



HAL
open science

Obsessions. Indices historiques pour une généalogie des soins obligés

Marc Renneville

► **To cite this version:**

Marc Renneville. Obsessions. Indices historiques pour une généalogie des soins obligés. Les soins obligés ou l'utopie de la triple entente, May 2001, Lille, France. pp.7-27. halshs-00130382

HAL Id: halshs-00130382

<https://shs.hal.science/halshs-00130382v1>

Submitted on 1 Nov 2016

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

1.1. **Obsessions.** **Indices historiques** **pour une généalogie des soins obligés**

par Marc Renneville

6. – Peut-on contribuer à une meilleure compréhension des « soins obligés » en les replaçant dans une perspective temporelle ? La réponse ne va pas de soi car la notion de départ est elle-même assez floue. Doit-on entendre par cette expression une obligation notifiée par une décision administrative ou pénale ? Dans quel cadre procédural s'applique-t-elle ? À quel type d'individu ou de contentieux ? S'il s'agit de considérer les soins médicaux appliqués à des patients contraints, nous sommes renvoyés à une généalogie de la médicalisation d'une prise en charge des malades mentaux dont on peut trouver les premiers signes dès l'époque médiévale. S'il s'agit en revanche de soins pénalement obligés, l'échelle temporelle se réduit, pour la France, à un demi-siècle et aux mesures de lutte contre les conduites addictives, notamment alcooliques. On pourrait également prendre pour point de départ la loi du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles puisqu'elle lie pour la première fois une obligation de soins à un type de crimes et de délits ayant fait l'objet d'une condamnation. Il ne sera pas proposé ici l'histoire de la mise en place de ces mesures mais plutôt quelques éléments de réflexion sur la généalogie de ce que l'on a appelé *l'utopie de la triple entente* entre médecin, juge et patient placé sous main de justice. Comment se sont liées les rationalités médicales et juridiques à l'œuvre dans les soins obligés ? Rien, *a priori*, ne va de soi dans cette affaire. Retracer l'histoire de leurs impossibilités, de leurs conflits, de leurs croisements et de leurs ententes dépasserait évidemment le cadre de cette contribution. Je me limiterai donc ici à une réflexion sur les conditions historiques qui ont permis d'imaginer cette utopie...

7. – Encore faut-il que nous nous entendions sur l'extension des *soins obligés*. On peut entendre le terme d'*obligation* par opposition à *soins contraints*. Les soins obligés exigeraient ainsi le consentement du patient, tandis que les seconds ne le nécessiteraient pas ce qui ferait, je suppose, toute la différence entre les soins à un délinquant et à un malade mental. Cette distinction pose toutefois problème car la notion même de

consentement ne va pas de soi. Il n'est que de penser aux vicissitudes historiques de l'obligation vaccinale dans les politiques de santé publique ou à celle, plus douloureuse encore, de l'expérimentation humaine dans l'avancement des sciences : le consentement de chacun est-il toujours nécessaire lorsqu'il s'agit du bien de tous ? Quels sont les critères et les limites permettant de distinguer un consentement libre et éclairé d'un consentement contraint ? Ces questions essentielles sont au cœur du débat actuel dit de *bioéthique*. Elles ne seront pas abordées mais il faut retenir que la question du consentement du patient n'entre que fort tard dans les préoccupations des hommes et des institutions qui élaborent et mettent en œuvre les soins et que s'il est possible et nécessaire de tenter une archéologie de la bioéthique normative actuelle, ce n'est peut-être pas tant dans l'évolution des codes de déontologie professionnelle que du côté des fictions et des imaginaires non-scientifiques qu'il faudrait mener l'enquête.

Cette question du consentement étant écartée, on qualifiera ici par *soins obligés* des prescriptions à visée thérapeutique données à un sujet pris en charge par une institution ouverte ou fermée, lui ayant préalablement octroyé un statut temporaire ou définitif, de *déviant* par la mise en évidence d'un écart aux normes qu'elle se donne ; étant entendu que cette visée thérapeutique consiste à rendre le patient apte à une vie sociale de référence dite *normale*. Sont donc exclus de cette définition les soins donnés indifféremment à des individus normaux ou déviants (soigner une tuberculose chez un prisonnier par exemple) comme les « soins » visant à l'élimination pure et simple du malade. Le moment de convergence des conditions de possibilité permettant de poser d'un point de vue théorique la question des soins obligés précédant assez nettement le moment où cette problématique va trouver sa place dans des institutions, il sera proposé deux tableaux pour ces deux époques.

I. PREMIER TABLEAU : LES CONDITIONS DE POSSIBILITÉS

8. – Il serait tentant d'appréhender les rationalités à l'œuvre dans l'obligation de soins à travers l'histoire conflictuelle des rapports entre les pensées médicales et juridiques. On partirait de l'analyse critique que Kant a produit sur les divergences des facultés de théologie, de droit et de médecine, en 1798, pour s'autoriser d'une lecture en terme d'incommensurabilité des rationalités et de concurrence professionnelle. En amont, l'Ancien Régime permettrait de restituer l'existence de relations convenues entre médecins et magistrats. Des commis aux rapports sont connus dès le XIII^e siècle en France et les *Questiones medico-legales* (1621) de Paolo Zacchias (1584-1659), médecin expert du tribunal papal de la Rote, constitue une somme témoignant des interférences possibles entre la médecine et le droit. L'objet de cette collaboration ne

saurait pourtant préfigurer une quelconque obligation de soins car la peine judiciaire vise essentiellement, dans la doctrine traditionnelle, la rétribution du condamné et son expiation. Il est impossible dans cet univers mental d'imaginer un traitement médical du condamné autrement que d'un point de vue métaphorique. En aval, le XIX^e siècle fournirait de multiples exemples du choc des rationalités décrits par Kant. Le droit pénal occidental, fondé sur la liberté d'agir des individus, serait entré en conflit avec le déterminisme porté par une science médicale dont sont nées la plupart des sciences de l'homme. Les dossiers ne manquent pas, autour des débats sur la médecine légale ou les modalités de l'enfermement asilaire. Deux modèles résolument antagoniques seraient donc passés d'une coexistence pacifique à un conflit ouvert :

- d'un côté, le *médico-asilaire*, fondé sur une anthropologie déterministe. Son objet est la folie et il appréhende les individus comme sujets de soins ;
- de l'autre, le *juridico-pénitentiaire*, fondé sur une anthropologie du libre arbitre. Son objet est le crime et il appréhende les individus comme sujets de peine.

La ligne de démarcation entre ces deux modèles ? La *folie* et le *crime*. Deux signes forts attestent la reconduction de cette exclusion mutuelle de la folie et de la criminalité, dès le début du XIX^e siècle :

- *Côté criminel* : le code pénal de 1810 fonde le droit de punir sur la faculté que tout individu a de choisir entre le bien et le mal. Il institue en outre, en son fameux article 64, et pour longtemps, une nette démarcation entre la folie et le crime en abolissant la matière même de l'incrimination : « Il n'y a ni crime ni délit, lorsque le prévenu était en état de démence au temps de l'action, ou lorsqu'il a été contraint par une force à laquelle il n'a pu résister. »

- *Côté fou* : si l'on sait depuis les travaux pionniers de Gladys Swain que Philippe Pinel n'a probablement pas ôté lui-même les chaînes des aliénés de Bicêtre, on ne lui dénie pas en revanche la paternité d'avoir brisé les chaînes — intellectuelles cette fois-ci — qui entrelaçaient les figures de l'aliéné et de l'infraction¹. Philippe Pinel instaure la psychiatrie moderne en identifiant le fou à un malade irresponsable de ses actes. Il rejette la logique de répression appliquée au criminel comme au fou et plaide pour ce dernier une politique d'assistance.

9. – Nous serions donc face à deux identités bien définies, avec des territoires si bien circonscrits qu'ils semblent ne jamais devoir se rejoindre. Ne resterait alors qu'à décrire la naissance et la persistance de l'antagonisme médico-juridique et la relative stérilité des oppositions tout en notant que la fin du XIX^e siècle voit une poussée du positivisme juridique et les premières théorisations de l'individualisation de la peine, de la responsabilité sans faute, de la théorie du risque et de la nécessité d'évaluer la dangerosité des individus. Le XX^e siècle marquerait un progrès par l'affinement des problématiques, l'humanisation des institutions (avec toutefois des politiques crimi-

1. Swain, 1997 (1977).

nelles qu'il faudrait alors qualifier de *dérives*) et la raisonnable conciliation des points de vue cautionnée par l'émergence en cours d'une démarche éthique².

10. — Il est possible toutefois de concevoir une perspective alternative, si l'on veut bien se déprendre des oppositions construites par les acteurs eux-mêmes et mettre à distance les représentations transmises par les histoires disciplinaires. Pour parvenir à cette autre lecture, il faut commettre une petite infraction de pensée et faire sauter les verrous des mémoires collectives de la psychiatrie et de la science juridique pour les confronter à l'histoire des sciences et des représentations politiques. Revenons dans cet esprit à la charnière des XVIII^e et XIX^e siècles. L'explication posant l'incommensurabilité des rationalités médicales et juridiques ne dit ni comment ni pourquoi l'antagonisme se construit à l'origine même des institutions qui les mettent en œuvre. Mauvais calcul ou mauvaise coordination de la part des édiles révolutionnaires ? Effet pervers d'une période trop troublée pour concevoir des relations claires entre les individus et les institutions ? Sûrement pas. Les penseurs de la réaction thermidorienne, que l'on peut qualifier par commodité sous le terme générique et trop large d'*idéologues* ont promu cette anthropologie contradictoire, soumettant la liberté de penser et d'agir de chaque homme à certaines conditions, parce que cette anthropologie légitimait leur République élitiste résolument *anti-démocratique*, selon les expressions de l'époque. Dans cette pensée politique qui ne se limite d'ailleurs pas au libéralisme, tout homme n'est pas nécessairement citoyen à part entière parce que tous les hommes n'ont pas la même capacité de raisonnement. Certains individus sont plus libres que d'autres, il est donc normal qu'ils possèdent plus de droits. Cette rationalité en partie double a donc eu, au moment de sa mise en place, une logique propre et il n'est donc pas étonnant de la voir survivre à l'épreuve de ses applications et de ses contradictions et se maintenir sous nos régimes politiques dits *représentatifs*.

La grande majorité des savants du XIX^e bricolent autour de ces notions et la conciliation des explications du comportement humain en termes de liberté relative et de déterminations variées est extrêmement fréquente. Ces hommes ne nous ont pas attendus pour chercher une synthèse conciliant des postures irréductibles. Ce qui fait réellement sens et ce qui est continuellement en jeu, c'est plutôt la distribution des rôles : à quel type de population fait-on correspondre telle forme de liberté (sociale, politique, culturelle) ? Quels sont les individus que l'on croit pris dans des déterminations ? À quels critères reconnaît-on la liberté de penser et d'action ? Pourquoi, par exemple, le suicide d'un homme public est-il souvent interprété comme un acte de liberté alors que le suicide d'un anonyme est — au mieux — un point dans une courbe, au pire, un acte de lâcheté ? Quels sont les types de déterminations (biologiques, sociologiques, psychologiques, anthropologiques) appliqués aux phénomènes décrits, tout en sachant que ces catégories et ces territoires se construisent justement durant ce XIX^e siècle ?

2. Lameyre, 2001.

11. – Et puisque nous avons momentanément forcé le verrou des mémoires convenues, poursuivons notre vagabondage dans le temps, avant qu'on nous enferme de nouveau. Remontons plus haut. Acceptons un instant de mettre en suspens la définition actuelle des mots pour nous rappeler que dans la civilisation chrétienne d'ancien régime, le *crime* comme la *maladie* renvoient fréquemment au *péché* donc à la *faute* et au *mal*. À la différence du crime dont le châtement est la peine, la maladie peut être elle-même un châtement d'une faute commise appelant une expiation par une pénitence. Mais dans les deux cas, crime et maladie, la Rédemption n'est pas sans douleur. La souffrance de l'individu est partie intégrante de son rachat, de la peine comme des soins. C'est là une confusion surannée ? Peut-être, mais sa rémanence bien après la *sécularisation* de nos sociétés ne fait pas de doute. L'évolution de la prise en charge de la douleur dans l'acte thérapeutique a pu être décrite comme une histoire de la résistance des médecins à introduire des techniques permettant de soulager les patients³. Quant à la tentation de relier la maladie au vice, elle est récurrente, il n'est que de penser à l'histoire de l'alcoolisme, de la prostitution, des maladies vénériennes, de l'homosexualité ou du sida. Conjointement à ces phénomènes, on assiste depuis le XVIII^e siècle à un processus complexe de médicalisation croissante des sociétés occidentales à partir d'un savoir qui s'est peu à peu dégagé du pouvoir religieux⁴.

12. – Ce nouveau contexte a permis le renversement de l'argumentaire théologique sur l'origine du mal. Il a alors été de plus en plus tentant de repenser la faute comme maladie. C'est ainsi que les psychiatres du XIX^e siècle s'empresent d'appliquer leur jeune science à l'explication des grands moments de *déviances* religieuses comme symptômes de maladies mentales (sorcellerie, les visions partagées comme hystérie collective, les apparitions comme hallucinations...).

Cette nouvelle science, ils l'ont forgée à l'époque prise ici comme foyer d'origine, soit la charnière des XVIII^e-XIX^e siècles. Revenons-y, une dernière fois. Retour à l'anthropologie kantienne ? Pas seulement. Dans son *Anthropologie du point de vue pragmatique* (1798), le philosophe de Königsberg avance une représentation de la folie commune, parfaitement étrangère au savoir aliéniste naissant. Elle repose sur l'idée que le sujet atteint d'aliénation se définit par la perte du sens commun et une incomunicabilité d'expérience avec autrui. Cette maladie est fort peu susceptible de guérison. Par ailleurs, Kant estime que c'est à la faculté de philosophie, plus qu'à celle de médecine, d'éclairer le tribunal lorsque surgit un doute sur l'état mental d'un accusé. Il s'agit là de questions de psychologie qui relèvent de la seule compétence des philosophes. Kant n'a donc pas vu ce qui se mettait justement en place au moment où il écrivait⁵. Huit ans plus tôt, le médecin philosophe Cabanis avait publié une brochure

3. Peter, 1993.

4. Faure, 1994.

5. Swain, 1994, p. 1-28.

d'une quarantaine de feuillets, consacrée aux fonctions et à l'organisation des hôpitaux. Celui qui allait bientôt devenir le chantre de l'idéologie physiologique y citait l'expérience du comté d'Oxford où l'on mettait les prisonniers en cellule et les amenait par le travail. Il ne doutait pas que l'on ait « découvert la méthode curative au moyen de laquelle on pourra traiter [le crime] comme les autres espèces de folie⁶ ». Guérir par une peine de travail. Par un curieux effet de mémoire collective, on a oublié Cabanis pour retenir Kant.

13. – Il faut préciser très brièvement le contexte. La fin du XVIII^e siècle est marquée par un profond renouvellement de la compréhension et de la prise en charge des criminels et des aliénés. Côté criminalité, mouvement de codification guidé par la laïcisation des incriminations, la légalité des peines, l'avènement de la prison pénale et la disparition des supplices. Tout ceci est bien connu⁷. Côté folie, on assiste à une redéfinition de la prise en charge des aliénés par des mesures administratives sanctionnées (en principe) par un jugement du tribunal d'instance et une volonté d'assistance médicale. Le droit reconduit la distinction de la folie et du crime, la médecine aliéniste naissante milite également pour la séparation nette des fous et des criminels. Exclusion mutuelle des domaines donc ? Ce n'est pas si clair. Gardons à l'esprit la formule méconnue de Cabanis. On sait que le code pénal de 1791 est, au moins dans l'intention de son rapporteur, un code visant l'amendement des criminels. L'homme n'est pas naturellement mauvais et il peut être corrigé. La loi étant juste, les prisons étant bonnes, les criminels vont pouvoir s'amender par une saine discipline et par le travail. Il s'ensuivra une baisse de la criminalité, même si l'on ne dispose pas à l'époque d'outils statistiques pour mesurer celle-ci. Quant à la psychiatrie naissante, on sait également qu'elle repose sur un pari thérapeutique pour le moins osé, en comparaison du scepticisme qui caractérise l'école anatomo-pathologique de Paris : l'aliéné n'est pas pour Pinel un être totalement dépourvu de raison et c'est sur ce fond de raison qu'est basé le *traitement moral*. C'est là une première similitude : les accents utopiques sont perceptibles dans les deux mouvements. Si la médicalisation de certaines déviances s'est dressée au XIX^e contre la philosophie pénale des révolutionnaires, elle a surtout permis la prise en charge d'une *dangerosité sociale* non prévue par l'appareil judiciaire élaboré à la même époque⁸. Sur le point technique précis de l'expertise mentale, et au-delà des joutes philosophiques, médecins et magistrats parviendront assez vite à une position intellectuellement contradictoire peut-être, à mi-chemin entre la Bastille et Charenton, mais parfaitement efficace sur le plan du maintien de l'ordre social et de ses valeurs⁹. Il s'agit, suivant l'expression employée en 1889 par le psychiatre belge François Semal, d'une *neutralité armée*¹⁰. Et une bonne

6. Cabanis, 1790, p. 6.

7. Lascoumes, Lenoël, Poncela, 1989.

8. Renneville, 1997.

9. Renneville, 1999.

10. Semal, 1889, p. 57.

science neutre ne reste-t-elle pas, dans notre mode de gouvernementalité, la meilleure justification possible de l'ordre établi ?

14. – Derrière la face visible des rationalités médico-juridiques, il y a la figure insistante et insaisissable du crime comme acte de déraison et les transpositions qu'elle autorise de la folie criminelle à la folie du crime¹¹. Qu'on la prenne comme sujet anonyme d'un non-lieu du pouvoir ou comme objet violent non identifié par les savoirs, le crime en déraison trace une voie privilégiée pour ressaisir la rationalité hybride des soins obligés. C'est par lui que l'idée de soin est entrée dans le judiciaire, c'est par lui que l'idée de punition est restée dans la psychiatrie. La folie criminelle n'est certes pas une entité nouvelle au XIX^e siècle et elle est bien connue de l'Ancien Droit qui y voit une clause de non-imputabilité des personnes. Ce qui est nouveau en revanche, c'est qu'elle entre dans le champ de la médecine et qu'elle suit l'évolution de la clinique psychiatrique. Dès lors que la folie criminelle n'est plus circonscrite par une définition simple, il devient possible d'étendre le soupçon de la déraison à de nouveaux sujets. Ce qui était une alternative simple (folie ou raison) devient peu à peu une question de degré et de répartition quasi individuelle : Combien de folie, combien de raison ? Combien de peine, combien de soins ? Combien de droits ? Combien d'obligations ? Cette extension lente, presque imperceptible au fil du XIX^e siècle, a permis de requalifier, autour du noyau dur de l'aliéné criminel très tôt reconnu comme incurable par les médecins-aliénistes eux-mêmes, des catégories d'individus qui n'avaient leur place ni en prison, ni à l'asile ; mais qui étaient passibles de soins spécifiques, d'un autre traitement que la prison...

15. – Si l'on veut bien s'en tenir à une chronologie grossière, il est possible d'esquisser une histoire parallèle des discours sur le crime et la folie pour montrer comment cette population de l'entre-deux va être rendue peu à peu visible par l'échec du système carcéral. Cette histoire parallèle met au jour une rationalité hybride, sinon commune, aux discours médical et juridique sur le crime et la folie. À l'origine, il y a l'affirmation partagée de la nécessité d'une soustraction des individus à la vie commune. Le programme de socialisation des sujets ne peut se réaliser que dans un temps d'enfermement dans une institution close : la prison, l'asile. Ces institutions visent à contrôler, suivant les termes mêmes de l'idéologie physiologique, les *rappports du physique et du moral* des individus. Chaque fois qu'un sujet en est reconnu capable (et le médecin est ici un précieux juge), on le met au travail. Chaque fois que cela est possible, on lui propose les secours de la religion, on lui prodigue des rudiments d'instruction et de morale. Et les philanthropes rêvent de pouvoir accueillir chaque individu sortant de ces institutions dans une société de patronage favorisant son adaptation à une vie normale. Cette proximité est d'ailleurs renforcée par les discours savants qui ne cessent d'inclure au sein d'une même explication la compréhension de la folie et du crime. Première théorisation marquante, la phrénologie privilégie

11. Renneville, 2002.

comme sujets d'études les crânes extraordinaires, des génies et des fous, des criminels et des hommes vertueux mais aussi et surtout des fous criminels, tout simplement parce que, pour elle comme pour toutes les sciences qui lui succéderont, la frontière de la folie et du crime n'est pas plus nette que la frontière de la liberté et du déterminisme¹². Les phrénologistes défendent une orthopédie du cerveau qui se limite le plus souvent, fort heureusement, à un traitement moral adapté à la conformation psycho-crânienne du patient. D'où l'idée de trier aussi finement que possible les prisonniers comme les patients aliénés.

Les phrénologistes ne sont pas seuls à considérer que le crime et la folie partagent un domaine commun. Figure de proue de la philanthropie libérale, le duc de La Rochefoucauld-Liancourt donnait le ton en déclarant que rien ne devait « choquer dans la comparaison d'un fou avec un criminel ». Il y avait pour l'un comme pour l'autre un même devoir d'assistance, une même perspective thérapeutique : « Ceux qui rangent les criminels dans la classe des lunatiques ou des idiots ne se trompent pas de beaucoup. Les uns comme les autres doivent être surveillés contre eux-mêmes¹³. » Rappelons-nous l'interminable débat sur la monomanie homicide. Rappelons-nous ensuite Morel et sa théorie des dégénérescences qui inclue dans un même cercle fatal la folie et le crime. Prichard et Maudsley affirment Outre-Manche le lien entre crime et folie, au-delà de la seule folie criminelle. Il n'est pas plus nécessaire ici d'exposer une nouvelle fois les riches débats autour de l'anthropologie criminelle de la fin du siècle et leurs effets sur la justice pénale¹⁴.

Revenons plutôt aux institutions. Les systèmes juridico-pénitentiaire et médico-asilaire se développent à peu près au même rythme durant tout le XIX^e siècle. Dans les années trente, on note une volonté partagée de multiplier les colonies pénitentiaires et asilaires. C'est la politique du grand air : la *prison aux champs* et l'asile à la ferme (c'est l'époque de création de la ferme Sainte-Anne)¹⁵. Dans les années quarante, et l'éclatement du mouvement philanthropique y est certainement pour quelque chose, on voit poindre des dissensions sur l'efficacité des institutions fermées. Charles Lucas et Moreau-Christophe s'interrogent ainsi sur l'amendement moral des prisonniers¹⁶. Pour le dernier, il est clair qu'il y a des individus d'une *perversité innée* résolument incorrigibles. L'idée fait son chemin au fil des décennies suivantes. De mieux en mieux cernée grâce à l'application, dans la seconde moitié du XIX^e siècle, du casier judiciaire, la récidive semble croître régulièrement. La prison corrigerait peu, corrigerait mal. L'asile subit le même constat. D'abord limitée au fou criminel, l'idée d'incurabilité de certains patients fait peu à peu son chemin. C'est que l'on s'aperçoit que l'on entre plus facilement à l'asile qu'on en sort. Le traitement moral n'est pas une

12. Renneville, 2000.

13. Cité Duprat, 1980, p. 89.

14. Nye, 1984, Harris, 1991 (1989).

15. Carlier, 1994.

16. Petit, 1982.

panacée. À partir de 1850, la clinique psychiatrique se modifie pour prendre en compte la chronicité des maladies mentales en insistant sur leur composante héréditaire¹⁷. Il y aurait donc des malades incurables comme il existerait des criminels incorrigibles. Et les politiques alternatives procèdent d'une même logique : il faut amplifier la sélection des individus, multiplier les institutions de prise en charge. La prison ne peut corriger tous les criminels, l'asile ne peut guérir tous les patients. Il est des criminels qui n'ont rien à faire en prison, il est des aliénés qui n'ont rien à faire à l'asile. Certaines applications de ce raisonnement ont abouti à la mise en œuvre de procédures d'élimination, allant de la relégation à l'élimination physique en passant par la stérilisation ou la castration. Une autre conséquence de ce constat d'échec, nullement incompatible avec la première, a été une forte poussée des programmes de prévention du crime et de la folie. Au tournant des XIX^e et XX^e siècles, les ligues privées se multiplient, la lutte contre les grands fléaux sociaux s'organise et obtient le soutien des gouvernements, l'hygiène mentale et la prophylaxie criminelle deviennent des sujets de santé publique. On teste des peines alternatives, on imagine des services ouverts, on pense les dispensaires comme lieu de dépistages. La notion de déraison du crime se fait plus consensuelle ce qui va permettre, tout au long du XX^e siècle, d'expérimenter les nouvelles techniques de soins de la folie à la guérison de certains criminels.

16. – Essayons de ressaisir l'essentiel de ce premier tableau. Si la figure du crime en déraison a offert, de tout temps, un cadre de compréhension du crime sans mobiles, elle s'est incarnée suivant des modalités et des contextes très différents. Bien qu'elle ait été longtemps reliée à un diagnostic d'incurabilité des sujets, l'évolution conjointe de la psychiatrie et du droit pénal a permis une inflexion décisive au cours du XIX^e siècle de la représentation de la folie criminelle. Tout en reconnaissant l'existence d'un noyau dur de population d'aliénés criminels incurables, les aliénistes ont étendu la notion de déficit mental à de nouvelles catégories d'individus passibles jusque-là d'une condamnation pénale et d'une peine d'emprisonnement. Le moment critique de cette extension se situe entre 1880-1930. C'est durant cette période en effet que la récidive devient un phénomène de récidivistes et que le récidiviste lui-même se voit qualifié comme un *anormal*. La pathologisation de la criminalité s'étend alors virtuellement du *criminel de profession* au *criminel né* en passant par le *dégénéré*, le *déséquilibré* et le *persers constitutionnel*. Elle légitime une alternative thérapeutique à l'échec de la punition correctrice basée sur la responsabilité et la conscience libre du coupable. Si les catégories de récidivistes et d'anormaux sont souvent différenciées du point de vue du droit, elles permettent conjointement l'élaboration de politiques de défense sociale qui trouveront leur réalisation dans le vaste mouvement de réforme pénale des années trente.

17. Lantéri-Laura, 1998.

II. SECOND TABLEAU : LE TEMPS DES RÉALISATIONS

17. — Pour bien ressaisir la première mise en œuvre des soins aux condamnés, il faut abandonner un moment la France pour nous tourner vers la Belgique. La France pénale de la fin du XIX^e siècle n'est certes pas immobile dans le champ des réformes puisqu'elle met en œuvre successivement la libération conditionnelle (14 août 1885) et le sursis (26 mars 1891). La loi la plus symbolique pour apprécier la diffusion du regard médical est bien sûr celle du 27 mai 1885 sur la relégation des récidivistes car elle illustre parfaitement ce principe de défense sociale et le pragmatisme pénal commun aux juristes et aux médecins¹⁸. Par sa date : elle est adoptée en 1885, avant les grands débats sur l'anthropologie criminelle, la même année que le premier congrès de Rome, un an avant la parution du premier numéro de la revue de Lacasagne. Par ses promoteurs : la Cour de cassation et 25 cours d'appel sur 26 se sont prononcées en faveur de l'application de la transportation des récidivistes lors de l'enquête parlementaire de 1873 sur le régime pénitentiaire. La commission d'étude du Conseil supérieur des prisons a également émis un avis favorable en 1878 et l'Assemblée réformatrice élue les 21 août et 4 septembre de 1881, qui votera la loi, comprend 229 juristes pour 560 élus¹⁹. Impossible donc, sur ce dossier, d'opposer les rationalités juridiques et médicales : cette loi de relégation qui applique le positivisme pénal des médecins est d'abord et avant tout une loi de juristes.

18. — C'est toutefois en Belgique que s'élaborent, au même moment, les conditions d'une profonde réforme. Appliquant depuis 1810 le code pénal français, la Belgique s'est dotée d'un code autonome par la loi du 8 juin 1867. Celui-ci restait toutefois basé sur une conception classique de la répression et ne changeait rien à la question de la folie criminelle. Les actes des déments complets (art. 71) et des sourds-muets (art. 76) y étaient décriminalisés et l'appréciation de la responsabilité des coupables restait liée à celle de la volonté du sujet.

Les lois Jules Le Jeune du 31 mai 1888 sur la libération et la condamnation conditionnelles ont débuté une évolution similaire à celle de la France mais c'est surtout dans l'ordre théorique que la Belgique a été à l'origine d'une alternative pénale. Quelques signes, parmi d'autres : l'Union internationale de droit pénal est fondée en 1889 à l'initiative du Belge Adolphe Prins (1845-1919), de l'Allemand Franz von Liszt et du Hollandais Gerhardus Antonius Van Hamel (1842-1917). L'année suivante est créé par Henri Jaspas, Adolphe Prins et Paul Héger le *Cercle de criminologie* à l'Université libre de Bruxelles. On comptera parmi ses membres, Émile Vander-

18. Sur le vote de cette loi et son contexte, voir Nye, 1984, p. 78-96; Pierre, 1991, p. 231-259 et Badinter, 1992, p. 120-197.

19. Cette assemblée forme ainsi la chambre la plus juridique de la Troisième République. V. Gaudemet, 1970, p. 15.

velde, futur ministre de la Justice²⁰. En 1892, Bruxelles accueille le troisième congrès international d'anthropologie criminelle, qui voit culminer l'opposition entre l'école italienne dite lombrosienne et l'école française dite du milieu social. Face à ce conflit, les Belges ont soutenu très tôt une position de dépassement. Léon Vervaeck en fera la théorie en 1910, en distinguant trois phases dans l'histoire de l'anthropologie criminelle :

- de 1875 à 1889, période d'engouement pour la théorie de Lombroso ;
- de 1889 à 1905, phase de réaction anti-lombrosienne ;
- à partir de 1905, phase *éclectique*, dépourvue d'exclusivisme et caractérisée par l'adoption générale du principe de la défense sociale. Notons au passage que cette périodisation a produit un schéma génératif dont les effets se ressentent encore dans l'historiographie présente. Vervaeck considère que l'erreur de Lombroso n'a pas tant été de négliger le milieu social que la *perfectibilité* des individus... Quant aux Français emmenés par Lacassagne, ils ont exagéré le rôle du *social* dans la genèse du crime. Vervaeck ajoute que tout le monde s'accorde désormais pour reconnaître que l'étiologie criminelle relève à la fois des facteurs individuels et sociaux, ces derniers étant prépondérants. Si Vervaeck rejette donc la théorie du criminel atavique, il maintient le terme d'*anthropologie criminelle* qu'il définit à la suite de son collègue Von Liszt comme « la recherche scientifique de l'état corporel et mental de l'homme devenu délinquant, en considérant que son individualité est en partie innée et en partie acquise²¹ ».

Cette approche *éclectique* permet de légitimer une politique criminelle, relayée par Prins à l'Union internationale de droit pénal, conciliant à la fois peine classique et mesure de défense sociale. La peine normale peut en effet être maintenue pour les individus doués de libre arbitre, tandis que les mesures de défense sociale doivent être appliquées à la population qui met en échec la fonction d'amendement du système carcéral. Vervaeck appuie cette stratégie sur des observations. Une vaste enquête menée dans les prisons belges lui permet de considérer que la population carcérale comprend de nombreux individus anormaux et dangereux. Vervaeck propose donc un programme de réforme du système pénitentiaire belge fondé sur « la conception anthropologique du traitement des délinquants ». Il s'agit de créer, dans les neuf principales prisons belges, d'une part, des laboratoires d'anthropologie criminelle prenant en charge l'examen systématique de tous les condamnés, pour orienter leur régime pénitentiaire, d'autre part, des annexes psychiatriques permettant l'observation des détenus, condamnés ou prévenus sur lesquels pèsent un soupçon de maladie mentale. Si le détenu envoyé à l'annexe est reconnu aliéné, il peut, conformément à l'article 419 du règlement général des prisons belges, être interné à l'asile de Mons (si c'est une femme) et à l'asile de Tournai (si c'est un homme ou encore envoyé à la

20. Sencie, 1990, p. 141-159.

21. Vervaeck, 1910, p 581.

colonie pénitentiaire de Reckheim). Vervaeck a lui-même ouvert un service anthropologique en annexe à la prison de Bruxelles, dès 1907. Sur proposition du ministre socialiste Émile Vandervelde, l'existence de ces laboratoires et annexes est reconnue en 1920²². En 1928, lors de la visite à la prison sanatorium de Merxplas des participants du 32^e congrès des aliénistes et neurologistes de langue française, Vervaeck fait une conférence sur l'intention qui a guidé cette réforme. Tout est parti du constat de l'échec de la prison normale et d'un code pénal fondé sur la seule répression. Et la raison de cet échec lui semble tenir à la méconnaissance des criminels : l'ancienne compréhension de l'état délictueux « supposait, par définition, que tous les hommes étaient normaux de corps et d'esprit, qu'ils commettaient leurs actes délictueux ou criminels avec une claire notion de leur gravité et de leurs conséquences sociales. Ce faisant, ils cédaient à des mobiles, à des passions, à des vices dont on les supposait capables d'étouffer les voix impérieuses ». C'était là *erreurs et illusions*²³ ! Pour Vervaeck, il a fallu attendre l'anthropologie criminelle des Lombroso et Lacassagne pour que s'impose enfin l'idée de proportionner la durée de la peine à la nocivité du criminel. Personne ne peut plus contester qu'une grande part de la récidive est le fait de dégénérés inférieurs mentaux, de névrosés, de toxicomanes, de grands psychopathes et de vrais déments. La récidive est ainsi alimentée par de nombreuses catégories d'anormaux que le savant doit bien discerner car elles relient, « par une transition ininterrompue le normal à l'aliéné²⁴ ».

19. – La plus grande réalisation du réformisme du mouvement éclectique belge est la loi du 9 avril 1930, dite *loi de défense sociale*. Mise en exécution à partir du 1^{er} janvier 1931 et maintenue jusqu'aux réformes de 1964, la loi belge de défense sociale applique la notion d'internement thérapeutique à la criminalité²⁵. Elle repose sur deux grands principes :

- les délinquants reconnus anormaux doivent être soumis à une sentence appropriée à leur état et la durée de cette sentence ne peut être déterminée à l'avance ;
- les récidivistes sont des anormaux passibles du même traitement.

La peine d'internement thérapeutique visant les délinquants qualifiés d'*anormaux* est prononcée pour une durée précise par le tribunal (cinq, dix ou quinze ans) mais si la commission de défense sociale ne prononce pas la remise en liberté au bout de ces termes, le procureur du roi peut soumettre cette procédure à la juridiction d'instruction ou de jugement qui a ordonné l'internement. Celle-ci peut proroger la détention de cinq, dix ou quinze ans. De fait sinon en droit, il s'agit de sentence indéterminée. L'élargissement est prononcé à temps par la commission, elle peut aussi prononcer une libération à l'essai. L'internement n'étant pas une peine mais un

22. Mary, 1990, p. 161-184 (p. 176-178).

23. Vervaeck, 1928, p. 422.

24. *Ibid.*, p. 426.

25. Sur l'esprit de la loi dite de suspension, de probation et de sursis, adopté le 29 juin 1964 et sur celle dite de défense sociale, du 1^{er} juillet de la même année, voir de Casterle, du Couedic, 1966.

traitement adapté à l'état de dangerosité, celui qui y est astreint au motif de mesure préventive ne peut voir ce temps soustrait ensuite à une éventuelle condamnation à l'internement. Il n'est pas question d'évaluer ici la pertinence des mesures de défense sociale et ses effets concrets dans la réforme des prisons comme des prisonniers. On peut renvoyer au bilan qu'Étienne de Greeff tirait en 1955 de trente années d'exercice de médecin anthropologue dans les prisons belges. De ce bilan plus que mitigé, au ton ironique et souvent amer, il faut retenir. La première, c'est que de Greeff reconduit dans une certaine mesure sur les établissements de défense sociale un constat d'échec qu'il relie pour partie, une fois de plus, à la présence dans ces institutions d'une population qui n'y a pas sa place. Selon le médecin anthropologue, 40% des individus détenus dans ces établissements jouent de leur statut d'irresponsabilité que leur a octroyé la loi en les qualifiant d'anormaux. Or, et c'est la seconde idée, « la psychologie humaine est telle que même lorsque, manifestement, le cerveau est dérégulé, le sentiment de responsabilité continue d'exister ». Conclusion : ces individus « s'accommoderaient d'une vie en prison, surtout assouplie comme elle l'est aujourd'hui ²⁶ ».

20. – La loi belge n'a pas d'équivalent en France. Il y a eu pourtant des tentatives de réformes. Depuis le début de la Troisième République par exemple, la chambre des députés voit fréquemment déposer sur son bureau des projets portant réforme de la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés. Tous ces projets visent à prévenir les enfermements abusifs ayant fait scandale sous le Second Empire mais ils entendent aussi satisfaire l'ancienne revendication des aliénistes concernant la création d'un ou plusieurs asiles spéciaux pour aliénés criminels. Ces textes ne seront ni votés ni mis en application, pas plus que les demandes faites par le docteur Henri Colin pour la création dans toutes les grandes prisons d'annexes spéciales d'observation pour les inculpés présumés aliénés ²⁷. À partir des années vingt pourtant, la réforme anthropologique des prisons belges tend à devenir un modèle. En 1931, on peut faire le point sur le débat français en partant de la proposition de résolution du député Blacque-Belair, rédigée pour l'essentiel par le docteur André Ceillier ²⁸. Fortement inspiré par l'école de Sainte-Anne (composée alors de Henri Claude, René Laforgue, André Ceillier, Eugène Minkowski, René Allendy, Paul Schiff ²⁹...), Blacque-Belair demande la création d'annexes psychiatriques et de laboratoires d'anthropologie criminelle, comme en Belgique. C'est le député Caujole qui est chargé au nom de la commission d'hygiène de la chambre des députés de rédiger le rapport sur cette proposition ³⁰. Or Maurice Caujole est un médecin proche de Édouard Toulouse, grand partisan de la biocratie, créateur en 1922 du premier service ouvert à l'hôpital Sainte-Anne et

26. De Greeff, avril 1955, p. 666.

27. Colin, 1897.

28. Blacque-Belair, Ceillier, 1931.

29. Sur ce cercle d'amis, voir Ohayon, 1999, p. 72.

30. Caujole, 1931.

militant comme Henri Claude pour la multiplication de dispensaire d'hygiène mentale et de prophylaxie permettant de dépister les fous et les criminels avant même qu'ils ne passent à l'acte³¹. Caujole ne peut être, dans ce contexte, que favorable à la proposition de Blacque-Belair (rédigé en fait par André Ceillier) mais ce qui est intéressant pour notre propos, c'est qu'il prend soin de replacer ces mesures dans un mouvement international de médicalisation de la peine. La France, sur ce terrain, a pris du retard.

21. – Ainsi, le Royaume-Uni a adopté, dès 1908, la loi dite de *Prevention of crime Act* qui permet de faire varier la détention des délinquants professionnels de cinq à dix ans, selon leur comportement. L'Argentine s'est dotée, le 10 septembre 1930 d'un nouveau code pénal qui vise moins la répression des crimes commis que celle des crimes à venir. Ce code permet aux tribunaux de prononcer la peine en fonction de l'évaluation de la dangerosité de l'individu et il énonce des mesures spécifiques pour les *anormaux psychiques*, les *récidivistes* et les *mineurs*. Elles consistent pour l'essentiel à séquestrer ces individus dans des établissements de soins (essentiellement de moralisation et de mise au travail) pendant le temps nécessaire à leur guérison ou à la disparition de leur état dangereux.

Aux États-Unis d'Amérique, le mouvement de réforme pénal a été précoce. L'association américaine des prisons a publié en 1870 à Cincinnati une déclaration exigeant des peines réformatrices et non punitives ainsi que des sentences à durée indéterminée. En 1926, la *National Crime Commission* a fait une enquête sur la présence de la psychiatrie dans le monde judiciaire. Sur 276 établissements pénitentiaires consultés (correspondant à une population d'environ 110 000 prisonniers), 93 possèdent un service psychiatrique, 129 en souhaitent un. Dix États n'en possèdent pas et cinq seulement s'opposent à une telle création. Sur les 2 194 tribunaux interrogés, 1 296 ont répondu. 110 emploient un psychiatre ou possèdent un service psychiatrique, 70 emploient un psychologue. 463 tribunaux envoient les prévenus à des psychiatres non attachés aux tribunaux. 81 % des juges sont favorables à l'emploi régulier des psychiatres auprès des tribunaux, les autres s'y opposent parce qu'ils craignent leur trop grande mansuétude à l'égard des prévenus.

22. – En Allemagne, le code pénal adopté le 15 mai 1871 ne laisse pas de place à la responsabilité atténuée mais le projet de nouveau code déposé au *Reichstag* en mars 1927 suppose une plus grande participation du psychiatre à l'examen des prévenus et, en cas de condamnation et de reconnaissance de tares psychiques, une détention dans un établissement psychiatrique. L'examen systématique des détenus tend d'ailleurs à se généraliser à partir du système de classification des prisonniers mis en place dès 1923 par le ministre de la Justice de Bavière³². Des organismes d'enquête de *biologie criminelle* ont été ensuite créés au sein des prisons de Berlin, Breslau, Müns-

31. Sur Edouard Toulouse, voir notamment Simonnot, 1999.

32. Liang, 1999.

ter, Cologne, Wittlich, Francfort sur le Main, Cellnov, Reinbach et Halle. Ce que ne dit pas Caujole, c'est qu'il existe depuis 1925 en Allemagne un fichier des asociaux basé sur la typologie constitutionnelle du psychiatre Ernst Kretschmer. Les données de ce fichier permettent de distinguer les prisonniers rééducables des incorrigibles mais aussi d'établir des listes de préposés à la stérilisation³³.

23. – La jeune République socialiste fédérative soviétique de Russie (RSFSR) possède depuis le 1^{er} juin 1922 un code pénal qui a supprimé l'inventaire des incriminations possibles de *crime*, qui ignore les notions de *culpabilité* et de *peine* remplacée par celles de *dangerosité* et de *défense sociale*. La ratification, en 1924, des Principes fondamentaux de la législation pénale de l'URSS et des républiques fédérées a confirmé la disparition complète de la notion de peine au profit de mesures de défense sociale qui vise trois objectifs :

- la prévention des délits ;
- la neutralisation des individus socialement dangereux ;
- la rééducation par le travail.

La RSFSR sera la première à se doter d'un nouveau code, en 1926 (celui-ci sera appliqué à toutes les Républiques de l'URSS, à partir de 1936)³⁴. Le crime y est défini comme « toute action ou toute inaction qui menace le régime soviétique » (art. 6, cité par Caujole, p. 55). L'instruction peut faire appel à l'examen psychiatrique (art. 196). Le tribunal est encouragé à connaître les circonstances du crime bien sûr, mais aussi « à étudier soigneusement la personnalité du criminel » (art. 24 et 25) car c'est cette dernière qui doit guider la décision des mesures de défense sociale. La sentence vise la réadaptation du condamné. La seule peine perpétuelle, la peine de mort (par fusillade) est prononcée pour les irrécupérables. Le code incite au dépistage des individus dangereux n'ayant pas encore commis de délits. Pour les cas de folie caractérisée, le criminel est envoyé en hôpital psychiatrique classique. S'il s'agit en revanche d'un cas où la maladie mentale n'est qu'un trait de la personnalité (*psychonévropathe, débile mental suggestif, hyperémotif impulsif, sujet à tendances paranoïaques ou mythomaniaques*), l'individu peut alors être envoyé, depuis 1925, dans un établissement de rééducation dirigé par un personnel psychiatrique et gardé par l'armée soviétique³⁵.

24. – Pour la France, Blacque-Belair ne propose que trois mesures pour adapter la politique criminelle aux données de la science :

- la création dans les prisons à détention préventive d'annexes psychiatriques pour dépister les tares mentales ;
- la création de laboratoires d'anthropologie criminelle ;

33. Weindling, 1998, tome 1, p. 208-212.

34. Ancel, Piontkovsky, Tchkhikvadze, 1974, p. 6-7.

35. Jakobson, 1992.

– la création de *centres de triage ou maisons d'observation* pour les enfants vagabonds dans le but de recueillir et d'étudier ces mineurs, dès lors qu'ils ne présentent pas d'intention délictueuse caractérisée.

Caujole appuie ces trois propositions en se référant à l'expérience belge. L'impossible correction des condamnés « est due en général à l'anormalité physique, mentale ou morale du condamné, et celle-ci relève de facteurs multiples. Les statistiques criminologiques le prouvent. Il est beaucoup d'anormaux dans les prisons. En Belgique, l'ensemble de leur population ne compte pas plus d'un tiers de détenus sains de corps et d'esprit, disposant de leur plein libre arbitre. Autre fait démonstratif : cette proportion de tarés de tout ordre est plus élevée encore chez les récidivistes. Elle atteint 90 %. Et c'est précisément parce que les peines n'arrivent pas à empêcher la récidive que l'on doit recourir à d'autres méthodes, afin d'enrayer les conséquences qu'elle entraîne, pour les individus et pour l'ordre social³⁶ ».

La seule réserve de Caujole sur la proposition Blacque-Belair concerne la désignation des laboratoires élaborant les renseignements sur les condamnés. Au terme d'*anthropologie criminelle*, il préfère celui de *biocriminologie*, en usage en Allemagne. Caujole ajoute également à la proposition Blacque-Belair la nécessité de créer dans les centres de prophylaxie mentale sur le modèle du service ouvert Henri-Rousselle dirigé par Édouard Toulouse, ainsi que des services de prophylaxie criminelle « auxquels seront adressés pour examen et traitement éventuel par les autorités de justice et de police les sujets en état de danger de crime et qui ne peuvent pas être inculpés ». Le médecin note d'ailleurs que des mesures similaires de peine de sûreté ou d'injonction de traitement sont en cours de discussion ou ont déjà été adoptées au Danemark (décembre 1924), en Roumanie, Tchécoslovaquie, Espagne, Allemagne, Suisse, Yougoslavie (code serbo-croate de 1929) et en Suède, où une loi de défense sociale a été promulguée en 1928, sous l'impulsion du docteur Olof Kinberg sur la base d'un internement en établissements spéciaux des condamnés à responsabilité limitée et un suivi post-pénitentiaire.

En dépit de ce rapport favorable, la proposition Blacque-Belair ne sera pas adoptée. L'assemblée réservait peut-être son vote pour un projet beaucoup plus global. Prenant la suite de la trentaine de pays qui venaient de refondre leurs codes pénaux et d'instruction criminelle, le gouvernement français avait en effet décidé, fin 1930, de réviser son code pénal pour l'adapter aux principes de la défense sociale. Le projet Matter-Chéron prévoit de mettre en application des mesures de sûreté. Celles-ci sont d'ailleurs discutées par les psychiatres de la *Société médico-psychologique*, en janvier 1934. La relégation s'impose pour les délinquants d'habitudes et les récidivistes (art. 74) mais ce qui intéresse particulièrement les psychiatres, ce sont les articles 72 et 73.

36. Caujole, 1931, p. 82.

• Article 72 : « Tout aliéné déclaré auteur d'un crime ou d'un délit puni d'un emprisonnement pouvant s'élever à deux années, sera, s'il y a lieu, et par décision du juge, interné dans une maison spéciale de santé. Les conditions dans lesquelles sera prononcé cet internement et sa durée, seront déterminées par le code d'instruction criminelle. »

• Article 73 : « Toute personne alcoolique, toxicomane ou atteinte d'une maladie mentale grave, qui a commis un crime ou un délit passible d'une peine pouvant s'élever à deux ans d'emprisonnement, sera internée à l'expiration de sa peine dans une maison spéciale de santé, pour y recevoir les soins que nécessite son état, lorsque le tribunal aura reconnu qu'elle constitue un danger sérieux pour la paix publique. La durée de cet internement est de cinq ans au maximum, mais elle sera réduite si l'interné peut être mis en liberté sans danger pour la paix publique, ainsi qu'il sera prescrit au code d'instruction criminelle. »

À la *Société médico-psychologique*, J. Lauzier trouve que le projet présente deux défauts : le texte est trop rigide, ce qui ne permet pas l'adaptation aux cas individuels. Les mesures de sûreté se limitent aux individus ayant commis un délit grave, ce qui en limitera les effets. Une vraie loi de sûreté devrait viser deux objectifs :

- défendre le *milieu social* des individus dangereux, indépendamment de la gravité de leur délit ;
- obliger l'individu à se faire soigner.

Quant à l'article 73, il pêche lui aussi par le fait que la peine précède le soin. Cela est absurde selon Lauzier, car une peine n'est juste que si elle vise un délinquant normal³⁷. C'est donc le soin qui doit précéder la peine. Lauzier rejette par ailleurs la dénomination trop floue de *maison spéciale de santé* et il rappelle que tous les projets de réforme de la loi de 1838 prévoient des établissements de sûreté pour les aliénés criminels. Il estime enfin qu'il y aurait lieu de prévoir la constitution d'une commission mixte, médico-judiciaire pour apprécier l'état du détenu patient et son éventuelle remise en liberté conditionnelle avec une *surveillance psychiatrique*. Dans la discussion qui suit, le docteur Xavier Abély se montre plus critique : « Ce projet a profondément déçu les criminalistes et les aliénistes qui attendaient une réforme véritablement moderne. Il est imprégné du plus pur traditionalisme et se montre d'une timidité exagérée devant les nouveautés. La notion de responsabilité, dont on escomptait généralement l'abandon, y occupe une place importante [...] Si l'on veut faire une réforme moderne et pratique, il ne s'agit pas d'ergoter sur ces dosages de culpabilité, mais de créer, comme en Belgique, des établissements adaptés aux différents types d'anormaux. Voilà la seule solution du problème. » Il faut donc que la France accepte de suivre l'exemple de la loi belge, qui institue en pratique, sinon en droit, la peine indéterminée : « La notion de nocivité sociale est substituée à celle de responsabilité et de culpabilité ; la sentence thérapeutique remplace la peine³⁸. »

37. Lauzier, 1934.

38. Abély in J. Lauzier, *op. cit.*, p. 120.

CONCLUSION

25.— Déposée sous forme de projet de loi à la chambre des députés le 17 juin 1938, la réforme du code pénal de 1810 ne sera pas discutée³⁹. L'utopie de la sentence thérapeutique prônée par X. Abély ne vit donc pas le jour. Cet échec ne clôt pourtant pas son horizon d'attente. Le psychiatre Jean-Paul Liauzu terminait récemment la préface à un ouvrage sur l'œuvre controversée de Édouard Toulouse, en exprimant l'idée que l'eugénisme n'aura pas, dans nos sociétés démocratiques, à renaître un jour parce qu'il n'a cessé d'être présent⁴⁰. Je serais tenté d'affirmer, en partant d'un principe d'analogie, et non d'identité, que la logique juridico-médicale qui s'esquisse actuellement autour des soins obligés n'a pas tant à voir le jour qu'à s'actualiser, car ses conditions de possibilités se sont mises en place en même temps que les institutions de nos sociétés dites *contemporaines*.

Il a été proposé ici de mettre en valeur deux moments mais le résultat du développement n'a produit que deux photographies un peu pâlottes, alors que la dynamique de l'histoire est un continuum qui renvoie plutôt, dans l'ordre de la représentation visuelle, à ce que Boleslas Matuszewski appelait à la fin du XIX^e siècle la *photographie animée* et que l'on désigne maintenant sous le nom de *cinéma*. Or le septième art s'est emparé très tôt de la question du crime et du traitement. Il n'est que d'évoquer, pour rester dans le contexte des années trente, *M le maudit* de Fritz Lang et la fameuse scène finale du jugement du criminel sexuel par le milieu criminel. En 1934, au moment même où les psychiatres discutent des mesures de sûreté et de l'obligation de soins dans l'avant-projet de réforme du code pénal, Maurice Tourneur adapte au cinéma *L'homme mystérieux*, une pièce de grand guignol co-signée par André de Lorde et le psychologue Alfred Binet. Le résultat est un moyen métrage intitulé *Obsession*. Les acteurs sont Charles Vanel (Pierre), Jean Yonnel de l'Académie française (Raymond), Louise Lagrange (Louise), Paul Amiot (le médecin), Georges Paulais (le directeur) principal partenaire de Paula Maxa au théâtre du Grand guignol de l'impasse Chaptal. L'histoire, en deux mots : Pierre veut faire sortir son frère Raymond de l'asile où il est détenu pour obtenir sa signature dans des affaires financières importantes. Pour cela, il doit convaincre Louise, sa femme, de revenir sur sa demande de placement à l'asile. D'abord résistante, parce que Raymond a tenté de l'étrangler, Louise se laisse finalement convaincre. La scène suivante se passe dans la salle du directeur de l'asile. L'aliéniste défend devant le procureur de la République la nécessité de maintenir séquestré ce persécuteur persécuté parce qu'il est d'autant plus dangereux qu'il semble lucide. Le procureur et le frère demandent à entendre le patient. Raymond soutient l'entretien sans donner aucun signe de déraison. Il est

39. Lascoumes, Poncela, Lenoël, 1992, p. 72.

40. Liauzu in A.-L. Simonnot, *op. cit.*

libéré contre l'avis du médecin. Le voilà donc de retour à son domicile conjugal. Son délire de persécution le reprend peu à peu. La pièce a connu deux fins différentes. Dans la version publiée en 1913, A. de Lorde reste dans la tradition du grand guignol : Raymond est pris d'une impulsion homicide et il tue Pierre, son frère. Dans la version publiée en 1928 en revanche, il y a un *happy end* : Raymond est pris là encore d'une impulsion homicide, mais la vue de son jeune fils lui permet de recouvrer un instant de lucidité durant lequel il téléphone à l'asile pour qu'il vienne le chercher. C'est évidemment cette seconde version qui a été adaptée à l'écran.

Pour ses auteurs, *L'homme mystérieux* visait à dénoncer une législation française qui permettait de relâcher trop facilement les fous criminels. Binet soutenait à cet égard que pour faire triompher une idée juste, il valait mieux une bonne pièce de théâtre qu'un long rapport... En tout cas, le film tiré de cette pièce nous donne à voir les obsessions à l'œuvre dans la triple entente : celle du médecin, qui défend sa nosographie et ses compétences à déceler une dangerosité que l'individu peut dissimuler aux non-spécialistes ; celle du magistrat, soucieux de préserver les droits du patient, mais aussi de ne pas louper son train ; celle de la famille, déchirée entre l'intérêt financier et le risque que représente le retour du patient. Quant à l'utopie, peut-on mieux l'illustrer que dans la scène finale où l'individu suspend son geste fatal, reconnaît son anormalité, sa dangerosité pour lui-même et pour autrui, et demande en toute conscience des soins et une aide extérieure ? Heureusement qu'il existe des fictions pour rendre l'histoire intelligible.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Ancel M., Piontkovsky A.A., Tchkhikvadze V.M., *Le système pénal soviétique*, Paris, LGDJ, 1974, p. 6-7.
- Badinter R., *La prison républicaine*, Paris, Fayard, 1992, p. 120-197.
- Blacque-Belair, Ceillier, Exposé du projet de résolution invitant le gouvernement à créer des annexes psychiatriques dans les prisons et les laboratoires d'anthropologie criminelle, *Annales de médecine légale*, 1931, 11, p. 99-120.
- Cabanis P.-J.-G., *Observations sur les hôpitaux*, Paris, Imprimerie nationale, 1790.
- Carlier C., *La prison aux champs*, Paris, L'Atelier, 1994.
- Casterle D. de, Couedic H. du, Les nouvelles lois belges face à la maladie mentale, *L'Information psychiatrique*, mars 1966, n° 6, p. 249-257.
- Caujole M., *Rapport fait au nom de la commission de l'hygiène chargée d'examiner la proposition de résolution concernant la création d'annexes psychiatriques des prisons et de laboratoires d'anthropologie criminelle*, Chambre des députés, annexe au PV de la 1^{re} séance du 2 juillet 1931, Paris, Imprimerie de la chambre des députés, 1931.

- Colin H., Les aliénés criminels. Communication faite à la séance de la Société générale des prisons du 17 novembre 1897, Paris, Imprimerie Chaix, 1897.
- De Greeff E., Bilan d'une expérience. Trente ans comme médecin anthropologue des prisons en Belgique, *Esprit*, avril 1955, n° 4, « Le monde des prisons » p. 649-674.
- Duprat C., Punir et guérir. En 1819, la prison des philanthropes, in Perrot M. (dir.), *L'impossible prison*, Paris, Le Seuil, 1980, p. 89.
- Faure O., *Histoire sociale de la médecine (XVIII^e-XX^e siècles)*, Paris, Anthropos, 1994.
- Gaudemet Y.-H., *Les juristes et la Troisième République*, Paris, PUF, 1970, p. 15.
- Harris R., *Murders and Madness. Medicine, Law, and Society in the Fin de siècle*, Oxford, Clarendon Press, 1991 (1989).
- Jakobson M., *Origins of the Gulag. The Soviet Prison Camp System, 1917-1934*, Lexington, University Press of Kentucky, 1992.
- Lameyre X., Pour une éthique des soins pénalement obligés, *Revue de science criminelle et de droit pénal comparé*, 2001, n° 3, p. 521-536.
- Lantéri-Laura G., *Essai sur les paradigmes de la psychiatrie moderne*, Paris, Éditions du Temps, 1998.
- Lascoumes P., Poncela P., Lenoël P., *Au nom de l'ordre. Une histoire politique du code pénal*, Paris, Hachette, 1989.
- Lascoumes P., Poncela P., Lenoël P., *Les grandes phases d'incrimination. Les mouvements de la législation pénale. 1815-1940*, GAPP-CNRS-Paris X, ministère de la Justice, 1992.
- Lauzier J., À propos des mesures de sûreté prévues dans l'avant-projet de réforme du code pénal, *Annales médico-psychologiques*, 1934, 1, p. 113-121.
- Liang O., La biologie de la moralité. La biologie criminelle en Bavière et en Allemagne (1924-1945), *Équinoxe*, n° 22, 1999, p. 119-132.
- Mary Ph., De la cellule à l'atelier. Prins et la naissance du traitement des détenus en Belgique, *Cent ans de criminologie à l'Université libre de Bruxelles*, Bruxelles, Bruylant, 1990, p. 161-184 (p. 176-178).
- Nye R. A., *Crime, Madness and Politics in modern France. The Medical Concept of National Decline*, Princeton (N.J.), Princeton Univ. Press, 1984.
- Ohayon A., *L'impossible rencontre. Psychologie et psychanalyse en France 1919-1969*, Paris, La Découverte, 1999.
- Peter J.-P., *De la douleur*, Paris, Quai Voltaire (Cité des sciences et de l'industrie), 1993.
- Petit J.-G., L'amendement ou l'entreprise de réforme morale des prisonniers en France au XIX^e siècle, *Déviance et Société*, 1982, vol. 6, n° 4, p. 331-362.
- Pierre M., La transportation 1848-1938, in Petit J.-G. (dir.), *Histoire des galères, bagnes, prisons*, Toulouse, Privat, 1991, p. 231-259.
- Renneville M., *La médecine du crime. Essai sur l'émergence d'un regard médical sur la criminalité en France 1785-1885*, Lille, Presses universitaires du Septentrion, 1997.
- Renneville M., De la Bastille à Charenton ? L'institutionnalisation de l'expertise mentale de Georget à Morel, *Équinoxe*, n° 22, 1999, p. 53-64.

- Renneville M., *Le langage des crânes. Une histoire de la phrénologie*, Paris, Empêcheurs de Penser en Rond, 2000.
- Renneville M., *Crime et folie. Deux siècles d'enquête médico-judiciaire*, Paris, Fayard, 2002.
- Semal F., *Des prisons asiles pour criminels aliénés et instinctif*, Bruxelles, Larcier, 1889.
- Sencie F., Prins et la loi belge de défense sociale, *Cent ans de criminologie à l'Université libre de Bruxelles*, Bruxelles, Bruylant, 1990, p. 141-159.
- Simonnot A.-L., *Hygiénisme et eugénisme au XX^e siècle à travers la psychiatrie française*, Paris, Éditions Seli-Arslan, 1999.
- Swain G., De Kant à Hegel : deux époques de la folie, in *Dialogue avec l'insensé*, Paris, Gallimard, 1994, p. 1-28.
- Swain G., *Le sujet de la folie (naissance de la psychiatrie)*, Paris, Press Pocket, 1997 (1977).
- Vervaeck L., La portée psychiatrique et sociale de la réforme anthropologique du régime pénitentiaire belge, in *Actes du congrès des aliénistes et neurologistes de langue française*, 1928.
- Vervaeck L., La théorie lombrosienne et l'évolution de l'anthropologie criminelle, *Archives d'anthropologie criminelle*, 1910.
- Weindling P., *L'hygiène de la race*, Paris, La Découverte, 1998.

Bejn...
intimé...
cet article...
recomposé...
l'entrée...
André...
la reform...
performance...
émules de...
attentes...
l'empire...
calculées...

la so...
politique...
ne)...

les valeurs...
comporter...

Au fond...
de fait...
chers dans...