

Le glaive et le caducée : évolution historique des rapports entre le droit pénal et la psychiatrie

Marc Renneville*

Quel est le nombre exact de malades mentaux en prison ? Que peut-on attendre de l'examen de l'état mental d'un prévenu ou d'un condamné ? Faut-il punir les malades mentaux ? Les soins pénalement ordonnés ne sont-ils pas une utopie ? Ces quelques questions illustrent l'intensité du débat contemporain entre la psychiatrie et la justice pénale. La littérature grise est abondante en ce domaine et le débat est porté régulièrement sur la scène de la presse nationale. Si l'histoire n'a pas de réponse directe aux questions du présent, elle peut, comme science de la durée, apporter quelques repères. Notre société superpose souvent, dans l'obligation qu'elle s'inflige de traiter toujours plus rapidement l'information, les différentes temporalités présentes dans une « actualité ». L'apparent détour d'un décentrement chronologique peut contribuer à démêler ce qui, dans un fait contemporain, relève de l'événementiel, de la conjoncture et de la longue durée. On opérera ici ce décentrement dans un intervalle délimité par deux dates : 1810 et 1994. Ces dates bornent un entre deux « Codes » portant deux significations. La première est purement chronologique : il s'agit d'un entre deux Codes pénaux. La seconde est plus complexe, car elle renvoie aux deux instances codificatrices qui permettent de délimiter le champ scientifique du crime et de la folie : le judiciaire et le psychiatrique.

Naissance d'un sujet hybride : la folie du crime

« Les fous ne pèchent ni devant Dieu, ni devant les hommes » : telle est la formule appliquée par les juges de l'Ancien droit. Sous l'Ancien Régime, les fous ayant commis un crime ne sont pas punis, car ils ont agi sans être en pleine possession de leur raison et de leur libre arbitre. Il revient au juge le soin de distinguer le crime commis en état de folie, le criminel devenu fou après son forfait et le crime commis dans un intervalle lucide (*dilucida intervalla*) qui reste, lui, punissable¹. La folie est attestée par les discours et les actions de l'accusé et, le cas échéant, le rapport des médecins. L'exception à cette antique règle de non-imputabilité est le crime de lèse-majesté au premier chef et, dans ce cas, le roi peut accorder son pardon. Lorsque l'aliénation est avérée, le juge prononce l'enfermement et la garde par les parents². Si le fou et ses parents n'ont pas les moyens de supporter les frais

*Maître de conférences en histoire contemporaine, Direction de l'administration pénitentiaire, Paris, France, fondateur du site Criminocopus, membre de l'ANR Sciencepeine.

¹ Serpillon F., *Code criminel, ou commentaire sur l'ordonnance de 1670*, Lyon, Chez les frères Perisse, 1784, t. 1, p. 381-383, t. 2, p. 157-158.

² Laingui A., *La responsabilité pénale dans l'Ancien droit : XVII^e-XVIII^e siècle*, Paris, LGDJ, 1970.

de l'enfermement, c'est le seigneur ou l'autorité royale qui y supplée. Le lieu d'enfermement varie selon l'état du fou et ses moyens : hôpital général ou prison ; à Paris, Bicêtre, Hôtel-Dieu ou les Petites-Maisons. Quant au temps de l'internement, il dure jusqu'à ce que l'insensé soit revenu dans son « état de tranquillité ». Les anciens criminalistes convergent sur le diagnostic comme sur la procédure à suivre. Le crime commis par un individu reconnu fou ne fait que rarement question (en cas de doute sur l'état mental) et il n'est d'ailleurs pas en jeu lors du débat sur la justice pénale, dans la seconde moitié du XVIII^e siècle.

Cette configuration évolue à partir de la charnière du XVIII^e-XIX^e siècle.

Psychiatrie moderne et prison pénale naissent au même moment, sous cette Révolution française qui croit simultanément en la curabilité de l'aliénation mentale et de la criminalité. Il faut rappeler ici les espoirs d'un Cabanis songeant en 1790 que les prisons pourraient devenir de « véritables infirmeries du crime ». Le médecin idéologue ne doutait pas en effet, citant ce comté d'Oxford où l'on amende les prisonniers en les mettant en cellule et au travail, que l'on ait « découvert la méthode curative au moyen de laquelle on pourra traiter [le crime] comme les autres espèces de folie »³. Traiter le criminel comme on peut traiter les autres formes de folie. Cette intention thérapeutique s'appuyait sur un rapprochement inédit n'équivalant pas à une confusion du crime et de la folie. Philippe Pinel défendait d'ailleurs au même moment la distinction radicale des deux figures : le fou est un malade et non un criminel, le criminel n'est pas un fou. S'il reste donc un fond de raison en tout aliéné, c'est avant tout au nom de son statut de malade que Pinel revendique l'irresponsabilité pénale du fou. Acquisée dans l'Ancien droit, cette irresponsabilité est reconduite implicitement dans le Code pénal de 1791 puis, explicitement, dans le Code pénal de 1810, en son article 64. À cette date, le sujet du crime reste enclos dans une anthropologie catholique du libre arbitre pourtant contestée par une science de l'homme qui esquisse un processus de différenciation disciplinaire. La responsabilité pénale reste une question de tout ou rien. Au début du XIX^e siècle, le crime et la folie ne se recourent pas. Ils forment deux ensembles clos sans intersection possible. Si un aliéné commet une transgression, il reste un aliéné. L'addition de son acte et de son état n'en fait pas une figure singulière.

Les premiers contours de l'intersection jusqu'ici impossible du crime et de la folie se dessinent en creux et par défaut, dans l'impensable du non-lieu judiciaire. Ils s'esquissent dans la chronique judiciaire et les lacunes d'un raisonnement classique qui achoppe sur les forfaits dont l'abomination scandalise la morale publique : comment expliquer un crime dont les circonstances apparaissent démesurées par rapport au motif du coupable ? Quel mobile peut justifier, sinon excuser, l'inceste, le meurtre d'enfant, l'anthropophagie ? L'hypothèse d'une déraison meurtrière spécifique est avancée dans les années 1820 en réaction aux premières grandes affaires de crimes sans motif et sur fond de débat sur l'abolition de la peine de mort. Baptisée « monomanie homicide » par les élèves de Pinel et d'Esquirol, cette déraison partielle et meurtrière va être durant toute la première moitié du XIX^e siècle le cheval de Troie de la pathologisation du crime. Le contexte est essentiel pour comprendre la position des aliénistes : sur fond de crise politique et de critique des conditions de détention, le Code pénal de 1810 est attaqué pour

³ Cabanis P.J.G., *Observations sur les hôpitaux*, Paris, Imprimerie nationale, 1790, p. 6.

sa sévérité et l'extension de l'application de la peine de mort est discutée. La question du rapport justice pénale/psychiatrie est au cœur du débat : en envoyant des monomaniaques homicides à l'échafaud, expliquent les aliénistes, la justice assassine des malades.

La monomanie homicide marque le premier véritable point de contact entre le crime et la folie, le criminel et le fou. Elle pose en effet à nouveau l'exigence, pour les médecins experts, de faire la preuve auprès des magistrats... de leur compétence⁴. Elle ouvre aussi une brèche pour une catégorie intermédiaire, une population de l'entre-deux, dont la délimitation clinico-judiciaire sera l'un des grands enjeux du savoir criminologique. Il n'est pas étonnant dès lors de trouver les premières revendications de création d'un établissement spécial, à mi-chemin entre prison et asile, dès le milieu du XIX^e siècle. La France aliéniste du XIX^e regarde alors vers l'Angleterre, tandis que celle du début du XX^e siècle citera en exemple la « réforme anthropologique » des prisons de Belgique. Ce qui est inédit, dans cette configuration émergente, c'est ce soupçon de déraison et de pathologie de la volonté que les nouvelles sciences du crime portent sur les déviances auxquelles elles ne trouvent pas de mobiles rationnels. Ce soupçon tisse un rapport inédit de la folie et du crime, fait d'entrelacements, de rejets et de convergences.

Les magistrats pourtant, certains médecins même, contestent la pertinence et la valeur de la nouvelle entité. Non seulement parce qu'elle pourrait devenir une ressource commode et inespérée pour la défense des meurtriers, mais aussi parce qu'elle s'appuie sur une étiologie de l'aliénation qui renvoie à une théorie des passions qu'ils connaissent bien. Or, si la passion était bien dans l'Ancien droit une cause possible de diminution de la peine, elle ne pouvait permettre son annulation pure et simple. La « passion du crime » ne peut être transformée en une maladie irresponsabilisante affirment les détracteurs de la monomanie homicide, car c'est une maladie bien connue qui s'est soignée de tout temps en place de Grève.

La posture philanthropique des premiers aliénistes s'estompa au milieu de la monarchie de Juillet. La loi du 30 juin 1838 est sur ce point une date essentielle puisque les médecins aliénistes sont unanimes à mettre en avant dans les débats le maintien de l'ordre social⁵.

S'esquisse alors la recherche d'un consensus autour de la question de la prise en charge des aliénés, des criminels et des criminels aliénés. Le discours prononcé en 1863 à la *Société médico-psychologique* par Eugène Dally (1833-1887) peut être considéré comme le manifeste du positivisme psychiatrique sur cette question, car il servit longtemps de référence à ses collègues. Dally y affirmait qu'il était quasiment impossible de trouver des critères fiables permettant de distinguer les criminels des fous, comme le montraient bien les interminables querelles de diagnostic devant les cours judiciaires. En outre, cette

⁴ Castel R., *L'ordre psychiatrique (l'âge d'or de l'aliénisme)*, Paris, Éd. Minuit, 1976 ; G. Lantéri-Laura, « Évolution de la fonction d'expert au pénal : du Code de 1810 à la circulaire Chaumié », in Grivois H. (dir.), *Les monomanies instinctives : funestes impulsions*, Paris, Masson, 1990, p. 39-60 ; Goldstein J., *Consoler et classer. L'essor de la psychiatrie française*, Paris, Les Empêcheurs de penser en rond, 1997.

⁵ Landron G., « Du fou social au fou médical. Genèse parlementaire de la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés », *Déviance et Société*, 1995, XIX, 1, p. 3-21.

question de distinction n'était guère pertinente, car la criminalité et la folie constituaient « deux manifestations spéciales de la déchéance organique, héréditaire ou acquise... » et l'existence d'une prédisposition criminelle lui semblait « aussi incontestable que les plus incontestables prédispositions morbides »⁶. Pour Dally, le criminel ou le fou criminel était irresponsable au sens pénal mais responsable par rapport à la société⁷.

La controverse médico-légale autour de la monomanie provoqua une révision déchirante de la nosologie. Toute la clinique réformatrice de Morel s'érige en effet comme une réponse crédible aux critiques adressées à l'expertise psychiatrique. Le milieu du XIX^e siècle est aussi un moment charnière dans l'histoire des sciences de l'homme. La préhistoire et l'anthropologie physique se dotent d'institutions en empruntant leur méthode aux sciences de la nature. La notion d'hérédité des caractères acquis gagne le champ de la médecine mentale⁸. La population asilaire s'accroît, tout comme la population carcérale, et les deux institutions se voient confrontées à l'échec du pari thérapeutique ayant justifié leur naissance. Les aliénés comme les criminels récidivent. Le traitement moral de l'aliéné n'apparaît plus comme une panacée. L'amendement moral du criminel est loin d'être acquis. L'incurabilité du patient et l'incorrigibilité du criminel sont pointées. Cette période est marquée par les premières grandes critiques de l'asile et de la prison. Les réponses à ces critiques mobilisent deux types d'argumentaire. Le premier est radical et porte sur la structure même : il faut en finir avec l'asile et la prison et développer d'autres modes de prises en charge. Le second renvoie au dysfonctionnement de l'institution, sans la remettre fondamentalement en cause : c'est la population prise en charge qui ne convient pas. L'incurabilité est produite par l'incurable, l'incorrigibilité est produite par l'incorrigible. La question de la récidive devient alors un problème dont la solution est renvoyée à l'anthropologie du récidiviste.

Dans la seconde moitié du XIX^e siècle, l'interprétation du criminel comme individu malade est portée par plusieurs théories (dégénérescence, atavisme, folie morale, type professionnel) ainsi que par des anthropologues et des aliénistes qui peuvent s'opposer (Morel, Broca, Lombroso, Lacassagne, Manouvrier, Topinard...). Alors que la théorie de Gall est peu à peu écartée du corpus des savoirs légitimes, on assiste à un accroissement spectaculaire des signes pathologiques de la déviance. Aliénistes et médecins anthropologues ne se contentent plus désormais de tâter les crânes des infracteurs, mais ils scrutent minutieusement toutes les parties de leurs corps.

Cette anthropologie du récidiviste ouvre une nouvelle période dans l'histoire parallèle de la psychiatrie et de la prison. La frontière entre crime et folie est devenue définitivement perméable. La brèche ouverte par la monomanie homicide ne cesse alors de s'élargir pour constituer un territoire de l'entre-deux dans lequel on cherche à définir scientifiquement le délit du corps déviant. Témoignant de cette volonté de savoir, l'anthropologie criminelle est une création conjointe des médecins, des anthropologues et des aliénistes.

⁶ Lucas P., *Traité philosophique et physiologique de l'hérédité naturelle*, Paris, Baillière J.-B., 1847.

⁷ Une recomposition similaire de la philosophie pénale est défendue par Despina P., *De la folie au point de vue philosophique ou plus spécialement psychologique étudiée chez le malade et chez l'homme en santé*, Paris, Savvy F., 1875.

⁸ Coffin J.-C., *La transmission de la folie*, Paris, L'Harmattan, 2003.

Expertise psychiatrique et responsabilité pénale

Si la controverse est vive sur les dispositions à prendre et sur l'existence d'un éventuel type criminel, de ce qu'il faut entendre par « criminels-nés », « criminels de profession », « déséquilibrés », « pervers », « anormaux », l'accord va grandissant sur l'impérieuse nécessité d'identifier la population résistante à la fois au traitement pénal et psychiatrique. Ce n'est pourtant qu'en 1876 que les aliénistes obtiennent très partiellement gain de cause dans leur demande d'établissement médico-pénitentiaire avec l'ouverture d'un service spécialisé à la maison centrale de Gaillon. Ce service a en effet vocation à accueillir tous les détenus des prisons et des colonies pénitentiaires qui ont été reconnus aliénés durant leur peine. En 1902, toutefois, son ancien médecin-chef déplore que le nombre des aliénés dans les prisons soit largement sous-estimé, en province plus encore qu'à Paris, par manque de structure d'accueil et de personnel compétent apte au dépistage dans les établissements pénitentiaires. S'il n'avance pas de chiffre précis sur la proportion des aliénés détenus en prison, il estime que la population des aliénés criminels de Gaillon comprend 36,7 % d'aliénés méconnus et, donc, condamnés à tort⁹. D'où la nécessité d'instaurer un examen médical et psychiatrique systématique des entrants dans les prisons.

Dans le dernier tiers du XIX^e siècle, l'expertise mentale au pénal reste une question controversée dont l'enjeu touche à l'esprit même du droit, puisque l'école positiviste propose de sanctionner le crime selon la dangerosité de l'infracteur et non la gravité de son acte. Cette possibilité n'étant pas acquise dans le droit positif, les médecins biaisent ostensiblement leur pratique d'expertise dans quelques affaires retentissantes de crimes de sang et d'attentat contre le chef de l'État. On voit poindre dans ces cas singuliers ce qui était auparavant impensable : la conciliation d'un constat d'anomalie psychique avec l'affirmation de la responsabilité du coupable. C'est que les médecins experts ont accompli, en un demi-siècle, leur chemin de droit. Il n'est plus question pour eux désormais, comme l'affirme Lacassagne dans l'affaire Vacher, de délivrer au criminel un « brevet d'impunité ». En parallèle, les juristes acceptent plus volontiers d'ouvrir le livre des sciences de l'homme. S'ils résistent à une application trop littérale de la conception positiviste de la pénalité, ils sont prêts à concéder que l'état mental anormal peut être une circonstance atténuante. Cette reconnaissance est consignée dans une circulaire du garde des Sceaux, datée du 5 décembre 1905. Ce document adressé aux parquets généraux incite en effet les substituts et les juges d'instruction à rédiger des commissions rogatoires détaillant la demande d'expertise mentale, en même temps qu'il recommande une atténuation de la peine, chaque fois qu'une anomalie psychique liée à la commission de l'infraction est constatée. Les temporalités se chevauchent ici. Alors que l'affirmation d'une responsabilité graduée est bien en phase avec le savoir psychiatrique, celle d'une atténuation mécanique de la peine ne pouvait être au mieux défendue que par quelques aliénistes philanthropes de la première moitié du siècle. Pour les médecins psychiatres, les demi-fous peuvent être bien plus dangereux que les infracteurs totalement sains d'esprit. Ces individus doivent en conséquence faire l'objet d'une orientation spécifique pour être maintenus sous bonne garde dans des établissements spéciaux qui ne seraient ni prison ni asile.

⁹ Colin H. et Pactet F., *Les aliénés dans les prisons (aliénés méconnus et condamnés)*, Paris, Masson, 1902, p. 8-38.

En 1959, les psychiatres Jean Dublineau et Robert Vullien évaluaient l'effet de la circulaire Chaumié en rappelant que si celle-ci permettait « en théorie » d'établir la reconnaissance de la responsabilité atténuée des demi-fous et des petits mentaux, elle devait aboutir « en pratique » à une diminution du quantum de peine alors même que les individus étaient reconnus plus dangereux par cette atténuation de responsabilité. Quelle a été la réaction des experts de l'époque ? Ils « en sont venus à raidir leur attitude » et ils ont refusé « le bénéfice de l'atténuation à des sujets qui se présentent comme des déséquilibrés. On aboutit à cette fiction d'admettre le déséquilibre, et de le considérer comme compatible avec une pleine responsabilité.¹⁰ »

Cette étrange réaction se comprend pourtant si l'on se souvient que les experts exigeaient pour ces demi-fous des établissements spéciaux qui n'auraient été ni des prisons ni des asiles. Or il n'était pas question de cela dans la circulaire Chaumié. C'est justement la création de tels établissements qui fut demandée – en vain – dans les années 1930.

Dans la France des années 1930, 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'exams psychiatriques dans les prisons parisiennes de la Santé, de la Petite-Roquette et de Fresnes auxquels vont collaborer des psychiatres sensibilisés à la psychanalyse (A. Ceillier, P. Schiff, M. Cenac, M^{lle} Badonnel...)¹¹. 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 »¹². Le rapprochement entre les communautés médicale et judiciaire 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 Libération¹³. Si la reprise du projet d'une grande loi pénale sur les anormaux

¹⁰ Dublineau J. et Vullien R., « Considérations psychiatriques sur l'avant-projet de loi de Défense sociale », in Georges Levasseur (dir.), *Les délinquants anormaux mentaux*, Paris, Cujas, 1959, p. 54.

¹¹ Colin M., « Annexes psychiatriques des prisons. Problèmes médico-légaux. 28^e congrès international de médecine légale. Lyon, 17-19 octobre 1957 », *Annales de médecine légale et de criminologie*, t. 38, 1958, n° 3, p. 134-141.

¹² Schiff P., « La prophylaxie criminelle et la collaboration médico-judiciaire », *Revue de sciences criminelles*, 1936, p. 479-492.

¹³ Lisbonne E. et Camboulives L., « Une proposition de loi française de protection sociale relative aux délinquants mentalement anormaux », *Annales de médecine légale*, 1938, p. 561-599 ; Baffos R. et Heuyer G., « Les délinquants mentalement anormaux. Rapport sur la proposition de loi de MM. Lisbonne et Camboulives », *Revue de science criminelle et droit pénal comparé*, 1939, n° 1, p. 4-35.

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 régionale¹⁴. 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 docteur 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 1986 en services médico-psychologiques régionaux (SMPR) rattachés à un hôpital public¹⁵. 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.

Les projets de loi sur les délinquants mentalement anormaux n'ayant pas abouti après la Libération, la tendance de la jurisprudence expertale signalée par Dublineau et Vullien s'est confirmée dans la seconde moitié du xx^e siècle. Les docteurs Daniel Zagury et Odile Dormoy en témoignaient encore en 1994, quelques mois seulement après la mise en application du nouveau Code pénal français. D. Zagury tentait alors de ressaisir les facteurs contribuant à cette interprétation restrictive de l'article 64. D'abord, les services hospitaliers de secteur sont de plus en plus réticents à prendre en charge les patients difficiles, d'autant qu'il existe des lieux de soins en rapport avec certains établissements pénitentiaires (SMPR, UMD). D. Zagury pointait ensuite – mais cela est moins nouveau – les mauvaises conditions dans lesquelles s'effectuent les expertises (manque de temps, de moyens et de compensation financière). Enfin et surtout, il déplorait l'appauvrissement de la psychiatrie médico-légale : escamotage des « délires en acte », incapacité des « serial experts » à individualiser les « héboïdophrènes à l'impulsivité maligne », oubli des modes d'entrée dans la schizophrénie, étudiés on l'a vu au début du siècle sous le terme de « démence précoce », manque de repères consensuels sur la clinique des perversions. L'expert terminait sur cet amer constat : « N'est-il pas cruel de constater, par l'un de ces retours de balancier de l'Histoire, qu'après les batailles des aliénistes pour

¹⁴ Amor P., « Rapport d'activité au Conseil supérieur de l'administration pénitentiaire. 30 janvier 1947 », *Revue pénitentiaire et de droit pénal*, 1947, p. 179-181.

¹⁵ Pour un aperçu historique, voir Broussolle P., *Délinquance et déviance (brève histoire de leurs approches psychiatriques)*, Toulouse, Privat, 1978 ; Martorell A., « Malades psychotiques en milieu carcéral. Esquisse historique et éléments d'actualité », *L'Information psychiatrique*, n° 4, avril 1991, p. 293-307 ; Senon J.-L., « Histoire de la psychiatrie en milieu pénitentiaire de Pinel à la loi du 18 janvier 1994 », *Annales médico-psychologiques*, vol. 156, n° 3, 1998, p. 161-178.

sauver les aliénés de la guillotine, conformément à un principe antique, nous en venions à les laisser croupir en prison (sous le prétexte qu'il y a là-bas des psychiatres)... "pour enfin accéder à la dimension symbolique" ! Non seulement ces malades représentent la "part maudite" de l'évolution générale de la psychiatrie, mais la riche clinique qui soutenait nos approches médico-légales est elle-même aujourd'hui menacée de disparition.¹⁶ »

Considérant cette diminution constante des prononcés de non-lieux pour démence, le magistrat Serge Portelli estime que « tout concourt aujourd'hui à réduire dans la pratique le champ d'application de l'article 122-1 » dans son premier alinéa. La « montée en puissance des victimes », la demande croissante de « responsabilité », « l'horreur du crime » et « l'incompréhension populaire » exigent la pénalisation de ceux que l'on appelait autrefois des « anormaux »¹⁷. Ce déclin des non-lieux n'est pas celui de l'expertise mentale. Il annonce plutôt une nouvelle stratégie de gestion des risques visant moins à agir sur les individus dangereux qu'à leur aménager une trajectoire sociale permettant de les marginaliser.

À l'aube du XXI^e siècle, le trouble mental est donc devenu, dans les faits sinon en droit, une « circonstance aggravante ». Il est curieux que personne n'ait songé, en notre époque d'idéologie sécuritaire, à revendiquer cette évolution comme signe d'une politique criminelle allant « dans le bon sens ». Les statistiques judiciaires montrent pourtant une augmentation régulière des prononcés de longues peines en France depuis l'entrée en vigueur du nouveau Code pénal. Cet allongement des peines pèse notamment sur les crimes sexuels, pour lesquels les expertises mentales sont aussi les plus réservées quant au pronostic d'évolution alors même que c'est sur cette population que la demande sociale de thérapie est la plus forte¹⁸.

Conclusion

On terminera par deux remarques sur le contexte actuel et ses effets imaginaires. Sur le contexte actuel, il faut penser en même temps, sans qu'aucun phénomène soit réductible à un autre, la régression de la capacité d'accueil en hôpital psychiatrique, l'augmentation de la population carcérale et l'allongement de la durée moyenne des peines, le développement des mesures alternatives à l'emprisonnement et le changement d'une population de détenus qui voit augmenter le nombre de condamnés pour délits et crimes sexuels, la sensibilité de plus en plus forte aux problèmes de « violence » en détention. Non seulement tout concourt, suivant l'analyse de Serge Portelli, à la commission de rapports responsabilisants, mais tout concourt en même temps à renforcer le sentiment que la population carcérale est de plus en plus constituée d'individus présentant des troubles mentaux. S'il y a un accord quasi unanime pour dire que ces personnes n'ont pas leur place en prison, on peut se demander en même temps si ce n'est

¹⁶ Zagury D., « Mais où est passée la psychose ? Évolution de la jurisprudence expertale », in Odile Dormoy (dir.), *Soigner et/ou punir*, Paris, L'Harmattan, 1995, p. 225-236. D. Zagury, « Les psychiatres sont-ils responsables de la raréfaction des non-lieux psychiatriques ? », *Journal français de psychiatrie*, 2000, n° 13, p. 14-17.

¹⁷ Portelli S., « La pratique de l'article 122-1 du nouveau Code pénal », in Louzoun C. et Salas D. (dir.), *Justice et psychiatrie. Normes, responsabilité, éthique*, Paris, Érès, 1998, p. 153-162.

¹⁸ Tournier P., « Transformation des populations carcérales. 1974-1994 », in Dormoy O. (dir.), *op. cit.*, p. 65-73 ; Xavier Lameyre, *La criminalité sexuelle*, Paris, Flammarion, 2000.

pas cette population indésirable qui permet de justifier – d’une manière bien équivoque et foncièrement induite – la mission d’enfermement et l’espoir de guérison qu’entretiennent nos institutions punitives.

Cette hypothèse ouvre l’horizon d’une relecture vivifiante de la longue histoire des rapports entre justice pénale et psychiatrie. C’est sur cette durée et dans ce registre que l’œuvre critique de Michel Foucault reste d’actualité. Plutôt que de réduire le passé au cadre d’une opposition figée et récurrente de la justice pénale et de la psychiatrie, elle nous donne les moyens d’y déchiffrer un processus d’acculturation ancien et... en devenir, avec ses lenteurs certes, mais aussi ses tournants. C’est dans cette dynamique que le débat présent peut être ressaisi.

Si aucune grande loi de défense sociale n’a été adoptée en France, force est donc de reconnaître que la psychiatrisation de la justice pénale est devenue une réalité. Dans les années 1930, nombre de psychiatres étaient 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 »¹⁹. Édouard Toulouse espérait un peu plus tard réunir magistrats et médecins « dans une collaboration harmonieuse ». Pour le théoricien de la biocratie, le « juge pénal de demain » sera « soit le juge qui devient par sa formation médicale un psychiatre, soit le psychiatre [qui] devient par sa formation juridique un juge »²⁰. Cette fusion du caducée et de la justice devait-elle se faire au profit de la balance ou du glaive ? L’attente énoncée du docteur Toulouse nous rappelle en tout cas le poids du discours psychiatrique dans l’évolution dont nous sommes aujourd’hui les témoins. Et elle devrait être mise en regard de la position d’un psychiatre, plus proche de nous, qui énonçait fortement, *a contrario*, l’exigence des limites de son savoir :

« La psychiatrie, dès qu’elle se trouve sollicitée, non plus de donner un avis sur l’éventualité de l’état de démence au temps de l’action ou sur la présence d’une pathologie mentale précise et avérée, mais de rendre compte d’une grande partie des conduites d’infraction, se retrouve devant un dilemme. Ou bien elle mesure lucidement les limites de son savoir et aussi de son savoir-faire, mais au prix de décevoir une demande à certains égards légitime et de laisser sans réponse des questions graves, faute d’explications rationnelles fondées sur des connaissances effectives ; ou bien elle dépasse ce qu’elle sait, allant vers un usage sans critique de l’analogie et de l’à-peu-près, c’est-à-dire, au bout du compte, vers un croire savoir et faire croire que l’on sait infiniment préjudiciable à la vérité et à la déontologie. »²¹

¹⁹ Rogues J. de Fursac, *Manuel de psychiatrie*, Paris, Alcan, 1923, p. 637.

²⁰ Toulouse É., « L’expertise psychiatrique », *Annales de médecine légale*, 1934, p. 229 ; p. 237.

²¹ Lantéri-Laura G., « Pertinence de la réflexion psychiatrique en criminologie », in T. Albernhe, *Criminologie et psychiatrie*, Paris, Ellipses, 1997, p. 114.