales issues du recrutement permettent de poser les premiers jalons d'une nouvelle politique de santé publique[206]. Le thème de la défense de la nation est, après la guerre, un catalyseur du développement du rôle de l'État dans la protection sociale[207]. Du fait des pouvoirs conférés par le *Defence of the Realm Act* de 1914, la puissance publique a disposé pendant la guerre de moyens politiques inédits qui lui ont permis d'intervenir plus largement dans les affaires de l'État. Les statistiques du recrutement de la Grande Guerre viennent alors nourrir l'argumentaire des réformateurs sociaux comme Christopher Addison (1859-1961), médecin et ministre de la Reconstruction, qui œuvrent depuis mars 1917 à la création d'un Ministère de la santé. Elles contribuent ainsi à l'important mouvement de réformes sociales – initié dès 1919 par la création d'un Ministère de la Santé à la tête duquel est placé Christopher Addison – destiné à améliorer durablement l'état de santé des populations[208].

in our neglect of preventive medicine; and the source of this neglect is to be found in the education of the doctor. Medical men are taught to heal disease, to try to cure disease; they are taught very little about the prevention of disease » in Halford Ross E., « To the editor of the Times », *The Times*, 21 septembre 1918.

[205] SOLOWAY Richard A., *Demography and Degeneration. Eugenics and the Declining Birthrate in Twentieth-Century Britain*, Chapel Hill, Londre, The University of North Carolina Press, 1995 [1990], p. 138.

[206] « Defects of Grade IV Men », *The Times*, 12 March 1919, cité par WINTER Jay, « Military Fitness and Civilian Health », *art. cit*., p. 213.

[207] FRASER Derek, *The Evolution of the British Welfare State*, Londres, Palgrave, 1973, p. 177.

[208] *Ibid* ; JONES Greta, *Social Hygiene in Twentieth Century Britain*, *op. cit*., p. 29 ; WEBSTER Charles, « Healthy or hungry thirties », *History Workshop Journal*, vol. 13, n°1, 1982, p. 110-129 ; CONSTANTINE Stephen, *Social Conditions in Britain*, London, Methuen, 1983, p. 35.

CONCLUSION

L'étude de la sélection médicale des recrues dans le premier quart du XX^e^ siècle relève autant de l'histoire des pratiques savantes que de celles de l'administration du phénomène guerrier et de la mobilisation politique des sociétés en guerre. En analysant la sélection comme un dispositif biopolitique qui repose sur une pratique de triage médico-institutionnel, nous avons fait apparaître les multiples dimensions de l'aptitude militaire. La notion se révèle aussi bien médicale qu'administrative et sociale, profondément dépendante des configurations politiques dans lesquelles elle se déploie.

Il est possible de voir dans la sélection des recrues une histoire des dynamiques contrariées de la militarisation de la médecine et de la médicalisation du militaire[1]. La médecine militaire a pris une importance croissante dans la gestion du collectif militaire dès l'époque moderne, et est devenue une ressource essentielle de l'administration des forces armées. L'histoire et la sociologie ont appelé « médicalisation » cette extension du domaine du médical à des aspects de la vie, initialement sans rapport avec la médecine, qui deviennent progressivement objets d'un savoir expert et sont gérées par des médecins. L'histoire de la médecine militaire a notamment commenté « l'insertion progressive des ressources médicales dans l'institution militaire, et le rôle croissant qu'y exercent professionnels et experts[2] ».

Le recours à des experts médicaux pour déterminer l'aptitude militaire des candidats est l'une des manifestations les plus évidentes de cette médicalisation. Ce sont des spécialistes de la chose médicale qui sont chargés de formuler les critères de l'admission au sein des forces armées, de procéder à l'examen des recrues afin de déterminer leur aptitude et d'interpréter les données chiffrées issues de ce processus. C'est aux médecins que revient la tâche d'évaluer la conformité entre les exigences de la vie militaire et les aptitudes du candidat et d'écarter les propagateurs de maladies contagieuses, susceptibles de compromettre la santé des troupes et,

[1] Sur ces notions, on lira HARRISON Mark, « The Medicalization of war – The Militarization of Medicine », *Social History of Medicine*, vol. 9, n°2, août 1996, p. 267-276.

[2] CHANET Jean-François, FREDJ Claire, RASMUSSEN Anne (dir.), « Soigner les soldats : pratiques et expertises à l'ère des masses », *Le mouvement social,* n° 257, 2016. Sur la médicalisation en général, voir ARNEY W.R., BERGEN B.J., *Medicine and the Management of Living*, Chicago, The University of Chicago Press, 1984 ; CONRAD P., « Medicalization and social control », *American Review of Sociology*, vol. 18, 1992, p. 209-232 ; FREIDSON E., *Profession of Medicine*, New York, Harper and Row, 1970 ; ZOLA J.K., « Medicine as an institution of social control », *Sociological Review*, vol. 20, 1972, p. 487-504.

in fine, la performance du collectif armé. À cet égard, la sélection est à la fois un processus d'épuration et un dispositif prophylactique.

Par l'intermédiaire des savoirs de l'hygiène militaire, la sélection doit garantir à la fois l'efficacité de l'armée et l'intérêt des candidats selon les termes d'un contrat social liant l'État et le soldat. Appuyés sur une conception fonctionnelle et institutionnelle de l'aptitude, ainsi que sur des compétences techniques spécifiques, les experts du recrutement sont des adjuvants de l'autorité publique au service de la puissance de la nation armée. Dans un contexte militariste de concurrence internationale, de circulation des savoirs et d'inquiétude liée au déclin des nations européennes, les statistiques issues des opérations médicales du recrutement servent par ailleurs des buts politique. Elles orientent la gestion des forces armées et permettent de tenir un discours sur l'efficacité de la conduite de la guerre. Elles contribuent également aux savoirs anthropologiques et médicaux sur lesquels s'appuient des débats politiques plus généraux concernant l'état de santé de la nation. Dès lors, elles peuvent justifier des réformes de santé publique, comme en Angleterre aux lendemains de la guerre. En ce début de XX^e^ siècle, la sélection repose sur la confiance accordée à la fonction sociale de la médecine qui, en tant que science, peut et doit contribuer à réorganiser la société sur des bases à la fois plus justes et plus efficaces.

Face à cette médicalisation, la recrue dispose d'une bien faible marge de manœuvre. Embarrassé et démuni, le candidat parvient parfois à l'examen avec sa propre conception de l'aptitude, qu'il peine bien souvent à imposer. En Angleterre, les conscrits ont la possibilité de contester l'expertise médicale, grâce à une procédure d'appel, mais doivent pour cela avoir recours aux services d'un médecin. Même en cas de conflit, c'est donc bien au corps médical – qu'il soit civil ou militaire – que revient le pouvoir d'évaluer l'aptitude. L'exemption pour raison de santé peut être perçue par les candidats comme une sanction sociale. Comme d'autres entreprises de triage médical, la sélection des recrues est en effet porteuse de considérations normatives. Dès lors, surtout en tant de guerre, certaines recrues cherchent à en contourner les restrictions. Leurs tentatives sont parfois couronnées de succès, essentiellement lorsque les évalués tentent d'accéder au champ de bataille malgré leurs déficiences. Ce sont toutefois des difficultés bien supérieures qui attendent ceux qui tentent de se soustraire à l'examen ou d'influencer la décision médicale dans le sens d'une exclusion des forces armées. Ils ne parviennent que rarement à obtenir satisfaction.

Pourtant, au moment où commence notre étude, le processus de médicalisation du recrutement des forces armées reste inabouti. En France, les experts médicaux du conseil de

révision ont une fonction purement consultative. En Angleterre, la sélection des recrues échappe partiellement aux médecins. L'examen lui-même est en effet précédé d'une pré-sélection effectuée par un militaire. En outre, l'évaluation, à la fois manière de voir et collection de tâches concrètes, est soumise à des contingences. Les impératifs de l'institution peuvent entrer en conflit avec une activité diagnostique et classificatoire marquée par l'incertitude et la lenteur. L'évaluation est confrontée à de multiples contraintes qui viennent limiter l'efficacité du dispositif, notamment en temps de guerre.

Le concept de militarisation a été proposé en miroir de celui de médicalisation pour décrire l'extension des exigences de la défense nationale au temps de la paix et son imposition aux sociétés civiles[3]. La formation de services médicaux et l'institution d'une réglementation sanitaire dans les forces armées est en effet aiguillonnée par la compétition entre les États-nations européens. L'existence de la médecine militaire est l'une des marques du phénomène de militarisation. Par elle, les savoirs épidémiologiques et les pratiques sanitaires sont mis au service de l'institution militaire. La pratique de la sélection médicale des recrues, et les discours qui l'entourent, reflètent également un état permanent de préparation des sociétés à la guerre. Le conseil de révision français se réunit tous les ans pour procéder à l'examen des jeunes gens avant l'accomplissement de leur service militaire. En France comme en Angleterre, les bureaux de recrutement accueillent des hommes en âge de combattre et désireux de s'engager au sein des forces armées. À tout moment, la machine de guerre doit être mobilisable. L'entrée en guerre constitue une intensification brutale de cette militarisation. En Angleterre, l'adoption de la conscription au cours du conflit accentue encore cette dynamique en faisant du service des armes une obligation. La logique guerrière contamine le fonctionnement de la sélection au point d'en compromettre gravement le principe. Devant l'étendue des pertes, l'examen médical est rapidement gouverné par une logique du rendement qui fait primer la quantité des effectifs sur leur qualité. Les médecins eux-mêmes participent à cette dynamique, en justifiant stratégiquement, mais aussi scientifiquement, l'allègement des exigences de l'aptitude.

Il semble néanmoins que la logique de militarisation perde de sa vigueur dans la seconde moitié de la guerre, au profit du renforcement de la médicalisation. Les deux pays s'orientent en apparence vers un retour de la sévérité du triage des recrues. Ce renouveau est porté en France par les hygiénistes, inquiets de l'état sanitaire du contingent, et en Angleterre, par la

[3] COOTER Roger, HARRISON Mark, STURDY Steve (dir.), *War, Medicine and Modernity*, Stroud, Sutton Publishing, 1998.

représentation nationale, qui œuvre sous la pression des opinions à une plus juste répartition de l'impôt du sang. Des mesures sont prises. Elles reposent notamment sur une intensification de la médicalisation voire une démilitarisation du recrutement. Pour répondre à la crise sanitaire et politique suscitée par l'affaiblissent de la sélection, le poids des experts médicaux est renforcé. En France, ils pèsent davantage dans le processus décisionnel. En Angleterre, cette médicalisation s'accompagne d'une démilitarisation. L'examen médical préliminaire est supprimé et l'ensemble du dispositif de sélection est retiré aux médecins militaires pour être confié à des médecins civils.

Médicalisation et démilitarisation sont ici deux facettes d'une réforme de la sélection qui entendrait garantir l'indépendance des experts médicaux face aux logiques perçues comme néfastes du rendement militaire. Pourtant, même si l'efficacité des mesures est difficile à évaluer, l'accentuation de la médicalisation du recrutement n'a pas mis fin au primat de la quantité sur la qualité des effectifs. Les mesures prises par la puissance publique visent aussi à restaurer la confiance en renforçant le poids d'experts considérés comme impartiaux dans la gestion des effectifs. En France comme en Angleterre, la médicalisation accompagne la militarisation plus qu'elle ne s'y oppose.

SOURCES ET BIBLIOGRAPHIE

Archives

National Archives, Kew

Série NATS 1 – Ministry of National Service: Records (Archives du *Ministry of National* Service). La série est constituée de 1 333 cartons et dossiers. Ont été consultés :

Finance and Organisation Branch

NATS 1/80 à 1/85, Parliamentary Questions, 1917-1918

NATS/1/12, Labour Advisory Committee: weekly reports.

NATS/1/13, Enrolment Section: reports.

NATS 1/90, Organisation of Medical Department, 1917.

NATS 1/95, Ministry of National Service: recruiting code, 1917-1918.

NATS 1/96, Ministry of National Service: instructions, 1917-1918.

NATS 1/162, 163, 168, 171, 172, 177, 178, 181, 184, 188, 192, Medical Boards, Premises: application for and requisition of/

NATS 1/199 à 1/207, Emergency Medical Boards, Premises: application for and requisition of.

Policy and Co-ordination

NATS 1/240. Meetings of National Service Medical Council: consideration of statistics, October 1918.

Recording Department

NATS 1/377 à 382, Medical Boards Returns.

Medical Department (NATS 1/711 à 1/858) notamment :

NATS 1/728. Medical grades: exemption, 1917 - 1918

NATS 1/749. Grading, directions, guidance, members of medical boards.

NATS 1/762. Criticism regarding examination of army recruits, 1918.

NATS 1/764. Advisory Medical Board, Regional Report.

NATS 1/780. Refusal of medical examination by men.

NATS 1/782, Request of men for examination or re-examination: delays in certain areas, 1917

NATS 1/796. Allegations of doping to avoid call-up for military service, 1918-1919.

NATS 1/845, Doctor Goone Tilleke: alleged misconduct, acceptance of bribes, 1917-1918.

Recruiting Department (NATS 1/859 à 916) notamment :

NA, NATS 1/866, Recruiting Department, Medical examinations: proposed instruction draft, 1917

NATS 1/859. Recruiting Advisory Board: circular letters of invitation

NATS 1/866. Proposed instructions draft (1917)

Recruiting Exemptions (NATS 1/917 à 1062) notamment :

NATS 1/918. Halifax Advisory Committee - Method of recruiting – report

NATS 1/925. John Yorkston: accused of bribery; attempted to obtain medical history sheets from a recruiting clerk in Manchester. 1917

NATS 1/940. Edward Platt: writ issued against Attorney General, 1917-1918.

NATS 1/983. Henry Collins, attempted bribery, 1918.

NATS 1/991. Co-operation of recruiting and statistical officials in Regions, 1918.

NATS 1/1011. John Stuckgold Russian subject, convicted of bribery, 1918.

NATS 1/1017. Prosecution of Charles Stern for unlawful possession of National Registration Certificate, 1918

NATS 1/1030, Incorrect reports in Press: alleged announcement at Portsmouth concerning new regulations provided for exemption of men over 45 years, 1918.

Série WO – Archives du War Office

WO 159/19, Field Marshal Lord Kitchener, Secretary of State for War: Private Office Papers, *Description of Recruiting since mobilization*, 1915.

Série CAB - Records of the Cabinet Office

CAB 1. Cabinet Office: Miscellaneous Records, 1866-1949

CAB 17. Universal military training, 1905.

CAB 21. Cabinet Office and predecessors: Registered Files, 1916-1965.

CAB 27. War Cabinet and Cabinet: Miscellaneous Committees: Records (General Series), 1915-1939.

CAB 63. Papers of Sir M. Hankey, 1908-1944.

Série MH 47 : Central Military Service Tribunal and Middlesex Appeal Tribunal

MH 47/5. Minute Book

MH 47/113. Registers of Medical Re-examination, 1915-1922.

MH 47/114 et 115. Medical re-examination case papers - Medical Assessor Cases (disposed of), 1915-1922.

MH 47/116. Medical re-examination case papers - Medical Assessor Cases (refused and adjourned), 1915-1922.

MH 47/117. List of Appeals on Medical Grounds, Medical Histories, Certificates, Grading etc., 1916-1918.

MH/47/142. National Service Instructions, 1916-1918.

MH 47/144. Memoranda, Parliamentary Questions, Lists, Press Cuttings, Legal Papers, etc (1916-1918) ; Printed Minutes of evidence of the Select Committee on Military Service, with summary of proceedings, and the Report (1917). 1916-1918.

Service historique de la Défense, Vincennes

Sous-série GR 9 NN 7 – Direction du Service de santé, *Incorporation des recrues, conditions d'aptitude physique* :

GR 9 NN 7/1100. Circulaires sur l'incorporation.

GR 9 NN 7/1101. Statistiques et études comparées sur les maladies contagieuses déclarées pendant les premiers mois d'incorporation et la valeur physique du contingent de 1911 à 1923 : rapports, notes, graphiques, tableaux. 1911-1923.

GR 9 NN 7/1102. Consultations du Service de santé sur l'âge, la période et les conditions d'incorporation des jeunes militaires d'un point de vue sanitaire : notes, notes manuscrites, rapports, avis de l'Académie de médecine et des commissions consultatives, statistiques médicales, coupures de presse. 1913-1932.

GR 9 NN 7/1103. Mesures à appliquer lors du conseil de révision de la classe 1913 dans le cadre notamment de l'application de la loi sur le recrutement : projets de circulaires, circulaires, notes, graphiques. 1913-1914.

GR 9 NN 7/1104. Contributions de la direction du Service de santé à la préparation de la loi de 1923 sur le recrutement de l'armée, notamment sur la visite médicale d'incorporation et le conseil de révision : projets de loi, amendements, extraits des débats parlementaires, notes, correspondance, articles de presse.

GR 9 NN 7/1105. Révisions de l'instruction sur l'aptitude physique au service militaire : circulaires, notes, projets de modifications à la rédaction des articles, correspondance, projets d'instruction. 1915-1923.

GR 9 NN 7/1106. Révisions de l'instruction sur l'aptitude physique au service militaire : circulaires, notes, projets de modifications à la rédaction des articles, correspondance, projets d'instruction. 1915-1923.

GR 9 NN 7/1107. Révisions de l'instruction sur l'aptitude physique au service militaire : circulaires, notes, projets de modifications à la rédaction des articles, correspondance, projets d'instruction. 1915-1923.

GR 9 NN 7/1111. Mise à disposition de médecins militaires auprès des centres régionaux d'instruction physique : circulaires, notes, guide pratique d'éducation physique, rapport sur la méthode de rééducation des inaptes de guerre. 1917.

GR 9 NN 7/1112. Instauration d'un livret médical : circulaires, notes, correspondance, modèles. 1916-1921.

GR 9 NN 7/1113. Mises en observation et hospitalisations des réformés temporaires : circulaires, notes, correspondance. 1918-1928.

Cambridge Archive Center, Cambridge

GBR/0014/GEDD : Auckland Geddes Papers,

GEDD 2. Military Career.

GEDD 3. Medical Career.

GEDD 4. Ministerial Career

GEDD 4/6/1684. The recruiting Code.

GEDD 4/7. Revised general directions for Medical Boards.

GEDD 4/8. Book of completed Army Forms.

GEDD 4/9. Medical Statistics.

GEDD 4/10. Ministry of National Service statistics, 1918.

GEDD 4/11. Population in wartime.

GEDD 4/12. Vital statistics as affected by the war.

GEDD 4/13. "The War Cabinet Report".

GEDD 8. Speeches.

GEDD 10. Writings.

Wellcome Library, Londres

British Medical Association Papers

SA/BMA/C.286-299. Civilian medical practitioners: Employment by military authorities. Minutes, cuttings, correspondence with War Office. 1909-1950.

SA/BMA/C.518. Position of medical practitioners in signing medical certificates. Correspondence, Minutes. 1913-49.

Royal Army Medical Corps Papers

RAMC/31/1

RAMC/1019/5/4. Summary of returns re physical fitness of recruits to the army. 1913-1934.

RAMC/446/8-16

RAMC/609/130.

Interim Report of the (War Office) Committee on certain medical disabilities of recrutis : diseases of the middle ear, loss and decay of many teeth, and flat, feet, 1924.

« Cuttings from The Times re the system of physical examination of recruits, with typed transcript of comments by Capt. T. Boston Johnstone, RAMC », 1916.

Military and naval ephemera

Box 1, « Comique » series, 1917.

« They hopped me here, they hopped me there until I felt quite balmy, they felt my pulse an' tol me to "Cough!" an' passed me into the army »

BATEMAN H. M, « An anxious young soldier undergoing a rigorous medical examination by four domineering officers ». Pen and ink drawing by H. M. Bateman, 1917. s. d.

PEGRAM Frederick, « A doctor examines a military recruit suffering from a speech disorder ». Wood engraving by F. Pegram, 1916.

BRUNTON Thomas Lauder, *Collected papers on physical and military training*, London, 1915.

GLOVER J. A., *Military overcrowding and the meningococcus carrier rate*, Medical Research Committee, For official Use, Not publication, 1918

MACKAY Duncan Matheson, « Notes on the Functional examination of the ear by means of the voice », *The Medical Press and Circular*, 20 septembre, 1905.

Archives du Val de Grâce et Bibliothèque de Santé des Armées, Paris

Ministère de la guerre, Bulletin officiel n°68 bis, *Recrutement de l'armée : instruction sur l'aptitude physique au service militaire*, Paris, H. Charles-Lavauzelle,

- Volume arrêté à la date du 15 décembre 1905,
- Volume arrêté à la date du 15 septembre 1914,
- Volume arrêté à la date du 20 décembre 1916.

Carton 728, Justin Godart au Sénat, compte rendu de la 78e séance, 14 décembre 1917

SIMONIN Jules, *Cours de législation générale de l'armée, professé à l'École d'application du Service de santé militaire*, Paris, Imprimerie de l'École d'application, 1909.

– *Médecine légale : Législation et Service de santé : 1909-1911*, Paris, École d'application du service de santé militaire, 1911.
– *Cours de législation et administration, médecine légale et expertises, Service de santé à l'intérieur et en campagne*, Paris, Imprimerie de l'École d'application, 1912 ;
– *École d'Application du Service de santé Militaire. Val-De-Grâce. Conseils à un jeune aide-major*, Paris, Imprimerie de l'École d'application, 1912.
– « Le Service de santé en campagne », conférence, Paris, [éditeur inconnu], 1914.

Radcliffe Science Library, Oxford

Ministry of National Service, *Report, Vol. I, upon the Physical Examination of Men of Military Age by National Service Medical Boards, from November 1st, 1917-October 31st, 1918*, London, HM Stationery Office, 1920.
War Office, *Instructions for the physical Examination of Recruits*, London, His Majesty's Stationery Office, 1912/1921.
Regulations for the Medical Department of Her Majesty's Army, 1885.

Imperial War Museum, Londres

LBY S. 79 / 45

War Office, *General annual reports on the British Army for the year, with which is Incorporated the Annual Report of Recruiting,* 1st October 1913 to 30th September 1919, H.M. Stationery Office, Londres 1920.

Q30062

« Medical Officer examining a recruit », Imperial War Museum image, Treaty Lodge, Hounslow, Quartier-général du 8e bataillon, Régiment du Middlesex, Septembre 1917

Treaty Lodge, Hounslow, 8e bataillon, Régiment du Middlesex, Septembre 1917

BnF, Paris

Ministère de la guerre,

Comptes-rendus sur le recrutement de l'armée pendant l'année 1918, Paris, Impr. nationale, 1914, 1915, 1916, 1917, 1918.

Bibliothèque de médecine et d'odontologie, Paris

Instruction sur l'aptitude physique au service militaire, volume mis à jour le 1er avril 1917, L. Fournier, 1917.

Bodleian Library, Oxford

John Johnson Collection, Great War Box 21

Parliamentary Archives, Londres

LG/F/14/4/59, Derby, War Office, to the Prime Minister Confidential. Reports on his meeting with the House of commons Committee on Medical Re-examination, 25 juillet 1917.

Walsall Local History Centre, Walsall

352/446, Correspondence re medical examination of local Army recruits, 1916

Labour History Archive and Study Centre (People's History Museum), Manchester

LP/WNC/17/3/21/1-9, Complaint re mistaken medical re-examination by recruiting officers although classified previously as medically unfit ; corres. with War Office, Février-mars 1917.

Sources imprimées

Traités, mémoires et thèses

Médecine militaire

ANTHEAUME André, MIGNOT Roger, *Les maladies mentales dans l'armée française*, Paris, H. Delarue et Cie, 1909.

ANTONY Frédéric, LOISON E., *Examen du cœur à la radioscopie au point de vue de l'aptitude au service militaire*, Paris, 1903.

ANTONY Frédéric, *Étude de l'amblyopie due aux vices de réfraction et considérée au point de vue du recrutement militaire*, Thèse de Paris, Imprimerie A. Parent, 1872.

AITKEN William, *On the Growth of the Recruit and young soldier with a view to a judicious selection of growing lads for the Army, and a regulated system of training for recruits*, Londres, Macmillan and Co, 1887 [2e édition].

AUDET Eugène-François-Raphaël, *Manuel pratique de médecine militaire*, Paris, Octave Doin, 1885.

BARNETT K. B., *Handbook on military sanitation for regimental officers*, Londres, Forster Groom, 1912.

BARTHELEMY Antoine Joseph Charles, *De l'examen de l'œil au point de vue de l'aptitude au service militaire par Barthélemy*, Paris, Maloine, 1903.

BEGGS Samuel Thomas, *The selection of the recruit*, Londres, Baillière, Tindall&Cox, 1915.

BESSON Adrien, *De l'Évaluation de l'aptitude physique au service militaire des jeunes sujets*, Lille, H. Morel, 1921.

BIOUSSE Jules Edmond, *Les palpitations chez le jeune soldat*, thèse de Paris, Société d'éditions scientifiques, 1898.

BOISSONNET Charles, *Le recrutement et l'hygiène de l'armée*, Paris, L. Baudoin, 1892

BONNETTE Pierre, *Du choix des conscrits : indices de robusticité physique, utilisation méthodique du contingent, service armé, service auxiliaire, dépôts de viriculture extra-régimentaires pour les malingres*, Paris, Octave Doin et fils, 1910.

BORIE Léonard, *Essai sur le recrutement et les hôpitaux militaires en France*, Paris, Demonville, 1822.

CALDWELL Robert, *Military Hygiene*, Londres, Baillière, Tindall and Cox, 1910 [2e edition].

CAZAL (du) Léon-Joseph, CATRIN Louis, *Médecine légale militaire*, Paris, Gauthier-Villars et fils, 1893.

CHAUVEL Jules, *Précis théorique et pratique de l'examen de l'œil et de la vision*, Paris, G. Masson, 1883.

CHAVASSE Paul, TOUBERT Joseph, *Maladies des yeux et des oreilles et des voies aériennes supérieures considérées surtout dans leurs rapports avec le service militaire*, Paris, Octave Doin, 1902.

COLOMBIER Jean, *Préceptes sur la santé des gens de guerre ou Hygiène militaire,* Paris, Lacombe, 1775.

CORCELLE*, De la valeur du coefficient de robusticité Pignet et de la pression dynamométrique manuelle comme éléments de pronostic morbide*, thèse, Bordeaux, 1904.

DIDIOT Pierre-Augustin, *Code des officiers de santé de l'armée de terre, ou Traité de droit administratif, d'hygiène et de médecine légale militaires, complété des institutions qui régissent le service de santé des armées*, Paris, Victor Rozier, 1863.

DUCO Alexandre, BLUM Edmond, *Guide pratique du médecin dans les expertises médico-légales militaires*, Paris, Masson, 1917.

DUMAS Georges*, Troubles mentaux et nerveux de guerre*, Paris, Alcan, 1919.

DUPONCHEL Émile, *Traité de médecine légale militaire : conseil de révision et opérations médicales du recrutement : mode de répartition des militaires malades (visites régimentaires, etc.) : réformes et retraites*, Paris, Octave Doin, 1890.

— *Le rôle social de l'officier dans l'éducation physique*, Chapelot, 1902.

FALLOT Arthur, *De la Réorganisation de la médecine légale, rapport lu au conseil de l'Association générale des médecins de France (section des Bouches-du-Rhône)*, Marseille, Barlatier et Barthelet, 1891.

GALTIER-BOISSIERE Jean, *Larousse médical de Guerre illustré*, Larousse, Paris, 1917.

GAUJOT Gustave, *Examen des maladies de l'oreille au point de vue du service militaire*, Paris, Victor Rozier, 1877.

— *L'indice visuel d'aptitude au service militaire*, 1912.
— *L'aptitude visuelle au service militaire*, A. Destout, Bordeaux, 1915.

GINESTOUS Étienne, COULLAUD Henry, *La vision des tireurs*, Paris, G. Steinheil, 1906.

— *Conditions d'aptitude physique relatives à l'appareil de la vision exigées dans l'armée française et dans les armées étrangères*, impr. de R. Tancrède, 1908.

Great Britain, War Office, *Manual of Elementary military hygiene*, 1912, 8vo, Londres, HMSO, 1914.

HAURY Gaston, *Les anormaux et les malades mentaux au régiment*, Paris, Masson, 1913.

HEHIR Patrick, *Prevention of disease and inefficiency with special reference to Indian frontier warfare*, Allahabad, Pioneer Press, 1911 [2e édition].

HESNARD Angelo, POROT Antoine, *L'expertise mentale militaire*, Paris, Masson, 1918.

JOTEYKO Iosifina, *Entraînement et fatigue au point de vue militaire*, Bruxelles, Institut Solvay, Misch et Thron, 1905.

KELSCH Achille, « Ouverture du cours d'épidémiologie au Val-de-Grâce. La médecine d'armée. Les causes morbigènes », *Archives de médecine et de pharmacie militaires* (AMPM), vol. XI, 1888.

LAUTIER J., *Les maladies mentales dans l'Armée. Peut-on utiliser les imbéciles ?*, thèse de médecine, Paris, Téqui et Guillonneau, 1916.

LAVERAN Alphonse, *L'hygiène militaire et les conditions d'aptitude au service militaire*, Recueil des Mémoires de Médecine militaire, t. XLIX

— *Traité d'hygiène militaire*, 1896.

LELEAN Percy S., *Sanitation in War*, Londres, J.&A. Churchill, 1915.

LEMOINE Georges, *La Tuberculose dans l'armée et dans la marine, diagnostic de la prétuberculose,* Paris, O. Doin, 1909.

— *Traité d'hygiène militaire*, Paris, Masson, 1911.

LEPINE Jean, *Troubles mentaux de guerre*, Paris, Masson, 1917.

LIDY Paul-Antoine-Joseph, *Cardiopathies valvulaires et aptitude militaire*, thèse, Paris, 1918.

LONGMORE Thomas, *Instructions on the Examination of Recruits*, Southampton, 1882.

MAILLOT François, PUEL Jean, *Aide-mémoire médico-légal de l'officier de santé de l'armée de terre*, Paris, J.-B. Baillière, Gaultier-Laguionie, 1842.

MARVAUD Angel, *Les maladies du soldat. Étude étiologique, épidémiologique, clinique et prophylactique,* Paris, Félix Alcan, 1894.

MASSY Hampden Hugh, *Remarks on the examination of recruits, intended for the use of young medical officers*, Londres, 1854.

MARSHALL H., *Military Miscellany*, London, iSGG, 1846

MELVILLE Charles Henderson, *Courses of lectures on army sanitation*, 1911.

— *Military Hygiene and sanitation*, Londres, E. Arnold, 1912.

MEYER Arthur, *On the Etiology and Prevalence of disease of the Heart among Soldiers*, Hanse, 1870.

MILLET Louis Joseph, *La Tuberculose dans l'armée*, Paris, bureaux de la Grande Revue, 1905.

Ministry of National Service, *Report upon the Medical Department of the Ministry of National Service*, London, HMSO, 1920.

— *Report upon the Physical Examination of men of military age by National Service Medical Boards From November 1st 1917 – October 31st 1918*, vol. I. Londres, H.M. Stationery Office, 1920.

MORACHE Georges, *Traité d'Hygiène militaire – Deuxième édition entièrement remaniée, mise au courant des progrès de l'hygiène générale et des nouveaux règlements de l'armée*, Paris, J.B. Baillière et fils, 1886.

MORICHEAU BEAUPRE, *Mémoire sur le choix des hommes propres au service militaire dans l'armée de terre et sur leur visite devant les conseils de révision présenté à son Excellence le Marquis de Latour-Maubourg, ministre secrétaire d'État au département de la guerre, par Moricheau Beaupré, Docteur en médecine, Chirurgien en chef de l'hôpital militaire de Montmédy,* Paris, A. Egron, 1820.

MUNSON Edward, *The Theory and Practice of Military Hygiene*, Londres, Bailliere, Tindall & Cox, 1901.

PERRIN Paul, *De l'aptitude militaire*, thèse, Paris, imprimerie A. Parent, 1874.

PRUVOST Léon, *Les débiles mentaux à la guerre, leur utilisation*, thèse, Paris, 1915.

ROBERSTON B., *Some notes on vision and military efficiency*, MD, Glasgow, 1919.

SAINT-AUBIN Claire, *Les débiles intellectuels, leur aptitude au service militaire en temps de guerre*, thèse, Nancy.

SCHWOEBEL Eugène, *Le poids et l'aptitude physique militaire*, thèse, Lyon, A. Rey, 1902.

SIMONIN C., *Les débiles intellectuels, leur aptitude au service militaire en temps de guerre*, thèse, 1918.

TARTIERE Emile, *De l'aptitude des conscrits au service militaire de la robusticité humaine déterminée par les mensurations du poids et de la taille du corps, Communication faite au Congrès des Sociétés savantes de Bordeaux*, Paris, Imprimerie nationale, 1903.

— « De l'aptitude des conscrits au service militaire. Le bon recrutement de l'armée et son influence sur l'état sanitaire de l'armée », Lyon, 1902.

VINCENT, *Du choix du soldat*, Recueil des Mémoires de Médecine militaire, t. VI, 1801.

VIRY Charles, « Conditions générales d'aptitude », in ROCHARD Jules (dir.), *Encyclopédie d'hygiène et de médecine publique*, t. VII, *Hygiène militaire*, Paris, Lecrosnier et Babé, 1890.

— *Principes d'hygiène militaire*, Paris, L. Bataille, 1896.

WALLACE J., *The Medical examination of recruits during the Great War and the subsequent medical boarding of pensioners in consequence of that war*, DM, Oxford, 1924.

YOAKUM Clarence, YERKES Robert, *Army Mental Tests*, NY, H. Holt, 1920.

Anthropométrie et géographie médicale

CAZAL (du) Léon-Joseph, « Répartition en France des infirmités susceptibles d'entraîner l'exemption du service militaire. Étude de géographie et de statistique médicales », *Bulletins de la Société d'anthropologie de Paris*, 1896.

D'ANGEVILLE Adolphe, *Essai sur la statistique de la population française considérée sous quelques-uns de ses rapports physiques et moraux*, Paris, Maison des Sciences de l'Homme, Éditions Mouton, 1969.

BEDDOE John*, The Races of Britain; a Contribution to the Anthropology of Western Europe*, Bristol, J.W. Arrowsmith, 1885.

BOUDIN Jean-Christian, *Études ethnologiques sur la taille et le poids de l'homme chez divers peuples, et sur l'accroissement de la taille et de l'aptitude militaire en France*, Paris, Victor Rozier, 1863.

CAMPOS-HUGUENEY, *De la méthode expérimentale dans l'étude de la constitution de l'homme*, Paris, Maloine, 1904.

CAPDEVIELLE Louis, *Quelques considérations sur la taille et la mensuration de la poitrine*, thèse de Paris, Imprimerie A. Parent, 1873.

CAZAL Gaston, *Répartition en France des infirmités susceptibles d'entraîner l'exemption du service militaire*, Paris, 1896.

CHENU Jean-Charles, *De la mortalité dans l'armée et des moyens d'économiser la vie humaine. Extraits des statistiques médico-chirurgicales des campagnes de Crimée en 1854-1856 et d'Italie en 1859*, Paris, Hachette, 1870.

CHERVIN Arthur, *Essai de géographie médicale de la France d'après les infirmités constatées chez les conscrits par les conseils de révision pour le recrutement de l'armée de 1850 à 1869*, Paris, Masson, 1880.

COSSET A., *Considérations sur le poids des tuberculeux en voie de guérison*, thèse de Paris, Paris, E. Witski & Cie,1901.

DANSON John Towne, *Statistical observations on the growth of the human body (males) in height and weight: from eighteen to thirty years of age*, Londres, Edward Stanford, 1881.

DARMEZIN Henry, *Des variations de poids dans la tuberculose pulmonaire chronique*, thèse de Lyon, 1901.

DEVOT Adolphe, *Essai de statistique médicale sur les principales causes d'exemption du service militaire et recherches sur leur fréquence et leur distribution géographique*, Paris, impr. de Rignoux, 1855.

DIMITRESCOY, « Considérations sur l'âge qui convient le mieux au service militaire », Congrès d'hygiène de Londres, 1891.

DOUBRE, *Étude d'anthropométrie médicale au point de vue du recrutement des cuirassiers et de leur aptitude au service*, Recueil des Mémoires de Médecine militaire, 3e série, t. XXXVIII, 1882.

DUPUY Henry, *Recherches comparatives sur l'aptitude physique des conscrits au service militaire dans les cantons de Captieux et de Villandraut*, Bazas, Imprimerie Constant, 1911.

FRILLEY, *Rapport d'ensemble extrait des carnets médicaux d'incorporation sur les variations survenues pendant la période d'instruction dans la taille, le poids, le périmètre thoracique et la constitution des jeunes soldats de la classe 1884, incorporés dans le 16e corps d'armée*, Recueil des Mémoires de Médecine militaire, t. XI, 1887.

HALBWACHS Maurice, *La théorie de l'homme moyen – Essai sur Quetelet et la statistique morale*, Paris, Alcan, 1912.

HOFFMAN Frederick, *Army Anthropometry and Medical Rejection Statistics, paper read before the National Academy of Science, Philadelphia, 21 novembre 1917*, Newark, Prudential Press, 1918.

LOTTIN Joseph, *Quetelet, statisticien et sociologue*, Louvain, Institut supérieur de philosophie, Paris, Alcan, 1912.

MITCHELL T. J., SMITH G. M., *Medical services, casualties and medical statistics of the Great War*, History of the Great War based on official documents, London, H. M. Stationery Off, 1931.

QUETELET Adolphe, *Recherche sur le poids de l'homme aux différents âges,* Bruxelles, M. Hayez, imprimeur de l'Académie royale, 1833.

— *Sur l'homme et le développement de ses facultés. Essai de physique sociale*, Paris, Bachelier, 1835.
— *Sur la statistique morale et les principes qui doivent en former la base*, Thomson Gale, 2005 [1848].
— *Anthropométrie, ou Mesure des différentes facultés de l'homme*, Bruxelles, Leipzig, Gand, C. Muquardt, 1870.

ROBERT, *Notice sur la taille et le poids du fantassin français*, Recueil des Mémoires de Médecine militaire, 1863, t. x.

ROBERTS Charles, *A Manual of Anthropometry or A guide to the physical examination and measurement of the human body*, London, 1878.

SECHE Alphonse, *Les Noirs (d'après des documents officiels)*, Paris, Payot et Cie, 1919.

SISTACH François, *Études statistiques sur les infirmités et le défaut de taille considérés comme causes d'exemption du service militaire*, in Recueil des Mémoires de médecine militaire, 1861, troisième série, t. VI.

TAILLEPIED DE BONDY François-Marie, *Recrutement de l'armée. Observations pratiques sur les inégalités du mode actuel de répartition des continents entre les départements et les cantons, et proposition d'un nouveau mode*, Auxerre, E. Perriquet, 1841.

VALLIN Émile, *Du périmètre thoracique et du poids dans l'armée française*, Recueil des Mémoires de Médecine militaire, t. XXXII, 1876.

War Office, « Interim Report of the (War Office) Committee on certain medical disabilities of recruits: diseases of the middle ear, loss and decay of many teeth, and flat feet », 1924.

WOILLEZ Eugène-Joseph *Recherches pratiques sur l'inspection et la mensuration de la poitrine*, Paris, Béchet Jeune, 1838.

Médecine

BASSETT Arthur, LLEWELLYN Jones, *Malingering, or, The simulation of disease*, Londres, William Heinemann, 1917.

BOISSEAU Edmond, *Des maladies simulées et des moyens de les reconnaître,* JB Baillière et Fils, 1870.

BRISSAUD Édouard, PINARD Adolphe, RECLUS Paul, *Nouvelle pratique médico-chirurgicale illustrée,* Paris, Masson, 1911.

CHAUVEL Jules, *Précis théorique et pratique de l'examen de l'œil et de la vision*, Paris, G. Masson, 1883.

COLLIE John, *Fraud and its Detection in Accident Insurance Claims*, 1912.

— *Malingering and feigned sickness*, Londres, E. Arnold, 1913.

— *The Psychology of the Fraudulent Mind*, 1913.

DICKS J. Dawson, *Rickets*, London, 1922.

EWART William, *Cardiac outlines for clinical clerks and practitioners, and first principles in the physical examination of the heart*, Londres, 1892.

GEE Samuel Jones, *Auscultation and Percussion: Together with the Other Methods of Physical Examination of the Chest*, 6e édition, Oxford medical publications, Londres, Henry Frowde, Hodder and Stoughton, 1908 [1883].

Great Britain Commissions for The Care and Control Of The Feeble Minded, *Report Of The Royal Commission On The Care And Control Of The Feebleminded*, 1908.

HEWETT Cresswell, *Chart for Physical Examination in Pulmonary and Cardiac Diseases, as Used in Dr. Cresswell Hewett's Clinical Class*, H. Renshaw, London, 1905.

HIRTZMAN Lucien, *Troubles fonctionnels du cœur et tuberculose*, thèse de Lyon.

LEVY Michel, *Traité d'hygiène publique et privée*, Paris, J.-B. Baillière, 5e édition, 1869 [1844],

MACKENZIE James, *Diseases of the heart*, Oxford, Oxford medical publication, 1908.

MACKENZIE James, *Symptoms and Their Interpretation*, London, Shaw and sons, 1909.

MOSSO Angelo, *La fatigue intellectuelle et physique*, Paris, Alcan, 1894.

REGIS Emmanuel, *Précis de psychiatrie*, Paris, Doin, 1914 [5e édition].

STEVENSON Thomas et MURPHY Shirley (dir.), *A Treatise on Hygiene and Public Health*, Londres, J. & A. Churchill, 1893.

TARDIEU Ambroise, *Question médico-légale de l'identité dans ses rapports avec les vices de conformation des organes sexuels*, Paris, Baillière, 1874.

REMLINGER Paul, *Étude sur l'hérédité de la tuberculose*, thèse, Lyon, 1893.

THOMPSON Reginald Edward, *The physical examination of the chest*, Renshaw's manuals, Londres, 1879.

WOILLEZ Eugène-Joseph, *Recherches pratiques sur l'inspection et la mensuration de la poitrine*, Paris, Béchet jeune, 1838.

Essais

BERNARD Léon, *La Défense de la Santé publique pendant la guerre*, Publications de la Dotation Carnegie, PUF, 1929.

CLAYTON I. M., in *The shadow on the universe: or, the physical results of war*, London, Simpkin, Marshall, Hamilton, Kent, 1915.

DOUSSET Léonce, *Le risque militaire et la solidarité sociale*, Fontenay-le-Comte, Charles Pételot, 1907.

DUCO Alexandre, « Les droits du blessé. Pension-gratification-réforme » in *Science et Dévouement. Le Service de Santé. La Croix Rouge, les œuvres de solidarité de guerre et d'après-guerre*, Paris, A. Quillet, 1918.

PEARSON Karl, *National Life From the Standpoint of Science*, London, 1905 [1901].

ROCHARD Jules, *La valeur économique de la vie humaine*, Paris, Berger-Levrault, 1885.

SALEEBY Caleb, *Parenthood and Race Culture. An Outline of Eugenics*, Londres, Cassell, 1909.

TISSIE Philippe, *L'Éducation physique et la race*, Paris, Flammarion, 1919.

WHITE Arnold, *Efficiency and Empire*, Methuen & Co, 1901.

Mémoires, témoignages et fictions

ADDISON Christopher, *Four and a half years: a personal diary from June 1914 to January 1919*. Londres, Hutchinson, 1934.

ALAIN, *Lettres aux deux amies*, Paris, Les Belles lettres, 2014.

COLETTE, *Les Heures longues,* Paris, Fayard, 1917.

HILLEMAND Pierre, *Journal d'un médecin sur les deux guerres mondiales, 1. La Grande Guerre*, présenté par Bernard Hillemand, Ed. Fiacre, 2013.

HELIAS Pierre Jakez, *Le cheval d'orgueil, mémoires d'un Breton du pays bigouden*, Paris, Plon, 1975.

KEITH Arthur, *An Autobiography*, Londres, Watts & Co., 1950.
MARGUERITTE Paul, *L'embusqué,* Paris, Flammarion, 1916.
SIMON J.M., « Conscrits en Orléanais », in BFI, janvier-mars 1953.

Presse

Presse médicale

Annales d'hygiène publique et de médecine légale
Annales médico-psychologiques
Archives de l'Anthropologie criminelle et des sciences pénales
Annales d'oculistique
Archives d'ophtalmologie
Archives médicales d'Angers
British Heart Journal
British Medical Journal
Bulletin de l'Académie nationale de médecine
Bulletin de la Société d'anthropologie de Paris
Bulletin de la Société de médecins légale
Bulletin médical
Contributions to medical and biological research
Gazette médicale de Paris : journal de médecine et des sciences accessoires
Gazette médicale du centre
Eugenics Review
Revue d'hygiène et de police sanitaire
Revue de la tuberculose
Revue neurologique
Journal de médecine et de chirurgie pratique à l'usage des médecins
Journal of the Royal Sanitary Institute
Journal of the Statistical Society of London
La Presse médicale
Le Caducée
Medical History
Paris médical
Presse médicale

Revue d'hygiène et de police sanitaire
The Lancet

Presse militaire et médico-militaire

Archives de médecine et de pharmacie militaires
Armée et démocratie : journal hebdomadaire
Armée et marine
Bulletin de la Société de médecine militaire française
Bulletin du Service de santé militaire
Bulletin militaire
La France militaire
Journal des Sciences militaires
Journal of the Royal Army Medical Corps

Presse Générale

Daily News
Daily Star
Daily Mail
Daily Telegraph
East End News
East London Observer
Evening News
Evening Standard
Independent
L'Assiette au beurre
L'Indépendant des Basses-Pyrénées
La Charente
La Culture physique
Le Carnet de la semaine
Le Figaro
Le Journal
Le Petit Journal
Le Petit Parisien

Le Rire, Le Rire rouge

Le Temps

Liverpool Daily Post

Mercury

National Review

The London Journal

The Pall Mall Gazette

The Times

Sources parlementaires et législatives

Hansard's Parliamentary Debates, *House of Commons* (*H.C. Deb*.), London, Baldwin & Cradock, 1803-2005, séance du 7 mars 1916 , séance du 11 juillet 1916 , séance du 2 novembre 1916, séance du 1er mars 1917, séance du 20 mars 1917, séance du 11 juin 1917, séance du 14 juin 1917, séance du 21 juin 1917 , séance du 10 et 11 avril 918, séance du 10 juin 1918, séance du 13 juin 1918, séance du 17 juin 1918, séance du 18 juin 1918, séance du 20 juin 1918, séance du 27 juin 1918,éance du 8 juillet 1918.

Hansard's Parliamentary Debates, *Lords,* séance du 18 mai 1916.

http://www.parliament.uk/business/publications/hansard/

Journal officiel de la République française (JORF) du 23 mars 1905, 6 et 10 septembre 1914, 16 septembre 1914, 29 septembre 1914, 11 octobre 1914, 7 avril 1915, 19 août 1915, 21 février 1917, 15 août 1917.

Documents parlementaires, Chambre des députés, séance du 20 mai 1915, « Rapport du ministre de la Guerre Millerand au président de la République », 26 septembre 1914, Annexe n°1936 au procès-verbal de la séance.

Documents parlementaires, Chambre des députés, séance du 20 mai 1915, « Rapport Henry Paté », Annexe n°936 au procès-verbal de la séance.

Documents parlementaires, Sénat, séance du 22 décembre 1915, « Rapport fait au nom de la commission de l'armée chargée d'examiner le projet de loi, adopté par la Chambre des députés, relatif à l'appel sous les drapeaux de la classe 1917 », Annexe n°459 au procès-verbal de la séance.

Débats parlementaires. Sénat : compte rendu in extenso, séance du 22 décembre 1915, séance du 9 mars 1923.

Débats parlementaires. Chambre des députés : compte rendu in-extenso, séance du 20 février 1914, séance du 12 mars 1915, 25 mars 1915, séance du 1er avril 1915, séance du 20 mai 1915, séance du 30 novembre 1915, séance du 22 décembre 1915, séance du 21 novembre 1916, 27 mars 1917, 28 décembre 1917, 29 mars 1918, 31 juillet 1918.

DUVERGIER Jean-Baptiste, *Collection complète des lois, décrets, ordonnances et règlements*, Paris, Librairie Sirey, 5 vol., 1914-1918.

Loi du 21 mars 1905 sur le recrutement de l'armée, modifiée par la loi du 7 août 1913 ; Décret du 2 décembre 1914 relatif au recensement et à la révision de la classe 1915, complétée par les décrets du 20 septembre 1914, relatif à la visite par les conseils de révision de la classe de 1915, et du 24 septembre 1914, relatif à la présidence des

conseils des conseils de révision de la classe de 1915 ; Loi du 6 avril 1915, arrêté du 9 avril pour le recensement de la classe 1917 ; Loi du 13 avril 1916 ; Loi du 1er décembre 1916 ; Loi du 20 février 1917 ; Loi militaire d'avril 1923.

Bibliographie des ouvrages cités

Sciences et médecine

Histoire et sociologie de la médecine et des sciences

ACKERNECHT Erwin, *Medicine at the Paris Hospital, 1794-1848*, Johns Hopkins Press, 1967 [trad. française *La médecine hospitalière à Paris (1794-1848)*, Paris, Payot, 1986].

ALBERT Daniel M., EDWARDS Diane D., *The History of Ophthalm*ology, Cambridge, Blackwell Science, 1996.

AMBROISE-RENDU Anne-Claude, D'ALMEIDA Fabrice, EDELEMAN Nicole (dir.), *Des gestes en histoire. Formes et significations des gestualités médicale, guerrière et politique*, Paris, Seri Aslan, 2006.

ARMSTRONG David, *The political Anatomy of the body. Medical knowledge in Britain in the twentieth century,* Cambridge, Cambridge University Press, 1983.

- *A new history of identity: a sociology of medical knowledge,* Basingstoke, Palgrave, 2002.

ARNAUD-LESOT Sylvie, *Pudeur et pratique médicale : aspects relationnels de l'examen gynécologique et obstétrical au XIXe siècle en France*, Thèse de doctorat, 2007.

- « La pudeur en médecine aux XVIIIe et XIXe siècles : une entrave à la parole du médecin et de sa patiente », *Medicina nei Secoli*, n° 16 (1), 2004, p. 95-107.
- « Pratique médicale et pudeur féminine au XIXe siècle », *Histoire des sciences médicales*, 2004, vol. 38 (2), p. 207-218.

BARILLE Claire, « Les vaines pudeurs à l'hôpital (XIXe siècle) », *Histoire, médecine et santé*, n°1, 2012, p. 47-61.

BARILLE Claire, DEMIER Francis (dir.), Les maux et les soins, médecins et malades dans les hôpitaux parisiens au XIXe siècle, Paris, Action artistique de la ville de Paris, 2007.

BARDET Jean-Pierre, BOURDELAIS Patrice, GUILLAUME Pierre, LEBRUN François, QUETEL Claude, *Peurs et terreurs face à la contagion. Choléra, tuberculose, syphilis XIXe-XXe siècles*, Paris, Fayard, 1988.

BAUBEROT Arnaud, « De la nudité thérapeutique au nudisme, les naturistes français », *Rives nord-méditerranéennes*, n°30, 2008, p. 101-116.

BAUDRY Hervé, *Pudeur et thérapeutique au XVIe et XVIIe siècles : le problème du lavement de soi-même*, Genève, Droz, 2008.

BERNARD Alan, *Social Anthropology and Human origins*, Cambridge, Cambridge University Press, 2011.

BLAYNEY Steffan, « Industrial Fatigue and the Productive Body: the Science of Work in Britain, c. 1900–1918 », *Social History of Medicine*, vol. 32, n°2, mai 2019, p. 310–328.

BOLOGNE J.-C., *Histoire de la pudeur*, Paris, Hachette, 1986.

BRANCHER Dominique, « Les ambiguïtés de la pudeur dans le discours médical (1570-1620) », *Cahiers de l'association internationale des études françaises*, 2003, vol. 55, p. 275-297.

BRET Patrice, CHATZIS Konstantinos, PEREZ Liliane (dir.), *La presse et les périodiques techniques en Europe 1750-1950*, Paris, L'Harmattan, 2008.

BLANCKAERT Claude, *Les politiques de l'anthropologie. Discours et pratiques en France (1860-1940)*, Paris, L'Harmattan, 2001.

BOLTANSKI Luc, « Les usages sociaux du corps », *Annales*, Année 1971, vol. 26, n° 1, p. 205-233.

BOURDELAIS Patrice, FAURE Olivier (dir.), *Les nouvelles pratiques de santé, XVIII^e^-XX^e^ siècles*, Paris, Belin, 2005.

BYNUM William, *Science and the Practice of Medicine in the Nineteenth Century*, Cambridge University Press, 1994.

BYNUM William, PORTER Roy (dir.), *Medicine and the Five Senses*, Cambridge, Cambridge Universisty Press, 2005.

CALLON Michel, RABEHARISOA Vololona, « De la sociologie du travail appliquée à l'opération chirurgicale : ou comment faire disparaître la personne du patient », *Sociologie du travail*, 41(2), 1999, p. 143-162.

CARNINO Guillaume, *L'invention de la science. La nouvelle religion de l'âge industriel*, Paris, Le Seuil, 2015.

CAROL Anne, « L'examen gynécologique en France, XVIII^e^-XX^e^ siècles : techniques et usages », dans FAURE Olivier et BOURDELAIS Patrice (dir.), *Les nouvelles pratiques de santé (XVIII^e^-XX^e^ siècles*), Paris, Belin, 2005, p. 51-66.

– « La virilité face à la médecine », in CORBIN Alain, COURTINE Jean-Jacques, VIGARELLO Georges (dir.), *Histoire de la virilité*, t. 3, *La virilité en crise ?,* Paris, Seuil, 2011.

CARROY Jacqueline, OHAYON Annick, PLAS Régine, *Histoire de la psychologie en France, XIX^e^-XX^e^ siècles*, La Découverte, 2006.

CARTWRIGHT Lisa, *Screening the Body. Tracing Medicine's Visual Culture*, Minneapolis, University of Minnesota Press, 1995.

CANGUILHEM Georges, *Le Normal et le pathologique*, Paris, PUF, 2013 [1966].

CLARKE Adèle, FUJIMURA Joan (dir.), *La matérialité des sciences. Savoir-faire et instruments dans les sciences de la vie*, Paris, Sunthélabo Groupe, 1996.

CLARKE Juanne, « Sexism, Feminism and Medicalism: A Decade Review of Literature on Gender and Illness », *Sociology of Health and Illness*, 1983, vol. 5, n° 1, p. 62-82.

CONEIN Bernard, DODIER Nicolas, THEVENOT Laurent (dir.), *Les objets dans l'action. De la maison au laboratoire*, Paris, Éd. de l'EHESS, 1993.

COOTER Roger, PICKSTONE John (dir.), *Companion to Medicine in the Twentieth Century*, New York, Routledge, 2003.

CRIGNON-DE OLIVERA Claire, « Le rôle des périodiques dans la diffusion du savoir médical en France et en Grande Bretagne (fin XVII^e-XVIII^e siècles) », in THOMSON Ann, DZIEMBOWSKI Edmond, BURROWS Simon (dir.), *Cultural Transfers : France and Britain in the Long Eighteenth Century*, Oxford, Voltaire Fundation, SVEC, 2010, p. 131-145.

CUNNINGHAM Andrew, WILLIAMS Perry (dir.), *The Laboratory Revolution in Medicine*, Cambridge, Cambridge University Press, 1992, p. 188-208.

DASTON Lorraine, GALISON Peter Louis, *Objectivité*, Dijon, presses du réel, 2012, p. 218 [*Objectivity*, New York, Zone Books, 2007].

DASTON Lorraine, LUNBECK Elizabeth (dir.), *Histories of scientific observation*, Chicago, University of Chicago Press, 2011.

DIAS Nélia, *La mesure des sens. Les anthropologues et le corps humain au XIX^e siècle*, Paris, Aubier, 2004.

DUFFIN Jacalyn, *To See with a Better Eye: A Life of R.T. H. Laennec*, Princeton, Princeton University Press, 1998.

DUPOUY Stéphanie, « Le visage au scalpel : l'expression faciale dans l'œil des savants (1750-1880) », thèse de doctorat en philosophie de l'Université Paris 1, 2007.

EDGERTON David, *Quoi de neuf ? Du rôle des techniques dans l'histoire globale,* Paris, Seuil, 2013.

FAGES Volny, *Savantes Nébuleuses. L'origine du monde entre marginalité et autorité scientifique (1860-1920),* Paris, Éd. EHESS, 2018.

FAIRCHILD Amy, *Science at the borders: immigrant medical inspection and the shaping of the modern industrial labor force*, Baltimore, The Johns Hopkins University Press, 2003.

FAURE Henri, *L'ophtalmologie des origines à nos jours*, Annonay, Laboratoires H. Faure, 7 vol., 1973-1992.

FOUCAULT Michel, *Naissance de la clinique. Une archéologie du regard médical*, Paris, PUF, 1963.

- *Le pouvoir psychiatrique. Cours au Collège de France, 1973-1974*, Paris, Seuil, 1974.
- *Herculine Barbin dite Alexina B*., Paris, Gallimard, 1978.
- *Les Anormaux. Cours au Collège de France (1974-1975)*, Paris, Gallimard-Le Seuil, 1999.

GARDEY Delphine, LÖWY Ilana (dir.), *L'Invention du naturel : les sciences et la fabrication du féminin et du masculin*, Paris, Éditions des Archives contemporaines, 2000.

GAUDILLIÈRE Jean-Paul, LÖWY Ilana, *Heredity and Infection. The History of Disease Transmission*, London, Routledge, 2001.

GAUDILLIERE Jean-Paul, *La médecine et les sciences, XIX^e-XX^e siècles*, La Découverte, 2006.

GOFFMAN Erwin, *Stigmate : les usages sociaux des handicaps*, Paris, Les Éditions de Minuit, 1975 [1^e édition, *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*, Upper Saddle River, 1963].

GOULD Stephen Jay, *La mal-mesure de l'homme,* Paris, Odile Jacob, 1997.

GRMEK Mirko (dir.), *Histoire de la pensée médicale en Occident*, tome 2, tome 3, Paris, Seuil, 1997.

GUILLAUME Pierre, *Du désespoir au salut : les tuberculeux aux XIX^e et XX^e siècles*, Aubier, 1986.

GUILLEMAIN Hervé, *Schizophrènes au XX^e siècle : des effets secondaires de l'histoire*, Paris, Alma, 2018.

HERVOIS Pauline, « Du non-sens de recenser les insensés : fabriquer le chiffre de l'infirmité, en France, au XIX^e siècle », thèse de doctorat de l'Université Paris 1, 2018.

- « Des difficultés de quantifier les populations infirmes en France au XIX^e siècle », *Histoire, médecine et santé*, n°15, 2020, p. 29-47.

HESS Volker, MENDELSOHN J. Andrew, « Case and Series: Medical Knowledge and Paper technology, 1600-1900 », *History of Science*, vol. 48, n°3-4, 2010, p. 287-314.

HOFFBECK Valentine, « De l'arriéré au malade héréditaire : histoire de la prise en charge et des représentations du handicap mental en France et Allemagne (1890-1934) », Thèse de doctorat en histoire contemporaine de l'Université de Strasbourg, 2016.

KUHN Thomas S., *The Structure of Scientific Revolutions*, Chicago, University of Chicago Press, 1962.

LACHENAL Guillaume, LEFEVE Céline et NGUYEN Vinh-Kim, *La médecine du tri,* Paris, Presses Universitaires de France, 2014.

LACHMUND Jens, *Der abgehorchte Körper: zur historischen Soziologie der medizinischen Untersuchung*, Opladen,Westdt. Verl., 1997.

- « Das Geräusch in der Medizin. Zu den historischen Grundlagen der modernen Diagnostik », *Wiener Klinische Wochenschrift*, n°121, 2009.
- « Making sense of sound: Auscultation and ling sound codification in nineteenth century French and German medicine », *Science, Technology and Human Value*, 24 (4), p. 419-450.
- « Stethoskop » in MORAT Daniel, ZIEMER Hansjakob, RUTZ Rainer (dir.), *Handbuch Sound: Geschichte, Begriffe, Ansätze,* Stuttgart, J.B. Metzler Verlag, 2018.

LAMY Jérôme, « Les mains des astronomes. Anthropologie historique de la gestuelle savante », Ethnographiques.org, Numéro 31, décembre 2015.

LARN-ENTRALGO Pedro, *El diagnóstico médico: Historia y teoría*, Barcelona, 1982.

LATOUR Bruno, « La rhétorique de la science, pouvoir et devoir dans un article de science exacte », *Actes de la recherche en sciences sociales*, volume 13, n°1, 1977, p. 81-95.

- « Les "vues" de l'esprit. Une introduction à l'anthropologie des sciences et des techniques », *Culture Technique*, 14, 1985, pp. 5-29.
- *La science en action*, Paris, La Découverte, 1989 [1987].

LAWRENCE Christopher, SHAPIN Steven, (dir.), *Science Incarnate. Historical Embodiments of Natural Knowledge*, Chicago, The University of Chicago Press, 1998.

LUTZ Raphael, « Die Verwissenschaftlichung des Sozialen als methodische und konzeptionelle Herausforderung für eine Sozialgeschichte des 20. Jahrhunderts », *Geschichte und Gesellschaft*, 1996, 2, p. 165-193.

MAJERUS Benoît, *Parmi les fous, une histoire sociale de la psychiatrie au XX^e siècle*, Rennes, PUR, 2013.

MAULITZ Russel C., *Morbid Appearances. The Anatomy and Pathology in the Early Nineteenth Century*, Cambridge, Cambridge University Press, 1987.

MEMBRADO Monique, « Les femmes dans le champ de la santé : de l'oubli à la particularisation », *Nouvelles Questions Féministes*, 2006, vol. 25, n° 2, p. 16-31.

NICOLA Serge, « Le Binet-Simon et les origines de la mesure de l'intelligence », in NICOLA Serge, ANDRIEU Bernard, *La mesure de l'intelligence (1904-2004)*, Paris, L'Harmattan, 2005.

NICOUD Marilyn, *Les régimes de santé au Moyen Âge. Naissance et diffusion d'une écriture médicale, XII^e^-XV^e^ siècle*, Rome, École française de Rome, 2007.

NYE Robert A., *Crime, madness and politics in modern France: The medical concepts of national decline*, Princeton, 1984.

PASVEER Bernike, *Shadows of knowledge: Making a representing practice in medicine: x-ray pictures and pulmonary tuberculosis, 1895-1930*, Den Haag, Amsterdam, CIP-Gegevens Koninklijke Bibliotheek, 1992.

PENEFF Jean, « Le travail du chirurgien : les opérations à cœur ouvert », *Sociologie du travail*, 39(3), 1997, p. 265-296.

PETER Jean-Pierre, *De la douleur. Observations sur les attitudes de la médecine prémoderne envers la douleur*, Paris, Quai Voltaire, 1993.

PINELL Patrice, « L'invention de l'échelle métrique de l'intelligence », *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 108, n°1, 1995.

POLANYI Michael, *Personal knowledge*, London, Routledge & Kegan Paul, 1951.

POSTEL-VINAY Nicolas, CORVOL Pierre, *Le Retour du Dr Knock. Essai sur le risque cardio-vasculaire*, Paris, Odile Jacob, 2000.

POYNTER Frederick Noel Lawrence, *Medicine and Science in the 1860s*, Londres, Wellcome Institute of the History of Medicine, London, Welcome Institute for the History of Medicine, 1968.

PICKSTONE John (dir.), *Medical Innovations in Historical Perspective*, New York, St. Martin's Press, 1992.

PORTER Roy, « The Patient's View. Doing Medical History from below », *Theory and Society*, vol. 14, n°2, 1985, p. 175-198.

PORTER Dorothy, PORTER Roy, « What was social medicine, A historiographical essay », *Journal of Historical Sociology*, I, 1988, p. 99.

PORTER Roy, WEAR Andrew, *Problems and Methods in the History of Medicine*, Londres, Croom Helm, 1987.

POUCHELLE Marie-Christine, *Corps et chirurgie à l'apogée du Moyen Âge. Savoir et imaginaire du corps chez Henri de Mondeville, chirurgien de Philippe le Bel*, Paris, Flammarion, 1983.

PUMPFREY Stephen, « Who did the work? Experimental philosophers and public demonstrators in Augustan England », *British Journal for the History of Science*, 28(2), 1995, p. 131-156.

RABINBACH Anton, *The Human Motor: Energy, Fatigue and the Origins of Modernity*, New York, Basic Books, 1990 [trad. française *Le moteur humain : l'énergie, la fatigue et les origines de la modernité*, Paris, La Fabrique, 2004].

ROELCKE Volker, WEINDLING Paul, WESTWOOD Louise (dir.), *International Relations in psychiatry*, *Britain, Germany, and the United States to World War II*, Rochester, New York, University of Rochester Press, 2010.

QUETEL Claude, *Le Mal de Naples : Histoire de la syphilis*, Paris, Seghers, 1986.

RABIER Christelle, « Les techniques chirurgicales autour de 1800 entre France et Grande-Bretagne : les enjeux des échanges », *Documents pour l'histoire des techniques*, 19 2e semestre 2010.

RAVETZ Jerome, *Scientific Knowledge and Its Social Problems*, Oxford, Clarenden Press, 1971.

REVERBY Susan, « Stealing the golden eggs: Ernest Amory Cochman and the science and management of medicine », *Bulletin of the history of medicine*, vol. IV, 1981, p. 156-71.

RICE Tom, *Hearing and the Hospital: Sound, Listening, Knowledge and Experience*, Canon Pyon, Sean Kingston Publishing, 2013.

ROSEN George, « The efficiency criterion in medical care, 1900-1920: An early approach to an evaluation of health service », *Bulletin of the history of medicine*, 1, 1976, p. 28-44.

ROSENBERG Charles E., « Inward vision and outward glance: The Shaping of the American hospital, 1880-1914 », *Bulletin of the history of medicine*, vol. LIII, 1976, p. 349-391.

SARACENO Marco, « De la mesure du corps à la politique des corps. Une histoire des sciences du travail 1880-1920 », thèse de doctorat en sociologie et histoire des sciences, Université Paris Ouest Nanterre La Défense, 2013.

SARGENT Frederick, *Hippocratic Heritage: A History of Ideas about Weather and Human Health*, New York, Pergamon Press, 1982.

SCHAFFER Simon, « Astronomers Mark Time: Discipline and the Personal Equation », *Science in context*, 2(1), 1988, p. 115-145.

– *La Fabrique des sciences modernes*, Paris, Seuil, 2014.

SHAPIN Steven, *A Social History of Truth. Civility and Science in Seventeenth-Century England*, Chicago, The University of Chicago Press, 1994.

SIBUM H. Otto, « Les gestes de la mesure. Joule, les pratiques de la brasserie et la science », *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, 53e année, n° 4-5, 1998, p. 745-774.

STURDY Steve, « The political economy of scientific medicine: Science, education and the transformation of modern medicine in Sheffield, 1890-1922 », *Medical history*, vol. XXXVI, 1992, p. 125-159.

SUTHERLAND Gilian, *Ability, Merit and Measurement: Mental Testing and English Education 1880-1914*, Oxford, Clarendon Press, 1984.

TEMKIN Owsei, *The double face of Janus and other essays in the history of medicine*, Baltimore, éd. O. Temkin, 1977.

VENAYRE Sylvain, « Le corps malade du désir du pays natal. Nostalgie et médecine au XIXe siècle », in DEMARTINI Anne-Emmanuelle, KALIFA Dominique (dir.), *Imaginaire et sensibilités au XIXe siècle. Études pour Alain Corbin*, Paris, créaphis, 2005, p. 209-222.

VIGARELLO Georges, *Le sain et le malsain, santé et mieux-être depuis le Moyen-Âge*, Paris, Éd. du Seuil, 1993.

WEBER Max, *Essais sur la théorie de la science*, Paris, Pocket, 1992 [1904-1917].

WEBSTER Charles, *Biology, medicine and society, 1840-1940*, Cambridge, 1981.

– « Healthy or hungry thirties », *History Workshop Journal*, vol. 13, n°1, 1982, p. 110-129.

WEISZ Georges, *The Medical Mandarins: The French Academy of Medicine in the 19th and early 20th centuries*, Oxford, Oxford University Press, 1995.

WOOD Corinne Shear, « Syphilis in anthropologically perspective », *Social science and medicine*, n°12, 1978, p. 47-55.

WORBOYS Michael, « From Heredity to Infection: Tuberculosis, 1870-1890 » in GAUDILLIÈRE Jean-Paul, LÖWY Ilana, *Heredity and Infection. The History of Disease Transmission*, London, Routledge, 2001

– « Was there a Bacteriological Revolution in late nineteenth-century medicine? », *Studies in History and Philosophy of Science Part C: Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences*, 38, 1, p. 20-42, 2007.

WYNNE Brian, « Misunderstood Misunderstandings: Social Identities and the Public Uptake of Science » in IRWIN Alan, WYNNE Brian, *Misunderstanding Science? The Public Reconstruction of Science and Technology*, Cambridge, Cambridge University Press, 1996, p. 19-46.

ZIMMERMAN Andrew, *Anthropology and Antihumanism in Imperial Germany*, Chicago, The University of Chicago Press, 2001.

État et santé publique

BARKER David, « How to Curb the Fertility of the Unfit: The Feeble-Minded in Edwardian Britain », *Oxford Review of Education*, vol. 9, n° 3, 1983, p. 197-211.

BARNES David, *The making of a social disease: Tuberculosis in nineteenth century France*, the University of California Press, 1995.

BARRETT M. A., « From education to segregation: an inquiry into the changing character of special provision for the retarded in England, c. 1846-1918 », Ph.D. thesis, University of Lancaster, 1986.

BASHFORD Alison, LEVINA Philippa, *The Oxford Handbook of the History of Eugenics*, Oxford, Oxford University Press, 2010.

BODIN Romuald, *L'institution du handicap*, La Dispute, Paris, 2018.

BOURDELAIS Patrice (dir.), *Les Hygiénistes. Enjeux, modèles et pratiques*, Paris, Éditions Belin, 2001.

BRYDER Linda, *Below the magic mountain. A social history of tuberculosis in twentieth century Britain*, Clarendon Press, 1988.

BUZZI Stéphane, DEVINCK Jean-Claude, ROSENTAL Paul-André, *La santé au travail (1880-2006)*, Paris, La Découverte, 2006.

CAHEN Fabrice, CAVALIN Catherine, ROSENTAL Paul-André, « Mesurer la valeur humaine. Morale, biopolitique, utilitarisme, XVIII^{e}-XXI^{e} siècle », *Incidence. Philosophie, littérature, sciences humaines et sociales*, n°12, Automne 2016, p. 11-23.

CAVE Isabelle, *État, santé publique et médecine à la fin du XIX^{e} siècle français,* Paris, L'Harmattan, 2016.

CHAMBERLIN J. Edward, GILMAN Sander L. (dir.), *Degeneration: The dark side of progress*, New York, 1985.

CLARKE Adèle, FUJIMURA Joan, *La matérialité des sciences. Savoir-faire et instruments dans les sciences de la vie*, Paris, Synthélabo Groupe, 1996.

CONSTANTINE Stephen, *Social Conditions in Britain*, London, Methuen, 1983.

DE SWAAN Abram, *In care of the state: Health care, education and welfare in Europe and the USA in the modern era*, Cambridge, 1988.

DESSERTINE Dominique, FAURE Olivier, *Combattre la tuberculose 1900-1940*, Lyon, Presses universitaires de Lyon, 1988.

DOZON Jean-Pierre, FASSIN Didier (dir.), *Critique de la santé publique : une approche anthropologique*, Paris, Balland, 2001.

DWORK Deborah, *War is good for babies and other young children. A history of the infant and child welfare movement in England 1898-1918*, London, Tavistock Publications, 1987.

ELLIS Jack, *The Physician-Legislators of France. Medicine and Politics in the early Third republic, 1870-1914*, Cambridge, Cambridge University Press, 1990.

FARLEY John, *To Cast out Disease: a History of the International Health Division of the Rockefeller Foundation (1913-1951)*, Oxford, New York, Oxford University Press, 2004.

FINLAYSON Geoffrey, *Citizen, State and Social Welfare in Britain 1830-1998,* Oxford, Clarendon, 1994.

FOUCAULT Michel, *Naissance de la biopolitique*, *Cours au Collège de France, 1978-1979*, Paris, Gallimard, 2004.

– *Sécurité, territoire, population. Cours de 1977-1978 au Collège de France*, Paris, Gallimard, 2004.

FRASER Derek, *The Evolution of the British Welfare State*, Londres, Palgrave, 1973.

GILBERT Bentley, « Health and Politics: The British Physical Deterioration Report of 1904 », *Bulletin of the History of Medicine*, Baltimore, vol. 39, n°2, 1965, p. 143-153.

– *British Social Policy 1914-1939*, Londres, Batsford, 1970.

HENNOCK Peter, *The Origin of the Welfare State in England and Germany, 1850-1914: Social Policies Compared*, Cambridge, 2007.

HENRY Stéphane, *Vaincre la tuberculose (1879-1939) : la Normandie en proie à la peste blanche*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2013.

JACKSON Mark, « Institutional provision for the feeble-minded in Edwardian England » in DIGBY Anne, WRIGHT David, *From idiocy to mental deficiency: historical perspectives on people with learning disabilities,* Londres, New York, Routledge*,* 1996.

– *The Borderland of Imbecility: Medicine, Society and the Fabrication of the Feeble Minded in Late Victorian and Edwardian England*, Manchester, New York, Manchester University Press, 2000.

JORLAND Gérard, *Une société à soigner. Hygiène et salubrité publiques en France au XIX^e^ siècle*, Paris, Gallimard, 2010.

KLEIN Alexandre, PARAYRE Séverine (dir.), *Histoire de la santé XVIII^e^ - XX^e^ siècles. Nouvelles recherches francophones*, Québec, Presses de l'Université Laval, 2015.

KUHN Thomas, *The Structure of Scientific Revolutions*, Chicago, University of Chicago Press, 1962.

LARSON Edward J., « The rhetoric of eugenics: expert authority and the Mental deficiency Bill », *British Journal for the History of Science*, vol. 24, n°1, 1991, p. 45-50.

LEONARD Jacques, *La médecine entre les pouvoirs et les savoirs : histoire intellectuelle et politique de la médecine française au XIX^e siècle*, Paris, Aubier-Montaigne, Collection Historique, 1981.

LOWE R. A., « Eugenicists, doctors and the quest for national efficiency: an educational crusade, 1900-1939 », *History of Education*, n°8, 1979, p. 293-306.

MAZUMDAR Pauline, *Eugenics, Human Genetics and Human Failings: the Eugenics Society, its Sources and its Critics*, London, Routledge, 1992.

MOONEY Graham, « Public Health versus Private Practice: The Contested Development of Compulsory Infectious Disease notification in Late-Nineteenth-Century Britain », *Bulletin of the History of Medicine*, 1999, 73, p. 238-267.

MURARD Lion, ZYLBERMAN Patrick, *L'Hygiène dans la République. La santé publique en France ou l'utopie contrariée 1870-1918*, Fayard, Paris, 1996.

- *L'administration sanitaire en France dans l'entre-deux-guerres. Le ministère de l'Hygiène : création et action*, Conv. MiRe-Inserm, 1996.

PICARD Jean-François, *La fondation Rockefeller et la recherche médicale*, Paris, PUF, 1999.

PICK Daniel, *Faces of Degeneration: A European Disorder, c. 1848-1918*, Cambridge, Cambridge University Press, 1989.

REYNAUD-PALIGOT Carole, *La République raciale. Paradigme racial et idéologie républicaine*, Paris, PUF, 2006.

ROSENTAL Paul-André, *Destins de l'eugénisme*, Paris, Seuil, 2016.

- « Sélection et valeur humaine : deux lectures républicaines, 1937-1944 », *Incidence. Philosophie, littérature, sciences humaines et sociales*, n°12, automne 2016.
- SIMMONS Harvey G., « Explaining Social Policy: The English Mental Deficiency Act of 1913 », *Journal of Social History*, n°11, 1978, p. 387-403.

SEARLE Geoffrey Russell, *The Quest for national efficiency: A Study in British Politics and Political Thought, 1899-1914*, Berkeley and Los Angeles, University of California Press, 1971.

SEARLE Geoffrey, *Eugenics and Politics in Britain, 1900-1914*, Leyden, 1976.

SEMMEL Bernard, *Imperialism and Social Reform. English Social-Imperial Thought 1895-1914*, Londres, George Allen & Unwin, 1960.

STECKEL Richard, FLOUD Roderick (dir.), *Health and Welfare during Industrialization*, Chicago, Chicago University Press for the National Bureau of Economic Research, 1997.

SOBAL Jeffrey, MAURER Donna, *Weighty Issues: Fatness and Thinness as Social Problems*, New York, Aldine de Gruyter, 1999.

SZRETER Simon, « The Importance of Social Intervention in Britain's Mortality Decline c.1850–1914: a Re-interpretation of the Role of Public Health », *Social History of Medicine*, Volume 1, Issue 1, april 1988, p. 1-38.

THOMSON Mathew, *The Problem of Mental deficiency: Eugenics, democracy, and Social Policy, c. 1870-1959*, Oxford, Clarendon Press, 1998.

TITMUSS Richard Morris, *Problems of Social Policy*, Bristol, Policy Press, 2019 [1950].

- TITMUSS Richard Morris*, Essays on the Welfare State*, Londres, George Allen & Unwin, 1958.

WELSHMAN John, « The Social History of Social Work: The Issue of the 'Problem Family', 1940-70 », *British Journal of Social Work*, vol. 29, n°3, 1999, p. 457-476.

WORBOYS Michael, « Before McKeown: explaining the decline of tuberculosis in Britain, 1880-1930 », in CONDRAU F., WORBOYS Michael (dir.), *Tuberculosis Then and Now: Perspectives on the History of an Infectious Disease*, Montreal and Ithaca, 2010, p. 148-170.

– WORBOYS Michael, « Practice and the science of medicine in the nineteenth century », *Isis*, The University of Chicago Press, vol. 102, n°1, mars 2011, p. 109-115.

WOODHOUSE Jayne, « Eugenics and the feeble-minded: the Parliamentary debates of 1912-14 », *History of Education*, 1982, vol. 11, n°2, p. 127-137.

Guerre et médecine

ANDERSON Julie, PERRY Heather « Rehabilitation and restoration: orthopædics and disabled soldiers in Germany and Britain in the First World War », *Medicine, conflict, and survival*, 2014, vol. 30, n°4, p. 227-251.

BARHAM Peter, *Forgotten Lunatics of the Great War*, Yale University Press, 2004.

BECKER Annette, *Guerre totale et troubles mentaux*, Paris, A. Colin, 2000.

BERNARD Léon, *La Défense de la Santé publique pendant la guerre*, Publications de la Dotation Carnegie, PUF, 1929.

BLEEKER Johanna, SCHMIEDEBACH Heinz-Peter (dir.), *Medizin und Krieg: Vom Dilemma der Heilberufe 1865–1985*, Frankfurt, Fischer Taschenbuch Verlag, 1987.

BOGOUSSLAVSKY Julien, TATU Laurent, *La folie au front. La grande bataille des névroses de guerre (1914-1918)*, Paris, Imago, 2012.

CANTLIE Neil, *A history of the Army Medical Department*, Edimbourg, Churchill Livingstone, 1975.

CARDEN-COYNE Ana, CARDEN-COYNE Ana, *The Politics of Wounds: Military Patients and Medical Power in the First World War*, Oxford, Oxford University Press, 2012.

– « Men in Pain: Silence, Stories and Soldiers' Bodies in WW1 », in SAUNDERS N., CORNISH, P. (dir.), *Bodies in Conflict: Corporeality, Materiality and Transformation*, Abingdon, Routledge, 2014.

CHANET Jean-François, FREDJ Claire, RASMUSSEN Anne, « Soigner les soldats : pratiques et expertises à l'ère des masses », *Le Mouvement Social*, vol. 257, n°4, 2016, p. 3-19.

Comité d'histoire du Service de santé, *Histoire de la médecine aux armées*, Paris, Limoges, Charles Lavauzelle, 1984, t. 2.

COOK Harold, « Practical Medicine and the British armed forces after the "Glorious Revolution" », *Medical History*, volume 34, n°1, janvier 1990, p. 1-26.

COOTER Roger, « Medicine and the Goodness of War », *Canadian Bulletin of Medical History*, vol. XII, 1990, p. 147-159.

– « Of War and Epidemics: Unnatural Coupling, Problematic Conceptions », *Social History of Medicine*, vol. 16, n° 2, août 2003, p. 283-302.

COOTER Roger, HARRISON Mark, STURDY Steve (dir.), *War, Medicine and Modernity*, Stroud, Sutton Publishing, 1998.

CROOK David, *Darwinism, War and History: the debate over the biology of war from the 'Origin of species' to the First World War*, Cambridge, Cambridge university press, 1994.

CROCQ Louis, *Les blessés psychiques de la Grande Guerre*, Paris, Odile Jacob, 2014.

CURTIN Philip D., *Disease and Empire. The Health of European Troops in the Conquest of Africa,* Cambridge, Cambridge University Press, 1998.

DARMON Pierre, « La Grande Guerre des soldats tuberculeux. Hôpitaux et stations sanitaires », *Annales de démographie historique*, 2002/1, n° 103, p. 35-50.

DELAPLACE Jean-Michel, « Georges Hébert et l'école de Joinville, 1905-1939 », *Cahiers de l'INSEP*, 2003, H-S, p. 83-105.

DELAPORTE Sophie « Le discours médical sur les blessures et les maladies pendant la Première Guerre mondiale », thèse de doctorat d'histoire, Université de Picardie Jules Verne, 1999.

- *Les médecins dans la Grande Guerre*, Paris, Bayard, 2003.

DERRIEN Marie, « "La tête en capilotade". Les soldats de la Grande Guerre internés dans les hôpitaux psychiatriques français », thèse de doctorat de l'université Lumière Lyon 2, 2015.

- « Éliminer ou récupérer ? L'armée française face aux fous du début du XX^e^ siècle à la Grande Guerre », *Le Mouvement Social*, vol. 253, n°4, 2015, p. 13-29.

DUFOUR Pierre, *Écoles du Service de santé des armées. Trois siècles d'histoire*, Boulogne, ETAI, 2009.

DUPOUY Stéphanie, « Georges Dumas, psychiatre de guerre », in CHAPUIS Elisabeth (dir.), *Les psychologues et les guerres*, Paris, L'Harmattan, 2010, p. 153-169.

ECKART Wolfgang, GRADMANN Christoph, *Die Medizin und der Erste Weltkrieg*, Pfaffenweiler, Centaurus Verlag & Media, 2003.

FREDJ Claire, « Médecins en campagne, médecine des lointains. Le Service de santé des armées dans les campagnes du Second Empire (Crimée, Chine-Cochinchine, Mexique) », thèse de doctorat de l'EHESS, 2006.

- « Une maison d'édition au service d'une profession : Victor Rozier (1824-1890) et la médecine militaire », *Revue d'histoire du XIX^e^ siècle*, n° 39, 2009, p. 59-76.

GERBER David, « Disabled Veterans, the State, and the Experience of Disability in Western Societies », 1914-1950, *Journal of Social History*, vol. 36, n°4, p. 899-891.

GUILLEMAIN Hervé, TISON Stéphane, *Du front à l'asile. Expériences de la folie de la Grande Guerre aux années vingt*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes, 2013.

GUILLERMAND Jean (dir.), *Histoire de la médecine aux armées*, Paris, Charles Lavauzelle, 1984, tome 3.

HARRISON Mark, « Medicine and the management of Modern Warfare », *History of Science*, vol. 34, n°4, 1996, p. 379-410.

- « The Medicalization of war – The Militarization of Medicine », *Social History of Medicine*, vol. 9, n°2, août 1996, p. 267-276.
- *The Medical War: British Military Medicine in the First World War*, Oxford, Oxford University Press, 2010.

HARTMANN Heinrich, *Der Volkskörper bei der Musterung: Militärstatistik und Demographie in Europa vor dem Ersten Weltkrieg*, Göttingen, Wallstein, 2011 [trad. anglaise *The Body*

Populace. Military Statistics and Demography in Europe before the First World War, Cambridge Massachusetts, MIT Press, 2019].

– « Une affaire de marges. L'anthropométrie au conseil de révision, France-Allemagne, 1880-1900 », *Le Mouvement Social*, 2016/3, n° 256, p. 81-99.

KAUFMAN Matthew, *Surgeons at War. Medical Arrangements for the Treatment of the Sick and Wounded in the British Army during the 18th and 19th Centuries*, Greenwood Press, 2001.

PRÜLL Livia, RAUH Philipp, *Krieg und medikale Kultur: Patientenschicksale und ärztliches Handeln in der Zeit der Weltkriege 1914 -1945*, Göttingen, Wallstein, 2014.

KOVEN Seth, « Remembering and Dismemberment: Crippled Children, Wounded Soldiers and the Great War in Great Britain », *American Historical Review*, vol. 99, 1994, p. 1197-1202.

LEESE Peter, « Problems Returning Home: The British Psychological Casualties Of The Great War », *The Historical Journal*, vol. 40 (4), 1997, p.1055-1067.

– *Shell Shock: Traumatic Neurosis and the British Soldiers of the First World War*, New York, Palgrave Macmillan, 2002.

LEMAIRE Marc, « La guerre de Crimée : chronique et analyse d'un désastre sanitaire (1854-1856) », thèse de doctorat de l'Université Paul Valéry, Montpellier, 2006.

LENGWILER Martin, « Psychiatry Beyond the Asylum: The Origins of German Military Psychiatry Before World War I », *History of Psychiatry*, vol. 14, n° 1, 2003, p. 41-62.

LERNER Paul Frederick, *Hysterical Men: War Psychiatry, and the Politics of Trauma in Germany*, 1890-1930, Cornell University Press, 2003.

MACPHERSON William, *Medical Services General History*, London, HMSO, 1921.

MURARD Lion, ZYLBERMAN Patrick, « "L'autre guerre" 1914-1918. La santé publique en France sous l'œil de l'Amérique », *Revue historique*, vol. 276, n°2, octobre-décembre 1986, p. 369-398.

– « La mission Rockefeller en France et la création du Comité national de défense contre la tuberculose (1917-1923) », *Revue d'histoire moderne et contemporaine*, n° 34, 1987, p. 257-281.

PICARD Jean-François, *La fondation Rockefeller et la recherche médicale*, Paris, PUF, 1999.

PROST Alain, « Le désastre sanitaire du Chemin des Dames », OFFENSTADT Nicolas (dir.), *Le Chemin des Dames, de l'événement à la mémoire*, Paris, Stock, 2004.

RASMUSSEN Anne, RASMUSSEN Anne, « L'hygiène en congrès (1852-1912) : circulation et configurations internationales », in BOURDELAIS Patrice (dir.), *Les Hygiénistes. Enjeux, modèles et pratiques*, Paris, Éditions Belin, 2001, p. 213-239.

– « Préserver le capital humain. Une doctrine hygiéniste pour préparer la guerre démocratique ? », *Mil neuf cent. Revue d'histoire intellectuelle*, vol. 33, n°1, 2015, p. 71-95.
– « Expérimenter la santé des grands nombres : les hygiénistes militaires et l'armée française, 1850-1914 », *Le Mouvement Social*, vol. 257, n°4, 2016, p. 71-91.

REID Fiona, *Broken men. Shell Shock, Treatment and Recovery in Britain, 1914-30*, Londres, Continuum, 2010.

REZNICK Jeffrey, *Healing the nation. Soldiers and the culture of caregiving in Britain during the Great War*, Manchester, Manchester University Press, 2011.

ROUDEBUSH Marc, *A Battle of Nerves: Hysteria and Its Treatments in France During World War I,* Thesis (Ph. D. in History), University of California, Berkeley, 1995.

ROYNETTE Odile, *« Bons pour le service ». L'expérience de la caserne en France à la fin du XIX^e siècle*, Paris, Belin, 2017 [2000].

– « L'Âge d'homme. Les représentations de la masculinité chez les médecins militaires au XIX^e siècle », in BARDET Jean-Pierre, LUC Jean-Noël, ROBIN-ROMERO Isabelle et ROLLET Catherine, *Lorsque l'enfant grandit : entre dépendance et autonomie*, Paris, Presses de l'Université Paris-Sorbonne, 2003.

SHEPARD Ben, *A war of nerves: Soldiers and Psychiatrists in the Twentieth Century*, Cambridge, Harvard University Press, 2001.

SHEPHERD John, *The Crimean Doctors: A History of the British Medical Services in the Crimean War*, Volume 1, Liverpool, Liverpool University Press, 1991.

SWEETMAN John, *War and Administration. The Significance of the Crimean War for the British Army*, Édimbourg, Scottish Academic Press, 1984.

TAITHE Bertrand, *Defeated Flesh: Welfare, Warfare and the Making of Modern France*, Manchester, Manchester University Press, 1999.

THOMAS Gregory M., *Treating the Trauma of the Great War: Soldiers, Civilians and Psychiatry in France, 1914-1940*, Bâton Rouge, Louisiana State University Press, 2009.

THOMSON Mathew, « Status, Manpower and Mental Fitness: Mental Deficiency in the First World War », in COOTER Roger, HARRISON Mark, STURDY Steve (dir.), *War, Medicine and Modernity*, Stroud, Sutton Publishing, 1998, p. 149-167.

VAN BERGEN Leo, *Before My Helpless Sight: Suffering, Dying and Military Medicine on the Western Front, 1914–1918*, Aldershot, Ashgate, 2009.

VIET Vincent*, La santé en guerre, 1914-1918. Une politique pionnière en univers incertain,* Paris, Presses de Sciences Po, 2015.

– « La Grande Guerre et la lutte antituberculeuse en France », *Revue d'histoire de la protection sociale*, 2016/1, n° 9, p. 52-67.

WESSELY Simon, JONES Edgar, « The Origins of British Military Psychiatry Before the First World War », *War and Society*, vol. 19, n° 2, 2001, p. 91-108.

WINTER Jay, « Military Fitness and Civilian Health in Britain during the First World War », *Journal of Contemporary History,* 15, n°2, 1980, p. 211-244.

– « Shell-shock and the cultural history of the Great War », *Journal of Contemporary History*, 2000, vol. 35, n°1, p. 7 -11.

WHITEHEAD Ian, *Doctors in the Great War*, Londres, L. Cooper, 1999.

Statistiques et quantification

ARMATTE Michel, *Histoire du modèle linéaire. Formes et usages en statistique et économétrie jusqu'en 1945*, Thèse de doctorat, EHESS, Paris, 1995.

BENZECRI Jean-Paul, *Histoire et préhistoire de l'analyse des données*, Paris, Dunod, 1982.

BOLTANSKI Luc, « Taxinomies populaires, taxinomies savantes : les objets de consommation et leur classement », *Revue française de sociologie*, XI, 1970, p. 34-44.

BOLTANSKI Luc, THEVENOT Laurent, « Finding One's Way in Social Space: A Study Based on Games », *Social Sciences Information*, vol. 22, n°4-5, 1983.

CHAMLA Marie Claude, « L'accroissement de la stature en France de 1880 à 1960 : comparaison avec les pays d'Europe occidentale », *Bulletin de la Société d'anthropologie de Paris*, t. 6, XIe série, 1964, p. 201-278.

CHARTERS Erica, « L'histoire de la quantification : la guerre franco-anglaise et le développement des statistiques médicales », *Dix-huitième siècle*, 2015/1, n° 47, p. 21-38.

CHATELAIN Abel, « d'Angeville A., *Essai sur la statistique de la population française considérée sous quelques-uns de ses rapports physiques et moraux*. Compte-rendu », *Revue d'histoire moderne et contemporaine*, 19-4, 1972, p. 670-674.

DASTON Lorraine (dir.), *The Probabilistic Revolution*, vol. 1, Cambridge MA, MT Press, 1987.

DESROSIERES Alain, « Histoire de formes : statistiques et sciences sociales avant 1940 », *Revue française de sociologie*, XXVI, 1985, p. 277-310.

- *La Politique des grands nombres. Histoire de la raison statistique*, Paris, La Découverte, 2000.
- *L'Argument statistique. Pour une sociologie historique de la quantification* (tome I), *Gouverner par les nombres* (tome II), Paris, Presses de l'école des Mines, 2008.

DESROSIERES Alain, THEVENOT Laurent, *Les catégories socio-professionnelles*, Paris, La découverte, 1988.

EYLER John M., « Mortality Statistics and Victorian Health Policy: Program and criticism », *Bulletin of the history of medicine*, vol. 50, n°3, 1976, p. 335-55.

- « William Farr on the Cholera: the Sanitarian's Disease Theory and the Statistician's Method », *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, vol. 28, n°2, 1973, p. 79-100.

FREDJ Claire, « Compter les morts de Crimée : un tournant sur l'identité professionnelle des médecins de l'armée française (1865-1882) », *Histoire, économie & société*, 2010/3, 29e année, p. 95-108.

FLOUD Roderick, GREGORY Annabel, WATCHER Kenneth, « The physical state of the British working class, 1870-1914: Evidence from Army recruits », *National Bureau of Economic Research, Working Paper 1661*, 1985.

FLOUD Roderick, WACHTER Kenneth, GREGORY Annabel, *Height, health, and history: Nutritional status in the United Kingdom, 1750–1980,* Cambridge, Cambridge University Press, 1990.

- « Measuring historical heights: Short cuts or the long way: A reply to Komlos », *Economic History review*, 1993, 46, p. 145-154

FLOUD Roderick, WACHTER Kenneth, « Poverty and Physical Stature », *Social Science History*, vol. 6, n°4, 1982, p. 422-452.

GEULEN Christian, « Blonde bevorzugt. Virchow und Boas: Eine Fallstudie zur Verschränkung von 'Rasse' und 'Kultur' im ideologischen Feld der Ethnizität 1900 », *Archiv für Sozialgeschichte*, n° 40, 2000, p. 147-170.

HEGGIE Vanessa, « Lies, Damn Lies, and Manchester's Recruiting Statistics; Degeneration as an "Urban Legend" in Victorian and Edwardian Britain », *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, vol. 63, n° 2, avril 2008, p. 178-216.

HERVOIS Pauline, « Du non-sens de recenser les insensés : fabriquer le chiffre de l'infirmité, en France, au XIXe siècle », thèse de doctorat de l'Université Paris1, 2018.

HEYBERGER Laurent, *La Révolution des corps. Décroissance et croissance staturale des habitants des villes et des campagnes en France*, Strasbourg, Presses Universitaires de Strasbourg, 2005.

– *L'histoire anthropométrique*, Bern, Peter Lang, 2011.

HODGKINSON Ruth G., « Social Medicine and The Growth of Statistical Information » in POYNTER Frederick Noel Lawrence, *Medicine and Science in the 1860s*, Londres, Wellcome Institute of the History of Medicine, London, Welcome Institute for the History of Medicine, 1968, p. 183-198.

HOUDAILLE Jacques, GLOOR Peter-Andreas, « La couleur des yeux à l'époque du Ier Empire. Quelques commentaires sur l'évolution de ce caractère durant 238 ans », Annales, année 1976, vol 31, n° 4, p. 677-699.

JORLAND Gérard, WEISZ George, OPINEL Annick, *Body Counts: Medical Quantification in Historical and Sociological Perspective,* Montréal, McGill-Queen's University Press, 2005.

KOMLOS John, *Nutrition and Economic Development in the Eighteenth-Century Habsburg Monarchy. An Anthropometric History*, Princeton, Princeton University Press, 1989.

– « Further thoughts on the nutritional status of the British population », *Economic History Review*, 46, p. 363-66, 1993.
– *Stature, living standards and economic development: Essays in anthropometric history*, Chicago, University of Chicago Press, 1994.

LABORIER Pascale, AUDREN Frédéric, NAPOLI Paolo, VOGEL Jakob (dir.), *Les Sciences camérales : activités pratiques et histoire des dispositifs publics*, Paris, PUF, 2011.

MACKENZIE Donald, *Statistics in Britain 1865-1930. The Social Construction of Scientific Knowledge*, Édimbourg, Edinburgh University Press, 1981.

MENDELSOHN J. Andrew, « The world on a page: making a general observation in the eighteenth century », in DASTON Lorraine, LUNBECK Elizabeth (dir.), *Histories of scientific observation*, Chicago, University of Chicago Press, 2011, p. 396-420.

NICHOLAS Stephen, STECKEL Richard, « Heights and Living Standards of English Workers during the early years of industrialization », *Journal of Economic History*, vol. 51, n°4, 1991, p. 937-957.

NICHOLAS Stephen, OXLEY Deborah, « The living standards of women during the industrial revolution », *Economic History Review*, vol. 46, n°4, 1993, p. 723-749.

PORTER Theodore M., *The Rise of Statististical Thinking, 1820-1900*, Princeton, Princeton University Press, 1986.

– *Trust in Numbers. The Pursuit of Objectivity in Science and Public Life,* Princeton, Princeton University Press, 1995 [trad. Française *La confiance dans les chiffres. La Recherche de l'objectivité dans la science et dans la vie publique*, Paris, Les Belles Lettres, 2017].

PREEDY Victor R. (dir.), *Handbook of Anthropometry: Physical Measures of Human Form in Health and Disease*, New York, Springer, 2012.

REBEL Hermann, « Massensterben und die Frage nach der Biologie in der Geschichte. Eine Antwort an John Komlos », *Österreichische Zeitschrift für Geschichtswissenschaft,* n° 5, 1994, p. 279-286.

RILEY James, « Height, nutrition and mortality risk reconsidered », *Journal of Interdisciplinary History*, vol. 24, n°3, 1994, p. 465-492.

ROSENTAL Paul-André, « Pour une histoire politique des populations », *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, 2006/1, 61e année, p. 7-29.

ROYNETTE Odile, « La Statistique médicale de l'armée française au XIXe siècle : un instrument de savoir et de pouvoir démographiques ? » in KRASSNITZER Patrick, OVERATH Petra (dir.), *Bevölkerungsfragen: Prozesse des Wissenstransfers in Deutschland und Frankreich (1870-1939)*, Köln, Böhlau, 2007, p. 67-78.

SCHUBERT Hermann, *Anthropometrische Geschichte der Französischen Revolution*, Munich, Verlag Europäische Wirtschaft, 2008.

SCHWEBER Libby, *Disciplining Statistics. Demography and Vital Statistics in France and England, 1830-1885*, Durham, Duke University Press, 2006.

SELIG Jean-Michel, *Malnutrition et développement économique dans l'Alsace du XIXe siècle*, Strasbourg, Presses Universitaires de Strasbourg, 1996.

SOLOWAY Richard, « Counting the Degenerate: The Statistics of Race Deterioration in Edwardian England », *Journal of Contemporary History*, Sage, London and Beverly Hills, vol. 17, 1982, p. 137-64.

SZRETER Simon, « The GRO and the Public Health Movement in Britain, 1837-1914 », *Social History of Medicine*, vol 4, n°3, Décembre 1991, p. 435-463.

STIGLER Stephen*, The History of Statistics. The Measurement of Uncertainty before 1900*, Cambridge Mass., Londres, Harvard University Press, 1986.

THEVENOT Laurent, « La politique des statistiques : les origines sociales des enquêtes de mobilité sociale », *Annales*, 1990, 45-6, p. 1275-1300.

– « Statistique et politique. La normalité du collectif », *Politix. Revue des sciences sociales du politique*, 1994, n°25, p. 5-20.

TRÖHLER Ulrich, *« To improve the evidence of medicine » : the 18th century British origins of a critical approach*, Edimbourg, Royal College of Physicians of Edinburgh, 2000.

WALKER Helen, *Studies in the history of statistics*, London, King, 1929.

Guerre et armée

Histoire militaire, histoire de la guerre

ALDER Ken, *Engineering the Revolution: Arms and Enlightenment in France, 1763-1815*, Princeton, Princeton University Press, 1997.

ASHWORTH Tony, *Trench Warfare 1914-1918. The Live and Let Live System,* Londres, Basingstoke, Macmillan press, 1980.

AUDOIN-ROUZEAU Stéphane, « L'équipement des soldats », *Encyclopédie de la Grande Guerre*, 2004, p. 285.

BECKETT Ian, BOWMAN Timothy, CONNELLY Mark, *The British Army and the First World War*, Cambridge, Cambridge University Press, 2017.

BOULANGER Philippe, « La nation armée nouvelle (1919-1922) », *Stratégique*, 1997-4, n°68, p. 129-155.

BROWN Malcolm, *Tommy Goes to War*, Barnsley, Greenhill Books, 2018.

CAMPBELL James D., *« The Army isn't all work » Physical Culture and the Evolution of the British Army, 1860-1920*, Farham, Ashgate Pub. Co., 2012.

CHANDLER David, BECKETT Ian (dir.), *The Oxford history of the British Army*, Oxford, Oxford University Press, 2003.

COCHET François, PORTE Rémy, *Histoire de l'armée française, 1914-1918*, Paris, Tallandier, 2017.

CORVISIER André, *L'Armée française de la fin du XVII^e au ministère de Choiseul. Le Soldat,* Paris, PUF, 1964.

CORVISIER André, PEDRONCINI Guy (dir.), *Histoire militaire de la France*, vol. III : *de 1871 à 1940*, Paris, Presse universitaire de France, 1992.

COSSON Olivier, *Préparer la Grande Guerre. L'armée française et la guerre russo-japonaise 1899-1914*, Paris, Les Indes savantes, 2013.

– « De Dreyfus à Verdun. Penser l'horizon militaire (1906-1916) », *Mil neuf cent. Revue d'histoire intellectuelle*, n° 33, 2015.

DENNIS Peter, *The Territorial Army 1907-1940*, Woodbridge, Royal Historical Society and Boydell Press, 1987.

DENNIS Peter and GREY Jeffery (dir.), *Raise, Train and sustain: Delivering Land Combat Power*, Canberra, Australian Military History Publications, 2010.

DORIA Corinne, « How to face a sanitarian emergency. French ophthalmologists and the Great War », *First World War Studies*, 2018.

EHRENBERG Alain, *Le Corps militaire : politique et pédagogie en démocratie*, Paris, Aubier-Montaigne, 1983.

GIRARDET Raoul, *La Société militaire dans la France contemporaine (1815-1839)*, Paris, Plon, 1953.

– *La société militaire de 1815 à nos jours,* Paris, Librairie Académique Perrin, 1998.

GODINEAU Dominique, « De la guerrière à la citoyenne. Porter les armes pendant l'Ancien régime et la Révolution française », *Clio, Histoire, Femmes et Société*, « Armées », PUM, Toulouse, n°20, 2004, p. 43-69.

GOYA Michel, *L'Invention de la guerre moderne : du pantalon rouge au char d'assaut, 1871-1918*, Paris, Tallandier, 2014.

GUIOMAR Jean-Yves, *L'invention de la guerre totale,* XVIII^e-XX^e *siècle*, Paris, Éditions du Félin, 2004.

HAGERMAN Edward, *The American Civil War and the emergence of Modern Warfare*, Bloomington & Indianapolis, Indiana University Press, 1988.

KALIFA Dominique, *Biribi. Les bagnes coloniaux de l'armée française*, Paris, Perrin, 2009.

LOUDCHER Jean-François, VIVIER Christian, « Gymnastique, éducation physique et sports dans les manuels militaires (XIXe-XXe siècles) », in *Une histoire culturelle du sport. De Joinville à l'Olympisme. Rôle des armées dans le mouvement sportif français*, 1996, p. 21-33.

LOEZ André, *14-18, les refus de la guerre : une histoire des mutins*, Paris, Gallimard, 2010.

LYNN John, *Tools of war: Instruments, Ideas and Institutions of Warfare*, *1445-1871*, Urbana and Chicago, University of Illinois Press, 1990.

MITCHELL Allan, *Victors and Vanquished. The German Influence on Army and Church in France after 1870*, Chapel-Hill, Londres, The University of North Carolina Press, 1984.

MÜNKLER Herfried, *Les guerres nouvelles*, Paris, Alvik éd., 2003.

NAËRT Maurice, LAXAGUE Gratien, COURBIS Jean, JOUBERT J., *Les armées françaises dans la Grande Guerre*, t. 1, Paris, Impr. nationale, 1936.

PESTRE Dominique (dir.), *Deux siècles d'histoire de l'armement en France. De Gribeauval à la force de frappe*, Paris, CNRS Éditions-Comité pour l'histoire de l'armement, 2005.

PROST Antoine, WINTER Jay, *Penser la Grande Guerre. Un essai d'historiographie*, Seuil, Paris, 2004.

SAINT-FUSCIEN Emmanuel, *À vos ordres ? : la relation d'autorité dans l'armée française de la Grande Guerre*, Paris, Éd. de l'EHESS, 2011.

SMITH Leonard V., *Between Mutiny and Obedience. The Case of the French Fifth Infantry Division During World War I*, Princeton, Princeton University Press, 1994.

SPIERS Edward M., *The Army and Society, 1815-1914*, London, Longman, 1980.

- « Reforming the Infantry of the Line, 1900-1914 », *Journal of the Society for Army Historical Research*, vol. LIX, n° 238, été 1981, p. 82-94.
- *The Late Victorian Army, 1868-1902*, 1992.

STRACHAN Hew, *The British Army: Manpower and Society into the Twenty-First Century*, Londres, Franck Cass, 2000.

SUART Vincent, « La justice militaire et la peine de mort au début de la Première Guerre mondiale », *Revue d'Histoire moderne et contemporaine*, janvier-mars 1994, p. 136-153.

TOUZIN Pierre, VAUVILLIER François, FRANÇOIS Guy, *Les Canons de la Victoire 1914-1918*, Paris, Histoire et Collections, 2008-2010.

WINTER Jay, « Recent trends in the historiography of Britain and the First World War: cultural history, comparative history, public history », dans BERGHOFF Hartmut, FRIEDEBURG Robert (dir.), *Change and Inertia : Britain under the Impact of the Great War*, Bodenheim, 1998, p. 87-98.

- (dir.), *La Première Guerre Mondiale*. Tome 1, *Combats*, Paris, Fayard, 2013 ; Tome 2, *États*, Paris, Fayard, 2014 ; Tome 3, *Sociétés*, Paris, Fayard, 2015 [trad. *The Cambridge history of the First World War*, Cambridge, New York, Cambridge university press, 2014].

Recrutement

ADAMS Ralph James, POIRIER Philip, *The Conscription Controversy in Great Britain, 1900-1918*, Londres, Macmillan, 1987 [1943].

ARON Jean-Paul, DUMONT Paul, LE ROY LADURIE Emmanuel, « Anthropologie du conscrit français d'après les comptes numériques et sommaires du recrutement de l'armée (1819-1826) », *Civilisations et sociétés*, Paris, Mouton, 1972.

BECKETT Ian F.W., SIMPSON Keith (dir.), *A Nation in Arms: A Social Study of the British Army in the First World*, Kir. Dover, N.H., Manchester University Press, 1985.

BET-EL Ilana, *Conscripts: Lost Legion of the Great War*, Sutton, Troud, 1999.

BONIFACE Xavier, « La réforme de l'armée française après 1871 », *Inflexions*, vol. 21, n°3, 2012, p. 41-50.

BOULANGER Philippe, « Le refus de l'impôt du sang. Géographie de l'insoumission en France de 1914 à 1922 », *Guerre mondiales et conflits contemporains*, n° 188, décembre 1997, p. 3-25.

- « Les embusqués de la Première Guerre mondiale », *Guerres mondiales et conflits contemporains*, n° 192, décembre 1998, p. 87-100.
- *La France devant la conscription*, *Géographie historique d'une institution républicaine, 1914-1922*, Paris, Economica, 2001.
- « Les conscrits de 1914 : la contribution de la jeunesse française à la formation d'une armée de masse », *Annales de démographie historique*, 2002/1, n° 103, p. 11-34.
- « Mutations et permanences de la conscription au début des années 20 : la loi sur le recrutement de l'armée du 1er avril 1923 », http://www.institut-strategie.fr/strat_7475_BOULANGER.html, 2005, consulté le 19 septembre 2020.

BOWMAN Timothy, CONNELLY Mark, *The Edwardian Army. Recruiting, Training and Deploying the British Army, 1902-1914*, Oxford, Oxford University Press, 2002.

CHANET Jean-François, *Vers l'armée nouvelle. République conservatrice et réforme militaire 1871-1879*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2006.

CLARKE Nic, *Unwanted Warriors: The Rejected Volunteers of the Canadian Expeditionary Force*, Vancouver, Toronto, UBC Press, 2015.

COOK Tim, « "He was determined to go": Underage Soldiers in the Canadian Expeditionary Force », *Social History*, volume 41, n°81, mai 2008, p. 41-74.

CREPIN Annie, *La Conscription en débat ou Le triple apprentissage de la nation, de la citoyenneté, de la République : 1798-1889*, Arras, Artois Presses université, 1998.

- « Armée et citoyenneté en France de Valmy à Verdun », *Revue Histoire et Défense. Les cahiers de Montpellier*, n°39, 2000, p. 5-13.
- *Défendre la France*. *Les Français, la guerre et le service militaire de la guerre de Sept Ans à Verdun*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2005.
- *Histoire de la conscription*, Paris, Gallimard, 2009.

CREPIN Annie, BOULANGER Philippe, *Le Soldat-citoyen. Une Histoire de la conscription*, La documentation française, n°8019, Février 2001.

DOUGLAS Roy, « Voluntary enlistment in the First World War and the work of the PRC », *Journal of Modern History*, nº XLII, 1970, p. 564-585.

FOERSTER Roland (dir.), *Die Wehrpflicht. Entstehung, Form und politisch-militärische Wirkung, Munich, Oldenbourg*, 1994.

FRENCH David, *Military Identities: The Regimental System, the British Army, and the British People, C.1870-2000*, Oxford University Press, 2008.

GRIEVES Keith, *The politics of Manpower, 1914-1918*, Manchester, Manchester University Press, 1988.

HALAIS Jérémie, *Des Normands sous l'uniforme, 1889-1919. De la caserne à la Grande Guerre*, Bayeux, OREP éditions, 2018.

LITTLEWOOD David, *Military Service Tribunals and Boards in the Great War: Determining the Fate of Britain's and New Zealand's Conscripts*, Londres, Routledge, 2018.

MCCARTNEY Helen B., *Citizen Soldiers. The Liverpool Territorials in the First World War*, Cambridge, Cambridge University Press, 2005.

MARBLE Sandars (ed.), *Scraping the Barrel: The Military Use of Substandard Manpower, 1860-1969*, New York, Fordham University Press, 2012.

MAURIN Jules, *Armée, guerre, société : soldats languedociens (1889-1919)*, Paris, Publications de la Sorbonne, 1982.

MICHEL Marc, *L 'Appel à l'Afrique. Contributions et réactions à l'effort de guerre en A.O.F. (1914-1919)*, Paris, Publications de la Sorbonne, 1982.

NEWLANDS Emma, *Civilians into soldiers: War, the body and British Army recruits, 1939-45*, Manchester, Manchester University Press, 2014.

OSBORNE John Morton, *The Voluntary Recruiting Movement in Britain, 1914-1916*, New York, London, Garland, 1982.

PENISTON-BIRD Corinna, « Classifying the Body in the Second World War: British Men in and Out of Uniform », *Body & Society*, 9, n°4, 2003, p. 31-48.

PIGNOT Manon (dir.), *Enfants-soldats, XX^e^-XXI^e^*, Paris, Armand Colin, 2014.

- « Engagements adolescents en guerres mondiales », *Le Mouvement social*, n°261, Paris, La Découverte, 2018.

PIGNOT Manon, *L'Appel de la guerre. Des adolescents au combat, 1914-1918*, Anamosa, 2019.

SILBEY David, « Bodies and Cultures Collide: Enlistment, the Medical Exam, and the British Working Class, 1914-1916 », *Social History of Medicine,* vol. 17, n° 1, avril 2004, p. 61-76.

SIMKINS Peter, *Kitchener's Army: The Raising of the New Armies, 1914-16*, Manchester, Manchester University Press, 1988.

- « "Each One a Pocket Hercules": The Bantam Experiment and the Case of the 35th Division », MARBLE Sandars (ed.), *Scraping the Barrel: The Military Use of Substandard Manpower, 1860-1969*, New York, Fordham University Press, 2012, p. 79-104.

SKELLEY Alan, *The Victorian Army at Home. Recruitment and terms and conditions of the British Army, 1859-1899*, Londres, Croom Helm, 1977.

SLOCOMBE Ivor, « Recruitment into the armed forces during the First World War: the work of military tribunals in Wiltshire, 1915-1918 », *The Local Historian*, 2000, vol. 30, n°2, p. 105-223.

SOUBRIER Stéphanie, « "Races guerrières" : armées, sciences et politique dans l'Empire colonial français (années 1850-1918) », thèse de doctorat de l'université Paris 1, 2019.

SOUDJIAN Guy, *Anthropologie du conscrit parisien sous le second Empire*, Paris, Lavauzelle, 1978.

STREETS Heather, *Martial races: the military, race and masculinity in British imperial culture, 1857-1914*, Manchester, New York, Manchester University Press, 2004.

VAN EMDEN Richard, *Boy Soldiers of the Great War*, Londres, Headline, 2005.

Guerre et sociétés

ANDRESKI Stanislav, *Military Organisation and Society,* Londres, Routledge, 1998.

AUDOIN-ROUZEAU Stéphane, BECKER Annette, *14-18 Retrouver la guerre*, Paris, Gallimard, 2000.

AUVRAY Michel, *Objecteurs, insoumis, déserteurs. Histoire des réfractaires en France*, Paris, Stock, 1983.

BEAUPRE, Nicolas, JONES, Heather, RASMUSSEN, Anne, *Dans la guerre 1914-1918. Accepter, endurer, refuser*, Paris, Les Belles Lettres, 2015.

BECKER Annette, *Maurice Halbwachs. Un intellectuel en guerres mondiales, 1914-1945*, Paris, Agnès Viénot Éditions, 2003.

BECKER Jean-Jacques, *1914 : comment les Français sont entrés dans la guerre : contribution à l'étude de l'opinion publique, printemps-été 1914,* FNSP, Paris, 1977.

– *La France en guerre, la grande mutation,* Paris, Seuil, 1990.

BEST Geoffrey, *Humanity in Warfare: The Modern History of the International Law of Armed Conflicts*, Londres, Routledge, 1983.

BOCK Fabienne, *Un parlementarisme de guerre*, 1914-1919, Paris, Belin, 2002.

BOURNE John M., *Britain and the Great War 1914-1918*, London, Edward Arnold, 1989.

BOZON Michel, *Les conscrits*, Paris, Berger-Levrault, 1981.

BRAUDY Leo, *From Chivalry to Terrorism: War and the Changing Nature of Masculinity*, New York, Alfred A. Knopf, 2003.

BROCK Millman, *Managing domestic dissent in First World War Britain*, London, Portland, 2000.

BURK Kathleen, *War and the State*, *The Transformation of British Government, 1914-1919*, Londres, Routledge, 2014 [1982].

BUSH Julia, « East London Jews and the First World War », *The London Journal*, vol. 6, n°2, 1980.

CRONIER Emmanuelle, *Permissionnaires dans la Grande guerre*, Paris, Belin, 2013.

COHEN Deborah, *The War Come Home: Disabled Veterans in Britain and Germany, 1914-1939*, Berkeley, University of California Press, 2001.

EBY Cecil D., *Road to Armageddon, The Martial Spirit in English Popular Literature, 1870–1914*, Durham, Duke University Press, 1987.

FORCADE Olivier, « Voir et dire la guerre à l'heure de la censure (France, 1914-1918) », *Le Temps des médias*, vol. 4, n°1, 2005, p. 50-62.

– *La censure en France pendant la Grande Guerre*, Paris, Fayard, 2016.

FRASER Peter, « The British “Shell Scandal” of 1915 », *Canadian Journal of History*, XVIII, 1983, p. 69-86.

GREGORY Adrian, « Military Service Tribunals: civil society in action », in HARRIS Jose, *Civil Society in British History. Ideas, Identities*, *Institutions*, OUP, Oxford, 2003, p. 177-191.

- « British "War Enthusiasm" in 1914: A Reassessment » in BRAYBON Gail (dir.), *Evidence, History and the Great War: Historians and the Impact of 1914-18*, Oxford, Berghahn Books, 2003, p. 67-85.
- *The Last Great War: British Society and the First World War*, CUP, Cambridge, 2008.

GULLACE Nicoletta, « White Feathers and Wounded Men: Female Patriotism and the Memory of the Great War », *Journal of British Studies*, 36, April 1997, p. 178-206.

HEIMBURGER Franziska, « Mésentente cordiale ? Langues et coalition alliée sur le front de l'ouest de la Grande Guerre », thèse de l'EHESS soutenue le 29 novembre 2014.

HORNE John, « *L'impôt du sang* ». Republican rhetoric and industrial warfare in France, 1914-1918 », *Social History*, 1989, vol. 14, n°2, p. 201-223.

- *Labour at War. France and Britain 1914-1918*, Oxford, Clarendon Press, 1991.
- (dir.), *State, society and mobilization in Europe during the First World War*, Cambridge, Cambridge University Press, 1997

KRIEGEL Annie, *Aux origines du communisme français 1914-1920 : contribution à l'histoire du mouvement ouvrier français*, Paris, Mouton, 1964.

LIDDLE Peter (dir.), *Home Fires and Foreign Fields: British Social and Military Experience in the First World War*, Brassey's, London, 1985.

LIDDLE Peter, HUGH Cecil, *Facing Armageddon. The First World War Experienced*, Londres, Leo Cooper/Pen and Sword, 1996.

LE NAOUR Jean-Yves, *Misères et tourments de la chair durant la Grande Guerre. Les mœurs sexuelles des Français, 1914-1918,* Paris, Aubier, 2002.

LUZZATTO Sergio, *L'Impôt du sang*. *La gauche française à l'épreuve de la guerre mondiale (1900-1954)*, Presses universitaires de Lyon, 1996.

MCDERMOTT James, *British Military Service Tribunals, 1916-18: A Very Much Abused Body of Men*, Manchester, Manchester University Press, 2011.

MCEWEN J. M., « Northcliffe and Lloyd George at war, 1914-1919 », *Historical Journal*, vol. XXIV, n° 3, septembre 1981, p. 651-672.

MESSINGER Gary S. *British Propaganda and the State in the First World War,* Manchester, Manchester University Press, 1992.

MONGER David, *Patriotism and propaganda in First World War Britain. The National War Aims Committee and civilian morale*, Liverpool, Liverpool University Press, 2012.

MORGAN Kenneth O., *Consensus and Disunity: The Lloyd George Coalition Government, 1918-1922*, Oxford, Clarendon Press, 1979.

MORRIS Anthony, *The Scaremongers: The advocacy of war and rearmament, 1896-1914,* Londres, Routledge & Kegan Paul, 1984.

PENNELL Catriona, *A Kingdom United. Popular Responses to the Outbreak of the First World War in Britain and Ireland*, OUP, Oxford, 2012.

PRICE Richard, *An Imperial War and the British Working Class: Working Class Attitudes and Reactions to the Boer War 1899-1902*, London, 1972.

REBERIOUX Madeleine, « Le socialisme et la Première Guerre mondiale » in DROZ Jacques, *Histoire générale du socialisme*, t. 2, Paris, PUF, 1974, p. 585-645.

PURSEIGLE Pierre, *Mobilisation, sacrifice et citoyenneté. Angleterre-France, 1900-1918*, Paris, Les Belles Lettres, 2013.

RENOUVIN Pierre, *Les formes du gouvernement de guerre*, Paris, Presses universitaires, 1925.

RIDEL Charles, *Les Embusqués*, Paris, Armand Colin, 2007.

ROUSSEAU Frédéric (dir.), *La Grande guerre des sciences sociales*, Outrement, Athéna, 2014.

SILBEY David, *The British Working Class and Enthusiasm for War, 1914-1916*, London, 2005.

SIMON-CARRERE Anne, *Chanter la Grande Guerre. Les « Poilus » et les femmes (1914-1919)*, Paris, Champ Vallon, 2013.

TURNER John, *British Politics and the Great War. Coalition and Conflict, 1915-1918*, Yale University Press, 1992.

VIET Vincent, « Droit des blessés et intérêt de la nation : une casuistique de guerre (1914-1918) », *Revue d'histoire moderne et contemporaine*, n° 59, 2012, p. 85-107.

VIRGILI Fabrice, VOLDMAN Danièle, *La Garçonne et l'assassin : histoire de Louise et de Paul, déserteur travesti, dans le Paris des années folles*, Paris, Payot et Rivages, 2011.

WAITES Bernard, « The government of the home front and the « moral economy » of the working class », in LIDDLE Peter (dir.), *Home Fires and Foreign Fields: British Social and Military Experience in the First World War*, Brassey's, London, 1985, p. 175-93.

WATSON Janet S. K., *Fighting Different Wars: Experience, Memory, and the First World War in Britain*, Cambridge: Cambridge University Press, 2004.

WATSON Alexander, *Enduring the Great War: Combat, Morale and Collapse in the German and British Armies, 1914-1918*, Cambridge, Cambridge University Press, 2008.

WILSON Trevor, *The Myriad Faces of War, Britain and the Great War 1914-1918*, Polity Press, 1986.

WINTER Jay, *The Great War and the British People*, Londres, Macmillan, 1985.

- avec ROBERT Jean-Louis, *Capital Cities at War, Paris, London, Berlin 1914-1919*, Cambridge, New York, Cambridge university press, 1997.
- « Propaganda and the mobilization of consent », in STRACHAN Hew (dir.), *The Oxford illustrated history of the First World War*, Oxford, Oxford University Press, 2000.

Expertise et administration

ABOUT Ilsen, DENIS Vincent, *Histoire de l'identification des personnes*, Paris, La Découverte, 2010.

ARTIERES Philippe (dir.), *La police de l'écriture. L'invention de la délinquance graphique (1852-1945)*, Paris, La Découverte, 2013.

BACKOUCHE Isabelle, « Devenir expert », *Genèses*, n° 70, mars 2008, p. 2-3. Voir aussi *Genèses*, n° 65, décembre 2006, « Expertise ».

BARREYRE, Jean-Yves, *Classer les exclus : enjeux d'une doctrine de politique sociale*, Paris, Dunod, 2000.

BAUDRILLART Henri, *Manuel d'économie politique*, Paris, Guillaumin, 1857.

BAUMAN Zygmunt, *Wasted Lives. Modernity and Its Outcasts*, Cambridge, Polity Press, 2004.

BECKER Howard, *Outsiders: studies in the sociology of deviance,* Londres, The Free Press, 1966.

BOLTANSKI Luc, *De la critique*, Paris, Nrf/Gallimard, 2009.

BOURDIEU Pierre, « Les rites comme actes d'institution », ARSS, n°43, juin 1982

- *La Noblesse d'État. Grandes écoles et esprit de corps*, Paris, Éditions de Minuit, 1989.
- « À propos de la famille comme catégorie réalisée », *Actes de la Recherche*, 100, 1993, p. 32-36.

BOWKER Geoffrey, STAR Susan Leigh, *Sorting Things Out: Classification and Its Consequences*, Cambridge, MIT Press, 1999.

CALLON Michel, RIP Arie, « Humains, non-humains : morale d'une coexistence » in THEYS Jacques, KALAORA Bernard (dir.), *La Terre outragée. Les experts sont formels*, Paris, Autrement, 1992.

CAPLAN Jane, TORPEY John (dir.), *Documenting Individual Identity. The Development of State Practices in the Modern World*, Princeton, Princeton University Press, 2001.

CASTEL Robert, *La Gestion des risques*, Les Éditions de Minuit, Paris, 1981.

- *Les métamorphoses de la question sociale. Une chronique du salariat*, Paris, Fayard, 1995.
- « Savoirs d'expertise et production de normes », in CHAZEL François, COMMAILLE Jacques (dir.), *Normes juridiques et régulation sociale*, Paris, LGDJ (Droit et société), 1991, p. 177-188.

CONEIN Bernard, DODIER Nicolas, THEVENOT Laurent (dir.), *Les objets dans l'action. De la maison au laboratoire*, Paris, Éd. de l'EHESS, 1993.

DARDY Claudine, *Identités de papier*, Paris, Lieu commun, 1990.

DODIER Nicolas, *L'expertise médicale. Essai de sociologie sur l'exercice du jugement*, Paris, Éditions Métailié, 1993.

DODIER Nicolas, BARBOT Janine, « La force des dispositifs », *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, vol. 71e année, n° 2, 2016, p. 421-450.

EPSTEIN Steven, « The Construction of Lay Expertise: AIDS Activism and the Forging of Credibility in the Reform of Clinical Trials », *Science, Technology and Human Values*, 20 (4), 1995, p. 408-437.

ENGSTROM Eric J., HESS Volker, THOMS Ulrike (dir.), *Figurationen des Experten. Ambivalenzen der wissenschaftlichen Expertise im ausgehenden 18. und frühen 19. Jahrhundert*, Peter Lang, Frankfurt am Main, 2004.

FOUCAULT Michel, *Surveiller et punir : naissance de la prison*, Paris, Gallimard, 1992 [1975].

- *Histoire de la sexualité*, Paris, Gallimard, 1976.

FULLER Steve, *Social epistemology*, Bloomington, Indiana University Press, 1988/2002.

GREENAWALT Kent, *Law and Objectivity*, Oxford University Press, 1995.

GINZBURG Carlo, « Signes, traces, pistes », *Le Débat*, n°6, 1980, p. 3-44.

GOODY Jack, *La raison graphique. La domestication de la pensée sauvage*, Paris, Éditions de Minuit, 1979 [1977].

GUIGNARD Laurence, « L'expertise médico-légale de la folie aux Assises 1821-1865, Le Mouvement social, vol. 197, n°4, 2001, p. 57-81.

– *Juger la folie. La folie criminelle devant les Assises au XIX^e^*, Paris, PUF, 2010.

HOSKIN Keith, MACVE Richard, « Writing, Examining, Disciplining: The Genesis of Accounting's Modern Power », in HOPWOOD Anthony G., MILLER Peter (dir.), *Accounting as Social and Institutional Practice*, Cambridge, Cambridge University Press, 1994, p. 67-97.

LAGROYE Jacques, OFFERLE Michel (dir.), *Sociologie de l'institution*, Belin, Paris, 2010.

LIQUETE Vincent, KOVACS Susan, « La lutte des classements. Introduction générale », *Hermès, La Revue*, 2/2013, n° 66, p. 9-15.

LUHMANN Niklas, *La légitimation par la procédure*, Paris, Cerf, 2001.

LUNDGREEN Peter, « Measures for Objectivity in the Public Interest » dans *Idem, Standardization – Testing – Regulation, Report Wissenschaftsforschung*, 29, Bielefeld, Kleine Verlag, 1986, 2^e^ partie.

OMNES Catherine, BRUNO Anne-Sophie (dir.), *Les Mains inutiles : inaptitude au travail et emploi en Europe*, Paris, Belin, 2004.

ORFALI Kristina, « L'ingérence profane dans la décision médicale : le malade, la famille et l'éthique », *Revue française des affaires sociales*, 3/2002, p. 103-124.

PARADEISE Catherine, « Rhétorique professionnelle et expertise », *Sociologie du travail*, n°1-85, p. 17-31.

PERROT Michelle, « Premières mesures des faits sociaux. Les débuts de la statistique criminelle en France (1780-1830) », in INSEE, *Pour une histoire de la statistique*, tome 1, Paris, Economica, 1987.

QUEMIN Alain, TREPOS Jean-Yves, « La sociologie de l'expertise », *Revue française de sociologie*, 1997, vol. 38, n° 1, pages 168-169.

RABIER Christelle (dir.)*, Fields of Expertise. A Comparative History of Expert Procedures in Paris and London, 1600 to Present*, Cambridge, EAD éd., 2007.

– « Écrire l'expertise, traduire l'expérience. Les rapports des chirurgiens parisiens au XVIII^e^ siècle », *Rives méditerranéennes*, n°44, février, 2013, p. 39–51.

REMILLON Delphine, VERNET Antoine, « De l'inaptitude à l'inemployabilité » dans VATIN François (dir.), *Évaluer et valoriser : une sociologie économique de la mesure*, Toulouse, Presses universitaires du Mirail, p. 115-135.

SKORNICKI Arnault, « L'État, et le négociant : le réseau de la "science du commerce" sous Louis XV », in *Genèses*, 2006/4, n°65.

SPIRE Alexis, WEIDENFELD Katia, « Le tribunal administratif : une affaire d'initiés ? Les inégalités d'accès à la justice et la distribution du capital procédural », *Droit et société*, 2011/3, n° 79), p. 689-713.

TORT Patrick, *La Raison classificatoire*, Paris, Aubier, 1989.

TURNER Stephen, *Liberal Democracy 3.0. Civil Society in an Age of Experts*, Sage, London, 2003.

WEBER Max, *Essays in sociology*, New York, 1972.

– *Histoire économique : esquisse d'une histoire universelle de l'économie et de la société*, Paris, Gallimard, 1991.
– *Le savant et le politique*, Paris, Plon, 1959.

Culture, politique et société

Histoire culturelle et sociale

ANHEIM Étienne, GREVIN Benoît, « Le procès du "processus de civilisation" ? Nudité et pudeur selon H. P. Duerr », *Revue d'Histoire Moderne et Contemporaine*, 48-1, 2001, pp. 160-181.

ARNAUD Pierre (dir.), *Les Athlètes de la République. Gymnastique, sport et idéologie républicaine, 1870-1914*, Paris, L'Harmattan, 1998.

BIRD Samantha L., *Stepney: Profile of a London Borough from the Outbreak of the First World War to the Festival of Britain, 1914-1951*, Newcastle-upon-Tyne, Cambridge Scholars Publishing, 2011.

BOLTANSKI Luc, *Les cadres. La formation d'un groupe social,* Paris, Éditions de Minuit, 1982.

CORBIN Alain, COURTINE Jean-Jacques, VIGARELLO Georges (dir.), *Histoire du corps*, Paris, Le Seuil, 3 vol. ; vol. 1 : *De la Renaissance aux Lumières*, Georges VIGARELLO (dir.), 2005 ; vol. 2 : *De la Révolution à la Grande Guerre*, Alain CORBIN (dir.), 2005 ; vol. 3 : *Les mutations du regard. Le XX^e siècle*, Jean-Jacques COURTINE (dir.), 2006.

CHAMBAT Pierre, « Les muscles de Marianne. Gymnastique et bataillons scolaires dans la France des années 1880 », in EHRENBERG Alain, *Aimez-vous les stades ? Les origines des politiques sportives en France, 1870-1930*, Paris, *Recherches*, n°43, avril 1980.

CORBIN Alain, *Le miasme et la jonquille. L'odorat et l'imaginaire social, XVIII^e-XIX^e siècles*, Paris, Flammarion, 1986.

DELUERMOZ Quentin, FUREIX Emmanuel, MAZUREL Hervé, OUALDI M., « Écrire l'histoire des émotions : de l'objet à la catégorie d'analyse », *Revue d'histoire du XIX^e siècle*, Société d'histoire de la révolution de 1848 et des révolutions du XIX^e siècle, n° 47, décembre 2013.

DUERR Hans Peter, *Nudité et pudeur. Le mythe du processus de civilisation*, Paris, Éd. de la Maison des sciences de l'homme, 1998.

ELIAS Norbert, *La civilisation des mœurs*, Paris, Pocket, 1ère édition 1974, 2009.

GAUTHIER Marie-Véronique, *Chanson, sociabilité et grivoiserie au XIX^e siècle*, Paris, Aubier, 1992.

GILMAN Sander, *The Jew's Body*, Londres, Routledge, 1991.

GRANCHER Christophe, « Batailles de plage. Nudité et pudeur dans l'entre-deux-guerres », *Rives méditerranéennes*, vol. 2, n°30, 2008, p. 117-133.

GUIGNARD Laurence, RAGGI Pascal, THEVENIN Étienne (dir.), *Corps et Machines à l'âge industriel*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2011.

HALL Donald E. (dir.), *Muscular Christianity. Embodying the Victorian Age*, Cambridge, Cambridge University Press, 1994.

HALL Peter, *The industries of London since 1861*, Londres, Hutchinson, 1962.

HAROCHE Claudine, COURTINE Jean-Jacques, *Exprimer et taire ses émotions, XVI^e^-début XIX^e^ siècle*, Paris-Marseille, Rivages, 1988.

HAY Douglas *et al*., *Albion's Fatal Tree: crime and society in eighteenth-Century England*, London, Allen Lane, 1975.

HERAN François, « La démographie et son vocabulaire au fil des siècles : une exploration numérique », *Population & Sociétés*, 505, 11, 2013.

IACUB Marcela, *Par le trou de la serrure. Une histoire de la pudeur publique (XIX^e^-XX^e^ siècle)*, Paris, 2008.

JABLONKA Ivan, *Ni père ni mère. Histoire des enfants de l'Assistance publique (1874-1939)*, Paris, Seuil, 2006.

MANIN Lise, « Outrages publics à la pudeur et outrages aux bonnes mœurs : la nudité en procès dans la France du second XIX^e^ siècle », in CHASSAIGNE Philippe (dir.), *Puissance(s) publiques et censure(s) de l'époque moderne à nos jours*, Peter Lang, 2015.

MARTIN J.E., *Greater London, an industrial Geography*, Londres, G. Bell, 1966.

MARTIN Jérôme, « Aux origines de la « science des examens » (1920-1940) », *Histoire de l'éducation*, 94, 2002.

MICHEL Jean-Baptiste *et al*, « Quantitative analysis of culture using millions of digitized books », *Science*, 331, 6014, 2011, p. 176-182.

NAHOUM-GRAPPE Véronique, « Les canons de la laideur », *Communications*, n°60, 1995, numéro « Beauté, laideur », sous la direction de Véronique NAHOUM-GRAPPE et Nicole PHELOUZAT-PERRIQUET, p. 29-47.

PARAVICINI BAGLIANI Agostino, *Le corps du pape*, Paris, Éd. du Seuil, [1994] 1997.

PLUMAUZILLE Clyde, ROSSIGNEUX-MEHEUST Mathilde, « Le stigmate ou la différence comme catégorie utile d'analyse historique », *Hypothèses*, vol. 17, n°1, 2014, p. 215-228.

POIRIER Jean (dir.), *Histoire des mœurs* II, vol. 1, *Modes et modèles*. Paris, Gallimard, 1991.

READ Donald (dir.), *Edwardian England*, London, Croom Helm, 1979.

REY Roselyne, *Histoire de la douleur*, Paris, La Découverte, 1993.

ROEBUCK Janet, *The Making of Modern English Society from 1850*, Londres, Routledge, 1983.

SCHMITT Jean-Claude, *La raison des gestes dans l'Occident médiéval*, Paris, Gallimard, 1990.

SWIDLER Ann, « Culture in Action: Symbols and Strategies », *American Sociological Review*, vol. 51, n°2, 1986, p. 273-286.

THOMPSON Edward P., *Temps, discipline du travail et capitalisme industriel*, Paris, La Fabrique, 2004.

VIGARELLO Georges, *Histoire culturelle du sport*, Paris, Robert Laffont et EPS, 1988.

– *Le corps redressé. Histoire d'un pouvoir pédagogique*, Paris, Le Félin, 2018.

VINCENT-BUFFAULT Anne, *Histoire des larmes XVIIIi^e^-XIX^e^ siècles*, Paris-Marseille, Rivages, 1986.

Genre

BARD Christine, *Les Filles de Marianne. Histoire des féminismes, 1914-1940*. Paris, Fayard, 1995.

BERTAUD Jean-Paul, « L'armée et le brevet de virilité » et « La virilité militaire » in CORBIN Alain, COURTINE Jean-Jacques, VIGARELLO Georges (dir.), *Histoire de la virilité*, t. 2, *Le triomphe de la virilité. Le XIXe siècle*, Paris, Seuil, 2011, p. 63-79 et p. 157-202.

BOURKE Joanna, *Dismembering The Male: Men's Bodies, Britain, and the Great War*, Londres, Reaktion Books, 1996.

CLARKE Juanne, « Sexism, Feminism and Medicalism: A Decade Review of Literature on Gender and Illness », *Sociology of Health and Illness*, 1983/5 (1), p. 62-82.

CONNELL Raewyn W., *Masculinities*, Cambridge, Polity Press, Sydney, Allen & Unwin, Berkeley, University of California Press, 1995 [traduction française partielle CONNELL Raewyn, *Masculinités. Enjeux sociaux de l'hégémonie*, Paris, Amsterdam Éditions, 2014].

CONNELL Raewyn W., MESSERSCHMIDT James W., « Hegemonic masculinity: rethinking the concept », *Gender and Society*, vol. 19, n° 6, 2005, p. 829-859.

DOMURAT-DREGER Alice, *Hermaphrodites and the Medical Invention of Sex*, Cambridge, Harvard University Press, 1998.

DREVILLON Hervé, « Des virilités guerrières à la masculinité militaire (France, *XVIIe* - *XVIIIe* siècles) », in SOHN Anne-Marie (dir.), *Une histoire sans les hommes est-elle possible ? Genre et masculinité*, Lyon, ENS Éditions, 2014.

DUNKIN Stefan (dir.), *Masculinities in Politics and War: Gendering Modern History*, Manchester, Manchester University Press, 2004.

FAUSTO-STERLING Anne, *Sexing the Body*, New York, Basic Books, 2000.

- *Corps en tous genres. La Dualité des sexes à l'épreuve de la science*, Paris, La Découverte / Institut Émilie du Châtelet, 2012.

GATE Juliette, « Genre et nudité dans l'espace public », HENNETTE-VAUCHEZ Stéphanie, PICHARD Marc, ROMAN Diane (dir.), *La loi et le genre. Études critiques de droit français*, Paris, CNRS Éditions, 2014, p. 677-691.

GODELIER Maurice, « Femmes, sexe ou genre ? » in MARUANI Margaret (dir.), *Femmes, genre et société, état des savoirs*, Paris, La Découverte, 2005.

GULLACE Nicoletta F., *"The Blood of our Sons": Men, Women and the Renegociation of British Citizenship during the Great War*, New York, Palgrave Macmillan, 2002.

HIGONNET Margaret (dir.), *Behind The Lines: Gender and the Two World Wars*, New Haven, Yale University Press, 1987.

HOUBRE Gabrielle, « Un « sexe indéterminé » ? : l'identité civile des hermaphrodites entre droit et médecine au XIXe siècle », *Revue d'histoire du XIXe siècle*, 2014/1, n° 48, p. 63-75.

HUGON Anne, PLUMAUZILLE Clyde, ROSSIGNEUX-MEHEUST Mathilde (dir.), « Travail de care », *Clio. Femmes, Genre, Histoire*, 49 | 2019.

JORDANOVA Ludmilla, *Sexual Visions, Image of Gender in Science and Medicine between the Eighteen and Twentieth Centuries*, Madison, The Univ of Wisconsin Press, 1989.

KENT Susan Kingsley, *Making Peace: The reconstruction of Gender in Interwar Britain*, Princeton, Princeton University Press, 1993.

LAQUEUR Thomas, *La Fabrique du sexe. Essai sur le corps et le genre en Occident*, Paris, Gallimard, 1992.

LÖWY Ilana, « Le genre dans l'histoire sociale et culturelle des sciences », *Annales, Histoire, Sciences sociales*, mai-juin, 1995, p. 523-529.

LYNN John, *Women, Armies and Warfare in Early Modern Europe*, Cambridge, Cambridge University Press, 2008.

MARLY Mathieu, « Faire son lit pour être un homme. Genre, classe et routine ménagère dans les casernes françaises de la Belle Epoque », *Genèses*, n°111, 2018, p. 9-29.

MEMBRADO Monique, « Les femmes dans le champ de la santé : de l'oubli à la particularisation », *Nouvelles Questions Féministes*, 2006/2, vol. 25, p. 16-31.

MEYER Jessica, *Men of War: Masculinity and the First World War in Britain*, London, Palgrave Macmillan, 2011.

MIHAELY Gil, « L'effacement de la cantinière ou la virilisation de l'armée française au *XIX*e siècle », *Revue d'histoire du XIXe siècle*, n°30, p. 2-16.

MOLINIER Pascale, *Le Travail du* care, Paris, La Dispute, 2013.

MOSSE George L., *L'image de l'homme, l'invention de la virilité moderne*, Paris, Abbeville, 1997.

PAPERMAN Patricia, LAUGIER Sandra (dir.), *Le Souci des autres. Éthique et politique du Care*, Paris, Éditions de l'EHESS.

RENNES Juliette, *Femmes en métier d'hommes (1890-1930). Une histoire visuelle du travail et du genre*, Saint-Pourçain-sur-Sioule, Bleu autour, 2013.

ROYNETTE Odile, « La construction du masculin. De la fin du 19e siècle aux années 1930 », *Vingtième Siècle*. *Revue d'histoire*, vol. n° 75, n° 3, 2002.

– « L'uniforme militaire au XIXe siècle : une fabrique du masculin », *Clio. Femmes, Genre, Histoire,* n°36, 2012, 109-128.

SALLE Muriel, « Une ambiguïté sexuelle subversive. L'hermaphrodisme dans le discours médical de la fin du XIXe siècle », *Ethnologie française*, 2010/1, vol. 40, p. 123-130.

THEBAUD Françoise, *Histoire des femmes en Occident, t. 5, Le XXe siècle*, Paris, Plon, 1991.

TOSH John, *A Man's Place: Masculinity and The Middle-Class Home in Victorian England,* New Haven, Yale University Press, 1999.

TRONTO Joan, *Un monde vulnérable. Pour une politique du care*, Paris, La Découverte, 2009 [1993].

WOOLLACOTT Angela, « "Khaki Fever" and its Control: Gender, Class, Age and Sexual Morality on the British Homefront in the First World War », *Journal of Contemporary History*, 29, 2, p. 325-347.

Politique et société

BREUER Stefan, « Der Nihilismus der Geschwindigkeit. Zum Werk Paul Virilios », *Leviathan* n°16, p. 309-330, 1988.

BOLTANSKI Luc, CLAVERIE Élisabeth, OFFENSTADT Nicolas, VAN DAMME Stéphane (dir.), *Affaires, scandales et grandes causes : de Socrate à Pinochet*, Paris, Stock, 2007.

BOLTANSKI Luc, « La dénonciation », *Actes de la Recherche en Sciences Sociales,* année 1984, 51, p. 3-40.

CALAFAT Guillaume, « La somme des besoins : rescrits, informations et suppliques (Toscane, 1550-1750) », *L'Atelier du Centre de recherches historiques*, 13, 2015.

CHARLE Christophe, *La Crise des sociétés impériales : Allemagne, France, Grande-Bretagne (1900-1940). Essai d'histoire sociale comparée*, Paris, Le Seuil, 2001.

CHARLE Christophe, VINCENT Julien, WINTER Jay, *Anglo-French attitudes: comparisons and transfers between English and French intellectuals since the eighteenth century*, Manchester, New-York, Manchester University Press, 2007.

CHASSAIGNE Philippe, DOCKRILL Michael (dir.*), Anglo-French Relations, 1898-1998. From Fashoda to Jospin*, Londres, Palgrave, 2002.

DAVIN Anna, « Imperialism and Motherhood », *History Workshop*, n°5, 1978, p. 9-65.

DODIER Nicolas, BARBOT Janine. « La force des dispositifs », *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, vol. 71, n° 2, 2016, p. 421-450.

EBERLING Matthias, *Beschleunigung und Politik*, Peter Lang, Francfort, 1996.

FASSIN Didier, « La supplique. Stratégies rhétoriques et constructions identitaires dans les requêtes d'aide d'urgence », *Annales HSS*, vol. 55, n°5, sept-oct. 2000, p. 953-981.

FIELD Franck, *British and French Writers of the First World War, Comparative Studies in cultural History*, Cambridge University Press, 1991.

FOUCAULT Michel, « Le jeu de Michel Foucault », *Dits et Ecrits* II, 1976-1988, Paris, Gallimard, 2001.

GARDELLA Édouard, « Temporalités des services d'aide et des sans-abri dans la relation d'urgence sociale. Une étude du fractionnement social », *Sociologie*, 2016/3, vol. 7, p. 243-260.

HELD David, MCGREW Anthony, GOLDBLATT David, PERRATON Jonathan, *Global Transformations. Politics, Economics and Culture*, Cambridge, Polity, 1999.

HYNES Samuel, *The Edwardian Turn of Mind*, Princeton, Londres, Princeton University Press, Oxford University Press, 1968.

MCKIBBIN Ross, « Why was there no Marxism in Great Britain? », *The English Historical Review*, vol. 99, n° 391, avril 1984, p. 297-331.

MILLET Hélène (dir.), *Suppliques et requêtes. Le gouvernement par la grâce en Occident (XII*e *- XVI*e *siècle)*, Rome, École française de Rome, 2003.

MOSSE George L., *Towards the Final Solution*, *A History of European Racism*, New York, Howard Fertig, 1978.

ROSA Hartmut, *Accélération : une critique sociale du temps* [« *Beschleunigung. Die Veränderung der Zeitstrukturen in der Moderne* »], Paris, La Découverte, 2010.

– *Aliénation et accélération : vers une théorie critique de la modernité tardive* [*Alienation and Acceleration: Towards a Critical Theory of Late-Modern Temporality*], Paris, La Découverte, 2012.

SPIRE Alexis, WEIDENFELD Katia, « Le tribunal administratif : une affaire d'initiés ? Les inégalités d'accès à la justice et la distribution du capital procédural », *Droit et société*, 2011, vol. 3, n° 79, p. 689-713.

THOMSON Ann, DZIEMBOWSKI Edmond, BURROWS Simon (dir.), *Cultural Transfers : France and Britain in the Long Eighteenth Century*, Oxford, Voltaire Fundation, SVEC, 2010.

TILLY Charles, « Les origines du répertoire de l'action collective contemporaine en France et en Grande-Bretagne », *Vingtième siècle*, 4-1, 1984, p. 89-108.

TOWNSHEND Charles, *Making the peace. Public order and security in modern Britain*, Oxford, Oxford University Press, 1993.

TRAÏNI Christophe (dir), *Émotions… Mobilisation !*, Paris, Presses de Sciences Po, 2009.

VIET Vincent, *Les voltigeurs de la République. Naissance de l'Inspection du travail*, Paris, CNRS Éditions, 1994.

VIRILIO Paul, *Bunker Archéologie*, catalogue de l'exposition du CCI, Centre Georges Pompidou, Paris, 1975.

- *Vitesse et Politique : essai de dromologie*, Paris, Galilée, 1977.
- *La vitesse de libération*, Paris, Galilée, 1998 [1995].

VIRILIO Paul, LOTRINGER Sylvere, *Der reine Krieg*, Merve, Berlin, 1985.

WINOCK Michel, *Nationalisme, antisémitisme et fascisme en France*, Paris, Point Seuil, 1990.

YOUNG Michael, *Metronomic society: natural rythms and human timetables*, Londres, Thames and Hudson, 1988.

Bases de données biographiques

Annuaire du corps de santé de l'armée de terre, Paris, Victor Rozier, 1853-1917.

Base biographique de la Bibliothèque interuniversitaire de Santé Paris Descartes, URL : https://www.biusante.parisdescartes.fr/histoire/biographies.

Biographical Index of Former Fellows of the Royal Society of Edinburgh 1783–2002, The Royal Society of Edinburgh, 2006.

BYNUM William F., BYNUM Helen (dir.), *Dictionary of medical biography*, Westport, Greenwood Press, 2007.

Comité des travaux historiques et scientifiques rattaché à l'École des Chartres, *Annuaire prosopographique : la France savante*, URL : http://cths.fr/an/prosopographie.php.

ÉTIENNE Delphine, GUENA Alain, LAGARDE Benoît (dir.), *Sous-Série GR YD. Officiers Généraux de l'armée de Terre et des Services (Ancien Régime – 2010). Répertoire alphabétique*, SHD, Vincennes, 2011.

HUGUET Françoise, *Les professeurs de la faculté de médecine de Paris, dictionnaire bibliographique (1794-1939)*, Paris, Éditions du CNRS, 1991.

JOLLY Jean (dir.), *Dictionnaire des parlementaires français (1889-1940)*, Paris, PUF, 1960.

Oxford Dictionary of National Biography, Oxford University Press, 2004.

PETERKIN Alfred, WILLIAM Johnston, DREW W. R. M., *Commissioned officers in the medical services of the British Army, 1660-1960*, Publications of the Wellcome Historical Medical Library, n°14, Londres, Wellcome Historical Medical Library, 1968.

TABLEAUX ET ILLUSTRATIONS

Tableaux

Tableau 1 : Exemptions pour faiblesse de constitution et cachexie en France (1914-1918) ... 87
Tableau 2 : Tableau nosologique des affections ayant entraîné l'exemption (1914-1918)..... 98
Tableau 3 : Motifs de rejet de l'armée britannique 100
Tableau 4 : Nombre de recrues rejetées pour raison médicales (1903-1913) 101
Tableau 5 : Statistiques de la région nord-ouest (1er novembre 1917 - 31 octobre 1918) 102
Tableau 6 : Affections et vices de conformation des organes génitaux 107
Tableau 7 : Maladies du système nerveux ayant donné lieu à l'exemption 146
Tableau 8 : Classement exprimé en pourcentage du total des examinés, 1914 (France)..... 161
Tableau 9 : Deuxième système de classement (Grande-Bretagne, mars-décembre 1915) 166
Tableau 10 : Troisième système de classement (janvier-mai 1916) 166
Tableau 11 : Quatrième système de classement (juin 1916-novembre 1917)..... 168
Tableau 12 : Affaires traitées par les tribunaux d'appel pour raisons de santé (novembre 1917 - novembre 1918) 193
Tableau 13 : Résultats des appels au tribunal de Middlesex (en pourcentage du total des appels) 196
Tableau 14 : Détail des absences au travail de Percy Cook 210
Tableau 15 : Mutilations volontaires repérées pendant les conseils de révision (1914-1918)221
Tableau 16 : Résultat des mesures de récupération des ajournés, réformés et exemptés durant la guerre 231
Tableau 17 : Dates des opérations de la révision (1914 à 1922) 240
Tableau 18 : Nombre d'exemption pour défaut d'acuité visuelle (1914-1917) 268
Tableau 19 : Mises à jour des instructions relatives à l'aptitude (1905-1921)..... 274
Tableau 20 : Nombre de réformés pour tuberculose, France (1914-1918) 305
Tableau 21 : Classement de la classe 1919 à la suite de la visite d'incorporation..... 353
Tableau 22 : Part des aptes, exemptés et ajournés exprimée en pourcentage du total des examinés (1914-1920)..... 372
Tableau 23 : Part des exemptés pour faiblesse de constitution et tuberculose (1914-1918).. 374
Tableau 24 : Part des classés dans le service auxiliaire pour faiblesse de constitution (1914-1918)..... 374
Tableau 25 : Le système de classification en quatre échelons 392
Tableau 26 : La méthode sectionnelle..... 399
Tableau 27 : Les mesures d'Adrien Besson..... 422
Tableau 28 : Rapports demandés par le Ministère du Service national 426
Tableau 29 : Données médicales et anthropométriques collectées lors de l'examen (par type de document)..... 430
Tableau 30 : Écarts à la norme au niveau national selon l'indice de Keith, pour cent recrues 437
Tableau 31 : Nombre de décès dans les sept mois qui ont suivi l'incorporation (classes 1917 et 1918)..... 450

Images

Image 1 : Tableau morbidité tuberculeuse et exemption 76

Image 2 : Tableau rôle des antécédents dans la tuberculose 77
Image 3 : Affectation au conseil de révision 92
Image 4 : Toise, bascule pèse-conscrits et tableau noir avec inscription des indices de robusticité (Tartière, Pignet) 95
Image 5 : Mesures des candidats 129
Image 6 : Mesure de la taille et du périmètre thoracique de deux candidats au bureau de recrutement de Marylebone (Londres) 131
Image 7 : La discipline du corps de la recrue 136
Image 8 : Le conseil de révision 179
Image 9 : « Un jeune soldat inquiet subit l'examen rigoureux de quatre médecins autoritaires » 180
Image 10 : « Madame La Goulue, marchande de cocardes, embrasse son fils déclaré bon pour aller servir la patrie » 184
Image 11 : Recrues devant le bureau de recrutement de Whitehall (Londres) 244
Image 12 : Affiche de recrutement pour les Bantams 250
Image 13 : Le test de l'acuité visuelle 261
Image 14 : Autre agencement possible (cas de commissions multiples) 403

Schémas

Schéma 1 : Le recours aux tribunaux d'appel pour raison de santé 192
Schéma 2 : Réforme de l'Instruction sur l'aptitude physique (avril – août 1916) 278
Schéma 3 : Élaboration d'une proposition de réforme des modalités d'incorporation des « indisciplinés » en temps de guerre par la Société médico-psychologique 349
Schéma 4 : Le renforcement du dispositif prophylactique 366
Schéma 5 : Aménagement des commissions et parcours de la recrue (1918) 402
Schéma 6 : Infrastructure administrative de la collecte des données médicales du recrutement. L'exemple de Wolverhampton (juillet 1918) 425

Graphiques

Graphique 1 : Taux d'exclusion en pourcentage du nombre d'individus se présentant à l'examen médical (septembre 1916-février 1917) 252
Graphique 2 : Part des aptes, exemptés et ajournés exprimée en pourcentage du total des examinés (1914-1918) 253
Graphique 3 : Variabilité de l'occurrence des termes clefs de l'aptitude 446

INDEX DES PATHOLOGIES ET INFIRMITES

abcès, 294
albuminurie, 51, 142, 269, 275, 528
alcoolisme, 345, 428
anémie, 170
ankylose, 238, 328
anxiété, 216
appareil génito-urinaire
  conformité génitale, 108
  ectopie, 98, 107, 585, 588
  varicocèle, 98, 100, 107, 104, 256, 530, 585, 588
appendicite, 141
ataxie, 210
attitudes vicieuses, 163
bégaiement, 98, 100, 146, 529, 584, 587
boiteux, 183
cachexie, 86, 98
cancer et tumeur, 98
cas douteux, 117
convulsions, 98, 146, 296, 584
défaut d'intelligence, 122, 139, 291
arriération, 65, 122, 146-147
crétinisme, 98, 146, 296, 528, 584
  débilité mentale, 145, 219
déficience mentale, 300, 429
faiblesse d'esprit, 146, 428, 191, 220
  faiblesse psychique, 298
idiotie, 146, 428
  imbécilité, 73, 74, 296, 298, 299, 474
défaut de taille, 72, 86, 88, 90, 93
dégénérescence, 62, 65, 73, 74, 122, 160, 259, 260, 297, 411, 414, 428, 443, 455, 457
demi-bons, 73, 164
demi-malades, 164
demi-valeurs, 164, 260
dentition, 64, 98, 100, 102, 104, 204, 206
déviation de la colonne vertébrale, 120
difformité et atrophie, 66, 98, 120
diphtérie, 419, 449
douleur, 141, 199
  douleurs lombaires, 141
  douleurs thoraciques, 208
dysenterie, 449
emphysème, 311
entérite, 51, 235
épilepsie, 98, 99, 102, 103, 142, 146, 160, 220, 237, 251, 296, 297, 363, 428**,** 528, 584, 594
épaules tombantes, 163
faiblesse, 39, 101, 119, 162, 164, 170, 199, 202, 374
  chétif, 71, 74, 80, 164, 294, 356
  débilité, 74, 86, 91, 282
  déshérités physiques, 73
  faiblesse de constitution, 76, 78, 82, 87, 89, 93, 97, 98, 100, 102, 282, 298, 374, 584, 587
fragilité physique, 84
immaturité physique, 61, 83
malingre, 54, 57, 73, 80, 86, 123, 157, 258, 282
fatigue, 52, 53, 54, 55, 83
fièvre, 199
fièvres typhoïdes et paratyphoïdes, 375
fracture, 199
gibbosité, 98, 232, 585, 588
goitre, 98, 102
grippe, 76
grippe espagnole, 305
hémiplégie, 206
hémorroïdes, 209, 404
hernie, 98, 100, 209, 235, 256, 294, 311, 395, 529, 585, 587
hypertrophie, 72
hypertrophie adénoïdienne, 74
laideur, 65, 72
lèpre, 103
leptospirose, 375
lésion rénale, 369
limite d'âge, 85-86, 189
maigreur, 86
mal bâti, 183
maladies de peau, 100
  eczéma, 98, 220, 584, 587
  éruptions cutanées, 122
  impétigo, 98
  psoriasis, 98
maux de tête, 206
méningite, 293, 419, 449
mollesse, 72
morve, 103
mutilation volontaire, 98, 221, 585, 588
néphrite, 98, 102, 585
neurasthénie, 199, 258
non-valeur, 80, 157
nostalgie, 84
œdème, 199, 291, 404
oreillons, 300, 419, 449
pâleur, 170
paludisme, 375
paralysie, 98, 146, 238, 528, 529, 584
parésie, 291
périmètre thoracique, 66, 86, 87, 88, 91, 93, 122, 183, 189, 319
perte de doigts, 218, 280, 294, 328
pied
  hallux valgus, 122, 558
  malformation des pieds, 204
  orteil en marteau, 92, 199, 256
  pied bot, 98, 120, 585, 588
  pied plat, 92, 98, 235, 392, 397, 399, 585, 588
  transpiration fétide des pieds, 104, 281

poids, 86, 88, 92, 93
  obésité, 271
proportions du corps, 68, 70, 85, 87, 92
rachitisme, 311
rhumatisme, 98, 199, 201, 208, 528, 584, 587
rougeole, 293, 300, 419, 449
scarlatine, 293, 300, 419, 449
sénilité, 87
spermathorrée, 107
syphilis, 100,122
teigne, 300
torticolis, 237
troubles cardiaques, 51, 98, 294
  affections cardiaques, 368
  cardiopathie, 363
  cœur du soldat, 52, 126
  lésions cardio-vasculaires, 53
  malformations cardiaques, 123
  palpitations, 66, 74, 100, 126
  rupture d'anévrisme aortique, 53
  tachycardie, 126, 360
  valvulopathie, 200
troubles circulatoires, 199
troubles de l'audition
  affections auditives, 419
  surdité, 98, 103
troubles de la vision et des yeux, 160, 328, 138, 404
  astigmatisme, 98, 262
  borgne, 207
  cécité, 98, 291, 294
  hypermétropie, 98
  myopie, 98, 268, 528, 584, 587
  strabisme, 98, 207584, 587
troubles mentaux, 122, 142, 151, 297, 363
  aliénation mentale, 98, 146, 148, 296
  anormal mental, 344
  démence, 291
  idiotie, 98, 146, 528, 584
  inadapté mental, 339
  inaptitude mentale, 149
  indiscipliné, 344, 350
  imbécilité, 428
  délire, 297
  mentalité douteuse, 143
troubles pulmonaires, 90, 92, 98, 201
  adhérences pleurales, 53
  asthme, 98, 125, 142, 585, 587
  bronchite, 76, 77, 81, 125, 311
  insuffisance pulmonaire ou respiratoire, 53, 74
  pleurésie, 66, 74, 77, 98, 360, 529, 585, 587
  poitrinaire, 183
  toux, 208
tuberculose, 51, 71, 78-79, 81, 98, 100, 102, 123, 126, 138, 150, 151, 201, 269, 291, 294, 299, 305, 307, 318, 328, 334, 362, 368, 374, 392, 399
  bacille de Koch, 78, 312
typhoïde, 77, 79, 419
typhus, 375
ulcère, 294
valeurs douteuses, 163
varices, 98, 100, 198, 235, 256, 528, 530, 585, 588
variole, 375
vices de conformation, 102, 103, 118
efféminement, 72
vomissements, 203

INDEX DES NOMS PROPRES

Addison Ch., 462
Aitken W., 35, 56, 83
Alain, 187
Allen S. G., 36
Anderson W., 327, 331
André capit., 360
Angeville (d') A., 420, 431
Asquith H. H., 333
Attwood J. C., 189
Auenbrugger L., 125
Bainville J., 185
Baring G., 322
Barlow T., 207
Barnett K. B., 55
Barr J., 69
Barrès M., 236
Bedford Ch., 334, 406, 408
Beggs S., 67, 114, 146-147, 448
Benon R., 299
Benthall A., 334
Besson A., 49, 70, 133, 371, 421, 447
Blyth H., 205
Bodkin A., 214
Boisseau E., 139
Bond C. J., 255
Bonhomme J., 255, 347
Bonnette P., 74, 95, 111, 132, 143, 286
Borel E., 316
Botchkareva M., 106
Boudin J.-Ch., 420
Bougère L., 307, 308, 309
Bouveri J., 310, 312
Bradburne A. A., 256
Brault Dr, 299
Briand Dr, 256, 348
Brierley R. W., 52
Buffon, 68
Caldwell R., 56
Calverley G., 188
Campos-Hugueney, 89
Carré J.-C., 188
Carrington C., 260
Carter I., 211
Cathcart E. P., 440, 448
Catrin L., 143
Cazal (du) L., 143
Chamberlain N., 408, 409
Chavigny P., 140, 221, 222, 256
Chavoix H. F., 269, 272
Chevallier, 292
Coleman H., 201
Colin Dr, 298
Collie J., 140, 199, 202
Collignon R., 421
Cook P., 202
Cooke F., 206
Corcelle Dr, 448
Cordner R. H. L., 241
Couffon, 359
Couffon maj., 360
Coullaud H., 263
Courbon P., 140
Critchley H. G., 207
Cropley Davies R., 201
Cunningham Prof., 457
Darwin Ch., 27, 442
Derby E., 166, 239, 333, 335, 408-409, 605
Dible J., 328
Doizy H., 81, 247, 309, 311-318, 367
Dopter C., 35, 61, 80
Dormer P., 206
Drumont E., 72
Duco A., 29, 279, 280, 283
Dumont L., 309
Duponchel E., 35, 134, 141, 143, 159, 181
Dupont G. H., 209
Dyer R. F., 325
Esquirol J.-E., 147
Falkner P. H., 121, 123, 138, 242
Fargue L.-P., 216
Farr W., 57, 59, 454
Février Ch., 279, 282, 283
Foville (de) A., 61
Français H., 297
Gallimard G., 216
Galloway J., 37, 242, 291, 323, 330, 334, 388, 397, 411, 439, 458
Galtier-Boissière J., 257
Galton F., 428, 441, 442
Gambetta L., 58
Gaudin de Villaine A., 144
Geddes A. C., 39, 41, 139, 144, 152, 170, 212, 214, 219, 245-246, 323, 334, 378, 383, 390-391, 393, 407-408, 423, 425, 433, 459
Gibbs Lloyd W., 72
Ginestous E., 263-267, 595
Godart J., 269, 276, 283, 294, 311, 352, 360, 365, 372, 375
Grancher J., 68
Grange R., 186
Granjux A., 255, 272
Grenet maj., 299
Guiraud J.-M., 309
Guns C., 201
Hainault, 53
Harding L., 204
Haury, 152, 348
Hayland E., 252
Hayward Ch., 385
Hillemand P., 173
Hogge J., 332
Hortz Dr, 217

Hughe A. T., 207
James F. W., 207
Jarvis C., 200
Jencken F. J., 334
Johnson E. S., 207
Jourdin, 83
Keith A., 432, 433, 435, 436-440, 442
Kelsch A., 34, 53, 73, 155
Keogh A., 251, 579, 604, 607, 611
Kerr Love J., 419
Kiley J., 214, 322
Kitchener, 89, 243, 251, 579, 619
Lachaud E., 309, 312
Laennec R., 125
Lagrange F., 51, 263, 266
Laignel-Lavastine M., 140, 348
Landouzy L., 269, 303, 600
Lawson A., 385
Léger F., 216
Lehman, 80
Lelean P. S., 73, 154, 527
Lemoine G., 74-79, 84, 133, 138, 154, 165, 170, 313, 374
Levoyer S., 105
Levy M., 327, 329, 386
Lian C., 66
Lizy Gén., 360
Lloyd George D., 167, 324, 332-333, 387, 389, 461
Lloyd J. H., 189
Logsdon H., 199, 200
Lwoff S., 219
Lyon A., 210
Lyons E., 204, 262
MacKenzie J., 335
Maclean D., 322
Macpherson J., 188, 377, 385
Macpherson W. G., 19, 378-382, 409
Maillot F.-C., 34, 64
March L., 433
Marshall W. C., 62
Maunoury G., 309
McLean Dr, 329
Melville C. H., 52
Mercier Milon A., 292
Merlin F., 238, 271
Milner Henderson A., 209
Morache G., 34, 84, 150
Moreau-Defarges, 55, 355
Morgan G., 186
Moricheau-Beaupré P., 71, 143
Mourier L., 309
Munson E., 34, 53
Navarre L., 309
Naylor T., 198
Nield H., 288, 324-326, 329, 332, 377, 407
Nivelle R., 372
Nobel Smith E., 259
Noël, 77
Noël L., 594
Nordman C., 255, 345, 347
Pacaud R., 309
Pactet Dr, 348
Painlevé P., 316
Parnham W., 252
Pearson K., 428, 441, 442
Peyroux A., 309, 311, 312
Pignet M., 93, 94, 95, 133, 319, 370, 422, 433
Polin D., 293
Poughon L., 216
Pruvost L., 254, 260
Puel J., 34, 64
Quetelet A., 93, 94, 437, 438, 441, 442
Raymond V., 138, 151, 155
Regester W., 404
Rhind Th. D., 432, 433
Richards J., 206
Richardson A., 322
Robbins J., 204
Roberts Ch., 85
Rouget J., 35, 61, 80
Roze G., 108
Russell H., 186
Saint-Aubin Cl., 298
Saint-Maurice Dr, 217
Saleeby C., 74
Salisbury (marquis de) J. E. H., 401
Salzes G., 297
Schwoebel E., 131, 157
Searson J., 201, 208
Shortt E., 333, 604
Simonin J., 73, 143, 177, 279, 281
Snowden Ph., 324, 326, 329, 377, 381
Spicer F., 206
Starky T., 205
Swann Ch., 327
Taillepied de Bondy F.-M., 436
Tartière E., 59, 78, 93, 95
Thomas A., 316
Thomson Col., 255
Toubert J. H. R., 274
Townley E., 209
Trappit C., 197
Troussaint, 254, 303
Turner H., 327
Vacher de Lapouge G., 421
Vaillard L., 279, 281
Végèce, 14, 55, 68
Vincent Dr, 451
Viollette M., 310
Virchow R., 420
Webber H. W., 423
White A., 455
Wilson H., 240
Withers C., 187
Wrentmore E., 188

ANNEXES

TABLE DES ANNEXES

Annexe 1 Équivalence des grades de l'armée française et du service de santé 525
Annexe 2 La nécessité de la sélection (1775) 526
Annexe 3 L'exclusion des inaptes 527
Annexe 4 Les critères de la sélection (1820) 528
Annexe 5 Les critères de la sélection (1911-1912) 530
Annexe 6 Les critères de la sélection selon Georges Lemoine (1911) 532
Annexe 7 Maladies, infirmités ou vices de conformation dans les instructions, France (1905 – décembre 1916) 533
Annexe 8 Comptes-rendus sur le recrutement, année par année (1914-1918) 536
Annexe 9 Aptitudes particulières aux différentes armes (1914) 554
Annexe 10 Itinéraire du conseil de révision de la classe 1917 dans le Pas-de-Calais (1915) 557
Annexe 11 Règles de l'examen des recrues, Grande-Bretagne (1915) 558
Annexe 12 Évolution du système de classification britannique des recrues 559
Annexe 13 Procédure d'examen des recrues britanniques (1915) 561
Annexe 14 Procédure d'examen des recrues en France (1905-1915) 563
Annexe 15 L'examen dynamique en Grande-Bretagne 565
Annexe 16 Carte postale « Into the Army » 566
Annexe 17 Photographie : le Conseil de révision de la classe 1915 567
Annexe 18 Couverture du Rire : le conseil de révision (1895) 568
Annexe 19 Tableau : le conseil de révision par Pierre-Georges Janniot (1895) 569
Annexe 20 Dessin : un conseil de révision (1916) 570
Annexe 21 Dessin : « c'est heureux quand on est aveugle, borgne, boiteux ou manchot » ... 571
Annexe 22 Les rites des conscrits : Carte postale et médaille 572
Annexe 23 Tableau : Examen médical et tribunaux d'appel 573
Annexe 24 Lettre d'Horace Logsdon au tribunal d'appel de Middlesex 574
Annexe 25 Lettre du frère d'une recrue à Herbert Nield 576
Annexe 26 Certificats médicaux 577
Annexe 27 Date d'appel des classes, France (1898-1920) 578
Annexe 28 Photographie : passage au conseil de révision des exemptés, ... 579
Annexe 29 Les instructions d'Alfred Keogh (13 juillet 1915) 580
Annexe 30 Caricature : « Mais monsieur le major » 581
Annexe 31 Caricature : la révision pour la formation des jeunes classes allemandes 582
Annexe 32 Caricature : « Non, m'sieur l'major » (1915) 583
Annexe 33 Chanson : « Phryné du service auxiliaire » (1916) 584
Annexe 34 Presse satirique : « Le cierge du fonctionnaire » 585
Annexe 35 Répartition des motifs d'exemption et de classement dans le service auxiliaire (1914-1920) 586
Annexe 36 La guerre ou la vigueur retrouvée (1915) 591
Annexe 37 « La faillite de l'instruction sur l'aptitude physique au service militaire » (1915) 594
Annexe 38 « Men are now being passed who are absolutely of no potential use whatever » 597
Annexe 39 Circulaire de Justin Godart (5 août 1917) 598
Annexe 40 « Une autre grande faucheuse, au côté de la mitraille, la phtisie », Le Figaro (1915) 600
Annexe 41 Mémorandum du tribunal d'appel de Middlesex (21 novembre 1918) 602
Annexe 42 Occurrences des termes « medical examinations » dans les débats parlementaires britanniques (1900-1920) 603

Annexe 43 Membres de la commission d'enquête parlementaire (Shortt Committee) 604
Annexe 44 Témoignage d'Auckland Geddes devant la commission d'enquête parlementaire (1917) 607
Annexe 45 « The scandal of the Unfit » 609
Annexe 46 The Times « Medical Examiners and their duties » 610
Annexe 47 The Times : « Recruits and the Doctor » 611
Annexe 48 Entraînement des recrues - note pour l'état-major 612
Annexe 49 Classement par performance, France (1916) 613
Annexe 50 Modèle de la fiche individuelle de rééducation 615
Annexe 51 Résultats de la visite d'incorporation, France (1914-1918) 616
Annexe 52 Arnold Lawson, médecin londonien, défend sa réputation 618
Annexe 53 Le système français vu par un médecin britannique (1917) 619
Annexe 54 British Medical Journal, « Recruiting and discharge » (1916) 623
Annexe 55 British Medical Journal, « Medical Examination of recruits » (1916) 625
Annexe 56 British Medical Journal : « Medical Examination of recruits » (1917) (1) 626
Annexe 57 British Medical Journal, « Medical Examination of recruits » (1917) (2) 628
Annexe 58 British Medical Journal, « Medical Boards » (1917) 629
Annexe 59 James Galloway et le nouveau système de classification 630
Annexe 60 Nombre d'examens, classements et appels Angleterre (1917-1918) 631
Annexe 61 La fin de l'examen médical préliminaire (1917) 632
Annexe 62 Circulaire sur l'incorporation n°773 Ci/7 (8 août 1918) 633
Annexe 63 Incorporation des ajournés des classes 1913 à 1917 (1917) 634
Annexe 64 Silhouettes de conscrits des cantons de Captieux et de Villandraut (1911) 635
Annexe 65 Organisation du Ministère du Service national 636
Annexe 66 Les retours statistiques de guerre (Ministère du Service National) 637
Annexe 67 Rapport quotidien par échelon concernant les hommes examinés et ré-examinés 639
Annexe 68 Rapport statistique de la région West Midland (15 June-14 July 1918) 640
Annexe 69 Graphique de la répartition des recrues par échelon et par région 641
Annexe 70 Composition du comité consultatif (Advisory Board) 642
Annexe 71 The « systematic manufacture of infirm citizens » (1901) 643
Annexe 72 « A physical census of the Male Population » 644

ANNEXES DU CHAPITRE 1

Annexe 1

Équivalence des grades de l'armée française et du service de santé

Grade	Service de santé des armées
Adjudant	Médecin auxiliaire
Sous-Lieutenant	Médecin aide-major de 2ème classe
Lieutenant	Médecin aide-major de 1ère classe
Capitaine	Médecin major de 2ème classe
Commandant	Médecin major de 1ère classe
Lieutenant-colonel	Médecin principal de 2ème classe
Colonel	Médecin principal de 1ère classe
Général de brigade	Médecin inspecteur
Général de division	Médecin inspecteur général

Annexe 2

La nécessité de la sélection (1775)

« Pour peu qu'on y réfléchisse, on n'aura peu de peine à reconnaître la cause des succès constants du petit nombre, dans les exemples que je viens de citer : on y voit des soldats intrépides, robustes et instruits, commandés par de bons généraux, aux prises avec des armées innombrables, mais composés d'hommes levés à la hâte, sans force, sans habitude aux travaux, sans discipline et sans expérience. Que pourrait même la plus haute valeur dans des individus de cette espèce ? Un bon soldat en vaut mille de ceux que commandaient Xerxès et Darius[1828]. On est bien autrement sûr, dit *Léon* (a), de réussir avec des Soldats instruits et robustes, qu'avec une multitude de gens sans vertu.

Puisque donc le nombre le cède toujours à la bonté des Troupes, l'unique point est de savoir en quoi consiste cette bonté. Les Généraux et les historiens sont d'accord entr'eux sur cet article. La force & la vigueur, l'adresse & la valeur, sont les qualités d'un bon soldat. Elles ne peuvent être réunies que dans un corps sain ; elles dépendant toujours du choix qu'on fait de l'homme, & elles sont conservées par la manière dont on le forme, & par la discipline à laquelle on l'assujettit. *Végèce*, *Liv. I, Chap. XXVIII*, invite son Prince à rétablir cette discipline, en lui représentant que l'époque de la décadence de l'Empire, est celle de la négligence des Généraux sur ce point & sur le choix des Soldats.

Ainsi il est constant que l'État, où l'on portera le plus d'attention sur le choix des hommes, sur la manière de les former, & sur la discipline, sera celui où les Troupes seront les meilleures.

Or, comme il est d'ailleurs très facile à démontrer que ce choix est principalement fondé sur la santé, & que les premières qualités essentielles au Guerrier, dépendent de la bonne constitution & de la conservation de celle-ci, il est évident que le Gouvernement et les Généraux, qui veulent avoir de bons soldats, doivent s'occuper singulièrement de leur santé. Quelles sont les ressources qu'on peut trouver dans un corps faible et malsain ? & quels succès peut-on espérer des Troupes qui ne jouissent pas des avantages d'une bonne santé ?

[…] [Les grands Capitaines] savent que cette intrépidité mâle, qui est si nécessaire au succès, se rencontre en général plutôt dans un corps plein de force & de vigueur, que dans celui qui est privé de ces attributs […]

Qu'on suppose maintenant des Troupes dans une disposition contraire : le Soldat succombe aux fatigues, son courage l'abandonne, l'Armée est affaiblie par le grand nombre des maladies ; et enfin, à la première occasion la victoire se décide en faveur de l'ennemi, plus sain, plus robuste, & moins énervé.

Mais s'il est nécessaire d'avoir des hommes sains et robustes pour le métier des armes, il faut convenir que la santé de ceux qui l'exercent, est difficile à conserver. »

Source : COLOMBIER Jean, *Préceptes sur la santé des gens de guerre ou Hygiène militaire*, « Préface », p. ix-xiii, Paris, Lacombe, 1775.

[1828] Darius est défait par les Athéniens lors de la bataille de Marathon, Xerxès échoue contre la Grèce à Salamine.

Annexe 3

L'exclusion des inaptes

« The chief essentials in war are, first, to get the greatest number of men into the highest degrees of efficiency – fighting fitness; next to get them, p.3 fully equipped, into the firing lines; and, finally, to keep them here. Therefore the logical beginning is with the recruit, i.e. the securing of suitable physical material. So one takes for the preliminary consideration the weeding-out the unfit.

1. Preliminary weeding-out of the Unfit

There are two aspects of unfitness – the physical and psychological.
With regard to the former, we are all agreed that if a man be unfit physically or psychologically there is no question about him being rejected. The medical officer examining a recruit is mainly concerned with his physical fitness; the combatant officer, to whom he is passed for training also has to consider his mental and moral qualities. In many cases a man physically fit is mentally unfit for development into a useful soldier; and there is a tendency on the part of some combatant officers to try to use the medical officer as a means of getting psychically undesirable men out of the Service. But the medical officer has to remember that every recruit rejected after three months' training means a dead loss of about £100 to Government, and that the combatant officer should himself take the responsibility of rejecting a physically fit man whose mental or moral qualities cannot be educated to the necessary standard.
Having secured an initially sound body of men in the prime of life, it must be next considered what, precisely, are the objects of their training. »

Source : LELEAN P. S., *Sanitation in war*, 3rd ed. London, J. & A. Churchill, 1919.

Annexe 4

Les critères de la sélection (1820)

« Les caractères particuliers d'une bonne constitution, rigoureusement exigibles pour être reçu dans l'armée, me paraissent devoir être les suivants :

1°. La rectitude du corps et un port aisé ;
2°. Une conformation extérieure exempte de défauts ;
3°. Une tête grosse, élevée et bien chevelue ;
4°. L'œil vif et le teint un peu coloré ;
5°. Des lèvres et des gencives roses ;
6°. Des dents blanches, fortes et en bon état ;
7°. L'haleine douce ;
8°. La voix sonore ;
9°. Une complexion forte et vigoureuse que caractérisent essentiellement :
Une peau ferme, et une belle carnation ;
Une poitrine carrée, large, voûtée, sonore, mobile, se dilatant avec facilité ;
Des épaules épaisses, basses, bien effacées, et également tombantes ;
Le ventre peu saillant ;
Des parties génitales bien développées, et annonçant l'énergie virile ;
Des membres richement musclés, et des articulations réunissant la force et la souplesse ;
Des pieds maigres, secs, voûtés, et de longueur médiocre ;
Des mains fortes. »

Les signes évidents d'une mauvaise constitution « que l'œil et le tact découvrent sans peine, et que je vais exposer d'une manière succincte. Ces signes sont :

1°. La maigreur générale ;
2°. Le tempérament lymphatique, prononcé, surtout chez un sujet mou, blond, à peau lâche, blanche ou d'un blanc mat, tachetée de rousseurs, de couleur d'albinos ;
3°. L'absence de la barbe, des poils à la poitrine, aux aisselles et aux parties génitales ;
4°. Le pouls faible, peu développé et lent ;
5°. Une inégalité dans les proportions et formes organiques, dépendantes d'un accroissement trop rapide ou d'un vice originaire dans le développement de la charpente osseuse ;
6°. Une figure efféminée ;
7°. L'air triste et sombre ;
8°. L'extérieur apathique ;
9°. La lenteur ou l'ineptie des réponses ;
10°. Un défaut de rapport entre l'expression des traits et de la figure, le regard et le langage ;
11°. Des cheveux fins et rares ;
12°. Un visage pâle ou bouffi ; des joues caves et un teint blême ;
13°. Des paupières tombantes, boursouflées ou bleuâtres ;
14°. Les yeux chassieux ou habituellement humides ;
15°. La couleur jaunâtre ou bleuâtre de la conjonctive ;
16°. Les pupilles habituellement très dilatées ou se contractant lentement ;

17°. Le cillement presque continuel et la difficulté de supporter une vive lumière ;
18°. Le regard morne et abattu ;
19°. Des lèvres grosses, blafardes et pendantes ;
20°. Les gencives pâles, livides, engorgées ou saignantes ;
21°. Des dents sales, brunes, noires, branlantes ou en partie cariées ;
22°. La langue molle, large et blanchâtre ;
23°. L'haleine forte ;
24°. Le cou long et grêle ;
25°. Le menton avançant sur la poitrine ;
26°. Une poitrine étroite, aplatie ou enfoncée, maigre ou décharnée ;
27°. Une voix faible, grêle ou rauque ;
28°. La respiration courte en parlant, et laborieuse au moindre exercice ;
29°. Des épaules hautes, saillantes et ailées ;
30°. Les traces de l'application de cautères et de vésicatoires sur le tronc et les extrémités des sujets qui ont une poitrine maigre et peu élevée, ce qui ne dépose pas en faveur de leur force ou de leur bonne santé ;
31°. L'abdomen très-déprimé ou saillant, mollasse ou très dur ;
32°. Les facultés génératrices peu développées, l'absence de testicules dans le scrotum, une verge molle et flasque, le scrotum très relâché ;
33°. Des membres très longs, grêles, et disproportionnés avec le reste du corps ;
34°. Des membres gras et nullement dessinés, ce qui dénote un homme lourd et inactif ;
35°. Le gonflement ou l'empâtement des articulations ;
36°. Des mains maigres et des doigts effilés ;
37°. Des pieds allongés, écrasés, habituellement tendres et humides ;
38°. Des cicatrices sur diverses parties du corps, provenant d'abcès ou d'ulcères dont la cause était probablement constitutionnelle.
[…] il n'est point non plus indifférent de s'assurer de leurs facultés morales. »

Source : MORICHEAU-BEAUPRE, *Mémoire sur le choix des hommes propres au service militaire dans l'armée de terre et sur leur visite devant les conseils de révision*, A. Egron, 1820, p. 13.

Annexe 5

Les critères de la sélection (1911-1912)

« Avec les anciennes armées de métiers, à effectif restreints, ce choix était facile, commode, car on cherchait surtout *les beaux hommes*, dignes de figurer dans les parades militaires ou les pompes royales, et on refusait sans pitié tous les volontaires, qui n'avaient pas une taille élevée et une forte musculature, leur assurant l'avantage dans les luttes corps-à-corps.

Avec les armées modernes, à effectifs si considérables, le choix des recrues est un problème plus complexe, car il n'est pas possible de faire une sélection aussi complète que dans le passé. Ce choix est devenu surtout particulièrement délicat pour les conscrits « *à la limite* », pour les débiles aux proportions harmonieuses, qui se trouvent sur les confins de la robusticité normale.

Sans doute, écrit Végèce, il y a des indices certains et avoués par les gens d'expérience, pour juger les qualités guerrières des hommes comme pour connaitre la bonté des chevaux ou des chiens de chasse. « Le nouveau soldat doit avoir les yeux vifs, la tête élevée, la poitrine large, les épaules fournies, les bras longs, le ventre petit, la taille dégagée, la jambe et les pieds moins charnus que nerveux. »

« Le corps d'un homme bien fait, écrit Buffon, doit être carré, les muscles doivent être durement exprimés, le contour des membres fortement dessiné, les traits du visage bien marqués : l'homme a la force de la majesté »

Mais la meilleurs description d'un soldat robuste est donnée par Vincent : « Une stature plus ou moins élevée, bien prise dans son ensemble ou quelque peu ramassée, mais sans infériorité trop sensible avec le poids du corps ; une conformation générale symétrique, exempte de maigreur ou d'obésité ; une tête régulière, pourvue d'une saine chevelure et aisément portée sur un cou suffisamment charnu et pure de tout relief goitreux et de souillure scrofuleuse ; un visage modérément coloré, empreint du signe de l'intégrité fonctionnelle des organes des sens et de l'intelligence ; la voix pleine, libre et sonore ; une bonne digestion exprimée localement par le souplesse de l'abdomen et dans son état général un embonpoint moyen ; la respiration aisée et profonde ; la circulation calme et uniforme ; un torse flexible et robuste, suffisamment cambré et témoignant par l'ampleur de la poitrine, l'épaisseur des épaules, le délié de la ceinture, l'exiguïté du ventre et le développement des hanches, de l'état parfait de la charpente, des parties enveloppantes et des organes contenus ; les membres bien attachés, droits et musculeux, terminés par des extrémités fortes ou fines, suivant la race ou la condition ; la peau ferme, sans rudesse plus ou moins velue, nette d'empreinte cachectique et de bride cicatricielle, d'un teint blanc, rosé ou bistré, mais non livide, sans relief variqueux ni marbrure lymphatique ; une force musculaire suffisamment dessinée ; une virilité pleinement accusée ; enfin l'*harmonie du tout* », tels sont les traits d'une bonne constitution chez un conscrit de vingt ans, apte au service armé.

Si les conditions physiques d'une *constitution robuste* sont faciles à représenter, celle d'une *constitution faible* sont difficile à préciser. La faiblesse de constitution est, en général, caractérisée par des membres grêles, dont les os paraissent fluets, les articulations assez volumineuses, en raison du manque de relief musculaire ; par le faible volume des *fesses qui restent écartées* dans la position debout, un périmètre thoracique manifestement inférieur à la moitié des décimales de la taille ; par *l'état infantile des organes génitaux, la petitesse des bourses et de la verge, l'absence ou la rareté des poils du pubis* ; par la *gracilité du cou* dont

la longueur semble exagérée ; par une *poitrine aplatie* paraissant plus longue que large, dont les côtés contre très apparents et les espaces intercostaux déprimés. »

Source : « Le choix du conscrit » in *Nouvelle pratique médico-chirurgicale*, 1911-1912, p. 613-614.

Annexe 6

Les critères de la sélection selon Georges Lemoine (1911)

« Le sélectionnement des hommes constitue la base de l'état sanitaire de l'armée. C'est pour avoir méconnu son importance que nombre d'auteurs se sont trompés dans l'appréciation de la morbidité et de la mortalité française, dont le chiffre encore trop élevé dans l'armée française a été attribué à tort à certaines défectuosités de l'hygiène militaire. […] Tandis qu'en Allemagne, le conseil de révision exerce son choix sur 1 270 000 hommes environ chaque année pour constituer un contingent qui ne dépasse pas 220 à 230 000 hommes, en France, les conseils de révision examinent annuellement en moyenne 399 500 hommes pour former le même contingent. […] La sélection semble être le principal remède à notre infériorité sanitaire relative et c'est avec raison que, abandonnant ce que l'on a appelé très justement « la folie du nombre », le ministre de la guerre a employé tous ses efforts à rendre cette sélection plus parfaite, pour laquelle il trouvera dans le corps de santé un aide expert et convaincu. (Loi du 21 mars 1905. Instruction du 21 juillet 1906. Circulaires des 28 et 29 décembre 1908 et 22 janvier 1909.) Une armée ne puise-t-elle pas sa force plus dans l'intelligence de ses chefs, l'intrépidité, le courage et l'endurance des troupes que dans le nombre de ses éléments et dans le perfectionnement de ses armes ?

N'hésitons donc pas à rechercher le perfectionnement des qualités physiques et morales de nos soldats et à éliminer tous ceux qui, au jour d'une mobilisation, se serviraient qu'à encombrer nos formations sanitaires et à démoraliser les hommes valides. Mais cette sélection devra se faire avec prudence et circonspection, et la loi de 1905, en incorporant les services auxiliaires, nous a donné les moyens de conserver dans nos effectifs tous ceux qui, en dehors de l'armée combattante, peuvent lui être utile, compensant ainsi les déchets produits par l'élimination progressive des faibles non susceptibles de s'améliorer au cours du service actif […].

Pour tous donc, le régiment va être une cause de fatigue, il importe, pour que celle-ci soit salutaire, qu'on apporte à la doser une véritable science, et que, d'autre part, le sujet qui va y être soumis présente la force nécessaire pour la surmonter et en tirer même bénéfice au bout d'un certain temps. […] Nous devons donc nous assurer tout d'abord du degré d'endurance des hommes, autrement dit de leur aptitude au service militaire ».

Source : LEMOINE Georges, *Traité d'hygiène militaire*, Paris, Masson, 1911, p. 1-5

Annexe 7

Maladies, infirmités ou vices de conformation dans les instructions,

France (1905 – décembre 1916)

Maladies, infirmités ou vices de conformation susceptibles de motiver l'ajournement, l'exemption ou le classement dans le service auxiliaire, la réforme temporaire ou la réforme définitive

AFFECTIONS EN GENERAL

1. Constitution physique trop faible
2. Obésité
3. Cachexies
4. Rhumatisme, goutte et gravelle
5. Diabète et albuminurie
6. Tuberculose
7. Syphilis et autres maladies vénériennes
8. Morve, lèpre, actinomycose
9. Eczémas et impétigo chroniques
10. Lichen chronique, psoriasis et ichtyose
11. Ecthyma, rupia et pemphigus
12. Acné chronique
13. Lupus
14. Sycosis
15. Éléphantiasis
16. Ulcères
17. Cicatrices
18. Tumeurs bénignes et productions cornées
19. Tumeurs malignes
20. Varices et fistules lymphatiques
21. Leucocythémie, adénie, lymphadénie
22. Adénite
23. Nævi materni et tumeurs érectiles
24. Anévrismes
25. Névralgies
26. Névromes
27. Paralysies
28. Contractures
29. Spasmes
30. Tremblement
31. Ruptures et hernies des muscles
32. Adhérences et rétractations musculaires
33. Atrophies musculaires
34. Synovite tendineuse
35. Arthrite chronique, hydarthrose
36. Tumeurs blanches
37. Corps mobiles
38. Ankylose
39. Déformations, distensions, relâchements articulaires
40. Abcès
41. Périostite
42. Ostéite
43. Périostose, ostéose
44. Tumeurs et déformations osseuses

AFFECTIONS LOCALISEES

Tête – Crâne

45. Teignes
46. Alopécie et calvitie
47. Tumeurs de la tête
48. Ossification imparfaite
49. Cicatrices, lésions étendues

Centres nerveux

50. Idiotie, crétinisme, myxœdème
51. Aliénation mentale
52. Paralysie générale progressive
53. Épilepsie
54. Chorée, tétanie, somnambulisme
55. Myélites chroniques
56. Amyotrophies

Organes de l'audition

57. Hypertrophie, atrophie, tumeurs et perte du pavillon
58. Atrésie du conduit auditif
59. Polypes
60. Corps étrangers
61. Affections aiguës et affections chroniques de l'oreille externe et de l'oreille moyenne
62. Inflammation des cellules mastoïdiennes
63. Affections de l'oreille interne
64. Surdité
65. Surdi-mutité

Face

66. Aspect général
67. Difformités du front
68. Mutilations
69. Tumeurs diverses
70. Ulcères
71. Fistules
72. Névralgies
73. Paralysies
74. Sinus de la face
75. Mutilations, lésions pathologiques
76. Affections de l'articulation temporo-maxillaire

Organes de la vision

77. Diminution de l'acuité visuelle
78. Myopie
79. Hypermétropie
80. Astigmatisme
81. Amblyopie et amaurose
82. Affections des paupières
83. Affections des voies lacrymales
84. Affections de la conjonctive
85. Affection de la cornée
86. Affections de la sclérotique et de l'iris

87. Affections du cristallin
88. Affection du corps vitré
89. Affection de la choroïde
90. Affections de la rétine et du nerf optique
91. Affections du globe oculaire
92. Affections des muscles de l'œil
93. Affections de l'orbite

Nez (et sinus[1])

94. Malformations et déformations
95. Polypes, néoplasmes
96. Ozène

Bouches et lèvres

97. Bec-de-lièvre
98. Cicatrices
99. Tumeurs
100. Stomatites
101. Altérations des dents
102. Dents surnuméraires
103. Fistules dentaires

Langue

104. Malformations ou déformations de la langue
105. Tumeurs
106. Bégaiement
107. Mutisme

Glandes salivaires

108. Grenouillette
109. Tumeurs des glandes salivaires
110. Fistules salivaires
111. Hypertrophie des amygdales

Palais

112. Déformations ou malformations
113. Adhérences pharyngiennes
114. Paralysie et voile du palais
115. Tumeurs
116. Hypertrophie de la luette

Cou

117. Vices de conformation
118. Lésions traumatiques
119. Ulcérations, cicatrices
120. Adénites
121. Goitre, kystes du corps thyroïde
122. Goitre exophtalmique
123. Kystes, lipomes
124. Torticolis

Larynx

125. Plaies, fractures
126. Laryngites
127. Déformation, destruction de l'épiglotte
128. Rétrécissement, déformation du larynx
129. Polypes et tumeurs
130. Nécrose
131. Aphonie

Pharynx

132. Vices de conformation, rétrécissement du pharynx
133. Lésions traumatiques
134. Pharyngites, rhino-pharyngites
135. Polypes naso-pharyngiens et tumeurs malignes
136. Paralysie du pharynx
137. Ulcères

Œsophages

138. Rétrécissement de l'œsophage
139. Dilatation
140. Corps étrangers
141. Néoplasmes
142. Œsophagisme

Thorax

143. Difformités
144. Lésions traumatiques
145. Lésions pathologiques
146. Maladies de la glande mammaire

Poumon

147. Lésions traumatiques du poumon
148. Hernie du poumon
149. Tuberculose pulmonaire
150. Bronchite et pneumonie chroniques
151. Emphysème pulmonaire
152. Asthme
153. Pleurésie

Cœur et aorte

154. Cyanose
155. Transposition du cœur
156. Péricardite et endocardite
157. Hypertrophie du cœur
158. Affections organiques du cœur
159. Anévrismes de l'aorte

Abdomen

160. Affections des parois abdominales
161. Hernies
162. Affections du péritoine
163. Ascite
164. Tumeurs de l'abdomen
165. Maladies de l'estomac et des intestins
166. Appendicite
167. Affections du foie
168. Affections de la rate

Rachis

169. Spina-bifida
170. Déviations du rachis
171. Fractures, luxations
172. Ostéites vertébrales (mal de Pott)

Bassin

173. Vices de conformation, déformations
174. Arthrites
175. Psoïtis
176. Lésions de la fosse iliaque, de l'anus et du périnée
177. Fistules urinaires
178. Fissures de l'anus
179. Fistules à l'anus
180. Affections du rectum
181. Rétrécissement du rectum
182. Hémorroïdes
183. Chute du rectum

[1] Mention disparue en 1914.

Reins

184. Lésions traumatiques des reins
185. Néphrites
186. Calculs, abcès, kystes
187. Rein flottant

Vessie

188. Vices de conformation
189. Lésions traumatiques
190. Cystites
191. Corps étrangers, calculs vésicaux
192. Néoplasmes
193. Incontinence d'urine
194. Rétention d'urine

Urèthre

195. Vices de conformation
196. Fistules uréthrales
197. Corps étrangers
198. Rétrécissements
199. Maladies de la prostate

Organes génitaux

200. Vices de conformation, affection du pénis
201. Affections des bourses
202. Varicocèle
203. Hydrocèle, hématocèle
204. Perte, absence et atrophie des testicules
205. Ectopie testiculaire
206. Tumeurs du testicule
207. Spermatorrhée

Membres

208. Anomalie des membres
209. Déviations
210. Atrophie des membres
211. Lésions traumatiques
212. Lésions pathologiques
213. Varices
214. Hygroma
215. Névralgies, rhumatismes, goutte
216. Lésions et mutilations des doigts
217. Incurvation, flexion et extension permanente des doigts
218. Doigts palmés
219. Difformités professionnelles des membres
220. Pied bot
221. Pied plat
222. Pied creux
223. Orteils surnuméraires
224. Direction vicieuse des orteils, chevauchement
225. Orteils en marteau
226. Orteils palmés
227. Mutilations des orteils
228. Exostose sous-unguéale du gros orteil
229. Cors, oignons
230. Mal perforant
231. Affections des ongles
232. Transpiration fétide des pieds

Source : Édition méthodique du *Bulletin Officiel du Ministère de la guerre – recrutement de l'armée, Aptitude physique au Service militaire*, de 1905 à décembre 1916

Annexe 8

Comptes-rendus sur le recrutement, année par année (1914-1918)

Compte-rendu sur le recrutement, classe de 1914 (1914)

Départements	Total des séances	Durée moyenne des séances	Nombre moyen d'hommes visités par séance	Nombre de cantons où deux médecins ont été employés pour la visite	Nombre de cantons où trois médecins ont été employés	Nombre de cantons dont se compose le département
Ain	38	2h30	67	3	/	36
Aisne	39	2h30	136	9	1	37
Allier	31	3h00	127	6	/	29
Alpes (Basses)	32	1h40	22	/	/	30
Alpes (Hautes)	26	1h22	31	/	/	24
Alpes-Maritimes	29	2h00	94	4	/	27
Ardèche	33	3h00	87	6	/	31
Ardennes (département envahi)	/	/	/	/	/	31
Ariège	20	2h30	80	2	/	20
Aube	29	2h00	61	4	/	26
Aude	33	1h45	94	2	/	31
Aveyron	43	2h00	75	4	/	43
Bouches-du-Rhône	36	2h30	150	2	11	33
Calvados	41	2h15	82	3	/	38
Cantal	23	2h30	78	/	/	23
Charente	29	2h45	78	3	/	29
Charente Inférieure	42	1h30	82	4	/	40
Cher	32	3h00	94	5	/	29
Corrèze	32	2h10	86	3	/	29
Corse	58	1h00	26	1	/	62
Côte d'Or	39	3h00	54	4	/	37
Côte du Nord	51	3h00	90	9	/	48
Creuse	25	2h00	88	2	/	25
Dordogne	50	2h30	74	10	1	47
Doubs	29	3h00	89	5	/	27
Drôme	29	2h04	74	8	3	29
Eure	38	2h00	68	6	/	36
Eure-et-Loir	26	2h00	110	5	/	24
Finistère	45	4h00	164	22	/	43
Gard	43	2h30	60	12	/	40
Garonne (Haute)	41	2h15	92	2	2	39
Gers	31	1h27	49	/	/	29

Gironde	58	2h45	136	4	6	50
Hérault	38	2h30	105	3	5	36
Ille-et-Vilaine	46	1h45	107	19	/	43
Indre	23	3h00	109	4	1	23
Indre-et-Loire	25	3h00	117	4	/	24
Isère	47	2h40	98	16	3	45
Jura	34	2h00	72	1	/	32
Landes	30	1h30	91	2	/	28
Loir-et-Cher	24	3h00	111	7	/	24
Loire	32	4h00	170	7	6	31
Loire (Haute)	30	2h00	107	/	/	28
Loire Inférieure	49	3h00	101	1	4	46
Loiret	33	2h00	99	26	/	31
Lot	31	1h30	45	/	/	29
Lot-et-Garonne	35	1h30	61	1	/	35
Lozère	24	1h40	49	/	/	24
Maine-et-Loire	37	2h40	132	10	2	34
Manche	48	2h45	86	5	/	48
Marne	35	2h30	106	7	/	33
Marne (Haute)	32	2h00	60	1	/	28
Mayenne	29	2h30	126	10	1	27
Meurthe-et-Moselle	29	2h00	140	5	8	29
Meuse	30	1h45	70	3	/	28
Morbihan	39	2h00	132	8	/	37
Nièvre	28	3h00	111	7	/	25
Nord (Département envahi)	/	/	/	/	/	68
Oise	37	2h30	100	8	/	35
Orne	38	2h30	77	2	/	36
Pas-de-Calais (Département envahi)	/	/	/	/	/	46
Puy-de-Dôme	54	3h00	90	8	/	50
Pyrénées (Basses)	43	2h00	75	7	/	41
Pyrénées (Hautes)	28	1h30	57	3	/	26
Pyrénées-Orientales	19	2h30	79	2	1	17
Rhin (Haut) (arrondissement de Belfort)	8	3h00	117	1	/	5
Rhône	33	3h20	189	13	16	28
Saône (Haute)	30	1h30	56	3	/	28
Saône-et-Loire	52	3h00	116	10	1	50
Sarthe	35	3h00	117	7	/	33
Savoie	29	2h00	65	3	/	29
Savoie (Haute)	30	2h30	88	6	/	28
Seine	82	3h30	135	6	16	42
Seine-et-Marne	32	3h00	99	2	1	29

Seine-et-Oise	37	4h00	150	13	9	37		
Seine-Inférieure	57	3h30	162	18	7	55		
Sèvres (Deux-)	33	2h00	90	7	/	31		
Somme	43	3h00	120	13	2	41		
Tarn	37	2h15	65	4	/	36		
Tarn-et-Garonne	26	1h00	53	/	/	24		
Var	32	2h00	61	3	/	30		
Vaucluse	24	2h10	72	2	/	22		
Vendée	32	2h45	141	13	/	30		
Vienne	33	2h08	86	3	/	31		
Vienne (Haute-)	33	2h00	115	7	1	29		
Vosges	31	2h45	100	10	5	29		
Yonne	39	1h45	60	/	/	37		
Totaux et moyennes	2966	2h18	93	472	114		2	913

Compte-rendu sur le recrutement, classe de 1916 (1915)

Départements	Total des séances	Durée moyenne des séances	Nombre moyen d'hommes examinés par séance	Nombre de cantons où deux médecins ont été employés pour la visite	Nombre de cantons où trois médecins ont été employés	Nombre de cantons où le conseil de révision ne s'est pas rendu
Ain	38	2h30	71	/	/	
Aisne	11	2h30	100	12	/	25
Allier	31	2h00	107	27	2	
Alpes (Basses)	32	1h	28	/	/	
Alpes (Hautes)	25	1h15	71	/	/	8
Alpes-Maritimes	29	2h00	62	1	2	
Ardèche	33	3h	94	30	1	
Ardennes (Département envahi)	/	/	/	/	/	
Ariège	22	2h00	70	/	/	
Aube	29	2h30	69	29	/	10
Aude	33	2h00	62	30	/	22
Aveyron	45	2h00	75	4	/	
Bouches-du-Rhône	36	2h30	133	13	20	
Calvados	38	2h30	90	2	/	
Cantal	20	2h30	79	1	/	
Charente	29	2h30	85	29	/	
Charente Inférieure	42	1h45	79	38	/	14
Cher	32	3h00	86	2	/	
Corrèze	33	2h15	87	32	/	2
Corse	31	2h00	60	/	/	
Côte d'Or	19	2h15	137	31	6	20
Côte du Nord	51	3h00	100	37	/	
Creuse	25	2h00	96	2	/	
Dordogne	50	2h30	75	47	/	
Doubs	29	2h45	91	/	/	
Drôme	31	1h25	76	2	1	
Eure	35	3h00	70	1	/	
Eure-et-Loir	26	2h00	83	6	/	
Finistère	43	3h00	155	10	31	
Gard	42	2h00	60	/	40	
Garonne (Haute)	41	1h25	72	5	/	
Gers	31	1h45	50	/	/	
Gironde	52	2h30	130	20	10	5
Hérault	38	2h00	80	36	/	13
Ille-et-Vilaine	44	2h00	120	39	4	
Indre	23	3h00	106	22	1	

Indre-et-Loire	25	3h00	114	6	3	
Isère	47	2h30	97	7	/	
Jura	35	2h00	58	/	/	
Landes	30	1h45	86	28	/	
Loir-et-Cher	24	2h00	84	/	/	
Loire	32	3h30	180	29	2	
Loire (Haute)	30	2h30	90	28	/	
Loire Inférieure	45	2h30	125	13	33	4
Loiret	31	2h00	89	8	/	
Lot	31	1h45	40	/	/	
Lot-et-Garonne	35	1h15	51	1	/	
Lozère	14	1h30	51	6	/	10
Maine-et-Loire	37	2h00	106	17	2	
Manche	48	2h30	87	/	/	
Marne	32	2h30	98	11	/	5
Marne (Haute)	30	2h00	57	2	/	
Mayenne	26	2h00	80	23	/	6
Meurthe-et-Moselle	21	2h00	99	7	4	10
Meuse	17	2h30	150	15	/	11
Morbihan	37	2h00	135	37	/	
Nièvre	27	3h00	105	13	1	53
Nord	18	2h00	22	/	15	6
Oise	33	2h30	109	6	1	
Orne	36	2h25	60	6	/	
Pas-de-Calais	33	3h00	265	32	1	15
Puy-de-Dôme	32	3h00	90	14	1	19
Pyrénées (Basses)	43	2h30	84	41	/	
Pyrénées (Hautes)	28	1h30	54	26	/	1
Pyrénées-Orientales	19	2h00	72	5	/	1
Rhin (Haut) (arrondissement de Belfort)	8	3h00	83	/	/	
Rhône	32	1h50	169	24	7	
Saône (Haute)	30	1h30	64	/	/	
Saône-et-Loire	49	2h15	100	42	8	
Sarthe	36	2h30	90	17	/	
Savoie	17	2h00	116	8	/	12
Savoie (Haute)	30	2h30	73	/	/	
Seine	49	4h30	745	/	42	
Seine-et-Marne	57	1h40	92	3	/	
Seine-et-Oise	31	4h00	140	37	/	
Seine-Inférieure	37	3h30	140	32	15	
Sèvres (Deux-)	33	2h00	85	/	/	
Somme	33	2h30	114	2	31	12
Tarn	36	2h00	70	4	/	3

Tarn-et-Garonne	26	0h45	48	1	/	7
Var	32	2h00	52	6	/	7
Vaucluse	24	2h00	70	2	/	
Vendée	29	2h15	122	26	4	1
Vienne	33	2h00	77	2	/	
Vienne (Haute-)	30	2h00	150	29	/	
Vosges	31	2h45	106	21	8	
Yonne	39	1h20	67	/	/	
Totaux et moyennes	2786	2h15	99	1146	296	302

Compte-rendu sur le recrutement, classe de 1917 (1915)

Départements	Total des séances	Durée moyenne des séances	Nombre moyen d'hommes examinés par séance	Nombre de cantons où deux médecins ont été employés pour la visite	Nombre de cantons où trois médecins ont été employés	Nombre de cantons dont se compose le département	Nombre de cantons dans lesquels le conseil de révision ne s'est pas déplacé
Ain	37	2h30	91	/	/	36	
Aisne	11	2h30	80	12	/	37	25
Allier	31	3h00	150	14	15	29	
Alpes (Basses)	32	1h00	27	/	/	30	
Alpes (Hautes)	25	1h30	46	6	/	24	
Alpes-Maritimes	29	2h00	76	3	3	27	
Ardèche	33	3h00	135	28	3	31	
Ardennes (Département envahi)	/	/	/	/	/	/	
Ariège	22	2h00	80	17	/	20	
Aube	29	3h00	86	29	/	26	
Aude	30	2h30	96	9	/	31	
Aveyron	43	2h00	76	18	/	43	
Bouches-du-Rhône	35	3h00	172	15	18	33	
Calvados	40	3h00	103	2	/	38	
Cantal	23	2h30	98	19	1	23	
Charente	29	2h30	90	29	/	29	
Charente Inférieure	42	1h45	106	40	/	40	
Cher	33	4h00	112	8	/	29	
Corrèze	31	2h30	118	29	/	29	
Corse	64	2h00	40	2	/	62	
Côte d'Or	39	2h15	65	36	/	37	
Côte du Nord	51	3h00	125	48	/	48	
Creuse	25	2h00	89	2	/	25	
Dordogne	47	3h00	99	47	/	47	
Doubs	29	3h00	91	1	/	27	
Drôme	31	1h10	71	5	4	29	
Eure	38	2h00	81	12	/	36	
Eure-et-Loir	26	2h30	85	17	5	24	
Finistère	43	3h00	193	10	33	43	
Gard	42	2h00	60	14	1	40	
Garonne (Haute)	41	2h30	83	2	3	39	
Gers	31	2h40	83	29	/	29	
Gironde	57	2h30	215	34	23	50	

Hérault	38	3h30	136	31	5	36	
Ille-et-Vilaine	46	3h30	167	2	/	43	
Indre	23	3h30	157	10	2	23	
Indre-et-Loire	25	3h30	134	13	1	24	
Isère	47	3h00	124	20	3	45	
Jura	34	2h00	72	/	/	32	
Landes	30	2h00	97	28	/	28	
Loir-et-Cher	24	2h30	114	12	/	24	
Loire	33	4h30	210	16	15	31	
Loire (Haute)	30	3h00	122	14	14	28	
Loire Inférieure	48	2h45	140	25	21	46	
Loiret	33	2h00	114	17	/	31	
Lot	31	2h00	50	/	/	29	
Lot-et-Garonne	37	1h45	79	4	/	35	
Lozère	24	1h50	65	1	/	24	
Maine-et-Loire	37	2h45	142	19	2	34	
Manche	48	2h45	112	42	6	48	
Marne	32	2h30	90	26	/	33	5
Marne (Haute)	30	2h30	58	8	2	28	
Mayenne	30	3h00	124	23	3	27	10
Meurthe-et-Moselle	21	2h00	125	17	4	29	18
Meuse	10	2h00	173	10	/	28	
Morbihan	39	2h30	173	37	/	37	
Nièvre	28	3h00	137	13	1	25	
Nord	20	3h00	150	1	14	68	53
Oise	33	2h30	126	8	24	35	6
Orne	31	2h45	82	6	/	36	
Pas-de-Calais	34	3h50	304	/	34	46	14
Puy-de-Dôme	36	3h00	90	35	7	50	15
Pyrénées (Basses)	43	2h00	75	/	/	41	
Pyrénées (Hautes)	28	1h30	57	25	/	26	
Pyrénées-Orientales	19	2h30	80	4	/	17	
Rhin (Haut) (arrondissement de Belfort)	8	3h00	98	/	/	5	
Rhône	37	2h45	159	17	10	28	
Saône (Haute)	30	1h30	65	7	/	28	
Saône-et-Loire	50	2h45	130	30	20	50	
Sarthe	36	3h00	125	28	3	33	
Savoie	29	2h00	101	6	/	29	
Savoie (Haute)	30	2h30	98	/	/	28	
Seine	85	4h15	617	/	42	42	
Seine-et-Marne	31	2h40	104	16	2	29	
Seine-et-Oise	40	4h00	153	/	37	37	

Seine-Inférieure	56	3h30	199	36	/	55	
Sèvres (Deux-)	33	2h00	85	24	/	31	
Somme	33	3h00	125	1	32	41	11
Tarn	36	2h00	91	6	/	36	
Tarn-et-Garonne	26	0h45	45	2	/	24	
Var	32	2h00	67	6	/	30	
Vaucluse	24	1h45	70	6	/	22	
Vendée	33	3h00	125	24	6	30	
Vienne	33	2h50	116	17	2	31	
Vienne (Haute-)	30	2h00	116	29	/	29	
Vosges	31	2h45	109	19	10	29	
Yonne	39	1h45	69	29	/	37	
Totaux et moyennes	2923	2h42	115	1307	431	2882	157

Compte-rendu sur le recrutement, classe de 1918 (1917)

Départements	Total des séances	Durée moyenne des séances	Nombre moyen d'hommes examinés par séance	Nombre de cantons où deux médecins ont été employés pour la visite	Nombre de cantons où trois médecins ont été employés	Nombre de cantons dont se compose le département	Nombre de cantons où le conseil de révision ne s'est pas déplacé
Ain	38	2h30	75	36	/	36	
Aisne	11	1h30	65	12	/	37	25
Allier	31	2h00	102	29	/	29	
Alpes (Basses)	32	1h00	27	30	/	30	5
Alpes (Hautes)	25	1h20	32	24	/	24	5
Alpes-Maritimes	29	3h00	54	25	2	27	
Ardèche	33	3h00	86	30	1	31	
Ardennes (Département envahi)	/	/	/	/	/	31	31
Ariège	20	2h00	58	20	/	20	
Aube	29	3h00	51	26	/	26	
Aude	33	3h20	70	28	3	31	
Aveyron	43	3h00	69	41	2	43	
Bouches-du-Rhône	35	3h00	146	15	18	33	
Calvados	40	2h00	84	38	/	38	
Cantal	23	2h00	70	23	/	23	
Charente	30	2h00	77	29	/	29	
Charente Inférieure	42	1h45	100	40	/	40	
Cher	29	3h00	88	27	2	29	
Corrèze	32	2h10	78	29	/	29	
Corse	63	1h00	27	1	/	62	
Côte d'Or	39	2h00	60	13	/	37	
Côte du Nord	51	3h00	120	48	/	48	
Creuse	25	2h30	80	25	/	25	
Dordogne	50	3h00	60	47	/	47	
Doubs	29	2h10	90	25	2	27	
Drôme	29	1h30	72	28	1	29	
Eure	38	2h00	64	36	/	36	
Eure-et-Loir	26	2h30	83	24	/	24	
Finistère	45	3h30	130	42	/	43	
Gard	42	2h00	60	40	/	40	
Garonne (Haute)	41	2h10	65	2	4	39	
Gers	31	1h20	46	29	/	29	
Gironde	52	2h30	180	50	/	50	
Hérault	38	2h00	140	26	10	36	3

Ille-et-Vilaine	46	2h00	99	43	/	43	
Indre	23	3h00	100	21	2	23	
Indre-et-Loire	26	2h00	88	24	/	24	
Isère	47	3h00	93	44	1	45	
Jura	34	2h00	86	32	/	32	
Landes	30	1h30	79	28	/	28	
Loir-et-Cher	24	2h30	77	24	/	24	
Loire	33	3h00	166	19	12	31	
Loire (Haute)	28	2h00	86	8	20	28	
Loire Inférieure	48	2h30	107	41	5	46	
Loiret	33	2h00	79	27	4	31	
Lot	31	1h30	38	4		29	
Lot-et-Garonne	37	1h15	49	34	1	35	
Lozère	24	1h50	43	/	24	24	5
Maine-et-Loire	37	2h15	98	33	1	34	
Manche	48	2h43	86	48	/	48	
Marne	30	2h30	72	24	6	33	
Marne (Haute)	30	2h00	50	28	/	28	
Mayenne	28	2h00	85	24	3	27	
Meurthe-et-Moselle	21	2h00	115	7	3	29	10
Meuse	18	1h45	70	15	/	28	13
Morbihan	37	2h30	120	37	/	37	
Nièvre	28	3h00	85	24	1	25	
Nord	18	1h30	124	1	14	68	53
Oise	37	2h00	71	13	24	35	6
Orne	39	1h55	124	2	1	36	
Pas-de-Calais	34	3h15	227	/	34	46	14
Puy-de-Dôme	51	2h30	70	50	/	50	
Pyrénées (Basses)	42	2h00	80	41	/	41	
Pyrénées (Hautes)	28	1h30	43	26	/	26	
Pyrénées-Orientales	17	2h30	93	6	/	17	
Rhin (Haut) (arrondissement de Belfort)	6	3h00	106	5	/	5	
Rhône	33	2h45	154	21	7	28	
Saône (Haute)	30	1h30	58	23	/	28	
Saône-et-Loire	50	2h15	98	46	4	50	
Sarthe	36	2h30	85	7	2	33	
Savoie	29	2h00	61	29	/	29	
Savoie (Haute)	26	2h30	88	26	/	28	2
Seine	72	3h30	433	/	42[1]	42	
Seine-et-Marne	31	1h55	81	29	/	29	

[1] Quatre médecins ont été simultanément employés pour l'examen des jeunes gens des divers arrondissements de Paris.

Seine-et-Oise	42	3h30	200	/	37	37	
Seine-Inférieure	57	4h00	125	44	11	55	
Sèvres (Deux-)	33	2h00	82	31	/	31	
Somme	34	2h15	100	/	34	41	12
Tarn	36	2h10	59	30	6	36	
Tarn-et-Garonne	26	0h45	48	24	/	24	
Var	30	2h00	62	6	/	30	
Vaucluse	24	1h45	63	22	/	22	
Vendée	33	2h30	103	30	/	30	1
Vienne	34	1h35	71	30	1	31	
Vienne (Haute-)	30	2h00	100	29	/	29	
Vosges	31	2h45	101	29	/	29	
Yonne	39	1h15	62	37	/	37	
Totaux et moyennes	2993	2h15	89	2164	345	2882	190

Départements	Total des séances	Durée moyenne des séances	Nombre moyen d'hommes visités par séance	Nombre de cantons où deux médecins ont été employés pour la visite	Nombre de cantons où trois médecins ont été employés	Nombre de cantons dont se compose le département	Nombre de cantons dans lesquels le conseil de révision ne s'est pas déplacé
Ain	38	2h30	69	36	/	36	
Aisne	18	2h00	70	16	/	37	21
Allier	34	2h00	107	27	2	29	
Alpes (Basses)	32	1h00	27	30	/	30	
Alpes (Hautes)	24	1h00	30	24	/	24	9
Alpes-Maritimes	31	2h00	83	27	/	27	
Ardèche	33	3h00	88	31	/	31	
Ardennes (département envahi)	/	/	/	/	/	31	31
Ariège	22	2h00	60	20	/	20	
Aube	29	3h00	50	26	/	26	
Aude	31	2h00	85	31	/	31	
Aveyron	43	3h00	64	43	/	43	
Bouches-du-Rhône	37	3h00	132	31	2	33	1
Calvados	38	2h45	75	/	38	38	
Cantal	23	2h00	70	23	/	23	
Charente	30	2h00	84	27	2	29	
Charente Inférieure	42	1h45	9à	40	40	40	
Cher	34	3h30	83	/	29	29	
Corrèze	33	2h00	85	29	/	29	
Corse	65	1h00	27	62	/	62	
Côte d'Or	40	2h00	59	37	/	37	
Côte du Nord	53	3h00	118	//	48	48	
Creuse	25	3h00	81	2	/	25	
Dordogne	52	3h00	63	47	/	47	
Doubs	30	2h30	92	27	/	27	
Drôme	29	2h00	84	29	/	29	
Eure	38	1h30	76	/	36	36	
Eure-et-Loir	26	2h30	82	9	/	24	
Finistère	43	4h00	185	42	/	43	1
Gard	42	2h00	60	40	/	40	
Garonne (Haute)	41	2h00	69	35	4	39	
Gers	31	1h40	44	2	/	29	

Gironde	55	3h00	175	50	/	50	
Hérault	38	2h30	125	36	6	36	
Ille-et-Vilaine	47	2h00	112	43	/	43	
Indre	23	3h00	97	21	2	23	
Indre-et-Loire	26	2h30	135	21	3	24	
Isère	47	2h00	94	45	/	45	
Jura	34	2h00	54	32	/	32	
Landes	30	1h30	48	28	/	28	
Loir-et-Cher	24	2h30	81	24	/	24	
Loire	40	3h00	120	31	/	31	
Loire (Haute)	28	2h15	96	28	/	28	
Loire Inférieure	46	2h30	110	24	22	46	
Loiret	33	2h00	83	9	22	31	
Lot	31	1h30	37	29	/	29	
Lot-et-Garonne	35	1h20	49	34	1	35	
Lozère	24	2h00	44	24	/	24	
Maine-et-Loire	37	2h45	130	34	/	34	
Manche	48	2h45	80	38	/	48	
Marne	30	2h15	78	22	/	33	5
Marne (Haute)	31	2h30	48	28	/	28	
Mayenne	27	2h00	86	27	/	27	
Meurthe-et-Moselle	21	2h00	105	19	/	29	10
Meuse	17	1h45	60	28	/	28	12
Morbihan	38	2h30	119	37	/	37	
Nièvre	30	3h00	79	25	/	25	
Nord	18	2h00	120	68	/	68	53
Oise	39	2h30	66	35	/	35	
Orne	38	1h45	59	36	/	36	
Pas-de-Calais	42	3h30	178	34	/	46	14
Puy-de-Dôme	29	3h00	70	27	2	50	23
Pyrénées (Basses)	42	2h30	90	41	/	41	
Pyrénées (Hautes)	31	1h30	42	26	/	26	
Pyrénées-Orientales	19	2h30	77	2	/	17	
Rhin (Haut) (arrondissement de Belfort)	7	3h00	93	5	/	5	
Rhône	33	3h00	163	16	12	28	
Saône (Haute)	30	1h30	55	28	/	28	
Saône-et-Loire	50	2h30	91	47	/	50	
Sarthe	36	2h30	86	33	/	33	
Savoie	32	2h00	59	29	/	29	
Savoie (Haute)	30	2h30	94	28	/	28	
Seine	84	3h00	400	/	42	42	40
Seine-et-Marne	31	2h00	80	29	/	29	

Seine-et-Oise	52	3h30	220	/	37	37	
Seine-Inférieure	57	4h00	125	55	/	55	
Sèvres (Deux-)	33	2h00	80	31	/	31	
Somme	41	2h15	80	41	/	41	4
Tarn	38	2h00	68	36	/	36	
Tarn-et-Garonne	26	1h00	48	24	/	24	
Var	32	2h00	75	30	/	30	
Vaucluse	24	1h40	62	22	/	22	2
Vendée	37	2h30	102	30	/	30	2
Vienne	35	1h45	83	29	2	31	
Vienne (Haute-)	33	2h00	100	29	/	29	
Vosges	31	2h45	106	29	/	29	
Yonne	39	2h00	57	37	/	37	
Totaux et moyennes	2996	2h15	88	2417	352	2 913	228

Départements	Total des séances	Durée moyenne des séances	Nombre moyen d'hommes visités par séance	Nombre de cantons où deux médecins ont été employés pour la visite	Nombre de cantons où trois médecins ont été employés	Nombre de cantons dont se compose le département	Nombre de cantons dans lesquels les conseils de révision ne se sont pas transportés pour les opérations relatives à la formation du contingent
Ain	38	2h30	68	36	/	36	
Aisne	12	2h00	70	10	/	37	27
Allier	34	2h30	123	27	2	29	
Alpes (Basses)	32	1h00	28	30	/	30	
Alpes (Hautes)	24	1h00	35	24	/	24	
Alpes-Maritimes	29	2h00	78	27	/	27	
Ardèche	33	3h00	83	31	/	31	
Ardennes (département envahi)	/	/	/	/	/	31	31
Ariège	22	2h20	60	20	/	20	
Aube	28	2h00	59	26	/	26	
Aude	31	1h15	129	31	/	31	
Aveyron	43	3h00	72	43	/	43	
Bouches-du-Rhône	33	3h00	140	32	/	33	1
Calvados	38	2h30	75	37	1	38	
Cantal	23	2h00	79	23	/	23	
Charente	30	2h00	81	29	/	29	
Charente Inférieure	42	1h45	90	40	/	40	
Cher	33	3h30	85	29	/	29	
Corrèze	33	2h00	84	29	/	29	
Corse	64	1h00	30	62	/	62	
Côte d'Or	40	2h00	66	37	/	37	
Côte du Nord	53	3h00	95	//	48	48	
Creuse	25	3h00	75	2	/	25	
Dordogne	49	3h00	65	47	/	47	
Doubs	30	2h00	92	27	/	27	
Drôme	30	1h55	115	29	/	29	
Eure	38	1h30	70	36	/	36	
Eure-et-Loir	26	2h30	85	24	/	24	
Finistère	43	4h00	201	43	/	43	
Gard	42	2h00	60	40	/	40	

Garonne (Haute)	41	1h25	75	39	/	39	
Gers	31	1h30	45	2	/	29	
Gironde	53	2h45	125	50	/	50	
Hérault	38	2h30	85	36	6	36	
Ille-et-Vilaine	47	1h50	110	43	/	43	
Indre	24	3h00	98	23	/	23	
Indre-et-Loire	26	2h15	108	24	/	24	
Isère	46	2h00	80	45	/	45	
Jura	34	2h00	32	32	/	32	
Landes	30	1h30	77	28	/	28	
Loir-et-Cher	24	2h30	79	24	/	24	
Loire	39	3h00	120	31	/	31	
Loire (Haute)	28	2h00	143	28	/	28	
Loire Inférieure	48	2h30	114	26	20	46	
Loiret	33	2h00	85	27	6	31	
Lot	31	1h45	42	2	/	29	
Lot-et-Garonne	38	1h30	49	32	2	35	
Lozère	24	1h45	48	24	/	24	
Maine-et-Loire	37	3h00	144	34	/	34	
Manche	48	2h45	100	48	/	48	
Marne	24	2h00	66	22	/	33	22
Marne (Haute)	30	2h30	49	28	/	28	
Mayenne	30	2h00	85	27	/	27	
Meurthe-et-Moselle	21	2h00	103	19	/	29	10
Meuse	18	1h45	46	28	/	28	11
Morbihan	40	2h30	123	37	/	37	
Nièvre	27	3h00	82	/	25	25	
Nord	11	2h00	120	68	/	68	57
Oise	32	2h45	69	32	/	35	7
Orne	38	1h50	58	36	/	36	
Pas-de-Calais	35	3h20	226	33	/	46	15
Puy-de-Dôme	31	3h00	70	29	2	50	21
Pyrénées (Basses)	32	2h45	95	41	/	41	
Pyrénées (Hautes)	29	1h20	48	26	/	26	
Pyrénées-Orientales	19	2h30	90	17	/	17	
Rhin (Haut) (arrondissement de Belfort)	6	3h00	100	5	/	5	
Rhône	32	2h45	172	21	7	28	
Saône (Haute)	30	1h30	60	28	/	28	
Saône-et-Loire	50	2h30	97	15	/	50	
Sarthe	36	2h30	97	33	/	33	
Savoie	32	2h00	64	29	/	29	
Savoie (Haute)	30	2h30	81	28	/	28	

Seine	84	3h00	330	/	42	42	40
Seine-et-Marne	31	2h00	150	29	/	29	
Seine-et-Oise	52	3h30	200	/	37	37	
Seine-Inférieure	58	4h00	125	55	/	55	
Sèvres (Deux-)	33	2h00	80	31	/	31	
Somme	49	2h30	90	12	3	41	
Tarn	38	2h00	133	36	/	36	
Tarn-et-Garonne	26	1h00	50	24	/	24	
Var	32	2h00	70	25	5	30	
Vaucluse	24	1h35	63	22	/	22	
Vendée	33	2h40	118	30	/	30	2
Vienne	34	1h35	80	31	/	31	
Vienne (Haute-)	30	2h00	100	29	/	29	
Vosges	31	2h45	105	29	/	29	
Yonne	39	1h20	56	37	/	37	
Totaux et moyennes	2945	2h15	7903	2451	241	2 913	244

Source : *Comptes-rendus sur le recrutement*

Annexe 9

Aptitudes particulières aux différentes armes (1914)

« Les jeunes gens déclarés propres au service actif sont répartis par les commandants de recrutement dans les différentes armes, suivant leurs aptitudes physiques et professionnelles, conformément aux fixations déterminées chaque année par une instruction ministérielle.
Les principales conditions physiques nécessaires à certaines armes sont : la taille, l'aptitude à la marche, à l'équitation, aux manœuvres de force. La première de ces aptitudes, fixée pour certaines armes, se constate à l'aide d'une toise ; la détermination des autres est plus complexe et rentre dans la compétence spéciale du médecin militaire. En conséquence, celui-ci donne son avis sur l'aptitude physique au conseil de révision et dans les bureaux de recrutement, avant l'incorporation. Il donne également son avis après l'incorporation devant les chefs de corps ou devant les commissions départementales, lorsque ces dernières ont à statuer sur des changements d'arme.
Pour la répartition des jeunes soldats entre les différentes armes ou services, les commandants de recrutement se baseront, d'après les indications données par les médecins, sur les conditions générales d'aptitude suivantes :

Aéronautique.

L'aptitude au pilotage des appareil (*sic*) d'aviation comporte :
1° Une acuité visuelle normale pour les deux yeux et pour chaque œil (aucune correction par les verres n'étant admise) ;
2° Un champ binoculaire normal, l'aptitude à distinguer nettement le vert du rouge et à reconnaître les couleurs principales ;
3° Une acuité auditive normale avec état d'intégrité de l'oreille moyenne et interne ;
4° Un état d'intégrité absolue des organes de la respiration et de la circulation ;
Ces conditions particulières sont indépendantes des conditions générales d'aptitude physique au service militaire.
Ces conditions d'aptitude physique sont requises avec moins de rigueur pour les candidats aux emplois de pilotes des *dirigeables* et pour les *aéronautes*.

Infanterie.

L'aptitude à l'infanterie comporte :
1° L'aptitude à la marche qui nécessite la bonne conformation et le bon fonctionnement des membres inférieurs ;
2° L'aptitude à porter le fusil, les munitions et l'équipement, aptitude qui exige une grande vigueur ;
3° Une acuité visuelle se rapprochant autant que possible de la normale, au moins pour l'un des yeux ;

Cavalerie.

L'aptitude à la cavalerie comporte :
1° L'aptitude physique à l'équitation, qui demande plus de souplesse que de vigueur et une longueur suffisante des membres inférieurs ; la conformation des jambes et celle des pieds peuvent d'ailleurs n'être pas irréprochables ;

2° Une acuité visuelle se rapprochant autant que possible de la normale, au moins pour l'un des yeux, et un champ visuel assez étendu ;
Abstraction faite de la taille, le poids maximum est de 75 kilogr. pour les cuirassiers, de 70 kilogr. pour les dragons et de 65 kilogr. pour la cavalerie légère.

Artillerie.

L'aptitude à l'artillerie comporte
Pour les hommes affectés à l'artillerie à pied ou aux batteries de montagne, et pour les servants des batteries montées :
1° L'aptitude à la marche, qui nécessite la bonne conformation des membres inférieurs ;
2° L'aptitude aux manœuvres de force.
Pour les conducteurs des batteries montées et pour les conducteurs servants des batteries à cheval :
1° L'aptitude à l'équitation comme pour la cavalerie ;
2° L'aptitude aux manœuvres de force.
Pour tous les canonniers servants :
Une acuité visuelle se rapprochant autant que possible de la normale, au moins pour l'un des yeux.

Génie.

L'aptitude au service du génie comporte :
Pour les hommes à pied (sapeurs-mineurs, sapeurs-aérostiers, sapeurs du régiment de chemin de fer, sapeurs-télégraphistes) :
1° L'aptitude physique nécessaire à l'infanterie, surtout au point de vue de la marche ;
2° L'aptitude aux manœuvres de force ;
3° L'aptitude à distinguer nettement le vert du rouge pour les hommes du régiment de chemin de fer, les pontonniers et les télégraphistes.
Pour les conducteurs
1° L'aptitude à l'équitation, comme, pour la cavalerie ;
2° L'aptitude aux manœuvres de force.

Sapeurs-pompiers.

L'aptitude au service dans le régiment des sapeurs-pompiers comporte :
1° Une constitution très robuste, l'intégrité absolue des organes de la respiration et de la circulation, l'absence de tendance aux varices et à la dilatation des anneaux inguinaux ;
2° Une aptitude particulière aux manœuvres de force et aux exercices gymnastiques ;
3° L'acuité visuelle remplissant les conditions définies à l'article 77, mais sans correction par les verres.

Gendarmerie et garde républicaine.

Les candidats doivent être l'objet d'un examen très attentif. Le service de l'arme étant particulièrement pénible, on ne doit proposer pour la gendarmerie ou la garde républicaine que des hommes non seulement aptes au service armé, mais absolument robustes et ne présentant aucun signe de déchéance ou d'affaiblissement, et plus spécialement, aucune menace d'imminence de tuberculose.

Train des équipages militaires.

L'aptitude au train des équipages militaires comporte pour les conducteurs de mulets de bât :
1° L'aptitude à la marche ;
2° L'aptitude aux manœuvres de force.
Les autres cavaliers du train doivent posséder l'aptitude physique à l'équitation.
Toutefois, les commissions de réforme peuvent proposer l'affectation au train des équipages militaires d'hommes présentant une aptitude restreinte à la marche et à l'équitation. Ces sujets sont utilisés comme conducteurs en guides.

Artificiers, ouvriers d'artillerie et d'administration, infirmiers militaires.

Pour les ouvriers d'artillerie et les artificiers, pour les commis et ouvriers militaires d'administration et les infirmiers militaires, il y a lieu de tenir compte surtout des aptitudes professionnelles. En outre, les infirmiers devront être choisis parmi les hommes vigoureux. On pourra se montrer moins sévère en ce qui concerne certaines défectuosités physiques qui ne seraient pas compatibles avec le service de l'infanterie, de la cavalerie et de l'artillerie.

Source : Ministère de la guerre, Bulletin officiel n°68 bis, *Recrutement de l'armée : instruction sur l'aptitude physique au service militaire*, Paris, H. Charles-Lavauzelle, volume mis à jour à la date du 15 septembre 1914, p. 49-51.

ANNEXES DU CHAPITRE 2

Annexe 10

Itinéraire du conseil de révision de la classe 1917 dans le Pas-de-Calais (1915)

République Française. — Département du Pas-de-Calais

RECRUTEMENT

ITINÉRAIRE DU CONSEIL DE RÉVISION

De la CLASSE 1917

Des Ajournés des Classes 1913, 1914 et 1915 et des Hommes Réformés N° 2 ou temporairement pour la 1re fois pendant la période du 2 Août au 31 Décembre 1914

Le PREFET du Pas-de-Calais, Officier de la Légion d'honneur,

Vu la loi du 21 Mars 1905 sur le recrutement de l'armée, modifiée par celle du 7 Août 1913 ;
Vu la loi du 6 Avril 1915 ;
Vu l'arrêté de M. le Ministre de la Guerre en date du 9 Avril 1915, portant que les opérations du Conseil de Révision, pour la formation de la Classe 1917 commenceront le 6 Mai 1915, et se termineront le 14 Juillet suivant :
Vu les instructions des 20 Octobre et 29 Décembre 1905 ;

ARRÊTE :

ARTICLE 1er. — Les opérations du Conseil de Révision du Pas-de-Calais pour la formation de la Classe de 1917 auront lieu aux jours et heures ci-après déterminés :

JOURS DES OPÉRATIONS	HEURES de la RÉVISION	CANTONS A REVISER	LIEUX des Opérations
Jeudi 6 Mai 1915	9 h. 1/2	Montreuil-sur-Mer	Mairie
Vendredi 7 id.	9 h. 1/2	Hesdin	id.
id. 7 id.	15 heures	Campagne-les-Hesdin	id.
Samedi 8 id.	9 h. 1/2	Hucqueliers	id.
id. 8 id.	14 h. 1/2	Fruges	id.
Lundi 10 id.	9 h. 1/2	Etaples	id.
Vendredi 14 id.	8 h. 1/2	Marquise	id.
id. 14 id.	14 heures	Guines	id.
Samedi 15 id.	9 h. 1/2	Audruicq	id.
id. 15 id.	15 heures	Ardres	id.
Jeudi 20 id.	9 heures	Fauquembergues	id.
id. 20 id.	15 heures	Saint-Omer (Sud)	id.
Vendredi 21 id.	9 h. 1/2	Aire	id.
id. 21 id.	14 heures	Lillers	id.
Samedi 22 id.	9 heures	Norrent-Fontes	id.
Jeudi 27 id.	9 h. 1/2	Samer	id.
id. 27 id.	14 h. 1/2	Desvres	id.
Vendredi 28 id.	9 h. 1/2	Heuchin	id.
Vendredi 28 id.	14 heures	Saint-Pol	id.
Samedi 29 id.	10 heures	Aubigny-en-Artois	id.
id. 29 id.	14 heures	Avesnes-le-Comte	id.
Lundi 7 Juin 1915	9 h. 1/2	Lumbres	Mairie
id. 7 id.	15 heures	Saint-Omer (Nord)	id.
Mardi 8 id.	9 heures	Béthune	id.
Mercredi 9 id.	9 heures	Houdain	id.
Jeudi 10 id.			
Mercredi 16 id.	9 heures	Boulogne (Nord)	id.
Jeudi 17 id.	9 heures	Boulogne (Sud)	id.
Lundi 21 id.	9 heures	Calais (Nord)	Justice de Paix
Mardi 22 id.	10 heures	Auxi-le-Château	Mairie
id. 22 id.	15 heures	Le Parcq	id.
Lundi 28 id.	8 h. 1/2	Calais (Sud)	id.
Mercredi 30 id.	11 heures	Communes non envahies des cantons d'Arras (Nord) Arras (Sud) et Vimy	Mairie d'Aubigny-en-Artois
Jeudi 1er Juillet 1915	10 heures	Communes non envahies des cantons de Beaumetz-les-Loges et Pas-en-Artois	Mairie de Pas-en-Artois
Vendredi 2 id.	10 heures	Communes non envahies des cantons de Cambrin, Lens (Ouest) et Laventie	Mairie de Béthune
Samedi 24 id.	10 heures	Clôture des Listes	Mairie de Boulogne

ARTICLE 2. — MM. les Sous-Préfets et Maires du département sont chargés, chacun en ce qui le concerne, d'assurer l'exécution du présent arrêté, qui sera publié et affiché dans les 24 heures de sa réception.

Arras, le 22 Avril 1915.

Le Préfet du Pas-de-Calais,

L. BRIENS.

BOULOGNE-SUR-MER. IMP. DU BOULONNAIS.

Source : Affiches de la médiathèque et des Archives municipales de Roubaix, Fonds Ducourant, Médiathèque de Roubaix. 22 avril 1915 – Cote physique : A1b49 – Cote : AFF_001_B_1_049 – Léon Briens (préfet du Pas-de-Calais), 64 x 48 cm.

Annexe 11

Règles de l'examen des recrues, Grande-Bretagne (1915)

« Rules for the Inspection of Recruits

15. *Principal Points in Medical Examination of Recruits*.
– In the inspection of recruits, the principal points to be attended to are –

That the recruit is sufficiently intelligent.
That his vision, with either eye, is up to the required standard.
That his hearing is good.
That his speech is without impediment.
That he has no glandular swellings.
That his chest is capacious and well formed, and that his heart and lungs are sound.
That he is not ruptured in any degree or form.
That the limbs are well formed and fully developed.
That there is free and perfect motion of all the joints.
That the feet and toes are well formed.
That he has no congenital malformation or defects.
That he does not bear traces of previous acute or chronic disease pointing to an impaired constitution.
That he possesses a sufficient number of sound teeth for efficient mastication ».

Source : Appendix 16 (ii), *Regulations Army Medical Services*.

Annexe 12

Évolution du système de classification britannique des recrues

1) Système « A, B, C, D » (mars 1915)

A. Fit for service at home or abroad
B. Temporarily unfit for service abroad
C. Fit for service at home only
D. Unfit for service at home or abroad

2) Système du Derby Scheme (Décembre 1915)

1. Fitness for general service
2. Fitness for field service at home
3. Fitness for garrison service
    a. Abroad
    b. At home
4. Fitness
    a. For labour, such as road-making, entrenching and other works
    b. For sedentary work, such as clerical work
5. Unfitness for any military service

3) Système "A, B, C, D, E" (Army Council Instructions, Mai 1916)

(A) Fit for general service,
(B) Fit for service abroad,
(C) For service at home only,
(D) Temporarily unfit for service in A, B, C, but likely to become fit in six months,
(E) Unfit for service in A, B, C, and not likely to become fit in six months; or awaiting discharge or reclassification.

1) Category A. Men fit for general service, *ie*, able to march, see to shoot, hear well, and stand active service conditions	i. Men fit for despatch overseas in all respects as regards training and physical and mental qualifications
	ii. Recruits who should be fit for category Ai when trained
	iii. Men returned sick or wounded from an expeditionary force who should be fit for Ai when hardened
	iv. Recruits under 19 years of age
2) Category B – Fit for service abroad, but not for general service; *ie*, free from serious organic disease, and able to stand service conditions on lines of communication in France or in garrisons in the Tropics	i. In garrison or provisional units
	ii. In labour units, or in garrison or regimental outdoor employment

	iii. On sedentary work as clerks and storemen only
3) Category C – Fit for service at home only; *ie*, free from serious organic disease, but only able to stand service conditions in garrisons at home	i. In garrison or provisional units
	ii. In labour units or regimental outdoor employment
	iii. On sedentary work as clerks, storemen, bat-men, cooks, orderlies, and on sanitary duties
4) Category D – men temporarily unfit for Categories A, B, or C	i. In command depots
	ii. In regimental depots
	iii. In any unit or depot under or awaiting medical or dental treatment

5) Category E – Men unfit for service in categories A, B, or C, and not likely to be fit within six months.

4) Système en quatre échelons introduit par la réforme de 1917

Grade I	Included men who had attained the normal standard of health and strength, and were capable of enduring the amount of physical exertion suitable to their age, and were free from serious organic disease or deformity.	Men in this grade were generally men fit for general service and when handed over to the military authorities, would be placed in Category A of the military administrative classification
Grade II	Able to stand a fair amount of physical strain, likely to improve under training. Men with fair sight and hearing, average muscular development, able, when trained, to march 6 miles with ease.	Would be placed in Category Bi or Ci by the military authorities.
Grade III	Not likely to be suitable to undergo military training for combatant service. Men suffering from defects or disabilities in varying degrees. Men fit for auxiliary military service, either in the form of labour or sedentary occupation, the latter being those who for any reason were unable to walk a distance of 5 miles. Included older men fit for work in camps rather than with moving troops.	Suitable for Bii and Cii, Biii and Ciii when called up for military service.
Grade IV	Men clearly found to be permanently and totally unfit for any form of military service by unanimous decision of the medical board or the medical assessors of an appeal tribunal.	Equivalent to category E of the old recruiting medical boards.

Annexe 13

Procédure d'examen des recrues britanniques (1915)

« **Further Examination for Medical Fitness** – points to be attended:

1. *That the recruit is sufficiently intelligent*. Mental capacity is determined by noting mental characters, such as – Powers of observation or sense of perception; quickness of apprehension; scope of apprehension – that is, the capacity for apprehending complex relations and multiplicity of detail; power of concentration of attention, which may be measured by noting the readiness with which attention is drawn off from the task in hand; capacity for sustained application (that is, perseverance or repeated concentration of attention upon a given task; retentiveness of memory; inventiveness; power of reasoning; confidence in oneself; conscientiousness; industriousness, energy for mental work, etc.

   Defective intelligence will be carefully looked for by such conditions as follow: want of changefulness, vacancy, fixed expression, extreme slowness of celebration, general clumsiness, malformation of the skull (cranium bossed, too large or too small, forehead defective, asymmetry in the cranium), external ear defective in size or form or parts, palate abnormal or defective (arched, V-shaped, too narrow, horseshoe shaped, cleft, etc.); evidence of unteachableness, such as gross ignorance in matters of common knowledge, illiteracy, grinning and over-smiling; features badly proportioned (thicks lips, open mouth, drooped jaw); response in action defective, following a command or imitation; speech defective (stammering, or defect in articulation, or speech indistinct, or not replying to a question); defective hearing.
2. *That vision with either eye is up to the required standard*. "In examining a recruit's vision he will be placed with his back to the light, and his visual acuteness will be tested by means of test-types placed in ordinary daylight at a distance of 6 metres from the recruit.

   Each eye will be tested separately: (1) If a recruit can read D. 24 at 20 feet, or, better, with each eye without glasses, he will be considered 'fit'. (2) if he can read D. 6 at the same distance with the right eye without glasses, and not less than D. 60 with the other eye without glasses, he will be considered 'fit' for the ASC, RAMC, and AOC, and drivers for the RA and RE.

   The only exception to these tests: the Corps of Army Schoolmaster, for which a candidate will be accepted if the vision is good with or without glasses.

   Marked squint, opacity of cornea affecting vision, adhesion of the iris, granular lids, loss of eyelashes, ptosis, and blepharospasm are causes for rejection.
3. That hearing is good […]

   Where operation will cure a defect, it will be required to be performed before the recruit is enlisted.
4. *That his speech is without impediment* […] pronounced stammering and defects of speech are causes for rejection. In this connection the mental capacity of the the recruit should be noted. Examine for cleft palate.
5. *That there are no glandular swelling* […] due to tubercle or syphilis […] Lymphadenoma, Hodgkin's disease, leukaemia, lymphosarcoma. […] Enlargement of the thyroid gland will disqualify.
6. *That the chest is capacious and well formed, and that the heart and lungs are sound.* The chest will be examined by mensuration, as already described, and the maximum girth and the range of expansion noted. These measurements must accord with the age, height, and weight, and come up to the standard laid down in the "test tables".

[…] The heart and lungs are examined by the ordinary methods of inspection, palpation, percussion, auscultation etc.

Cardiac murmurs and disordered action are causes for rejection under present regulations.

A pulse-rate over 100 during rest, or if, after examination, the rate is more than 120 per minute, will be a cause for rejection.

Careful examination of the lungs will be directed to exclude early signs of tubercle and old pleuritic adhesions interfering with the normal expansion of the lungs.

7. *That he is not ruptured in any degree or form*
   A hernia in any form disqualifies. Laxity of the abdominal rings, predisposing to hernia, will also be cause for rejection. […]
8. *The the limbs are well formed and fully developped*
9. *That there is free and perfect motion of all the joints*
10. *That the feet and toes are well formed.* Loss of a finger or toe will exclude if efficiency is affected. Loss of a toe or great toe absolutely disqualifies, as also does a stiff or contracted digit. […] A marked case of hallux valgus, especially if associated with bunion, is a cause for rejection.
    […] Flat foot is a condition which is found to improve under physical training, and may be accepted, if not extreme, if both feet are equally affected, and if there is no inward displacement of bones and no impairment of movement. Flat-foot combined with knock-knee would be a cause for rejection.
11. That there is no congenital malformation or defects, such as undescended testicles or malformations of the urinary or genital organs. Malformation of nose, mouth, ears or others will exclude.
12. That there are no trace of acute or chronic disease pointing to impaired constitutiton. Among the conditions which should be noted as causes for rejection are the following: Syphilis; other diseases of the genital organs; varix; varicocele if severe that is 1) When the mass of veins is so great that it hangs down in front of the testicle, 2) If the cord is elongated so that the testicle hangs at a lower level than normal 3) if there is atrophy reducing the testicle to half the normal size; inveterate skin disease; chronic ulcers, fistula, hæmorrhoids etc.
13. That there is a sufficient number of sound teeth for efficient mastication […]
    Rules – The Rules to be followed in the inspection of recruit are laid down in Appendix 16, Regulations for Army Medical Services. »

Source : BEGGS Samuel Thomas, *The selection of the recruit*, Baillière, Tindall and Cox, Londres, 1915, p. 22-26.

Annexe 14

Procédure d'examen des recrues en France (1905-1915)

« L'homme à examiner devant le conseil de révision doit se présenter entièrement nu. Pendant qu'il s'avance, le médecin juge d'un coup d'œil général s'il présente des défectuosités saillantes dans la conformation ou dans la marche. Il complète cet examen d'ensemble en faisant placer le sujet debout devant lui, les talons rapprochés, les bras pendant sur les côtés du corps, les mains ouvertes et la paume dirigée en avant.
Le médecin passe ensuite successivement à l'examen détaillé des différentes parties du corps, en commençant par la tête et en procédant pour chaque région de l'extérieur à l'intérieur.
Il s'assure par tous les moyens d'investigations :
1° Si le sujet est sain, bien conformé, et si rien ne porte obstacle à la plénitude des mouvements nécessaires à la professions des armes ;
2° Si aucune partie du corps n'est exposée à souffrir du port du vêtement, de l'équipement et des armes ;
3° Si par suite de faiblesse organique, de prédisposition morbide ou de maladie déjà existante, la santé et la vie du sujet ne seraient pas directement compromises par les conditions habituelles du service militaire ; [page 6] On peut pour cet examen recourir à tous les moyens d'exploration exempts d'inconvénients, tels que rubans métriques, bascules, stéthoscopes, optomètres, ophtalmoscopes, otoscopes et autres n'exigeant pas d'action chirurgicale.
L'emploi des mydriatiques, reconnu inoffensif, est autorisé.
L'usage des anesthésiques est interdit.
Les difficultés habituelles du diagnostic médical sont parfois augmentées par des tentatives de fraude, simulations et dissimulations, contre lesquelles la sagacité du médecin doit être en garde. Celui-ci sera très circonspect avant d'exposer le sujet par une accusation de cette nature, à des poursuites judiciaires et aux sévérités de la loi.
La dissimulation de maladie, rare chez les appelés, est plus fréquente chez les engagés volontaires, les rengagés et les commissionnés.
Devant le conseil de révision, dont les opérations sont rapides, il n'est pas toujours possible de résoudre séance tenante, toutes ces questions de diagnostic.
Dans les cas douteux, le médecin peut demander de suspendre son avis, soit jusqu'à la fin de la séance, soit jusqu'à une autre [page 8] séance, afin de lui permettre de procéder à un examen plus approfondi, qui pourra être fait dans un hôpital, ou afin d'attendre les documents d'une enquête, si elle est reconnue nécessaire.
Le conseil a aussi la faculté de renvoyer, à une date ultérieure et avant la clôture de la fin de ses opérations, l'examen des hommes qui sont atteints de maladies ou d'affections dont la guérison est possible dans un laps de temps restreint et en particulier des affections aiguës fébriles.
Un même sujet peut offrir à la fois plusieurs maladies ou infirmités qui, prises isolément, sont compatibles avec les exigences du service militaire, tandis que, réunies, elles peuvent constituer un ensemble assez défectueux pour motiver l'exemption ou la réforme.
Toutes les armes ou services ne nécessitent pas des aptitudes identiques, puisque leurs attributions diffèrent […]. Il appartient à l'autorité militaire de tenir compte de ces conditions, afin de répartir les hommes conformément à leurs aptitudes et aux besoins des diverses armes.
Les conseils de révision sont généralement disposés à accorder l'exemption pour des infirmités visibles ou palpables, quoique souvent légères, ils se montrent plus rigoureux quand il s'agit d'altérations viscérales, dont ne peuvent se rendre compte des personnes étrangères à la médecine. Il appartient alors à l'expert de ne pas se borner à une simple déclaration de ses conclusions, mais de faire apprécier par quelques explications les motifs qui légitiment l'inaptitude du sujet au service militaire. Il expliquera par contre comment une infirmité très

apparente peut être cependant compatible, soit avec le service auxiliaire, soit même avec le service armé.
Lorsque l'homme à examiner au point de vue de l'aptitude militaire est incorporé, la tâche devient plus facile pour le médecin, qui n'est plus dans l'obligation de poser, séance tenante, un diagnostic souvent compliqué.
Le médecin a eu le temps de s'éclairer par des enquêtes, le sujet peut être étudié à loisir, et, s'il est besoin, mis en observation dans un hôpital militaire.
Les instruments nécessaires pour procéder à l'examen médical des hommes dans les bureaux de recrutement et devant les conseils de révision sont délivrés gratuitement comme aux corps de troupe, sur une demande en double expédition adressée par les commandants de recrutement au directeur du service de santé du corps d'armée.
La présente instruction ne saurait être considérée comme un code de prescriptions absolues ; mais les indications qu'elle contient, combinées judicieusement avec les résultats de chaque examen individuel, doivent diriger les médecins et peuvent concourir à éclairer les mb du conseil chargé de statuer.
Les jeunes gens montrent parfois de la répugnance à subir la visite du médecin. Une apparence d'appréhension de la part du sujet doit engager l'expert à procéder à la visite [page 9] avec encore plus de patience, de douceur et de bienveillance que de coutume et avec un redoublement de précautions, afin de mettre les jeunes gens à l'abri d'une curiosité indiscrète et de ménager les légitimes susceptibilités des familles. »

Source : Ministère de la guerre, Bulletin officiel n°68 bis, *Recrutement de l'armée : instruction sur l'aptitude physique au service militaire*, Paris, H. Charles-Lavauzelle, volume arrêté à la date du 15 décembre 1905, p. 5-9

Annexe 15

L'examen dynamique en Grande-Bretagne

Pour l'examen général :

« [The recruit] is directed to walk up and down the room smartly two or three times, to hop across the room on the right foot, and back again on the left.
(*The hops should be short and on upon the toes*)
He is halted, standing upright, with feet apart and his arms extended above his head while the medical examiner walks slowly round him, carefully inspecting the whole surface of his body. »

Pour l'examen des membres supérieurs :

« The following are the directions:
Stretch out your arms with the palm of your hand upwards.
Bend the fingers backwards and forward.
Bend your thumbs across the palm of your hands.
Bend the fingers over your thumbs.
Bend the elbows.
Turn the backs of the hand upwards.
Swing your arms round the shoulders. »

Pour l'examen des membres inférieurs et du dos :

« Stand on one foot, put the other forward.
Bend the ankle-joint and toes of each foot alternately, backwards and forwards.
Kneel down on one knee.
Up again.
Down on the other knee.
Up again.
Down on both knees, and up from that position with a simultaneous spring of both legs.
Turn round. Separate the legs.
Touch the ground with the hands. »

Source : War Office, *Instructions for the physical Examination of Recruits*, London, His Majesty's Stationery Office, 1912/1921, p. 7-8.

ANNEXES DU CHAPITRE 3

Annexe 16

Carte postale « *Into the Army* »

Source : Wellcome Library (Londres), Carte postale, 1917

Annexe 17

Photographie : le Conseil de révision de la classe 1915

Source : « Jeunes conscrits attendant leur tour devant la baraque de Madame la Goulue, marchande de cocardes (14 octobre 1915) ». Bibliothèque historique de la ville de Paris / BHVP / Roger-Viollet, 4-EPF-011-0201. Photographie Charles Lansiaux, tirage gélatino-argentique monté sur carton ; 13 x 18 cm (épr.), 18 x 24 cm (sup.).

Annexe 18

Couverture du *Rire* : le conseil de révision (1895)

N° 22. — 6 Avril 1895. 15 centimes.

Le Rire

Un an : Paris, 8 fr.
Départements, 9 fr. Étranger, 11 fr.
Six mois : France, 5 fr. Étranger, 6 fr.

JOURNAL HUMORISTIQUE PARAISSANT LE SAMEDI

M. Félix JUVEN, Directeur. — Partie artistique : M. Arsène ALEXANDRE.

10, rue Saint-Joseph, 10
PARIS
Les manuscrits et dessins non insérés ne sont pas rendus.

Au Conseil de revision

— Du millionnaire au simple « gacheu' ed' plât'e », de l'Apollon au tortillon, tous sont forcés d'exhiber leur anatomie et la Patrie choisit dans le tas.

Dessin de Paul Léonnec.

Source gallica.bnf.fr / Bibliothèque nationale de France

Source : *Le Rire*, 15 avril 1895 (gallica.bnf.fr)

Annexe 19

Tableau : le conseil de révision par Pierre-Georges Janniot (1895)

Source : Musée international des Hussards, Tarbes. « Le conseil de révision » par Jeanniot Pierre Georges (1848-1934), exposé au Salon de la Société Nationale des Beaux-Arts de 1909. Cote cliché 97-027042, n° d'inventaire VZC8863, Fonds photographie.

Annexe 20

Dessin : un conseil de révision (1916)

Source gallica.bnf.fr / Bibliothèque nationale de France

Annexe 21

Dessin : « c'est heureux quand on est aveugle, borgne, boiteux ou manchot »

Source : Musée Carnavalet, Histoire de Paris. Planche numérotée de la suite « Les soldats peints par eux-mêmes ». Collé sur montage commun avec G.48554, G.48555 et G.48557. 15 cm x 23.5 cm

Annexe 22

Les rites des conscrits : Carte postale et médaille

Annexe 23

Tableau : Examen médical et tribunaux d'appel

	Nombre	Part du total (%)
Total des examens pratiqués dans le cadre du recrutement	2 425 184	100
Appels	33 091	1,4
Nombre de demandes ayant conduit à un nouvel examen	16 679	0,69
Nombre d'individus dont le classement a été changé à l'issue du nouvel examen	8400	0,35
Nombre d'individus dont le classement a été inchangé	8 279	
Nombre de demandes rejetées par le tribunal	16 412	
Examens du recrutement n'ayant pas donné lieu à des réclamations	2 392 093	98,6

Source : *Report upon the Medical Examination*

Annexe 24

Lettre d'Horace Logsdon au tribunal d'appel de Middlesex

« Reasons in support of application

1. Medical History of the applicant since first examination by the military authorities :

   Rejected July 15 at Liverpool
   Rejected Nov 15 at Liverpool under the Derby Scheme
   Rejected July 13th 1916 at Liverpool, by Medical Board
   Classified C3 21st July 1917, at Mill Hill, by Medical Board
   Graded 2 26th June 1918, at Holloway, by National Service Medical Board N°3
   Advised to resign from the Middlesex Volunteer Regiment (Crouch End Company) April 1915, by their Medical Officer, Dr T. Wilson Parry

2. Grounds on which application for re-examination are based

A) My reasons for applying for re-examination are based upon my previous medical history, both from birth and since first examined for the Army, which history is stated below.

B) My physical condition has in no way improved for the better since my first medical examination, on the contrary I have lost considerably in weight. I am convinced that my condition is such that I am not fit for any more active form of service than that for which I was previously classified, ie C3
   This opinion was endorsed by the president of the Medical Board at Mill Hill viz, G.E. Dyars M.C. who stated I was not fit for any other form of service.

C) The fact that my Medical history of previous examinations, as stated above, was not available to the Medical Board at Holloway. This was said to have been lost from Mill Hill.
   This I consider was very detrimental to me, as the examination was therefore conducted without any knowledge of my previous rejections and medical history, except where I had an opportunity of mentioning same.
   The medical history I submit would have been more convincing evidence of my general condition, as certified by previous medical boards, than anything I might say on my own behalf.
   I submit that this is a very strong ground for applying for re-examination.

D) Dr T. Wilson Parry of "Belmont" Crouch End Hill, Medical Officer of the Volunteer Regiment which I joined in the early days of the war advised me on examination immediately after drilling and marching, to resign as I was doing further harm to my legs, which should be rested as much as possible.
   I have approached Dr Parry for a certificate to this effect, but as he is now a member of one of the other Medical Boards sitting at Holloway, he is precluded from giving me such a certificate, although I understand it to be his opinion that I am not fit for anything more than sedentary duty.

3. Medical History of applicant from birth

As my present condition are due to the circumstances which arose during my earlier life, it is necessary to state them.

I have been delicate from birth.

Whilst an infant in an impoverished condition sustained a broken shoulder blade.

Some few years ago, I contracted fever, dropsy in both legs following. This illness left me with chronic rheumatism, and congested circulation in my legs.

Later I had a serious fall injuring the base of my spine, deranging my nervous system, and leaving me in an acute neurasthenic condition.

I have a Cervical rib, two hammer and one deformed toes.

I have throughout constantly been under medical care and on medical advice, including that of Sir John Collie, now Medical assessor of pensions to the Ministry, was obliged to take long period of rest, from school, continuation studies, and subsequently from business from period of three and six months.

The forgoing condition of health have caused all the veins in my legs from the hips downwards, to become much inflated when warm, or after any exercise, with the consequent result of excessive aching, pain and prostration, which entirely prevent me doing any active work, or exercise, or even walking any distance. I have for many years worn bandages of various kinds, without any appreciable results.

I have been under treatment for my legs by the National College of Health, Manchester, but without any satisfactory result. An extract from a letter from the Secretary is attached.

Last year I consulted Dr G. French from Crouch End, with a view to an operation on my legs, but he expressed the opinion that so many veins were involved that an operation was unpracticable.

My condition of health has dominated my business life, as on medical advice I have abandoned the more active side of the Surveying Profession, and took up the rating branch, as requiring the least physical exertion and walking.

The disability from which I suffer is apparent after any physical exercise (although much less that I should be called upon to do in Grade 2) but not on such an examination before a medical board, which is usually held in the morning, after I have had a nights rest, and after a considerable of sitting down in the cool, which has the effect of contracting the veins.

(signé) H. Stewart Logsdon »

Source : NA, MH 47/115/60. Case Number : RM1/780.

Annexe 25

Lettre du frère d'une recrue à Herbert Nield

« In the field
France
Dec 29/17

To H. Nield MP,
Middlesex Tribunal
London EC

Sir,

May I take the liberty or rather appeal to you on behalf of my brother Christopher Jarvis, Greengrocer and Fruiterer […].

The facts of the case are there. He has to appear before the House of Commons Tribunals to show sufficient reasons for him not serving in his Majesty's Forces. Well Sir, this is a one man business, which we ? here did not think the government intended to interfere with. My brother has a wife and family and his mother and mother-in-law both depend upon his financial aid in these times. He has 4 brothers serving – all volunteers, 3 of us have been abroad now ? of 2 years and the one in Palestine has not had a leave for two years and 6 months. Of relations? he has 40 serving and I really think his is an exceptional case and one deserving exemption. I know from his character that he does not wish to escape his duty but surely 1 brother in five should be spared especially as he is the only married one amongst us. Another thing he is subject to rheumatism but of course this is a matter for the Medical Authorities to decide upon.

Pray? Sir, don't think this is an appeal to escape his bounden duty, as this is not a thing any Expeditionary Force man would do, or tolerate, but isolated cases occur which require careful handling and this is, in all sincerity, my idea of one notwithstanding the fact that "blood is thicker than water".

Thanking you in anticipation of your doing something for us – I mean of course we 4 brothers serving and my mother who does not want to lose the only boy left – and my brother who I am writing about.

I beg Sir, to remain yours obediently

Albert E. Jarvis

France »

Source : MH 47/116/1 Case Number: RM1/8 – Christopher Jarvis

Annexe 26

Certificats médicaux

« January 22nd 1918

I have today examined Mr Percy George Dormer aged 42 years, of 13, Midge Road, Winchmore Hill, a hat manufacturer. He had a slight attack of hemiplegia about 14 years ago, after a fall from a bicycle (on the left side). His teeth are defective, only having two in the top jaw. He complains of headache. The is a slight Tubercular history one brother having died at 28 years of age.

John B.O. Richards »

Source : MH 17/114/40

« Henry Nelson Coleman. 34 years.

There are indications in this case of Pulmonary Tubercular trouble. Severe chest pains, constant morning cough, thick tenacious phlegm. Sweats terribly at work, history of blood spitting.

Chest retracted over R. clavicle some dullness over r. Apex with bronchophony and pectoriloquy.

His little boy died of spotted fever on November 9th last. Wife and one child now carriers of the organisms.

Had Rheu. Fever in boyhood, for 14 weeks has now chronic Rheumatic pains, mitral murmur replacing 1st sound. Has proctitis and severs and constant itching of arms. He is uncommonly pale and sallow.

I have pleasure in submitting the foregoing facts for the consideration of the Army Medical Examiners.

James Searson »

Source : MH 47/114/50. RM1/59

ANNEXES DU CHAPITRE 4

Annexe 27

Date d'appel des classes, France (1898-1920)

Classe	Date d'appel
1898	Novembre 1899
1899	Novembre 1900
1900	Novembre 1901
1901	Novembre 1902
1903	Novembre 1904
1904	Octobre 1905
Loi de 2 ans	
1905	Octobre 1906
1906	Octobre 1907
1907	Octobre 1908
1908	Octobre 1909
1909	Octobre 1910
1910	Octobre 1911
1911	Octobre 1912
1912	Octobre 1913
Loi de 3 ans	
1913	Novembre 1913
1914	Août et Septembre 1914
1915	Décembre 1914
1916	Avril 1915
1917	Janvier 1916
1918	Avril & Mai 1917
1919	Avril 1918
Passage du service à 2 ans – Incorporation en deux fractions	
1920	Mars 1920 (1ère fraction)
	Octobre 1920 (1ère quinzaine – 2ème fraction)

Source : SHD, GR 9 NN 7 1102. Dates d'appel des différentes classes depuis 1898.

Annexe 28

Photographie : passage au conseil de révision des exemptés,

Hôtel de ville de Paris (1914)

Source : Ville de Paris / BHVP / Roger-Viollet, 4e arrondissement [3227], Cote de l'exemplaire numérisé : 4-EPF-011-0057. Photographie / Charles Lansiaux, 12 octobre 1914, tirage gélatino-argentique : noir et blanc ; 11,5 x 17,5 cm (épr.), 18 x 24 cm (sup.).

Annexe 29

Les instructions d'Alfred Keogh (13 juillet 1915)

« My dear,
I want you to hear a few words from me with regards to the examination which are now taking place of men who are placed in several categories (…) but I want you to regard what I say as confidential. It is imperative that we get as many men as possible who are not fit for war service put in the category of 'fit for garrison service abroad' We have so many civil medical men working with us that you will have to be very strong in your action as regards the acceptance of their opinion when they reject men as 'unfit for garrison duty abroad'. This is a time when very severe disabilities – heart disease, kidney disease, and so on – should be regarded as rendering a man unfit. All those disabilities which in peace time we have been accustomed to consider should now go by the board – that is to say varicocele, flatfoot, varicose veins, hammer toe, and the hundred and one different things do not incapacitate for ordinary garrison work, and you should not allow disabilities of this nature to count. I would not write to you upon this subject if the matter were not of primary importance concerning which Lord Kitchener is very anxious. Take it upon yourself therefore to overrule decisions which place men in the category of 'unfit for garrison service abroad' for disabilities only which do not incapacitate very completely. »

Source : The National Archives, MH 47/144/4, Select Committee on Military Service (Review of Exceptions) Act.

Annexe 30

Caricature : « Mais monsieur le major »

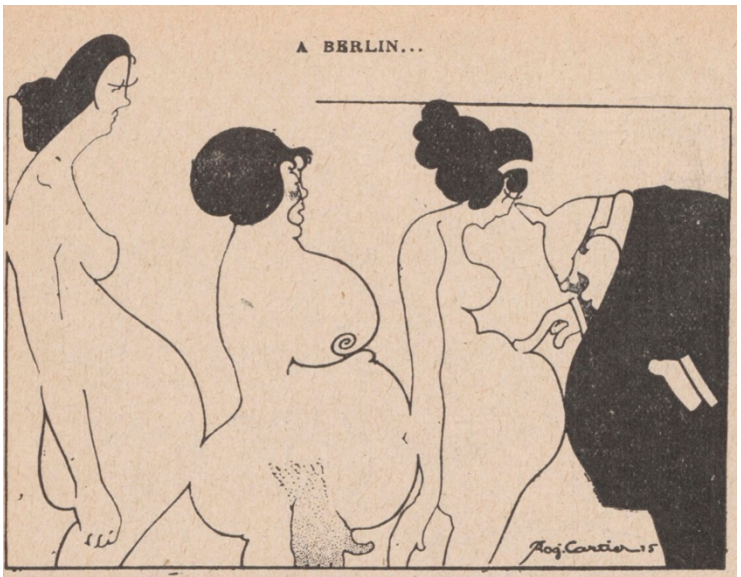
— Mais, monsieur le major, une fois dans la tranchée, ça ne se verra pas.

Dessin de BOUR.

Source : *Le Rire*, 1er mai 1915 (Gallica)

Annexe 31

Caricature : la révision pour la formation des jeunes classes allemandes

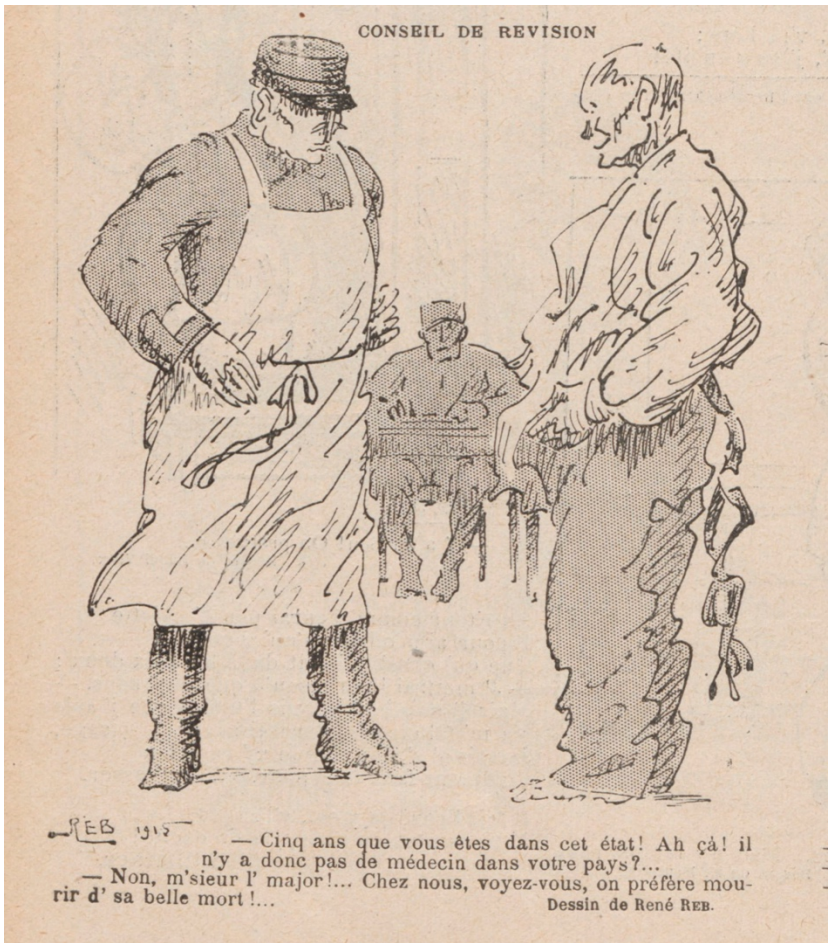


... vont recommencer incessamment les conseils de revision pour la formation des jeunes classes. (WOLFF.) Dessin de R. CARTIER.

Source : *Le Rire*, 31 juillet 1915 (Gallica)

Annexe 32

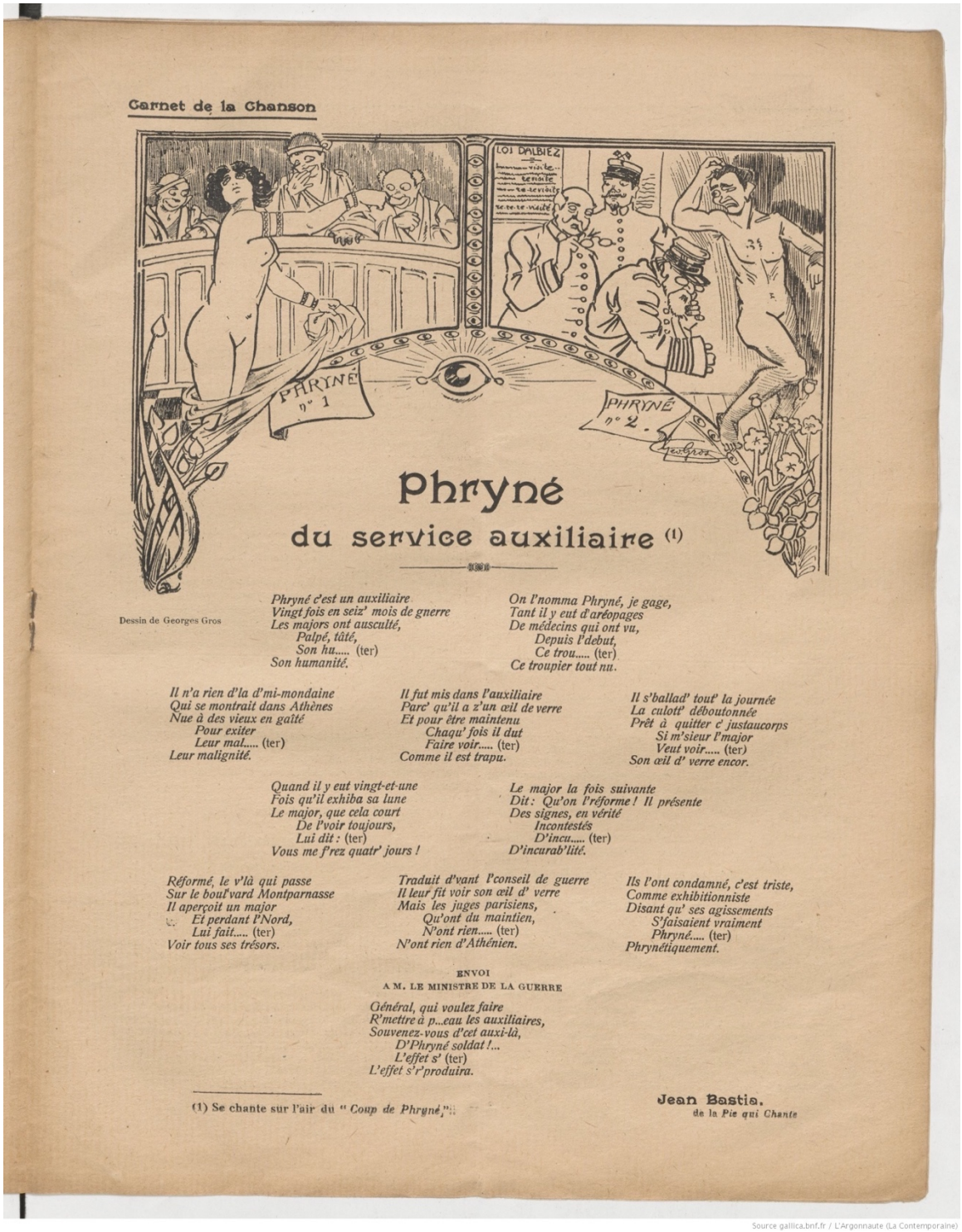
Caricature : « Non, m'sieur l'major » (1915)



Source : *le Rire*, 4 septembre 1915 (Gallica)

Annexe 33

Chanson : « Phryné du service auxiliaire » (1916)



Carnet de la Chanson

LOI DALBIEZ

PHRYNÉ n° 1

PHRYNÉ n° 2

Phryné

du service auxiliaire (1)

Dessin de Georges Gros

Phryné c'est un auxiliaire
Vingt fois en seiz' mois de gnerre
Les majors ont ausculté,
Palpé, tâté,
Son hu..... (ter)
Son humanité.

On l'nomma Phryné, je gage,
Tant il y eut d'aréopages
De médecins qui ont vu,
Depuis l'début,
Ce trou..... (ter)
Ce troupier tout nu.

Il n'a rien d'la d'mi-mondaine
Qui se montrait dans Athènes
Nue à des vieux en gaîté
Pour exiter
Leur mal..... (ter)
Leur malignité.

Il fut mis dans l'auxiliaire
Parc' qu'il a z'un œil de verre
Et pour être maintenu
Chaqu' fois il dut
Faire voir..... (ter)
Comme il est trapu.

Il s'ballad' tout' la journée
La culott' déboutonnée
Prêt à quitter c' justaucorps
Si m'sieur l'major
Veut voir..... (ter)
Son œil d' verre encor.

Quand il y eut vingt-et-une
Fois qu'il exhiba sa lune
Le major, que cela court
De l'voir toujours,
Lui dit : (ter)
Vous me f'rez quatr' jours !

Le major la fois suivante
Dit : Qu'on l'réforme ! Il présente
Des signes, en vérité
Incontestés
D'incu..... (ter)
D'incurab'lité.

Réformé, le v'là qui passe
Sur le boul'vard Montparnasse
Il aperçoit un major
Et perdant l'Nord,
Lui fait..... (ter)
Voir tous ses trésors.

Traduit d'vant l'conseil de guerre
Il leur fit voir son œil d' verre
Mais les juges parisiens,
Qu'ont du maintien,
N'ont rien..... (ter)
N'ont rien d'Athénien.

Ils l'ont condamné, c'est triste,
Comme exhibitionniste
Disant qu' ses agissements
S'faisaient vraiment
Phryné..... (ter)
Phrynétiquement.

ENVOI
A M. LE MINISTRE DE LA GUERRE

Général, qui voulez faire
R'mettre à p...eau les auxiliaires,
Souvenez-vous d'cet auxi-là,
D'Phryné soldat !...
L'effet s' (ter)
L'effet s'r'produira.

(1) Se chante sur l'air du " *Coup de Phryné,*"

Jean Bastia.
de la *Pie qui Chante*

Source gallica.bnf.fr / L'Argonnaute (La Contemporaine)

Source : L'Argonnaute (La Contemporaine), 2013-189885 / Gallica. *Le Carnet de la Semaine*. Gazette illustrée, littéraire, politique, économique et satirique, 27 février 1916, p. 9.

Annexe 34

Presse satirique : « Le cierge du fonctionnaire »

« L'histoire est absolument véridique et son héros (c'est le mot consacré encore qu'impropre), défend quelque part, en province, les mœurs et la loi.
La mobilisation le trouva héroïque ; et comme une vieille fracture le retenait au rivage, il allait au moins saluer les troupes partant pour le front et s'en revenait content.
Il fut agressif et amer au lendemain de Charleroi ; – « Voilà, disait-il, où nous ont conduit quinze années de persécutions religieuses », subitement oublieux de ce que sa carrière devait aux députés persécuteurs.
Après la victoire de la Marne, ne pouvant plus s'indigner contre le Régime, il s'en prit à une demi-douzaine de réservistes remisés au dépôt, en attendant de prochaines fournées. Les mandats d'arrêt ne lui suffisaient plus, il eût voulu lancer des mandats de départ.
L'annonce de la Révision des exemptés lui fut un coup de massue.
Il délaissa ses victimes pour ne songer qu'à son malheur. L'illégalité de cette visite lui semblait flagrante : « C'est une mesure d'abattoir ! » disait-il.
Enfin, comme la séance approchait, la peur lui donna du courage. Il se fit bravement vacciner contre la typhoïde l'avant-veille de la Révision, réservant pour le « Grand jour » la forte dose de caféine ; et, comme s'il n'était pas tout à fait sûr de l'efficacité de ce puissant réactif « in extremis », il s'en fut très dévôtement faire brûler un cierge à la « Sainte Vierge », sans oublier d'accompagner cet hommage intéressé d'une Thune toute neuve.
Et le miracle se produisit… il fut versé dans « l'auxiliaire ». On crut qu'il allait défaillir : plus encore que les drogues et le « cierge », la joie lui affola le cœur ! après la caféine n'allait-il pas falloir absorber de la digitale ?
Heureusement pour lui, mais non pour les clients de la « Correctionnelle » il en est réchappé : maintenant le voilà tout à fait remis de son émoi et de ses virus ; inutile de dire que plus jamais il se livre à la chasse des embusqués. Ce n'est pas étonnant, il ne risque plus rien ; mais c'est égal, quelle « veinette » ! »

Source : « Le cierge du fonctionnaire », *Le Carnet de la semaine*, 10 mai 1915

Annexe 35

Répartition des motifs d'exemption

et de classement dans le service auxiliaire (1914-1920)

Maladies et infirmités ayant entraîné l'exemption

		1914	1915	1915	1917	1918	1920
Maladies et infirmités		**Classe 1914**	**Classe 1916**	**Classe 1917**	**Classe 1918**	**Classe 1919**	**Classe 1920**
Maladies générales	Faiblesse de constitution	2 508	1 620	1 882	705	917	1 267
	Cachexies diverses (paludisme, saturnisme etc.)	1 149	204	93	58	59	64
	Tuberculose des poumons	1 504	829	569	466	557	571
	Tuberculose des autres organes ou tissus	1 088	897	832	556	588	238
	Rhumatisme, goutte, gravelle	27	26	11	13	20	28
	Cancers et tumeurs malignes	20	13	15	6	12	18
	Autres maladies générales	143	126	199	207	159	188
Maladies de la peau	Eczéma et impétigo	63	5	5	1	11	15
	Psoriasis, lichen, ichtyoses	55	39	23	7	13	14
	Autres maladies de la peau	68	66	39	24	26	21
Maladies du système nerveux	Idiotie, crétinisme	1 024	804	761	632	613	637
	Aliénation mentale et paralysie générale	453	445	452	291	293	280
	Épilepsie	274	215	176	157	184	167
	Chorée, convulsions	114	104	88	82	92	98
	Paralysie d'un ou de plusieurs membres	286	203	199	254	251	274
	Bégaiement	146	88	75	36	48	32
	Autre maladie du système nerveux	154	105	96	86	145	237
Maladies des yeux	Perte complète de la vue	157	106	100	71	100	99
	Diminution de l'acuité visuelle (sans cause spécifiée)	222	199	173	55	35	36
	Myopie	69	68	46	40	79	79
	Hypermétropie	13	4	4	7	4	12
	Astigmatisme	31	22	15	7	8	8
	Strabisme	3	10	12	6	7	9
	Taie, opacité, déformation de la cornée	83	89	39	19	38	42
	Maladies de la conjonctive et des paupières	64	21	13	12	11	31
	Autres maladies des yeux	354	297	337	90	119	99
Maladies des oreilles	Surdi-mutité	226	246	207	229	238	214
	Diminution de l'acuité auditive (suite de maladies ou blessures)	272	157	169	71	71	78
	Autres maladies de l'oreille	71	46	50	21	19	32

Maladies du système digestif	Denture défectueuse	28	7	8	7	12	13
	Bec de lièvre et division de la voûte palatine	61	52	57	36	45	44
	Autres maladies de la bouche, du pharynx et de l'œsophage	21	12	10	6	12	11
	Maladies de l'estomac et de l'intestin	31	14	17	18	39	43
	Hernies	202	92	74	24	37	41
	Maladies du foie et de la rate	4	//	3	8	19	21
	Autres maladies de l'appareil digestif	29	16	12	30	20	26
Maladies de l'appareil respiratoire	Maladie des fosses nasales et des sinus de la face,	16	11	11	5	11	7
	Affections du larynx,	15	14	14	7	17	25
	Goitre,	57	47	31	24	30	19
	Emphysème et asthme,	53	19	25	18	32	37
	Pleurésie,	52	22	21	21	58	61
	Autres maladies de l'appareil respiratoire (tuberculose exceptée)	48	23	21	34	26	29
Maladies de l'appareil circulatoire et lymphatique	Hypertrophie du cœur	142	57	58	79	57	72
	Lésions valvulaires du cœur,	472	533	229	175	221	210
	Varices	185	90	65	32	42	41
	Autres maladies de l'appareil circulatoire et lymphatique	108	67	66	44	104	71
Maladies de l'appareil génito-urinaire	Vices de conformation des organes génito-urinaire,	22	14	17	12	32	22
	Varicocèle	17	13	8	2	13	17
	Hydrocèle, hématocèle	14	4	7	1	11	12
	Maladie des testicules (perte, ectopie etc.),	190	101	87	45	43	32
	Néphrite chronique,	71	24	14	21	29	31
	Autres maladies de l'appareil génito-urinaire	73	28	35	29	25	42
Maladies du squelette et des organes de la locomotion	Affections des os (tuberculose exceptée),	782	812	792	526	461	495
	Déviation de la colonne vertébrale, gibbosité,	712	646	543	420	410	431
	Malformation congénitale du pied (pied bot, pied plat, creux etc.)	354	301	295	223	218	188
	Autres malformations congénitales des membres	261	244	249	188	167	149
	Impotence du membre inférieur (sauf la paralysie)	1 008	734	606	532	523	560
	Impotence du membre supérieur (sauf la paralysie)	617	448	391	237	316	305
	Lésions et mutilations de la main	171	142	131	104	97	99
	Mutilations volontaires	2	1	0	1	8	2
	Autres affections des organes de la locomotion	173	95	42	81	63	120
Infirmités non comprises dans les colonnes précédentes		1 036	790	772	551	493	406
Total		**17 668**	**12 529**	**11 302**	**7 750**	**8 408**	**970**

Maladies et infirmités ayant occasionné le classement dans le service auxiliaire

		1914	1915	1915	1917	1918	1918
Maladies et infirmités		**Classe 1914**	**Classe 1916**	**Classe 1917**	**Classe 1918**	**Classe 1919**	**Classe 1920**
Maladies générales	Faiblesse de constitution	290	247	207	1 829	1 817	804
	Cachexies diverses (paludisme, saturnisme etc.)	1	/	/	3	7	4
	Rhumatisme, goutte, gravelle	5	8	5	4	15	16
	Autres maladies générales	77	51	33	188	130	93
Maladies de la peau	Eczéma et impétigo	4	14	5	1	9	14
	Psoriasis, lichen, ichtyoses	4	10	4	8	18	3
	Autres maladies de la peau	19	19	14	31	11	16
Maladies du système nerveux	Bégaiement	79	66	60	87	111	97
	Autre maladie du système nerveux	28	26	26	66	89	58
Maladie des yeux	Diminution de l'acuité visuelle (sans cause spécifiée)	437	601	381	530	539	417
	Myopie	397	391	249	302	436	324
	Hypermétropie	30	23	20	18	57	28
	Astigmatisme	126	92	56	64	49	68
	Strabisme	32	41	31	27	78	48
	Taie, opacités, déformation de la cornée	118	129	91	124	134	107
	Maladies de la conjonctive et des paupières	17	19	12	28	43	27
	Autres maladies des yeux	244	314	198	398	436	510
Maladies des oreilles	Diminution de l'acuité auditive (suite de maladies ou blessures)	146	174	115	125	205	181
	Autres maladies de l'oreille	46	30	29	39	69	39
Maladies de l'appareil digestif	Denture défectueuse	244	53	22	15	12	45
	Bec de lièvre et division de la voûte palatine	33	10	6	19	14	20
	Autres maladies de la bouche, du pharynx et de l'œsophage	8	2	5	12	14	6
	Maladies de l'estomac et de l'intestin	19	10	12	17	23	33
	Hernies	232	160	104	141	143	106
	Maladies du foie et de la rate	//	1	2	2	9	9
	Autres maladies de l'appareil digestif	30	7	4	12	19	29
Maladies de l'appareil respiratoire	Maladie des fosses nasales et des sinus de la face,	25	17	12	13	9	11
	Affections du larynx	8	9	1	11	21	27
	Goitre	78	33	38	35	49	25
	Emphysème et asthme	25	29	20	61	69	50
	Pleurésie,	7	21	10	28	51	47
	Autres maladies de l'appareil respiratoire (tuberculose exceptée)	19	43	21	49	41	37
	Hypertrophie du cœur	48	65	49	112	105	135

Maladies de l'appareil circulatoire et lymphatique	Varices	902	395	186	175	152	134
	Autres maladies de l'appareil circulatoire et lymphatique	53	87	71	160	133	80
Maladies de l'appareil génito-urinaire	Vices de conformation des organes génito-urinaire	26	1	1	27	5	9
	Varicocèle	25	24	17	10	17	20
	Hydrocèle, hématocèle	10	7	10	7	23	12
	Maladie des testicules (perte, ectopie etc.),	26	48	23	90	94	124
	Autres maladies de l'appareil génito-urinaire	16	14	14	11	5	13
Maladies du squelette et des organes de la locomotion	Affections des os (tuberculose exceptée),	68	62	54	109	81	73
	Déviation de la colonne vertébrale, gibbosité,	270	213	165	196	164	149
	Malformation congénitale du pied (pied bot, pied plat, creux etc.)	227	183	123	148	123	99
	Autres malformations congénitales des membres	154	193	116	162	148	138
	Impotence du membre inférieur (sauf la paralysie)	540	432	255	356	317	202
	Impotence du membre supérieur (sauf la paralysie)	444	383	293	362	357	243
	Lésions et mutilations de la main	193	137	125	129	137	98
	Mutilations volontaires	0	1	0	4	8	1
	Autres affections des organes de la locomotion	111	89	60	76	79	114
Infirmités non comprises dans les colonnes précédentes		705	483	284	524	632	395
Total		**6 656**	**5 466**	**3 639**	**6 945**	**7 307**	**5238**

Exemptions et incorporations (1914-1918)

		1914		1915		1917	1918	
		Classe 1914	**Classe 1915**	**Classe 1916**	**Classe 1917**	**Classe 1918**	**Classe 1919**	**Classe 1920**
Exemptés comme impropre à tout service militaire		18 982	13 906	12 529	11 302	7 750	8 408	8 970
Susceptibles d'être incorporés	**Aptes au service armé**	181 777	209 729	195 741	173 636	198 895	194 096	161 825
	Bons pour le service auxiliaire	7154	6 011	5 466	3 639	6 945	7 307	5 204
	Ajournés	77 670	46 147	75 740	105 705	50 332	52 737	93 967
	Autres[1831]	32 881	23 813	24 234	18 788	35 702	39 529	28 336
Total (Nombre de jeunes gens examinés)		318 464	299 806	313 710	313 070	299 624	302 077	298 302

Source : *Comptes-rendus sur le recrutement* (1914-1918)

[1831] Exclus en vertu de l'article 4 ; Jeunes gens liés au service en raison d'un engagement volontaire, d'un brevet ou d'une commission, et jeunes marins inscrits ; Jeunes gens ayant obtenu un sursis.

Annexe 36

La guerre ou la vigueur retrouvée (1915)

« Les maladies de cœur aux armées » par M. Ch. Fiessinger, correspondant national de l'Académie de médecine

« Ce seul titre *Les maladies de cœur aux armées* évoque l'idée d'une contradiction : quand on a le cœur malade, on ne va pas se battre. Mais, comme toutes les formules sages, celle-ci ne trouve son emploi que dans le pot-au-feu des conditions journalières. Quand sonnent les heures tragiques, les âmes viriles ne comptent plus avec la sagesse et puisque chacun doit accomplir son devoir, elles accompliront le leur.

La déclaration de guerre ayant tendu dans un élan incomparable les ressorts de l'énergie nationale, a montré qu'un vigoureux coup de fouet sur le système nerveux a pouvoir pour un temps, de remonter l'organe qui défaille quand bien même il serait touché sérieusement.

Les cardiopathes, à condition d'être soumis aux règles du traitement digitaline à doses faibles et subcontinues, tel que nous l'avons institué il y a neuf ans, plus que d'autres encore, éprouvent les bienfaits de l'exaltation morale. Un souffle de volonté héroïque qui soulève les âmes, tonifie les nerfs et accroît l'énergie des contractions cardiaques.

Déjà l'an dernier, Déroulède nous avait offert le spectacle émouvant d'une volonté impérieuse commandant à un cœur à bout de résistance. Moribond, il se faisait descendre de son lit et, se rendant à Champigny, devant la foule anxieuse et frissonnante, il disait les paroles qu'il fallait dire et que ceux qui en avaient la mission ne prononçaient pas.

Est-ce l'exemple du grand patriote ? En regard des embusqués et des quémandeurs de certificats, se dressent les vaillants, ceux qui, ayant toutes raisons de demeurer chez eux où une maladie réelle les retient, passent outre les conseils du médecin et partent à la frontière, comme les autres.

Six de nos malades ont pris les armes dans de semblables conditions, ou réformés, ou mis à la retraite, mais quand la partie était en danger, refusant de demeurer chez eux et reprenant du service.

Six autres, officiers de carrière, n'ont pas davantage voulu encourir la honte de passer pour infirmes. Sans invoquer une mesquine raison de santé, ils ont suivi leurs camarades.

Au point de vue médical, ces douze malades se décomposent en cinq affections du myocarde (*myocardites ou cœurs rénaux*), une *tachycardie paroxystique* sans lésion organique et six lésions valvulaires (*trois insuffisances, un rétrécissement mitral, deux insuffisances aortiques*).

Le traitement suivi par la plupart était l'emploi de la digitaline crist. (1/10 de milligrammes) deux à trois jours de suite par semaine à titre préventifs, quand le cœur n'avait pas fléchi, et dix jours de suite avec interruptions consécutives de quatre jours, quand des signes de défaillance myocardites s'étaient antérieurement produits.

Comme il était aisé de la prévoir, les affections valvulaires primitives résistent mieux que les lésions myocardiques.

Des six malades qui composent le premier groupe, trois officiers d'infanterie – capitaine et lieutenants – nous ont laissé sans nouvelles depuis septembre. Leur lésion mitrale, bien

compensée jusque-là, leur avait permis, avec l'aide de la digitaline à titre préventif, leur avait permis de satisfaire aux fatigues de la vie de combat.

Un quatrième, âgé de 23 ans, réformé du service militaire pour insuffisance aortique, s'engage à nouveau, assiste à la bataille de la Marne, mais oubliant de prendre sa digitaline, se dilate le cœur, obtient un congé, se soigne quinze jours et retourne au feu. Cette fois, en dépit des protestations, un congé définitif de réforme brise sa volonté et le renvoie chez lui.

Le cinquième malade est âgé de 26 ans. Réformé du service comme atteint d'*insuffisance aortique*, il s'engage à titre d'aviateur. Au milieu d'août, il tombe avec son appareil d'une hauteur de 20 mètres, se luxe l'épaule et, le corps couvert de contusions, vient nous faire vérifier l'état de son cœur. Il tient bon et aussitôt l'aviateur repart à l'armée et poursuit ses reconnaissances aériennes.

Le sixième valvulaire est un confrère médecin-major, âgé de 35 ans avec *rétrécissement mitral.* Demeuré seul en Lorraine, après la débâcle du XVe corps, sur un champ de bataille où étaient étendus plus de sept-cents blessés, il est fait prisonnier, conduit en Alsace, échangé contre des médecins allemands retenus en France, rejoint son corps, passe les jours et les nuits sur le front, dans les combats de Lassigny et de Roye. La dyspnée augmentant suspend son œuvre de dévouement inlassable. Nous le voyons le 10 octobre. Sur notre conseil de prendre un repos d'une quinzaine, il nous déclare que c'est impossible, se couche quarante-huit heures et rejoint son corps.

Des cinq officiers atteints de lésions du myocarde, l'un d'eux, un capitaine, apostolique du cœur droit en 1908 et atteint d'une *myocardite atténuée* suite de grippe, s'était remis, et avait pu suivre les grandes manœuvres les années suivantes. Depuis le 2 août, nous ne savons ce qu'il est devenu. Deux autres officiers supérieurs, un intendant général et un vétérinaire major, atteints d'un cœur rénal avec tachycardie et galop cardiaque, ont pu faire la campagne trois mois, le premier assurant la subsistance d'une armée de 350 000 hommes, le second couchant sur la paille plusieurs semaines de suite, traitant les hommes plus que les chevaux, pratiquant de nombreuses injections de sérum antitétanique. Tous deux vont bien mais ont dû demander un service moins pénible. Un instituteur, âge de 28 ans, souffrait de crises de *tachycardie paroxystique* (pouls à 190) sans lésions apparentes et avait déjà dilaté son cœur, il y a six ans ; après avoir fait son devoir à l'armée, il a été atteint d'une dilatation aiguë du cœur, suite d'une nouvelle crise de tachycardie paroxystique durant six jours. Il va bien aujourd'hui et de l'armée est retourné à son école.

Le cinquième, général de brigade, offrant les signes d'une myocardite chronique, sans participation du rein, laissa fléchir son cœur arythmique à deux reprises, en 1913 et au printemps de 1914. Refusant de prendre sa retraite, il partit à la guerre. Les journaux ont annoncé sa mort au champ d'honneur, un éclat d'obus l'ayant abattu au milieu de ses troupes.

Le sixième et dernier est un capitaine d'infanterie âgé de 59 ans. Depuis six ans, *cardio-rénal*, tension élevée (25-12), galop cardiaque, urines alumineuses : à différentes reprises crises angineuses par distension cardiaque, crises d'urémie, crises de fléchissement myocardique. Sans prendre notre avis, il part à l'armée. En novembre, plusieurs crises dyspnéiques, Ce malade refuse le repos nécessaire. Fin novembre, après une forte distension du cœur, embolie de la fémorale ; gangrène du pied et de la jambe. Revient à Paris. Cœur arythmique, distendu. La fièvre s'élève. Au bout de quarante-huit heures de repos, avec régime lacto-hydrique, glace sur le cœur et médication habituelle, M. le professeur Quénu pratique l'amputation du tiers moyen de la cuisse, le 3 décembre. Le chloroforme administré avec grandes précautions par l'interne de M. Quénu, M. Loir, ne provoque pas d'incidents. Le malade va bien. Malheureusement douze jours plus tard une embolie obture l'artère fémorale du côté opposé. La gangrène se déclare, la fièvre s'élève, le cœur fléchit. On est obligé d'attendre.

Ajoutons, tellement il est vrai que la grandeur des âmes se transmet telle une vertu de famille, que ce vaillant officier est le père du jeune homme atteint d'une insuffisance aortique dont nous avons parlé plus haut et qui, malgré sa mise à la réforme, était reparti comme soldat.

De pareils exemples, s'ils n'accroissent pas le bagage des connaissances acquises, illustrent d'une page magnifique les annales de notre histoire. Ils démontrent que l'enthousiasme et l'héroïsme survivent aux efforts tentés pour les anéantir. Les Allemands ont commis une erreur psychologique : une compression d'idées rationalistes poursuivie pendant vingt ou trente ans ne suffit pas pour étouffer les profondes voix de l'âme qui, à travers les siècles, ont clamé les aspirations et les instincts généreux d'une race. Aux heures de péril, la baguette d'un chef d'orchestre invisible donne le signal et le chœur, un chœur national, où chacun reprend le chant de ses pères, s'élève et s'enfle dans une harmonie de sonorités et une majesté d'accords dont les vibrations semblaient à jamais éteintes et la signification perdue à la nécropole des sentiments morts. »

Source : FIESSINGER Charles, « Les maladies de cœur aux armées », *Gazette médicale de Paris : journal de médecine et des sciences accessoires*, série 14, n° 02, 20 janvier 1915, p. 5.

Annexe 37

« La faillite de l'instruction sur l'aptitude physique au service militaire » (1915)

« La sélection du contingent est, comme on le sait, opérée par les conseils de révision, complétée à l'occasion de l'incorporation par le Commission de réforme, et conforme aux prescriptions d'un document ministériel dénommé « Instruction sur l'aptitude physique au service militaire ».

Au conseil de révision, les civils recrutent les militaires, tandis que la logique voudrait que ce fussent les militaires qui choisissent eux-mêmes dans la population, sous le contrôle de l'autorité civile, les éléments constitutifs de l'armée. Ce vice originel est aggravé par le teneur de l' « Instruction sur l'aptitude physique », document démodé, que l'on a tenté, mais en vain, de moderniser et d'adapter aux exigences d'une armée nationale contemporaine.

De même les Commissions de réforme sont obligées de régler leurs décisions d'après la dite Instruction, dont l'idée mère, qui subsiste malgré toutes les retouches, est la conception du soldat apte à toutes les armées, à tous les services, et qui semble inspirée par l'antique définition du Jardon des Racines Grecques : « *αγαθος* bon, beau, brave à la guerre ». Par suite les imperfections des organes des sens prennent une valeur exagérée, parfois prépondérante, dans l'estimation de l'inaptitude au service militaire, et chacun de nous en connaît des exemples.

Depuis longtemps du reste, tant dans les journaux médicaux qu'au Parlement, était signalé le rendement défectueux des conseils de Révision. La chose était si notoire qu'après la déclaration de guerre le Gouvernement s'empressa de décider qu'ajournées, exemptés, réformés seraient soumis à un nouvel examen.

Le résultat de cette opération a été exposé, à la Chambre des Députés, le 4 juin dernier, par M. Fernand Merlin, en termes que nous allons reproduire tellement ils sont suggestifs :

« Au mois de novembre dernier, dit-il, M. le Ministre de la guerre prescrivait l'examen des hommes des services auxiliaires, des exemptés et des réformés ; les résultats les plus contradictoires sont apparus suivant les régions. Ainsi, pour la même catégorie d'hommes examinés, dans le département de Vaucluse 92 pour 100 étaient pris, dans l'Allier 40 pour 100, et dans le département de la Loire pour les arrondissements de St Etienne et de Montbrison, 75 et 80 pour 100. M. le ministre nous fournirait, 'en suis convaincu des renseignements aussi suggestifs pour le reste du pays.

« Pour ma part je ne chiffre pas à plus de 10 pour 100 les véritables inaptes et je suis convaincu qu'on en récupérerait beaucoup si une large interprétation des règlements sur l'aptitude au service était admise pour les cadres auxiliaires. »

Nous partageons l'avis de M. Fernand Merlin d'une part, sur le grand nombre d'individus qui sont à tort non incorporés et forment cette catégorie appelée, par le Dr Léon Noël « les embusqués de l'exemption et de la réforme » (1) et d'autre part sur les défectuosités de l' « Instruction sur l'aptitude physique ».

A l'appui voici quelques faits. Un élève ingénieur de mes amis est ajourné. Il entre dans la Croix-Rouge, est attaché à l'administration d'un hôpital auxiliaire et se met rapidement au courant du service. Il demande alors à être employé comme gestionnaire d'un hôpital complémentaire. Sa décision est refusée par le Service de Santé et acceptés par les Anglais. Voilà pour les ajournés.

Un monsieur exempté pour insuffisance de l'acuité visuelle de l'œil gauche, ayant une belle automobile qu'il conduisait lui-même, offre de la faire transformer à ses frais en vue du transport des blessés, à condition qu'il soit attaché comme automobiliste à une ambulance. L'offre a été refusée par les Service de Santé et acceptée par les Anglais. Voici pour les exemptés.

Quant aux réformés on peut se souvenir en quelle quantité ils figurent parmi les apaches jeunes et vieux, qui ont fait leur réapparition depuis ces temps derniers dans leur bonne ville de Paris. Dernièrement les journaux contaient la mort de ce paisible consommateur qui, fermant la porte d'un débit sur un ivrogne expulsé, a été tué d'un coup de couteau au cœur porté par cet apache réformé pour mutilation de la main droite !

Le Dr Ginestous, chef du service d'ophtalmologie de la place et du secteur d'Angers, a publié une étude bien remarquable sur l'astigmatisme et l'aptitude au service militaire (2). Il rappelle que l' « instruction sur l'aptitude physique au service militaire » admet des verres cylindriques correcteur, mais que les sphéro-cylindriques demeurent bannis, de telle sorte que ni l'astigmatisme composé, ni l'astigmatisme simple ne peuvent être corrigés et il en conclut en ces termes :

« Ils sont ainsi nombreux ceux qui, par le fait de leur astigmatisme, échappent au recrutement de l'armée. Les chiffres autorisent à évaluer au minimum leur nombre à 5 ou 600 chaque année ; ce qui sur un total de 27 classes mobilisées, donne un effectif de 16 000 hommes. Le simple port d'une lunette correctrice à verres sphéro-cylindriques permettrait de les incorporer. De ce fait, et ce sera là notre conclusion : l'armée Française perd près de 20.000 astigmates. »

Il y a du reste, un document législatif récent qui montre que bien des exemptés, bien des réformés pourraient rendre des services dans l'armée. Nous voulons parler de la loi Dalbiez dont l'article 4 autorise les exemptés, les réformés – ainsi que les hommes dégagés de toute obligations militaire – à contracter dans les services de l'armée, et dans la mesure des besoins, pour la durée de la guerre et après vérification d'aptitude, un engagement spécial pour un emploi de leur choix. A la suite le ministre de la Guerre a fait prendre un décret présidentiel permettant aux réformés ou exemptés de contracter dans les troupes coloniales un engagement spécila pour la durée de la guerre, pour remplir un emploi déterminé.

Voilà qui est encore mieux. Une circulaire en date du 23 septembre 1915 a prescrit que les hommes de troupes blessés, non susceptibles d'être employés au front, pourront être maintenus, provisoirement, sur leur demande, sous les drapeaux, à la condition d'avoir été, après examen spécial, reconnus aptes à rendre de réels services dans les emplois de la zone de l'intérieur (instructeurs, secrétaires, etc.) et que toute procédure de réforme sera suspendue à leur égard.

En résumé il demeure acquis, de même officiellement, que nombre d'exemptés et de réformés pourraient encore rendre de bons services dans l'armée et tout au moins remplacer sur le territoire des hommes aptes à figurer sur le front, ce qui mérite d'attirer l'attention au moment où la France a besoin de tous ses hommes valides.

De tout ce qui vient d'être vit découle nettement la constatation que la cause principale du mal provient de l'Instruction sur l'aptitude physique. s'il était besoin de nouvelles preuves à ce sujet on les trouverait dans la communication du Dr Briand sur « Les Comitiaux à l'armée » fait le 5 juillet dernier à la Société de médecine Légale. On y lit (3) :

« Il est écrit, à l'article 53 du chapitre relatif aux affections des centres nerveux entraînant l'inaptitude : « l'épilepsie (mal comitial) constatée motive l'exemption et la réforme ».

« Prise à la lettre, cette formule voudrait dire que tout soldat, atteint d'épilepsie, doit être réformée, n'eût-il qu'un vertige comitial tous les deux ans ou trois ans, si cet accident est constaté. »

Devant une pareille conséquence M. Briand déclare que « c'est de l'esprit de la réglementation et non de se lettre que le médecin expert doit s'inspirer ». Et notre confrère arrive à cette conclusion qui s'impose : « *On conçoit qu'en raison des circonstances actuelles l'index d'étiage, limitant l'aptitude, ne doit plus occuper dans l'échelle de graduation des cas de réforme la même place qu'en temps de paix*. »

Toute la question est là. *Pour la levée de la nation armée il faut un autre criterium que pour le recrutement du temps de paix*.

Quand la France appelle ses enfants, pour la défense du pays, tous les hommes en état de porter les armées doivent prendre place dans l'armée. Ce n'est pas ce qui a lieu, et cela parce que l'Instruction sur l'aptitude physique au service militaire ne répond plus aux nécessités de l'heure présente. Ipso facto elle est devenue caduque. C'est pour s'en inspirer encore que les Commissions de réforme travaillent comme Pénélope, que leurs décisions sont constamment remises sur le tapis, et qu'exemptés ou réformés sont ballottés d'examen en examen. Cette lamentable situation est due à la faillite de la dite Instruction et M. le sénateur Humbert a pu écrire dans *Le Journal* (4) cette phrase regrettable : « Quand donc siègera la commission médicale composée d'hommes intègres et capables, qui délivrera l'arme des non-valeurs ».

Il est urgent que la réglementation actuelle soit remplacée par une autre basée sur ces deux principes :

1° Tout homme ayant la robustesse nécessaire pour supporter les fatigues de la vie militaire doit – à moins d'infirmité grave – être incorporé ;

2° Les incorporés seront classés selon leurs aptitudes physiques et professionnelles, d'après lesquelles ils seront versés dans les différentes armes de l'active ou dans les services auxiliaires.

De cette façon tous les hommes valides concourraient à la défense du pays et chacun là où il peut être le plus utile, ainsi que le recommande le proverbe anglais. »

Source : GRANJUX Adrien, « La faillite de l'instruction sur l'aptitude physique au service militaire », *Journal de Médecine et de Chirurgie pratique*, 10 Novembre 1915, p. 850-853.

ANNEXES DU CHAPITRE 5

Annexe 38

« *Men are now being passed who are absolutely of no potential use whatever* »

« It would appear from the quality of many of the recruits now being passed into the Army that the spirit of that Memorandum has been unjustifiably departed from by some of the recruiting Medical Boards, and men are now being passed who are absolutely of no potential use whatever.

I have been inspecting many recruits […], and am shocked to see the specimens of humanity which have been accepted as of potential value to the Army; men almost totally blind; deformed dwarfs of the poorest intellect; men with extreme oedema of both legs almost unable to stand; cases of very severe and marked rheumatism, cases of marked paresis, which rendered locomotion almost grotesque; several cases of insanity, which told their own tale at a glance.

This must be stopped at once; I shall hold Officers personally responsible for passing any recruit who is manifestly and undoubtedly unfit for any useful work in the Army, and whose presence in the Army is an encumbrance […].

This question, like so many others, should be governed by common sense, and unless it be considered that a recruit is some potential value to the Army, and that the work which he is capable of performing will be of some definite value to the State, instead of, as in many cases, resulting in actual loss, he must be rejected? »

Source : NA, MH 47/144/4, Select Committee on Military Service (Review of Exceptions) Act. Special report.

Annexe 39

Circulaire de Justin Godart (5 août 1917)

« Le Sous-Secrétaire d'État du Service de Santé militaire à MM les Directeurs du Service de Santé de toutes les Régions, régions du Nord, Gouvernement militaire de Paris, Afrique du Nord, S/C de MM les Généraux Commandant les Régions

Il m'a été signalé qu'à l'occasion de l'examen d'un certain nombre d'hommes appartenant plus spécialement à des catégories d'anciens ajournés et d'anciens exemptés, les expertises médicales auxquelles ont été soumis les sujets présentant des lésions et des tares organiques définitives plus ou moins caractérisées, n'ont pas toujours abouti à des conclusions basées sur des notions médico-légales correspondant à l'unité de doctrine qui s'impose impérieusement en matière d'aptitude au service militaire. Des divergences fâcheuses ont même été plus d'une fois constatées. C'est ainsi que des porteurs de certaines lésions organiques définitives du cœur ont pu être proposés pour le service auxiliaire ; il en a été parfois de même en ce qui concerne certaines catégories de tuberculeux pulmonaires.

Ces errements ont pour conséquence forcée des inégalités, voire même des injustice flagrantes, inadmissibles et d'ailleurs le plus souvent évitables.

On n'aurait que très exceptionnellement à les constater si les propositions formulées à la suite des expertises s'inspiraient toujours de l'Instruction du 20 décembre 1916 sur l'aptitude physique au service militaire. Certes, et j'insistes sur ce point, cette Instruction n'a qu'une « valeur indicative non impérative. Elle ne constitue pas un code de prescriptions absolues ». Elle ne doit porter atteinte en aucune manière, à l'indépendance scientifique qui doit présider à la conduite de toute expertise clinique. Il n'en subsiste pas moins qu'elle puise son intérêt et sa justification dans ce fait, qu'elle donne des idées directrices susceptibles de fournir aux divers Médecins experts, une orientation concordante.

« *L'un de ses buts principaux est d'amener, sur tous les points du territoire, l'unité d'appréciation* ». La doctrine dont elle est l'expression se propose d'atteindre le double résultat suivant : d'une part, soustraire les intéressés physiquement insuffisants à de véritables dangers d'aggravation ; d'autres part, contribuer à régler le recrutement et l'utilisation des effectifs suivant des pratiques consacrées par une pratique attentive et prolongée.

Il y a un réel intérêt, en effet, et tout particulièrement dans les circonstances présentes, à maintenir ou à renvoyer dans le milieu civil, où ils peuvent rendre des services en rapport avec leurs infirmités, un certain nombre de citoyens qu'il n'y a aucun avantage à voir figurer dans l'armée.

Certains Médecins ont pensé qu'on pourrait verser dans le service auxiliaire des hommes atteints de certains lésions organiques constituées et plus ou moins compensées. D'aucuns même ont estimé qu'il serait désirable de créer un service auxiliaire dit sédentaire. L'idée qui, à première vue, peut paraître assez pratique, serait, en fait, d'une application très difficile, en raison des mutations incessantes auxquelles sont soumis les hommes. Ces mutations inévitables ne permettent pas au commandement de s'engager à utiliser invariablement les intéressés dans la mesure exacte de leur capacité réduite et interdisent la création de catégorisations spéciales dans le service auxiliaire.

J’ai l’honneur en conséquence, de vous prier de bien vouloir rappeler à tous les Médecins placés sous vos ordres qu’à l’occasion des diverses propositions qu’ils ont à présenter en ce qui concerne l’aptitude physique au service militaire, ils ne doivent jamais perdre de vue les indications de l’Instruction du 20 décembre 1916 (Volume n°682 du Bulletin Officiel du Ministère de la Guerre). J’attache à l’exécution de cette prescription la plus haute importance. »

Source : GR 9 NN 7/1100. Circulaires et instructions diverses, N° 567 Ci/7, Paris, 5 août 1917, Aptitude physique au Service Militaire

Annexe 40

« Une autre grande faucheuse, au côté de la mitraille, la phtisie », *Le Figaro* (1915)

« Une autre grande faucheuse, au côté de la mitraille, la phtisie. […] Prenons garde que leur nombre augmente et qu'après la colère des armes gronde celle de la maladie, plus durable et plus meurtrière.

Le cri d'alarme a été poussé déjà par des voix autorisées. Le docteur Kuss, le doyen Landouzy, d'autres aussi, ont dénoncé le péril […]. le réserviste, le territorial, l'homme déjà mûr, qui, sans s'en douter parfois, portait en soi un foyer de tuberculose enclavé sournoisement depuis des années dans quelques obscur lobe de son poumon ; tout à coup, à l'occasion d'un refroidissement, d'une marche forcée, d'une contusion du thorax par un éclat d'obus qui, pourtant, n'aura pas pénétré, il crachera le sang et verra se réveiller, lentement ou brusquement, la maladie qui dormait.

Celui-ci avait eu, cinq ans, dix ans auparavant, une hémoptysie ; il avait été soigné pdt plusieurs mois, plusieurs années, et paraissait guéri ; réformé, il avait été repris pour le service armé ou s'était engagé volontairement, celui-là avait eu déjà une pleurésie ; tel autre, était encore considéré comme un vulgaire asthmatique ; tel autre encore, d'apparence robuste, n'avait jamais été malade, mais il avait fait toute la campagne à côté d'un voisin tousseur, couchant sous la même couverture, buvant au goulot du même bidon.

Ces exemples suffisent à montrer l'union des deux conditions qui sont à l'origine de la tuberculose : l'ensemencement par un microbe virulent d'un terrain préparé, c'est-à-dire amoindri dans sa résistance.

C'est en s'opposant à la réalisation de ces conditions étiologiques, et en dépistant dès leurs premières manifestations les signes qui annoncent la tuberculisation menaçante du sujet, que l'hygiène et la clinique, remplissent leur mission prophylactique.

[…]

Parfaitement organisée dans le temps de paix, la prophylaxie de la tuberculose est à peu près nulle actuellement. Dans le temps de paix, en effet, les tuberculeux sont systématiquement écartés ; ils sont rigoureusement recherchés, dépistés, en vertu de ce principe qu'ils sont un danger pour leurs camarades et que leur présence est considérée comme une cause possible de diminution des effectifs par contagion. Sur le pied de guerre, bien au contraire, la chasse aux tuberculeux semble interdite. Le but est d'avoir le plus d'hommes possible sous les drapeaux […] Le phtisique est aussi meurtrier par les balles qu'il tire que par les crachats qu'il expectore. Seulement, les balles sont pour l'ennemi et n'atteignent pas tjs leur but, tandis que les crachats sont pour les camarades du dépôt ou de la tranchée, qu'ils ne manquent presque jamais.

L'habitude semble s'être enracinée dans les conseils de révisions et les commissions de réforme, de prendre tous les hommes qui peuvent marcher et tirer, sans souci de l'état de leurs poumons. Là réside un véritable danger contre lequel il convient de réagir. Que l'homme présente des signes de tuberculose au moment où il passe devant le conseil de révision ou seulement après son incorporation, il importe qu'il soit « diagnostiqué » dès l'apparition des symptômes initiaux. […]

[C]e qui est le devoir commun, c'est de s'élever contre une tendance qui aurait pour résultat de conserver dans les rangs de l'armée des hommes malades et contagieux sous prétexte que leurs balles sont aussi meurtrières que celles de leurs voisins ; c'est de demander que les mesures prophylactiques du temps de paix soient d'autant plus rigoureusement appliquées en temps de guerre qu'il y a plus d'hommes sous les drapeaux et que ces hommes, en rentrant dans leurs foyers, après la paix, y apporteront le germe de la maladie qu'ils auront contractée ou réveillée pendant la guerre.

Il convient d'attirer l'attention des conseils de révision et des commissions de réforme sur ces considérations. Les hommes suspects devraient être soumis, après un premier triage, à l'examen de commissions spéciales composées de médecins notoirement compétents et spécialisés. Ils pourraient être mis en observation dans des hôpitaux spéciaux. Pour cette mission de préservation antituberculeuse, les experts ne manqueraient pas parmi les 10 000 médecins de réserve et de territoriale dont dispose actuellement, sur le pied de guerre, le service de santé. »

Source : « La tuberculose et la guerre », *Le Figaro*, 5 avril 1915, republié par *Journal de médecine et de chirurgie pratique*, tome LXXXVII, 25 mars 1916, p. 238-242

Annexe 41

Mémorandum du tribunal d'appel de Middlesex (21 novembre 1918)

« We have I hope at last arrived at the conclusion of the work of the tribunal […] There is one question which has called for more anxious consideration on the part of the Tribunal than any other and that is the question of medical fitness. The question of the old Recruiting Medical Boards is now a matter of history, and I do not propose to comment upon that point at any length, except to point out that the criticism levelled against these Boards by the Middlesex Appeal Tribunal undoubtedly went a long way towards their abolition and the setting up of the new National Service Medical Boards.

Unfortunately it has been proved by the facts that the examination carried out by the new Medical Boards have been far from satisfactory and the Tribunal has felt it be its duty to criticize very closely cases in which the ground of ill health has been, set up/ it was the view of the Tribunal that the enlistment in the Army of men who were physically unfit was contrary to the national interest and, moreover, was liable to cause dissatisfaction among the civil population and undermine the confidence on the Authorities.

A very large number of men have been sent either to the Medical Assessors or have been referred back for re-examination and the result in a very large percentage of cases has proved beyond doubt that the criticism of the Tribunal was amply justified.

A large number of men who had been passed for various grades of Military Service were as a result altogether rejected, and one can well imagined what the result of these men would have been had their medical classification been accepted by the Tribunal without question, and the man sent into the Army.

In this and many other matters which it has been the duty of the Tribunal to set as the buffer between the claims of the Army on the one hand and the claims of the civil population on the other, the Tribunal has, I think, undoubtedly done good service, and has earned the thanks not only of the Authorities, but the population of the County with whom it had to deal.

At the commencement of the sittings in 1916 we had the able assistance of Captain Bax as what was then the Military Representative. When it was decided that the Tribunal should sit in twi Sections, and additional Military Representative was necessary, and we had temporarily the services for the Second Section of Major Viscars. His place was subsequently taken by Captain Carer who carried on the work in conjunction with Captain Bax until the latter received an appointment elsewhere when by arranging that the 2 sections should sit on different days, Captain Carter was able to carry on the work single handed.

[…]

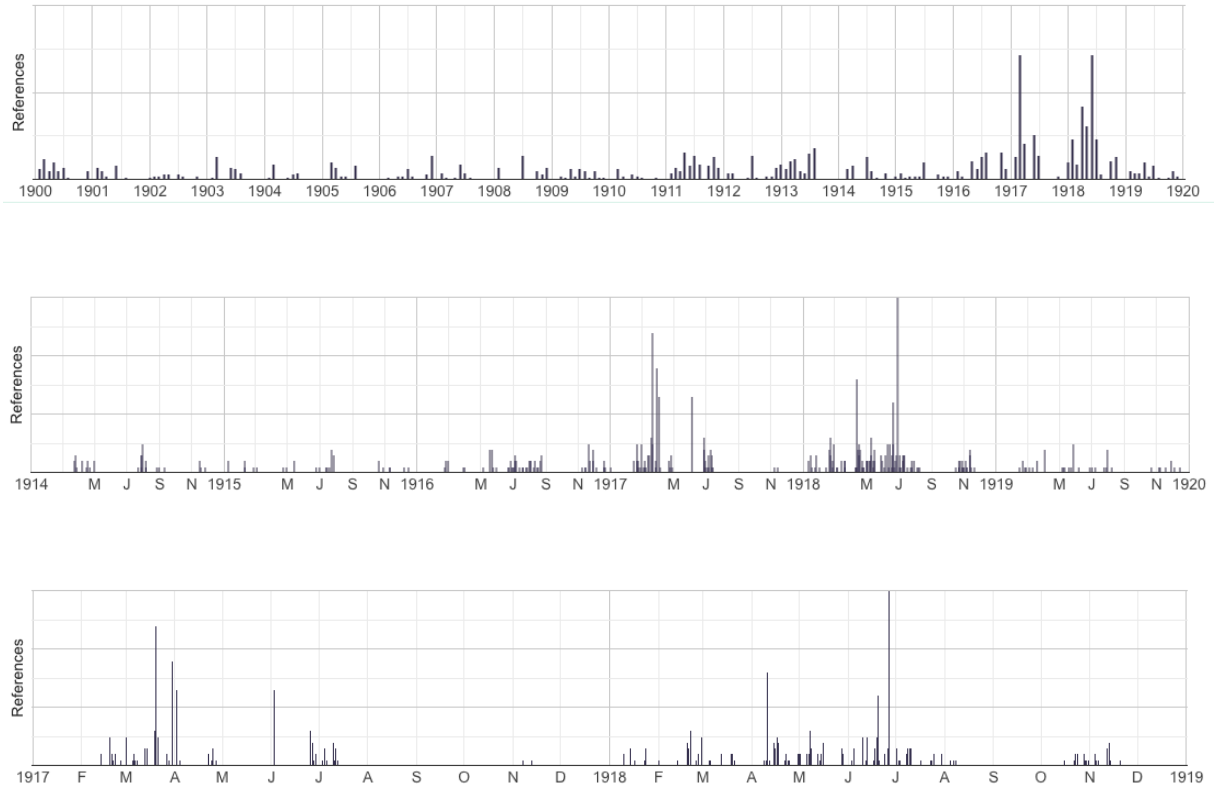
I have had certain statistics prepared which are before the Members of the Tribunal and show the extent of the work has been carried out.

Source : NA, MH/47/144/3, Middlesex Appeal Tribunal – Meeting November 21st 1918 – Memorandum of the Chairman

Annexe 42

Occurrences des termes « *medical examinations* »

dans les débats parlementaires britanniques (1900-1920)



Source : https://hansard.parliament.uk/search

Annexe 43

Membres de la commission d'enquête parlementaire (Shortt *Committee*)

Président

Mr Edward Shortt (1862-1935)	député liberal (Newcastle)

Membres

Sir Godfrey Baring (1971-1957)	député libéral (Barnstaple)
Mr Anderson Montague Barlow (1868-1951)	député conservateur (Salford South)
Mr Cecil Cochrane (1869-1960)	député libéral (South Shields)
Colonel Walter Faber (1857-1928)	député conservateur (Andover)
Colonel John Gretton (1867-1947)	député conservateur (Rutland)
Mr Hugh Law (1872-1943)	député nationaliste irlandais (Donegal)
Mr John Mooney (1874-1934)	député nationaliste irlandais (Newry)
Mr Herbert Nield (1862-1932)	député conservateur (Ealing)
Mr William Pringle (1874-1928)	député liberal (Lanarkshire North Western)
Mr Griffith Caradoc Rees (1868-1924)	député libéral (Denbigh District of Boroughs)
Mr John Sutton (1862-1945)	député (Manchester East)

Témoins

Nom	Fonction	Date de l'audience
Brigadier-General Alfred Campbell Geddes	Professor in the Canadian University, Director of Recruiting	2 juillet
General Sir Alfred Keogh	Director-General of the Army Medical Service (RAMC)	3 juillet
Colonel James Galloway	Consulting Physician to the 1st and 2nd armies in France, then Medical Adviser in connection with the administration of the Army Service Acts (from November, 1916), Inspecting Branch of the Directorate of Recruiting	4 juillet
Major TW Griffith	Member of the Leeds Medical Board and of the Special Appeal Board, RAMC	
Lieut.-Col. Sir J. Bland Sutton	Colonel in the RAMC, Senior Surgeon to the Middlesex Hospital, Special Medical Board	5 juillet
Colonel John Lewtas	President of Travelling Medical Board, Lieutenant Colonel in the Indian Medical Service, Surgeon to the Eye Hospital and to a General Hospital in Calcutta and Lecturer on Eye Disease in the Medical College of Calcutta	

Surgeon-General Bedford	Deputy Director of Medical Services (DDMS) of the Northern Command	9 juillet
Surgeon-General Francis John Jencken	DDMS of the Eastern Command	
Surgeon-General WG Birrell	DDMS in the Southern Command	10 juillet
Surgeon-General JC Culling	DDMS of the Scottish Command	
Surgeon-General Hathaway	DDMS for the Western Command	11 juillet
Colonel CR Tyrrell	Assistant Director of Medical Services in the London Recruiting Area	
Sir William Ryland Dent Adkins	Member of Parliament (MP), Member of the bar, Recorder of Nottingham, Chairman to the Joint Recruiting Committee of the country	12 juillet
Albion Henry Herbert Richardson	MP, president of one committee of the Appeal Tribunal of the County of London since March 1916	
Surgeon-General Burke	DDMS of the Aldershot Command	16 juillet
Colonel Peterkin	DDMS, London District	
Ernest Sidney Walter Hart	Deputy Clerk of the Peace for the County of Middlesex, one of the Joint Secretaries of the Middlesex Appeal Tribunal since it was constituted in March 1916	17 juillet
Donald Maclean	MP, Deputy Chairman of Ways and Means of the House of Commons, Chairman of the House of Commons branch of the Central Appeal Tribunal, Chairman of the London Appeal Tribunal	
Lieutenant-General Sir James W. Murray	General Officer Commanding in Chief in the Eastern Command, responsible for the medical examination and re-examination of recruits	19 juillet
Sir James MacKenzie	Fellow of the Royal College of Physicians, Doctor of Medicine and a Fellow of the Royal Society, specialized in diseases of the heart, member of Special Medical Board	23 juillet
Dr Albert Benthall	Fellow of the Royal College of Physicians, specialist in life and accident examination, medical referee under the Workmen's Compensation Act under the Home Office attached to five County Courts, member of the Mill Hill Board for ten months	
Dr Charles Hayward	Member of the Royal College of Surgeons, Licentiate of the Royal College of Physicians, medical man and barrister, exercises in Liverpool and joined a Medical Board in Liverpool	
Earl of Derby	Secretary of State for War since December 1916	24 juillet
Surgeon-General Oliver Richard Archer Julian	DDMS in the Western Command since the 22nd June 1917	

David Walsh	MD, Medical Consultant in London with some experience in the diagnostic and treatment of tuberculosis, has worked in the Tuberculosis Dispensary in the East End of London during the war	
Judge Mellor	Chairman of the Salford Hundred Appeal Tribunal	25 juillet
John William Willis Bund	Chairman of the Worcestershire Appeal Tribunal	
Surgeon-General Oliver Richard Arthur Julian	(Voir plus haut)	2 août

Source : NA, MH 47/144/4, Select Committee on Military Service (Review of Exceptions) Act.

Annexe 44

Témoignage d'Auckland Geddes devant la commission d'enquête parlementaire (1917)

A.C. Geddes, directeur du recrutement :

« […] in the autumn of last year it became very evident, as one began to get a grip of the various part of the machine, that the arrangements for the medical boards were extremely bad, that the Medical Boards were working on different standards, that the whole thing was surrounded with enormous difficulties – in short if you were to get satisfactory work. Some Boards were being taken in by malingerers of all sorts; other were relying upon opinions outside medical people's opinions, and other were refusing to rely upon them. There was not that satisfactory co-ordination of level of organisation which obviously was necessary. […]

These instructions are under the Military Service (Review of Exceptions) Act, 1917. That is in connection with the first paragraph of the terms of reference. Now we knew within a few days of the work after the Military Service (Review of Exceptions) Act coming into force that there was a certain amount of congestion at certain of the boards and on the 12th May we issued instructions which you have got on the telegram form on the file. […] To begin with, a very much larger number of men reported in response to the Statutory Order than have ever reported in response to any other form of summon that has been sent out. They did not all respond at once. The first few days after these orders began to mature the boards reported themselves short of work. In perhaps the next two days, they reported themselves as comfortably busy, and then after there came a torrent. The men called up on that day arrived; men who were called up for the day before and had not come arrived, and men not wanted for the next fourteen days arrived. I am told that in places where twenty men were called for the morning and twenty for the afternoon, as many as 200 actually arrived. I do not know who counted them, but it is stated that as many as 200 arrived when there was a call only for forty. The natural result was there was congestion. That did not last many days but that lasted 2 or 3 days. There was a sudden panic among the people who received the orders. Certain articles had appeared in the Press and certain meetings had been held and these men arrived. […]

So far as the Medical Department is concerned, it administers the medical side of recruiting through the surgeon General in command. Their work is all local and technical – the actual categorizing of the men. […] I see Sir Alfred Keogh very frequently about all sorts of questions arising in connection with standards.

Colonel Gretton – Are the standard for various categories decided in consultation, or are they military or medical standards?

A.C. Geddes – Certainly they are not medical standards. They are largely administrative standards purely of administrative advice which was introduced at the request of the Director of Organisation, who is responsible or was responsible till quite recently, for pushing the men into the different types of units. The categorizing into nine categories is a thing which I am quite sure no medical man would have been wishful to undertake. It is almost hopeless. The result is that no two examiners would put any individual man practically into the same compartment. […] They deal with the man's employment and with the nature of the work he is probably going to do. It is not medical. In the A category, we have four subdivisions:

- A1: physically fit, ready trained and available to proceed overseas

- A2: physically fit, not trained

- A3: physically fit, having served overseas, requires further training

- A4: perfectly fit but under a certain age

[…] It is entirely a matter for discretion, but no two boards would put the same man into the same category, I should think, apart for the absolutely perfectly fit. (…) There is no difference except a matter of judgement between and A man and a B1 man. There is no hard and fast line possible. […] it has got to be to a certain extent prophetic when categorizing a man. That is what makes it difficult to get uniformity. »

Source : NA, MH 47/144/4, Select Committee on Military Service (Review of Exceptions) Act. Minutes of evidence n°1, 2nd July 1917, A. C. Geddes, p. 10, p. 14.

Annexe 45

« *The scandal of the Unfit* »

« The scandal of the Unfit

The methods of Mill Hill Medical Board – recently described as “one of the best” in the Army – were exposed yesterday at the Middlesex appeal Tribunal by an applicant who complained that when he was passed for general service only one doctor was present instead of three. Asked why he did not protest against this, he replied that another man who did was told that if he did not keep quiet, he would be put in the guardroom. In spite of this, the Tribunal dismissed the appeal. Mr Nield, MP, sagely remarked:

> If you are taken ill in the Army the expense will have to be met by the nation, and it will show the value of the examination.
>
> The applicant is taken from useful labour in which he is a taxpayer to become a tax consumer. His family is reduced to the Army allowance, his home is probably broken up, his employers lose his services and if he dies in the Army it will prove the value of these examinations. Any intelligent system of recruiting would provide competent medical examination first, and then it would not be necessary to kill the man in order to demonstrate the doctor’s unfitness. There are large numbers of these cases and the WO will have to deal with them sooner or later. »

Source : *Daily Star*, 25 Août 1916

Annexe 46

The Times « Medical Examiners and their duties »

« Men lost to the Army
(From our Medical correspondent)

Now that the group system has been re-opened and recruits are coming forward again in numbers, it would seem that careful consideration must be given to the important question of medical examination, and discussion begins necessarily with the efficiency of the examining officer.

It may be laid down that there are two essential qualifications for the post of an examiner of recruits. The doctor (1) must possess adequate training for the work – by which is meant experience in the examination of candidates for callings or laborious character (*e.g.*, railwaymen, motormen), or experience in life insurance examination; and (2) must be entirely unswayed by any outside consideration. This latter point is very important, for, while the public is certainly right in believing that medical men are as a class incorruptible, at the same time the fact that refusal to pass a candidate or refusal to reject him may entail the loss of that candidate's relations as private patients puts an undue strain upon the doctor. In London many private practitioners are employed to examine recruits at stations distant from their practices and this follows the right principle. In other cases the doctor works in his own area, a practice to be avoided.

In the second place it is clear that cases will arise in which expert opinion will be necessary for a final decision. The War Office has recognized this need already, and so far as the testing of eyes is concerned has put matter upon a good and sure foundation.

The method according to which the doctors are paid is also important. Payment by capitation – so much per recruits examined – is bad. Doctors are tempted to hurry their work in order to make more money, and it seems to be a fact that during the latter days of the Derby scheme some medical men were passing as many as hundreds of recruits through their hands in a single day. Recruits should be examined in a quiet room, with great thoroughness, and without haste. Every courtesy should be shown them – indeed the rules of the West-end consulting-room should be observed. It would seem also that standard measurements might be revised, for while standards make for appearance they do not necessarily make for efficiency. This is a matter, however, for very careful consideration […]. »

Source : WL RAMC/446/8-16, p. 49-50 : *The Times*, 17 janvier 1916, p. 5

Annexe 47

The Times : « Recruits and the Doctor »

« Men to be classified
(From our Medical Correspondent)

It was stated in these columns on Monday that the examination of recruits was a matter demanding attention. It is gratifying to learn that to-morrow an improved scheme for the examination of recruits will be brought into force, and that this scheme corresponds in essential particulars with that suggested in the Times.
The scheme does great credit to its author, Sir Alfred Keogh, for it is at once thorough and exceedingly just. Sir Alfred has arranged that stations are to be set up – 98 of them are actually now in readiness – each of which shall be under the control of a body of men specially chosen and approved. This council will select the examining doctors and will be guided in its work by special considerations. Doctors will be chosen because they have special qualifications for examining men for the Army. An officer of the Royal Army Medical Corps will be attached to each station.
The question of the number of recruits to be examined at each station per day has been seriously considered, and it has been laid down that not more than 200 men shall be examined at any one station in any one day. This, with the staff of doctors at disposal, will make it absolutely certain that each recruit will be carefully examined in a quiet room and under the most favourable conditions, and each man will be summed up by the doctor examining him and classified according to his capacity. Thus one man will be certified fit for general service, another as fit for less active work, and so on. These classifications will be handed on to the military authorities, and dealt with them according to military requirements. No man will be sent to work for which he is unfit; nor will any man be put to drilling which his constitution or present state of strength dos not sanction.

Expert Opinion in Doubtful Cases

In addition precautions will be taken in the case of "doubtfuls," *i.e*., men whose state of health may be such as to call for an expert opinion. These cases will be sent to specialists.
As regards eyesight tests, the Army standards have often been called in question, and nearly always in an ignorant manner. They deserve at least the tribute of understanding. They are not, primarily, "doctor's standards" at all, but "soldier's standards." The question at issue is not whether a doctor thinks a man should be able to see this object or that, but whether he is actually capable of seeing distant objects which commanding and other officers demand that he shall be able to see. A moment's consideration of the work of artillery-men will reveal the obvious character of this requirement.
These soldier-made standards have, it is true, been translated into medical terms and language. This was necessary. The work was undertaken by the Ophtalmological Society some time ago at the suggestion of Sir Alfred Keogh himself. The standards in use have therefore a double sanction, and no fears need be entertained either that they are not adequate or that they will not be applied justly and thoroughly. »

Source : WL RAMC/446/8-16, p. 49-50, « recruits and the Doctor », *The Times*, 19 janvier 1916, p. 5.

ANNEXES DU CHAPITRE 6

Annexe 48

Entraînement des recrues - note pour l'état-major

« Le 11 juillet 1918,

Le Sous-secrétariat d'État du Service de Santé a l'honneur de faire connaître à l'État-Major de l'Armée (1er Bureau) que l'État sanitaire de la classe 1919, satisfaisant, dans son ensemble […] subit actuellement une aggravation notoire. Celle-ci se juge par l'apparition de formes particulièrement sévères de ces affections, comportant des complications assez souvent mortelles, sur l'appareil respiratoires, et, en particulier, de pleurésies purulentes.

À l'origine de cette aggravation, on signale généralement la fatigue, le surmenage résultant d'une entraînement qui semble parfois excessif pour un contingent dont la valeur physique générale n'est pas toujours irréprochable. L'alimentation, d'autre part, a paru présenter, dans certains cas, des insuffisances appréciables.

Le Sous-secrétariat d'État du Service de Santé croit devoir attirer l'attention de l'État-major de l'Armée (3e bureau – I) sur cette situation et souligner tout l'intérêt qui s'attacherait à ce que, pour le meilleur rendement militaire de la classe 1919, l'instruction et l'entraînement de ce jeune contingent fussent conduits avec la plus grande vigilance et avec toute la modération compatible avec les circonstances, conformément aux directions générales formulées dans la circulaire n°3898 du 8 mars 1918 (paragraphe 9) dont un exemplaire est joint. »

Source : Note pour l'État-major de l'armée (3e bureau I) n° 14.435 B. 4/7

Annexe 49

Classement par performance, France (1916)

Barème

Valeur des performances et catégories	Points	Saut en hauteur sans élan	Saut en hauteur avec élan	Saut en longueur sans élan	Sant en longueur avec élan	Course 60 m	Course 400 m	Course 800 m	Corde lisse ou perche	Lancement de la grenade	Lever du sac de terre
Performances faibles, insuffisantes ou nulles	-5	0,40	0,50	1,25	1,80	14''	2'	6'	1 m	12	2
	-4	0,45	0,60	1,45	2,15	13 ½ ''	1,58	5,45	1,25	13	4
	-3	0,50	0,70	1,60	2,25	13''	1,55	5,30	1,50	14	6
	-2	0,55	0,75	1,65	2,35	12 ½ ''	1,50	5,15	1,75	15	8
	-1	0,60	0,80	1,70	2,50	12	1,45	5	2	16	10
Performances moyennes	1	0,65	0,85	1,75	2,65	11'' ½	1,40	4,45	2,25	17	12
	2	0,70	0,90	1,80	2,80	11''	1,35	4,30	2,50	18	15
	3	0,75	0,95	1,95	3	10'' ½	1,30	4,15	2,75	19	20
Performances fortes	4	0,80	1	2	3,10	10''	1,25	4	3	20	24
	5	0,90	1,10	2,15	3,25	9'' ½	1,20	3,45	3,25	22	28
	6	1	1,15	2,30	3,50	8''	1,15	3,30	3,50	24	30
Performances très fortes	7	1,05	1,20	2,40	4	8'' ½	1,10	3	4	25	35
	8	1,10	1,25	2,50	4,25	8''	1,08	2,45	4,50	27	38
	9	1,15	1,30	2,75	4,50	7'' ½	1,05	2,30	4,75	28	40
	10	1,20	1,35	3	4,75	7''	1,03	2,15	5	30	45

Modèle de fiche individuelle

… e Régiment

Fiche individuelle

Noms et prénoms

Date d'arrivée

Constitution……

Tempérament…….

Antécédents héréditaires…….

personnels……...

Défectuosités physiques……...

Ménagements à prendre……...

Le médecin-chef

Épreuves		1e mois		2e mois		3e mois		4e mois		5e mois	
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Examen médical	Poids										
	Taille										
	Périmètre thoracique Insp.										
	Exp.										
	Diffé.										
	Périmètre abdominal										
		Perf.	Points	Perf.	Points	Perf.	Points	Perf.	Points	Perf.	Points
Saut en hauteur avec élan											
Saut en hauteur sans élan											
Saut en longueur avec élan											
Saut en longueur sans élan											
Course de 60 mètres											
Course de 400 mètres											
Course de 800 mètres											
Corde lisse ou perche											
Lancement de la grenade (1)											
Lever du sac de terre											
Total des points											

(1) Bras droit et gauche (moyenne)

L'officier chargé de l'éducation physique

Source : Centre d'instruction physique et de combat à la baïonnette de Joinville-le-Pont, *Guide-Mémento*, Joinville-le-Pont, 20 juin 1916, p. 18.

Annexe 50

Modèle de la fiche individuelle de rééducation

« Elle accompagne, à titre de renseignement, tout rapport médical tendant à présenter le militaire devant une Commission de réforme »

Nom
Compagnie de rééducation
Date de l'arrivée
Nature de la blessure ou de la maladie
Classement à la catégorie C1, le
'' C2, le
'' C3, le

Mensurations successives entre l'arrivée et le départ

	Le Arrivée	Le	Le	Le	Le	Le	Le	Le Départ
Bras droit								
Bras gauche								
Avant-bras droit								
Avant-bras gauche								
Cuisse droite								
Cuisse gauche								
Jambe droite								
Jambe gauche								
Périmètre thoracique								
Poids								
Aptitude à la marche								
Aptitude au port du ceinturon								
Aptitude au port du sac								

Indisponibilité pour cause de maladie

Observations particulières pour la conduite de la rééducation

Apte au réentraînement, le
Proposé pour être présenté devant la Commission de réforme, le

Le médecin du centre de rééducation

Source : GR 9 NN 7/1111. Ministère de la guerre, direction de l'infanterie, Guide pratique à l'usage des centres de rééducation physique et militaire (anciennes compagnies d'inaptes), Paris, Imprimerie nationale, 1917

Annexe 51

Résultats de la visite d'incorporation, France (1914-1918)

Incorporation et classement de la classe 1919

Classement à la suite de la visite d'incorporation

« Effectif incorporé : 203 818
Nombre d'hommes ayant passé la visite d'incorporation : 201 139

Forts
- Nombre : 69 718
- Proportion pour 100 : 34,67

Moyens
- Nombre : 82 297
- Proportion pour 100 : 42,91

Faibles
- Nombre : 45,124
- Proportion pour 100 : 22,42

Chiffre des incorporations du contingent 1919

Pour le service armé : 210 119 (compte-rendu de la revue d'incorporation)
Pour le service auxiliaire : 11 100 environ (chiffre des incorporations en Avril et Mai, déduction faite du chiffre moyen des incorporations courantes)
Soit au total : 221 200 hommes
Les renseignements statistiques que possède l'État-Major de l'Armée ne lui permettent pas de séparer de ce total le chiffre des jeunes soldats de la classe 1919.
On peut s'en donner une idée de la manière suivante : le chiffre des Appelés du contingent 1919 (classe 1919, exemptés cl. 1918, ajournées des cl. 1913 à 1918) se montait à :

Appelés

	Service armé	Service auxiliaire
Classe 1919	195 096	7 307
Récupérés des classes antérieures	30 910	4 777
Total	225 006	12 084

Total : 237 090
Soit un déchet de 15 8701832
Si l'on admet que le déchet s'est réparti uniformément sur tout le contingent, on obtient les chiffres suivants :

a. Incorporés

	Service armé	Service auxiliaire
Classe 1919	181 320	6 600
Récupérés des classes antérieures	28 780	4 400
Total	210 100	11 100

Total : 221 200 »

Source : SHD, GR 9 NN 7 1101, Dossier « Incorporation classe 1919. Statistiques et rapports, maladies contagieuses, valeur physique. Statistiques comparées avec les classes 1917 et 1918 », Note du bureau de l'organisation et de la mobilisation armée pour le Sous-Secrétariat d'État du Service de Santé.

1832 *Sic*. En fait : 239 090 – 221 200 = 15 890

Classement à la suite des séries de performance (classe 1919)

Nombre d'hommes ayant subi les examens de performance pour Paris, 7e, 9e, 15, 16, 17, 18, 20, 21e régions :

Forts
Nombre
Proportion pour 100 : 32,25
Moyens
Nombre
Proportion pour 100 : 48,45
Faibles
Nombre
Proportion pour 100 : 18,30
Réformés n°2 :
Nombre : 758
Proportion pour 100 : 3,70
Réformés temporairement :
Nombre : 1742
Proportion pour 100 : 8,54
Versés du Service armé dans le Service auxiliaire :
Nombre : 2192
Proportion pour 100 : 10,75
Versés du Service auxiliaire dans le service armé :
Nombre : 58
Proportion pour 100 : 0,28

Sources : SHD/GR 9 NN 7 1101, rapport sur l'incorporation de la classe 1919 : Effectifs par région, classement a) à la visite d'incorporation b) après la série de performances, réformes n°2 et RT, passage de SA à SX, passage de SX à SA.

Annexe 52

Arnold Lawson, médecin londonien, défend sa réputation

« Dear Sir,

A Mr Wylie was up before you two days ago with a certificate from me with regard to defective eyesight, in which I expressed the opinion that he was not fit for Military Service on this account.

I understand from him that the Military Representative disregarded my view, advising the rejection of his appeal and that this course was followed.

I am sorry to bother you with a letter knowing how busy you are, but Mr Wylie's case is one which must not rest at this point.

I am not in the habit of giving certificates to men unless I mean what I say in them, and I think Mr Wylie's case ought at any rate to be referred to the Central Medical Board for a final judgment.

I do not wish to further reiterate the points I made in my letter to you but I do hope that in common fairness to the man in particular and to the Country in General, that you will not allow this case to rest where it is at present.

It seems such a pity to saddle the Army with a lot of men perfectly useless, such as Mr Wylie, when they are doing good work outside and so helping their country indirectly.

At any rate let the Central Medical Board decide the matter and not the Military Representative who knows nothing about it.

Yours very truly,

(Sgd) Arnold Lawson

FRCS.Eng. etc. »

Source : Tribunal d'appel de Middlesex, Lettre d'Arnold Lawson aux membres du tribunal, NA, MH 47/117/124/005

Annexe 53

Le système français vu par un médecin britannique (1917)

« The efficient medical examination of recruits is a much more difficult task than the average layman understands, and its complexity was not fully understood by many who raised battalions at the beginning of the war in response to Lord Kitchener's appeal, or by some of those appointed to the command of battalions and other units more recently raised. […] the majority of men invited to undertake these examinations had no experience of work of the kind, and that the instructions they originally received as to the degree of fitness for which they must look in an acceptable recruit may have let them may have let them in some doubt as to the scope of their duties, and in some instances as to the defects which should lead to the rejection of men. Lastly in the first rush medical examining officers were expected by enthusiastic recruiters to get through a greater number of examinations in a given time than was physically possible if each man was to receive the careful examination theoretically desirable. The instructions have now been made more precise, and medical officers are now no longer asked simply to reject or pass a man as fit for service as a soldier. They can class any man who comes before them in one of several grades of efficiency.

[…] requires a certain amount of experience of military life and an estimate of the degree of physical strain imposed by each of the various classes of military work. The duty of the medical examiner of recruits is therefore still difficult, and it may be interesting to give a short statement of the manner in which the examination of recruits has been systematized in France, where of course experience in examination of large numbers of men for a citizen army is more widely disseminated.

The general question as to what should be done with the conscript or recruit in France has been divided into two parts, the first of which concerns the physical and mental suitability of the individual for any kind of military duty whatever. The second part deals with the much finer question of the kind of work on which a man passed as fit for a soldier shall be employed. This is left for leisurely consideration at a later date.

The decision on the first question is delivered after a consultation with his colleagues, and after consideration of the medical evidence on the point, by the president of a board appointed for the purpose. Such president is always the prefect of chief Representative of the government in the department where the board is sitting, the other members consisting partly of civilian officials, partly of military officers. The military evidence is partly as to facts, which the board may or may not be able to see for itself, and partly as to deductions which may be based on those facts. There is provided for the joint use of the board and of the recruiting medical officers a code which shows what decisions should be reached in the presence of certain given facts.

[…]

The general procedure is as follows: The members of the board sit at a long table at the end of a room, and facing the entry. Each proposed recruit in his turn comes into the room already stripped to the skin. As he walks up to the table, the board and the medical men have an opportunity of judging to what class he apparently belongs; and as soon as his name has been identified on the register his technical examination begins.

It is conducted usually by three or four medical men each of whom pays attention to some particular point – for example the formation of the feet, the condition of the heart and lungs, the teeth, the eyes or the ears – and as a rule it is completed forthwith in the presence of the board. Should, however, a doubt arises at any point, the case is put back for further examination

by a specialist if need be; and completed later on; the flow of recruits to the room thus remains uninterrupted. The examination concluded, each medical man who has taken part in it states his opinion, together with his reason, as to whether the individual should be accepted or rejected temporarily or finally, and, if accepted, whether he should be assigned to the armed or the auxiliary branch of the service. These opinions given and any questions which any members of the board may choose to put having been answered, the decision of the board is reached, and recorded by the president forthwith.

The Leading points to which medical examiners have to address themselves are these:

> Is the proposed recruit a well-built individual likely to be capable of using his limbs in the fashion required by a soldier?
>
> Does any peculiarity of his conformation render his liable to suffer from the wearing of uniform, or from carrying weapons and equipment?
>
> Does he present any evidence of morbid predispositions such as will render the life of a soldier directly dangerous to him?
>
> Is he the subject of any malady or defects which, although it does not lessen his own capacity for service, makes him unfit for enlistment because it will make intimate association with him disgusting?

Comparatively few men are altogether free from defects; and though some defects may suffice from themselves to decide all the points on which the board has to make up its mind, in other cases it may be necessary to weigh up their individual or aggregate importance, and in this case also the medical examiner assist. Experience shows that the boards are inclined to overestimate the importance of defects that they themselves can see, and underestimate those which are revealed solely by technical examinations. Consequently the preface to the code of instructions prescribes that the medical witnesses shall always give the reasons for the opinions they express, taking care in particular to bring out clearly the reasons why they attach importance to defects as may not be visible to the board itself, and stating, if necessary, why too much importance should not be attached to those which are plain to everyone.

[…] [The recruit] can bring with him if he pleases a certificate from a private practitioner, but it is received merely as a statement of alleged fact, or, in other words, as a statement that the individual to whom it relates is the subject is the subject of this or that defect, or has had at some time past an illness presumed to have left it behind him a condition rendering him unfit for any form of service or fit for service only in the auxiliary branch. There is a strict rule against any medical man who lives in the same town, or even in the same department, as a proposed recruit taking any part in the proceedings of the recruiting board before which the latter appears.

[…]

Exempted or adjourned

[…] Men of both are told to present themselves again or examination after the lapse of a certain period. A man classed twice as exempted used to be free from military obligations altogether. Under a recent regulation however, he is now liable to be re-examined from time to time. A recruit whose enlistment has previously been adjourned on account of immaturity, and who when he comes up again is found still to lack the muscular development necessary for the armed branch passes automatically into the auxiliary branch provided his general health is sound.

The second part […] only those accepted for the armed branch […] for what form of military work the recruit is best fitted, and it is sometimes not finally settled until the recruit has been

under observation for some time. He then goes before a small board, which, guided to some extent by medical opinion, assigns him definitely to one or other of the numerous branches into which armies alike are divided.

This board is formed of experts intimately acquainted with the kind and degree of the physical strain imposed by the work of various corps. A man, for instance, whose feet are questionable may get well in the cavalry or artillery but would inevitably break down if put into a line regiment. Another may have defects which would make riding difficult for him but would not interfere with his utility in the engineers. A third may present defects unfitting him either for the cavalry of infantry but yet possess the vigour and strength desirable in a recruit in the medical department.

The code of instructions […] has been modified on several occasions during the past two years without being entirely revised. […] Some excerpts:

Heart.

Cyanosis resulting from malformation of the heart or the large blood vessels justifies total rejection.

Hypertrophy, if sufficient to cause decided increase of the area of cardiac dullness, justifies total rejection. Mere displacement of the apex or of the edge of the dull area is insufficient to establish a diagnosis.

Lungs.

Pulmonary tuberculosis, however slight, entails total rejection. Asthma is compatible with auxiliary service, but justifies rejection if severe and obstinate.

Skin.

Eczema, if it affects a large extent of surface and is proved to recur frequently and be obstinate in character, justifies total rejection.

Sycosis is compatible with general service, but if of frequent recurrence, justifies allocation to auxiliary service.

Obesity, when so marked as to involve difficulty in walking and other movements, may justify total rejection, but in ordinary cases the subject is fit for auxiliary services.

Larynx.

Chronic laryngitis, not of tubercular origin, is compatible with general service, even when accompanied with mucus thickening.

Nose.

Chronic rhinitis of all kind, including hay fever, is compatible with general service unless accompanied with ozaena.

Mucous Polypus, Nasal polypi are compatible with general service.

Tumours.

Simple tumours and horny growths are incompatible with general service, if of such size and so placed as to be likely to interfere with the soldier's movements or carriage of weapons; but they are compatible with auxiliary service.

Ranula is compatible with general service unless very large.

Abdomen.

Inguinal Hernia, whether single or double, is compatible with general service provided that it is easily reducible and capable of being kept reduced.

Femoral Hernia being generally difficult to keep reduced, and especially dangerous when strangulated, is compatible only with auxiliary service.

Chronic infections of the stomach and intestines when their existence is well demonstrated, and is accompanied by emaciation, justify total rejection.

Varicocele justifies total rejection only when it is of such a size as to cause real difficulty in walking.

Lower Extremities.

Varicose veins, provided they are not the site of phlebitis and are unaccompanied by swelling of the feet or by ulceration, are compatible with several forms of general service.

Hammer toe when so developed as to bring the dorsal surface into contact with the ground and produce painful projection of the joints, unfits the subject for general service, but is compatible with auxiliary service. »

Source : « Medical Examination of recruits in France », *British Medical Journal*, 1: 194, 10 février 1917

Annexe 54

***British Medical Journal*, « Recruiting and discharge » (1916)**

« Sir, - Your leaderette on "The Medical Examination of Recruits" calls attention to a complaint from medical officers of units at home and abroad of the number of physically unfit men who have been passed as fit for active service. Nothing however, is said about the enormous number of physically fit men who are daily being discharged from the army for minor defects by these medical officers.

It would be interesting to know how many efficient soldiers have been discharged for small varicoceles, slight degrees of hammer-toe insufficient to cause discomfort in marching, defects of teeth or inability to satisfy the constantly varying standards of eyesight, height, or chest measurement. Last week a man came to see me who had enlisted early in the war. He had a slight amount of hammer-toe and a cardiac murmur, with no displacement of apex beat and no sign or history of cardiac inefficiency. He rapidly rose to the rank of sergeant, and he stated that he was never sock, and never had to fall out when on duty. He was discharged because of having hammer-toes. On the strength of this discharge I passed him ("unfit for infantry") for the mechanical transport as a learner. He was again discharged on joining his unit. He was a good soldier, as proved by his rank, a good character shown on his certificate of discharge, and proved to be physically fit by his ability to stand the severe training of Kitchener's army. This is only one of scores of hundreds of cases that have been brought to my knowledge since the beginning of the war.

As to the reputed carelessness of medical officer, I do not believe it exists to any great extent. It is not remarkable that early cases of tuberculosis should be missed; it is almost a miracle that any should be discovered considering the conditions under which the work has had to be done during the several period of rapid enlistment, and particularly in the early days of the war and during the first fortnight of this month.

In this town, although every civil practitioner was asked to help (most of them willingly doing so), and although many fresh centres were opened to cope with the rush of recruits, yet it was not uncommon for a doctor to have to examine from eighty to a hundred men a day in a noisy and crowded room.

Among the cases you mention are the chronic epileptics. Can the RAMC officer diagnose epilepsy in a man who appears intelligent and who denies having had fits. I do not profess to be able to do so. Deformities of limbs are passed sometimes; after all, the army is not a beauty show, and the appearance of a man on parade is not everything. I remember passing a man who had lost the trigger finger of his right hand. He was a gamekeeper, and a most excellent shot.

You mention also cases of hernia. The medical officers of this town were definitely instructed but the colonel inspecting the district that inguinal hernias could be passed for home service if small and capable of being kept up by means of a truss.

You also particularly mention the standards of fitness in the foot. I passed a man with a slight degree a flat foot, who was promptly discharged in joining his unit. Up to the time of his enlistment he was a professional football player in an Association team.

If men are passed as fit and prove unfit for their work they should be discharged, but it is nothing less than a grave scandal that good and fit men should be discharged for minor defects without giving them a trial, and in my opinion, it is better and cheaper that many unfit men should be

passed into the army rather than run the risk of losing even a comparatively small number of good soldiers.

I am, etc.

December 1915

Civil Examiner of Recruits »

Source : Civil Examiner of Recruits, « Recruiting and discharge – The Other Side of the Shield »*, British Medical Journal*, 1er Janvier 1916, p. 33

Annexe 55

British Medical Journal, « Medical Examination of recruits » (1916)

« Sir, – if you could publish this letter, you would be doing a kindness to the medical men examining recruits, to the general practitioners who give certificates without knowing the existing regulations, and to those non-judicial bodies, the tribunals, who do not sift statements properly, but always believe that the official examiners must be wrong, although they illogically praise the same men when serving abroad.

Up to some period in this time, the question was: Is this recruit fit for active service or not? If not fit, he was unfit for anything. Now it is: if not fit for active service, what is he fit for? Under the general service class are six others, according to a man's constitution and defects, the final being sedentary at home. In this class go all with special defects, even compensated heart cases, if earning a living in safety at certain work, for if they can do that in safety for themselves they can do it for the nation. Also certain minor defects which under the former examination unfitted a man for active service do not do so now if they will not mature into inefficiency in three years, the examiners having now only to look ahead that time instead of twelve years.

For want of knowledge of these facts we are constantly getting certificates saying the recruit is unfit for any service (meaning on the old scale); when graded to a lower class, he thinks he is badly treated, and complains to his tribunal. The latter then act upon the certificates without troubling to inquire what was the idea in the doctor's mind when he wrote them.

Then tribunals accept certificates without scrutinizing them; they accept them ex parte, if an applicant states they have not been favourably considered by the examiner. To be accepted they must be definite. It is no good to say that a man has heart trouble, or a valvular murmur; it is no good to say a man suffers from epilepsy; there must be the statement that the certifier has seen the man in a definite attack and the date.

We constantly get a certificate from a man admitting that he is carrying on his occupation, that he is unfit for any service; he does not want to serve, and goes to the tribunal with a tale of inefficient examination, because it has not confirmed his doctor's opinion, the latter not knowing the degrees of possible classification.

Again, we are not credited with using the terms with a definite meaning; anyone must be right except a doctor. For example, a man who has lost the sight of an eye was sent back for re-examination; he had been graded according to his occupation which he had followed for years with one eye. He was sent back because he had "lost" an eye, and had not been classified as such. But in our rules, he had not lost an eye; that term means there had been total excision. And yet his definition was accepted before the medical examiners' as is usually the case. My excuse for troubling you with this letter is that it appears to be no one's duty to give explanations which, if understood, may be beneficial to the public policy. –

I am, etc.,

November 23rd

Examiner of recruits »

Source : « Medical Examination of recruits », *British Medical Journal*, 2: 778, 2 décembre 1916.

Annexe 56

British Medical Journal : « Medical Examination of recruits » (1917) (1)

« Sir, – A recent question in the house of Commons and various statements in the lay press reflects unjustly on the honesty and competence of the Army Medical Recruiting Boards. I hope you will publish this letter, as the medical men concerned are forbidden to reply to criticism in the regular press and the authorities seem to consider it no part of their duty to defend their medical examiners of recruits.

With regards of errors of opinion, a certain number of these is inevitable, as every medical men knows, and many cases must arise in which two medical men of equal competence and integrity come to a different conclusion as to fitness for military service. I remember how some years ago a thousand different diagnoses made before death at a certain hospital were compared with the results found *post mortem*; the percentage of accuracy was 85.

The question why cases are now passed as "A" when they were formerly – perhaps on several occasions – rejected, the answer is that the standard of examination is constantly changing and has been gradually tightened up as the national emergency has increased; and the medical examiners, who do not make the rules and merely have to do their best to carry out orders from above, cannot be held responsible for the hardships inflicted by changing standards. Critics seem to forget that the original standard was for Twelve years' service, with the result that many small defects sufficient at that time for total rejection now longer count as reasons for rejection. Up to nine months ago defects of eyesight which are now held to be no bar to service were the cause of many refusal.

With regards to the frequent allegations that the certificates of private medical men are ignored, it must be remembered that a large number of recruits coming up to examination are doing their utmost by any means to avoid service. Medical examiners would not be doing their duty if they accepted all medical certificates on production; they have a clear right to act on their own judgement. Much trouble has arisen because private practitioners will send in certificates, correct enough as to the facts of diseases of disability, but mere guess-work so far as an opinion as to total unfitness for any military service is concerned. In such cases the medical examiners receive the medical men's opinion on the point on which he is qualified to judge, but do not necessarily adopt his view on a matter they are more competent to decide[1833].

The greatest trouble has been about heart cases; a large number of the men who produce heart certificates are cases of functional murmurs, not needing rejection, often only needing training to fit them for service. Too often the statement, "My doctors say I have a heart disease" in an opinion founded on incomplete examination. I many cases presenting heart murmurs, which disappear when the patient lies down, it is found that the private practitioner has only listened to the heart when the body was erect.

But beyond questions of honest differences of opinion, we cannot ignore he obvious fact that many certificates of unfitness which come before us have only too evidently been forced under duress from the family medical man, "if you want to remain our doctor, you must find some reason why I should be rejected.".

[1833] « Medical Examination of recruits », *British Medical Journal*, 1: 530, 21 avril 1917

With the old rejected men now about to be called up once more, the task of the Medical Recruiting Boards will be much harder. – I am, etc.

April 12th

Medical Examiner »

Source : « Medical Examination of recruits », *British Medical Journal*, 1: 530, 21 avril 1917

Annexe 57

British Medical Journal, « Medical Examination of recruits » (1917) (2)

« Sir, – Your correspondents who have dealt with the injustice of the lay press to Army Medical recruiting Boards have given various reasons why the work of these boards is occasionally imperfect, though as good as possible on the whole. There is another which I should like to state shortly, and it is due to the impatience of the military authorities themselves. The usual medical board consists of four men, including the president who is generally an RAMC man. These men are supposed to work for three hours, and are paid on the basis of three hours' work. At first the board of which I am a member had reasonable time to do its work carefully and well, but soon the military complained that recruits were not being put through fast enough, and we were "speeded up", until on three consecutive day recently we saw 90, 85, and 120 recruits in a morning of three hours. Two of the men on the boards have to see each recruit – namely, the president, and the man who tests vision, is responsible for correct weights and measurements, examines teeth, physique, ascertains medical history and absence of hernia or other external disability, examines feet and legs, and puts recruits on physical exercises; the other two men each see half the number of recruits presented, and examine hearts, lungs, abdomen, etc. How can a man adequately examine 90 recruits or even four hours? Such hurried and breathless work asks for mistakes and oversights, and they no doubt happen; but I contend that it is not the fault of the overworked medical boards but of those who overwork them. Personally after seeing 90 man without a pause in a limited time, I feel as if I have been well beaten, and not at all in a condition to begin the heavy work of general practice which has to be crowded into the rest of the day.

April 22nd

Another Examiner of Recruits »

Source : « Medical Examination of recruits », *British Medical Journal*, 1: 565, 21 avril 1917

Annexe 58

British Medical Journal, « Medical Boards » (1917)

« Sir – Medical Boards have had to endure a great deal of criticism, most of it very unjust, from the lay press; personally I do not remember having read therein one word of praise.

It must be recollected that most of the members of medical boards are experienced examiners, who work for very long hours without complaining, long before these boards were instituted. The insecurity of our position is a serious grievance. Members of medical boards are liable to be dismissed after receiving 24-hour notice, which may result in a real hardship for many men who devote their whole time to examining recruits.

We can only be granted twenty-four hours leave. If we are ill for more than forty-eight hours, we are put on the waiting list, with only an off chance of being reinstated, and we receive no pay during such incapacity. The clerks in the recruiting offices are allowed six weeks' sick leave every year.

If only authorities would improve our position, chiefly by making it more secure, I feel sure they would have no difficulties in procuring medical medical examiners, and that the present members of medical boards would be more contented.

I may add in conclusion, that our work is sometimes very unpleasant, because often we have to bear, as best we may, a great deal of abuse from malingerers and prisoners.

I am, – etc.

11 may

Paregoric »

Source : « Medical Boards », *British Medical Journal,* 19 mai 1917.

Annexe 59

James Galloway et le nouveau système de classification

« It had become increasingly obvious that the attempt to surimpose a classification adapted to assist the administrative side of the army on work done by medical boards, now largely civilian, could not be continued, both for reasons of efficiency and on account of the social and political difficulties which such a method of classification inevitably brought on its train. The old army categories were guides to posting officers, based only partly on the result of medical examination. Classification of a man in one of the existing categories was therefore clearly the function of the army, and not of a board of civilian ministry.

[…] it would be useless to supply 1000 men fit only for employment as clerks when the demands of the army were for 1000 fighting men. Classification was therefore essential, but the medical and administrative aspects of the classification had to be sharply differentiated – relegated to civilian medical boards on the one hand, and to the military medical organization within the army on the other.

Experience has shown that men of military age can be classified by medical examination into four great groups, determined by physical considerations alone:

1. Men free from serious defects or organic disease, of good muscular development, actual or potential, the movements of their joints unimpaired, their special senses acute, of good intelligence and at the time of being handed over to the army, free from such infectious or contagious diseases as are not transient or rapidly curable.
2. Men fulfilling the above conditions, but whose special senses, e.g., eyesight – may be below the normal standard, but nevertheless sufficiently good for all ordinary purposes. Men in these two groups are capable of active service.
3. Men with defects which do not interfere with their vocation in civil life or with organic disease not likely to be incapacitating for a certain period of years. These men must possess fair intelligence and be able to perform the duties allotted to them regularly. Men in this group are required to perform the multifarious auxiliary services required for a modern army.
4. Men whose defects or disabilities, physical or mental, are of such nature or of so severe a degree as to render them unfit for service in the army. »

Source : GALLOWAY James, « Medical examination of men for military service: some of its problems, lessons and results », *Contributions to medical and biological research*, 1919, p. 669-670.

Annexe 60

Nombre d'examens, classements et appels Angleterre (1917-1918)

Number of examinations and re-examinations		Number of applications to Appeal Tribunals for re-examination	Number of applications refused by Tribunals
Grade I	871 769		
Grade II	546 276		
Grade III	756 859		
Grade IV	250 280		
Total: 2 425 184		33 091	16 412

Remarque : Le total ne représente pas le nombre d'hommes examinés puisqu'il n'existe pas de moyens de distinguer les examens médicaux en première instance des « *reexaminations* ». Cette remarque s'applique également au nombre d'hommes dans les différentes catégories : le même individu peut apparaître plusieurs fois. Sauf pour le *Grade IV* « *for which the figure given represents the actual number of men rejected as totally and permanently unfit for any form of military service* » puisque tout individu placés dans la catégorie IV « *was not liable to reexamination* ».

	Nombre d'examens	Pourcentage
Grade I	871 769	36%
Grade II	546 276	22,5 %
Grade III	756 859	31,2 %
Grade IV	250 280	10,3 %
Total	2 425 184	100

Source du tableau : Ministry of National Service, *Report vol. I upon the Physical Examination of men of military age by National Service Medical Boards From November 1st 1917 – October 31st 1918.*

Annexe 61

La fin de l'examen médical préliminaire (1917)

« Up till the issue of the instructions N° 642 of 1917 a combatant officer at an out station had a power to reject men on medical grounds. That was called the Primary Medical Examination. You may remember a considerable scandal in the City of Liverpool, where an officer was convicted who had been rejecting men on the primary military examination. There was some suspicion that similar things had been taking place elsewhere, and this was issued: "In future a man will not be rejected at the primary medical examination. If however, a recruiting officer considers it manifest that a man is permanently and totally disabled and unfit for any form of service a statement of the man's disability will be submitted to the Area Commander for the opinion of the President of the Recruiting Medical Board. If this officer is satisfied that no good purpose would be served by having the man medically examined, a discharge certificate (A.F. B. 2079) will be sent to him by registered post, and an entry will be made in the military register that this has been done. If the President of the Medical Board is not satisfied that the man's disability is of such a character as to render him permanently and totally unfit for any form of military service, the man will be called up for medical examination and classified or discharged accordingly". Now that was issued on the 18th April. […] Provision was made to prevent further fraud and to reduce the temptation. […] »

Source : NA, MH 47/144/4, Select Committee, Minutes of evidence n°1, 2nd July 1917, A. C. Geddes, p. 11.

Annexe 62

Circulaire sur l'incorporation n°773 Ci/7 (8 août 1918)

Révision de la classe 1920

Le président du conseil, ministre de la guerre,
A Messieurs des Préfets,
Les Gouverneurs Militaires de Paris et de Lyon
Les Généraux Commandant les régions Nord, 3 à 13, 15 à 18, 20 et 21
Le Général Commandant en Chef
Les Troupes Françaises de l'Afrique du Nord,
Le Général Commandant la division d'occupation de Tunisie,
Le Général Résident Général de France au Maroc.

La révision de la classe 1920 devra s'accomplir, au point de vue médical, de la façon la plus minutieuse : une extrême rigueur devra être apportée à la sélection du contingent.

Les conseils de révision, les Médecins chargés de l'incorporation, les Commissions spéciales de réforme ne perdront pas de vue que l'Instruction sur l'Aptitude physique du 20 décembre 1916 a désormais une valeur impérative.

En outre, ils exigeront des jeunes recrues, pour le classement dans le service armé, les mêmes garanties de résistance physique que s'il s'agissait d'engagés volontaires.

Ne seront jamais classés, ni dans le Service armé, ni dans le service auxiliaire, mais ajournés ou envoyés en réforme temporaire, les sujets qui, sans être porteurs d'une affection organique caractérisée, présentent néanmoins une constitution physique trop faible avec un état général et des antécédents qui font suspecter une prédisposition à la tuberculose.

N'incorporer que des sujets parfaitement sains, valides et robustes, présentant des conditions d'aptitude physique nettement suffisantes : tel doit être le constant souci des médecins des dépôts, des médecins experts opérant devant les Conseils de révision et les Commissions de réforme, ainsi que de ces Commissions ou Conseils eux-mêmes.

Une sélection insuffisante, qui sacrifierait la qualité des recrues à l'importance numérique des contingents, irait directement à l'encontre du but à réaliser. Elle ne manquerait pas de produire, à échéance rapprochée, un fléchissement physique et une fonte partielle des effectifs ; elle créerait un terrain propice au développement de la tuberculose ; elle favoriserait l'éclosion et la dissémination des diverses maladies infectieuses et épidémiques : en un mot, elle mettrait en péril, en même temps que le bon état sanitaire des troupes, la bonne marche de leur instruction et leur rendement militaire ultérieur.

Une sélection extrêmement rigoureuse du contingent est plus qu'une nécessité absolue d'ordre médical et hygiénique : elle répond, en outre, aux véritables intérêts militaires du pays.

G. Clemenceau »

Source : SHD GR NN 7 1100. Circulaires sur l'incorporation. Circulaire n°773 Ci/7 Révision de la classe 1920. 8 août 1918.

Annexe 63

Incorporation des ajournés des classes 1913 à 1917 (1917)

« Le Sous-Secrétaire d'État du Service de Santé militaire à Monsieur le Directeur du Service de Santé de la ème Région, S/C de Monsieur le Général Commandant la Région

À l'occasion de la prochaine incorporation des ajournés des classes 1913 à 1917 inclus, et des exemptés des classes 1915 à 1917 inclus, il y a lieu de prendre les dispositions suivantes :

1° Au point de vue de l'aptitude physique au Service militaire, appliquer les prescriptions de ma circulaire N° 567 Ci/7 du 5 août 1917, étant donné que l'impérativité des indications de l'Instruction sur l'aptitude physique du 20 décembre 1916, prescrite par la loi du 20 février 1917, article 3, paragraphe b, et rappelé par ma circulaire N°1027 CCM du 12 août 1917, est strictement limitée aux catégories visées par cette loi, c'est-à-dire aux exemptés et réformés des classes 1896 à 1914 inclus.

2° En ce qui concerne la visite d'incorporation, se conformer à ma circulaire N°11.805 3/7 du 9 Mai 1917, relative à l'incorporation des hommes récupérés par application de la loi du 20 février 1917, et rappelée par mon télégramme N° 13.888 3/7 du 3 juin 1917.

3° Une visite médicale est passée par les Médecins Chefs de service dans les dépôts, dans les 24 heures qui suivent l'arrivée. Cette visite a uniquement pour but de rechercher les contagieux de toutes catégories qui pourraient se trouver parmi les nouveaux venus, et de les isoler aussitôt.

4° Les vaccinations contre la variole et contre les infections typhoïdes doivent être exécutées le plus tôt possible après l'arrivée des contingents.

5° Les prescriptions de mes circulaires N°433 Ci/7 du 25 février 1917 ; n° 461 Ci/7 du 12 mars 1917 ; N°488 Ci/7 du 10 avril 1917 relatives aux mesures hygiéniques et prophylactiques prises à l'occasion de l'incorporation de la classe 1918 seront observées (…)

6° Dans les statistiques et sur les états périodiques, en particulier sur les états décadaires relatifs aux maladies contagieuses, fournir séparément les renseignements se rapportant aux ajournés et exemptés qui vont être incorporés, étant entendus que les chiffres concernant la classe 1918 continueront à être produits jusqu'au départ de celle-ci pour les camps d'instruction de la Zone des Armées.

Les renseignements numériques relatifs aux exemptés et ajournés figureront au niveau des totaux des décès observés dans la classe 1918. Les totaux concernant la classe 1918 seront inscrits comme par le passé à l'encre rouge. Ceux qui viseront les exemptés et ajournés figureront à l'encre noire, entre parenthèse, à côtés de ceux de la classe 1916.

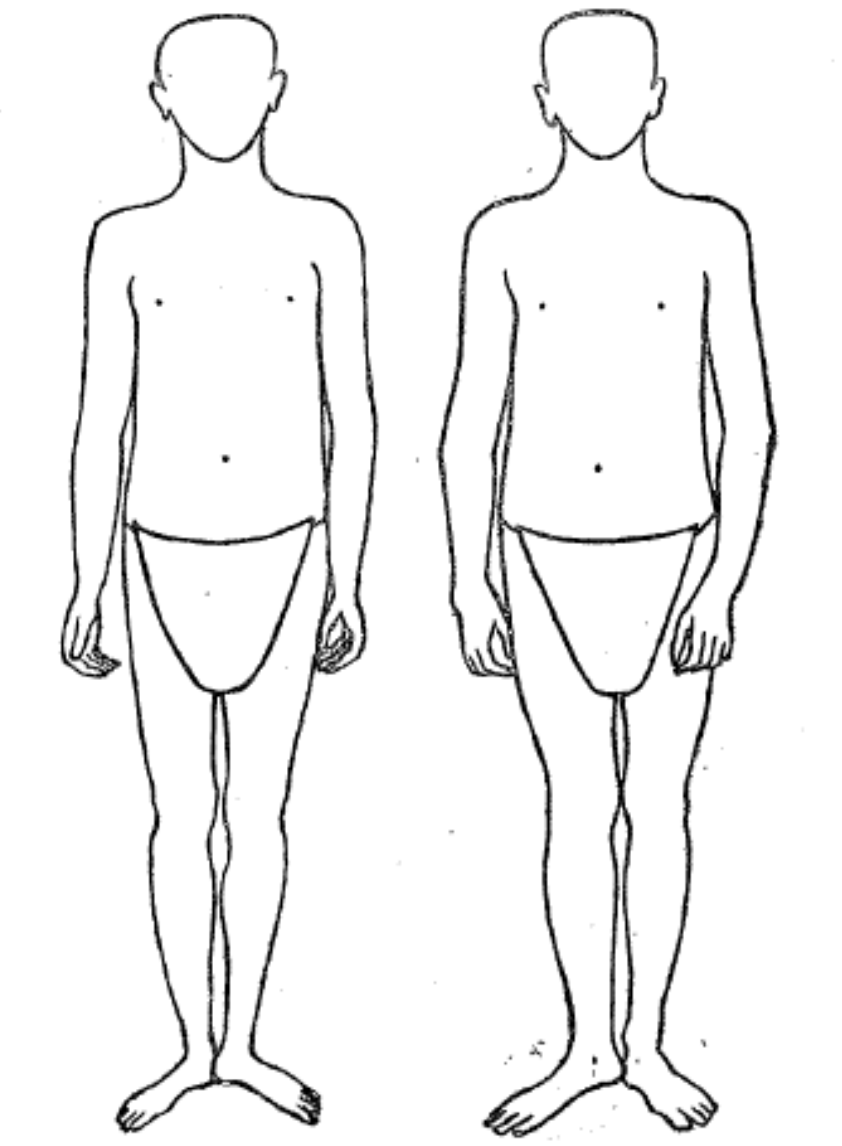
Justin Godart »

Source : SHD GR NN 7 1100. Incorporation des ajournés des classes 1913 à 1917 inclus, et des exemptés des classes 1915 à 1917 inclus, circulaire n°20.584 3/7, Paris le 29 août 1917. Tamponné : « Très Urgent ».

ANNEXES DU CHAPITRE 7

Annexe 64

Silhouettes de conscrits des cantons de Captieux et de Villandraut (1911)



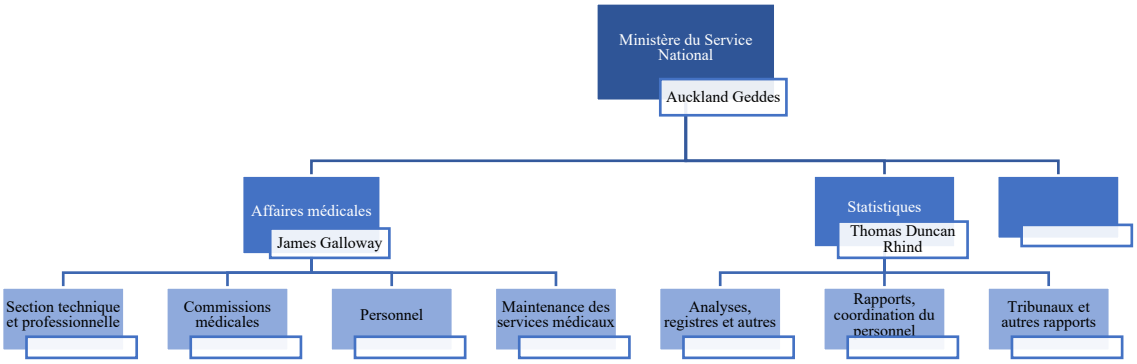
Silhouettes de conscrits : C captiésain ; V villandrautais (sujets de tailles et de poids norm.)

Source : DUPUY Henry, *Recherches comparatives sur l'aptitude physique des conscrits au service militaire dans les cantons de Captieux et de Villandraut*, Bazas, Imprimerie Constant, 1911.

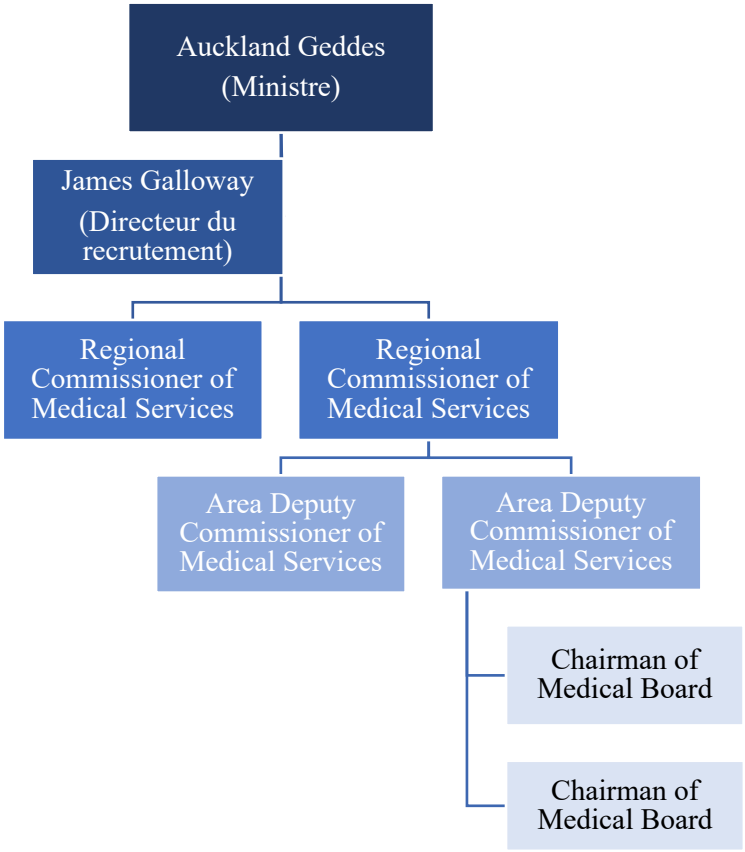
Annexe 65

Organisation du Ministère du Service national

Organisation des départements du Ministère du Service national



Organigramme des affaires médicales du recrutement du Ministère du Service national



Source: Churchill Archives Center, GEDD 4/1/1365, Ministry of National Service : organisation of headquarters

Annexe 66

Les retours statistiques de guerre (Ministère du Service National)

Returns required by the medical department of the ministry of National Services

These records should be rendered to the Secretary, C., Ministry of National Service, Westminster, SW1, in accordance with the instructions detailed below.

I. The Daily Return to show the number of men by medical grades medically examined of re-examined by National Service Medical Boards will be rendered on MNS Form 3611. This Form will be made out by the Clerk to the Boards in quadruplicate carbon copies, on copy to be rendered direct to the Headquarters of the Ministry, the second to the Headquarters of the Region, the third to the Area Recorder through the Area DCMS, and the fourth retained by the Chairman of the Board.

MNS form 3611 will contain the following information:

Column 1. – Total examination of men who presented themselves for Service on this day, having received MNS 3195, r for direct or voluntary enlistment, and were medically examined or re-examined. (Not to include those shown in Columns 2 and 4).
Column 2. – Total number of examination of men of over 43 years of age; these examinations not to be included in Columns 1 or 4.
Column 3. – Not to be used.
Column 4. – Total examinations of men who presented themselves for re-examination under MNS 3491, 3509, or who presented themselves for medical examination or re-examination only. (Not to include those shown in columns 1 and 2)
Column 5. – Total number of men refused re-examination and who have had MNS 3491 issued to them.
Column 6. – Number of special examinations carried out. (This column should include X-ray examinations by specialists and other re-examinations for which special payment is made, irrespective of wheter they have been included in Columns 1, 2 and 4.)

Time of Opening and Closing Boards. – (a) Morning – Number examined. (b) Afternoon – Number examined.

Boys – Number found suitable or unsuitable.

A "nil" return must be rendered in respect of the days on which a Board does not sit. Such "nil" returns will be rendered in manuscript and not on MNS 3611.

II. – A fortnightly return in manuscript giving a nominal roll of men examined by National Service Medical Boards who have appealed and have been examined by the Appeal Tribunal Medical Assessors or a re-examining National Service Medical Board.
This Return will furnish the following information:
(1) Name

(2) Grading by NS Medical Board upon which the appeal is based
(3) Grading by Assessors or Re-examining Board
(4) Remarks. (In this column should be noted the reason, if available, for the alteration, if any, by the Assessors or Re-examining Board.)

When the AFB 178 and other documents of a man who has been examined and graded by the Medical Assessors to the Appeal Tribunal ae returned to the ADNS of the Area concerned, it is essential that these documents should be handed immediately to the Deputy Commissioner of Medical Services of the Board concerned for perusal, in order that he may abstract the necessary of the medical examination for the above Return, after which these documents will be reurned to the ADNS.

III. – A monthly Return on MNS Form 40, showing the list of men of each Board and the number of Sessions attended by each. Any change in personnel should be noted in this Return.

IV. – A monthly Return in manuscript of all men who have been rejected on account of Mental Deficiency, to contain the following particulars:

(1) Full name and address
(2) Occupation
(3) Remarks, including Medical aspects of case

V. – A quarterly Return in manuscript of Medical Equipment, stating the conditions.

VI. – A half-yearly report by Commissioners of Medical Services upon each of the Medical Boards in their Region, to be dispatched on 1st January and 1st July.

Source : Churchill Archives Center, GEDD 4/4. National Service Instructions (N°44 of 1917) as amended by MNS Circular Letter.

Annexe 67

Rapport quotidien par échelon concernant les hommes examinés et ré-examinés

Par …… Commission médicale nationale à …… Le ……

ÉCHELON MEDICAL	1 Nombre d'hommes ayant subi l'inspection médicale, porteurs du formulaire MNS 3695 ou s'étant présenté pour l'enrôlement volontaire (à part colonnes 2, 3 et 4)	2 Résultat des examens des porteurs du MNS 3579 (Ne pas inclure ceux mentionnés en colonne 3 et 4)	3 Nombre d'hommes ayant subi l'inspection médicale selon les dispositions NSI 19 de 1917 (Ne pas inclure ceux mentionnés en colonne 1 et 4)	4 Nombre d'hommes ayant subi l'inspection médicale selon les dispositions MNS 3491, 3509, 3524, 3526 ou qui se sont présentés pour examen ou ré-examen médical seulement	5 Nombre des hommes ayant refusé l'examen médical et qui se sont vu délivrer le formulaire 3491A	6 Nombre d'examens spéciaux (Examen par rayons X par des spécialistes et autres examens ayant entraîné un surcoût) y compris ceux mentionnés dans les colonnes 1, 2, 3 et 4.
ÉCHELON I						
ÉCHELON II						
ÉCHELON III						
ÉCHELON IV (rejet complet et permanent)						
EXAMEN MEDICAL INCOMPLET						
TOTAL						

Durée de la session durant laquelle les hommes ci-dessus ont été examinés

	Heure d'ouverture	Heure de fermeture
Matin		
Après-midi		

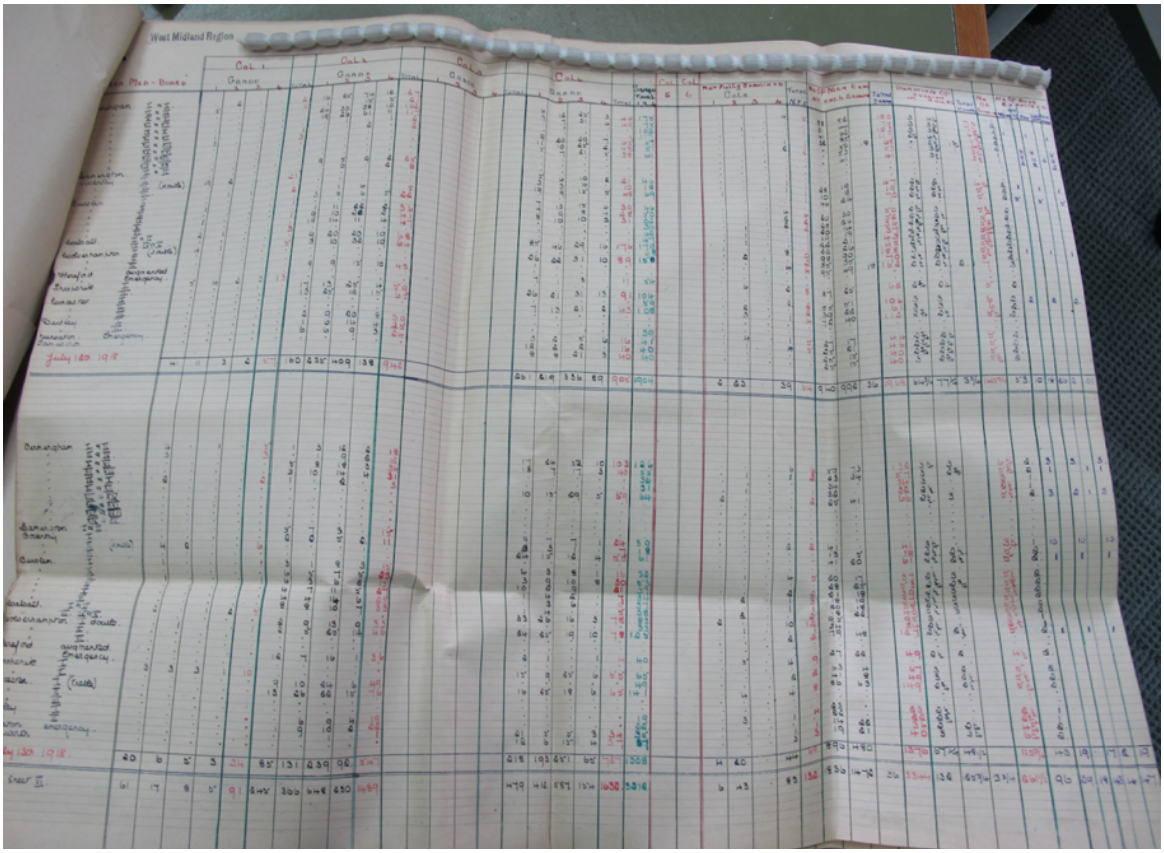
Signature :

Président de session

Source : CAC, GEDD 4/8, Book of completed Army Form, MNS 36/11.

Annexe 68

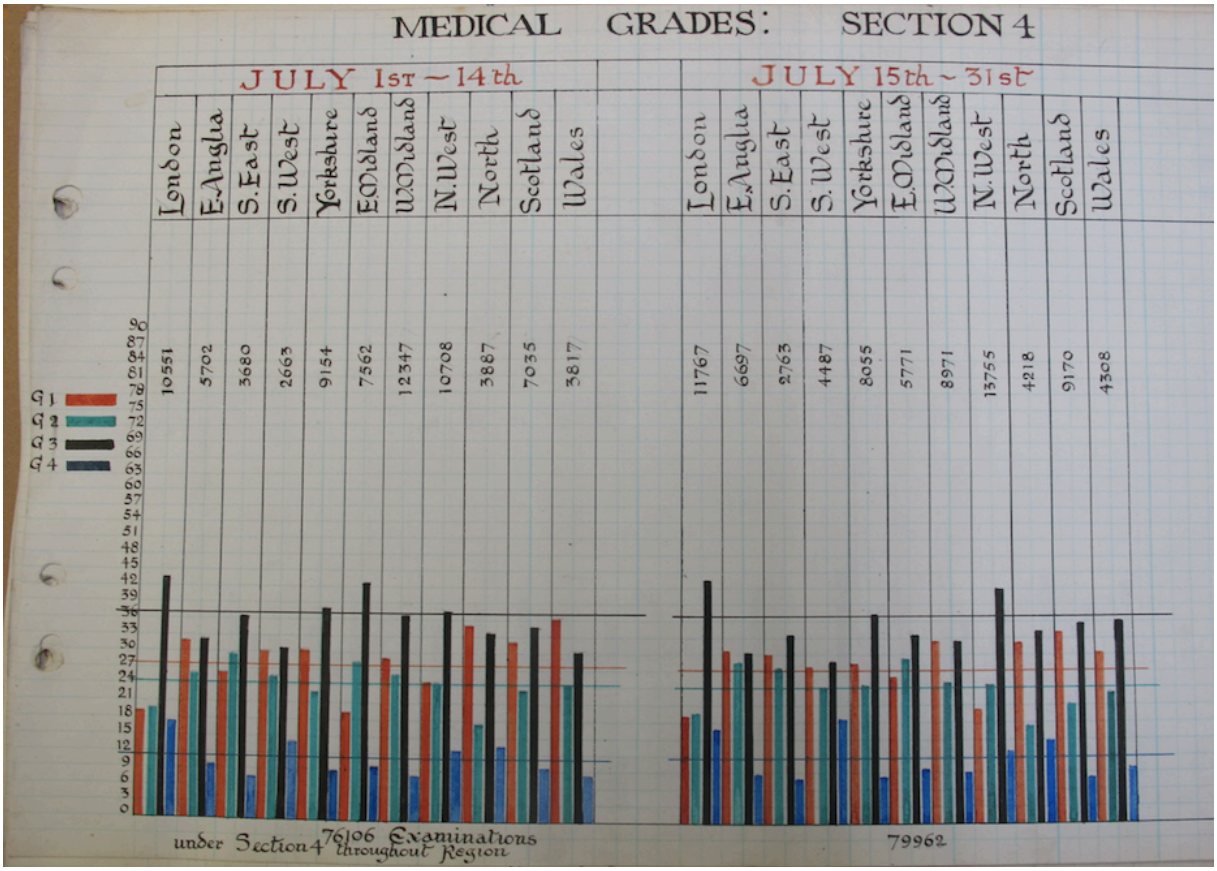
Rapport statistique de la région West Midland (15 June-14 July 1918)



Source : NA, NATS 1/377, Medical Boards Returns: 15 June-14 July 1918, West Midland Region Report.

Annexe 69

Graphique de la répartition des recrues par échelon et par région



Source : CAC, GEDD 4/9 Medical Statistics

Annexe 70

Composition du comité consultatif (Advisory Board)

Sir James Galloway,	K.B.E., C.B., Chairman (Ministère du Service National)
Sir Donald MacAlister,	K.C.B., M.D., President (General Medical Council)
Jas. W. B. Hodson,	Esq., F.R.C.S. (Scottish Medical Service Emergency Committee)
Chas. Ryall,	Esq., CBE, F.R.C.S. (Committee of Reference of Royal College of Physicians and Royal College of Surgeons)
Thomas Jenner Verrall,	Esq., L.L.D. (Central Medical War Committee)
Edward R. Turner,	Esq., F.R.C.S. (Central Medical War Committee)
Professor Arthur Keith,	F.R.S.
Col. Arnallt Jones,	K.H.S., V.D.
Dr Percy Edwards	(General Representatives)

Representatives of the following Government Departments were also invited to attend all meetings, *viz*. :

Admiralty Medical Department
Army Medical Service
Local Government Board
Scottish Office
National Health Insurance Commissioners
Ministry of Pensions.

Source : GEDD 4/4/. Ministry of National Service, *Report upon the Medical Department of the Ministry of National Service*, London, HMSO, 1920, p. 18.

Annexe 71

The « systematic manufacture of infirm citizens » (1901)

« If there be no feature of Roman civilisation more repulsive than its indifference to suffering, there is something still more revolting in our own tendency to overwhelm the strong and healthy with the ever-growing demands of profligate, thriftless, and prolific invalids […].

The physical condition of Frenchmen […] has been greatly improved since 1870. In England it is otherwise. […] So enamoured are our moralists, however, of unfitness, so indifferent are our rulers under the multiplication of the unfit, that the lads who formed our necessary celibate Army in India suffer, in the name of morality, twenty times as much from preventable diseases as the "immoral" French soldiers […].

In the Manchester district, 11000 men offered themselves for war service between the outbreak of hostilities in October 1899 and July 1900. Of this number 8000 were found to be physically unfit to carry a rifle and stand the fatigue of discipline. Of the 3000 who were accepted, only 1200 attained the moderate standard of muscular power and chest measurement required by the military authorities. In other words, two out of every three men willing to bear arms in the Manchester district are virtually invalids […].

The first step, therefore, towards obtaining an efficient people is to eliminate from among our rulers all those who are themselves physically and mentally efficient. If rotten at the top, the process of regeneration is not likely to begin at the bottom […].

Presumably before a man attempts to enter the Army he must feel able to do the work. He knows he must pass a severe medical inspection. Nevertheless, there are 403 applicants out of every 1000 rejected on inspection. In 1898 the medical department of the Army inspected 66 501 recruits; out of these, 23 287 were rejected – a fact that does not say much for the stamina of the hardiest section of the population. After being thus weeded out, fed up, and trained for a soldier's life, the flower of these young men are sent to India. Once there, sixty-seven out of every hundred men are found to have contracted contagious disease in one form or another. The state of the Royal Navy is but little better. »

Source : WHITE Arnold, *Efficiency and Empire*, Methuen & Co, 1901, p. 95-109.

Annexe 72

« A physical census of the Male Population »

« It was recognized that much of the difficulty of the past had been due to the complex nature of a category which was partly medical and partly administrative; the new recruiting boards were therefore instructed that every recruit was to be placed in one of the four grades in accordance wholly and solely with his physical consideration, without regard to any administrative consideration, such as his fitness for any particular arm or branch of the service. It is evident that this definition of the duties of the medical boards – namely, to grade the men brought before them solely in accordance with their physical condition – laid the foundation of a physical census of the men of military age throughout the country, and it is the collective result of these examinations that forms the basis of the present report […].

The *Report upon the Physical Examination of Men of Military Age by National Service Medical Boards* (…) represents the only survey of the physical fitness of our male population in the history of our country, and should stimulate interest in the vital problem of the health of the nation […].

Immediate difficulties arise in considering grading as a criterion of health. Physical fitness is a complex quality (p. 333) incapable of exact measurement. Furthermore, certain disabilities, such as deformities of the feet are serious from the standpoint of grading for military work but of slight account in considering physical fitness as regards life insurance. This necessity for looking upon disabilities in their military aspect has to be kept in mind throughout a perusal of the Report, and whilst the general fitness of recruits from a civilian standpoint is also fully investigated and commented on, it must be remembered that a certain number of men were necessarily placed in lower grades than would have been the case had the grading been based solely on their capacity for carrying on efficiently their own civilian employment. Nevertheless, even after allowing for this factor, it is sufficiently depressing to find that only 36 per cent of the men could be placed un Grade I as being up to the full normal standard of health and strength for their age, and that rather more than 10 per cent were judged to be totally and permanently unfit for any for of military service, even when it was assume that if a man was physically fit for any civilian work he was fit for some sort of army work […].

A first necessity in such an inquiry to have some definite idea as to what ratio the different grades should bear to each other in a community of satisfactory average physique. »

Source : « A physical census of the Male Population », *The British Medical Journal*, 6 Mars 1920, p. 331-335.