Politiques et pratiques de la psychiatrie en prison 1945-1986

Hélène Bellanger

▶ **To cite this version:**

Hélène Bellanger. Politiques et pratiques de la psychiatrie en prison 1945-1986 : Des annexes psychiatriques aux services médico-psychologiques régionaux (SMPR). Criminocorpus, revue hypermédia, 2014, 10.4000/criminocorpus.2730. 10.4000/criminocorpus.2730 . hal-03429926

HAL Id: hal-03429926

https://sciencespo.hal.science/hal-03429926

Submitted on 16 Nov 2021

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

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

Hélène Bellanger

Politiques et pratiques de la psychiatrie en prison 1945-1986

Des annexes psychiatriques aux services médico-psychologiques régionaux (SMPR)

Introduction : Les politiques publiques ne sont pas des « cultures hors-sol »

1 L'histoire intellectuelle et réglementaire des relations entre psychiatrie et exécution des peines du XIX[e] siècle aux années 1930 est désormais relativement balisée, avec des séquences temporelles identifiées par des débats et des grands textes fondateurs. Mais la connaissance du développement concret de la prise en charge psychiatrique des détenus depuis la Libération reste lacunaire, essentiellement basée sur les récits des professionnels. Or, la Seconde Guerre mondiale apparaît comme une discontinuité majeure dans ce processus de réformes des deux institutions d'enfermement. En effet, la rupture morale et politique et les critiques radicales de l'asile[1] comme de la prison imposées par la guerre ravivèrent l'impérieuse nécessité de l'humanisation, et donc de la médicalisation des établissements. Mais le dixième principe de la réforme pénitentiaire de 1945 portait une promesse (créer un service médico-psychologique dans les principales maisons d'arrêt) qui ne fut tenue que quarante ans plus tard ; pourquoi ? Le décalage entre les textes et la réalité étant une constante de l'histoire pénitentiaire, il était intéressant de voir comment un énoncé réformateur fut transformé en réalité, en histoire vécue dans la durée. Le travail sur les archives relatives à l'action médico-sociale de la Direction de l'Administration pénitentiaire, les publications et témoignages des praticiens effectué dans le cadre de cette recherche ANR, nous ont permis de combler des lacunes concernant les conditions d'intervention et l'action des praticiens, mais également de mieux comprendre l'articulation entre les politiques et leur pratiques.

2 Car, les politiques publiques ne sont pas des « cultures hors-sol », particulièrement celles qui concernent le cœur de l'État régalien et les populations les plus marginalisées, elles s'inscrivent toujours dans un contexte politique, dans un environnement local, dans un terroir pénitentiaire et psychiatrique. Ainsi, l'action interministérielle nécessaire au développement des annexes puis des SMPR[2] a reposé sur des choix politiques concernant des institutions travaillées par des contradictions et des contraintes fortes, mais aussi sur l'articulation réussie de plusieurs réseaux administratifs, au niveau local comme central, enfin sur l'engagement « d'hommes-carrefour »[3] et la mobilisation de deux générations de jeunes médecins et magistrats, de préfets et d'administrateurs du ministère de la Santé.

3 « Réforme par le bas » et « réforme par le haut », politiques nationales et pratiques locales se sont donc conjuguées au sein des deux institutions. Et si en 1945, la question d'une prise en charge « médico-psychologique » des détenus fut posée par la réforme pénitentiaire, le contexte et la pénurie de moyens en limitèrent les ambitions et quelques annexes psychiatriques expérimentales vivotèrent. À partir des années 1960 et jusqu'en 1977, quelques pionniers mirent en place 5 à 10 structures psychiatriques dans quelques grandes maisons d'Arrêt avec des objectifs, des pratiques et des moyens très hétérogènes. Leur action et leurs expérimentations permirent d'élaborer le cadre fondateur des « centres médico-psychologiques »[4]. Enfin de 1977 à 1986 : la psychiatrie en milieu pénitentiaire s'institutionnalisa et, à partir de 1986 fut prise en charge par le ministère de la Santé (décret créant les SMPR actuels). À partir de cette date, la psychiatrie constitua « l'avant garde de la santé publique en prison » et servira de modèle à la réforme de la prise en charge sanitaire des détenus par le service public hospitalier pour les soins somatiques en 1994[5].

4 La mise en œuvre de structures d'observation puis de soin à l'intérieur des établissements pénitentiaires est donc un processus complexe et de moyen terme qui méritait à la fois d'être

contextualisé et incarné. Contextualisé car, les guerres, les contraintes sécuritaires, les pénuries budgétaires, les urgences sanitaires pesèrent lourdement sur la mise en œuvre des différents textes. Ainsi une circulaire « cruciale » peut-elle être appliquée dix ans après sa publication ; ainsi des intérêts apparemment contradictoires pouvaient-ils concourir à l'accélération de la réforme… Enfin il s'agit d'une réforme « incarnée », car elle fut principalement fondée sur des expérimentations locales, portée par un noyau réduit de personnalités, sans cadre règlementaire, avec peu de moyens et des modèles très différents.

5 Le développement de la psychiatrie en milieu pénitentiaire se présente donc sous la forme d'un processus en spirale se développant sur différentes scènes. Son moteur est constitué par les interactions complexes entre les politiques nationales des administrations centrales (de la Santé, de la Justice et de l'Intérieur), les politiques locales pilotées par les préfets, les conseils généraux, les directions hospitalières, les dires d'experts dans les congrès de criminologie et les face-à-face quotidiens entre les psychiatres, les directeurs d'établissements et les personnes détenues…

Contextualiser l'échec des annexes psychiatriques

Avant et après la Seconde Guerre mondiale

L'échec du modèle de la « Défense sociale »

6 Le système binaire institué par la législation du XIX[e] siècle envoyant « les aliénés criminels », irresponsables, à l'asile et tous les autres en prison fut progressivement mis en cause par les communautés médicales et judiciaires. Plusieurs modèles influencèrent durablement le développement de la psychiatrie publique en France et son implication auprès des délinquants et des détenus[6]. Grâce aux réseaux des sociétés savantes, aux congrès et aux commissions de la Ligue d'hygiène et de prophylaxie mentale[7], les premières expérimentations de « services ouverts » furent lancées par des psychiatres… « 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 maladive irrémissible, avant même qu'ils aient commis leur premier délit[8]. »

7 Mais, dans les années 1920-1930, la philosophie asilaire restait majoritaire au sein de la profession. Et la croyance « aux vertus thérapeutiques de l'enfermement » [9] se doublait de la dénonciation croissante de la présence dans les asiles pour aliénés, premièrement de malades récalcitrants et « agités » (donc très nuisibles à la tranquillité des établissements), et, deuxièmement, d'aliénés criminels internés, particulièrement dangereux. Par conséquent, si les médecins préconisaient avec force les services ouverts et les dispensaires pour les actions d'hygiène mentale, ils prônaient la construction de structures spécialisées pour tous ces sujets demi-fous, demi-responsables, présumés dangereux, dont on ne savait que faire.

8 Une minorité d'aliénistes manifestèrent la volonté de rompre avec « l'abstentionnisme thérapeutique de leurs aînés » et posèrent le principe de l'intervention du psychiatre en prison. Sous l'influence du modèle belge dit de « la Défense sociale », un premier rapprochement des communautés pénitentiaires et psychiatriques eut lieu avec l'ouverture, en 1927, de la première annexe psychiatrique à Loos-les-Lille par les Dr Raviart et Vullien. Certes, on peut lire rétrospectivement dans l'ambition de ces précurseurs, une anticipation des SMPR des années 1980, mais la réalité fut l'impossible pérennisation de l'expérience faute de crédits ; échec dont le Dr Vuillien rendit compte dès 1929 au congrès des aliénistes et neurologistes de langue française.

9 Dans l'entre-deux-guerres, l'intervention du psychiatre en prison restait donc cantonnée à son expertise pour identifier le fou, « l'aliéné » pour l'exclure du circuit pénitentiaire et le confier à l'hôpital psychiatrique. D'ailleurs il n'était pas question à cette époque de prise en charge thérapeutique « faute de moyens, mais surtout, en fonction d'une position idéologique […] il faut dépister le malade mental. Il n'est pas question de soigner[10] ». Dépister, catégoriser, classer, les visées étaient précises. Osait-on parler du psychiatre en prison qu'on pensait tout de suite aux simulateurs. Malgré ces difficultés, la nébuleuse réformatrice obtint néanmoins grâce au décret du 31 mars 1936 la création de services d'examens psychiatriques dans trois prisons parisiennes (La Santé, La Petite Roquette et Fresnes.) Mais la guerre interrompit ce processus.

Le double échec de l'asile et de la prison

10 À partir de 1945, on assista à un double processus de réforme, de l'administration pénitentiaire d'une part, et de la psychiatrie publique d'autre part, qui permit l'entrée de quelques psychiatres en prison et la création d'annexes psychiatriques à l'intérieur de quelques maisons d'arrêt. Ce mouvement complexe tira sa principale dynamique de la rupture constituée par la Seconde Guerre mondiale elle-même. En effet, la situation de l'administration pénitentiaire en 1944-45 est désormais bien connue. Les prisons, (et les camps), instruments de répression, lieux de torture et antichambres de la déportation, étaient désormais surpeuplées par les justiciables de l'épuration et confrontées, au quotidien, à toutes les pénuries.

11 S'agissant des médecins, il n'est pas lieu de revenir ici sur les interrogations profondes que provoqua notamment chez les jeunes psychiatres, la prise de conscience des pratiques nazies. Par contre, il faut rappeler la rupture majeure, le traumatisme, que représenta la mort de famine de plus de quarante mille malades internés dans les hôpitaux psychiatriques français pendant la Seconde Guerre mondiale[11]. Et en mars 1945, à l'occasion des journées de l'Union des médecins français, Henri Ey[12] s'était livré à une critique radicale des faiblesses coupables de sa profession et de l'enfermement comme manière de traiter la maladie mentale. Néanmoins, par un apparent paradoxe, ce fut l'étude des circonstances de la famine qui constitua la première occasion de rencontre des réformateurs de la profession[13] pour dénoncer « la décomposition mortelle de l'asile ».

12 Aux conséquences directes de la guerre sur les deux institutions d'enfermement s'ajoutait le bilan plus général que les réformateurs tiraient d'un siècle de politique asilaire et pénitentiaire : l'échec. Échec de la prison comme « infirmerie du crime », criminogène, elle s'avérait aussi pathogène ; échec de l'hôpital psychiatrique, incapable de soigner et abandonnant les malades dans la chronicité. Car, si les « asiles » d'avant-guerre avaient disparu des textes officiels, leur réalité carcérale était encore bien vivante[14].

13 Pour caricaturer la situation, dans les établissements pénitentiaires comme dans les hôpitaux psychiatriques ce qui frappe, à la Libération, ce sont les mêmes constats de pénurie, d'insalubrité et de diffusion des maladies. « Une véritable catastrophe sanitaire » frappait ces deux lieux fermés[15] : la grande majorité des internés ne recevait aucun traitement, les prisonniers non plus. Quelques années après la Libération, ce que l'on nommerait aujourd'hui pudiquement la « sous-médicalisation » des établissements pénitentiaires était patente ; et, alors que les locaux et les effectifs manquaient, la priorité du directeur de l'AP était évidemment la question sanitaire.

14 Or, dans ce contexte de profonde pénurie, l'administration était placée sous une double contrainte : premièrement, l'urgence « sanitaire et humanitaire » de prendre en charge les pathologies les plus massives et aggravées par les privations de la guerre, au premier rang desquelles la tuberculose[16] ; deuxièmement la pénurie financière qui ne permettait ni d'assumer le coût exorbitant des hospitalisations extérieures des détenus[17], (dans un hôpital ou un hôpital psychiatrique), ni de rémunérer correctement les médecins pour soigner à l'intérieur des établissements.

Une rupture politique et un changement de méthodes

15 Mais, les discours des psychiatres à la Libération sont marqués par une profonde ambivalence. La honte devant les terribles conséquences de la stigmatisation des malades mentaux coexiste avec l'espoir de réforme porté par une nouvelle génération. La guerre avait en effet agi comme un révélateur et fortement interpellé les psychiatres sur leurs pratiques. Premièrement en mettant directement en cause la dépendance des malades mentaux vis à vis de l'hôpital ; (la réaction inattendue des patients à l'évacuation de certains hôpitaux confirmaient en effet que des malades mentaux hospitalisés de très longue date pouvaient se révéler tout à fait « mobilisables et réinsérables »). Deuxièmement, certains lieux refuges comme l'hôpital de Saint Alban provoquèrent des rencontres improbables et des innovations thérapeutiques. Cette « matrice Sainte Albanaise » nourrit d'une part les inventeurs de la « psychothérapie institutionnelle » qui jouèrent un rôle déterminant dans l'ouverture et l'intégration de l'hôpital lui-même comme élément du soin[18] et d'autre part toute une génération de jeunes

médecins, profondément marqués par la guerre, qui s'investirent dans de nouveaux espaces à médicaliser[19].

16 En 1945, il paraissait donc bien impossible de réformer sans refonder les deux institutions, car l'humanisation et le traitement étaient au cœur à la fois de la « réforme Amor » [20] et des interrogations de la psychiatrie publique naissante. Cette conscience nouvelle des dysfonctionnements de l'institution psychiatrique et de l'institution pénitentiaire va accélérer l'entrée des premiers psychiatres en prison. Car cette rupture morale s'accompagnait d'une rupture politique tout aussi profonde. En effet, ce qui frappe le plus dans le réformisme d'après-guerre concernant l'intervention psychiatrique, c'est la reconfiguration de la manière même d'aborder les réformes. « Plus que les débats, ce sont le foisonnement des initiatives et la multiplicité des acteurs qui marquent le processus réformateur. »[21]. En effet, les psychiatres firent le choix d'investir à la fois la politique[22] et la pratique. Entendons par là pour les médecins la volonté de peser sur la politique sanitaire et parallèlement de s'engager dans la clinique pour prouver qu'une nouvelle relation malade-médecin était possible. Et même si les psychiatres réformateurs étaient très minoritaires au sein de la profession, cette « psychiatrie militante » va donner lieu à de multiples expérimentations qui vont accompagner le développement de l'intervention psychiatrique en prison avant que la politique de secteur ne prenne le relais. Le changement d'échelle et d'acteurs est ici flagrant ; le centre de gravité des réflexions sur les politiques sanitaires et pénitentiaires changea ; les sociétés savantes côtoyaient désormais les syndicats, les associations, les centres de formation ; les DASS et les services de l'Hygiène mentale finançaient des consultations en prison ; le bureau de la psychiatrie, la « commission des maladies mentales »[23], les institutions internationales s'intéressaient à la situation des prisonniers.

17 Pour ce qui concerne la réforme pénitentiaire, dite « réforme Amor » le même choix fut fait de définir quatorze grands principes et d'engager rapidement des expérimentations sur le terrain. Ainsi, l'entrée de la psychiatrie en prison fut-elle édifier sur une seule pierre : le 10e principe de la « réforme Amor » qui stipulait simplement « dans tout établissement pénitentiaire fonctionne un service social et médico-psychologique. » La formulation de cet objectif s'appuyait sur un constat fait de longue date : « la recherche de la santé physique et mentale des prisonniers est le premier stade de leur reclassement social et de leur relèvement moral. Il n'y aura pas de « réforme pénitentiaire » possible avec une population pénale dont on ignorerait les troubles caractériels et physiques[24] ».

18 Dès 1946, Paul Amor décida la création d'une annexe psychiatrique à Rennes, la relance de l'annexe de la Petite Roquette et mit en place une commission d'étude inédite, sous la férule de Piprot D'Alleaume, composée de juristes et de praticiens de plusieurs générations[25] . Sa mission était claire : organiser le dépistage des délinquants mentalement anormaux se trouvant dans les établissements pénitentiaires[26] et pour cela mettre au point « Un plan concret d'organisation des annexes psychiatriques [que] nous ferons fonctionner même avec des moyens de fortune […], une sous-commission financière est chargée de rechercher les fonds minima indispensables, notamment en faisant appel aux Préfectures, à la Sécurité Sociale et en suscitant les bonnes volontés[27]. » Car, même si le directeur de l'administration pénitentiaire appelait toujours de ses vœux le vote d'une « grande loi de défense sociale » qui encadrerait le développement de l'intervention psychiatrique en prison, sa démarche était avant tout pragmatique : « il faut se borner à ce qui est actuellement possible sous peine de ne rien faire du tout[28]. »

Discours et réalités

Annexes « officielles » et annexes « réelles »

19 En 1947 le discours du directeur était encore particulièrement optimiste. « Dans quelques mois, après le désencombrement indispensable, la Prison de la Santé retrouvera elle aussi son annexe. En décembre à Strasbourg, en janvier à Lille, des Commissions ont été créées et les bases des annexes établies. Il en sera de même dans les mois que vont suivre à Lyon, à Marseille et à Toulouse. Progressivement, le mouvement s'étendra aux autres régions pénitentiaires de France[29] ». Et en 1950 le rapport annuel livrait une description idyllique de cette œuvre

réformatrice « qui devrait aboutir à faire de la maison d'arrêt le laboratoire où la justice puiserait ses appréciations de culpabilité et la pénitentiaire ses possibilités d'action réformatrice[30]. »

20 Mais, le décalage entre le discours et la réalité des réformes étant une constante de l'histoire pénitentiaire, une première question se pose : combien d'annexes existaient « réellement » entre 1945 et 1954 ? Les sources institutionnelles et professionnelles sont discordantes. En 1946, on parle de 24 annexes prévues, en 1950 de 12 annexes psychiatriques, en 1951 de « 14 établissements disposant d'un service psychiatrique… » Ce chiffre de quatorze a été depuis lors repris[31] Or les archives du premier « état sanitaire » élaboré par l'administration pénitentiaire dévoile une réalité bien différente. En 1954, dans le secteur mental, tout restait à faire ; et le décalage était patent entre les 14 annexes « officiellement » créées et les 5 annexes dont on peut constater au mieux l'existence. En effet, cinq cessèrent leur activité plus ou moins rapidement, faute de crédits de médecins ou de locaux[32] ; celle de Soissons survécut à peine cinq mois « une mutation se produisit et le nouveau médecin-chef de l'hôpital psychiatrique de Prémontré ne se rendit plus à la maison d'Arrêt[33] ». En 1951, l'annexe de Lyon cessa toute activité après trois ans d'existence faute de crédit[34]. Fresnes ferma au début de la guerre d'Algérie, même si le Dr Bachet maintint une « consultation aléatoire » jusqu'en 1960. Aux Baumettes, quelques cellules avaient bien été réservées, mais l'on attendit la nomination d'un médecin pendant plus d'un an et demi…

21 L'état sanitaire révèle en effet les conséquences de la pénurie financière sur le développement des annexes psychiatriques puisque cinq psychiatres seulement disposaient de vacations rémunérées par la Direction de l'Administration pénitentiaire (les Dr Bachet à Fresnes, Dr Cenac à la Santé, le Dr Badonnel à La Petite Roquette, le Dr Kling à Strasbourg, Dr Lecullier à Dijon). Dans six autres maisons d'arrêt[35], des consultations étaient effectuées avec plus ou moins de régularité par des psychiatres « bénévoles », souvent chefs de service dans l'hôpital psychiatrique le plus proche, comme le Dr Broussolle du Vinatier à la maison d'arrêt de Lyon, le Dr Guilbert, médecin chef de l'HP Armentières à Douai ou le Dr Achalle en poste à l'hôpital psychiatrique de la Charité sur Loire à Nevers… Dans la même perspective, peut-on parler de véritable annexe psychiatrique quand, à La Santé en 1954, Dr Cenac effectuait une unique visite hebdomadaire, soit 104 consultations dans l'année dans une maison d'arrêt parisienne surchargée avec une moyenne de 1 500 détenus[36]. De même, alors que les grandes maisons d'arrêt comme Fresnes et la Santé ne disposaient que d'une vacation de psychiatre par semaine, le Dr Lecullier se rendait 2 à 3 fois par semaine à la Maison d'arrêt de Dijon…

22 En 1954, les annexes existantes étaient donc loin de concrétiser l'ambition initiale de la « réforme Amor », et, au mieux, une dizaine d'établissements pouvait profiter d'une « présence psychiatrique ». Par "annexe", il fallait donc entendre les rares visites d'un médecin psychiatre, vacataire ou plus souvent « bénévole » qui faisait preuve d'un « certain dévouement puisque l'administration pénitentiaire n'avait aucun crédit pour les payer[37]. » Le directeur de l'administration pénitentiaire, Charles Germain, constatait d'ailleurs que « dans certains de ces établissements, le médecin psychiatre déploie, avec un désintéressement auquel il faut rendre hommage, un zèle et une activité scientifique considérables mais, il faut le dire franchement, sans grande utilité au point de vue strictement judiciaire[38]. »

Spécialisation et saturation du dispositif

23 Dix ans après la réforme Amor, les pénuries et la focalisation des pouvoirs publics sur d'autres priorités avaient eu raison de l'élan réformateur. La médicalisation des établissements pénitentiaires apparaissait donc très faible et hétérogène, confirmant que la présence de psychiatres au sein de certains établissements dépendait plus des bonnes volontés ou des traditions locales que d'une politique sanitaire globale. Dans ce contexte, pour éviter la dispersion de ses faibles moyens et les hospitalisations coûteuses, l'administration pénitentiaire fit le choix du regroupement dans des établissements spécialisés, de trois catégories prioritaires de malades : « 1° Les tuberculeux pulmonaires ou osseux qui ne sauraient être placés ailleurs que dans un sanatorium pénitentiaire ; 2° Les détenus âgés de plus de 60 ans, les malades chroniques, les infirmes, bref les inaptes au travail qui encombreraient

les infirmeries des autres établissements et doivent être placés dans un hospice pénitentiaire ; 3° les anormaux mentaux qui ont leur place dans un hôpital psychiatrique pénitentiaire[39].»

24 Face à la pression budgétaire, sécuritaire et humanitaire, l'administration pénitentiaire « a donc entrepris, comme pour ses malades tuberculeux ou chroniques, la création d'un établissement spécial dont le prix de journée sera sensiblement moindre que celui réclamé par les asiles. Cet établissement sera installé dans les locaux de la maison d'arrêt de Château-Thierry […] En le créant, elle a satisfait aux principes d'économie qui doivent régir tout service public, mais elle a aussi obéi aux principes humanitaires, car il n'était pas de plus affligeant spectacle que celui d'anormaux se lamentant ou se révoltant dans des cellules d'un quelconque quartier disciplinaire[40]. » Château-Thierry était donc placé au cœur du dispositif puisqu'il était destiné à prendre en charge tous ces détenus de la « zone grise » c'est à dire ceux qui, « s'ils ne sont pas complètement aliénés, relèvent cependant d'un traitement mental particulier, inconciliable jusqu'à présent avec les exigences de la détention classique[41]. »

25 Mais l'on assista à partir de 1947 à l'essoufflement rapide du mouvement de réforme lancé par Paul Amor ; l'ensemble du système pénitentiaire était en situation de pénurie[42]. Les faiblesses de l'équipement psychiatrique apparurent donc rapidement au grand jour ; la création de quelques annexes n'avait pas permis de faire baisser le nombre des internements ; le coût des hospitalisations psychiatriques devenait insupportable, et Château-Thierry, le seul établissement sanitaire spécialisé, était perpétuellement encombré et concentrait dans ses murs des condamnés « présentant des signes d'aliénation mentale ou de véritables déments dont la seule place était dans un hôpital psychiatrique[43] ». Faute de pouvoir l'agrandir, il fut décidé de créer un second établissement « de réadaptation » de 40 places, ouvert en avril 1956, dans l'ancien quartier disciplinaire de la maison centrale d'Eysses. En 1960, le phénomène de saturation impossible à enrayer fit envisager à l'administration pénitentiaire la reconversion d'Haguenau en centre psychiatrique.

Trois leviers à la disposition des praticiens

26 À l'orée des années 1960, le bilan des réalisations était donc faible. Mais le processus fut relancé grâce à des conditions de réussites nouvelles : un nouveau cadre législatif et règlementaire, un médiateur allié à un réseau de praticiens militants, et enfin une innovation thérapeutique majeure.

27 En effet, à la différence de la génération d'après-guerre, ces pionniers s'appuyèrent tout d'abord sur un cadre légal totalement refondu : le nouveau Code de procédure pénale. Or, d'une part, ce dernier promouvait de manière cohérente l'enquête de personnalité et l'examen médico-psychologique en reconnaissant timidement le rôle du psychiatre dans l'exécution des peines, et d'autre part, les « textes pénitentiaires » du Code intégraient les éléments cruciaux des expérimentations menées depuis 1945[44].

28 Mais, les communautés médicales et pénitentiaires ne pouvaient rester en posture de défiance réciproque, il était donc indispensable de trouver un relai, un médiateur ; et si dès 1946, Paul Amor demanda l'affectation d'un médecin à l'administration pénitentiaire ; les négociations maintes fois relancées n'aboutirent qu'en 1960 à la création d'un poste de médecin-inspecteur. Le recrutement de Georges Fully, résistant et ancien déporté à Dachau[45] manifestait cette priorité accordée à une nouvelle politique sanitaire fondée sur deux principes : l'humanisation et la reconnaissance du détenu comme personne malade. Ainsi dès sa nomination Georges Fully inspecta un nombre important d'établissements pénitentiaires sanitaires et d'annexes psychiatriques. Car, « il reste à la charge de l'administration pénitentiaire un grand nombre de déséquilibrés qui doivent être considérés comme des malades, qui ne peuvent être internés et qui doivent, tout en étant traités, continuer à subir la sanction pénale dont ils ont été l'objet. Il importe donc de créer, au sein de l'administration pénitentiaire, des conditions permettant le traitement de ces malades dans des établissements adaptés[46]. » Inspecteur, le Dr Fully était également placé en position de médiateur[47] avec les praticiens qui pouvaient disposer d'un recours direct préservant le secret professionnel (mais court-circuitant les hiérarchies pénitentiaires). En jouant, avec les uns, la confraternité pour trouver des solutions transitoires,

et avec les autres, les personnels pénitentiaires, l'autorité pour pacifier les relations, Georges Fully a réussi en quelques années cette indispensable articulation « médico-administrative ».

29 Enfin l'acceptation des psychiatres à l'intérieur des établissements pénitentiaires fut accélérée par la nouvelle pharmacopée à la disposition des praticiens. En effet, dans les années 1950, Sainte-Anne fut le lieu d'un événement majeur pour la psychiatrie : la découverte par Jean Delay et Pierre Deniker des propriétés du premier neuroleptique, le *Largactil*. La profession unanime souligna l'effet de levier sur la politique de « désaliénation » et sur les pratiques thérapeutiques[48]. Changement d'atmosphère des hôpitaux psychiatriques, accroissement des possibilités en matière de soin, amélioration du comportement des patients « difficiles », disparition progressive des pavillons « d'agités. », « action sur l'hôpital tout entier »… En tous cas, Il est clair que pour l'administration pénitentiaire ce fut une véritable révolution puisque désormais le psychiatre prescripteur était doté du pouvoir de « calmer les détenus » et donc de calmer la détention.

Articuler politiques et pratiques

Territoires et terroirs des pionniers des années 1960

La « réforme par le bas » et les réseaux d'acteurs

30 Cette « réforme par le bas » fut menée par quelques pionniers dans les grandes maisons d'arrêt[49] qui « n'attendirent pas des textes pour tenter de réaliser, avec les moyens du bord, leurs aspirations théoriques[50] ». Il s'agissait de pionniers, car, si l'expertise psychiatrique était désormais mieux intégrée à la procédure, l'intervention des psychiatres dans l'exécution des peines était encore un vœu pieux. En effet, la reconnaissance de la fonction soignante, avec comme préalable la reconnaissance du détenu comme malade, n'allait pas de soi au sein des établissements pénitentiaires. Or, dans les années 1960, les médecins des CMPR constituaient le premier personnel soignant doté d'une certaine autonomie vis à vis de l'administration pénitentiaire. Et tous les récits des praticiens mettent l'accent sur le travail de définition et de légitimation qu'ils effectuèrent à l'intérieur des établissements ; Paul Hivert parlait même de « travail de termite ».

31 La première génération de CMPR pionniers illustre à merveille cette nouvelle manière de réformer sur le terrain. L'articulation classique entre savoirs, débats professionnels et politiques publiques fut profondément modifiée par cette « psychiatrie militante » qui se mit en action à l'intérieur des établissements sans cadre spécifique, sans statut et souvent sans moyens. Trois éléments ont néanmoins accéléré son implantation : premièrement la légitimité et la longévité en poste de personnalités dotées de réseaux complémentaires, deuxièmement la diversité et l'engagement des équipes qu'ils agrégèrent, enfin le soutien à moyen terme d'un groupe de magistrats et d'administrateurs, sollicité à des moments clefs par des personnalités politiques.

32 À l'occasion des projets en milieu pénitentiaire, trois réseaux efficaces se mobilisèrent du début des années 1960 jusqu'à la fin des années 1970, à la fois au niveau international, national et local. En premier lieu, les liens issus de la résistance et de la déportation. Nous retrouvons à l'origine de la réforme de l'intervention psychiatrique en prison Simone Veil[51], le garde des Sceaux Michelet et le nouveau médecin inspecteur de l'administration pénitentiaire Georges Fully, mais aussi Marie Rose Mamelet, « la papesse de la psychiatrie publique » ; ou Marcel Colin, jeune étudiant en médecine pendant la guerre et résistant, soutien indéfectible du CMPR de Lyon. Leur force de conviction et leur légitimité leur permirent, pendant plus de vingt ans, de fédérer les multiples initiatives et de valoriser l'action de cette minorité d'entrepreneurs de la psychiatrie en milieu pénitentiaire. Leur action put s'appuyer à moyen terme sur la première génération de magistrats qui s'investit à l'administration pénitentiaire des années 1960 aux années 1980[52], et sur quelques préfets réformateurs nommés à sa tête[53].

33 Dans un contexte où les études médicales n'étaient pas encore structurées de manière rigide et où les nouvelles spécialités naissaient des expérimentations sur le terrain, la diversité des générations, des compétences et des statuts des médecins intervenant en milieu pénitentiaire est frappante[54]. Pour ces vacataires ou bénévoles, la prison représenta un espace de formation

et d'innovation. D'ailleurs, parmi les avantages reconnus du travail en milieu pénitentiaire, tous les psychiatres notaient l'importance accordée au travail en équipe alors que de nombreux hôpitaux psychiatriques souffraient encore d'une forte rigidité hiérarchique.

34 Mais l'ancrage professionnel de la majorité de ces praticiens intervenant en prison était ailleurs, dans un service de l'hôpital psychiatrique voisin, à la faculté de médecine, dans un dispensaire, ou dans un cabinet libéral… Cette première génération de pionniers, n'assurait donc qu'une présence psychiatrique à temps partiel, mais elle réussit grâce à ses expérimentations et surtout à sa stratégie d'influence à inventer et promouvoir un corpus de méthodes et d'outils, une clinique qui fut réinvestie par la génération suivante.

35 Prenons l'exemple des CMPR des prisons de Lyon et de la Santé[55] aux motifs, premièrement qu'ils représentent les expérimentations les plus abouties, les plus importantes quantitativement et les plus valorisées à l'intérieur et à l'extérieur du monde pénitentiaire, et deuxièmement que les deux modèles de développement contrastés voire antagonistes qu'ils incarnent furent largement influencés par des facteurs locaux (la géographie pénitentiaire et hospitalière et les terroirs professionnels).

36 Le choc des cultures fut plus ou moins rude, les relations plus ou moins frontales[56]. Mais avec l'aide du Dr Fully, les responsables de ces deux annexes psychiatriques « pionnières » réussirent, en quelques années, à installer la question de la prise en charge médico-psychologique au cœur des préoccupations de l'AP[57]. La construction de cette cause reposa sur trois éléments principaux : premièrement le passage réussi du statut de psychiatre expert, extérieur à l'institution, observant et classant, à celui de psychiatre, soignant, utile à l'institution et initiant un travail thérapeutique ; deuxièmement la multiplication des communications et la relance des statistiques sanitaires les plus épineuses pour l'administration pénitentiaire (notamment les suicides, les pathologies mentales, le coût des hospitalisations psychiatriques) ; troisièmement la focalisation sur des prises en charge spécifiques au nom de la nécessaire spécialisation (la prévention du suicide, les psychopathes, les alcooliques puis les toxicomanes… etc.).

L'équipe lyonnaise et la criminologie clinique

37 Aux prisons de Lyon, après la fermeture de la première annexe, le Pr Marcel Colin et le Dr Paul Broussolle, avec le soutien de Louis Roche[58], constituèrent, à partir de 1961, une équipe qui assuma progressivement une véritable présence psychiatrique. Se fondant sur une source constante de légitimation (la « tradition lyonnaise » depuis Lacassagne et son double ancrage dans la médecine légale et la « criminologie clinique »), ils refusèrent dès l'origine la vocation régionale du service et surtout, à la différence des autres annexes, la fonction de dépistage systématique, trop astreignante et de peu d'intérêt, pour faire le choix d'une orientation thérapeutique. Cette politique de l'offre, cette prise de position précoce en faveur du « traitement » furent à l'origine du développement singulier de l'annexe psychiatrique des prisons de Lyon qui s'est structuré localement, non comme un projet autonome répondant à une demande pénitentiaire, mais comme l'un des pseudopodes d'une réforme dont le cœur était l'hôpital.

38 Grâce à leur ancrage hospitalier et universitaire, à leur vision extensive de la médecine légale comme médecine sociale, les Dr Colin, Roche et Broussolle réussirent à attirer vers de nouveaux publics de jeunes internes en psychiatrie qui trouvaient alternativement au pavillon N de l'Hôpital du Vinatier et à l'annexe de quoi nourrir leur enthousiasme et leur curiosité. L'annexe puis le CMPR des prisons de Lyon cumulèrent donc trois facteurs de réussite : l'ancienneté de l'intervention des psychiatres en prison[59], la force de l'ancrage hospitalo-universitaire des principaux médecins y intervenant, le fort investissement dans, ce que les Dr Colin et Broussolle, nommaient les « tâches relationnelles »[60] et l'action d'influence politico-administrative indispensable à la réussite de projets innovants.

39 Dernier élément rendu visible par les archives, le décalage profond entre les textes produits par l'administration centrale, les communications des praticiens dans les revues professionnelles et les conditions concrètes d'exercice des psychiatres dans un établissement précis… Car la dernière spécificité des promoteurs de l'annexe lyonnaise fut leur opposition frontale avec

le directeur et le personnel de l'établissement. Pour preuve les très nombreux incidents qui ont émaillé la mise en place des psychothérapies de groupe à partir de 1962, et la masse des courriers témoignant de l'affrontement entre l'équipe médicale et le personnel jusqu'à provoquer une mission d'inspection.

40 Premier constat, les psychiatres ont lancé la psychothérapie de groupe aux prisons de Lyon avec l'aval de l'administration centrale et de l'inspection mais sans que le directeur de l'établissement soit informé de « l'expérience qui allait s'engager, des objectifs poursuivis, non plus que des prérogatives exceptionnelles consenties au personnel médical[61]. Mais, tant que les frictions portaient sur la mise en place des groupes de psychothérapie, l'ordre de la prison n'était que marginalement ébranlé ; par contre, lorsque les médecins et psychiatres se servirent des textes pour s'immiscer dans la vie de l'établissement et particulièrement dans le régime disciplinaire, le directeur dénonça haut et fort, statistiques à l'appui, les effets dévastateurs de cette « pratique qui consistait à interrompre presque systématiquement l'exécution des punitions de cellules en faisant participer les punis aux séances de groupe. » La capacité des psychiatres à intervenir directement sur l'exécution d'une sanction disciplinaire constituait une véritable effraction ; et M. Caprili, directeur des prisons de Lyon de tempêter dans plusieurs notes : « pas question d'augmenter les capacités de cette annexe où finissent par être admis trop de suspendus de punition de cellule[62] » !

À La Santé, l'aventure d'un « psychiatre pénitentiaire »

41 La Santé, établissement symbolique, un des « paquebots » de l'administration pénitentiaire, lieu d'incarcération des cas difficiles et des personnalités a toujours joui d'une situation particulière au sein du système. Cet établissement avait connu dans les années 1930 une première tentative d'installation d'une annexe psychiatrique, mais l'épuration puis la guerre d'Algérie interdirent le développement de l'annexe relancée dans le cadre de la réforme Amor. Ce fut donc l'une des premières décisions de G. Fully que de nommer Paul Hivert.

42 À la différence du trio lyonnais, le psychiatre qui va refonder le « service psychiatrique » de La Santé ne faisait pas partie du « cadre des hôpitaux psychiatriques » et n'était pas adossé à un puissant réseau hospitalo-universitaire[63]. Paul Hivert avait commencé à travailler en milieu pénitentiaire en 1952, date à laquelle le Dr Dublineau, lui proposa un poste de vacataire à Château-Thierry, centre d'observation pour condamnés psychopathes. En 1954, Marguerite Badonnel fit de même au CNO de Fresnes. Ainsi intégré au premier groupe des psychiatres intervenant en prison et travaillant dans la structure symbolisant la réforme pénitentiaire, le Dr Hivert disposait, d'après l'état sanitaire de 1954 de six vacations par mois à Château-Thierry et de trois vacations par semaine au CNO. En 1961, « grâce à sa compréhension des problèmes psychiatriques et à sa volonté personnelle » G. Fully, nouveau médecin-inspecteur de l'Administration pénitentiaire, le nomma médecin-chef du service psychiatrique de la prison de la Santé. Très sollicité par l'administration centrale, faisant figure de « psychiatre pénitentiaire », le Dr Hivert tirait donc sa principale source de légitimité, non de l'extérieur mais de l'intérieur du champ pénitentiaire, de sa bonne connaissance du milieu, des blocages et des textes pénitentiaires.

43 Alors qu'à Lyon, le principal levier fut l'expérimentation, et l'innovation thérapeutique, Paul Hivert se fonda à Paris sur la demande pénitentiaire. Alors que les praticiens lyonnais se revendiquaient avant tout cliniciens, il construisit sa crédibilité de « médecin traitant », comme il se désignait, au cœur des problématiques pénitentiaires et apportant des solutions. Par conséquent, la tactique de P. Hivert participait plus du « lent grignotage » que de l'opposition frontale. En attestent les témoignages des surveillants pénitentiaires ayant travaillé à la Santé et racontant la patiente négociation pour porter d'une à deux heures la promenade des détenus du CMPR… En attestent également sa participation aux procédures de recrutement de surveillants et de cadres pénitentiaires et son association directe à la rédaction des textes réglementaires.

44 Par ailleurs, le service psychiatrique de la Santé se plaça rapidement au cœur de trois questions prioritaires pour l'administration pénitentiaire : le dépistage des entrants, la prévention du suicide, la mission régionale. Sur ce dernier point, il est intéressant de noter qu'à partir de 1964, avec la mise en service, dans la 4e division, de locaux dédiés à l'annexe psychiatrique,

le nombre de détenus admis fut multiplié par 13, (passant de 230 en 1963 à près de 3 000 en 1967) et le nombre de « lits » de 12 à 20 puis 88.

45 Preuve supplémentaire de l'instrumentalisation du CMPR de La Santé pour compenser les faiblesses structurelles de la prise en charge psychiatrique des détenus, la prison parisienne assuma une vocation qui devint rapidement, non plus régionale, mais nationale ! Mais, sous les effets conjugués de la saturation du dispositif, de la contrainte sécuritaire, de la gestion dans l'urgence des détenus « posant problèmes », la vocation nationale du CMPR de la Santé vola en éclat en 1974. En effet, le placement au CMPR de condamnés à de longues peines, en provenance de toutes les prisons de France et occupant plus de la moitié des lits créa rapidement un climat de violence menaçant directement le personnel de surveillance et les soignants. « Cette insécurité permanente, peu propice à un travail thérapeutique, impose des mesures urgentes : réduire la capacité d'accueil du service à 50 lits […]. Le CMPR doit réserver ses places aux seuls détenus de la circonscription pénitentiaire de Paris[64]. »

L'alliance du psychiatre et du préfet

L'ébauche d'une politique globale

46 Dans ce contexte délicat du milieu des années 1960, on assista à l'arrivée, ou plutôt au retour des préfets à la tête de l'administration pénitentiaire. Or, si leur action sécuritaire est relativement bien connue, leur capacité à organiser la réflexion et surtout l'action semble sous-évaluée. Ainsi, entre 1965 et 1967, les archives rendent visible l'ébauche d'une politique globale de prise en charge psychiatrique des détenus. En effet, le nouveau directeur de la Direction de l'Administration pénitentiaire, M. Morice, libéré des questions de sécurité liées à la guerre d'Algérie tira le bilan des annexes avec les praticiens de Lyon et de la Santé, et mit en place des outils de pilotage des expérimentations qui s'étaient jusque-là développées de manière presque autonome. Un premier règlement intérieur fut âprement discuté avec les professionnels et le choix de la spécialisation sanitaire des établissements fut amplifié avec l'ouverture d'Haguenau en complément de Château-Thierry.

47 Au sein d'une structure en état de sous-administration endémique, R. Morice fut le premier directeur à se soucier de comprendre l'organisation du système pour définir des priorités. Car, il avait pris la mesure de la pénurie des moyens : seules trois annexes fonctionnaient en France à la fin de l'année 1964. Paris, Marseille et Lyon[65] ; le dépistage des prévenus en maisons d'arrêt plafonnait sans moyens pour créer de nouvelles annexes ; le problème des condamnés à de longues peines et celui des « psychopathes » restaient entiers ; le CNO et les établissements spécialisés étaient saturés, la circulation des condamnés nécessitant une prise en charge psychiatrique s'avérait de plus en plus difficile… La méthode était également nouvelle puisque le directeur présida une quinzaine de réunions[66] avec des médecins et des directeurs d'établissements. En associant les psychiatres à la rédaction du texte, cette méthode permit de purger les crispations locales et de définir un cadre de fonctionnement généralisable.

48 Après deux années de travail, la circulaire Justice, A.P. 6716, du 30 septembre 1967 vit le jour ; le « Centre Médico-Psychologique Régional », (CMPR) remplaçait « l'annexe psychiatrique ». Véritable texte fondateur de la psychiatrie en milieu pénitentiaire, il clarifiait les missions des psychiatres [67] en validant les expérimentations des pionniers… Dès 1968, portée par cette dynamique, l'inspection médicale, aidée par les psychiatres de Paris et Lyon, entreprit d'établir des projets concrets pour accroire l'équipement médico-psychologique de la DAP. Ivan Zakine, jeune magistrat fut chargé de faire le point avec les psychiatres et de proposer des normes pour la création de nouveaux CMPR. « L'expérience acquise en cette matière a fait apparaître qu'il est nécessaire de prévoir environ 20 places pour 1 000 détenus en maison d'arrêt[68]. »

49 Ceci était d'autant plus urgent que les chiffres devenaient alarmants : en 1968, 549 internements en hôpital psychiatrique avaient été nécessaires, (soit 224 détenus de plus qu'en 1967). Or, l'administration pénitentiaire ne disposait que de quatre CMPR, dotés de 150 places[69], dans lesquels intervenaient 7 psychiatres, 6 internes en psychiatrie, et 4 psychologues. Dès 1969, la direction de l'AP envisageait la création de 5 nouveaux centres médico-psychologiques dans les cinq directions régionales qui en étaient privées (Bordeaux, Dijon,

Rennes, Strasbourg et Toulouse) et la multiplication par 2,5 du nombre de places pour atteindre 390 places. Comme en 1945, l'objectif était ambitieux, l'ensemble des éléments indispensables au développement de nouveaux CMPR était désormais en place, mais la mise en œuvre de ce programme ne s'achèvera qu'à la fin des années 1980 !

Les refus d'internement

50 Dans le même temps, deux autres phénomènes vont bouleverser les relations entre prison et psychiatrie : premièrement l'encombrement des hôpitaux psychiatriques eux-mêmes accéléré par leur « ouverture »[70] ; deuxièmement, la saturation des établissements spécialisés disposant de quartiers de sûreté comme Villejuif, Hoerdt et Montdevergues[71]. L'ensemble du dispositif était saturé. Les conséquences en furent le maintien en détention de criminels aliénés et le refus croissant par les préfets de l'internement de détenus « réputés dangereux » et/ou avec des risques d'évasion élevés.

51 On assista donc à l'alliance du préfet et du psychiatre pour contraindre les établissements pénitentiaires à « garder leurs fous ». Et de nombreuses sources confirment que le renforcement de la présence psychiatrique en prison soit dû notamment à la croissance de ces refus, c'est à dire au refus d'application de la loi[72] par les préfets et par les praticiens ! Ainsi en mars 1954, Pierre Giscard illustrait une tendance déjà forte au sein de la communauté psychiatrique : refuser l'entrée de détenus non aliénés dans « leurs hôpitaux », et développer leur prise en charge pénitentiaire[73]. En 1961, quand la pression sécuritaire s'accrût du fait de la guerre d'Algérie[74], certains services furent directement affectés (comme le CNO qui dut fermer pour accueillir des officiers du putsch d'Alger). Et la même année, le préfet de police de Paris, Maurice Papon, rappelait au ministre de la Santé et au garde des Sceaux son refus de mobiliser des effectifs policiers à la garde statique de détenus hospitalisés en affirmant qu'à l'avenir il serait souhaitable que les « détenus atteints d'agitation furieuse soient purement et simplement maintenus en cellule dans leurs établissements pénitentiaires, et non pas envoyés dans des hôpitaux psychiatriques sur le vu de diagnostics inspirés peut être davantage par le souci de se débarrasser d'individus encombrants que le souci d'un traitement fort problématique[75]. »

52 Dans les années 1970, le phénomène se confirma et les refus d'internement firent à nouveau un bond, tel qu'en témoigne le nombre croissant d'affaires signalées à l'inspection médicale. Au nom de l'ouverture de l'hôpital psychiatrique, de la saturation des établissements spécialisés, de l'absence de quartier de sûreté, du manque de garde policière, du risque d'incidents ou d'évasion, les psychiatres avaient trouvé un nouveau moteur pour le développement des services à l'intérieur des établissements. Cette alliance locale entre certains psychiatres et les préfets pouvait rapidement bloquer la situation dans une région entière ; comme ce fut le cas en juin 1971 à Lyon, où, après l'évasion, ou plutôt la « disparition tranquille d'un détenu hospitalisé au Vinatier en HO[76] à partir d'un certificat signé par le Dr Colin » le Préfet du Rhône prit la décision de refuser tout hospitalisation d'office d'un détenu ; il organisa une réunion avec l'ensemble des acteurs locaux concernés[77] pour constater l'impossible conciliation de la réglementation pénale, de l'évolution des hôpitaux psychiatriques et de la nécessaire surveillance des détenus hospitalisés. Solution proposée : « que les soins qu'exige l'état mental des détenus dangereux, incarcérés comme prévenus ou condamnés dans les prisons de Lyon soient dispensés dans le service psychiatrique de ces établissements, que pour ce faire, il soit procédé au renforcement du personnel médical et infirmier spécialisé[78]. »

53 La conjonction des intérêts est ici flagrante, mais elle ne doit pas masquer le fait que l'administration pénitentiaire avait de son côté entamé depuis longtemps une réflexion sur le transfert de la prise en charge psychiatrique des détenus au ministère de la Santé. Ainsi dès 1951, le rapport du directeur de l'administration pénitentiaire insistait à plusieurs reprises : « Les obligations médicales assumées spontanément par l'Administration pénitentiaire soulèvent des difficultés telles que l'on peut se demander s'il n'est pas présomptueux de sa part de les avoir revendiquées et s'il ne serait pas plus conforme à la nature des choses de la dessaisir de ses responsabilités au profit du Ministère de la Santé publique[79]. » « N'est-il pas significatif, à cet égard, de constater que le seul service sanitaire qui dans les prisons fonctionne de façon entièrement satisfaisante est celui de la lutte contre les maladies vénériennes lequel

est assuré par les soins du Ministère de la Santé publique? Ce Ministère a d'ailleurs consenti à prendre également à sa charge le fonctionnement des annexes psychiatriques qui, à juste titre, retiennent l'attention des techniciens de la science pénitentiaire dans le monde entier[80]. »

54 Le sujet ne quitta plus l'actualité jusqu'au début des années 1970 lorsque la prison et l'hôpital psychiatrique furent profondément bouleversés (la première par la crise et les mutineries de l'été 1974, le second par la mise en œuvre de la sectorisation). En effet, d'un côté, le système disciplinaire et les pénuries mirent sous tension l'ensemble des établissements pénitentiaires de France en posant pour la première fois de manière globale la question de la santé des détenus et celle de l'intervention des psychiatres dans les prisons. De l'autre côté, les refus d'internement se multiplièrent et, dès 1973, le rapport de la DAP notait les effets négatifs de la sectorisation et de la libéralisation des hôpitaux. « L'administration pénitentiaire se trouve dans l'obligation de faire diriger des malades mentaux profonds sur des centres médico-psychologiques imparfaitement équipés[81]. » Devant les carences de l'équipement médico-psychologique, le garde des Sceaux, M. Pleven convenait « qu'il faudrait peut être étudier une véritable réforme de structure qui consisterait, dans les plus grands établissements au moins, à intégrer la surveillance médicale et les soins médicaux dans les services de la Santé publique elle-même. Je conviens qu'une telle organisation, si tant est qu'elle soit possible, ne sera pas facile à réaliser[82]. »

55 On voit ici poindre le début du vaste mouvement de décloisonnement de l'administration pénitentiaire, dans lequel les psychiatres prirent leur part en revendiquant la dimension hospitalière de leur activité. D'ailleurs, puisqu'on ne pouvait plus mettre les détenus souffrant de troubles psychiatriques à l'hôpital du même nom, il fallait mettre l'hôpital en prison. Et en 1974, lors d'une séance de la Société Générale des Prisons, un consensus se dessinait entre médecins, magistrats et pénitentiaires sur l'urgence du « décloisonnement médico-hospitalier du service de santé pénitentiaire », et de l'abolition de la « médecine pénitentiaire ». « Certains médecins envisageaient même de calquer l'organisation du service médical tout entier sur celle du CMPR décloisonné de la prison de Fleury-Mérogis[83]. »

L'institutionnalisation de la psychiatrie en milieu pénitentiaire

Volonté politique et contexte propice aux réformes

56 Le cadre fédérateur qui permit paradoxalement, et après coup, le développement des centres médico-psychologiques fut celui de la fameuse circulaire du 15 mars 1960 sur le secteur[84]. Et même si l'on sait que les premières applications de cette circulaire furent tardives[85], elle permit des expérimentations qui furent des lieux cruciaux de formation pour la jeune génération de psychiatres et de psychanalystes, des espaces où furent expérimentées de nouvelles pratiques et où les acteurs eurent le sentiment de faire une « autre psychiatrie ». Ce processus de réforme « par le bas » reposait très souvent sur la forme associative. Aux marges du système, ces pionniers imaginèrent les structures dont ils avaient besoin pour agir sur le terrain, à la fois suffisamment souples pour se modeler aux réalités locales, assez structurées pour résister aux conservatismes. Comme ce fut le cas de « l'expérience du XIII^{e} arrondissement » menée par Philippe Paumelle, ancien inspecteur de l'Office d'hygiène mentale de la Seine (collaborateur et ami d'Henri Duchêne) qui s'engagea[86] dans la réalisation du premier secteur de santé mentale sous la forme d'une association loi de 1901, dans le XIII^{e} arrondissement de Paris (l'ASM13)…

57 Mais encore une fois, le décalage entre les textes et leur mise en œuvre est paradoxal. Car le premier « secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire » créé à Fleury-Mérogis en 1973, à l'instigation de Jacques Mérot[87] était en contradiction profonde avec l'esprit même de la sectorisation à la française… Dans le département rouge de l'Essonne, ce médecin-chef du secteur (où se trouvait l'établissement pénitentiaire) prit la décision de créer un "dispensaire carcéral" avec deux médecins et quatre infirmiers financés par la DASS. Pour le Dr Mérot, cette action urgente devait remédier à la forte morbidité de la population carcérale de la plus grande prison d'Europe, et surtout alléger la charge de l'hôpital d'Étampes qui devait accueillir les détenus en application de l'article 398 du Code de procédure pénale[88].

58 Dans ce contexte, à partir de l'été 1974, une étape cruciale fut franchie grâce à la conjonction de plusieurs facteurs positifs pour le développement de la prise en charge psychiatrique des détenus : un contexte politique propice à la réforme[89], une crise pénitentiaire rendant indispensable la refonte globale du système d'exécution des peines[90], enfin un réseau ministériel et interministériel de réformateurs mobilisant une nouvelle génération d'acteurs[91]. En effet, Simone Veil, reprit et poursuivit le travail entamé avec Georges Fully à la DAP au début des années 1960 ; et la nouvelle ministre de la Santé intégra dans ses priorités la réforme de la médecine pénitentiaire et, notamment de la psychiatrie. Fine connaisseuse des réalités pénitentiaires, la ministre de la Santé fit le choix d'une « réforme par le haut » puisque le frein principal à la mise en place des nouvelles structures était les réticences des conseils d'administration des hôpitaux et des conseils généraux à créer des postes de médecin-chef pour piloter les nouveaux CMPR.

59 Dès janvier 1975, se mit en place une commission « Santé-Justice » pour penser les nouveaux services psychiatriques en milieu pénitentiaire. Comme l'a bien montré Fabien Juan, « les SMPR sont un modèle de création réglementaire sanitaire associant acteurs de terrain et autorités ministérielles. Le petit effectif des médecins de SMPR nécessite une cohésion avec les instances sanitaires centrales face aux oppositions locales de l'Administration pénitentiaire, aux réticences des hôpitaux, à l'importance de l'enjeu institutionnel et aux sensibilités médiatique, politique et syndical[92]. » Première collaboration interministérielle qui sortait l'administration pénitentiaire de son isolement, avec des interlocuteurs qui se connaissaient bien, des praticiens expérimentés, elle prit en compte tous les éléments du dossier : à la fois les équipements, les locaux et les postes nécessaires, mais aussi l'unification des organisations et des pratiques à travers l'élaboration d'un nouveau règlement intérieur. En deux ans, les deux administrations avaient donc instruit le dossier, mis au point un programme concret, évalué les moyens nécessaires, mobilisé les interlocuteurs au niveau local ; ce travail administratif aboutit à la première circulaire Santé-Justice du 28 mars 1977. Elle représente l'inverse d'une politique d'annonce ; quand la circulaire sortit, l'ensemble du dispositif était au point.

60 La décision était forte, le saut quantitatif énorme : créer dans chaque région pénitentiaire, un centre médico-psychologique régional, soit 17 structures. Et surtout, cette circulaire constituait une révolution dans le mode de financement au cœur de la bataille entre les deux administrations depuis 1945. En effet, l'administration pénitentiaire prenait en charge les frais de fonctionnement (aménagement et entretien des locaux, surveillance des détenus, nourriture, pharmacie), tandis que le département était responsable de la création du poste de médecin-chef et de la constitution d'une équipe pluridisciplinaire dont la charge financière incombait au budget départemental d'hygiène mentale. Et surtout ce texte reconnaissait enfin l'indépendance de l'équipe médicale du CMPR, puisque le médecin chef dépendait désormais du Ministère de la Santé. Car, le principal argument était désormais que les CMPR désencombraient les hôpitaux psychiatriques ; pour La Santé, cela représentait : « en 1977, 11 684 actes médicaux, 4 100 examens systématiques et 7 584 actes thérapeutiques pour 1 306 sujets suivis régulièrement en consultation, tandis que, pendant la même période, 219 patients (concernant 145 sujets) ont été hospitalisés[93]. »

61 Quelles furent les réactions de la communauté psychiatrique qui se trouvait à la même époque embarquée dans la révolution de la sectorisation ? Les débats professionnels et syndicaux furent vifs et l'hostilité primait car, premièrement, le psychiatre en prison, comme le détenu à l'hôpital psychiatrique nuisaient à l'image de marque du secteur, deuxièmement le financement des emplois des CMPR amputait directement les budgets de la Santé déjà jugés insuffisants pour développer les secteurs. Et malgré l'impulsion politique, malgré l'engagement des deux administrations centrales, la mise en place concrète des CMPR va rencontrer les mêmes difficultés que celle des anciennes annexes psychiatriques et prendre plus d'une dizaine d'années. Alors que le processus fut lancé en 1975, une réunion en 1978 permit de tirer un bilan deux ans après[94]. Celui-ci apparaît particulièrement décevant, les conseils généraux bloquaient. Malgré des demande faites aux départements depuis deux ans la situation était au point mort, les DASS ou les conseils généraux ne s'étaient pas saisis de la création des postes à Rouen, Toulouse, et Dijon. Quant à Marseille le conseil général s'était rapidement opposé à toute

création d'un poste de psychiatre pour Les Baumettes… À Loos, l'annexe psychiatrique fut bien rebaptisée CMPR en 1977, mais l'acceptation de la prise en charge du CMPR par le conseil d'administration du centre hospitalier régional de Lille ne sera prononcée qu'en 1980. Quant au CMPR de Fresnes, son ouverture tant attendue n'eut lieu qu'en mai 1979, et le refus des autorités sanitaires de créer les postes hospitaliers nécessaires fit qu'il fonctionna sans lits jusqu'en 1990. De même pour la maison d'arrêt de Poitiers, la création du CMPR était prévue depuis 1975, pourtant en 1978, seul un psychiatre vacataire, futur chef du service, assurait des consultations d'hygiène mentale une demi-journée puis trois par semaine ; l'ouverture officielle du service ne se fit qu'en 1980…

62 Cette deuxième vague de CMPR expérimentaux[95] reposait sur une nouvelle génération de professionnels, de statut hospitalier, et appliquant des modèles très différents piochés dans la boîte à outils de la génération précédente. Certains psychiatres n'hésitent pas à parler de « l'âge d'or où on faisait absolument ce qu'on voulait[96] », de « la carte blanche ministérielle » donnée à ces premiers « soignants ». Une majorité d'entre eux rendirent visite à leurs aînés avant d'ouvrir un nouveau SMPR ; J. Laurans[97], et J. Mérot jouèrent un rôle non négligeable dans l'acculturation de cette nouvelle génération, et la tradition d'échanges entre les praticiens fut reprise et amplifiée par des rencontres et des journées de recherches communes entre UMD et SMPR.

Les SMPR, avant-garde de la santé publique en prison

63 Insistons à nouveau sur la temporalité particulière de cette réforme, peu sensible aux alternances politiques. Entre 1977 et 1986, le phénomène le plus remarquable est la continuité du processus réformateur et de l'action médico-administrative qui va faire des SMPR l'avant-garde de la Santé publique à l'intérieur des établissements pénitentiaires jusqu'en 1994. En effet, le développement des services psychiatriques a bénéficié des effets de levier successifs que furent la réforme pénitentiaire de 1975[98], la circulaire Santé-Justice de 1977, les réformes de l'exécution des peines de 1981-1985, mais aussi la loi du 25 juillet 1985 qui officialisait enfin l'organisation sectorielle de la psychiatrie publique. Ensuite, le décret du 14 mars 1986[99] put fonder la nouvelle psychiatrie en milieu pénitentiaire en créant trois types de secteurs de psychiatrie : le secteur de psychiatrie générale[100], le secteur de psychiatrie infanto-juvénile et le secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire avec une structure de base, le service médico-psychologique régional (SMPR).

64 Ce décret et ses textes d'application donnèrent au secteur psychiatrique en milieu pénitentiaire une véritable reconnaissance légale. Les CMPR devinrent des SMPR avec deux missions principales[101] : une mission générale de prévention des affections mentales, notamment par le dépistage systématique des troubles psychiques des entrants et une mission thérapeutique à travers la mise en œuvre des traitements psychiatriques nécessaires aux détenus[102], (missions auxquelles s'ajoutaient le suivi psychiatrique de la population post-pénale et la lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanes). Mais au-delà, la réforme mit en place un véritable modèle psychiatrique d'intervention sanitaire en prison qui posa les trois principes fondateurs à l'origine de la réforme des soins somatiques par la loi de 1994 : le rattachement de l'équipe de soins au service public hospitalier, la reconnaissance de l'indépendance de l'équipe médicale, la dimension volontaire des soins prodigués.

65 Comme pour la circulaire de 1977 on assiste à une véritable co-construction des textes de 1986 portés par les mêmes acteurs[103] ; les praticiens en poste furent systématiquement associés[104] aux différents groupes de travail. La rédaction de l'arrêté du 14 décembre 1986 relatif au règlement intérieur type des SMPR se fit selon les témoignages « en démocratie directe, […] avec les treize chefs de service et on a rédigé, mais j'ai demandé aux uns et aux autres, ce qu'ils souhaitaient par rapport à leur pratique en milieu pénitentiaire[105]. »

66 Quand les SMPR de la troisième génération ouvrirent[106], ils le firent globalement dans les mêmes conditions que leurs aînés ; les équipes étaient embryonnaires, rien n'était prévu dans les établissements : à Rouen, pendant deux ans, un psychiatre à temps partiel et un cadre infirmier « pour accomplir toutes les missions prévues par les textes pour plus de 600 détenus[107]. » Car la création concrète de chaque SMPR dépendit fortement des qualités de

négociation et de dialogue des différents acteurs avec les autorités préfectorales ou sanitaires, avec les autres établissements pénitentiaires desservis par le secteur, avec les personnels et les syndicats ; mais elle fut également fonction de la capacité des psychiatres à se faire accepter par le centre hospitalier de rattachement (conseil d'administration et commission médicale), et de celle des directeurs d'établissement pour trouver des locaux dans des maisons vétustes et surpeuplées … Tout fut l'objet de négociations ; et particulièrement le règlement intérieur, source de conflits depuis les années 1960. Comme à chaque étape du développement des services psychiatriques en milieu pénitentiaire, il fallut donc définir dans chaque établissement le rôle du SMPR et surtout les limites quotidiennes de l'intervention psychiatrique comme de la surveillance pénitentiaire.

67 De 1945 à la fin des années 1980, un lent mouvement d'ouverture, de décloisonnement et d'acculturation a donc permis le développement de la psychiatrie en milieu pénitentiaire. Des psychiatres pionniers et militants, vacataires de l'administration pénitentiaire ont lancé le mouvement en innovant aux marges du système ; aujourd'hui des psychiatres hospitaliers, indépendants de l'administration pénitentiaire développent des prises en charge de plus en plus spécialisées. À la fin des années 1980, alors que la faillite de la « médecine pénitentiaire » était exacerbée par l'épidémie de VIH, les psychiatres des SMPR constituaient une frêle avant garde de la santé publique en prison. La promesse faite en 1946 par Paul Amor, était enfin tenue : 14 services médico-psychologiques régionaux existaient.

68 À partir des années 1990, la réforme reprit la voie législative et trois lois majeures réaménagèrent profondément le couple justice-psychiatrie : la refonte de la loi de 1838 par celle du 27 juin 1990 concernant l'hospitalisation sous contrainte, la loi du 18 janvier 1994 qui confie au service public hospitalier la mission de dispenser les soins aux détenus ; enfin l'entrée en vigueur du nouveau Code pénal avec les deux aliénas de l'article 122-1 qui mettent fin au système binaire de l'article 64. Les SMPR sont aujourd'hui au nombre de 27, complétés par les UHSA… Mais à chaque étape de ce processus complexe qui a vu s'accroître l'offre de soin en prison, un même noyau dur de questions fait à nouveau débat[108] et un même problème se pose : la saturation récurrente du dispositif…

Notes

1 Rebaptisé « hôpital psychiatrique » depuis la circulaire Rucart de 1938.

2 Services médico-psychologiques régionaux.

3 Martine Kaluszynski, « Qui produit la loi ? Espace(s) juridique(s), espace(s) politique(s) avant la Première Guerre mondiale », *in* Marc-Olivier Baruch, Vincent Duclert (dir.), *Serviteurs de l'État, une histoire politique de l'administration française, (1845-1945)*, Paris, La Découverte, 2000, p. 83-95.

4 Circulaire Justice AP 6 716, du 30 septembre 1967.

5 1994 qui voit également l'extinction de l'article 64 du code pénal de 1810 (« *Il n'y a ni crime ni délit, lorsque le prévenu était en état de démence au temps de l'action ou lorsqu'il a été contraint par une force à laquelle il n'a pas pu résister* »), remplacé par la nouvelle rédaction de l'article 122-1.

6 Citons notamment les innovations en matière de prise en charge des mineurs qui présentent des analogies avec celle des « délinquants anormaux mentaux » avec la création, dans les années 1920-1930, des premières cliniques spécialisées et des consultations d'hygiène mentale infantile, puis des centres d'observation et enfin, à partir des années 1950, des premiers centres médico-pédagogiques.

7 Voir Michel Huteau, *Psychologie, psychiatrie et société sous la Troisième République. La biocratie d'Édouard Toulouse* (1865-1947), Paris, L'Harmattan, 2002 p. 232-234.

8 Cité par Marc Renneville, « Qu'apporte l'éclairage de l'histoire au concept de dangerosité en psychiatrie ? », *in* Haute autorité de Santé, *Dangerosité psychiatrique : étude et évaluation des facteurs de risque de violence hétéro-agressive chez les personnes ayant une schizophrénie ou des troubles de l'humeur*, Audition publique – Textes des experts, Décembre 2010, p. 13.

9 Isabelle von Bueltzingsloewen, *L'Hécatombe des fous. La famine dans les hôpitaux psychiatriques français sous l'Occupation*, Paris, Flammarion, Champs Histoire, 2009, p. 269.

10 Paul Hivert, Gabriel Sciamma, Michel Guir, « L'introduction d'activités de groupe dans un centre médico-psychologique en prison », Chronique de criminologie clinique, *Revue Pénitentiaire et de Droit Pénal*, 3, 1977, p. 424.

11 Voir Isabelle von Bueltzingsloewen, *op. cit*.

12 Henri Ey qui devint en 1947, un des deux dirigeants de la *Société de l'Évolution psychiatrique*, société savante qui publie depuis la fin des années 1920, *L'Évolution psychiatrique*.

13 En octobre 1941, à la société médico-psychologique quatre communications sur la sous-alimentation des internés assurées par les Dr Dublineau, Bonnafé, Daumezon et le Dr Cellier (fondateur de l'annexe psychiatrique de La Santé). En octobre 1942, la 43e session du Congrès des médecins aliénistes et neurologistes : le Dr Lécullier, futur chef de l'annexe psychiatrique de Dijon.

14 Et une circulaire Santé du 21 août 1950 dût rappeler que les termes « d'asile » et « d'aliénés » étaient officiellement proscrits depuis 1938 ! À la fin des années 1950, les uniformes du personnel des hôpitaux psychiatriques témoignaient de la survivance d'un passé où le gardiennage l'emportait sur les soins (pantalons bordés, boutons métalliques et galons !).

15 Voir Isabelle von Bueltzingsloewen, *op. cit.*, p. 83.

16 Et l'on sait que le dépistage de la tuberculose servira de modèle aux consultations d'hygiène mentale.

17 D'autant plus insupportable qu'il n'existait pas de budget dédié à la prise en charge médicale des détenus, (les dépenses étaient imputées sur le chapitre « entretien des détenus » avec les dépenses concernant l'alimentation et l'habillement des détenus).

18 Pour les promoteurs de la « psychothérapie institutionnelle », c'est en agissant dans et sur le milieu « que se mène le combat contre les maladies mentales […] les institutions ne sont pas seulement des lieux où sont dispensés les soins, elles constituent en elles-mêmes, par les caractéristiques du milieu humain qu'elle réalise, des agents thérapeutiques » (*Livre blanc de la psychiatrie française*, 1967, p. 27).

19 Allant de la psychiatrie infantile, à la médecine légale, à l'hygiène mentale en passant par les champs nouveaux de la médecine du travail, de la gérontologie, de la médecine sociale ou communautaire, de la médecine d'urgence.

20 Du nom du premier directeur de l'administration pénitentiaire à la Libération : Paul Amor.

21 Nicolas Henckes, « Un tournant dans les régulations de l'institution psychiatrique : la trajectoire de la réforme des hôpitaux psychiatriques en France de l'avant-guerre aux années 1950 », *Genèses*, 2009/3, n° 76, p. 94.

22 D'ailleurs, Jean-Christophe Coffin et Nicolas Henckes ont bien montré, que le groupe de jeunes psychiatres qui prit en charge cette refondation politique s'appuyèrent dès 1945 sur la création du « Syndicat des médecins des hôpitaux psychiatriques », et de la revue *L'Information psychiatrique*, tous deux conçus comme des moyens pour accélérer le calendrier des réformes.

23 En 1947, les psychiatres obtiennent la création par le ministère d'une commission chargée des questions de santé mentale, où ils sont largement représentés ; en 1949 elle prit le nom de « Commission des maladies mentales ».

24 Rapport DAP 1950, annexe, p. 110.

25 Et notamment des psychiatres qui mirent en place les services d'examens psychiatriques d'avant-guerre à La Santé (Cellier), à Fresnes (Schiff) et à la Petite Roquette (Badonnel), mais aussi Bonnafé, alors au cabinet du Secrétariat à la Santé Publique, Dublineau, Henri Ey et Georges Heuyer.

26 Problème clairement séparé de celui des délinquants aliénés ou des aliénés non criminels « justiciables des hôpitaux psychiatriques ».

27 Conseil supérieur de l'administration pénitentiaire, 30 janvier 1947, Rapport de P. Amor pour 1946, *Bulletin de la Société Générale des prisons*, p. 182.

28 « Création d'annexes psychiatriques dans les établissements pénitentiaires », séance du 2 juillet 1946 de la commission chargée d'étudier la possibilité de faire fonctionner des annexes psychiatriques dans les établissements pénitentiaires, in *Rapport pour l'exercice 1946, annexe n°6,* p. 220.

29 Conseil supérieur de l'Administration pénitentiaire, 30 janvier 1947, Rapport de P. Amor pour 1946, p. 180.

30 Rapport DAP 1950, en annexe, rapport de l'inspection générale de l'administration, p. 16-17.

31 Par exemple, « dans les années qui suivront la fin de la guerre 1939-1945, les soins psychiatriques en prison connaîtront un progrès notable avec la réforme Amor qui accordera une place particulière aux « anormaux mentaux » […] Vingt-quatre annexes psychiatriques étaient initialement prévues, mais uniquement quatorze pourront fonctionner quelques années. » *in* Jean-Louis Senon, « Psychiatrie et prison : toujours dans le champ de l'actualité », *Annales Médico-psychologiques*, 162, 2004, p. 646.

32 Toulouse de juin 1947 à juin 1949, Soissons de mai à octobre 1948, Bourges, Lisieux, Saint-Gaudens, quelques mois.

33 Rapport DAP 1950, annexe, p. 88.

34 La première « annexe psychiatrique » mise en place en 1948, par J. Dechaume, professeur de neuropsychiatrie à la Faculté de Lyon ne disposait pas de locaux. Elle fut relancée en février 1950 avec un nouvel objectif de dépistage, puis fermée faute de crédits en janvier 1951.

35 Rennes, Les Baumettes (Dr Merland), Loos (Dr Bouquerel), Bordeaux (Dr Labuchelle).

36 Ce n'est qu'en 1959 que la restauration de la 4e division permit d'aménager une dizaine de cellules du rez-de-chaussée pour constituer « un petit quartier d'observation psychiatrique ».

37 Rapport DAP 1950, annexe, p. 87-88.

38 Rapport DAP 1952, Annexe VI, « La réforme des institutions pénitentiaires en France », p. 196.

39 Conseil supérieur de l'Administration pénitentiaire, 30 janvier 1947, rapport de Paul Amor pour 1946, p. 178.

40 Rapport DAP 1950, annexe, p. 105.

41 Rapport DAP, 1955, « Dix années de réforme pénitentiaire », André Touren, p. 148-149.

42 À l'exception des rares établissements réformés.

43 Rapport DAP 1951, p. 119.

44 Voir notamment : les consultations d'hygiène mentale dans chaque maison d'arrêt (art. D. 395), les examens mentaux systématiques de dépistage dans les annexes psychiatriques, le placement en observation au service psychiatrique « sous l'autorité médicale d'un psychiatre » (art. D. 397). La création d'un médecin inspecteur à l'Administration Centrale (art. D. 372). Le rôle du médecin (art. D. 373 à D. 379), et notamment les cas où il doit visiter obligatoirement les détenus (article D. 375.).

45 Sous l'impulsion conjointe de Simone Veil et de son compagnon de déportation à Dachau, désormais garde des Sceaux : Edmond Michelet.

46 Rapport 1960, p. 142.

47 Et ceci dans des contextes délicats. Par exemple, certaines notes témoignent de l'intense activité de Georges Fully et Paul Hivert, chef de l'annexe psychiatrique de la Santé pour « gérer » au mieux les problèmes posés par les détenus algériens (dont celui terrible des grèves de la faim).

48 Thérèse Lempérière, Roger Ropert, « La révolution neuroleptique. Le congrès de 1955 », *in* Jacques Arveiller (dir.), *Psychiatries dans l'histoire*, Caen, PUC, 2008, p. 233-240.

49 La Santé, Lille, Lyon, et Marseille.

50 Hubert Mignot cité par Adeline Fride, *Charenton ou la chronique de la vie d'un asile de la naissance de la psychiatrie à la sectorisation,* thèse pour le doctorat de troisième cycle en psychologie, sous la direction de Georges Lantéri-Laura, École des Hautes Études en Sciences Sociales, Université Paris V, 1983, p. 62.

51 Ensuite elle reprendra le dossier dans le contexte de la réforme pénitentiaire de 1975, et comme ministre de la Santé permettra la mise en œuvre de la réforme de 1977 créant les SMPR ; puis, de la première réforme de la santé en prison… en 1994.

52 Ivan Zakine, jeune magistrat à la Direction de l'Administration pénitentiaire chargé de la relance des CMPR après la circulaire de 1967, puis au cabinet du garde des Sceaux Lecanuet en 1977 et enfin directeur de l'Administration pénitentiaire en 1981 ; Roger Beauvois, remplaçant Simone Veil à la DAP en 1964, puis sous-directeur avec Jean-Marc Erbès pour mettre en œuvre la réforme pénitentiaire de 1975 et le travail interministériel nécessaire à la circulaire santé-justice de 1977, (travail piloté au cabinet de Simone Veil, par Myriam Ezrati, amie et magistrat comme elle, et future directrice de la PJJ puis de l'AP après M. Zakine)…

53 Notamment M. Raymond Morice et M. Jacques Mégret ; mais aussi des pénitentiaires réformateurs comme le directeur de l'école de l'Administration pénitentiaire, Marcel Vesse, qui en fit un lieu d'échanges et d'acculturation entre les médecins et les jeunes cadres pénitentiaires.

54 Membres de la commission des maladies mentales, acteurs de l'hygiène mentale (notamment à Paris avec la galaxie Duchêne, Paumelle, Balier…), d'électrons libres investis à long terme dans le monde pénitentiaire comme les Dr Hivert et Laurans ; des représentants de l'école de médecine légale et de criminologie lyonnaise (comme les Dr Louis Roche, Marcel Colin, le psychiatre Paul Broussolle, le généraliste Daniel Gonin, le jeune interne Jacques Hochmann ou la psychologue Simone Buffard). Des jeunes internes influencés par la psychothérapie institutionnelle, la psychanalyse ou intervenant dans les domaines nouveaux de l'urgence ou de la toxicomanie ; puis des militants du secteur, comme Jacques Mérot, fondateur du CMPR de Fleury-Mérogis.

55 En comparaison, le CMPR des Baumettes comme celui de Loos vivotèrent jusqu'à la fin des années 1970. Loos, symbole des premières annexes psychiatriques des années 1930, voit son activité régresser à partir du début de la Guerre d'Algérie ; et la pénurie de locaux et de compétence médicale font qu'à peine une soixantaine de détenus sont admis au CMPR de Loos en 1967 au moment même où La Santé en recevaient 3000.

56 Car, les conditions de l'intervention psychiatrique à Lyon et à La Santé différaient profondément : La Santé présentait un effectif cinq fois plus important.

57 En témoigne le développement des communications aux congrès et aux différentes « journées de médecine pénitentiaire ».

58 Louis Roche, professeur agrégé de médecine légale et de médecine du travail depuis 1949 organisa une consultation des maladies professionnelles et s'intéressa notamment à la silicose. Mais, en 1954 « nommé au concours » médecin des Hôpitaux de Lyon, les aléas de la carrière universitaire l'orientèrent vers la chaire de médecine légale. Il créa alors le service d'urgences psychiatriques puis le centre antipoison. Mais surtout, il apporta une aide active à la « médecine pénitentiaire » avec Marcel Colin.

59 Après Lacassagne, Étienne Martin obtint, avant la Première Guerre mondiale, le droit d'examiner, en présence d'étudiants, des détenus volontaires des prisons de Lyon ; cette « clinique carcérale » devint un élément de la « tradition lyonnaise ».

60 Il existait une forte tradition locale de sociabilité entre médecins, magistrats, autorités préfectorales et policières.

61 La conflictualité était telle que devant le refus des médecins de laisser les surveillants accéder à un local du CMPR pour contrôler l'effectif des détenus, le directeur avait fait percer un « carreau » dans la porte du quartier médico-psychologique !

62 Note du Directeur régional des services pénitentiaires de Lyon au bureau de la détention. 9 Février 1965. Objet : Réunion préliminaire à l'établissement d'un Règlement intérieur à appliquer aux quartiers médico-psychologiques, Réf. : Notre entretien du 2 Février 1965, p. 4. Archives du ministère de la Justice, fonds DAP, série M, action médico-sociale.

63 Il était d'ailleurs en très mauvais terme avec son hôpital de « proximité », Sainte-Anne et son principal soutien fut le directeur de l'office d'hygiène mentale de la Seine, Henri Duchêne, qui finança les six postes d'internes en psychiatrie du CMPR.

64 Paul Hivert, « Chronique de criminologie clinique. Le Centre médico-psychologique régional pénitentiaire de Paris, évolution d'une institution », *Revue pénitentiaire et de droit pénal*, 1979, p. 127.

65 Compte rendu de la réunion du 14 décembre 1964, sur « les grandes lignes d'un règlement intérieur destiné à être appliqué au quartier médico-psychologique de la MA de Lyon », M. Morice, professeurs Roche et Colin. Source : France, Fontainebleau, AnF, Direction de l'administration pénitentiaire, Division de l'exécution des peines, Dossiers de principe, Années : 1932 – 1981, N° VERSEMENT ARCHIVES : 1979 E 05, Cotes Archives : E 4469 - E 4665, N° versement CAC : 960136, Cotes Fontainebleau : 1 – 197 ; regroupés sous les cotes E 4469 à E 4665, série M (action médico-sociale) M261, p. 2.

66 En décembre 1964, R. Morice reçut les Dr Roche et Colin, promoteurs de l'annexe psychiatrique de Lyon pour faire le point. Un procès-verbal de plus de 27 pages se fait l'écho d'une discussion intense sur les conditions de l'expérimentation et sur ses résultats.

67 Repérer des anomalies mentales justifiant une expertise psychiatrique, abriter la consultation d'hygiène mentale, permettre l'observation des détenus, déceler les simulateurs éventuels, révéler les troubles mentaux nécessitant un traitement, soit dans un hôpital psychiatrique après un arrêté d'internement, soit dans un des centres spécialisés (Château-Thierry et Haguenau).

68 Note de la Direction de l'Administration pénitentiaire M26/IZ/MC du 26 février 1968, (IZ Ivan Zakine), note sur l'équipement médico-psychologique de l'AP. Source : France, Fontainebleau, AnF, Direction de l'administration pénitentiaire, Division de l'exécution des peines, Dossiers de principe, Années : 1932 – 1981, N° VERSEMENT ARCHIVES : 1979 E 05, Cotes Archives : E 4469 - E 4665, N ° versement C.A.C. : 960136, Cotes Fontainebleau : 1 – 197 ; regroupés sous les cotes E 4469 à E 4665, série M (Action médico-sociale).

69 A Lille (15 places, 1 médecin, 1 surveillant infirmier), Lyon (30 places, 4 psychiatres, 1 psychologue, 1 assistante médico-sociale, 4 surveillants infirmiers), Marseille (21 places, 1 psychiatre, 1 infirmière, 1 surveillant infirmier) et Paris (88 places, 1 médecin-chef psychiatre, 6 assistants psychiatres, 3 psychologues, 1 infirmière, 10 surveillants).

70 Au nom de la désaliénation, puis au nom du secteur et de la « désinstitutionnalisation ».

71 Les futures « UMD », unités pour malades difficiles. Voir notamment sur Criminocorpus : Véronique Fau-Vincenti, « Valeur du travail à la 3e section de l'hôpital de Villejuif : entre thérapie et instrument disciplinaire », Criminocorpus, 2014.

72 « Les détenus en état d'aliénation mentale ne peuvent être maintenus dans un établissement pénitentiaire ».

73 Dr Pierre Giscard, « Dangers du placement des criminels et des délinquants dans les services des hôpitaux psychiatriques », *Annales médico-psychologiques*, avril 1954, p. 6.

74 Dont on sait qu'elle contribua à mettre en place une véritable « phobie de l'évasion » au sein de l'administration pénitentiaire.

75 Note du préfet de police, Maurice Papon, Septembre 1961, N°3557 F CAB/SD, objet : Aménagement des hôpitaux recevant des détenus malades. Réf. : Ma lettre n° 3 557 F CAB/SD du 11 Août 1961, Votre réponse REG/SUR n° 2/367 du 6 Septembre 1961. Source : France, Fontainebleau, AnF, Direction de l'administration pénitentiaire, Division de l'exécution des peines, Dossiers de principe, Années : 1932

– 1981, N# VERSEMENT ARCHIVES : 1979 E 05, Cotes Archives : E 4469 - E 4665, N° versement C.A.C. : 960136, Cotes Fontainebleau : 1 – 197 ; regroupés sous les cotes E 4469 à E 4665, série M (action médico-sociale), M404.

76 « Hospitalisation d'office ».

77 Préfet, commissaire, directeur régional des services pénitentiaires, directeur de l'hôpital psychiatrique du Vinatier, inspecteur DRAS, JAP.

78 Copie du compte rendu de la réunion tenue le 21 juin 1971 à la préfecture du Rhône, « Malades mentaux – traitement des détenus dans les prisons, atteints de troubles mentaux », Préfecture du Rhône, Ière direction, 1er bureau, annexée à une note du préfet du Rhône au directeur de l'Administration pénitentiaire du 24 septembre 1971. Source : France, Fontainebleau, AnF, Direction de l'administration pénitentiaire, Division de l'exécution des peines, Dossiers de principe, Années : 1932 – 1981, N° VERSEMENT ARCHIVES : 1979 E 05, Cotes Archives : E 4469 - E 4665, N° versement C.A.C. : 960136, Cotes Fontainebleau : 1 – 197 ; regroupés sous les cotes E 4469 à E 4665, série M (action médico-sociale).

79 Rapport DAP, 1951, p. 114.

80 Rapport DAP 1951, p. 115.

81 Rapport DAP 1973, Conseil supérieur de l'Administration pénitentiaire, Séance du jeudi 7 mars 1974, p. 270.

82 Rapport DAP 1972, Conseil supérieur de l'Administration pénitentiaire, Séance du 2 février 1973, p. 343.

83 Laëtitia Chevallier, « Évolutions comparées du service social et du service médical en prison », *Forensic*, n°14, avril, mai-juin 2003, p. 9.

84 En 1959 au congrès de Tours, le rapport sur la « psychiatrie de secteur » confié à Henri Duchêne, directeur de l'office d'hygiène mentale de la Seine reprenait le travail effectué au sein de la commission des maladies mentales et demandait aux pouvoirs publics de marquer l'année mondiale de la santé mentale par un acte… qui fut la circulaire du 15 mars 1960 fondant la sectorisation psychiatrique.

85 Jean-François Bauduret, successeur de Marie-Rose Mamelet parlait de « douze années perdues pour la psychiatrie publique ».

86 Avec notamment Serge Lebovici, René Diatkine, et Claude Balier (créateur du SMPR de Grenoble).

87 Jacques Mérot, Michel Dubec, « Réalité psychiatrique à Fleury-Mérogis », *L'Information psychiatrique,* 1978, 54-2, p 137-147.

88 Ce dernier argument sera, les années suivantes, une motivation déterminante pour vaincre les résistances des directions hospitalières.

89 Depuis l'acte symbolique du président serrant la main d'un détenu aux prisons de Lyon, la nomination de Simone Veil au ministère de la Santé et, dès septembre 1974 celle d'un conseiller d'État à la tête de la DAP mandaté pour réformer (Jacques Mégret).

90 D'ailleurs, la modification de l'ordre de présentation du rapport annuel de la DAP constituait un symptôme de ce changement de politique puisque la rubrique de « l'application des peines » revenait en première partie, avant le chapitre consacré à la sécurité.

91 Yvan Zakine au cabinet du garde des Sceaux, (J. Lecanuet), fait partie de la seconde génération de magistrats passée à la fin des années 1960 à l'AP… Roger Beauvois, magistrat, nouveau sous-directeur de l'exécution des peines, qui avait une première fois intégré la DAP en 1964 lors du départ de Simone Veil.Jean-Marc Erbès, membre du corps préfectoral, véritable « manager » de la réforme ; Marcel Vesse, figure historique de l'AP, directeur du centre de formation de l'administration pénitentiaire et futur directeur régional de Bordeaux ; et Myriam Ezrati, magistrat, membre du cabinet de Simone Veil, future directrice de la Protection judiciaire de la Jeunesse, puis de l'administration pénitentiaire…

92 Fabien Juan, *Le dispositif de soins en santé mentale en milieu carcéral : évolutions et actualités.* Thèse pour le diplôme d'État de docteur en médecine (Psychiatrie), Faculté de médecine de l'Université d'Angers, mars 2005, p. 45.

93 *Ibid*., p. 71.

94 26 avril 1978, réunion de suivi entre M. Erbès et M.R. Mamelet, Note de M. Erbès, sous-directeur des affaires administratives à M. Beauvois, du 9 mai 1978. Source : France, Fontainebleau, AnF, Direction de l'administration pénitentiaire, Division de l'exécution des peines, Dossiers de principe, Années : 1932 – 1981, N° VERSEMENT ARCHIVES : 1979 E 05, Cotes Archives : E 4469 - E 4665, N° versement C.A.C. : 960136, Cotes Fontainebleau : 1 – 197 ; regroupés sous les cotes E 4469 à E 4665, série M (action médico-sociale), M 26.

95 Par exemple : Claude Balier à Grenoble, Francis Pouyolhon à Rennes (articulation avec l'hôpital), Jean-Louis Senon à Poitiers (articulation régionale), et Daniel Glezer aux Baumettes à Marseille.

96 Pierre Lamothe. Cité par Éric Farges, *La gouvernance de l'ingérable Quelle politique de santé publique en milieu carcéral ?* DEA Politiques publiques et gouvernements comparés, Université Lyon 2, IEP de Lyon, 2002-2003, Entretien n°17, p. 474.

97 Nouveau responsable du SMPR de Fresnes, mais aussi psychiatre expérimenté, depuis son travail à la MC de Poissy.

98 Et notamment la révolution que fut le changement du mode de recrutement des directeurs d'établissement pénitentiaires qui produisit ses effets bénéfiques au moment de la mise en œuvre du décret de 1986, en favorisant l'interlocution entre la nouvelle génération de directeurs et les psychiatres hospitaliers arrivant en prison.

99 Décret 86-602 du 14 mars 1986, JO du 19 mars 1986, p. 4612.

100 Un secteur pour 60 000 à 70 000 habitants.

101 Betty Brahmy, « Le cadre de travail », *in* Laurent Michel, Betty Brahmy, *Guide de la pratique psychiatrique en milieu pénitentiaire*, Paris, Édition Heures de France, Guides professionnels de santé mentale, novembre 2005, p. 106.

102 À l'exception de ceux relevant des dispositions de l'article D.398 du code de procédure pénale.

103 À la DAP, Ivan Zakine, puis Myriam Ezrati qui connaissaient parfaitement le dossier ; Michèle Collin et Colette Parpillon au nouveau bureau de l'action sanitaire. A la DGS, Marie-Rose Mamelet puis, à partir de 1977, Jean-François Bauduret.

104 Par la conseiller technique auprès du DGS, B. Brahmy qui ouvrit ensuite le SMPR de Rouen puis dirigea celui de Fleury.

105 Entretien avec Betty Brahmy.

106 Par exemple, en 1989, le SMPR de Rouen puis celui de Strasbourg. Voir Françoise Huck, A. Rémy, « Le service médico-psychologique régional de Strasbourg », *Revue pratique de psychologie de la vie sociale et d'hygiène mentale,* 1992, 3, p. 28-30.

107 Betty Crevier, « Le SMPR de la maison d'Arrêt de Rouen. Mise en place », *Soins Psychiatriques*, 1990, n°116-117, p. 25.

108 Quelques points d'achoppement : le secret professionnel, la participation ou non à la commission d'application des peines, la prescription et la distribution des médicaments, la notion de demande du détenu, la notion d'urgence, le placement en quartier disciplinaire, la possession des clefs…

Pour citer cet article

Référence électronique

Hélène Bellanger, « Politiques et pratiques de la psychiatrie en prison 1945-1986 », *Criminocorpus* [En ligne], Savoirs, politiques et pratiques de l'exécution des peines en France au XX^{e} siècle (25 et 26 mars 2014), Communications, mis en ligne le 01 décembre 2014, consulté le 14 janvier 2015. URL : http://criminocorpus.revues.org/2730 ; DOI : 10.4000/criminocorpus.2730

À propos de l'auteur

Hélène Bellanger
Normalienne et agrégée d'Histoire, Hélène Bellanger enseigne l'histoire contemporaine de la Justice pénale à Sciences Po. Pilote du groupe de travail "Corpus Justice" au Centre d'Histoire de Sciences Po, elle est membre du comité de rédaction de Criminocorpus.

Droits d'auteur

Tous droits réservés

Résumés

Depuis le code pénal de 1810 (article 64) et la loi sur les aliénés du 30 juin 1838, psychiatrie et prison avaient suivi deux mouvements historiques parallèles ; le psychiatre, expert, ne venait en prison que pour repérer le fou et pour l'en extraire. Les non-aliénés, les demi-fous, les anormaux mentaux, mais aussi tous ceux qui perturbaient l'ordre carcéral étaient pris en

charge par la seule discipline pénitentiaire. Après la rupture de la Seconde Guerre mondiale, un processus de réformes en spirale scella progressivement la convergence historique de la prison et de l'asile et lança la création de structures de prise en charge psychiatrique des détenus (annexes psychiatriques de la réforme Amor puis CMPR et SMPR)… Cette institutionnalisation de l'intervention psychiatrique en prison se déploya sur plus de quarante ans. Dans un contexte de pénuries, à partir d'échecs et d'expérimentations, avec des modèles différents, plusieurs générations de praticiens, de magistrats et de pénitentiaires ont élaboré dans l'action un nouveau cadre d'intervention sanitaire en prison devenue lieu de soin.

Since the penal code of 1810 (section 64) and the 1838 bill on insane persons, psychiatry and prison followed two parallel historical paths : the psychiatrist, being an expert, came in prison only to identify insane and to take him out of jail. Non-insane, half-insane, mentally disabled but also all those disturbing prison order were treated solely according to penitentiary discipline. After the historical break of Second World War, a spirally reform process gradually sealed the historical convergency of prison and asylum, and led to the creation of structures dedicated to psychiatric treatment of prisonners (psychiatric annexes created by Amor reform, followed by the CMPR and SMPR). The institutionalization of psychiatric intervention in prison spred out in more than forty years. In a background of shortages, through failures and experimenting, following various patterns, several generations of practioners, judges and penitentiary officers designed through practice a new frame for sanitary intervention in prison that became a place for medical care.

Entrées d'index

Mots-clés : Amor (Paul), aliéné(e), annexe psychiatrique, anormaux mentaux, Balvet (Paul), Broussolle (Paul), centre médico-psychologique régional (CMPR), Colin (Marcel), Daumezon (Georges), expertise psychiatrique, Fully (Georges), Giscard (Pierre), histoire des prisons, hôpital psychiatrique, individualisation de la peine, internement, Lacassagne (Alexandre), maison d'arrêt, neuroleptiques, pathologie mentale, psychiatrie, Roche (Louis), service médico-psychologique régional (SMPR), Veil (Simone)
Géographique : La Santé (prison), prisons de Lyon, Les Baumettes (Marseille), Loos-les-Lille
Chronologique : Cinquième République (depuis 1958), Quatrième République (1946-1958), guerre d'Algérie