



**HAL**  
open science

## La psychiatrie légale dans le projet de réforme du code pénal français (1930-1938)

Marc Renneville

► **To cite this version:**

Marc Renneville. La psychiatrie légale dans le projet de réforme du code pénal français (1930-1938). 6ème Congrès de l'Association Européenne pour l'Histoire de la Psychiatrie, Sep 2005, Paris, France. halshs-01390359

**HAL Id: halshs-01390359**

**<https://shs.hal.science/halshs-01390359>**

Submitted on 3 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.

## LA PSYCHIATRIE LÉGALE DANS LE PROJET DE RÉFORME DU CODE PÉNAL FRANÇAIS (1930-1938)

La Troisième République a initié deux projets de refonte complète du Code pénal, en 1890, durant la période que Robert Badinter a qualifié de « temps des lois » (1879-1899), et en 1930<sup>1</sup>. Aucun de ces deux projets n'a abouti. Alors que le premier a été façonné en pleine querelle scientifique sur le positivisme pénal et l'existence ou non d'un type de « criminel-né », le second s'étire sur huit années durant une période très riche sur le plan de la réforme pénitentiaire et de la psychiatrie légale, dominée, sur le plan criminologique, par une amorce de circulation et de construction de savoirs utiles entre les communautés médicales et juridiques. La première moitié du xx<sup>e</sup> siècle voit en effet se renforcer, au-delà des querelles d'école, un certain nombre de convictions partagées sur le crime et le criminel. L'étiologie du crime renvoie à l'individu et à la société, elle est partie innée, partie acquise. Les hommes ne sont égaux ni avant ni après le crime. Les criminels doivent donc subir une peine appropriée à leur être autant qu'à leurs actes. Une nouvelle politique criminelle s'esquisse en Europe sur ces évidences, portée par l'Union internationale de droit pénal, les sociétés savantes et les congrès scientifiques. Sur le plan pratique, ce programme de « défense sociale » fait la part belle à la psychiatrie légale, tant pour le développement de l'expertise des criminels que pour leur prise en charge. En théorie, elle articule, comme le propose le juriste français Robert Saleilles, peine classique et mesure de sûreté :

La peine classique s'adresse aux individus doués de libre arbitre tandis que les mesures de défense sociale s'appliquent à la population qui met en échec la fonction d'amendement du système carcéral<sup>2</sup>.

Le projet de Code pénal de 1930 s'inscrit ainsi dans un contexte de réforme pénale bien plus large que le seul cas français. Il constitue, dans sa version finale, une tentative de traduction de l'école éclectique. D'un côté, certains minima de peines sont relevés (travaux forcés, emprisonnement correctionnel), de l'autre, il met les libérations conditionnelles, les interdictions de séjour et les mesures de sûreté sous le contrôle des juges. On délaisse ici l'analyse générale de ses dispositions pour se concentrer sur la

---

1. Badinter 1992.  
2. Saleilles 1909.

place que ce projet accorde à la psychiatrie légale<sup>3</sup>. Après un demi-siècle de débat intense sur la science criminologique et pénitentiaire, que proposent les magistrats et les psychiatres français pour le diagnostic et la prise en charge des criminels ? La France a-t-elle une position originale à faire valoir sur ces questions par rapport aux pays européens ?

## Entre défense sociale et prophylaxie mentale

### L'exemple de la Belgique

La Belgique est le premier pays à mettre en place une législation pénale réformée selon les principes de la criminologie. Le royaume de Belgique possède un Code pénal autonome depuis la loi du 8 juin 1867, en remplacement du code français de 1810 imposé par Napoléon. Le Code pénal belge restait toutefois sur une conception traditionnelle de la répression. Les actes des déments complets (art. 71) et des sourds-muets (art. 76) étaient décriminalisés et l'évaluation de la responsabilité restait liée à la volonté du sujet. Au début du xx<sup>e</sup> siècle, sur fond de querelle scientifique sur l'existence du « criminel-né », le médecin Léon Vervaeck mène une vaste enquête anthropologique sur les détenus des prisons belges. Ses résultats montrent que la population carcérale concentre un nombre plus important d'individus anormaux et dangereux que la population libre. Fort de ce constat, L. Vervaeck propose un programme de réforme pénitentiaire fondé sur « la conception anthropologique du traitement des délinquants ». Il s'agit de créer, dans les neuf principales prisons belges, des laboratoires d'anthropologie criminelle pour examiner systématiquement tous les condamnés afin de les affecter dans les établissements adaptés à leur peine, leur personnalité, leur dangerosité et leurs compétences, il s'agit d'autre part de créer dans ces mêmes prisons des annexes psychiatriques permettant l'examen des détenus, condamnés ou prévenus sur lesquels pèse un soupçon de maladie mentale. Si le détenu est reconnu aliéné, il pourra, 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 envoyé à la colonie pénitentiaire de Reckheim.

Dès 1907, un service d'« anthropologie pénitentiaire » est ouvert à titre expérimental en annexe à la prison des Minimes (Bruxelles) puis, l'établissement devant fermer, à la nouvelle prison de Forest, en janvier 1911<sup>4</sup>. Sur proposition du ministre socialiste Émile Vandervelde, ces laboratoires et ces annexes sont reconnus en 1920<sup>5</sup>. En 1928, L. Vervaeck rappelle lors d'une conférence à la prison sanatorium de Merxplas que cet élan de réforme est né du constat d'échec de la prison et d'un Code pénal fondé

3. Lascoumes, Poncela, Lenoël 1992.

4. « Législation. 13 novembre 1910. Arrêté royal. Prisons. Institution d'un laboratoire d'anthropologie pénitentiaire à la prison de Forest », *Revue de droit pénal et de criminologie*, 1911, n° 1, p. 30-31.

5. Mary 1990, p. 176-178 ; voir également Carlier 1989.

sur la seule répression. Cet échec tenait à la méconnaissance des criminels. L'interprétation traditionnelle du délinquant « 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'est là « erreurs et illusions ! ». Pour L. 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 car personne ne peut plus contester qu'une grande part de la récidive soit 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'aliéné »<sup>6</sup>.

La somme des initiatives de L. Vervaeck et du mouvement criminologique belge aboutit au dépôt par le gouvernement, en 1923, d'un projet de loi concernant la défense de la société contre les « anormaux » (déments, débiles et déséquilibrés profonds), les « délinquants d'habitude » et « l'adolescence coupable ». Les dispositions concernant les anormaux et les récidivistes sont adoptées par le Sénat en décembre 1929 et approuvées par la Chambre des députés en mars 1930<sup>7</sup>. Promulguée le 9 avril 1930, mise en exécution à partir du 1<sup>er</sup> janvier 1931 et maintenue dans ses grandes lignes jusqu'aux réformes de 1964, la loi belge de défense sociale applique la notion d'internement thérapeutique à la criminalité en stipulant que les récidivistes et les délinquants « anormaux » doivent être soumis à une mesure appropriée à leur état et que la durée de cette mesure ne peut être déterminée à l'avance<sup>8</sup>. La mesure 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 déconseille la remise en liberté au bout de ces termes, le procureur du roi peut soumettre cette décision à la juridiction ayant 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 à durée indéterminée. L'élargissement est prononcé à temps par la commission, elle peut aussi opter pour une libération à l'essai. L'internement n'étant pas une peine mais un traitement adapté à l'état de dangerosité, celui qui y est astreint au motif de mesure préventive ne peut voir ce temps soustrait à une éventuelle condamnation à l'internement.

Au moment de la mise en application de cette loi, les laboratoires d'anthropologie pénitentiaire fonctionnent dans dix prisons (Anvers, Bruges, Forest, Gand, Liège,

6. *Ibid.*, p. 426.

7. *Recueil de documents en matière pénale et pénitentiaire. Bulletin de la commission internationale pénale et pénitentiaire*, 1931, vol. 1, p. 1-21 ; Didion et Poil 1932.

8. Sur l'esprit de la loi dite de suspension, de probation et de sursis, adopté le 29 juin 1964 et sur la modification de la loi de « défense sociale », intervenue le 1<sup>er</sup> juillet de la même année, voir De Casterle et Du Couedic 1966.

Louvain, Merxplas, Mons, Namur et Saint-Gilles). Sept de ces établissements possèdent également une annexe psychiatrique, généralement administrée comme une salle d'asile, avec un dortoir de 8 à 10 lits et des cellules d'isolement. Les prisons qui possèdent un laboratoire disposeront à terme d'une annexe. À Bruxelles même, tous les prévenus entrants font l'objet d'un examen psychiatrique sommaire au lendemain de leur incarcération. Si l'annexe est un lieu d'examen mental et de soins, le laboratoire est dédié à l'examen complet du détenu. Tous les jeunes condamnés (moins de 21 ans) y sont soumis, ainsi que les adultes condamnés à plus de trois mois d'emprisonnement principal. Le dossier d'investigation est commun à tous les laboratoires, il comprend des renseignements généraux et administratifs, un examen « criminologique » (conditions du délit, délits antérieurs et origines), des informations sur les conditions sociales (milieu familial, école, éducation, service militaire, situation professionnelle, conduite sociale, entourage) ; l'hérédité (santé, décès, suicide, démence, maladies nerveuses, vénériennes, alcoolisme et toxicomanie, conduite sociale des parents et des collatéraux), un examen médical (santé générale passée et présente, morphologie, tares de dégénérescence), une étude du fonctionnement nerveux (réflexes, sensibilités, fonctions musculaires et sensorielles), un examen psychologique (intelligence, sens moral, sens social, volonté, jugement, mémoire, attention, affectivité, inhibition), un examen psychiatrique (troubles mentaux), des renseignements pénitentiaires (pour les récidivistes : conduite en prison, chances d'amendement et de reclassement). Toutes ces informations sont recueillies au cours d'un temps d'observation pouvant durer jusqu'à six semaines pour les prévenus. L'ensemble fait l'objet d'une synthèse dans un « rapport anthropologique » qui indique les mesures thérapeutiques et les orientations souhaitables du traitement pénitentiaire et post-pénitentiaires. Ce rapport est communicable aux cadres de l'établissement pénitentiaire et aux membres du comité de patronage à leur demande<sup>9</sup>.

À l'orée des années trente, la Belgique semble ainsi être parvenue à réformer en profondeur son système pénal et pénitentiaire dans le sens de l'individualisation du prononcé de la peine et de son exécution, comme l'exigeait la science des criminels.

### La situation en France

La loi belge de défense sociale n'a pas d'équivalent en France. Si l'expertise mentale en matière criminelle a bien obtenu une reconnaissance et une relative systématisation dès 1905, par la voie d'une circulaire du garde des sceaux aux parquets généraux, cette reconnaissance reste structurée par une conception classique de la pénologie. La mission de l'expert s'y trouve en effet posée en terme d'évaluation de la responsabilité et, l'atténuation dûment constatée de celle-ci doit aboutir à « une certaine modération dans l'application des peines édictées par la loi » (circulaire Chaumié du 20 décembre 1905)<sup>10</sup>.

9. Caujole 1931.

10. Lantéri-Laura 2003.

Il y a donc loin de cette circulaire aux principes de la défense sociale. Ce ne sont pourtant pas les velléités de légiférer qui manquent. Depuis le début de la Troisième République, les textes portant réforme de la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés s'accumulent sur le bureau de la Chambre des députés. Les projets déposés visent à prévenir les enfermements abusifs ayant fait scandale sous le Second Empire mais ils soulignent aussi que « la loi de 1838 ne protège pas, d'une manière suffisante, les intérêts sociaux contre les aliénés criminels »<sup>11</sup>. Ils suggèrent tous de satisfaire l'ancienne revendication des aliénistes concernant la création d'un ou plusieurs asiles spéciaux. Les sociétés savantes sont unanimes sur la nécessité d'une telle réforme car s'il existe bien dans le premier tiers du xx<sup>e</sup> siècle une « crise de la répression », il y a aussi une crise de l'assistance.

Si cette notion de « crise » autorise bien des recoupements entre les deux champs, elle recouvre aussi des réalités assez différentes dont la somme permet d'esquisser la spécificité de la situation française<sup>12</sup>. En 1914, le magistrat Albert Rivière estime que la crise répressive tient pour une large part au fait que les enfants, les prostituées les vagabonds, les mendiants, les alcooliques et les demi-responsables ont été soustraits au droit pénal. Ce serait là, en plus des abandons de poursuite, la principale cause du déclin constatée depuis 1874 de la population pénale. Ce mouvement, interrompu sur les années encadrant la Première Guerre mondiale, a repris son cours dans l'entre-deux-guerres<sup>13</sup>. À tel point qu'en 1926, l'administration pénitentiaire projette de fermer plus de 200 établissements de détention (principalement des maisons d'arrêt) et réduit le nombre de ses régions administratives de 21 à 16 (circulaire du 23 septembre). Après 1926-1927 et jusqu'en 1939, la population pénale ne dépasse plus les 24 000 personnes. Des établissements ferment leurs portes, tant pour les jeunes détenus (Gaillon, Saint-Bernard, Auberive, Val-d'Yèvre) que pour les adultes (Thouars et Saint-Lazare en 1926, la Conciergerie et le Dépôt en 1934, Montpellier en 1935...) <sup>14</sup>.

Le système asilaire est aussi discuté que le système pénitentiaire, mais sur une dynamique démographique inverse. Alors que la population asilaire comptait environ 40 000 personnes en 1874, elle s'élève à 77 700 en 1926. Le nombre total d'établissement de soins est passé dans la même période de 102 à 116 et la population traitée, de 52 000 à 106 000 personnes<sup>15</sup>. L'enfermement asilaire est pourtant vivement critiqué au sein même de la communauté médicale. L'échec du traitement moral en milieu fermé a suscité dès le xix<sup>e</sup> siècle l'expérimentation de nouvelles formes de prise en charge (asile « ouvert », colonie, placement familial...). Certains médecins en appellent aussi au vieux principe de prévention : les anormaux étant ignorés par la justice et arrivant trop tard à l'asile, il faut les repérer avant qu'ils n'entrent dans une phase malade irrémédiable, avant même qu'ils aient commis leur premier délit. Ces médecins demandent

11. Dayras 1881, p. 15.

12. Sur la crise pénale et l'effervescence « sécuritaire » avant 1914, voir Kalifa 2005.

13. Barré 1986.

14. Éléments tirés de Carlier 1989, p. 45-50. Les chiffres comprennent les prévenus et les condamnés.

15. D'après la *Statistique générale de la France*, Toulouse, Dupouy et Moine 1930.

à sortir des asiles pour agir sur la population libre. Cette stratégie thérapeutique de dépistage est parallèle à la création de « services ouverts » visant à prendre en charge les malades mentaux ne nécessitant pas de mesures d'internement. Ces patients « inoffensifs » ou « petits mentaux » sont suivis dans des services spécifiques, aménagés à l'initiative des psychiatres des hôpitaux ou des asiles. Vers 1900, Henri Claude à la Salpêtrière et Gilbert Ballet à Saint-Antoine suivent les patients curables sans internement. Jules Déjerine pratique des « cures d'isolement et de régime » pour les « psychonévropathes » de la Salpêtrière. Régis fait de même à Bordeaux, Raviart à Lille, Lépine à Lyon, Mairat à Montpellier. Les départements de l'Aisne, du Finistère, du Loiret, de l'Isère, du Lot, de la Manche, de la Somme prennent des dispositions similaires et on a vu que Porot développait des services similaires à Tunis et à Alger.

Un homme est à la pointe de cette politique, en même temps qu'il la théorise. Il s'agit de D<sup>r</sup> Édouard Toulouse (1865-1947), dont la postérité est attachée à la création en 1922 du premier service ouvert à l'hôpital Sainte-Anne<sup>16</sup>. Toulouse a créé en 1897 un laboratoire de psychologie expérimentale, futur Institut de « psychiatrie et de prophylaxie mentale ». En 1912, il participe à la création de la Société française d'eugénique. En 1920, il fonde avec Georges Genil-Perrin la Ligue d'hygiène et de prophylaxie mentale. Celle-ci comprend des commissions couvrant les domaines dans lesquels la prévention médicale doit s'exercer. La première concerne les maladies générales et les troubles mentaux, la deuxième vise la lutte contre l'alcoolisme (présidée par le D<sup>r</sup> Legrain), la troisième étudie l'enfance anormale (présidée par le D<sup>r</sup> Roubinovitch), la quatrième porte sur le travail professionnel, la cinquième sur les antisociaux (présidée par le D<sup>r</sup> Henri Colin), la sixième s'intitule « dispensaires et services ouverts » (présidée par É. Toulouse). En 1931, Toulouse crée l'Association d'études sexologiques puis, en 1932, les Sociétés de biotypologie et de prophylaxie criminelle avec le concours de Justin Godart, ministre de la Santé publique, des professeurs Charles Achard et Henri Claude, des docteurs Roubinovitch et Heuyer, du procureur général de la Cour de cassation (Paul Matter) et de quelques autres magistrats. Le secrétaire général est le D<sup>r</sup> André Ceillier et son adjoint est le D<sup>r</sup> Paul Schiff<sup>17</sup>. Le 24 juin de cette même année, ces organisations se réunissent en séance solennelle dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne pour débattre de la « prophylaxie des maladies mentales », de la « prévention du crime » et de la « défense de la race ». Toulouse explique à l'auditoire que « le problème du crime est étroitement lié au problème de la folie, car l'un fait souvent le lit de l'autre. Les récidivistes sont des anormaux dans une proportion qui n'est pas inférieure à 80 % »<sup>18</sup>. Pour Toulouse, l'accord peut se faire sur le constat scientifique bien établi que « le crime est un fait biologique comme la tuberculose ou les anomalies sexuelles. C'est à ce fait biologique qu'il faut tout ramener pour ordonner à l'égard de chaque malheureux anormal un jugement équitable, un traitement curatif et d'abord

16. Sur l'œuvre de É. Toulouse, voir Wojciechowski 1997 ; Simmonot 1999 ; Drouard 1999 ; Huteau 2002.

17. Huteau 2002, p. 232-234.

18. É. Toulouse, cité par Jean-Bernard Wojciechowski 1997, vol. 2, p. 163.

pour la collectivité des méthodes prophylactiques »<sup>19</sup>. Toulouse milite ainsi pour la multiplication des dispensaires d'hygiène mentale et de prophylaxie afin de dépister les fous et les criminels avant même qu'ils ne passent à l'acte car « l'hôpital psychiatrique ouvert doit être le pivot de toute organisation prophylactique »<sup>20</sup>. Toulouse vante en même temps les mérites de la « biocratie », un régime politique qui serait éclairé par les experts médecins spécialistes de la reproduction humaine, de la prévention et de la guérison de tous les fléaux sociaux. L'ordre social ne pouvant s'établir sur un désordre biologique, les politiques doivent avoir le courage de favoriser la reproduction d'êtres de qualité en enravant la multiplication de tarés dont le coût social est élevé. Ce concept de « biocratie » met en synergie des mesures aussi différentes que les services ouverts d'assistance aux « petits mentaux », la concentration des aliénés les plus dangereux dans des asiles de sûreté et la mise en place d'une politique étatique d'amélioration de la qualité biologique de la population pouvant aboutir à la stérilisation des individus les « moins aptes », qu'ils soient fous ou criminels. Toutefois, pour opérer ce tri sur une grande échelle, il faut parvenir à classer correctement les individus lors de l'examen de dépistage des tendances criminelles chez les antisociaux car, comme le notera bientôt le député médecin Paul Caujole, « les crimes sont rares qui éclatent comme l'orage dans un ciel serein »<sup>21</sup>.

En attendant le développement des services ouverts où seraient pratiqués ces dépistages, la plupart des psychiatres admettent d'une part qu'il n'y a pas de frontière nette entre l'aliénation et la psychopathie, d'autre part, que les conditions même de l'expertise mentale sur les prévenus, les inculpés et les condamnés sont déplorables<sup>22</sup>. Ce dernier point constitue de la part des experts une récrimination aussi ancienne que leur fonction. Elle a déjà trouvé à s'exprimer pendant la querelle de la monomanie homicide et elle n'a cessé, depuis, d'alimenter l'actualité de la médecine légale. Les demandes des experts vont de la nécessité d'une formation spécifique à une juste rétribution de leurs actes<sup>23</sup>. L'état de la question n'a donc guère évolué. Dès la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, Henri Colin appelait à la création dans les grandes prisons d'annexes spéciales d'observation pour les inculpés présumés aliénés<sup>24</sup>. On sait que la Belgique allait devancer la France sur ce point, et à partir des années vingt, la Belgique sert effectivement de modèle aux partisans d'une réforme en France<sup>25</sup>. Ces derniers considèrent les principes

19. Toulouse 1934, p. 237.

20. Toulouse 1930, p. 204.

21. Caujole 1931, p. 110.

22. Claude 1933, p. 169 ; Toulouse 1934, p. 226.

23. Dumoulin 1999, p. 65-77 ; Renneville 1999, p. 53-64 ; Chauvaud 2000 ; Chauvaud et Dumoulin 2003.

24. Colin 1897.

25. La loi belge de défense sociale fait notamment l'objet d'un rapport de l'avocat Simon Sasserath à la Société générale des prisons, le 1<sup>er</sup> mars 1928. Dans la discussion, le D<sup>r</sup> René Charpentier soutient l'initiative belge sur la création des annexes psychiatriques et des laboratoires d'anthropologie criminelle (*Revue pénitentiaire et de droit pénal*, 1928, p. 35-36).



de la « défense sociale », « inattaquables » selon le rapport que le professeur Victor Balthazard produit à la Société générale des prisons, en 1922<sup>26</sup>.

Si l'opposition en termes de communautés professionnelles reste vive, ces années vingt sont marquées par l'apparition d'une frange réformatrice commune aux médecins et aux magistrats. C'est ainsi que, en 1922 encore, un conseiller à la cour de Paris présentait à la Société de médecine légale le vœu de faire modifier le Code pénal afin de distinguer des circonstances atténuantes « ordinaires » et « spécifiques ». La reconnaissance de ces dernières serait la conséquence d'une responsabilité atténuée reconnue par une expertise médicale. Dans ce cas, le coupable pourrait être interné dans un asile où il serait maintenu jusqu'à ce que la chambre du conseil, statuant sur le rapport de trois psychiatres, ait constaté que le « malade présente des garanties suffisantes de non-récidive » ou que d'autres mesures lui soient applicables<sup>27</sup>. Parallèlement, la commission de réforme pénitentiaire instaurée en 1924 par le gouvernement français conclut, en 1925, à la nécessité de créer des « centres de triage » et des « laboratoires d'anthropologie criminelle » pour procéder à la « sélection rationnelle des prisonniers ». En 1929, le professeur Balthazard produit pour la commission un rapport favorable à cet avis mais ce vœu, transmis au ministre de la justice, ne sera pas suivi d'effet<sup>28</sup>. Chef de laboratoire à la clinique psychiatrique de la faculté de Lille, le psychiatre Robert Vullien présente en 1929 au Congrès des aliénistes et neurologistes de langue française un rapport sur les conditions de l'expertise médico-légale de l'état mental des criminels dont les conclusions s'appuient, une nouvelle fois, sur l'exemple belge ; mais aussi, fait nouveau, sur l'ouverture de la première annexe psychiatrique en France, faite à la prison de Loos-les-Lille avec la collaboration du D<sup>r</sup> Georges Raviart. Pour Vullien, la généralisation de l'expérience lilloise aux grandes prisons françaises permettrait aux psychiatres de disposer enfin d'un lieu dédié aux expertises médico-légales et au traitement des psychopathes délinquants. Le rapporteur commente :

Certes, comme par le passé, les aliénés seront envoyés dans les asiles ; les psychopathes légers et intimidables partageront le sort des condamnés, les amoraux incorrigibles seront justiciables d'asiles de sûreté qu'il faudra bien se résoudre à aménager ; mais la grande masse des psychopathes plus ou moins intimidables, trouveront à la prison même ce qui leur est indispensable : à savoir un hôpital organisé pour eux et un médecin pour les comprendre et les traiter s'il y a lieu<sup>29</sup>.

En s'appuyant sur l'expérience des Belges, Vullien semble anticiper la création à venir des centres médico-psychologiques ; mais son analyse porte également sur la révision de l'article 64 du Code pénal et, là encore, on y trouve amorcée une inflexion

26. Balthazard 1922.

27. *Ibid.*, p. 747.

28. Carlier 1989, p. 43. Pour une chronologie des rapports de commissions ministérielles et des vœux des sociétés savantes favorables à l'instauration de la psychiatrie dans les établissements pénitentiaires, voir le rapport Piprot d'Alleaume reproduit dans la *Revue pénitentiaire et de droit pénal*, 1947, p. 211-220.

29. Vullien 1930.

décisive, plus d'un demi-siècle avant sa réalisation juridique. Il est en effet proposé de scinder l'article en deux alinéas, rédigés comme suit :

1. L'inculpé était-il en état de démence médico-légale au moment de l'acte ?
2. À défaut d'un état de démence caractérisée, présente-t-il des tares psychologiques influant sur son activité ? Ces tares sont-elles assez graves pour justifier des mesures spéciales ?

On le voit, il n'est plus question ici d'atténuer la peine, comme dans la circulaire Chaumié ; mais de prendre des mesures spéciales, au sein même d'un cursus médico-pénitentiaire. Peine et soin apparaissent dès lors comme les deux composantes de l'administration d'une même sanction.

## Vers un nouveau Code pénal : le projet Matter-Chéron

### Législation comparée sur la psychiatrie légale

Il restait à concrétiser ces propositions sur le plan législatif. En 1931, le député Aimery Blacque-Belair reprend les conclusions de la commission de réforme pénitentiaire de 1925 et dépose à la chambre des députés une proposition de résolution rédigée pour l'essentiel par le D<sup>r</sup> André Ceillier. Le projet est soutenu par la Société de médecine légale de France devant laquelle il a été présenté, dans sa séance du 12 janvier 1931<sup>30</sup>. Proche du professeur Henri Claude et de ses collègues de Sainte-Anne (René Laforgue, Eugène Minkowski, René Allendy, Paul Schiff...) <sup>31</sup>, le médecin expert Ceillier avance trois mesures pour adapter la politique criminelle aux données de la criminologie : la création d'annexes psychiatriques dans les prisons pour dépister les tares mentales des prévenus, la création de laboratoires d'anthropologie criminelle, l'ouverture enfin de « centres de triage ou maisons d'observation » pour les enfants vagabonds. Le député chargé au nom de la commission d'hygiène de la chambre des députés de rédiger le rapport sur cette proposition est Paul Caujole. Or Caujole est encore un médecin proche d'Édouard Toulouse avec lequel il a fondé, notamment, l'Association d'études sexologiques<sup>32</sup>. Le politique semble donc acquis à la cause scientifique mais le député médecin prend soin de replacer les propositions Blacque-Belair dans un mouvement international de médicalisation de la peine, sur la base d'une documentation fournie par... Paul Schiff<sup>33</sup>. Il espère ainsi démontrer que la France accuse, sur ce terrain, un net retard.

En Angleterre, l'examen psychiatrique des détenus entrants est systématique. Il est effectué par le médecin de la prison. L'appréciation de la dangerosité est également entrée dans la loi de 1908 dite de « Prévention of crime Act ». Celle-ci permet en effet

30. Blacque-Belair et Ceillier 1931.

31. Ohayon 1999.

32. Huteau 2002, p. 257.

33. Toulouse 1934, p. 226.

de faire varier la « détention préventive » des coupables reconnus comme « délinquants habituels » par le jury d'une durée de cinq à dix ans. Cette mesure s'ajoute à la condamnation aux travaux forcés<sup>34</sup>. Aux États-Unis, le mouvement de réforme pénale 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 champ 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'oppose à une telle création. Sur les 2194 tribunaux interrogés, 1296 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.

En Allemagne, le Code pénal de 1871 laisse une place à la responsabilité atténuée. Des quartiers spéciaux pour les condamnés aliénés ont été ouverts en annexe aux établissements pénitentiaires de Bruchsal (1865), Waldheim (1876) Berlin (1888), Bresiau (1898), Cologne et Munster (1900), Halle (1901) et Graudenz (1902)<sup>35</sup>. Le projet de nouveau code déposé au Reichstag en mars 1927 escompte une participation systématique 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 initié en 1923 par le ministre de la Justice de Bavière<sup>36</sup>. Des laboratoires de « biologie criminelle » ont ainsi été créés au sein des prisons de Berlin, Bresiau, Munster, Cologne, Witdich, Francfort sur le Main, Celinov, Reinbach et Halle et il existe depuis 1925 un fichier national des asociaux basé sur la typologie constitutionnelle du psychiatre Ernst Kretschmer<sup>37</sup>. Les données de ce fichier permettent d'établir la distinction des prisonniers rééducables, des incorrigibles ainsi que des listes de préposés à la stérilisation<sup>38</sup>.

La jeune république socialiste fédérative soviétique de Russie (RSFSR) possède depuis le 1<sup>er</sup> juin 1922 un Code pénal radical qui a supprimé l'inventaire des incriminations possibles. Le crime – en tant que concept pénal – est supprimé. Ce code ignore également les notions de « culpabilité » et de « peine », remplacées respectivement 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 de la notion de peine au profit de mesures de préservation de

34. Paterson 1935, vol. 4, p. 256.

35. Sérieux 1906.

36. Liang 1999.

37. Shäfer et von Neureiter 1938, vol. 7, p. 151-158 ; Reiter 1938, vol. 30, n° 2, p. 2 312-2 314.

38. Weindiing 1998, t. I, p. 208-212.

l'ordre social. Cette révolution pénale vise trois objectifs typiques de la défense sociale : la prévention des délits, la neutralisation des individus socialement dangereux et la rééducation par le travail.

En 1926, la RSFSR est la première république soviétique à se doter d'un code suivant ces dispositions. Sa validité sera étendue à toutes les républiques de l'URSS, à partir de 1936<sup>39</sup>. Le « crime » y est défini comme « toute action ou toute inaction qui menace le régime soviétique » (art. 6). Le tribunal est incité à connaître les circonstances du crime mais aussi « à étudier soigneusement la personnalité du criminel » (art. 24 et 25) car c'est cette dernière qui doit guider les mesures de défense sociale. La sentence vise la réadaptation du condamné. La seule peine perpétuelle est la peine de mort, prononcée pour les irrécupérables. Le code encourage le 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 être envoyé, depuis 1925, dans un établissement de rééducation dirigé par un personnel psychiatrique et gardé par l'armée soviétique. C'est ce système qu'on appellera bientôt le « goulag »<sup>40</sup>.

La France est même devancée par des pays non européens. L'Argentine s'est ainsi dotée, le 10 septembre 1930, d'un nouveau Code pénal visant moins la répression des crimes commis que la prévention des crimes à venir. Il permet aux tribunaux de prononcer la peine en fonction de l'évaluation de la dangerosité de l'individu et il détaille les mesures spécifiques applicables aux « anormaux psychiques », aux « récidivistes » et aux « mineurs ». Elles consistent pour l'essentiel à séquestrer ces individus dans des établissements de « soins » (moralisation et mise au travail) pendant le temps nécessaire à leur guérison ou à la disparition de leur état dangereux.

Si Caujole multiplie les exemples étrangers, il appuie la proposition Blacque-Belair en se référant au mouvement belge<sup>41</sup>. La seule réserve émise porte sur la désignation des laboratoires recueillant les informations sur les condamnés. Au terme d'« anthropologie criminelle » rappelant probablement trop les dérives de Lombroso, le député préfère celui de « biocriminologie », en usage en Allemagne. Caujole ajoute également la nécessité de multiplier les centres de prophylaxie mentale sur le modèle du service ouvert Henri-Rousselle ainsi que des dispensaires de prophylaxie criminelle « auquel 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 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,

39. Ansel, Piontkovsky et Tchkhikvadze, 1974, p. 6-7.

40. Jakobson 1992.

41. Caujole 1931, p. 82.

Yougoslavie (code serbo-croate de 1929) et en Suède, où une loi de défense sociale a été promulguée en 1928, sous l'impulsion du D<sup>r</sup> Olof Kinberg.

En dépit du rapport favorable de Caujole, la proposition Blacque-Belair n'a pas été adoptée. La chambre des députés réservait peut-être son vote pour un projet plus global. Prenant la suite de la trentaine de pays qui venaient de refondre leurs codes pénaux et d'instruction criminelle, le gouvernement français était en effet décidé à réviser son Code pénal pour l'adapter aux principes de la défense sociale. L'initiative avait été lancée par le second gouvernement Tardieu du président Paul Doumergue. En novembre 1930, le ministre de la justice Henri Chéron avait chargé la commission interministérielle de législation pénale de rédiger un avant-projet de Code pénal<sup>42</sup>. Présidée par Paul Matter, juriste proche des médecins on l'a vu, cette commission proposait une réforme conforme à l'esprit de l'approche criminologique « éclectique ». Si elle maintenait la peine de mort, elle remplaçait pour les récidivistes la peine perpétuelle de relégation par un internement dans un établissement de travail agricole ou industriel, pendant une durée de quinze ans maximum, pour faciliter la « réadaptation sociale » du condamné. Il s'agissait d'introduire ici le régime progressif, dit « irlandais ». Cette initiative visant à abroger les dispositions de la loi du 27 mai 1885 ne faisait pas l'unanimité. Elle fut notamment critiquée par la Cour d'appel de Paris qui considérait que la relégation permettait d'enrayer efficacement « la marée montante des récidivistes »<sup>43</sup>.

### Irresponsabilité pénale et défense sociale à la française

Cet avant-projet de réforme a été discuté en 1933 à la Société générale des prisons sur un rapport du professeur Donnedieu de Vabres. L'article destiné à régler les conditions de l'irresponsabilité pénale est présenté lors de la séance du 6 juillet 1933 qu'est présenté. À l'évidence, il ne s'est pas inspiré de la proposition émise par Vullien, en 1929. Si son numéro est prémonitoire – il s'agit déjà du 122 – son libellé n'est guère novateur : « Est exempt de peine le prévenu qui était en état de démence au temps de l'action ». Le psychiatre René Charpentier y réagit d'ailleurs en conseillant au législateur de se débarrasser définitivement du terme obsolète de « démence », même si ses confrères l'emploient dans un sens de plus en plus large. Donnedieu de Vabres répond en s'appuyant sur l'exemple du récent code italien et du projet de code allemand pour proposer une autre rédaction :

Est exempt de peine l'inculpé qui, à raison d'un trouble maladif de l'intelligence ou de la volonté, était incapable, au moment de l'action, d'en apercevoir le caractère immoral ou injuste, ou de se déterminer en conséquence<sup>44</sup>.

42. Charpentier 1931. Le travail de la commission sera peu sensible aux changements de gouvernement. Créée par un décret en date du 23 novembre 1930, elle se réunit la première le 4 décembre, date de la chute du cabinet Tardieu ; ce qui ne l'empêche pas de poursuivre son travail jusqu'en 1934.

43. Reulos 1933, p. 35.

44. Charpentier 1933.

La seconde partie de la phrase renvoie à une capacité de discerner le bien et le mal, ce qui dénote l'influence de la loi anglaise mais pour Charpentier, cette nouvelle formulation reste trop restrictive car elle exclut les troubles de la sensibilité, les réactions de l'hyperémotivité morbide et les états mélancoliques. Le psychiatre suggère un autre libellé :

Est exempt de peine l'inculpé qui, à raison d'un état mental pathologique, était incapable, au moment de l'acte, d'en apercevoir le caractère immoral ou injuste ou de se déterminer en conséquence.

Donnedieu de Vabres craint que cette formule soit trop large car les médecins ne sont pas d'accord sur les limites du pathologique. Charpentier est alors chargé de prendre l'avis de la Société médico-psychologique. Celle-ci met la question en discussion lors de sa séance du 23 octobre 1933. La plupart des médecins se rangent au libellé proposé par leur confrère.

Plutôt timoré sur la révision de l'article 64, l'avant-projet Matter-Chéron prévoit de mettre en œuvre certaines mesures de sûretés réclamées par les tenants de la « défense sociale ». Ces dispositions sont discutées par les psychiatres de la Société médico-psychologique, en janvier 1934. Comme les magistrats de la cour d'appel de Paris, les membres de la société médico-psychologique soutiennent le maintien de la relégation des récidivistes<sup>45</sup>. Une telle disposition d'ailleurs, s'apparente plus à une mesure de sûreté que la proposition alternative de régime d'internement progressif préparatoire à une libération certaine. Les médecins s'arrêtent plus longuement sur deux articles qui les concernent directement.

#### 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 seront prononcés 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.

---

45. Pour beaucoup, le reclassement d'un pervers-récidiviste est quasi impossible, car il ne s'agit pas de maladie mentale. Voir à ce propos le billet de R. Benon, médecin-chef du quartier des maladies mentales de l'hôpital général de Nantes (Benon 1934, p. 164-166).

J. Lauzier trouve que le projet présente deux défauts. Le texte est trop rigide, ce qui ne permet pas l'adaptation aux cas individuels et 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 et « obliger » l'individu à se faire soigner. Quant à l'article 73, il pèche 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 normal capable d'en apprécier le sens<sup>46</sup>. Le soin doit précéder la peine. Lauzier rejette également la dénomination trop floue de « maison spéciale de santé » et il rappelle que les projets de réforme de la loi de 1838 prévoient l'ouverture d'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 D<sup>r</sup> Xavier Abély se montre plus sévère :

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.

La France doit suivre l'exemple de la loi de défense sociale 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 peine »<sup>47</sup>. L'article 72 est particulièrement mal conçu parce qu'il conditionne l'internement thérapeutique à un seuil de gravité de délit, alors

[...] qu'il n'y a pas de proportion mathématique entre l'importance de l'acte commis et la dangerosité de l'aliéné. Une infraction bénigne peut laisser prévoir une réaction anti-sociale beaucoup plus grave<sup>48</sup>.

Une fois encore, les psychiatres rejoignent l'avis des magistrats de la cour d'appel de Paris. Ces derniers avaient en effet tranché sur ce point en faveur d'un internement de sûreté contrôlé par le juge pouvant être prolongé tant que persisterait l'état dangereux. Les magistrats avaient alors donné explicitement raison au psychiatre Joseph Grasset, en encourageant de fait la mise en place de sentence indéterminée<sup>49</sup>.

46. Lauzier 1934, I, p. 113-121.

47. Abély *in* Lauzier 1934, I, p. 120. Même vision chez É. Toulouse, pour qui la responsabilité n'est rien d'autre que le pouvoir de s'adapter à un statut social compatible avec la nature de l'homme moyen (Toulouse 1934, p. 228).

48. Abély 1934, p. 825.

49. Reulou 1933, p. 33. Sur les conceptions de Joseph Grasset, voir Renneville 2003, p. 344-347.

Cette conjonction médico-juridique contre l'avant-projet Matter-Chéron peut sembler paradoxale. Elle ne fait cependant pas l'unanimité. D'autres psychiatres sont moins critiques. Jean Picard et Henri Ey considèrent ainsi que les articles 72 et 73 ne sont pas si mal rédigés car ils visent les déséquilibrés à responsabilité limitée en proportionnant le régime de coercition à la capacité pénale de l'individu, tout en lui offrant un droit aux soins. Ils voient là l'opportunité d'introduire la circulaire Chaumié dans le Code pénal. L'ordre de succession prison-asile permet en outre de faire dépendre, « en dernier lieu », le sort de ces délinquants de l'examen médical, ce qui est un progrès par rapport au risque de voir les demi-responsables purger une peine atténuée et être ainsi rendus plus vite à la vie sociale, alors même qu'ils restent dangereux. Enfin, cette réadaptation sociale n'ayant aucun caractère d'urgence, la phase de prison n'est pas gênante, car « l'absence fréquente de caractères bien tranchés et aigus, les anomalies plus ou moins profondes de leur personnalité en font des êtres qui demeurent à égale distance de l'aliénation confirmée et de l'intégrité mentale »<sup>50</sup>.

Au final indécise, la Société médico-psychologique désigne une commission pour étudier ces mesures de sûreté et proposer d'éventuelles modifications. Le 25 février 1935, Georges Heuyer présente ses conclusions :

1. pour l'article 72, remplacer maison spéciale de santé par « placé dans un asile spécial de sûreté » ;
2. pour l'article 73, remplace « maison spéciale de santé » par :

toute personne, alcoolique, toxicomane ou atteinte d'infirmité mentale, qui aura commis un crime ou un délit sera colloquée dans une annexe psychiatrique de prison. La durée de cette collocation ne pourra être inférieure à la durée minimum de la peine encourue par le délinquant.

À la fin de la peine, la collocation pourra être prolongée de cinq ans ; toutefois, cette durée pourra être réduite dans des conditions qui seront déterminées par le code d'instruction criminelle. Si, au cours de la détention, l'individu est reconnu comme ne constituant plus un danger sérieux pour la paix publique, du fait de son infirmité mentale, il pourra terminer sa peine dans un établissement pénitentiaire ordinaire.

Heuyer propose un article supplémentaire instituant des « commissions médico-judiciaires ». Ces commissions auraient pour fonction de conseiller l'autorité judiciaire sur les diverses modalités d'application des mesures de sûreté. Les conclusions de la commission Heuyer relèvent à l'évidence d'une transposition de la loi belge de défense sociale, dans laquelle le terme de « collocation » est synonyme d'internement. Lors de la discussion de ce rapport, Xavier Abély signale que le terme d'« annexe psychiatrique des prisons » n'est pas adéquat car si on prend justement l'exemple de la Belgique, on constate que les annexes n'ont qu'un but de dépistage, de facilitation de l'expertise psychiatrique :

50. Picard et Ey 1934, 2, p. 835.



L'établissement destiné aux infirmes mentaux répond à une tout autre conception. Son but est la détention, sous le contrôle médical, de ces invalides psychiques. C'est là que sera exécutée la mesure de sûreté décidée après l'expertise mentale. La durée du séjour y sera parfois de longue durée ; le nombre des détenus sera assez élevé ; des ateliers devront être prévus<sup>51</sup>.

Le psychiatre propose donc de désigner ces lieux d'« établissement médico-pénitentiaire », ce qui est accepté par ses collègues.

Ainsi donc, après discussion, les psychiatres sont parvenus à se mettre d'accord sur les mesures de sûreté. Restait à voir aboutir la réforme. Déposé sous forme de projet de loi à la chambre des députés le 17 juin 1938, le texte ne sera ni voté, ni même discuté. L'utopie de la sentence thérapeutique prônée par X. Abély ne vit donc pas le jour.

### Conclusion : La collaboration médico-judiciaire pour horizon d'attente

Dans la France des années trente, la psychiatrie légale progresse lentement dans le champ juridico-pénitentiaire sans attendre le grand soir législatif annoncé par les projets de réformes pénales, au fil des gouvernements successifs et sans grande fracture politique. Un décret du 31 mars 1936 a notamment créé à titre expérimental des services d'examens psychiatriques dans les prisons parisiennes de la Santé, de la Petite Roquette et de Fresnes auxquelles vont collaborer des psychiatres sensibilisés à la psychanalyse (A. Ceillier, P. Schiff, M. Cenac, M<sup>lle</sup> Badonnel...) <sup>52</sup>. Œuvrant en pionnier dans les prisons, Paul Schiff garde en horizon d'attente l'objectif ultime d'une prophylaxie criminelle qui ne pourra être réalisée que par l'instauration d'une véritable « collaboration médico-judiciaire » sur la mise en observation et le contrôle des sujets en « imminence criminelle », la catégorisation et la tutelle des jeunes délinquants jusqu'à leur majorité et, enfin, les soins, la surveillance et le reclassement des récidivistes et des anormaux sous un régime de peine « peu déterminée » <sup>53</sup>. Le rapprochement entre les communautés médicales et judiciaires progresse sur ce thème, avec la création au ministère de la Justice d'un conseil supérieur de prophylaxie criminelle (22 mai 1936). Présidé par le garde des sceaux, ce conseil a pour vice-présidents le sénateur-maire et médecin militaire Antoine-Élie Gadaud, Paul Matter et l'incontournable Édouard Toulouse (arrêté du 2 juin 1936).

La réflexion théorique sur la prise en charge des délinquants « anormaux » s'est ainsi poursuivie jusqu'à la guerre avec le dépôt en 1937 d'une nouvelle proposition de loi qui évite le terme même de « responsabilité », pendant l'occupation, et les actions concrètes se sont multipliées dans le contexte difficile de la libération <sup>54</sup>. Si la reprise

51. Desruelles 1935, p. 310-311 ; Abély 1935.

52. Colin 1958.

53. Schiff 1936.

54. Lisbonne et Camboulives 1938, Baffos et Heuyer 1939.

du projet d'une grande loi pénale sur les anormaux n'a pas abouti, le plan de réforme pénitentiaire défini en 1945 par Paul Amor inscrit la nécessité de créer dans chaque établissement pénitentiaire « un service social et médico-psychologique » dans les principes de son action. Bien que le directeur de l'administration pénitentiaire ait tenu à lier la question des annexes psychiatriques à la réflexion sur l'adoption d'une loi de défense sociale, il n'en a pas moins favorisé dès 1946 la résurrection de l'annexe de la Petite-Roquette et l'ouverture de services similaires dans chaque direction régionale<sup>55</sup>. La poursuite de ce mouvement a permis l'ouverture simultanée en 1950 du premier système national de tri des condamnés (Centre national d'orientation à Fresnes) et du Centre d'observation spécialisé pour détenus psychopathes de Château-Thierry. Le D<sup>r</sup> Jean Dublineau fut le premier médecin chef de ce que l'on allait bientôt appeler une « maison centrale sanitaire ». En 1967 étaient créés les premiers Centres médico-psychologiques régionaux (CMPR) en lieu et place des annexes psychiatriques. La principale nouveauté de ces structures a été d'introduire sur le territoire pénitentiaire du personnel soignant dépendant des hôpitaux psychiatriques. Ces unités ont d'ailleurs été transformées en services médico-psychologiques régionaux (SMPR) rattachés à un hôpital public<sup>56</sup>. Elles fonctionnent désormais sur le modèle de la psychiatrie de secteur, leur population étant celle de la maison d'arrêt de rattachement, mais toutes ne possèdent pas de lits d'hospitalisation. Leurs missions consistent à dépister les maladies mentales, à les prévenir et à les traiter.

Si aucune grande loi de défense sociale n'a été adoptée en France, force est donc de reconnaître que la psychiatrisation du système carcéral est devenue une réalité et que les racines de ce mouvement sont bien à rechercher dans ces années trente qui ont constitué un terrain très favorable, bien qu'il soit encore mal connu, aux échanges européens entre les communautés juridiques et médicales. Au sens défini par Christian Topalov, ce terrain formait une « nébuleuse réformatrice », faite de lieux permettant la formation de réseaux et de rencontres entre des hommes « divisés sous de multiples autres rapports » et dont le sens commun s'accompagnait de malentendus<sup>57</sup>. Dans le champ de la médecine légale, ce « sens commun » a produit une pensée hybride oubliée. Elle possédait assurément la dimension utopique d'un possible non advenu. Était-elle pour autant sans avenir ? Quel que soit le jugement que l'on porte sur la perspective alors ouverte, la question pourrait bien revenir un jour d'actualité. Nombre de psychiatres étaient en effet convaincus, à l'image d'un Rogues de Fursac, que « dans la société future, la clinique psychiatrique et la clinique criminologique seront placées porte à porte et communiqueront largement, cela pour le plus grand bien de la science et de la défense sociale »<sup>58</sup>. Quant à Édouard Toulouse, il pouvait bien fustiger la « doctrine

55. Amor 1947.

56. Pour un aperçu historique, voir Broussolle 1978, Martorell 1991, p. 293-307 ; Senon 1998, p. 161-178.

57. Topalov 1999, p. 11-58.

58. Rogues de Fursac 1923, p. 637.

médico-légal retardataire » des experts qui condamnent les anormaux au nom de la défense sociale, il n'en espérait pas moins réunir lui aussi magistrats et médecins « dans une collaboration harmonieuse »<sup>59</sup>. Pour le chantre de la biocratie, cette alliance deviendra vraiment effective le jour où les rôles du juge et du psychiatre auront fusionné en une même personnalité. Le « juge pénal de demain » sera soit le juge qui « devient par sa formation médicale un psychiatre, soit le psychiatre devient par sa formation juridique un juge »<sup>60</sup>. Prémonition ?

Marc RENNEVILLE<sup>61</sup>

## Références bibliographiques

- ABÉLY X. (1934), « Les mesures de sûreté dans le nouveau projet de Code pénal », *Annales médico-psychologiques*, 2, p. 825.
- ABÉLY X. (1935), « Étude complémentaire des mesures de sûreté du projet de Code pénal », *Annales médico-psychologiques*, 1, p. 474-487.
- ABÉLY X. (1935), « Les mesures de sûreté dans le projet de loi portant refonte du Code pénal », *Annales médico-psychologiques*, 2, p. 88-92.
- AMOR P. (1947), « Rapport d'activité au conseil supérieur de l'Administration pénitentiaire. 30 janvier 1947 », *Revue pénitentiaire et de droit pénal*, p. 179-181.
- ANCEL M., PIONTKOVSKY A. A. et TCHKHIKVADZE V. M. (1974), *Le Système pénal soviétique*, Paris, LGDJ, p. 6-7.
- BADINTER R. (1992), *La Prison républicaine*, Paris, Fayard.
- BAFFOS R. et HEUYER G. (1939), « Les délinquants mentalement anormaux. Rapport sur la proposition de loi de MM. Lisbonne et Camboulives », *Revue de science criminelle et de droit pénal comparé*, n° 1, p. 4-35.
- BALTHAZARD V. (1922), « Répression et anormaux », *Revue pénitentiaire et de droit pénal*, p. 699-729 et p. 740-765.
- BARRÉ M.-D. (1986), « 130 années de statistique pénitentiaire en France », *Déviance et société*, vol. 10, n° 2, p. 107-128.
- BENON R. (1934), « Nouveau Code pénal et perversité », *Annales de médecine légale*, p. 164-166.
- BLACQUE-BELAIR A. et CEILLIER A. (1931), « 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*, 11, p. 99-120.

59. Pour une généalogie de cette jurisprudence expertale, dont les premiers signes apparaissent au XIX<sup>e</sup> siècle, voir Renneville, p. 241-259 et p. 329-353.

60. Toulouse 1934, p. 229 ; p. 237.

61. Chargé de mission « Histoire » à l'ENAP ; marc.renneville@justice.fr.

- BROUSSOLLE P. (1978), *Délinquance et déviance (brève histoire de leurs approches psychiatriques)*, Toulouse, Privat.
- CARLIER C. (1989), *L'Administration pénitentiaire et son personnel dans la France de l'entre-deux-guerres*, Paris, Ministère de la Justice (Archives pénitentiaires ; n° 9), p. 207-216.
- CAUJOLE P. (1931), *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<sup>re</sup> séance du 2 juillet 1931, Paris, Imprimerie de la chambre des députés, p. 70-72.
- CHARPENTIER C. (1931), « Sur la réforme de la législation pénale », *Revue pénitentiaire et de droit pénal*, p. 265-275.
- CHARPENTIER R. (1933), « À propos de la réforme du Code pénal », *Annales médico-psychologiques*, 2, p. 354-368.
- CHAUVAUD F. (2000), *Les Experts du crime*, Paris, Aubier.
- CHAUVAUD F. et DUMOULIN L. (2003), *Experts et expertise judiciaire. France. XIX<sup>e</sup> et XX<sup>e</sup> siècles*, Rennes, Presses universitaires de Rennes.
- CLAUDE H. (1933), « Les aliénés en liberté », *Annales de médecine légale*, p. 169.
- COLIN H. (1897), *Les Aliénés criminels. Communication faite à la séance de la Société générale des prisons du 17 novembre 1897*, Paris, Imprimerie Chaix.
- COLIN M. (1958), « Annexes psychiatriques des prisons. Problèmes médico-légaux. 28<sup>e</sup> Congrès international de médecine légale. Lyon 17-19 octobre 1957 », *Annales de médecine légale et de criminologie*, t. 38, n° 3, p. 134-141.
- DAYRAS L. (1881), *La Loi des aliénés. Des mesures législatives à prendre à l'égard des aliénés dits « criminels »*, Besançon, Ch. Marion, Morel et C<sup>ie</sup>, p. 15.
- DE CASTERLE D. et DU COUEDIC H. (1966), « Les nouvelles lois belges face à la maladie mentale », *L'Information psychiatrique*, n° 6, p. 249-257.
- DESRUÈLLES M. (1935), « À propos du projet de loi portant refonte du Code pénal », *Annales médico-psychologiques*, 1, p. 310-311.
- DIDION C. et POIL M. (1932), « Belgique. Rapport », *Recueil de documents en matière pénale et pénitentiaire*, vol. 2, p. 141-145.
- JAKOBSON M. (1992), *Origins of the Gulag. The Soviet Prison Camp System, 1917-1934*, Lexington, University Press of Kentucky.
- DROUARD A. (1999), *L'Eugénisme en questions. L'exemple de l'eugénisme « français »*, Paris, Ellipses.
- DUMOULIN L. (1999), « La médecine légale aux fondements de l'expertise judiciaire », *Equinoxe*, n° 22, *Homo criminalis*, p. 65-77.
- HUTEAU M. (2002), *Psychologie, psychiatrie et société sous la Troisième République. La biocratie d'Édouard Toulouse (1865-1947)*, Paris, L'Harmattan.
- KALIFA D. (2005), *Crime et culture au XIX<sup>e</sup> siècle*, Paris, Perrin, p. 257-297.
- LANTÉRI-LAURA G. (1990), « Évolution de la fonction d'expert au pénal : du code de 1810 à la circulaire Chaumié », in H. Grivois (dir.), *Les Monomanies instinctives : funestes impulsions*, Paris, Masson, p. 39-60.

- LASCOURMES P., PONCELA P. et LENOËL P. (1992), *Les grandes phases d'incrimination. Les mouvements de la législation pénale, 1815-1940*, Paris, GAPP – CNRS – Paris X – ministère de la Justice, p. 72-76.
- LAUZIER J. (1934), « À propos des mesures de sûreté prévues dans l'avant-projet de réforme du Code pénal », *Annales médico-psychologiques*, 1, p. 113-121.
- LIANG O. (1999), « La biologie de la moralité. La biologie criminelle en Bavière et en Allemagne (1924-1945) », *Equinoxe*, n° 22, *Homo criminalis*, p. 119-132.
- LISBONNE et CAMBOULIVES (1938), « Une proposition de loi française de protection sociale relative aux délinquants mentalement anormaux », *Annales de médecine légale*, p. 561-599.
- MARTORELL A. (1991), « Malades psychotiques en milieu carcéral. Esquisse historique et éléments d'actualité », *L'information psychiatrique*, n° 4, p. 293-307.
- MARY P. (1990), « 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, Bruyant, p. 161-184.
- OHAYON A. (1999), *L'Impossible rencontre. Psychologie et psychanalyse en France. 1919-1969*, Paris, La Découverte, p. 72.
- PATERSON M.A. (1935), « Grande-Bretagne. Aperçu du système pénitentiaire », *Recueil de documents en matière pénale et pénitentiaire. Bulletin de la commission internationale pénale et pénitentiaire*, vol. 4, p. 256.
- PICARD J. et EY H. (1934), « Avantages du projet de loi portant refonte du Code pénal dans les cas de responsabilité atténuée », *Annales médico-psychologiques*, 2, p. 835.
- REITER H. (1938), « L'organisation du service de criminologie biologique en Allemagne », *Office international d'hygiène publique*, vol. 30, n° 2, p. 2312-2314.
- RENNEVILLE M. (1999), « De la Bastille à Charenton ? L'institutionnalisation de l'expertise mentale en France », *Equinoxes*, n° 22, *Homo criminalis. Pratiques et doctrines médico-légales (xvi<sup>e</sup>-xx<sup>e</sup> siècles)*, p. 53-64.
- RENNEVILLE M. (2003), *Crime et folie. Deux siècles d'enquêtes médicales et judiciaires*, Paris, Fayard.
- REULOS A. (1933), « Réforme du Code pénal. Rapport présenté à M. le premier Président Eugène Dreyfus... », *Gazette du Palais*.
- ROGUES DE FURSAC J. (1923), *Manuel de psychiatrie*, Paris, Alcan, p. 637.
- SALEILLES R. (1909), *L'Individualisation de la peine. Étude de criminalité sociale [1899]*, Paris, Alcan, p. 129.
- SCHIFF P. (1936), « La prophylaxie criminelle et la collaboration médico-judiciaire », *Revue de sciences criminelles*, p. 479-492.
- SHAFFER E. et VON NEUREITER F. (1938), « Allemagne. Rapport », *Recueil de documents en matière pénale et pénitentiaire. Bulletin de la commission internationale pénale et pénitentiaire*, vol. 7, p. 151-158.
- SENON J.-L. (1998), « Histoire de la psychiatrie en milieu pénitentiaire de Pinel à la loi du 18 janvier 1994 », *Annales médico-psychologiques*, vol. 156, n° 3, p. 161-178.

- SÉRIEUX P. (1906), « Les établissements spéciaux pour aliénés criminels en Allemagne », *Journal de médecine légale psychiatrique et d'anthropologie criminelle*, février, n° 1, p. 8-15 ; août, n° 4, p. 149-161.
- SIMMONOT A.-L. (1999), *Hygiénisme et eugénisme au xx<sup>e</sup> siècle à travers la psychiatrie française*, Paris, Seli Arsian.
- TOPALOV C. (1999), « Les « réformateurs » et leurs réseaux : enjeux d'un objet de recherche », in C. Topalov (dir.), *Laboratoires du nouveau siècle. La nébuleuse réformatrice et ses réseaux en France. 1880-1914*, Paris, Éditions de l'EHESS, p. 11-58.
- TOULOUSE É. (1930), « Le mouvement français de prophylaxie mentale. Congrès international d'hygiène mentale à Washington. 1930 », *La Prophylaxie mentale*, n° 25, p. 201-209.
- TOULOUSE É., DUPOUY R. et MOINE M. (1930), « Statistique de la psychopathie », *Annales médico-psychologiques*, 2, p. 390-404.
- TOULOUSE É. (1934), « L'expertise psychiatrique », *Annales de médecine légale*, p. 229 ; p. 237, p. 226.
- VERVAECK L. (1928), « La portée psychiatrique et sociale de la réforme anthropologique du régime pénitentiaire belge », in *Actes du Congrès des aliénistes et neurologistes de langue française*, Paris, Masson et C<sup>ie</sup>, p. 421-448.
- VULLIEN R. (1930), *Revue pénitentiaire et de droit pénal*, p. 91.
- WEINDING P. (1998), *L'Hygiène de la race*, Paris, La Découverte, t. 1, p. 208-212.
- WOJCIECHOWSKI J.-B. (1997), *Hygiène mentale et hygiène sociale : contribution à l'histoire de l'hygiénisme*, Paris, L'Harmattan.

