

D^r M. BACHET, M^{lle} FLEURY et C. WEISS

L'ANNEXE PSYCHIATRIQUE

des

PRISONS DE FRESNES





I^{er} RAPPORT SUR L'ANNEXE PSYCHIATRIQUE DES PRISONS DE FRESNES

Par le Docteur M. BACHET et Mademoiselle FLEURY

PREMIERE PARTIE

FONCTIONNEMENT DE L'ANNEXE

Introduction

C'est vers le mois de février 1950 que le service a commencé à fonctionner, tel qu'il fonctionne actuellement. C'est dire que ce rapport arrêté en novembre 1950 porte sur des faits et statistiques survenus pendant une durée de neuf mois environ. Ce fonctionnement normal signifie la collaboration effective entre assistant et médecin, l'ouverture des locaux d'examen, l'ouverture des dossiers et des registres ; le début d'hospitalisation pour observation dans la vingtaine de cellules destinées à cet effet (1). Enfin, l'établissement d'un rythme de fonctionnement concernant le nombre de détenus qu'il était possible de voir chaque semaine, comme le nombre qu'il était possible d'observer.

Les premières directives exprimées par la direction de l'administration pénitentiaire tendaient à fixer notre effort, tout au moins pour la plus grande partie, sur les « arrivants » à Fresnes, c'est-à-dire sur des sujets pour la plupart seulement inculpés. A ce travail s'ajoutait cependant l'examen de très nombreux détenus appartenant à l'effectif de Fresnes, soit même transférés aux fins d'examen d'autres prisons.

Cet examen systématique des arrivants présente bien des points particuliers qui le distinguent d'examens systématiques dans les centrales, chez des détenus condamnés à des peines moyennes ou graves, ou bien chez des délinquants itératifs, les relégués. On rencontre, en effet, un très grand nombre de « petits délits », vagabondage simple par exemple. Une grosse majorité de délits qui n'entraînent que des peines courtes, (petits vols, chèques sans provision, petits délits sexuels, etc...). Si le nombre de délinquants primaires est assez réduit, la majorité de l'effectif est formée de gens dont la récidive est modérée, par exemple laissant passer 5, 10 ou 20 ans entre deux condamnations. Par conséquent la délinquance grave, d'une part, la délinquance particulièrement répétée, d'autre part, c'est-à-

(1) Nous verrons plus loin que cette hospitalisation, facile pendant la saison chaude, se heurte en hiver à des inconvénients.

dire les formes qui aboutissent à une longue détention ou à une relégation posent des problèmes pénitentiaires importants, ne sont pas la majeure partie de l'effectif que nous examinons.

Nous n'insisterons pas ici sur les profondes différences de comportement, de mentalité, d'habitudes, qui existent entre cette majorité de sujets, pour lesquels la délinquance est épisodique et relativement rare, et les habitués des centrales, ou les relégués ni sur la différence des problèmes qui se posent, qui sont bien différents pour l'une ou l'autre catégorie.

Le fonctionnement avait été précédé par plusieurs années d'expérience de psychiatrie pénitentiaire. En 1949-50, avant le fonctionnement de l'annexe, nous nous efforçons chaque semaine d'étudier pendant un après-midi un effectif de délinquants, recherchant les pourcentages d'anomalies mentales ou de névroses infantiles. Expérience elle-même précédée de deux ans de sondage étendus aussi à la M. E. S. de Fresnes. Nous nous sommes efforcé dans la mesure de nos possibilités de prendre contact avec d'autres expériences. Visite au centre de la Roquette avec M^{lle} le docteur Badonnel, du centre d'Ensisheim, avec le docteur Adam, annexes fonctionnant avec un recrutement tout différent. Nous continuons à contrôler ou plutôt à confronter les faits acquis, par des comparaisons systématiques (par exemple, étude systématique comparative d'une trentaine de relégués à Poissy, juin 1950 ; tests pratiqués comparativement avec des détenus de longue durée, dans le centre d'observation, dirigé du point de vue psychiatrique, par M^{lle} Badonnel).

Nous tenons le plus grand compte des expériences antérieures, en particulier de celles que le docteur A. Ceillier a exposées dans son rapport publié en 1937 dans les *Annales de Médecine légale*. Rapport auquel nous nous référons pour une partie importante de la bibliographie (1). Une partie importante de ce rapport est consacrée à l'intérêt que peut présenter l'annexe par rapport aux expertises médico-légales. Naturellement, il s'agit d'un problème extrêmement intéressant et nous envisageons nous-même ce chapitre longuement, plus loin. Cependant le rôle de la psychiatrie en face de la délinquance nous paraît dépasser de beaucoup le rôle de l'expert en psychiatrie près du juge d'instruction. En effet, le rôle de l'expert est transitoire et limité à des réponses précises. Le rôle du psychiatre en criminologie n'est limité par rien dans l'étude psycho-biologique de la délinquance. Et ceci est particulièrement vrai en ce qui concerne les problèmes posés à l'administration pénitentiaire qui sont les mêmes, en somme, que ceux qui sont posés à l'organisation sociale. C'est ainsi que parmi les délinquants, surtout ceux qui se désignent par le caractère réitéré des délits, se trouve une foule de sujets présentant des anomalies mentales constitutionnelles accompagnées de stigmates psycho-biologiques, voire même quelquefois grossièrement biologiques. Ces sujets qui sont lucides, présents, ont un raisonnement cohérent, ne sont pas dans la majorité des cas reconnus irresponsables ; ils sont **condamnés avec une responsabilité atténuée** ou même complète suivant les cas. Il en résulte alors que le problème, résolu pour l'ordre

(1) Interventions et publications de MM. Toulouse, Vullien, Raviart, Claude, René Charpentier, Schiff, etc...

public, commence pour l'administration pénitentiaire. Cette notion des anomalies mentales des délinquants ou criminels lucides est née en même temps que l'essor de la psychiatrie ainsi qu'en témoignent les discussions durant un siècle sur les monomanies. Depuis elle est toujours présente avec toutes ses conséquences. Citons par exemple en 1950, le rapport présenté par M. Jean Pinatel au XII^e congrès pénal et pénitentiaire, en particulier à la page 3, ceci pour évoquer un témoignage choisi parmi les plus récents. Naturellement, entre ces dates extrêmes, la notion demeure primordiale, subissant l'influence des idées de l'époque et s'alliant parfois à elles pour donner naissance aux grandes conceptions historiques de la psychologie criminologique. Par conséquent le rôle du psychiatre ne saurait être limité à un moment d'appréciation de la responsabilité, mais, au contraire, tous les problèmes de la science pénitentiaire l'intéressent dans tous leurs détails.

Ceci est le point de vue qui a dominé notre activité et c'est ainsi que nos résultats pourront être confrontés et discutés avec ceux qu'ont apportés et qu'apportent les collègues dirigeant des annexes psychiatriques et qui étudient les délinquants dans d'autres conditions, du fait d'un autre mode de recrutement ou du choix dans d'autres milieux pénitentiaires.

Les locaux

L'annexe psychiatrique est située au rez-de-chaussée de l'infirmerie annexe, séparée d'elle par une cloison qui l'en isole.

Elle comprend 24 cellules dont :

3 sont aménagées en bureaux et chauffées par un poêle en hiver (bureau du docteur, bureau de l'A. S., salle d'examen).

1 est capitonnée et n'a pas de carreaux à portée de la main, prévue pour les malades risquant de se blesser. Elle a été utilisée une fois ; le détenu a arraché une grande partie du capitonnage au cours de son séjour.

1 sert de cellule à l'auxiliaire chargé du ménage : balayage, remplissage des gamelles, commande de cantine, changement de livres à la bibliothèque, feux dans les bureaux, etc...

19 cellules d'observation.

Chaque cellule comporte un lit fixé au mur, une tablette, très peu ont une étagère, deux seulement ont un tabouret. Cinq de ces cellules ont un plancher en ciment, les autres en bois.

Accès au centre

Le centre a une vie qui présente une autonomie dans une enceinte spéciale. Son accès doit en être assez strictement limité au personnel du centre, outre le personnel administratif ou le personnel médical appelés à voir un malade.

Les entretiens que le détenu est susceptible d'avoir avec des personnes venues de l'extérieur doivent avoir lieu dans d'autres locaux.

Naturellement, les dossiers, fiches, registres, sont à la seule disposition du personnel médical.

Prise de contact avec l'assistante

Les détenus viennent à l'annexe généralement dans les trois ou quatre jours qui suivent leur arrivée à la prison.

Ils sont reçus un par un : ceux qui sortent du bureau ne retrouveront qu'au départ leurs camarades, ils ne peuvent donc leur parler de la manière dont se passe la visite.

Un grand nombre se déclarent agréablement surpris « d'être appelés monsieur », d'être invités à s'asseoir, de se trouver dans une pièce qui, barreaux mis à part, ne rappelle pas la prison. Ils sont très sensibles, surtout les « primaires », à la différence par rapport à ce qui a pu avoir lieu du fait de leur arrestation et cela facilite la prise de contact. Il n'est pas rare de les voir sortir leurs photos de famille et s'étendre, parfois avec des larmes, sur les difficultés dans lesquelles cette famille va se trouver plongée.

Un nombre assez grand se montrent réticents laissant comprendre qu'ils considèrent cette visite comme une démarche à laquelle ils estiment ne pouvoir se soustraire.

Un très petit nombre expliquent cette suspicion, refusant, par exemple, de dire le motif de leur inculpation. Une fois exprimée l'opinion que « cela ne regarde personne », il arrive qu'ils se détendent en constatant qu'elle n'est pas contestée. Un vieux souteneur occasionnel se laisse aller ainsi un jour à de grandes confidences sur tous les malheurs de sa vie après avoir brutalement déclaré, au début, « qu'il ne voyait pas la raison pour laquelle le médecin... pouvait demander ce qu'il avait fait ».

Si les détenus sont parfois inquiets d'être dans un service psychiatrique et déclarent « qu'ils ne sont pas fous », beaucoup s'étendent longuement sur les points qui leur paraissent présenter un intérêt médical ou atténuer leur responsabilité (méningite, convulsion, traumatismes crâniens, maladies mentales ou éthylisme chez les ascendants).

Interrogatoire

Une fois inscrits les renseignements préliminaires (nom, prénoms, date et lieu de naissance, motif de l'inculpation), l'interrogatoire se déroule apparemment sans méthode, le détenu ignorant quels éléments sont particulièrement importants. En fin de visite cependant, l'essentiel du *curriculum vitae* devra avoir été recueilli, le plan, très souple, ne devant pas être perdu de vue au cours de la conversation qui, dans les meilleurs cas, est vraiment une conversation à bâtons rompus, durant parfois une heure et demie ou deux heures.

Quelques notes sont prises au cours de l'entretien, d'autres lorsque le détenu a quitté le bureau, lorsqu'il a paru inopportun d'écrire en sa présence (phrases typiques prononcées, aspect frappant, nervosité, réticence, description d'une crise nerveuse, etc...).

Divers chapitres du curriculum vitae

Origines du sujet. — Ce point ne soulève pas de difficultés : parisienne, provinciale, rurale. Époque de la venue à Paris.

Milieu social. — Certains sujets donnent des renseignements inexacts, se disent d'un milieu social supérieur (1).

Par exemple, un fils de « maître de forge » se découvrit ainsi, plus tard, fils d'un contremaître dans une forge.

Motif de l'inculpation. — Il est rare qu'il soit refusé. Dans ces cas, après vérification faite au greffe, il s'agissait toujours d'une affaire de mœurs. Il est fréquent, par contre, de voir les faits discutés ou interprétés : les sujets inculpés de recel ignoraient qu'ils achetaient des objets volés, des amis leur avaient confié des marchandises à garder sans leur dire leur provenance. Les présumés souteneurs ne se doutaient pas que leur femme ou leur amie se livrait à la prostitution. Les auteurs de coups et blessures affirment souvent avoir été attaqués et n'avoir fait que se défendre. Par contre les détenus affirmant ignorer les faits reprochés sont assez rares.

Des aveux ou des détails ignorés de la police ne nous ont jamais été faits lors de cette première visite.

Par contre, par la suite, après plusieurs entretiens empreints de cordialité, notre rôle exact étant connu, le besoin de s'épancher s'est souvent manifesté par des aveux confidentiels accompagnés de la formule rituelle : « Je sais que vous êtes liés par le secret professionnel. »

La mise en observation à l'annexe avec les fréquents contacts qu'elle implique (dont les divers tests), constituera donc par la suite un des éléments les plus précieux de la connaissance du détenu et montrera, pour le petit nombre de détenus qu'elle concerne, le chemin qui reste à parcourir après le contact de l'arrivée.

Sauf pour quelques détenus réticents, les tests aident à créer un climat de confiance. Ils sont, presque toujours, acceptés avec bonne volonté, très souvent ils sont l'occasion de conversations extrêmement intéressantes. Il est arrivé qu'un détenu demande qu'on teste un camarade « afin d'avoir des sujets de discussion avec lui » ; qu'un autre déclare : « Je vous laisserai mon numéro de téléphone en partant ; j'aimerais que vous pensiez à moi quand vous aurez de nouveaux tests ».

(1) Sans atteindre une proportion considérable, ce fait est relativement frappant, il sera étudié dans les chapitres suivants.

Délinquance antérieure (adulte). — La vérification est impossible. Il semble cependant que, l'ignorant, les détenus avouent généralement les peines non amnistiées. Certains déclarent parfois — les multirécidivistes évidemment — qu'ils ne savent pas au juste combien de fois ils ont été arrêtés et condamnés.

Formation de la famille (parents). — *Les grandes dissociations.* — Les dissociations familiales sont souvent évoquées comme cause lointaine de la délinquance actuelle.

« Le tiers au foyer, l'absence d'affection ont poussé aux vols, aux fugues, ayant abouti ou non au T. E. et aux maisons d'éducation surveillée ».

Dans certains cas très rares, elles sont amenées à regret.

Maladies familiales. — Les maladies mentales ou internements des membres, même lointains, de la famille sont quelquefois exposés avec beaucoup de détails. Lorsqu'un internement a existé dans la famille, il semble qu'il ait frappé et soit évoqué beaucoup plus facilement qu'une autre maladie. Dans d'autres cas, cependant, l'internement est caché ou ignoré.

Petites dissociations familiales mineures. — L'absence prolongée du père ou de la mère (sanatorium, guerre, captivité, déportation). Ce point ne soulève pas de difficultés.

Éléments sur la délinquance de la famille. — Très rarement obtenus : plus facilement dans les cas de familles complètement dissociées. Sinon, il est presque toujours répondu : « Je suis le seul, je suis le premier à aller en prison de toute la famille. »

Délinquance et troubles du comportement social infantiles. — Dans son enfance, le détenu chapardait-il, à la maison, chez les voisins, aux devantures ? A-t-il fait des fugues ? A-t-il passé devant le T. E. ? A-t-il été en M. E. S. ? S'est-il évadé ?

S'il est parfois réticent, il arrive beaucoup plus souvent qu'il s'étende longuement sur ce chapitre : « Je ne manquais de rien, à la maison, mais c'était plus fort que moi, je chipais, après je ne savais plus quoi faire de ce que j'avais pris, je le distribuais aux camarades. » — « Quand j'entendais passer un train, il fallait que je parte. Je prenais un billet de quai. Je voulais vivre une grande aventure. »

Anomalies psychiques. — *Tares infantiles.* — Turbulences, colères, troubles de la parole, somnambulisme, onychophagie, énurésie, encoprésie.

C'est le point le plus délicat de l'interrogatoire.

De même qu'une mère de famille avoue à l'assistante scolaire que son enfant vole, plus facilement qu'il a une « tête à poux », il est plus humiliant d'avouer qu'on a mouillé son lit longtemps, que de dire qu'on a passé devant le T. E. Cela rappelle les corrections reçues, les moqueries des frères et sœurs, les ennuis en colonies de vacances.

Ces questions sont donc disséminées parmi toutes celles concernant la première enfance et les principaux organes passés en revue : « N'avez-vous pas eu de faiblesse des bronches, des os, de la vessie ? Aviez-vous un sommeil profond, agité, etc... ? » Et elles ne semblent pas provoquer de réaction pénible chez le sujet qui répond souvent avec beaucoup de détails.

Stigmates psycho-physiologiques. — Troubles de la parole, tics, asymétrie faciale, gemellité, ectopie, tatouages.

Maladies. — *Intoxications.* — *Notions d'hospitalisation.* — Internements, traumatismes, opérations chirurgicales, maladies graves, tuberculose, syphilis, cancer, comportement face à l'alcool.

Les grands événements. — Captivité 1940-45, déportation en Allemagne, événements de guerre allégués. Ce chapitre est fertile en récits, souvent fantaisistes, toujours enregistrés avec le même intérêt, parfois en demandant des renseignements complémentaires sur une évocation, sur la vie au camp.

Vie militaire. — Événements au cours du service militaire, engagements, réforme avec motif, passage à la légion, aux bataillons d'Afrique, en Indochine.

Instruction générale et technique. — Beaucoup de détenus se parent de diplômes qu'ils n'ont jamais obtenus ni même préparés : brevet élémentaire, brevet supérieur, baccalauréat, licences, diplôme de médecine même... Quelques questions complémentaires sur l'âge auquel on les a obtenus, les matières étudiées, provoquent parfois de l'embarras ou, au contraire de nouveaux détails.

Activité sociale, professionnelle. — La vantardise ou la mythomanie peuvent se donner encore ici souvent libre cours. Il faut tenir compte de tous les degrés (1).

Vie familiale de l'inculpé. — Il est, dans certains cas, difficile de connaître les motifs des divorces, l'existence de concubines, que les détenus craignent peut-être de voir compromises.

Les enfants. — Tares, anomalies, troubles, délinquance. La délinquance des enfants est souvent dissimulée lors de ce premier examen, mais il n'est pas rare de voir des délinquants inquiets des vols commis par leurs enfants, dans la suite de l'étude. Le détenu s'étend facilement, en général, sur tous les autres points concernant ses enfants.

Conclusions. — Les observations ainsi recueillies sont classées ensuite en deux catégories :

(1) Nous verrons en l'étudiant qu'elle est quasi spéciale à certains délits et à certains types de délinquants.

A. — Celles pour lesquelles on n'a rien trouvé qui puisse être retenu (1) sont classées à part dans un fichier alphabétique permettant de les retrouver si le détenu se fait remarquer par la suite ou s'il revient plus tard comme prévenu.

B. — Celles qui ont attiré l'attention. Les détenus sont, alors, présentés à la consultation.

Entrent dans cette catégorie tous ceux pour lesquels il a été noté :

Le caractère de certains délits (affaires de mœurs, meurtre ou tentatives de meurtres).

La multiplicité des délits, la réitération marquée de la délinquance.

Une maladie mentale familiale.

La délinquance ou un trouble du comportement infantile.

Un stigmate psycho-physiologique.

Internement, traumatisme crânien, ivresse, syphilis.

Des antécédents notables.

Une influence possible nettement provocatrice.

Captivité 1940-45, déportation, séjour en Indochine.

Une tare, une anomalie, la délinquance chez les enfants.

Une grande émotivité au cours de l'entretien, un aspect ou une attitude ayant retenu l'attention.

Sur 760 détenus reçus du 31-1-50 au 30-11-50, il a été ainsi retenu 304 cas présentés à la consultation.

Consultation médicale

A la consultation médicale proprement dite (2), sont donc convoqués les détenus ainsi sélectionnés. Dans la plupart des cas, ils acceptent de venir. Ils peuvent refuser, soit passagèrement, soit définitivement, de se prêter à cet examen médical. D'où une certaine diminution globale du nombre des sujets retenus, mais peu importante. Par exemple, il n'est pas rare que plusieurs semaines s'écoulent sans qu'aucun inculpé ait refusé de se présenter à la visite médicale.

Une petite diminution de l'effectif provient de ce que certains arrivants ont été immédiatement classés dès leur arrivée. En général, il s'agit de gens ayant été condamnés dans les huit premiers jours de leur arrivée et qui, classés loin de l'annexe, sont d'un abord peu facile et souvent refusent alors de venir. L'immense majorité des arrivants accepte l'examen.

(1) Ce qui ne signifie naturellement pas que ce simple contact ait une valeur définitive.

(2) Elle a en général lieu le vendredi après-midi sauf périodes d'études systématiques étendues par exemple sur la plus grande partie d'une semaine ou d'une quinzaine.

La mise en observation

Un certain nombre de détenus examinés sont l'objet d'une proposition d'hospitalisation dans le service. Les motifs qui nous amènent à les proposer sont variables :

1° *Maladies mentales marquées.* — Dans un très petit nombre de cas il s'agit de vésanie parfaitement caractérisée. Les malades demeurent là en attendant un passage à l'infirmerie spéciale du Dépôt, qui peut tarder parfois de 8 à 15 jours. Certains de ces malades, il est remarquable de le noter, étaient issus du quartier disciplinaire, l'anomalie de leur comportement ayant attiré sur eux une sanction : il s'agissait, par exemple, d'un paralytique général, d'un état de manie aiguë. Le nombre de ces vésanies graves, intenses, est peu marqué comme on peut le voir dans la partie statistique. Il n'est pas douteux qu'un certain nombre ait échappé à notre examen, témoins ces deux malades du quartier disciplinaire découverts par hasard.

Quelques remarques doivent être faites. Un état d'agitation marqué ou grave, un état de mélancolie intense, ne pourraient, étant donné les conditions, être hospitalisés au centre. Il faudrait, dans ces conditions, prévoir un transfert soit vers l'infirmerie spéciale soit en milieu hospitalier.

Les psychoses réactionnelles observées, psychoses dues à la réaction émotive de l'inculpation et de l'emprisonnement ont été assez peu nombreuses : trois environ. Etats dépressifs, nets, francs, mais d'intensité modérée, avec conservation de la lucidité. Leur condition d'apparition confirmait bien les données déjà connues : première inculpation chez un sujet jamais condamné, ayant une vie régulière et stable, un comportement social parfaitement adapté jusque-là.

L'inculpation et l'emprisonnement non seulement atteignent la liberté mais produisent un bouleversement de toute l'existence, familiale, professionnelle, des habitudes, du mode de vie et de l'avenir. Les cas observés n'étaient pas assez intenses pour justifier, à notre sens, une demande de mise en observation immédiate à l'I. S. Il nous est apparu que l'hospitalisation simple aurait un effet thérapeutique plus marqué que l'observation au centre ; c'est pourquoi ils ont été primitivement dirigés sur l'hôpital central et revus ensuite. Dans chaque cas, l'évolution tout au moins des signes marqués a été favorable.

2° *Encéphalopathies marquées.* — Les malades atteints d'encéphalopathie très marquée forment également un petit nombre d'hospitalisés au centre. Notons quelques cas de maladies de Parkinson qu'on rencontre encore avec les caractéristiques de leur délinquance particulière. Chez un, les signes étaient nets mais modérés : il paraissait inconscient de son trouble réel et simulait une paraplégie qui, disait-il, l'empêchait de marcher et produisait des troubles urinaires. Cette simulation ou, plutôt, sur-simulation évidente à un examen clinique rapide, fut d'ailleurs confirmée par la guérison après sa condamnation. Ce sujet est un voleur de grands magasins, particulièrement récidivant.

Dans ce groupe entre encore une anomalie endocrinienne considérable, cas d'un myxœdémateux de 40 ans, traité depuis l'enfance par les

extraits thyroïdiens mais resté infantile. Puis, récemment traité par des implantations massives de testostérone, à la suite desquelles une puberté était apparue sur un psychisme resté infantile et s'était compliquée d'actes d'exhibitionnisme.

3° *L'épilepsie vraie, cliniquement caractérisée*, motive l'hospitalisation d'un petit nombre de détenus reconnus épileptiques ou suspects de simulation. Il n'en est naturellement pas de même de très nombreuses crises, témoins d'encéphalose constitutionnelle des délinquants, sur lesquelles nous reviendrons et qui semblent pouvoir parfois s'accompagner d'anomalies électroencéphalographiques différentes de celles de certaines épilepsies. Quoi qu'il en soit, cliniquement, la grande crise apparaît rare, sans être exceptionnelle. Signalons le cas d'un épileptique dont l'épilepsie fut signalée par nous, dont le juge d'instruction tint compte et qui, condamné, menacé d'une autre condamnation, simula des crises d'un tout autre type avec rugissements et bris d'objets, désireux de se faire interner. Autre sur-simulation qui risquait fort de faire méconnaître les crises réelles si celles-ci n'avaient été observées avant.

4° *Anomalies mentales du groupe encéphalose*. — Groupe de beaucoup le plus fréquent ; le motif de l'observation peut être d'obtenir plus de précisions sur certains signes (tics, bégaiement, troubles de la parole), soit de suivre et de revoir le détenu après contact pris avec la famille ou enquête familiale, soit, les mythomanes se classant dans cette catégorie, d'obtenir par un contact prolongé, la réduction d'une « rêverie imaginative » ; soit, les crises névropathiques se situant dans cette catégorie, la nécessité d'observer ces crises, leur déroulement, les causes provoquantes. La simulation ou la sur-simulation peut être un motif d'observation. Nous avons vu qu'il intéresserait un nombre limité de cas.

5° L'observation parce que le diagnostic manque complètement est un cas très fréquent.

L'attention peut être attirée par le délit lui-même ou par la répétition des délits, parfois avec un caractère itératif, toujours le même. Parfois par l'impression d'une réticence du détenu sur des antécédents que nous soupçonnons.

6° Enfin, l'observation intervient comme complément d'enquête psychologique dans tous les cas avec ou sans anomalie mentale connue. Dans ce cadre rentre l'étude des tests (voir chapitre consacré à ce sujet). De même, certains détenus sont hospitalisés parce qu'ils paraissent à l'examen appartenir à une catégorie donnée avec pureté : escroc vrai bien caractérisé, souteneur typique sans autre délit (assez rarement rencontré), etc... ou, au contraire, délinquance survenant chez un sujet et paraissant purement occasionnelle.

Les motifs les plus divers sont, là, la cause d'une étude psychologique complémentaire accompagnée de l'emploi des tests.

La durée. — La durée de l'observation avec séjour au centre est en général d'une semaine. Rarement elle dépasse ce temps, sauf, cependant, dans quelques cas : vésanie calme bien caractérisée avec bon état général

attendant son passage en milieu psychiatrique, simulation persistante (très rare) ; sujet en instance de départ pour Château-Thierry et que ses troubles du comportement empêchent de réintégrer en division.

Limite de l'hospitalisation à l'annexe. — Telle qu'elle est conçue l'annexe ne peut recevoir les grands accès d'agitation, les cas où le malade est réellement dangereux pour lui-même et pour autrui.

Les cas compliqués d'une affection fébrile, ou d'un état général grave pour une cause quelconque infectieuse ou générale. Sans doute ces cas se présentent-ils rarement. Ils n'en imposent pas moins qu'avant d'être hospitalisés à l'annexe, le détenu doit être vu par le médecin qui juge s'il peut l'être.

Quelques détails cliniques concernant l'observation

Les détenus hospitalisés à l'annexe y font des séjours de 8 jours à 3 semaines. Exceptionnellement, l'observation peut être prolongée plusieurs mois. Ils ne sont hospitalisés qu'avec leur accord et peuvent rejoindre leur division lorsqu'ils le désirent.

Beaucoup refusent d'entrer ou de rester en observation à cause du froid, de la solitude et, s'ils sont indigents, de l'absence de camarades partageant avec eux : colis, tabac, savon, etc...

Certains, au contraire, sont désolés qu'on ne les garde pas plus longtemps. Dans cette catégorie se classent :

Ceux qui aiment la solitude et redoutent la promiscuité des cellules en division.

Ceux qui craignent la rélégalion et espèrent qu'un long séjour à l'annexe sera interprété comme une preuve d'anomalie mentale et leur vaudra « l'indulgence » lorsqu'ils passeront en jugement.

Les « nerveux » qui se sentent « traités comme des malades » et redoutent leurs réactions d'énervement en régime normal, réactions qui risquent de les amener au quartier disciplinaire.

Pendant leur séjour, les détenus sont fréquemment observés, visités dans leur cellule ou reçus au bureau. Ils demandent souvent audience d'eux-mêmes, sans motifs ou pour des raisons diverses (questions de santé, commission à faire au service social, lettres qu'ils viennent de recevoir ou d'écrire, poésies qu'ils ont composées et qu'ils veulent montrer). Comme ils sont isolés, ils recherchent ces contacts.

Comme dans les divisions normales, le surveillant de service change toutes les six heures. Il n'y a pas de surveillant spécialisé. Le surveillant et l'auxiliaire signalent tout ce qui leur paraît anormal : un détenu qui refuse de manger, qui pleure après avoir reçu une lettre ou sans raison, une crise nerveuse, etc...

Tout est noté au dossier, ainsi que la description aussi fidèle que possible des « crises » lorsqu'il s'en produit.

Les détenus qui le désirent vont à la promenade une heure, une fois par jour, plus longtemps l'été. C'est le seul moment où ils sont tous réunis. Ils peuvent, aussi, être autorisés à visiter un voisin de cellule pour bavarder, se rendre de menus services (ceux qui passent pour être instruits rédigent ainsi les lettres officielles ou... les lettres d'amour de leurs camarades). Ils sont parfois visités par nous au moment où ils sont ainsi réunis.

Enfin, ils se parlent souvent par la fenêtre et ces conversations, entendues du bureau, aident parfois à mieux les connaître.

Il n'y a jamais eu de rapports défavorables des uns sur les autres, ni de plaintes contre l'auxiliaire. Mais parfois ils se donnent des surnoms (Le séminariste, Brutus), ou expriment leur opinion sur un camarade (« Celui-là, il a des mains d'assassin »).

Parfois, pour se créer une petite occupation, un hospitalisé a été autorisé à aider l'auxiliaire pour le balayage ou le remplissage des gamelles. Cela a toujours mal fini. « Il le fait plus souvent que moi. » — « Il est arrogant et nous donne à manger comme à des chiens », sont des exemples de réactions obtenues lors de ces courtes expériences.

La bibliothèque prête suffisamment de livres pour pouvoir les changer tous les jours si les détenus le désirent et répondre à leurs goûts (classiques, romans, livres de spiritualité).

Pendant les mois d'hiver, presque tous les hospitalisés vivent couchés toute la journée.

L'été ils aiment se bronzer le visage devant la fenêtre ouverte ou, même, prendre des bains de soleil, en slip, sur leur paille étendue sur le sol.

Les enquêtes familiales

Se révèlent d'une grande utilité dans tous les cas. Chaque fois qu'une enquête est menée, un renseignement nouveau est apporté concernant le détenu ; il n'y a pas d'exception à cette règle.

Naturellement, les règles du secret professionnel sont observées. Il est demandé au détenu s'il autorise un contact avec sa famille afin d'obtenir des renseignements d'ordre médical purement confidentiels.

Dans quelques cas, le détenu refuse. Très rares (1). On ne saurait passer outre à son consentement. Il est préférable de se passer, dans ces quelques cas rares, de quelques renseignements plutôt que d'aggraver l'état du détenu et de provoquer une ambiance de suspicion contre le centre. Ceci d'autant plus que, pour nombre de cas, le détenu revient sur sa décision lorsqu'il a compris le but réel et le fonctionnement du service.

(1) Exceptionnels, dus en règle à la rupture entre la personnalité liée à la famille et à la personnalité délinquante. Le plus souvent ces oppositions sont réductibles.

Dans l'immense majorité des cas, l'accord a lieu ; le détenu indique la ou les personnes de sa famille qu'il désire que nous rencontrions. Très souvent il est, d'ailleurs, sceptique sur l'utilité de cette visite.

Les éléments qu'apporte l'enquête sont les suivants :

Idee plus précise sur le milieu, sur la composition de la famille.

Dans beaucoup de cas, des désordres familiaux (séparation, remariage, fausse paternité...) peuvent être révélés alors qu'ils avaient été cachés ou, même, ignorés par le détenu.

Quelquefois, la délinquance familiale est retrouvée.

Surtout sur les antécédents pathologiques proprement dits, l'enquête permet de vérifier si le détenu a réellement présenté des troubles névropathiques dans l'enfance, s'il l'a déclaré (énurésie, somnambulisme, bégaiement, crises, etc...).

Naturellement, ces interrogatoires sont menés avec les mêmes précautions que pour le détenu, en veillant à ne pas induire une anomalie mentale « exploitable ».

Révélation, dans certains cas, d'autres troubles névropathiques, quelquefois chez les ascendants ou, même, oncles et tantes, assez souvent chez les frères ou sœurs.

Précisions assez fréquentes concernant la délinquance infantile du détenu (fugues, vols), les séjours dans les patronages (Rollet, Montesson, etc...), dans les consultations de neuro-psychiatrie infantile. Possibilité d'entrer en contact avec le spécialiste ayant traité le détenu dans son enfance.

L'accueil fait par la famille est toujours correct, parfois réticent (« J'ai déjà eu la visite de la police »).

Dans quelques cas, de longues explications sont nécessaires afin d'aplanir les scrupules qu'elle peut avoir par crainte de se faire du tort ou d'en faire au détenu. Dans quelques cas, ces explications peuvent ne pas réussir à vaincre une méfiance.

Certains suggèrent un utilitarisme coïncidant d'ailleurs avec un scepticisme visible quant à une anomalie mentale réelle : « S'il vous a dit qu'il avait eu une méningite et que ça soit bon pour lui, mettez-le. »

D'une façon un peu trop schématique, on peut opposer la famille qui réagit à la répétition des délits d'un de ses membres en évoquant quelque chose d'anormal et en donnant à l'appui de ce « trouble de la volonté » d'autres exemples auxquels elle a assisté, à la famille excédée qui n'admettant qu'une « mauvaise volonté systématique », reconnaît la pleine responsabilité du délinquant et accepte avec scepticisme une recherche pathologique.

L'utilitarisme peut se rencontrer : il est facile de le distinguer de la réalité par les recoupements, par les corrélations apportées par les facteurs héréditaires, par la confrontation des déclarations du détenu avec celles de la famille, par l'utilisation des références données (médecins, patronages,

etc...), enfin, et surtout, parce que cet utilitarisme utilise de vieux clichés, vrais ou faux, ou exagérés : méningite, coup sur la tête, etc..., qu'on ne peut retenir.

Presque toujours le diagnostic est très facile, encore ceci prouve-t-il qu'une grande habitude de la technique est nécessaire, afin de ne pas fausser les conclusions individuelles ou statistiques.

Les enquêtes ne peuvent être faites aussi souvent qu'il serait nécessaire. Trop grand nombre de détenus étudiés, dispersion des lieux où elles doivent être effectuées, nécessité de se référer aux heures auxquelles les gens sont à leur domicile. Mais le nombre des renseignements venant de l'extérieur peut être considérablement augmenté en utilisant les convocations en service hospitalier.

Grâce à cette méthode, chaque semaine amène deux à cinq familles dans notre consultation de médecine psychiatrique. Ceci permet presque de doubler le nombre des renseignements venant de l'extérieur et de réserver les enquêtes à domicile aux cas pour lesquels on suppose que le déplacement sera impossible ou refusé (famille impotente, épouse ayant à s'occuper de jeunes bébés, parents en mauvais termes avec le détenu).

Un quart au moins des convocations à l'hôpital reste sans réponse.

Là, l'interrogatoire des familles est fait par le médecin. Par rapport aux enquêtes à domicile, un inconvénient peut être que les renseignements sur le domicile, le milieu, sur le mode de vie, ne sont pas directs et sont moins complets. Par contre, certains avantages sont à retenir. Du fait que les gens convoqués sont, en général, immédiatement persuadés du caractère médical de l'enquête, d'emblée par l'aspect évident et majestueusement hospitalier de l'établissement et aussi parce qu'ils se trouvent mêlés à des consultants de médecine... il nous semble que la réticence est beaucoup moins grande — on peut même dire pratiquement nulle. Cette méthode a encore l'avantage de permettre l'examen d'autres membres de la famille, enfants souvent, et de constater anomalies ou névropathies.

Les Nord-Africains

Les détenus d'origine algérienne ou marocaine ont constitué, à certaines périodes, une part importante de l'effectif des entrants. Leur nombre pouvait atteindre 8 à 15 % de l'effectif des entrées, au cours de certaines semaines vers le début du fonctionnement du centre : proportion qui semble d'ailleurs avoir actuellement assez nettement diminué, heureusement.

Cette forte proportion, d'ailleurs, ne doit pas être automatiquement considérée comme l'indice d'une énorme prédominance de la criminalité nord-africaine sans vérification. Il y a sans doute lieu de tenir compte de la répartition, par ordre alphabétique, des détenus dans les prisons, et Fresnes, recevant ceux des détenus dont les noms commencent par les premières lettres de l'alphabet, reçoit peut-être beaucoup plus de ces Nord-Africains dont le nom commence souvent par A ou par B.

L'étude psychologique des Nord-Africains détenus pose des problèmes très particuliers. Tout d'abord, dans bien des cas, leur arrivée en France est récente. Leur connaissance de la langue peut être assez faible pour nécessiter quelquefois la présence d'un traducteur. Dans bien des cas, elle est réduite à la connaissance des choses nouvelles élémentaires. Presque toujours le rôle du médecin, de l'assistante sociale, n'est pas compris d'emblée comme par le moins évolué des Français. Il est souvent difficile de démontrer que ces examens sont autre chose en dehors de l'appareil de répression. Pour ces sujets, tous les échelons semblent solidaires et inséparables, depuis l'agent de police jusqu'au tribunal en passant par tout le personnel de la prison, y compris même les autres détenus qui affectent souvent de les mépriser.

Même lorsque les questions linguistiques et de communauté d'habitudes ne semblent pas représenter la difficulté de premier plan, la connaissance de la « clinique psychologique » nous manque. Cette recherche, l'établissement de ce contact, suffiraient à eux seuls à englober toute l'activité du service. D'autant plus que ce travail nécessiterait de minutieuses recherches sur les conditions de vie à Paris, une véritable étude sociologique, la connaissance des milieux nord-africains non délinquants, l'étude des conditions biologiques qui font que certains de ces sujets deviennent délinquants et d'autres s'adaptent.

L'histoire de la criminologie a montré de tous temps l'influence des migrations et combien chaque migration favorisait l'inadaptation sociale. Mais peut-être aussi dans certains cas y a-t-il lieu de rappeler les formes de la criminalité montagnarde dite méditerranéenne, étudiée par l'école italienne du début du siècle dernier et par l'école de Durkheim. Elle peut, peut-être, dans certains cas expliquer le caractère du délit et de la réaction.

Nous devons reconnaître que dans les conditions de fonctionnement exposées et malgré le grand intérêt humain et scientifique de cette étude, nous avons l'impression d'être, dans presque tous les cas, désarmés (1).

Détenus de longue date

Les entrants ne sont pas les seuls à venir en consultation à l'annexe. La direction sollicite souvent l'avis du docteur sur des détenus à transférer ailleurs (parfois venus de province pour cet avis), ou dont le comportement paraît anormal. L'infirmière, le service social, les surveillants, des services sociaux extérieurs en signalent fréquemment. Il arrive aussi que des signalements — parfois très judicieux — soient faits par des camarades : « Non je ne suis pas fou, mais vous ne feriez pas mal de voir untel... » Enfin, certains détenus demandent eux-mêmes à être reçus, soit au cours d'une rencontre dans la prison, soit par l'entremise d'un camarade, soit par une sim-

(1) Beaucoup plus rarement nous avons eu affaire à des délinquants de race noire, certains récemment transplantés du Sénégal, posant là encore des problèmes très particuliers, par exemple par la manifestation très active de superstitions. Pour ces quelques cas, le contact a été infiniment meilleur que celui qu'offrent en général les Nord-Africains.

ple note, soit par une lettre écrite par eux ou par un voisin de cellule. Dans ces lettres, ils évoquent souvent maux de tête ou absences de mémoires, demandent un appui pour un recours en grâce.

Il semble que cette consultation soit fréquemment demandée par des condamnés, en appel de relégation ou de grosses peines, qui espèrent éviter une condamnation définitive, ou par des détenus venus à l'infirmerie et sur qui pèse la menace du retour à leur prison d'origine, dans l'espoir d'être gardés à Fresnes.

Comme pour les entrants, le *curriculum vitae* est noté avant la présentation du malade à la consultation sauf si son séjour au quartier disciplinaire ne permet pas de le convoquer.

Détenus, entrants ou non, demandent souvent à être reçus de nouveau.

Dans la mesure du temps disponible, ils ont toujours satisfaction.

Certains sont ainsi de fidèles « clients » du service, tenant à faire part de tout ce qui leur arrive, dans l'ordre personnel, familial ou pénal. Ils offrent des examens utiles, facilitant une dérivation aux habitudes de travail uniquement pratiquées sur les entrants.

Les certificats concernant les inculpés

Les détenus inculpés formant l'effectif « courant » du centre, peuvent être signalés au juge d'instruction comme ayant été l'objet d'un examen ou d'une observation à l'annexe.

L'envoi de ce certificat dans les conditions de fonctionnement de l'annexe, en ce qui concerne les détenus inculpés, ne peut se faire qu'avec l'accord du sujet examiné. Dans quelques cas l'inculpé refuse, circonstance exceptionnelle qui peut être motivée parce qu'il refuse d'accepter tout soupçon d'anomalie mentale ; par exemple, dans un cas il s'agissait d'un sujet ayant déjà subi des internements et qui voulait éviter de retourner à l'hôpital psychiatrique. Dans l'immense majorité des cas, le certificat peut être envoyé.

La rédaction de ce certificat a été plusieurs fois discutée et a fait l'objet de discussions et d'une circulaire de la direction. En pratique et jusqu'à nouvel ordre, nous sommes restés fidèles à la formule suivante : le juge d'instruction est informé que l'inculpé X... a été l'objet d'un examen (ou d'une observation), à l'annexe psychiatrique. Formule qui ne paraît pas susceptible de créer des difficultés.

L'expertise paraît suivre dans un très grand nombre de cas l'envoi de ce certificat. Nombre de cas difficiles à évaluer, car les experts ne demandent pas toujours communication du dossier.

Il faut tenir compte de ce que :

1° Un grand nombre de détenus pour lesquels un certificat est fait, peuvent être auteurs de très petits délits : un grand nombre de vagabonds présentent une anomalie mentale nette, par exemple ;

2° Un nombre également très important sont inculpés de délits légers ou de petite gravité (petits vols, petits recels, coups et violences n'ayant pas causé de blessures graves, outrages à agent, etc...) ;

3° Un certain nombre de détenus peuvent avoir déjà subi au cours d'une inculpation antérieure une expertise mise à la disposition du juge d'instruction lors de leur nouvelle affaire.

Pratiquement, chaque semaine amène, en général, une à trois — quelquefois plus — demandes de renseignements complémentaires émanant d'experts en psychiatrie. Naturellement ces demandes doivent nous être faites par écrit. Le détenu est averti de la situation et il n'y a jamais eu d'opposition jusqu'à maintenant à ce que nous communiquions les renseignements obtenus sur lui en qualité de médecin de l'Administration pénitentiaire, à l'expert dont le rôle se situe au côté du juge d'instruction. Nous rédigeons, alors, une observation où sont relatés les faits observés et elle est envoyée au médecin-expert.

Il doit être tenu compte que, pour ce qui concerne les détenus vus seulement à la visite, l'expert peut disposer de plus de sources de renseignements que le médecin du centre. En effet :

Son temps est moins limité par la nécessité d'examiner un grand nombre de détenus : son rôle n'est pas un rôle de dépistage, par conséquent il est normal qu'il dispose du temps, parfois très long, nécessaire à une enquête minutieuse.

Pour la même raison, il a la possibilité de recourir à des examens ou épreuves que nous ne pouvons faire systématiquement. Par exemple, pour les sujets dont la délinquance commence à un certain âge ou après une cause possible d'affaiblissement, l'emploi des tests de détérioration mentale. Il peut avoir la possibilité de demander des examens électroencéphalographiques par exemple, qui nécessitent le déplacement de l'inculpé, que peut seul accorder le juge d'instruction. Enfin, il connaît les éléments du dossier, les circonstances de l'acte pour lequel le sujet est inculpé, ses antécédents judiciaires, etc...

Par contre, pour les détenus longuement observés au centre, la situation peut être souvent renversée par :

Les éléments apportés par une observation prolongée. L'observation de crise, d'agitation, de propos tenus.

Parfois les résultats des tests.

Enfin, les éléments de l'enquête familiale.

En somme, la conjonction des deux ordres de faits peut concourir heureusement à la complétude de l'expertise psychiatrique effectuée avec le temps et le recul nécessaires.

Les raisons qui motivent l'envoi d'un certificat sont principalement :

1° La constatation d'une anomalie psychique constitutionnelle établie, soit par l'examen, soit par l'enquête familiale (névropathie infantile, épilepsie, débilité, etc...);

2° Les psychoses évidentes, non justiciables par leurs caractères d'urgence d'une demande d'envoi immédiat en milieu psychiatrique;

3° Toutes les tares alléguées, soit dans les antécédents (traumatisme crânien important, alcoolisme grave, encéphalopathies, internement, traitements psychiatriques, etc...), si ces antécédents paraissent assez nets et même si nous avons des raisons de soupçonner soit le mensonge, soit l'utilitarisme;

4° Dans quelques cas très rares, des attitudes qui font penser à la simulation. Dans ces cas, le détenu a cherché à être observé (toujours) : il accepte notre observation et que notre opinion soit communiquée à l'expert dans tous les cas. Même si cette observation qu'il a sollicitée par son attitude puis acceptée de son plein gré, se retourne contre lui. Ces cas sont très rares.

Demande de mise en observation à l'annexe, faite par un médecin-expert. — Il arrive qu'un médecin-expert demande la mise en observation à l'annexe psychiatrique pour un détenu qu'il a à examiner et qui n'était jamais passé par l'annexe. Dans ces conditions, le détenu, averti de notre rôle avec précision et sans équivoque, sait que notre examen complète celui de l'expert et a, par conséquent, le même but.

Cas particuliers. — Nous envisageons ici les cas de crimes graves. Cas très rares, mais particulièrement intéressants quant au rôle de l'observation à l'annexe, car exposant à de très graves sanctions. Ces cas s'accompagnent d'ailleurs d'une étude particulièrement minutieuse qui est facilitée parce que plusieurs mois s'écoulent souvent entre l'arrestation et la clôture de l'instruction.

Il peut se produire que le président de la cour d'assises demande le témoignage du psychiatre de l'Administration pénitentiaire. Dans ces conditions, celui-ci doit répondre à la cour sous réserve des obligations du secret professionnel qui dans ces cas n'ont pas posé de problème jusqu'à maintenant.

Un autre cas également intéressant et qui a été révélé par la pratique est le suivant : un détenu inculpé d'un crime grave est observé et le certificat est envoyé à son juge d'instruction. Mais celui-ci a déjà une expertise (souvent triple), et que cette expertise a déjà eu lieu. Dans ces conditions, le juge d'instruction répond à notre certificat en nous demandant, souvent après nous avoir indiqué les précisions qu'il juge nécessaires, si les faits nouveaux observés nécessitent une nouvelle expertise.

Les faits nouveaux, y compris les certificats recueillis, lui sont donc exposés après avis donné au détenu et observation des règles du secret professionnel.

Demande directe par le tribunal. — Ce cas peu fréquent semble, depuis peu, se produire quelquefois. Un détenu a un certificat d'examen dans son dossier. Ce certificat a pu échapper à l'instruction, soit que le détenu ait été vu très tardivement, l'instruction close, soit qu'il y ait eu du retard dans la transmission du courrier, ou pour une autre cause.

Il est arrivé que le tribunal remette le jugement et demande l'examen. Il le signale par une note transmise à la direction. Nous en donnons avis à l'inculpé et nous agissons comme plus haut en ce qui concerne la déontologie médicale. Puis une étude complète et des conclusions explicites sont alors données au tribunal. Un exemple récent de cette succession de faits a été d'un très grand intérêt à tous points de vue : de celui de l'exceptionnel intérêt criminologique du cas, de celui de l'intérêt de sa découverte à l'annexe et surtout du fait que ce délinquant sexuel, auto-mutilateur, d'un masochisme extrêmement marqué, masquait toute sa pathologie. Nous reviendrons sur cette observation.

Problème des surveillants

Un surveillant faisant partie du personnel de la prison est en permanence au centre. Chaque 24 heures se produisent les changements normaux dans l'établissement. Il n'existe pas de poste fixe de surveillant au centre et les changements sont nombreux et fréquents. Ceci est dû à ce que le surveillant n'est pas spécialisé. Son rôle, au centre, diffère peu de celui des divisions ; il est de surveillance générale. Le surveillant est, en outre, le détenteur des différentes clefs.

On peut poser la question de savoir si le surveillant serait susceptible de devenir un collaborateur plus actif du service, à la manière d'un infirmier des hôpitaux de psychiatrie par exemple. Ceci soulèverait alors un certain nombre de problèmes, l'un d'entre eux étant la formation dans ce sens d'un ou plusieurs surveillants. Ce problème qui peut être repris, posera la question des stages à faire effectuer aux candidats dans les hôpitaux psychiatriques par exemple. Il peut par ailleurs n'être pas exclu d'envisager la formation de surveillants spécialisés uniquement dans les annexes psychiatriques des prisons.

Le détenu auxiliaire

La présence d'un détenu auxiliaire est rendue nécessaire par certaines nécessités d'entretien, propreté, en hiver entretien du chauffage, etc...

Il importe que là se borne exclusivement son rôle. Il ne doit exercer un rôle de surveillance sur ses codétenus à aucun point de vue. Toute mission de surveillance risquerait trop d'évoquer un espionnage qui nuirait à la bonne marche du service. Elle introduirait rapidement des habitudes et une ambiance de délation qui, de quelque nature qu'elle soit, stériliserait toute tentative de contact et d'étude médico-psychologique réellement fructueuse.

Naturellement, il n'est pas interdit à l'auxiliaire de signaler une crise, un malaise, une demande de soins, mais il doit en référer immédiatement au personnel administratif ou médical selon les cas, de telle sorte que son activité intermédiaire cesse aussitôt.

Pour les mêmes raisons, l'auxiliaire ne saurait avoir, ni prétendre à aucune autorité sur aucun autre détenu hospitalisé à l'annexe, pas plus qu'à un semblant d'autorité officielle.

Pratiquement, jusqu'ici, deux auxiliaires ont séjourné dans le service, sans donner lieu à des incidents graves et sans que nous ayons eu nous-mêmes à demander leur changement.

Ceci n'empêche pas que l'activité de l'auxiliaire ne doit pas cesser de retenir l'attention ; toute initiative inopportune devant être arrêtée aussitôt, sous peine d'entraîner des habitudes aux conséquences rapidement regrettables.

L'expérience semble avoir d'ailleurs montré que cette attitude des services psychiatriques pouvait être parfaitement comprise par le détenu auxiliaire et s'adapter avec un comportement de sa part utile et loyal.

Ainsi, la question du choix de ce détenu auxiliaire peut se poser, de même celle de son remplacement, enfin, éventuellement, celle des sanctions prises contre lui. Ces questions très importantes doivent être réglées par le contact direct entre la direction et le médecin, en évitant toute décision émanant d'une autorité subalterne. De même, l'auxiliaire ne saurait être l'objet de déplacement ou sanction sans que le service médical soit informé. Ceci dans l'intérêt du fonctionnement du service : le médecin ne saurait rester indifférent à un incident provoquant une sanction légitime. D'autre part, une sanction injuste ou un déclassement non justifié, voire même prémédité, serait un redoutable exemple aux yeux des détenus hospitalisés et donnerait lieu à des troubles dans la confiance et à des désordres...

Assistants et étudiants à l'annexe

La question est posée de la présence au centre d'un certain nombre d'étudiants. Il en est de même pour des assistantes sociales dépendant des prisons qui, elles, ont naturellement une très large pratique pénitentiaire. En ce qui concerne les étudiants, cette collaboration au cours d'un travail pratique peut être des plus fructueuse.

Une expérience a été faite en 1949, pendant laquelle un étudiant en médecine psychiatrique, déjà assez avancé dans ses études, a vécu largement la vie du service, s'attachant surtout à l'étude plus poussée d'un petit nombre de détenus généralement condamnés à de fortes peines, obtenant un contact utile et employant largement les tests.

Dans les conditions de fonctionnement actuelles, le service ne peut fonctionner en présence d'un grand nombre d'assistants ; un maximum de quatre à six paraît raisonnable.

Il importe de se garantir contre un certain nombre d'inconvénients. Tout d'abord, la connaissance par nos collaborateurs des règles particulières au milieu pénitentiaire est une nécessité élémentaire. Mais elles ont, dans l'ensemble, d'assez nombreux points communs avec celles de l'hôpital psychiatrique ; les quelques différences s'apprennent rapidement. Le respect total du secret, ici à la fois professionnel et pénitentiaire, doit être absolu et rien d'autre que sous une forme anonymement scientifique ne doit être divulgué à l'extérieur.

Ces règles sont faciles à suivre. Mais surtout, il importe d'avoir présente à l'esprit la connaissance d'un véritable état d'intoxication psychologique, soit par le milieu pénitentiaire, soit par les délinquants, soit par l'ensemble. De tels phénomènes existent aussi en psychiatrie d'hôpital psychiatrique et de maison de santé, mais sont moins marqués qu'en psychiatrie pénitentiaire parce que l'étude des « malades mentaux » proprement dits, dispose d'une foule de points acquis qui signalent les limites du normal et du pathologique. La psychiatrie criminologique ou pénitentiaire, technique différente de la psychiatrie des maladies mentales, et ayant beaucoup moins de diagnostics d'anomalies à sa disposition, offre plus de périls à ses chercheurs.

L'intoxication ne se manifeste que dès que faiblit la tension de l'observateur vers la recherche objective. Elle se manifeste par exemple, par une complaisance à savourer le pittoresque, ou par exemple, par un intérêt de type « journalistique » pour les exploits d'un « caïd » ou d'un « truand ». Mais ces formes sont multiples : elle peut prendre celle d'une résonance affective aveugle qui faussera complètement une enquête. Nombre de délinquants connaissent parfaitement ces phénomènes et les entretiennent comme s'ils les ressentait ; ils sont prêts, d'ailleurs, à utiliser le moindre relâchement à leur profit ; alors, la voie est ouverte vers un favoritisme plus ou moins conscient, et la voie utile vers les causes de la délinquance est complètement oubliée et masquée.

Moins les habitudes d'observation scientifique des enquêteurs sont établies, plus les dangers les menacent. Ce qui ne signifie pas, d'ailleurs, que la qualité médicale suffise à en préserver.

Il est facile cependant — l'expérience de 1949 le démontre — d'inculquer ce souci d'observation objective à des étudiants en psychiatrie, en psychologie, ou à des assistantes sociales, tout en restant prévenu à chaque instant des dangers tant dans le recrutement de ces travailleurs que dans l'évolution de leur travail.

Rapport avec la direction de l'Administration pénitentiaire

Sont rendues nécessaires pour la confrontation des points de vue, l'étude des difficultés rencontrées, la conduite à tenir devant telle ou telle catégorie de délinquants. Nous comptons parmi ce contact, la connaissance de la littérature de science pénitentiaire publiée dans la Revue où sont exposées les conceptions modernes, la confrontation avec les recherches faites dans les autres pays, par exemple, les études concernant les relégués, les questions de réforme pénitentiaire, etc... Nous ne ferons pas l'énumération de ces travaux ni de leurs auteurs, puisqu'ils sont parus ou ont été analysés dans cette revue même.

Dans le même ordre d'idées interviennent les réunions et les discussions à la Société des prisons.

En outre, nous croyons à l'utilité de contacts directs devant chaque problème nouveau.

Relations culturelles et congrès

Un certain nombre de visites ont été l'occasion d'échanges de points de vue avec des personnalités françaises ou étrangères. Ces visites ont eu lieu, soit à l'occasion des congrès, soit en dehors. Nous avons pu regretter que les visites de Fresnes faites à l'occasion du congrès de criminologie, n'aient pas été l'occasion, tout au moins en ce qui concerne certains visiteurs étrangers dont l'expérience criminologique était grande, d'un arrêt plus prolongé à l'annexe permettant la confrontation des points de vue. Ceci a pu être réalisé cependant avec les délégués de la Faculté de Belgrade, puis avec un délégué écossais particulièrement spécialisé dans l'inspection des établissements pénitentiaires. Des contacts directs eurent lieu aussi avec la délégation de Bogota, celle de Lucknow. Hors congrès, nous avons appris d'un collègue étranger, directeur d'une annexe psychiatrique, qu'il employait des méthodes non seulement de narcose, mais encore de cardiazol afin de déceler la simulation.

D'autres séances d'études eurent lieu, de même les enquêtes d'autres collègues suisses et danois en particulier (1).

Réflexions générales

Une telle organisation, le travail au milieu d'un tel recrutement font que l'annexe peut être comparée, mais non pas en tous points, à d'autres centres fonctionnant dans d'autres milieux pénitentiaires. Un centre fonctionnant dans une petite prison à petit recrutement présenterait bien des points différents et en particulier l'avantage d'un travail mené plus en profondeur sur des détenus peu nombreux. Dans les milieux de détenus de longue date, des problèmes nouveaux, des aspects cliniques autres se poseront. Il en sera de même dans les milieux de groupement de détenus relégués, dans les centres de reclassement de ces relégués. Ces problèmes seront posés parce que les sujets sont sélectionnés déjà par leurs tendances à la délinquance itérative, ils le sont encore par la vie en commun, par l'identité des aspirations, des problèmes qui leur sont posés.

L'annexe de Fresnes, recrutant sans distinction une partie non sélectionnée des délinquants parisiens, rencontre tous les types de délinquance masculine, délinquance adulte qui suit la délinquance juvénile et qui en est la prolongation directe chez des garçons de 19 ans ou chez de jeunes militaires. Délinquance répétée commençant dans l'adolescence et en imminence de relégation. Délinquance mesurée, se produisant à des intervalles éloignés dans la vie du sujet. Délinquance absolument occasionnelle. Enfin, délinquance de type spécial telle que les « formes pures » des avorteurs, toxico-

(1) Ces contacts et visites n'ont cessé de s'enrichir depuis cette première rédaction.

manes, trafiquants d'appartements par exemple. Par conséquent, ses conclusions ne sauraient être discutées qu'à condition de tenir compte du recrutement.

Ses points faibles demeurent l'insuffisance numérique notoire de personnel devant la population des arrivants à Fresnes. L'impossibilité absolue de connaître tous les arrivants. Tout au plus peut-on se rapprocher de cette totalité pendant les périodes calmes. Quantité limitée, encore quelque peu réduite par la nécessité de consacrer du temps aux bilans, aux statistiques et aux études des problèmes permettant un meilleur rendement.

Donc, activité qui doit être considérée comme une « expérience », « un coup de sonde », étape nécessaire malgré son imperfection, vers un travail plus large.

Un point particulier également est *l'insuffisance du contact psychiatrique avec le quartier disciplinaire*. Les détenus punis le sont pour des troubles du comportement. Ces troubles du comportement méritent souvent une attention psychiatrique. Assez fréquents semblent être les cas pour lesquels des malades mentaux graves ont subi des sanctions. En l'espace de quelques mois et de façon fortuite, sans visite systématique (par exemple alors que nous faisons passer des tests à des détenus), nous avons fait sortir du quartier disciplinaire deux démences absolument caractérisées et un sujet présentant les signes complets d'un état de manie aiguë. En dehors de ces cas, les crises névropathiques, crises de fureur, colères plus ou moins pathologiques, sont souvent à l'origine de ces punitions. Souvent elles sont la continuation d'un état constitutionnel anormal. Cet état révèle bien des anomalies du délinquant datant de l'enfance. En outre, chez nombre de sujets ayant une condamnation à subir, l'examen va être révélateur du comportement ultérieur. L'étude des causes de punitions agirait comme l'utilisation d'une véritable sélection naturelle révélatrice d'anomalies et permettant de conseiller utilement les autorités pénitentiaires sur les lieux où il serait préférable de faire accomplir la peine avec les plus grandes chances thérapeutiques possibles.

Enfin, dans tous les cas, il est utile d'étudier la genèse des conflits, l'opinion du détenu sur la peine juste ou injuste qui lui est infligée. La modification que peut subir sa mentalité. Ces éléments concourant utilement à la recherche de la prévention et de la thérapeutique de la délinquance.

DEUXIEME PARTIE

STATISTIQUES

Les statistiques

On peut faire beaucoup de statistiques car on peut prendre de nombreux faits pour points de départ. Celles que nous apportons nous ont été suggérées par la révision de nos grands registres ; dans les rubriques que nous avons exposées plus haut, nous avons cherché tout d'abord quels étaient les faits qui se rencontraient le plus souvent et ceci nous a amené à ouvrir ici les chapitres stigmates encéphalopathiques de l'enfance, délinquance infantile.

Dans un second temps nous avons cherché à répondre à certaines questions classiques à juste titre en criminologie : instruction, alcoolisme, rapport avec la pathologie mentale asilaire. On pourrait naturellement faire bien d'autres statistiques. Nous avons sélectionné celles qui nous ont paru présenter le plus d'intérêt, quitte à reprendre les autres éléments après un temps de fonctionnement plus long et concernant par conséquent un plus grand nombre de cas. Parmi les éléments qui manquent ici, nous ne pensons guère aux malades mentaux atteints de psychoses, nombre réduit auquel nous avons fait allusion, ni aux parkinsoniens, épileptiques, ces derniers un peu plus nombreux, etc... Par contre, certains faits attirent l'attention, par exemple, l'influence des grands événements, les cas de délinquance unique ou réitérée se manifestant un temps plus ou moins long après la captivité en Allemagne. Ces faits qui retiennent l'attention ne sauraient cependant par leur nombre figurer dans un chapitre statistique.

Stigmates encéphalopathiques dans l'enfance

A. — Enurésie infantile retrouvée dans les antécédents, ayant persisté nettement au delà de l'âge de six ans, c'est-à-dire de façon nettement anormale. Cas où elle est le seul signe retrouvé dans les antécédents sur lesquels on puisse tabler d'une façon nette : 48 (quarante-huit) cas.

B. — Enurésie retrouvée d'une façon aussi nettement anormale mais associée à d'autres signes de la même série (bégaiement, onychophagie, somnambulisme ou crises névropathiques ou encoprésie ou plusieurs de ces anomalies associées) : 44 (quarante-quatre) cas.

C. — Episodes somnambuliques non associés à l'énurésie, franchement pathologiques et dignes d'être retenus par leur répétition et leurs caractères (soit isolés, soit associés à des crises, bégaiement, onychophagie, etc...) : 20 (vingt) cas.

D. — Troubles de la parole non associés aux anomalies précédentes mais encore présents lors de l'examen (bégaiement, zozotement, zézaiement, chuintement) : 16 (seize) cas.

E. — Onychophagie non associée aux antécédents précédents mais retrouvée d'une façon extrêmement marquée lors de l'examen : 9 (neuf) cas.

F. — Crises nerveuses non associées aux antécédents précédents mais franchement pathologiques car constatées à de multiples reprises et retrouvées dans des dossiers médicaux antérieurs (dossiers infantiles, militaires ou asilaires, etc...) : 8 (huit) cas.

G. — Autres anomalies non associées aux précédentes :

Tic lors de l'examen	1 cas
Encoprésie non associée aux antécédents précédents.....	2 cas

H. — Asymétries faciales très nettes frappant grossièrement....	2 cas
Grand syndrome endocrinien	1 cas

Soit donc, en tout, 151 cas sur 760 sujets ayant passé une première visite d'enquête non médicale, et sur 304 sujets ayant passé l'examen médical.

Cette proportion, déjà importante, prendra toute sa valeur lorsque nous étudierons les antécédents des délinquants ayant déjà présenté des troubles du comportement social dans l'enfance.

La recherche de la délinquance infantile dans les antécédents

Parmi les 304 détenus retenus pour une étude complète, un grand nombre présentent des antécédents de délinquance infantile. Il y a lieu de remarquer, d'ailleurs, que l'existence de ces antécédents est l'une des raisons de notre sélection.

Il n'est pas douteux que le nombre réel de sujets ayant des antécédents infantiles doit être plus grand. Il est certain, en effet, que ceux-ci sont masqués soit lors de la première visite de dépistage, soit même lors de l'examen médical.

On tient compte de deux types d'antécédents infantiles :

A. — Dans le premier cas, la délinquance a provoqué des incidents très variables, depuis quelques passages devant les tribunaux pour enfants avec simple admonestation, jusqu'à la série des établissements pour enfants difficiles, suivie de la série des M. E. S. ou I. P. E. S.

B. — Dans le second cas, la délinquance infantile n'a pas provoqué de comparution devant les tribunaux pour enfants, tout au moins d'après les déclarations du détenu. Mais celui-ci reconnaît avoir volé — souvent de façon grave — ou avoir fait de nombreuses fugues. Les incidents ont été réglés par la famille qui a pu, dans certains cas, recourir déjà aux conseils de psychiatres, alarmés par ces faits.

Enfin, il faut tenir compte de quelques placements, suivant le règlement de la loi de 1938, dans les hôpitaux psychiatriques spécialisés pour enfants (Perray-Vaucluse, par exemple).

Voici donc les résultats :

Sur 304 sujets retenus pour examen médico-psychologique, 115 avaient présenté des troubles du comportement social, étant mineurs. Parmi ces 115, 62 avaient comparu devant les tribunaux pour enfants ou avaient été

placés dans des institutions : 53, par contre, avaient volé, commis des fugues ou vols et, même, dans certains cas (un cas), une agression à main armée, sans être passés devant les tribunaux pour enfants.

Cette proportion de délinquance infantile précédant la délinquance adulte peut paraître un peu faible mais, répétons-le, elle n'est pas toujours révélée.

Névroses témoignant d'anomalies mentales constitutionnelles. — Parmi ces 115 sujets, 78 présentaient des antécédents névropathiques très nets, témoignant d'une anomalie mentale (énurésie très anormalement prolongée pour la grande partie des cas, somnambulisme ou troubles de la parole marqués, bégaiement pour un nombre de cas plus réduit).

Cette proportion de 67 % d'anomalies mentales de la série de celle de l'encéphalose d'après notre nomenclature, trouvée avec nos moyens d'investigation très réduits, est considérable.

Elle confirme que la délinquance à début précoce dans l'adolescence ou même dans l'enfance est celle pour laquelle les stigmates névropathiques se retrouvent le plus souvent. Elle confirme les statistiques concernant, par exemple, les proportions d'énurétiques ou d'ex-énurétiques rencontrés parmi les enfants au comportement social anormal (nombreuses statistiques américaines, nos propres recherches, recherches de Schachter à Marseille, recherches de Bergeron à Villejuif, etc...).

D'une façon trop schématique, elle oppose la délinquance précoce qui montre des proportions d'anomalies mentales considérables, à la délinquance dont le début a lieu à l'âge adulte (entre 20 et 40 ans), pour laquelle la proportion d'anomalies mentales est moindre (exception faite de la délinquance à début très tardif, rare et hors de cause ici). Ainsi pour nos 760 sujets vus, 115 nous ont révélé des antécédents de délinquance infantile.

Pour ces 115, chez 78, c'est-à-dire chez environ 67 %, on a retrouvé des anomalies mentales nettes.

Pour les 645 sujets n'ayant pas révélé d'antécédents de délinquance infantile, chez 75 seulement on a retrouvé des anomalies mentales analogues, c'est-à-dire, chez moins de 12 %. Donc, compte tenu de l'insuffisance de nos moyens d'investigation, il apparaît une fois de plus que d'une façon générale c'est la délinquance à début précoce qui rencontre le plus souvent une traduction biologique apparente.

La famille chez ces délinquants présentant des antécédents de délinquance infantile. — Dans deux cas seulement, il s'agit d'enfants de l'Assistance publique. Dans trois cas seulement, il s'agit d'orphelins n'ayant pas connu leurs parents.

Pour 34 cas, on retrouve un désordre familial caractérisé par la présence d'un tiers au foyer qui n'est pas parent de l'enfant (beau-père, belle-mère, légal ou non). Ceci après séparation des parents, ou veuvage ou mariage d'une fille-mère. 34 cas sur 115 représentent une forte proportion par rapport à la population moyenne, mais une proportion relativement faible

(30 %) par rapport à celle que fournissent les enquêtes menées dans les milieux d'enfants délinquants (60 % ou même plus). Il est possible qu'il faille tenir compte de la répugnance qu'ont les détenus à mettre en cause leur famille dans de nombreux cas et l'insuffisance de nos moyens d'investigation.

Conclusion sur cette statistique. — Ce document statistique est sans doute l'un des plus importants de ce rapport. Il nous montre que les anomalies mentales constitutionnelles sont beaucoup plus fréquentes parmi les sujets ayant présenté des troubles du comportement dans l'enfance (67 %), que chez les autres (12 %), dont la délinquance a débuté plus tard.

Il confirme un fait auquel le simple « sens commun » pouvait prétendre, à savoir qu'un enfant « dur » ou pervers a de fortes chances de présenter une anomalie psychique.

Il confirme nos propres statistiques : les stigmates d'encéphalose sont retrouvés chez les enfants délinquants au-dessous de l'âge pubertaire dans des proportions atteignant 70 à 80 % des cas.

Le contraste avec les proportions beaucoup plus faibles rencontrées chez les délinquants formant la masse des entrants à Fresnes doit sans doute être attribué surtout à ce que des sujets moins prédisposés, peu marqués constitutionnellement, deviennent délinquants à tous les âges.

Par contre, les proportions d'anomalies mentales rencontrées dans des milieux particulièrement récidivistes, les relégués par exemple, redeviennent considérables : 40 à 60 %. Ces anomalies sont les mêmes que celles de l'enfance (1).

D'une façon schématique, tout semble se passer comme si le fond de réserve essentiel de la délinquance était constitué d'encéphalopathes dont le déficit est tel que les délits sont très précoces et particulièrement itératifs.

A ce fond s'ajoute un grand nombre de délinquants plus occasionnels, infiniment moins récidivants et souvent plus habiles.

Mais les problèmes seront donc surtout posés par le premier groupe car c'est lui qui fournira les sujets effectuant en prison les séjours les plus longs, et en particulier les relégués, et, en même temps l'anomalie mentale pourra continuer à se manifester sous forme de crises et de violences. On comprend donc, pour ces véritables « aliénés » — au sens vrai du terme — l'importance de la création de services du type de celui de Château-Thierry.

Internements antérieurs ou séjours dans des services libres de psychiatrie

Trente de nos détenus ont précisé, soit à la visite de dépistage, soit à la visite médicale, avoir fait un séjour en milieu psychiatrique. Cette proportion, sans être considérable, en regard des 760 personnes passées par la

(1) Magnan et Laverne. *L'enfance des criminels*. (II^e Congrès int. d'anth. crim. Paris 1889).

visite de dépistage, est assez forte. Il ne paraît pas douteux qu'elle doit être assez inférieure au chiffre réel, un grand nombre d'inculpés répuant à révéler des antécédents de troubles psychiques.

Les internements d'adultes, conformément à la loi de 1938, ne comptent que pour une petite partie de ces 30 cas. Ceux-ci comprennent en effet :

Des hospitalisations dans des services psychiatriques d'enfants.

Des hospitalisations dans des services libres d'hôpitaux psychiatriques (type Henri-Rousselle).

Quelques passages dans un centre spécialisé pour les soins et l'adaptation des épileptiques (très rares).

Quelques hospitalisations dans des services psychiatriques militaires (type quatrième médecine Val-de-Grâce).

Des hospitalisations dans des maisons de santé privées, pas forcément suivant le règlement de la loi de 1938 (d'ailleurs, la plupart du temps le détenu ignore sous quel régime il a été ainsi hospitalisé).

Enfin, des internements authentiques, contrôlables, soit par les circonstances décrites par le détenu (nom de l'établissement par exemple, description du mode de vie, etc...), soit confirmé par une demande de renseignements près du corps médical de cet établissement : 11 (onze) cas.

Ces internements ont été provoqués, soit par des manifestations épileptiques, soit par des manifestations alcooliques aiguës caractérisées, soit pour la délinquance elle-même accompagnant l'instabilité, le déséquilibre mental, généralement chez des sujets issus de familles aisées ou cultivées, soit, enfin, pour quelques cas de vésanie caractérisée que nous avons signalés.

Ces deux malades plusieurs fois internés et remis en liberté avaient été arrêtés pour des délits minimes, sans gravité, qui, examinés de près, se révélaient être une petite manifestation saugrenue prise pour un délit. Par exemple, l'un d'entre eux avait pénétré dans un champ dans la banlieue de Paris et était monté sur le dos d'un cheval qui y paissait. Il avait été accusé de tentative de vol du cheval.

Il faut toujours rechercher, lorsqu'il est question d'internement chez un délinquant récidiviste, si l'internement n'a pas eu lieu au cours d'une simulation (ou sur-simulation), lors d'un emprisonnement antérieur. Cette simulation ayant été assez bien imitée pour nécessiter l'observation en milieu psychiatrique. De telles éventualités n'étaient pas rares jusque vers 1947. Elles sont exceptionnelles parmi la foule de nos arrivants, dans leurs antécédents. Il faut parfois y songer plus particulièrement en présence de sujets ayant été exposés à la relégation ou à des peines graves. Nous envisageons cette éventualité classique en psychiatrie criminologique pour l'éliminer parmi notre statistique. Un seul, en effet, de ces 30 cas, pourrait poser ce problème : il s'agit d'un sujet de 24 ans, aux antécédents de délinquance infantile nette, présentant des stigmates d'anomalie mentale, en particulier un bégaiement. Depuis l'âge adulte, six fois condamné pour vols ou cambriolages. Au cours d'une précédente détention, avait été envoyé à l'infirmerie spéciale puis dirigé indirectement vers un service d'aliénés délinquants

où il serait resté un mois. Dans ce cas, la simulation pouvait ne pas avoir existé. Ou bien, il s'agissait d'une sur-simulation, car ce sujet présentait des crises d'énervernement névropathiques d'une extrême violence, nettement pathologiques bien que non épileptiques, ces crises constatées, observées, ne correspondaient nullement à la recherche d'un réinternement car ce malade refusa d'être observé craignant précisément d'être réinterné.

Enfin, il faut songer en présence d'antécédents d'internement lors d'une détention à la possibilité de psychose réactionnelle antérieure, cas qui ne paraît pas s'être présenté parmi nos trente sujets.

Précisions sur les antécédents. — Comme pour tous les antécédents médicaux, une demande de précisions est souvent faite près des médecins traitants. Nous avertissons le détenu et lui demandons son accord qu'il donne pratiquement toujours. Ainsi les rapports avec les hôpitaux psychiatriques de la Seine, par exemple, ont été poursuivis de façon normale et utile.

N° 9 ; 40 ans. — Internement à 34 ans (7 mois). Trois fois condamné pour vols. Enfance : fugues, sommeil agité.

N° 17 ; 27 ans. — Traité en service libre à l'âge de 24 ans. Inculpé d'un vol de 400.000 francs à un ami. Pas d'autres condamnations. Enurésie infantile jusqu'à l'âge de 10 ans. Récidive à 18 ans. Nombreux chapardages domestiques infantiles. Réformé pour « crises nerveuses », traité pour « crises ». Crise non épileptique observée au centre.

N° 19 ; 37 ans. — Séjours répétés dans des maisons de santé privées (à 17, 20 et 22 ans). Père industriel. Nombreuses inculpations, prédominance escroquerie, abus de confiance. Mythomanie vérifiée. Fugues infantiles, désordre familial. Lui-même déjà deux fois divorcé.

N° 37 ; 31 ans. — Deux séjours allégués dans des services de « neurologie » (?) à Montpellier et à Bordeaux. Inculpé pour voyage sans billet. Trois condamnations pour vols. Enfance : fugues, voyage sans billet. Tribunal pour enfants. Tient quelques propos incohérents qui font envisager l'hypothèse d'une sur-simulation.

N° 39. — (Voir observation au chapitre « Internements familiaux »).

N° 42 ; 41 ans. — Hospitalisé dans un service de psychiatrie militaire en Afrique du nord. 9 fois condamné, surtout pour vols (tatouages). Enurésie infantile, chapardages puis vols (T. E. F. 17 ans), marié, séparé, un fils énurétique.

N° 45 ; 39 ans. — 3 condamnations pour vols et petits trafics. Interdiction de séjour. Déclare être réfugié politique espagnol et avoir été interné à l'hôpital psychiatrique de Toulouse pendant l'occupation allemande.

N° 63 ; 26 ans. — 5 condamnations au moins. Futur relégué, vols itératifs. Enurétique jusque vers l'âge de 12 ans, encoprésie tardive. Internement dans l'enfance (Perray-Vaucluse).

N° 88 ; 29 ans. — Maison de santé jusqu'à 18 ans. Père buveur. Inculpé de vols (discute les faits). Enfance : somnambulisme, fugues. Actuellement onychophagie, très nerveux. Marié pendant quatre mois.

N° 99 ; 59 ans. — Interné à plusieurs reprises (asile de Pierrefeu, Var. Asile Saint-Pierre, Bouches-du-Rhône), il y a 30 ans. Inculpé de complicité dans une affaire dont il dit ne rien savoir. Enfance : troubles du sommeil. Fugues. Dit boire souvent et ne se souvenir de rien ensuite. Dirigé I. S. D. pour hallucinations auditives.

N° 135 ; 39 ans. — Interné Perray-Vaucluse, de 14 à 16 ans. Puis à Villejuif à 18 ans pour « crises nerveuses ». Inculpé d'émission de fausse monnaie. Condamnation il y a 15 ans pour coups et blessures ayant entraîné une mort. Enfance : T. E. A. 14 ans pour tentative de vol. Patronage rue Fessart qui le dirige sur Perray-Vaucluse. Fugues incoercibles. Troubles du sommeil. Onychophagie qui persiste actuellement. Père buveur. Mère et certains frères et sœurs onychophages. Un frère somnambule.

N° 147 ; 37 ans. — Interné 10 mois en 1947 à Sainte-Anne pour « pertes de mémoire », par médecin de famille. Electro-chocs. Insuline. Inculpé de vol de salarié. Condamnation en 1943 : corruption de fonctionnaire. Divorcé. Enfance : énurésie 8 ans, colères. Actuellement onychophagie, zéaïement. Deux frères énurétiques.

N° 158 ; 30 ans. — En observation Henri-Rousselle en 1949. Inculpé de vol, recel, falsification. Condamné 3 fois depuis l'âge de 21 ans pour vols. En ménage avec amie de 59 ans. Enfance : chapardages domestiques dans les squares. Onychophagie, troubles du sommeil. Enurésie 15 ans, grandes colères. Actuellement « voit rouge » quand il boit apéritifs ou pernod. Avoue engagement L. V. F. S'est fait passer pour ingénieur, puis aviateur.

N° 161 ; 39 ans. — Condamné 6 mois pour outrage public à la pudeur. Condamnation même motif en 1949. Enfance : énurésie 13 ans. Dissociation familiale, tiers au foyer. Captivité guerre 5 ans. Syndrome parkinsonien évident. Dirigé I. S. D.

N° 166 ; 39 ans. — Interné 1936 Henri-Rousselle et Ville-Evrard 6 mois ; en 1947-48 hôpital psychiatrique Lille ; en 1949 admis centre pour épileptiques Gennevilliers, « oubliée de s'y rendre ». Condamné 15 jours vagabondage. A eu 12 condamnations même motif et 8 pour bris de clôtures, rébellions, outrages à agent, 1 pour vol (discute les faits). Revu 6 mois plus tard : inculpé de bris de clôtures et vagabondage. Dit avoir eu entre temps condamnation de 2 mois pour ivresse, rébellion, vagabondage. Enfance : convulsion, méningite, danse Saint-Guy. Dissociation familiale, tiers au foyer. Dit avoir été déporté 2 ans. Marié, séparé. Extrême instabilité. Léger zéaïement. Dirigé par expert sur I. S. D..

N° 168 ; 49 ans. — Réformé pour crises delirium tremens. Inculpé recel (discute les faits). Se plaint de troubles de sommeil. Petit débile mental.

N° 175 ; 39 ans. — Enseveli 3 heures pendant bombardement. Allègue maladie nerveuse. Hospitalisation 15 jours Henri-Rousselle. Inculpé vol. A déjà 8 condamnations vagabondage, mendicité, vols depuis 1931. Enfance : cauchemars. Prisonnier de guerre 5 ans. Divorcé. Boit.

N° 180 ; 24 ans. — Lors détention Fresnes 1949, 1 tentative de suicide qui aurait déterminé envoi I. S. D., Sainte-Anne, Villejuif, 1 mois. Inculpé pour interdiction de séjour. A 6 condamnations depuis 1945, dont 3 pour cambriolages. Enfance : chapardages, bégaiement, crises nerveuses. A quitté la maison à 14 ans. Une sœur aurait crises nerveuses. Tatoué. Grandes crises d'énervernement constatées.

N° 201 ; 32 ans. — Interné Cadillac 1945 après arrestation et expertise (vin transporté sans licence), 2 ans. Electro-chocs. Réformé après accident moto. Trépané. Inculpé vol, en état d'ivresse. Condamné 2 fois 1941, trafic lettres. Enfance : fugues. Père buveur.

N° 217 ; 27 ans. — Interné Perray-Vaucluse, 15 ans, après fugues précédées de petits vols familiaux. Puis asile Saint-Rémy (Haute-Saône), et colonie agricole jusqu'à 1947. Inculpé incendie volontaire chez sa tante, en état d'ivresse. En 1949, condamné avec sursis pour vol alimentaire. Dissociation familiale, tiers au foyer. Léger défaut de prononciation.

N° 249 ; 36 ans. — Interné de 1938 à 1940 pour pertes de mémoire, Belgique, puis hôpital psychiatrique Armentières, puis hôpital psychiatrique Rennes. Interné 3 mois Villejuif au cours peine politique effectuée à Fresnes après libération. Inculpé pour vol et interdiction de séjour. A eu une condamnation en 1932, vol. 1 condamnation politique (économique) 1944. Enfance : énurésie 2 ou 3 fois par mois jusqu'à 16 ans. Terreurs nocturnes. Méningite 3 ou 4 ans. « crises nerveuses » en 1937 et 1938. Sa mère aurait eu crises nerveuses dans sa jeunesse.

N° 272 ; 25 ans. — En observation 4 mois en « psychiatrie et neurologie » à Hanoï étant militaire. Engagé. Inculpé délit de souteneur (discute les faits). Enfance : énurésie 11 ans. Un cousin germain (maternel) aurait eu crise d'épilepsie. En instance réforme pour « crises d'énervernement ». Bégaiement.

N° 287 ; 32 ans. — Suivi par psychiatre à Marseille (D^r Roger) au cours détention aux Baumettes 1949. Inculpé de tentative de vol. Condamné 5 ou 6 fois depuis 1949, même motif. Enfance : somnambulisme, chapardages domestiques chez voisins, aux devantures. Onychophagie. Fugues depuis âge de 8 ans. T. E. 13 ans pour fugue, liberté surveillée. Nouvelle fugue. Patronage à Marseille. Evasion. Déserteur au début de la guerre. Tatoué. Marié 52 jours, divorcé. Une sœur condamnée pour trafic.

N° 289 ; 28 ans. — En 1945, en observation 3 mois service psychiatrique hôpital militaire (désertion après 6 ans de service). Condamné à 3 mois pour vol. Revient 6 mois après. Inculpé de tentative de vol (discute les faits). Défaut de prononciation. Oncle paternel aurait eu « crises » et « amnésie » pendant 4 mois.

N° 202 ; 42 ans. — Hôpital Henri-Rousselle. Ne semble pas avoir été interné. Vols itératifs, relégué, la relégation retirée est devenu vagabond. Crises nerveuses fréquentes dans l'enfance. Délinquance infantile, fugues. Séjour au patronage Rollet.

N° 216 ; 40 ans. — Etat paranoïde évident, déjà interné plusieurs fois. Pas de délit par acte discordant. Reconnu irresponsable.

N° 227 ; 24 ans. — Nombreuses consultations de psychiatrie infantile. Séjour dans des services de psychiatrie destinés aux enfants. Anomalies infantiles marquées, énurésie et perversions instinctives très nombreuses. Vols et fugues. Tentative d'assassinat à l'âge de 14 ans. Inculpé d'homicide volontaire et vol sur la personne d'une amie de rencontre.

N° 172 ; 32 ans. — Interné à l'asile de Clermont sous un diagnostic d'épilepsie infirmé. Élément d'utilitarisme et de sur-simulation. Par contre, troubles de l'enfance vérifiés : énurésie, fugues répétées, malignité, perversions instinctives nettes, crises nerveuses, onychophagie. Condamnations incessantes, vols, petites escroqueries, abus de confiance, grivèlerie, filouterie d'aliments.

N° 176 ; 42 ans. — Interné pendant 3 ans (hôpitaux psychiatriques parisiens, puis centre professionnel pour épileptiques). Une condamnation pour coups et blessures, 2 condamnations pour vols.

N° 193 ; 34 ans. — A été traité en service libre à l'âge de 29 ans par électro-chocs. Inculpé de pédophilie avec de jeunes garçons : plusieurs délits antérieurs du même type. Anomalie infantile avec encoprésie.

Internement dans les familles des inculpés

Dans 10 cas sur 304, les détenus ont révélé l'existence d'internements dans leur famille.

Petit nombre de cas mais relativement important cependant. Il semble que le chiffre réel doit être assez nettement plus élevé si l'on tient compte de ce que les anomalies familiales sont souvent masquées et qu'il en est de même des troubles mentaux.

Etudions les corrélations fournies par ces dix cas :

N° 7 ; âgé de 41 ans. — A une sœur internée depuis l'âge de 33 ans. Pour lui-même : vol, faux policier, vente illicite de briquets, infraction à une interdiction de séjour. Tribunal pour enfants, vols, chapardages infantiles. Grandes crises « nerveuses » constatées, soigné pour ces crises de 18 à 30 ans.

N° 18 ; âgé de 23 ans. — Sa mère serait depuis 19 ans internée. Lui-même : 9 condamnations pour vagabondage, outrages à agent. Dans l'enfance : énurésie, somnambulisme et bégaiement. A l'électroencéphalogramme : importantes anomalies.

N° 30 ; âgé de 28 ans. — Mère hospitalisée pour « maladie nerveuse ». Lui-même illettré. Inculpé pour attentat à la pudeur. Une condamnation antérieure pour avoir adhéré à la Waffen S. S. Aurait eu des difficultés avec les Allemands pour un attentat à la pudeur commis alors qu'il était ivre. Encoprésie infantile jusqu'à l'âge de 6 ans. Asymétrie faciale nette.

N° 39 ; âgé de 32 ans. — Père décédé à Sainte-Anne. Mère internée à Maison-Blanche. Vol de bicyclette répété. 5 condamnations. Enfance : énurésie, somnambulisme. Très nombreuses fugues. Passage au patronage Rollet. Plus tard interné lui-même : Villejuif, colonie d'Ainay-le-Château. Extrême sensibilité à l'alcool : impulsion dromomaniaque au premier verre de vin.

N° 146 ; âgé de 42 ans. — Mère internée à l'âge de 64 ans. Petits vols répétés (ferraille, roues de voitures, etc...). Dans l'enfance : chapardages dans les magasins. Ivresses très fréquentes. Rapidement ivre : se couche et dort. Un fils énurétique. Une fille de 17 ans et demi, enceinte d'un jeune garçon de 16 ans. Deux enfants décédés en bas âge.

N° 153 ; âgé de 41 ans. — Père décédé dans un hôpital psychiatrique. 3 condamnations pour coups et blessures. 2 condamnations pour vols. Enfance : énurésie tardive. Troubles « nerveux » (?). Chapardages aux devantures et fugues. Patronage Rollet à 11 ans. Les délits de coups et blessures paraissent bien avoir été commis en état d'ivresse, pour la plupart.

N° 240 ; âgé de 37 ans. — Son père a été interné, lui ayant 7 ans, après avoir tiré un coup de fusil sur sa mère. Lui est inculpé de menaces de mort envers sa femme. A eu une condamnation antérieure pour vol et recel. Enfant, a été énurétique jusqu'à 10 ans, auteur de nombreux chapardages domestiques. Vie un peu irrégulière : clerc de notaire, puis géomètre expert, puis directeur de police privée. Un fils aîné énurétique jusqu'à 10 ans, très chapardeur.

N° 190 ; âgé de 34 ans. — Mère décédée à 48 ans à Maison-Blanche. Un oncle maternel interné. Deux oncles maternels sujets aux crises « de nerfs ». Père buveur. Lui-même inculpé d'attentats aux mœurs sur sa belle-fille âgée de 10 ans (discute les faits). Pas de condamnation antérieure. Sujet à de grandes crises de colère dans l'enfance.

N° 246 ; âgé de 42 ans. — Aurait un frère interné à l'âge de 51 ans. Série d'escroqueries, abus de confiance, faillite frauduleuse. Le début de la délinquance semble remonter à l'âge de 25 ans. Pas d'antécédents infantiles connus. Certaines manifestations paraissent utilitaires.

N° 292 ; âgé de 34 ans. — Mère décédée dans un hôpital psychiatrique. Grand-père paternel interné à 20 ans. Une sœur internée depuis l'âge de 30 ans. Une autre sœur décédée internée. Lui-même, inculpé d'abus de confiance, port illégal de décoration, voyages sans billet. Elevé dans un orphelinat. Aurait été prisonnier de guerre. Traité pour crises nerveuses non constatées à l'annexe mais étudiées en dehors par l'examen électroencéphalographique.

Ces dix cas, compte tenu des renseignements limités que nous pouvons obtenir, compte tenu de la possibilité d'utilitarisme qu'après tous nos éléments d'enquête nous limitons à un cas, nous paraissent montrer que :

Les internements sont survenus surtout dans les familles où se rencontraient les anomalies mentales que nous avons réunies sous la rubrique : encéphalose.

Il nous semble que l'association à l'alcool joue un rôle très important dans l'apparition de psychoses causant l'internement, mais aussi des délits (coups et blessures, fugues avec vols de bicyclettes ou compliquées de voyage sans billet...). L'importance du facteur alcoolisme nous paraît due (comme nous y avons insisté par ailleurs), non pas obligatoirement à la quantité de boissons alcoolisées absorbées mais à la sensibilité élective du terrain. Le déficit des contrôles supérieurs (« Defective control by the

brain ») des sujets de la série éurétique, comme l'ont bien vu les auteurs anglais, est souvent aggravé de façon caricaturale par l'absorption d'alcool, même en petite quantité, d'où absence de résistance devant l'impulsion à absorber d'autres quantités d'alcool devant les réactions oniriques et devant les réactions impulsives.

Alcoolisme

Ce chapitre pose de nouveaux problèmes. Nombre d'alcooliques parmi les délinquants observés (?). Rôle de l'alcoolisme ou de l'ivresse dans l'étiologie des délits (?).

On ne saurait l'aborder sans évoquer succinctement l'histoire du problème. L'alcoolisme est extrêmement répandu encore actuellement malgré une diminution qui a atteint son maximum pendant les années de l'occupation. On peut bien compter 80 ans et plus d'études consacrées à ses méfaits, à ses rapports avec la psychiatrie, avec la criminologie, etc... ceci aussi bien en France que dans les autres pays d'Europe et d'Amérique.

Sa symptomatologie psychique est très variable suivant une foule de causes : mode d'intoxication et surtout terrain individuel et ethnologique, parfois avec l'ancienneté de l'intoxication. Elle peut être très variable chez le même sujet suivant les circonstances émotives, de telle sorte que les exaltations alcooliques peuvent être à la fois exagérées et colorées par un grand événement émotivogène général.

Son importance générale peut être très différente d'une région à l'autre et d'une époque à l'autre. L'aspect qu'il peut avoir dans la région parisienne peut être très différent de celui qu'il a en Anjou ou en Normandie par exemple. Même en ce qui concerne les lésions viscérales qu'il provoque (hépatites par exemple), les auteurs admettent une relative importance du terrain et d'autres facteurs. Cette importance est naturellement beaucoup plus grande lorsqu'il s'agit de facteurs psychiques.

Les auteurs de la fin du siècle précédent avaient longuement étudié cette importance du terrain, même lorsqu'ils insistaient sur la gravité des méfaits de l'alcoolisme parfois de façon un peu théâtrale. Legrain, en particulier, étudie beaucoup l'influence du terrain dans son livre *Hérédité et alcoolisme*. Il distingue l'ivresse des alcooliques « normaux » de ceux qu'on appelait alors les « dégénérés », de même l'alcoolisme de l'homme sain de celui du dégénéré. Son livre montre qu'à l'époque son opinion était celle de presque tous les auteurs (Cotard, Lancereaux, Claude [« des Vosges »], Ball et Chambard, Dagonet, Savage, etc...), ainsi que de nombreux médecins d'asile. Vers la même époque, Pichon écrivit : « Ce qui complique souvent en médecine mentale l'étude des délires en général, c'est l'influence des milieux, des caractères, de l'état mental ordinaire du malade en un mot, et c'est ce qui fait que, souvent, on a toutes les peines du monde à mettre une étiquette sur tel état délirant observé, à le classer ; parce que, précisément, en raison des réactions individuelles si trompeuses, il semble s'éloigner du type classique. Combien les études psychologiques seraient simplifiées si parmi les aliénés on n'avait à faire qu'à un terrain unique, si, en particulier pour les délires toxiques, les milieux ne variaient pas et s'il n'y avait pas à considérer que les agents d'intoxication sans tenir compte des tempéraments. »

Malheureusement, ces opinions et ces réserves des auteurs de la fin du siècle dernier et du début de ce siècle n'ont pas été observées à leur juste valeur. Elles furent un peu oubliées avec la diminution du prestige de la théorie de la dégénérescence (1). Un assez grand nombre de travaux et surtout de statistiques ne portèrent que sur l'intoxication, se contentant de signaler au passage le rôle du terrain sans l'approfondir, certaines d'entre elles même ne le citant même pas, se contentant de dresser des statistiques de psychoses alcooliques.

Ceci est dû à ce qu'il en fut de l'alcoolisme comme de beaucoup de notions générales en médecine ayant tendance à être appliquées mécaniquement sans critique, surtout à la faveur de consultations trop peuplées ou de la nécessité d'accomplir vite certains travaux. On recueillit parfois uniquement la notion d'alcoolisme même modéré sans tenir compte de son degré, voire même seulement des signes cliniques justes ou douteux, souvent totalement dus à l'émotivité, parfois même la notion de profession a suffi sans aucun autre signe net à faire ajouter un cas de plus à une somme de « psychoses alcooliques ».

Le terrain, les circonstances favorisantes sont en effet souvent d'une recherche plus minutieuse, plus difficile (2) (3)

Naturellement, la réaction eut lieu ; beaucoup d'auteurs reprirent ces remarques. D'autres signalèrent l'absence de troubles psychiques (tout au moins apparents), dans un grand nombre de cas d'alcoolisme très marqués. Même des réactions d'un scepticisme exagéré quant à la nocivité de l'alcool du point de vue de l'état mental.

Notre façon d'envisager le problème, à l'annexe psychiatrique, s'efforcera de tenir compte de tous les facteurs adoptant un point de vue déjà exprimé. Notre conception présente bien des points communs avec celle de la fin du siècle dernier (Legrain, etc...), si ce n'est une réserve quant à la notion trop péremptoire de la « dégénérescence » à cette époque.

Voyons tout d'abord ce que donnent nos recherches.

Si l'on excepte un cas de *delirium tremens* parfaitement caractérisé pour lequel nous avons demandé l'envoi à l'infirmerie spéciale, mais qui était guéri lorsqu'il put être transféré, pas d'autres manifestations directes d'alcoolisme n'ont été observées. Encore s'agissait-il d'un détenu ne faisant pas partie de l'effectif du centre.

En ce qui concerne nos arrivants, examinés au centre, pas de signes objectifs paraissant à retenir, pas de stigmates lésionnels (cirrhose, polynévrite, etc...). Pas de signes d'imprégnation aiguë ou subaiguë, ce qui n'a rien d'étonnant car nous voyons des gens obligatoirement sevrés d'alcool depuis au moins quelques jours.

(1) Texte et bibliographie in : *Alcoolisme et Criminalité*, A. Ley et R. Charpentier, XX^e Congrès des médecins aliénistes de langue française, Bruxelles-Liège 1910.

(2) *Nouveau traité de médecine*, 1948, t. IV. (Direction Lemierre, Lenormant-Masson, édit. article Alcoolisme).

(3) « Les délires alcooliques » in : *Etudes antialcooliques*, sous la direction du P^r Perrin, (Nantes), sous presse.

Les conversations avec les détenus fournissent des renseignements variables. Nous recueillons leur propre appréciation sur leur propre alcoolisme ainsi que le montrent les observations suivantes :

N° 97 ; 40 ans. — Alcoolisme sous forme impulsive, dipsomaniaque. Condamnations multiples : petits vols de vêtements, coups et blessures. Anomalies infantiles : troubles de la parole, zézaïement.

N° 108 ; 27 ans. — Avoue ivresse. Une fois condamné pour vol, inculpé de falsification de chèques. Délinquance infantile : chapardages, puis fugues et vols.

N° 142 ; 24 ans. — Ivresse alléguée lors du délit et ivresses antérieures fréquentes (se faisait passer pour policier étant ivre). 3 condamnations antérieures pour petits vols. Enurésie infantile jusqu'à 14 ans.

N° 39 ; 32 ans. — Un verre de vin provoque l'envie de partir, se sent complètement changé. 5 vols de vélos. Enfance : énurésie, somnambulisme, fugues (patronage Rollet, Henri-Rousselle) et internements. Père décédé à Sainte-Anne. Mère internée à Maison-Blanche.

N° 82 ; 28 ans. — Ivresse alléguée lors du délit et des délits antérieurs (5 ou 7 vols). Strabisme et bégaiement.

N° 83 ; 53 ans. — Avoue qu'il boit un peu. Allègue éthyliisme mère. Inculpé attentat aux mœurs sur garçon de 16 ans.

N° 131 ; 41 ans. — Avoue alcoolisme. Homicide involontaire de son amie, état d'ébriété allégué. Condamnation antérieure pour coups et blessures.

N° 139 ; 51 ans. — Avoue alcoolisme. 13^e condamnation depuis service militaire : mendicité, vagabondage, interdiction de séjour, 8 ou 9 fois pour outrages, rébellion, violence. Enfance : fugues, colères, somnambulisme.

N° 146 ; 42 ans. — Ivresse fréquente : se couche et dort. Condamné pour vol de ferraille. Condamné antérieurement pour vol et recel. Mère internée à 64 ans. Enfance : chapardages. A fils 6 ans, énurétique.

N° 152 ; 53 ans. — Ivresse alléguée lors du délit et des délits antérieurs (6 vols ou tentatives de vols, recels). Déclare parents et un frère éthyliques. Enfance : énurésie, troubles du sommeil.

N° 158 ; 29 ans. — Déclare avoir été observation Henri-Rousselle pour ivresse en 1949. Inculpé de vol, recel, falsification. 3 condamnations antérieures (vols). En ménage avec une femme de 59 ans. Enfance : chapardages, colères, troubles du sommeil, onychophagie, énurésie 15 ans.

N° 166 ; 40 ans. — Dipsomanie. Plus de 20 condamnations : vagabondage, ivresse, outrages à agent, rébellion, bris de clôture. 1 seule pour vol. Père éthylique. Enfance : instabilité, violence, somnambulisme, convulsions, zézaïement léger. Plusieurs internements. Un frère énurétique et troubles mentaux.

N° 167 ; 39 ans. — Alcoolisme, au moins passager, certain. Inculpé cambriolage. 3 condamnations pour vols.

N° 168 ; 50 ans. — Parait alcoolique. Déclare avoir eu delirium tremens. Inculpé de recel. Nie culpabilité : nie toute condamnation antérieure.

N° 231 ; 39 ans. — Déclare prendre l'apéritif à chaque repas. Inculpé tentative de vol. 4 condamnations pour vols. Frère énurétique jusqu'à 20 ans, décédé aliéné.

N° 234 ; 34 ans. — Avoue boire grande quantité de vin rouge chaque jour. Inculpé pour exhibitionnisme. Condamnation même motif 1948. Vol sac à main 1949. Fillette de 4 ans parfois énurétique.

N° 244 ; 35 ans. — Avoue boire grande quantité de vin rouge chaque repas. 4 vols en filouterie d'aliments.

N° 251 ; 29 ans. — Déclare boire grande quantité de vin rouge chaque jour. Ivresse alléguée lors du délit (vol). Condamné pour vol 1948. Enfance : énurésie, cauchemars, crises nerveuses.

N° 259 ; 50 ans. — Déclare avoir dû subir une désintoxication. Inculpé abus de confiance et usage de faux, condamnation antérieure pour abus de confiance. Enfance : énurésie. Un fils énurétique.

N° 267 ; 32 ans. — Avoue prendre 7 à 10 apéritifs par jour. Inculpé pour violences et rébellion. Condamnation antérieure pour outrage à la pudeur. Enfance : énurésie, une fugue.

N° 271 ; 27 ans. — Déclare ne pouvoir supporter même un apéritif. Inculpé de délit de souteneur, qu'il nie. Condamnation antérieure pour complicité d'avortement. Père alcoolique et syphilitique. Enfance : énurésie, troubles du sommeil, une fugue, T. E. à 17 ans pour meurtre, M. E. S.

N° 278 ; 28 ans. — Déclare avoir subi cure de désintoxication. Vagabondage. Interné Ville-Evrard 1948-49.

N° 290 ; 25 ans. — Déclare avoir crise nerveuse quand il boit. Inculpé proxénétisme. Père alcoolique.

N° 299 ; 40 ans. — Supporte mal 2 verres de vin. 5 ou 6 vols de vélos, valises. Enfance : énurésie, colères, chapardages, 1 fugue.

N° 300 ; 54 ans. — Déclare être alcoolique. Environ 8 à 10 condamnations. Inculpé de vol dans un magasin.

N° 18 ; 23 ans. — Vagabond aux ivresses très rapides et fréquentes. Une dizaine de condamnations. Tentatives de vol, vagabondage, outrage à agents. Bégaiement. Illettré. Enfance : chapardages, fugues, énurésie, somnambulisme.

N° 24 ; 47 ans. — Ivresse présumée mais pas avouée. Inculpé de coups et blessures à sa femme. Condamnations antérieures pour vols. Outrages à agent.

N° 52 ; 33 ans. — Evoque ivresse lors du délit de fuite (lors de l'accident). Condamnation antérieure pour vol. Enfance : fugues, énurésie.

En somme l'ivresse de ceux qu'on appelait les « dégénérés » et qui nous apparaissent actuellement comme les encéphalopathes impulsifs, joue toujours un rôle important en aggravant l'aboulie et l'impulsivité de ces sujets particulièrement sensibles.

Sans doute, bien d'autres délinquants « boivent-ils », souvent sans alcoolisme clinique et souvent sans ivresse. D'autres auteurs des mêmes délits sont parfois d'une grande sobriété.

Il est particulièrement difficile ici de se rendre compte de la part de l'euphorie ou de l'excitation alcoolique dans l'encouragement à une entreprise délinquante minutieusement montée.

Un peu plus facile, en général, dans certains cas d'attentats aux mœurs, dans certains types d'escroqueries, d'abus de confiance. Compte tenu du recrutement de la région parisienne, on peut considérer que l'alcool garde son potentiel criminogène, bien que, dans nombre de cas, l'appoint que peut jouer un alcoolisme de petit ou même de moyen buveur soit difficile à évaluer, et que, dans nombre de cas, les mêmes délits ont pour auteurs des sujets non buveurs.

Degré d'instruction des 360 détenus observés

Comparaison avec les anomalies mentales

1° Illettrés. — Les illettrés complets sont en petit nombre : 11 sur 360.

Voici comment ils se répartissent :

N° 4 ; sujet tzigane. — Auteur de petits vols à répétition.

N° 294 ; sujet Nord-Africain. — Auteur de coups et blessures et vols (1).

N° 12. — 12 condamnations déjà à 22 ans pour vols dans les voitures et vols de bicyclettes. Fugues vraisemblables dans l'enfance. Troubles de la parole avec chuintement.

N° 13 ; 21 ans. — Trois fois condamné pour vols et rixes. Délinquance infantile. Tribunal pour enfants 13 ans. M. E. S. Un frère condamné.

N° 18 ; 23 ans. — Vagabondage. Simulation d'infirmités. Outrages à agent. Chapardages, fugues infantiles. Enurésie. Somnambulisme. Bégaiement encore marqué.

N° 30 ; 28 ans. — Attentats à la pudeur. Asymétrie faciale. Encoprésie diurne jusqu'à l'âge de 6 ans.

N° 77 ; 25 ans. — Tentative de vol. Chapardages infantiles. Enurésie jusqu'à l'âge de 18 ans.

(1) Le nombre réduit de sujets nord-africains parmi les illettrés s'explique parce que, pour les raisons exposées, la plupart des Nord-Africains ont échappé à l'activité du service.

N° 184 ; 33 ans. — Vols, vagabondage, huit condamnations. Délinquance infantile. Tribunal pour enfants. Enurésie. crises névropathiques. Somnambulisme. Délinquance et encéphalose familiale.

N° 185 ; 19 ans. — Vol de bicyclette. Délinquance infantile marquée. Plusieurs M. E. S. Onychophagie très marquée. Onychophagie familiale.

N° 295 ; 19 ans. — Vol d'argent. Multiples M. E. S. Enurésie jusqu'à 11 ans. Bégaiement.

N° 3. — Vol et vagabondage. Vols itératifs. Fugues infantiles. M. E. S.

Ainsi, sur ces 11 sujets illettrés ou presque, nous trouvons 7 cas accompagnés de stigmates encéphalopathiques très nets (énurésie, onychophagie, bégaiement, troubles de la parole, etc...) et 9 cas de délinquance infantile très importante.

2° Sujets examinés disant posséder des diplômes de l'ordre au moins du brevet simple ou supérieur et chez qui l'interrogatoire a révélé une culture rendant invraisemblables leurs affirmations.

N° 293 ; premier bachot. — Agé de 58 ans. Trafic de devises. Condamné à l'âge de 21 ans pour « fausse monnaie ». Enurésie et somnambulisme infantiles.

N° 302 ; brevet élémentaire. — 35 ans. Abus de confiance de trois millions.

N° 211 ; brevet élémentaire. — 24 ans. Souteneur. Fugues infantiles. Enurésie jusqu'à 11 ans.

N° 231 ; premier bachot. — 39 ans. Vols à la tire successifs. Un frère aliéné, un frère énurétique encore à 20 ans.

N° 274 ; brevet supérieur. — 23 ans. Vol. Chapardages infantiles. Internement dans l'enfance.

N° 276 ; brevet supérieur. — 50 ans. Vol et vagabondage. Aliénation mentale nette.

N° 283 ; brevet supérieur. — 21 ans. 8 vols qualifiés, coups et blessures. Délinquance infantile grave. Enurétique jusqu'à 18 ans. Onychophagie très marquée.

N° 107 ; docteur en médecine. — 42 ans. Affaire de stupéfiants.

N° 108 ; brevet élémentaire. — 27 ans. Chèque falsifié. Vol, ivresse. Vols et fugues infantiles.

N° 118 ; premier bachot. — 39 ans. Petits vols. Onychophagie.

N° 125 ; brevet élémentaire. — 27 ans. Souteneur.

N° 133 ; études secondaires sans diplômes. — Vente de photos pornographiques. Enurésie jusqu'à 7 ans. Onychophagie très marquée.

N° 137 ; brevet élémentaire. — Connaît quatre langues. 46 ans. Inculpé recel. Paraît délinquant occasionnel.

N° 160 ; brevet supérieur, 2 bachots, certificats de licence, connaît le grec. — 56 ans. 8 condamnations. Escroqueries, vol vélo, faux état civil. La délinquance paraît avoir débuté à l'âge de 44 ans.

N° 163 ; brevet élémentaire, école Eaux et Forêts. — Chèque sans provision. Enurésie jusqu'à 11 ans. Somnambulisme très net.

N° 233 ; premier bachot. — 40 ans. Complicité d'avortement. Enurésie jusqu'à l'âge de 16 ans.

N° 237 ; brevet élémentaire. — 41 ans. 4 condamnations pour vol. Charpentes infantiles. Léger bégaiement constaté.

N° 245 ; enseignement supérieur. — Etudie avec irrégularité pour plusieurs certificats de licence. Blessures volontaires. Enfance irrégulière, a été suspecté de schizophrénie. Enurétique tardivement.

N° 246 ; brevet élémentaire. — 25 ans. Vol. Faux monnayeur. Fausses cartes. Fugues infantiles. Bégaiement net.

N° 247 ; premier bachot. — 38 ans. Complicité de vol. 2 condamnations. Enurésie jusqu'à 9 ans.

N° 254 ; écoles commerciales. Trafic douanier. — 37 ans. Somnambulisme infantile.

N° 259 ; études secondaires sans diplômes. — 50 ans. Abus de confiance. Usage de faux. Enurétique jusqu'à 14 ans. Alcoolisme. Un fils enurétique.

N° 260 ; brevet supérieur. Ecole des Arts et Métiers. — 34 ans. 7 condamnations. Délits économiques, escroqueries.

N° 262 ; brevet élémentaire. — 46 ans. Vols dans voitures, désertion, faux policier. Onychophagie extrêmement marquée.

N° 270 ; brevet élémentaire. — 34 ans. Escroquerie.

N° 165 ; brevet élémentaire. — 32 ans. Escroquerie. Grandes crises d'énervement. Réformé de l'armée pour crises névropathiques.

N° 171 ; brevet supérieur ; connaît anglais et espagnol. — 49 ans. 4 condamnations pour vols dans voitures. Enurésie jusqu'à 14 ans. Bégaiement.

N° 179 ; école technique. — 29 ans. Coups et blessures. Tentative de vol. Délinquance infantile. Enurésie jusqu'à 10 ans.

N° 188 ; après C. E. P., études en vue d'être frère des écoles chrétiennes. — 40 ans. Récidiviste : vente de livres et photos érotiques.

N° 204 ; études secondaires sans diplôme. — 38 ans. 10 condamnations pour usage de stupéfiants.

N° 1 ; brevet supérieur, ex-instituteur. — Abus de confiance. Condamné après retour de captivité 40-45. Chuintement net.

N° 47 ; brevet élémentaire en M. E. S. Trafic de stupéfiants, plusieurs vols, souteneur, recel. — 22 ans. Délinquance infantile très marquée et grave.

N° 50 ; brevet supérieur, ex-instituteur. — 35 ans. Vol d'un porte-feuille. La délinquance paraît avoir débuté après la captivité 40-45.

N° 51 ; brevet élémentaire. — 26 ans. Vols itératifs, à la glu dans les troncs des églises. Troubles « nerveux » dans l'enfance. Tentative de suicide à l'âge de 17 ans.

N° 66 ; brevet élémentaire. — Vols dans les hôtels. Ivresse. Ex-sous-officier légionnaire.

N° 78 ; brevet élémentaire. 9 condamnations pour coups et blessures, escroqueries. — 47 ans. Délinquance infantile. Fugue.

N° 86 ; études secondaires sans diplôme. — 47 ans. Homosexuel. Outrages à la pudeur. Détournement de mineur.

N° 95 ; brevet élémentaire. Escroquerie. — 29 ans.

N° 96 ; brevet élémentaire. Abus de confiance. — 30 ans.

N° 201 ; sujet étranger, très cultivé, diplômes élevés non vérifiables. — 54 ans. Outrages publics à la pudeur.

N° 105 ; premier bachot. — 41 ans. Escroquerie. Famille de vieille noblesse. Série de suicides dans la proche famille. Enurésie tardive. Onychophagie très marquée.

En somme, 41 sujets ayant une instruction nettement supérieure à celle du C. E. P. Parmi eux, un aliéné évident. 19 présentent des anomalies ou des signes d'anomalies mentales nettes du type encéphalopathie. Proportion nettement inférieure à celle de nos illettrés mais encore considérable.

On remarque également un nombre assez important d'antécédents de délinquance infantile. Ces sujets ont commencé des études, mais elles n'ont souvent pas été menées jusqu'au bout : études secondaires sans diplômes, arrêt après le premier bachot ou études supérieures désordonnées, n'aboutissant à rien.

D'autre part, on note quelques cas pour lesquels la délinquance est apparue tardivement. Les études ont été poursuivies, les diplômes obtenus, la profession exercée jusqu'à un changement tardif dans le comportement social qui, pour quelques-uns, a pu être la captivité 1940-45.

3° *Reste de l'effectif.* — Le reste de notre effectif de 360 sujets se compose de la façon suivante : 107 titulaires du C. E. P., quelques-uns ayant complété leurs études par un C. A. P. Les autres, environ 200 détenus, n'ont pas déclaré avoir obtenu le C. E. P.

Remarquons qu'ici les déclarations peuvent être difficiles à contrôler. S'il est facile de confondre un menteur déclarant avoir obtenu des diplômes plus élevés, il peut être souvent plus difficile de distinguer entre sujets ayant une instruction primaire du niveau du C. E. P. plus ou moins oubliée. Ceci peut donc être une certaine cause d'erreur par excès.

Remarques. — Les stigmates déficitaires et névropathiques infantiles atteignent une proportion énorme chez nos illettrés. Chez les sujets manifestement « poussés » par leur famille vers des études plus ou moins complètes, la proportion est beaucoup moindre — 19 sur 41 — mais encore énorme.

Statistiques concernant les détenus examinés hors de l'activité principale

Le nombre de ces détenus pour lesquels un dossier complet a été fait, s'élève à 76 (1) pour cette période.

Les circonstances dans lesquelles ils ont été examinés sont variables. Pour un très grand nombre de cas il s'agit d'examens demandés soit par l'administration et un certain nombre de ces détenus ont été amenés d'autres établissements provinciaux pour être observés au centre, soit par la direction de Fresnes. Ces détenus dont la conduite a attiré l'attention sont toujours des condamnés à de lourdes peines ou des relégués. Dans presque tous les cas leur passé comporte une délinquance itérative et incorrigible, une inadaptation sociale souvent peu agressive mais maxima, une réaction à l'emprisonnement par des crises nerveuses. Leurs antécédents sont de ceux qui fournissent les plus grandes proportions d'anomalies psychiques et de stigmates d'encéphalose, l'inadaptation permanente datant de l'enfance.

Ces détenus relégués ou non, dont la persistance des signes de déficit des contrôles supérieurs cause un des problèmes pénitentiaires des plus difficiles à résoudre, appartiennent presque tous au groupe des encéphalopathes de l'enfance. Il en est, quelquefois, de même des détenus examinés sur demande des services médicaux.

Cet effectif comporte encore des cas examinés lors des troubles de comportement dans une division, quelquefois de façon immédiate, lors d'une crise par exemple, enfin quelques examens de mineurs proviennent de l'effectif de la M. E. S.

Nous ne mentionnons pas les examens quelquefois pratiqués dans les autres services, chez les détenues femmes ou jeunes filles ou bien à l'hôpital central sur demande des services respectifs. Ces examens n'ont pas été joints à l'activité de l'annexe et font partie en somme de l'activité du médecin psychiatre de la prison, identique à celle qui précédait la création du service.

Nous éliminerons, parmi ces 76 détenus, deux cas de simulation très vraisemblables, un cas de véspanie caractérisée qui semble avoir bénéficié d'une expertise lui accordant l'irresponsabilité totale. Quatre mineurs dont trois d'entre eux présentaient des anomalies mentales très nettes, un quatrième paraissant avoir été un garçon assez redoutable dont l'attitude était très suspecte de simulation.

Restent donc 69 sujets. Leurs âges s'échelonnent entre 22 et 40 ans, Exception faite de quelques détenus ayant dépassé la quarantaine, et de quatre autres dont les âges sont respectivement de 60, 60, 66 et 70 ans.

Dans presque tous les cas il s'agit de condamnations assez graves (5 ans par exemple), ou très graves (20 ans de T. F., perpétuité, etc...), ou de délinquance très récidivante et parmi ces derniers cas prennent place 10 relégués.

(1) Délinquants purement de droit commun.

Parmi ces 69 détenus 5 seulement auraient subi un internement dans un hôpital psychiatrique. Deux d'entre eux à Hœrdt. Ce nombre nous paraît être en-dessous de la réalité, beaucoup de condamnés, même à des peines assez importantes comme certains relégués, paraissant redouter l'internement dans les quartiers réservés aux aliénés délinquants ou criminels. Il est possible qu'une enquête complète ait augmenté ce chiffre d'expansionnaires des hôpitaux psychiatriques, de quelques unités. Par ailleurs, nous n'avons pas tenu compte de quelques cas rares d'ailleurs, dans cette série (un seul), de sujets internés pour une observation complète en cours de simulation.

Pour 20 cas, il y eut des incidents dans l'enfance ou l'adolescence, amenant un ou plusieurs passages devant le tribunal pour enfants, et le plus souvent le placement, soit dans une institution, soit dans une I. P. E. S., soit plusieurs placements successifs. Mais les antécédents de délinquance infantile n'ayant pas entraîné la comparution devant le tribunal sont assez nombreux. Dans l'ensemble on peut dire que la moitié au moins de ces sujets a présenté des troubles de comportement social dès l'enfance.

Fort pourcentage d'anomalies mentales chez ces sujets. — Par contre, les proportions d'anomalies psychiques trouvées dans l'enfance, sont ici particulièrement considérables. Pour 25 sujets, il s'agit d'une énurésie très anormalement prolongée (au delà de 10 ans, et le plus souvent plus longtemps). Dans deux cas on trouve des troubles de la parole, encore très accentués (bégaiement ou zézaïement), sans qu'on trouve d'énurésie anormale, par l'interrogatoire. Les autres cas de troubles de la parole étant associés à l'énurésie infantile. Dans 8 (huit) il s'agit de crises névropathiques, constatées, observées et dignes d'être retenues, parce que précédées par de nombreuses crises nerveuses dans l'enfance ou une délinquance infantile. Dans trois cas, les antécédents infantiles étaient un somnambulisme (sans énurésie), répondant à des conditions suffisantes, par sa répétition et sa netteté, pour être retenu. Dans un cas, il s'agissait d'un syndrome endocrinien avec gros troubles diencéphalo-hypophysaires. Soit, donc, 39 cas sur 69 d'anomalies mentales nettes, de type encéphalopathique, chiffre certainement au-dessous du chiffre réel étant donné les limites de nos possibilités d'investigation.

Condamnations subies par ces sujets présentant des anomalies mentales. — Examinons tout d'abord ce que nous savons de la délinquance de ces 39 sujets présentant les anomalies mentales énumérées.

Nous y trouvons d'abord 8 des 10 relégués. Ces 8 relégués ont des condamnations, pour 6 d'entre eux pour vols itératifs, pour un, pour vol et coups et blessures, pour un, pour cambriolages itératifs. Pour 10 autres détenus auteurs de vols ou cambriolages itératifs, on peut affirmer qu'ils sont assez près de la relégation.

7 autres sont condamnés à des peines pour faits très graves (souvent avec meurtre), peines allant de 15 ans de travaux forcés aux travaux forcés à perpétuité.

Les autres subissent des peines moins grandes (3 ans, 5 ans ou moins), presque toutes pour vols ou cambriolages, une pour vagabondage après escroquerie et avortement, une pour désertion précédée de vols, une pour recel, une pour attentat à la pudeur précédé de vols itératifs.

Parmi ces 39 sujets, 9 passages avoués devant les tribunaux pour enfants.

Recherche des causes de la fréquence de ces anomalies mentales parmi cette série de détenus. — Sur ces 76 sujets, 10 sont des relégués, 35 non-relégués avouent des condamnations itératives multiples. Une quinzaine d'autres admettent la multiplicité des cambriolages. Quelques-uns n'ont eu qu'une condamnation mais pour fait grave : vol qualifié (meurtre), tentative de meurtre.

Chez eux la répétition à brève échéance de la délinquance domine ; ce qui n'est pas pour le recrutement habituel du centre composé pour la majeure partie de délinquants occasionnels, à des intervalles éloignés. Pour ce groupe, au contraire, nous retrouvons presque la même impression, quoique un peu moins accentuée, que nous avons eue dans les milieux de relégués lors de nos enquêtes précédentes à Fresnes (1) et à Poissy.

La délinquance itérative se rapproche et est souvent la même que celle de l'enfance et de l'adolescence. Le maximum de déficits d'anomalies mentales constitutionnelles et criminogènes, se retrouve avec le maximum de chances, au cours de délinquances qui commencent dans l'enfance et qui, particulièrement répétées, aboutissent soit à de lourdes peines, soit à la relégation.

(1) Enquêtes menées systématiquement sur des groupes de récidivistes et de relégués.

TROISIEME PARTIE

TESTS

Le choix des épreuves et des tests en criminologie

A chaque instant, la conjonction entre, d'une part, l'étude de la délinquance et, d'autre part, les données de la médecine, que celle-ci soit somatique ou psychologique, risque de tomber dans l'erreur suivante : s'emparer d'une épreuve médicale ou psychologique, la répéter sur des centaines ou des milliers de délinquants, aboutir à des conclusions statistiques susceptibles de satisfaire les plus exigeantes techniques statistiques modernes, mais ceci avant même d'avoir étudié les délinquants par une fine clinique et par conséquent de savoir si l'examen qu'on va répéter un nombre énorme de fois peut éclairer la genèse de la délinquance. On aura ainsi établi un travail qui pourra impressionner par son ampleur et le nombre de cas examinés, mais dont le résultat mal lié à la réalité demeurera versé au dossier de la délinquance comme une pièce parfaitement inutile. Ce phénomène peut concerner les études morpho ou typologiques aussi bien que les études biologiques. Par exemple, faire des dosages de glucose, de sérine, de globuline, de lipides, de cholestérol dans le sang des délinquants, ne semble présenter d'intérêt que dans la mesure où la délinquance peut être associée à la sous-alimentation. On peut mesurer le Ph urinaire, le Ph sanguin, le temps de saignement, de coagulation, l'indice oscillométrique, les diamètres des cavités cardiaques, etc... Faire de multiples épreuves d'insuffisance hépatique ce qui peut avoir une justification partielle puisqu'elles peuvent être les témoins d'un alcoolisme latent. Mais tout cela ne présentera rien de spécifiquement criminologique.

Il en va souvent de même en ce qui concerne l'emploi des tests en criminologie.

Sans doute ici le déficit du procédé peut-il être moins flagrant. En effet, la délinquance est bien sous la dépendance du « psychisme » et les tests explorent-ils bien ce « psychisme » lui-même ? Mais on a cependant quelquefois l'impression identique dans l'application sur une large échelle et de façon mécanique, de tests qui peuvent explorer quelque chose dans le psychisme, mais rien de ce que les notions cliniques paraissent devoir faire correspondre à l'étude de la délinquance.

Rien n'est plus évocateur à ce point de vue que les rapports du congrès de psychiatrie, que celui du professeur Bleuler en particulier, qui montre les limites réduites de l'apport des tests de projection au diagnostic de la maladie mentale, et le caractère toujours définitivement prédominant des « signes cliniques » par rapport aux résultats du test. C'est dire l'extrême danger d'être à la fois absorbé et rivé à une technique limitée. Danger réduit en médecine mentale qui dispose d'une expérience clinique déjà énorme et de la connaissance d'une foule de maladies et de syndromes, danger beaucoup plus grand en criminologie dont la pathologie solidement établie, pour bien des points, n'est cependant ni assez étendue ni assez répandue pour corriger à chaque instant l'exagération de l'importance et des conclusions d'une épreuve systématique s'écartant du reste de la réalité.

Nous croyons fermement que la clinique de la criminologie évoluant pour son propre compte, dépassera toute recherche qui s'écartera d'elle et qui se trouvera ainsi dans une position rétrograde, quels que soient son volume et son importance.

Nous exposerons dans les chapitres suivants quelques tentatives préliminaires au cours desquelles nous nous sommes efforcé de lier la technique des tests avec les données de l'observation de la délinquance. Mais avant, nous précisons ce que furent nos essais, en présence d'épreuves qui bénéficient déjà d'une grande expérience, comme la présence de tendances qui ont été soulignées lors des derniers congrès. Nous diviserons les problèmes concernant les tests en problèmes concernant le niveau mental, problèmes concernant les tests de projection, problèmes concernant les épreuves de jugement. Ceci nous amène à envisager le problème de la débilité mentale par rapport à la délinquance.

Données des recherches du niveau intellectuel chez les délinquants

Le problème des tests de niveau mental chez les délinquants

La notion de débilité mentale et son importance en criminologie ne semblent guère être apparues dans les travaux de l'époque lombrosienne ni dans ceux de l'époque qui la suivit immédiatement ; ceci malgré le grand nombre et la grande richesse de leurs recherches. Par contre actuellement, il arrive qu'une importance considérable, voire même parfois formellement explicative, lui soit accordée. Cette importance contraste avec la grande variabilité des définitions de cette même notion. Les dernières données pas plus que les apports et les confrontations entre les différents points de vue issus des deux derniers grands congrès internationaux n'ont amené à cette imprécision aucune amélioration. Au contraire, la diversité des points de vue semble être encore beaucoup plus grande qu'on pouvait le croire en France et la multiplicité et le perfectionnement des méthodes apportées à la recherche de l'efficiences mentale (débilité ou détérioration mentale), ont souligné le caractère extrêmement précaire des moyens employés pour édifier les grandes statistiques, certaines d'entre elles affirmant un pourcentage impressionnant de débiles mentaux parmi les délinquants. Cependant, nombre d'auteurs font preuve d'une grande réserve.

De Greef envisageant l'intelligence comparée du délinquant trouve un niveau très légèrement inférieur à celui de la population ordinaire, infériorité surtout due au fait des auteurs d'attentats à la pudeur. Il fait état d'une confusion manifeste entre débilité mentale et infériorité intellectuelle simple. Il conclut que le niveau intellectuel ne paraît pas avoir en soi d'action criminogène mais qu'il existe un rapport étroit entre certains genres de délits et un certain niveau du jugement et de la compréhension. Quant à la débilité mentale à proprement parler, De Greef, comme Gault, estime que pas un débile sur dix devient délinquant. Cependant, il note la fréquence parmi les délinquants de ces sujets normaux dont les réactions se rapprochent très souvent de celles des débiles. Il introduit par ailleurs la notion de débiles intellectuels compensés.

Au deuxième congrès de criminologie, les travaux de la section de l'enfance consacrèrent un désaccord extrême entre les divers participants. Encore ne s'agissait-il que d'études ayant trait à des enfants, où la précision des résultats apportés par certains tests passe pour être plus grande que chez l'adulte. M^{me} Glueck révéla l'existence d'une dizaine de conceptions de la débilité mentale aux U. S. A. Pour Riley (U. S. A.), elle est liée non seulement aux facteurs intellectuels mais aussi aux facteurs de comportement, c'est-à-dire de la relation de l'individu avec la société. Pour Miss Bene (Canada), la débilité mentale résulte des niveaux aux tests de quotient intellectuel, mais une fois appliqués ces tests, on prend en considération néanmoins le comportement social de l'individu. Pour Sinoir (France), la débilité mentale est essentiellement caractérisée par le niveau intellectuel aux tests mentaux, mais la pratique de ces tests a révélé qu'il était grandement insuffisant de s'en tenir au seul quotient intellectuel pour juger du niveau mental d'un sujet. Non seulement son comportement dans ses relations avec la société, ou en l'espèce avec l'opérateur du test, est largement significatif de son degré d'évolution mentale, mais plus précisément les démarches de son esprit pour répondre correctement aux questions posées ont elles aussi une valeur très riche pour signifier de son niveau mental.

On voit qu'un grand nombre de tendances sont de modifier les résultats obtenus par les tests en tenant compte d'autres facteurs, en particulier du comportement social. Le bilan clinique, en somme, corrige la méthode de découverte par les données de ce qu'elle prétend découvrir. On voit combien cette notion peut être difficilement applicable. Prenons par exemple un cas extrême, celui d'un imbécile franc, comme chaque village en connaît. Nous ne pensons pas nous avancer beaucoup en affirmant que dans l'immense majorité des cas on n'a guère à se plaindre de ces sujets. Pourvu qu'ils ne soient pas l'objet de taquineries trop poussées de mauvais plaisants, leur comportement social est parfait, souvent même sont-ils employés à des travaux simples. On connaît, en outre, de nombreux cas bien caractérisés d'idiotie microcéphalique, mongolienne, voire même quelques cas d'idiotie phénylpyruvique, sans qu'on signale chez ces sujets le moindre vol, la moindre brutalité. Faudra-t-il donc, pour ces cas qui sont le triomphe apparent des tests les plus simples de niveau mental, leur accorder des points en plus du fait de leur comportement social remarquablement adapté ?

Nous nous sommes efforcé de grouper le plus de faits. Dans notre statistique, nous avons signalé les cas d'imbécillité franche, les cas d'infantilisme évident. Dans une autre partie, nous nous sommes efforcé d'apprécier le degré d'instruction. Nous avons mis en évidence un petit nombre, bien que relativement élevé, d'illettrés, chose facile. Nous nous sommes efforcé d'apprécier le nombre de titulaires du C. E. P. chose bien difficile dans les cas limites si l'on ne se fie pas aveuglément aux déclarations des gens.

Nous nous sommes efforcé, surtout pour les gens étant hospitalisés, de multiplier et de codifier les épreuves de « culture générale ». Ceci, en réunissant des questions portant sur :

La géographie grossière.

La géographie par rapport au lieu où vit habituellement le sujet. Nombre d'habitants des villes principales, des villages, distance entre elles, etc...

Les notions historiques les plus élémentaires (depuis la guerre 14-18 qui, dans quelques cas, peut être inconnue).

Les notions tenant à la connaissance de la vie moderne (inventions et découvertes, notions économiques et politiques, depuis les plus élémentaires. identité des principaux personnages).

Des épreuves plus fines peuvent être utilisées pour les sujets évoquant une culture plus étendue. Exemple : provoquer une confusion entre Islande et Irlande. Langue parlée par les Américains des Etats-Unis. Langue parlée par les Autrichiens. Le nombre des questions que l'on peut poser est innombrable : nous en avons retenu une soixantaine.

Des prétentions à des « licences », « doctorats », etc... comme nous l'avons vu provoquent des « questions traquenards », adaptées aux affirmations.

Il faut tenir compte aussi des connaissances de l'individu dans son mode de vie habituel, de ses acquisitions dans son cercle.

Une foule de facteurs locaux entrent en jeu dans l'appréciation de ces acquisitions.

En pratique, la notion de débilité mentale n'est absolument pas satisfaisante pour étayer une statistique criminologique. Elle expose à de très lourdes erreurs. Elle risque de créer des illusions trompeuses faisant abandonner toute recherche plus fructueuse. Cette opinion nous paraît bien proche de la majorité des auteurs, en particulier de ceux des écoles belges. Ceci explique nos classifications statistiques faisant état de faits précis et non pas de cette notion.

Cependant, la « débilité motrice » étudiée par Dupré et qui peut passer pour être parfois associée à la débilité mentale paraît assez fréquente. Mais, là encore, beaucoup de critères sont peu fixes et il est plus précis de signaler ses manifestations évidentes (bégaiement, tics, troubles de la parole, etc...).

Les retards de développement statural et endocrinien, accompagnés de retards de développement intellectuel paraissent avoir été très fréquents chez les sujets dont la délinquance a été précoce, quelquefois suivis d'une brusque croissance un peu désordonnée. Mais à l'âge adulte il s'agit d'un antécédent difficile à mettre en évidence en l'absence d'observation médicale car ils sont compensés.

Les états dits « d'arriération effective » de mentalité restant infantile sur certains points, sont extrêmement fréquents sous des formes très variées. Mais ils sont le plus souvent associés aux stigmates de « contrôles supérieurs déficitaires » qui fournissent alors des stigmates plus précis (crises névropathiques, mythomanie, énurésie, onychophagie, etc...).

Dans l'ensemble l'étude de la délinquance est dominée par la notion de « déficits » et par la recherche de la nature de ces déficits.

L'étude de la détérioration mentale par les tests

Cette recherche est peut-être susceptible d'apporter dans de nombreux cas précis des renseignements beaucoup plus intéressants. La détérioration mentale est, en effet, la perte progressive des facultés, l'apparition d'un déficit. On conçoit donc quel intérêt doit accueillir toute méthode susceptible d'apporter des renseignements sur un éventuel déficit ou affaiblissement psychologique pour la catégorie de délinquants dont le premier délit se situe à partir de la cinquantaine, tranchant nettement avec un comportement social jusque-là indemne du moindre incident.

Les tests peuvent concourir utilement à révéler un déficit modéré, déficit d'efficacité dont il faudra préciser l'éventuelle corrélation et les rapports avec une anomalie ou diminution des contrôles supérieurs pouvant avoir entraîné le délit. Sans doute, les diverses échelles aboutissent-elles à des conclusions assez différentes. Il y a lieu, par ailleurs, de tenir compte de comparer les notions données pour chaque test sur la détérioration normale physiologique. Enfin, des éléments peuvent intervenir modifiant les résultats : la réaction anxieuse du fait de l'inculpation qui est particulièrement marquée dans ces cas et qui est suffisante pour affaiblir largement l'efficacité intellectuelle en est un exemple.

Il s'agit souvent d'une étude longue et délicate nécessitant la comparaison entre de multiples épreuves.

Nous ne passerons pas ici en revue ces épreuves, tests de vocabulaire et autres, nous référant au dernier congrès de psychiatrie, aux discussions préliminaires de la société médico-psychologique, au travail de Pichot, aux rapports du congrès.

De notre point de vue, il n'est guère de semaine où nous ne rencontrions un cas ou deux pour lesquels leur utilisation se poserait.

De délits apparaissant brusquement à un certain âge. — Quelquefois une cause occasionnelle est rencontrée, traumatisme, maladie infectieuse à composante encéphalopathique ou surtout choc émotionnel brutal ou prolongé : le cas a pu se produire pour quelques sujets après cinq années de captivité en Allemagne, ou bien pas de cause occasionnelle n'est découverte, il peut y avoir lieu de rechercher une involution sénile par de fines épreuves précisant l'étude clinique.

Ces épreuves longues et minutieuses ne peuvent être utilisées sur une grande échelle dans le cadre du fonctionnement du centre. On les voit surtout prendre leur intérêt au cours d'une expertise médico-légale minutieuse et complète qui s'efforce d'apprécier les facteurs qui ont brusquement fait apparaître la délinquance chez un sujet d'un certain âge.

Les tests de projection

La recherche de ce que les tests de projection et les techniques dites projectives peuvent apporter à l'étude de la criminologie, continue à nous retenir. D'une façon schématique, la bibliographie des divers travaux internationaux met en évidence plusieurs points. Un assez grand nombre de méthodes ou tests proposés. Un très grand nombre de ces méthodes semblent

avoir bénéficié de peu de travaux. Par contre, certaines ont fait l'objet d'une littérature déjà très riche, T. A. T. Szondi, et surtout test de Rorschach. Parmi ces études riches et d'un grand intérêt, on est frappé de ce que les cas observés parmi les adultes ayant des troubles du comportement social sont très faibles. La très grande majorité des études n'a pas été dirigée en vue d'explorer la délinquance adulte. Il ne semble pas, à notre connaissance, que l'élaboration d'aucun test soit née du contact entre le psychiatre et la délinquance adulte.

Cependant, un certain nombre d'épreuves sont réputées pour donner des indications pouvant être utiles en criminologie.

Le test myokinétique de Mira (tracé de lignes égales et parallèles sans le contrôle de la vue) pourrait, dans certains cas, donner des indications quant à l'auto ou l'hétéro-agressivité. Ces constatations seraient à rapprocher de celles que pourrait donner la graphologie. La méthode d'interprétation des dessins libres — longuement utilisée en psychiatrie et en psychologie infantiles — peut donner, dans certains cas particulier, des résultats dignes d'être retenus et joints à un tableau clinique qui, le plus souvent, sera déjà évident. Il en est de même des diverses variantes de cette méthode. Elle peut être comparée à l'étude des tatouages.

Nous n'énumérerons pas un assez grand nombre d'épreuves encore très discutées dans leur valeur et dans leur cotation.

Il peut y avoir lieu de retenir : la méthode des histoires libres, bien qu'elle paraisse souvent d'une grande difficulté d'application chez l'adulte. Elle a surtout été utilisée chez les enfants et chez les étudiants. Les mêmes réserves nous paraissent s'appliquer à l'intéressant test de Harms (1).

La technique qui consiste à demander au sujet de dessiner sa maison, sa famille et ses animaux favoris semble pouvoir, dans certains cas, être heureusement inductive, méritant une expérimentation.

Le Thematic aperception test a été très largement utilisé aux prisons de Fresnes en 1948 et en 1949. Il continue à l'être d'une façon beaucoup plus réduite depuis le fonctionnement de l'annexe. Nous en avons retenu jusqu'à maintenant la création d'un contact qui peut être d'une aide utile dans certains cas, sans lui dénier d'autres intérêts criminologiques et réservant sur ce point notre opinion.

Le test de Rorschach est le plus connu des tests de projection. Celui dont l'étude a fait l'objet de très nombreux travaux, de nombreux ouvrages. Son apport au diagnostic psychiatrique serait faible (Bleuler). Les nombreuses études auxquelles il a donné lieu en psychopathologie infantile encourageraient à persévérer dans son emploi en criminologie. Maintes fois, nous aurions été heureux de confronter ses résultats avec ce qu'apportait la clinique : en particulier devant l'extrême fréquence des états dits d'épileptoidie de M^{me} Minkowska.

(1) Consiste à demander au sujet de tracer des lignes correspondant à la joie, la peine, la colère. En un second temps, de peindre l'expression symbolique d'un sentiment. En un troisième temps, de dessiner de façon réaliste ce qui a occupé sa pensée pendant la deuxième partie de l'expérience.

La nécessité de voir un trop grand nombre de sujets, comme celle d'une grande minutie dans l'étude des réponses apportées et dans leur classification, ont empêché cette utile confrontation. Il ne nous paraît pas que, même dans les circonstances les plus favorables, en nous mettant dans l'hypothèse des résultats les plus éloquentes, ceux-ci puissent cependant égaler la valeur de l'observation clinique, de l'étude des antécédents et de l'hérédité.

Le test de Szondi

Nous nous étendrons plus longuement sur une occasion qui nous a été offerte de mettre au point une étude sur un test particulièrement connu à l'étranger.

La visite faite au centre par le D^r Ellenberger a été particulièrement instructive. L'éminent psychiatre de Schaffhouse possède du test de Szondi une expérience exceptionnellement grande. Pour lui, ce test a pour domaine d'élection plus encore que la psychiatrie d'asile, la caractérologie, la criminologie et les perversions sexuelles. Mais il insiste également sur le fait qu'il s'agit d'un instrument de haute précision qui ne saurait être mis entre toutes les mains, et qui plus qu'un autre test exclut l'amateurisme et la demi-science, faute de quoi les effets peuvent être désastreux. Il est nécessaire de consacrer quelques centaines d'heures, longues et laborieuses, à l'étude de sa technique.

D'après Szondi, ce test minutieusement employé au cours d'une longue recherche aurait pour intérêt supplémentaire de déceler parfois chez un individu un curieux mécanisme inconscient qui n'est pas celui qu'observeraient les psychiatres, ni même celui qu'observent les ethnologues ou les sociologues, et qui fait qu'une certaine partie du comportement est déterminée. Evidemment, il est connu que le comportement puisse être influencé par le milieu social, par le milieu ethnique (bohémiens par exemple) ; on peut même admettre l'hérédité de tendances ancestrales même chez des sujets séparés de leurs parents dès la naissance par des sujets normaux, sédentaires et brusquement retournant au nomadisme sans même connaître leur origine. Mais il semble qu'il s'agisse encore d'autre chose qu'étudient Szondi et ses élèves parmi les facteurs inconscients de la détermination du destin.

Quoi qu'on puisse penser des idées de Szondi provenant d'une étude psychologique fine et minutieuse, même si on peut penser qu'elle exagère ou se laisse entraîner, elle a l'incontestable mérite d'être une réaction contre les tendances de la psychanalyse, lesquelles attribuent tout à des facteurs inconscients acquis ne tenant aucun compte de l'hérédité psychologique. Sans vouloir trop formuler sur des théories fondées sur une technique que nous connaissons encore mal, il nous paraît que ces théories de Szondi s'expliquent par l'extension même de la psychanalyse actuelle. C'est pourquoi Ellenberger insiste sur l'importance de la connaissance étendue de la psychanalyse avant l'emploi du test de Szondi. La technique psychanalytique a été tellement étudiée et a bénéficié, surtout il y a 10 à 20 ans, d'un tel prestige qu'on conçoit parfaitement le retour à l'étude des facteurs d'hérédité psychique ou psychologique par des habitudes encore nettement imprégnées

d'une époque, où surtout en Suisse, les recherches psychanalytiques étaient universelles. Szondi lui-même place ses recherches, les facteurs déterminants qu'il découvre, entre l'inconscient individuel (facteur psychogénique acquis par exemple dans l'enfance), de Freud et l'inconscient collectif de Jung (dû aux habitudes acquises inconsciemment du fait du milieu dans le sens très large du terme).

Celui de Szondi est un inconscient familial, mais cet inconscient familial n'est pas sous la dépendance des facteurs acquis dans la vie de famille mais par l'hérédité.

On voit donc bien le caractère de réaction de cette notion de Szondi survenant en pleine activité psychanalytique. Sans doute peut-on penser que des voies différentes devaient conduire à des recherches sinon identiques du moins du même ordre en partant des données de l'hérédité psychologique si les efforts de quelques psychologues isolés dans tous les pays (Amérique, France, Angleterre), n'étaient pas restés écrasés et à l'état de dossiers de laboratoire entre, d'une part, la génétique presque universellement acquise à une théorie weissmanienne étroite et pesante et, d'autre part, la psychologie pathologique presque universellement submergée par la psychanalyse, c'est-à-dire, par un mécanisme tendant à tout attribuer à des facteurs acquis d'origine psychologique.

Quoi qu'il en soit, nous avons trop insisté nous-même sur l'importance, la grande fréquence des facteurs héréditaires des anomalies qu'on retrouve en criminologie, pour ne pas nous efforcer de confronter la clinique avec la technique de Szondi, malgré sa minutie et sa délicatesse.

Nous aurons certainement à revenir sur un autre point qui montre bien que la genèse des études de Szondi n'a pas été issue d'une observation dans la clinique de la délinquance ; c'est la classification des huit tendances extrêmes fondamentales qu'il adopte : homosexuel, criminel, sadique, épileptique, hystérique, catatonique, paranoïde, mélancolique, hypomaniaque. Limites trop discutables déjà en clinique psychiatrique ou psycho-somatique pour ne pas l'être beaucoup plus encore en criminologie. Les tests de projection nés de la clinique de la délinquance restent encore à établir à notre avis. Il est cependant d'un grand intérêt de mettre au point une expérimentation du test de Szondi qui a été donné comme le plus proche de la clinique criminologique, ce que certaines nuances paraissent confirmer au moins partiellement.

Les tests de projection partant de la clinique de la délinquance adulte restent à établir.

Le psychiatre étudiant les délinquants et criminels doit, à chaque instant, surtout à ses débuts, avoir présent à l'esprit de ne pas assimiler ses constatations, de ne pas chercher à raccorder artificiellement les phénomènes à la clinique de la psychiatrie hospitalière et encore moins aux chapitres d'un traité de psychiatrie et encore moins, peut-être, à des « questions » de psychiatrie.

Un phénomène analogue a lieu en médecine militaire ; il est bien connu des médecins de l'armée qu'il existe une pathologie psychique et même somatique des corps de troupes n'ayant rien de commun avec l'enseignement de la Faculté, même avec les habitudes hospitalières de pratique civile.

Dans l'étude de la délinquance, de la criminalité de droit commun et, d'une façon générale, de l'agressivité, ces différences, la nécessité d'une adaptation de clinicien, sont encore beaucoup plus marquées, beaucoup plus profondes que celles révélées par la médecine psychique et somatique des casernes et des corps de troupes.

Ces faits doivent être aussi présents quand on aborde l'étude des tests en criminologie. Chaque test nécessite dans son élaboration, tout d'abord de la part de son auteur, d'avoir longtemps été baigné dans le milieu qu'il veut tester (enfants, malades mentaux, techniciens, groupe ethnique quelconque, etc...). Puis une confrontation avec la personnalité de l'auteur du test. Cette personnalité sera toujours très apparente dans l'élaboration du test, dans son type et dans l'étude des résultats, la classification des sujets testés. De même ses habitudes et sa culture antérieure (voir, par exemple, la classification de Szondi, catatonique, paranoïde, maniaque, mélancolique, criminel, etc...).

Or la plupart des tests présentés, sinon la totalité, ont été élaborés presque totalement sinon totalement (exception faite d'études concernant la délinquance infantile), hors de la clinique de la délinquance.

Nous pensons qu'il peut être fondé, partant d'une observation prolongée des particularités psychobiologiques des délinquants, de recourir à des expériences dans le but plus lointain d'adapter la technique des tests de projection à cette étude et, s'il y a lieu, d'aboutir à la création d'un nouveau test qui devra être inséparable des données criminologiques.

Ces données criminologiques cliniques et biologiques restent à chaque instant le critère de validité de ces expériences.

Nos essais ont été des « coups de sonde » s'efforçant d'apporter à la criminologie l'aide de quelques autres connaissances humaines. Littérature : par sélection d'un grand nombre de passages choisis dans les œuvres les plus diverses : auteurs classiques, descriptions réalistes, auteurs morbides, auteurs pour les enfants ou adolescents, jusqu'à des morceaux de petite littérature à bon marché. Cette épreuve en cours d'étalonnage a contre elle sa longueur et de faire appel à divers facteurs dont celui de « culture générale ». Epreuves indirectes : le délinquant est invité à se mettre dans diverses situations : médecin psychiatre, assistante sociale, psychologue, et à définir sa conduite dans une circonstance donnée ou bien de fournir un questionnaire suivant lequel se déroulera son enquête. Epreuve longue, possible seulement pour des délinquants longtemps suivis et avec un contact longtemps maintenu.

En cours d'études, la sélection de dessins (type T. A. T. ou Szondi), tableaux ou gravures nés directement de l'expérience de la délinquance ou paraissant pouvoir approcher l'agressivité.

Signalons, pour terminer ce chapitre, qu'un test de graphologie dont la technique paraît se rapprocher du test de Mira signalé plus haut, a été expérimenté sur 20 détenus. Les résultats ont été décevants.

Les tests de jugement

Le test de Tsedek (1). — Actuellement très utilisé parmi les délinquants en France et à l'étranger. Le test de Tsedek a été expérimenté pour la première fois à Fresnes parmi les délinquants ; vers la même époque, d'ailleurs, Giscard et ses collaborateurs effectuaient une recherche à peu près contemporaine à Clermont-Ferrand.

Nous avons consacré un chapitre important d'une monographie publiée en collaboration avec le professeur Baruk aux résultats que nous avons obtenus. Depuis cette publication, le test a été utilisé d'une façon encore plus étendue.

Nous ne rappellerons pas en quoi il consiste puisque les quinze questions qu'il comporte ont été souvent exposées, en particulier dans la *Revue pénitentiaire*, par M. Cannat. Nous limiterons son étude à sa confrontation avec l'étude clinique de la délinquance.

Premier point : son extrême facilité d'application. D'une durée assez courte, 20 minutes à une demi-heure. D'une cotation très facile, très schématique. Il pourrait être appliqué à tous les sujets examinés au centre malgré leur nombre important si nous n'avions reconnu la nécessité de compléter cette étude par d'autres recherches d'une durée beaucoup plus longue.

Un certain nombre de questions peuvent parfois demeurer incomprises mais pas d'une façon assez fréquente pour gêner l'étude.

Les situations qu'il pose et qui demandent un jugement de la part du sujet interrogé exposent une situation injuste, immorale. Fait important : peu d'entre elles concernent les délits de droit commun ; on peut faire une exception pour les questions 4, 7 et 11, dont l'attitude peut être dans certains cas justiciable de poursuites. Mais, même dans ces cas, presque toujours la poursuite n'a pratiquement pas lieu car il est souvent difficile de faire la preuve du délit. Par conséquent le test de Tsedek employé en prison met le délinquant en face de problèmes qui ne sont pas les siens, tout au moins, pas ceux pour lesquels il est emprisonné et même, le plus souvent, sans rapport avec eux.

L'expérience que nous avons par ailleurs du test de Tsedek nous a paru montrer jusqu'à présent, et en réservant largement l'avenir, que les résultats les plus immédiatement pratiques avaient lieu quand on explorait des groupes de sujets qui par leur fonction sociale exerçaient quelque chose sur autrui : autorité, influence, direction, diagnostic, choix, etc... Par exemple, assistantes sociales, assistants d'hygiène scolaire, médecins, patrons, commerçants, infirmiers d'un autre service, ingénieurs, administrateurs, etc... (Y compris les tenanciers ou anciens tenanciers de maisons closes) (2).

Conçu parmi des gens adaptés socialement, ce test vise à un choix parmi eux.

(1) Voir *Revue pénitentiaire*.

(2) *Le test Tsedek* - H. Baruk et Bachet - P. U. F. 1950.

Une série de recherches a eu pour but d'étudier les réponses des délinquants à des situations concernant la délinquance de droit commun. Une première série de ces travaux a été exposée dans la *Revue pénitentiaire* (1). Elle concerne les premiers résultats d'un questionnaire dit de délinquance élaboré à Fresnes. Rappelons que ce questionnaire comporte 30 questions, chacune concernant des situations délinquantes de droit commun. On fait alterner trois types de questions, une délinquance répréhensible mais courante qui pratiquement a les plus grandes chances de n'être pas réprimée parce que non prouvable. Une délinquance concernant les professions libérales ou magistrats ou journalistes, etc... qui, elle aussi, a les plus grandes chances de rester impunie ; enfin, la délinquance de droit commun (meurtre, vols, trafics, vagabondage spécial, etc...).

Ces premiers résultats sont confrontés avec ceux du test de Tsedek et aussi avec le comportement, le mode de vie et les délits ou crimes des sujets étudiés.

Cette épreuve s'est révélée très utile ; nullement définitive et susceptible de nombreuses modifications, elle a donné les résultats suivants :

Permet d'extérioriser le contact entre le délinquant et le service.

Met en évidence des « théories » excusant ou légitimant crimes ou délits dans certains cas.

Met en évidence une attitude fanfaronne ou cynique.

Permet au délinquant de prendre position vis-à-vis de délits qu'il ne commet pas et même d'irrégularités jamais punies commises hors de sa sphère.

Extériorise dans certains cas la volonté d'affecter une manière d'être, un maniérisme, chez certains escrocs par exemple.

En somme, très souvent, des impressions de valeur sont codifiées et retenues de façon beaucoup plus objective que ne le ferait une description aussi impartiale soit-elle.

Le questionnaire dit de dénonciation, pose 27 questions aux délinquants, 27 situations délinquantes. Actuellement en cours de remaniement avec adjonction des situations suivantes : corruption de fonctionnaire, dégradation de monuments publics, envoi de lettres anonymes (2).

Voici les 27 questions :

1. — Un automobiliste roulant vite cause des dégâts importants à une automobile en stationnement. Il pense n'avoir été vu par personne et s'enfuit. Ayant relevé son numéro, le dénoncez-vous ?

2. — Vous surprenez sans qu'ils vous voient deux cambrioleurs fracturant la porte d'un pavillon. Prévenez-vous la police ?

(1) *Revue pénitentiaire*, M. Bachet, Mlle Fleury et C. Weiss, avril-mai-juin 1950.

(2) Ce questionnaire est actuellement modifié. Certaines questions ont été ajoutées, d'autres supprimées ou modifiées. Nous le présentons cependant tel qu'il a été employé.

3. — Vous soupçonnez depuis longtemps une personne, habitant la même maison que vous, d'être une avorteuse professionnelle ; un jour elle a à vous écrire, elle se trompe de lettre et vous envoie la lettre destinée à quelqu'un d'autre. Dans cette lettre sont écrites de sa propre main les preuves formelles de son trafic. La dénoncez-vous ?
4. — Roulant en automobile, vous assistez, sans être vu, aux préparatifs d'une attaque à main armée. Prévenez-vous la police ?
5. — Habitant un village frontière, vous savez qu'un de vos voisins traverse toutes les nuits à heure fixe la frontière pour faire de la contrebande. Prévenez-vous les autorités ?
6. — Un homme règle devant vous une dette avec un chèque que vous savez sans provision, ayant coutume de se livrer souvent à ces abus de confiance. Le dénoncez-vous ?
7. — Un homme vous aborde, se croyant seul avec vous, pour vous montrer de nombreuses photographies pornographiques. En même temps un policier passe. Dénoncez-vous le marchand de photos pornographiques ?
8. — De loin, vous assistez à la scène suivante : quelqu'un se noie, un marinier sur une péniche voisine le laisse se noyer avec indifférence alors qu'il a une corde et bouée à sa disposition. Dénoncez-vous le marinier ?
9. — Vous lisez un livre récent et à gros succès ; vous vous apercevez qu'il est la reproduction presque complète d'un ouvrage plus ancien et qui fut très peu lu. Dénoncez-vous le plagiat ?
10. — Un jour de gala, le portier d'un casino aperçoit couché sur un banc devant l'entrée d'honneur un vagabond. Ce dernier n'est pas en règle et peut être arrêté pour vagabondage et mendicité. Le sachant, le portier doit-il dénoncer ce clochard à la police pour s'en débarrasser ?
11. — A la faveur d'une ressemblance, un homme vous aborde dans la rue, vous remettant une certaine quantité de stupéfiant que vous lui auriez commandée. Prévenez-vous la police en le dénonçant ?
12. — Habitant l'hôtel, vous savez que dans une chambre voisine vit une femme qui se livre à la prostitution clandestine au profit d'un homme. La police venant à faire une enquête, donnez-vous votre témoignage qui est capital pour faire inculper et condamner cet homme comme souteneur ?
13. — Au cours d'une promenade en forêt, vous reconnaissez un braconnier en train de poser des collets. Allez-vous en informer le garde-chasse ?
14. — Tout à fait par hasard, vous apprenez que l'auteur d'un crime passionnel ancien, dont le coupable n'a jamais été arrêté, est un de vos voisins vivant sous une fausse identité. Communiquez-vous sa véritable identité à la police ?
15. — Vous faites connaissance d'un bookmaker qui réalise de très gros bénéfices. Le dénoncez-vous pour son activité illicite ?
16. — Au cours d'une halte dans un jardin public vous surprenez un homme en train de se livrer à des actes d'exhibitionnisme. Allez-vous prévenir le garde ?

17. — Au cours d'une promenade en forêt, vous surprenez sans être vu une dispute entre un garde-chasse et un braconnier, puis, brusquement, vous voyez le braconnier saisir son fusil et tuer le garde-chasse. Donnez-vous votre témoignage ?

18. — Vous avez la preuve formelle qu'un homme a des rapports avec des fillettes de 10 à 12 ans. Le dénoncez-vous à la police ?

19. — Vous trouvant en vacances à la campagne, vous achetez votre lait chez un fermier. Ce lait vous semble mouillé et l'analyse que vous faites faire confirme vos soupçons. Prévenez-vous le service de répression des fraudes ?

20. — Le hasard vous fait obtenir la preuve formelle qu'un de vos voisins a été condamné aux T. F. à perpétuité pour meurtre et vols avec effraction et qu'il vit sous une fausse identité après s'être évadé. Le dénoncez-vous à la police ?

21. — Visitant une église, vous apercevez un homme introduisant un bâton enligné dans les troncs pour en retirer les offrandes. Le dénoncez-vous ?

22. — Dans le métro, un individu, pour une cause futile, frappe brutalement un autre voyageur lui occasionnant une forte contusion. Comme il s'est enfui avant l'arrivée des autorités, donnez-vous son nom, si vous le connaissez ?

23. — Conduisant une automobile, vous franchissez un passage à niveau ouvert. Aussitôt après, le train surgit à toute vitesse, vous avez échappé de justesse à l'écrasement. Le garde-barrière vient vers vous et vous supplie de ne pas le dénoncer. Acceptez-vous ?

24. — Vous surprenez un individu qui vient de couper une natte de cheveux à une fillette et qui la met dans sa poche, pensant ne pas avoir été vu. Le dénoncez-vous ?

25. — Vous avez la preuve formelle qu'un employé d'une gare préposé aux colis dissimule à la douane certains colis pour le compte d'une bande de fraudeurs. Donnez-vous cette preuve ?

26. — Près de chez vous est installée une imprimerie faisant preuve d'une grande activité. Un jour, un paquet de faux billets de 1.000 francs qui en sort tombe par hasard entre vos mains, vous prouvant le genre d'activité qui y règne. Dénoncez-vous ?

27. — On arrête un grand criminel en fuite depuis longtemps. Sa photo étant publiée, vous vous apercevez qu'il a vécu longtemps sous un faux nom chez quelqu'un qui l'a caché, sachant qui il était. Dénoncez-vous la personne qui l'a caché ?

Ce questionnaire est peut-être celui qui captive le plus l'intérêt du sujet interrogé. Il fournit encore avec précision nombre de points de repère :

Types des situations le plus souvent dénoncées : les agressions brutales et les délits dont des enfants peuvent être victimes.

Classification des sujets en catégories suivant le nombre de dénonciations, depuis 25 jusqu'à 0 dénonciation.

Contribution à l'étude et à la transcription de l'attitude comme l'épreuve précédente.

Enfin, et surtout, comme il sera expliqué dans une prochaine étude détaillée, frappante corrélation avec le test de Tsedek. Les Tsedek parfaits se trouvant chez les sujets dont le nombre de dénonciations se chiffre autour de 10 avec une énorme prédilection.

Ainsi il complète l'étude du jugement de Tsedek et la triple comparaison Tsedek — dénonciation — type de la délinquance, semble se révéler d'un grand avenir.

Le groupe Tsedek — dénonciation — paraît, d'après ce que continuent à montrer d'autres essais intéressants dans la comparaison entre des délinquants récemment emprisonnés et les délinquants subissant de lourdes peines. Dans certains cas, l'épreuve semble inscrire fidèlement certaines modifications imprimées à la personnalité par la détention prolongée.

Impression sur le contact avec les tests de jugement

Les tests sont généralement passés au cours du séjour à l'annexe mais des détenus non hospitalisés sont aussi convoqués à cet effet.

Selon les cas, selon l'instruction de l'individu, la proposition est faite sous une forme ou sous une autre : « Avez-vous déjà passé des tests ? Je pense que vous ne connaissez pas ceux-ci ? » — « J'aimerais avoir votre avis sur des situations qui se sont produites. Je vais vous lire ce qui s'est passé ; vous me direz ce que vous en pensez. »

Jamais un refus n'a été opposé.

Parfois la réponse est manifestement conventionnelle, stéréotypée, exprimée d'un ton réticent.

Le plus souvent, le détenu, parfois surpris tout d'abord, paraît enchanté d'une distraction inattendue et il bavarde longuement à cette occasion.

Ses réponses sont fidèlement inscrites, même si elles sont très longues et semblent s'écarter du sujet.

Son comportement au cours de l'entretien est noté en quelques mots après son départ.

Faute de temps, tous les détenus qui devraient être testés ne peuvent l'être. Les trois tests prennent, en effet, au minimum une heure et demie mais, dans la plupart des cas, cette durée atteint deux ou trois heures. Parfois le détenu, soit à cause de sa lenteur de compréhension ou de réflexion, soit à cause de la longueur de ses réponses, demande quatre ou cinq heures pour être testé. Chaque test est passé un jour différent pour ne pas le fatiguer.

Le test du dénonciateur est celui qui remporte le plus de succès : les situations évoquées sont assez facilement imaginables, elles se sont même parfois produites au cours de la vie du détenu.

Le Tsedek dépasse l'expérience courante des êtres simples et les responsabilités qu'ils ont eu à assumer dans leur vie. Il demande souvent une traduction en langage familier et des explications complémentaires pour être compris.

Le test de Fresnes dérouté souvent les détenus qui répondent : « Mais qu'est-ce que vous voulez que je vous dise ? », et désapprouvent avec indignation les délits ou crimes soumis à leur jugement. Seuls approuvent certains d'entre eux, les pervers ou les détenus avec lesquels le contact est établi depuis longtemps. Ces derniers, après s'être fait confirmer que « le juge n'en saurait rien », et parfois en établissant une distinction de ce genre : « Si c'est un honnête homme, il a eu tort ; si c'est un voleur comme moi, c'est normal. »

Ils comparent souvent ces délits à ceux qu'ils ont commis : « C'est depuis que vous me connaissez que vous avez écrit ça », et semblent répondre avec franchise.

QUATRIEME PARTIE

PROBLEMES GENERAUX

Importance de la recherche bibliographique

Cette importance est au moins aussi grande en psychiatrie criminologique qu'en psychiatrie générale. Elle devrait comporter une somme de temps peut-être encore plus grande que celle que nous lui consacrons malgré nos efforts. A chaque instant les faits intéressants, en apparence nouveaux, doivent être confrontés avec des recherches passées, souvent peu connues ou surtout oubliées. Schématiquement, elle comporte plusieurs éléments : suivre de près les données modernes, les confronter avec sa propre expérience, pour ce qui concerne les cas particuliers, pour ce qui concerne l'évolution des idées, la naissance et la mort des théories. On s'efforce ainsi d'éviter les idées préconçues qui agissent sans même qu'on s'en doute, comme le montre bien à chaque instant l'histoire de la psychiatrie générale. Par exemple, il est utile de suivre à la fois l'évolution de la psychanalyse depuis Freud et de suivre son évolution par rapport à la criminologie. Comparer la période se situant autour de 1930 si riche en promesses d'innovations en criminologie et qu'appuyaient des études intéressantes telles que celle de M^{me} Marie Bonaparte sur un cas célèbre, époque du livre d'Alexander et Staub sur le « Criminel et ses juges », à l'époque actuelle, cette dernière marquée par une extraordinaire fortune des notions psychanalytiques, en particulier en Amérique et par leur échec quasi absolu en ce qui concerne la thérapeutique de la criminalité de l'adulte.

Un des rapports d'un congrès de psychanalystes précédant le congrès de criminologie et consacré à la criminologie n'affirmait-il pas que « le moi des récidivistes est totalement infiltré. L'action thérapeutique n'est plus à espérer ». Scepticisme que nous livrons aux réflexions de tous ceux qui ont réellement approché les délinquants ; magistrats spécialisés, aumôniers, visiteurs, salutistes, etc...

Par contre, certaines intuitions freudiennes ont éveillé des recherches fructueuses, non pas imaginaires mais d'un réalisme absolu telles que, par exemple : les rapports entre le sadisme et la sexualité anale, le facteur psychique dans l'éneurésie. A condition de s'écarter aussitôt de la tendance purement psychogénique et de tenir compte de la biologie, en particulier, par l'étude du facteur héréditaire.

Il est assez étonnant de constater que les très nombreuses discussions récentes tenant à l'emploi du penthotal au cours d'expertises n'aient pas été plus souvent accompagnées d'une recherche historique. En effet, l'histoire de la psychiatrie nous apprend que la méthode a été presque immédiatement contemporaine des débuts de l'emploi de l'anesthésie générale en psychiatrie. C'est ce que les documents suivants vont nous montrer. Voici un passage du livre de Laurent édité en 1866 et étudiant ces procédés pratiqués depuis 1854 :

« D'un autre côté, les individus qui simulent la démence, l'imbécillité, l'idiotisme, la stupidité, le mutisme, peuvent résister aux effets physiologiques de l'éther et trahissent involontairement leur véritable état. Ainsi,

un jeune aliéné de l'asile de Maréville, plongé dans un état de demi-stupidité, refusait de s'occuper. Ce n'est que lorsqu'il a été placé sous l'influence de l'éther qu'il a avoué non seulement ses habitudes onanistiques mais qu'il a mis sur la voie de faits bien autrement graves qui suscitaient dans sa conscience les remords les plus vifs et paralysaient ses mouvements parce qu'il se croyait le juste objet de la répulsion générale.

« M. Morel cite dans son mémoire plusieurs faits prouvant deux sortes de résultats. Par l'éthérisation, il a reconnu la simulation d'un individu qui feignait l'imbécillité. Toutefois il ressort de l'observation de ceux qui se sont soumis à l'hétérisation et particulièrement de l'expérience tentée sur lui-même par le D^r Sauvet, que malgré le délire momentané dans lequel plonge l'éther, l'individu peut encore avoir assez de puissance sur lui pour ne pas se laisser arracher un secret. C'est ainsi que M. Sauvet, qui reconnaît avoir déliré pendant vingt minutes, se rappelle parfaitement que l'on ne put lui faire dire des choses qui auraient été très désagréables pour une personne présente à l'expérimentation. »

Quelques années plus tard, la méthode était abandonnée progressivement. A la fin du XIX^e siècle, elle semblait presque oubliée. Voici les quelques lignes que lui consacrait le P^r Ball dans ses leçons sur les maladies mentales. Elles se trouvent à la page 424 de ce volume édité en 1890 par Asselin et Houreau :

« On a quelquefois eu recours à l'emploi des anesthésiques, de l'éther ou du chloroforme, pour faire cesser certains phénomènes simulés et recueillir, pendant la période d'ivresse, des aveux utiles à enregistrer, mais ce procédé est infidèle et dangereux et, d'ailleurs, les résultats qu'il peut donner ne seraient pas admis comme preuve devant les tribunaux. »

Cette courte phrase étant le seul rappel d'une chose qui paraissait alors définitivement abandonnée, dans un très long chapitre que Ball consacrait à la folie simulée.

Le problème des interventions chirurgicales sur le lobe frontal des délinquants récidivistes s'est présenté à nous de la façon suivante. Nous avons eu à observer le cas d'un délinquant vingt fois au moins récidiviste chez lequel MM. Heuyer, Feld et Lebovici avaient posé les indications d'une topecotomie. Après cette intervention, ce sujet présenta des troubles du comportement sexuel puis, à la suite d'un nouveau vol, fut réemprisonné.

L'histoire de la psychiatrie en France, l'époque qui suivit les travaux de Pinel, puis ceux d'Esquirol, l'époque d'élaboration de la loi de 1838 mérite aussi un grand intérêt. En effet, on peut dire qu'en même temps qu'étaient posés les principes d'assistance aux aliénés, se posait déjà le problème de certains délinquants récidivistes. Par exemple, Esquirol avait des vues si larges qu'elles concernaient bien des délinquants aux troubles de la volonté, aux troubles des contrôles supérieurs. Ceci est très net dans les chapitres où il traite des monomanies. De même, dans les travaux de ses élèves Georget, Bonnet, etc...

Plus tard, sous le second Empire, les conceptions tendent à se modifier. La collection des *Annales médico-psychologiques* depuis leur fondation fournit un grand nombre d'exposés et de discussions sur des points précis qui gardent un grand intérêt.

Plus tard encore, les documents fournis par les collections de la *Revue sociologique*, des *Archives d'anthropologie criminelle*, de la *Revue pénitentiaire* et même de certaines années de la *Revue philosophique* paraissent inépuisables. La comparaison avec les données modernes sur l'anthropologie criminelle, en particulier, avec l'école de di Tullio montre l'évolution des idées.

Chacune des grandes théories de la fin du XIX^e et du début du XX^e siècle, s'il est parfois nécessaire de reléguer au second plan les conclusions, comporte une foule d'observations justes et utiles. Ces observations, naturellement, ont souffert de l'exposé des doctrines car ce sont ces doctrines qui ont été surtout discutées beaucoup plus que les faits. Ainsi, la bibliographie nous amène à réviser à chaque instant chacun des faits et bien souvent à en retirer une confirmation fructueuse. Du point de vue général, citons par exemple les faits établis à cette époque concernant les rapports entre la délinquance et les migrations ou transplantations (1), les nombreuses et belles études concernant certaines formes de criminalité montagnarde appelées encore sicilienne ou balkanique ou méditerranéenne, formes dont on retrouve toujours des exemples actuellement.

Il est intéressant encore actuellement si l'on étudie les « théories » de délinquants ou de criminels, quand ceux-ci ont une théorie, de confronter avec celle de l'époque des crimes de droit commun « anarchistes » (à bien différencier des attentats anarchistes politiques), d'étudier ce que ces doctrines peuvent avoir de commun après une évolution de 50 ans et, surtout, ce qu'elles peuvent avoir de différent. Ce qui nous a frappé il y a quelques années chez certains délinquants ou criminels peu cultivés a été la marque plus ou moins nuancée des doctrines hitlériennes les plus simples, ou même, chez certains, l'influence d'écrivains de la période d'avant-guerre au style libéré de toute contrainte jusqu'à la scatologie et à la mentalité particulièrement désespérée (2). Naturellement ceci constitue des faits exceptionnels, remarquables seulement parce que les théories sont rarement exprimées et parce que la confrontation avec ce qui a été écrit sur les attentats anarchistes montre l'évolution de la mentalité « anti-société » ; combien les formes de présentation de la société « bouc émissaire » peuvent varier d'une époque à l'autre.

Les relations bien faites de délits, de crimes ou de vies de criminels offrent souvent un grand intérêt d'autant qu'elles sont objectives. Elles peuvent aussi offrir l'intérêt de montrer la réaction de l'époque en face du crime. Certaines sont modernes (par exemple œuvres de Bouchardon), d'autres faites d'un point de vue scientifique (par exemple Lacassagne et de nombreux collaborateurs de sa revue). L'école de l'infirmerie spéciale avec Dupré et ses élèves. Les beaux travaux de M. Charpentier sur les empoisonneuses où, les groupant plutôt sous le vocable hystérie, employé dans un sens très large, il décrit admirablement les anomalies mentales, les déficits de ces mythomanes perverses, prouvant combien les relations de ces crimes minutieusement décrits peuvent garder une valeur clinique.

(1) Problème des Nord-Africains.

(2) Nous n'envisageons que les délinquants de plus pur droit commun indemnes de toute condamnation pour faits de collaboration. L'adoption de ces conceptions « désespérées » était en particulier le fait de toxicomanes, de prostituées cultivées. Il ne s'agit évidemment que d'exemples individuels.

Un grand nombre de relations de causes célèbres présentent encore un grand intérêt rétrospectif. Naturellement il faut se garder d'un collectionnisme de faits pittoresques et rechercher les caractères cliniques dignes d'être rapprochés. Par exemple, l'histoire de l'escroc Collet est digne de servir de point de repère extrêmement précieux. Bien défini, bien caractérisé, d'une grande précision, Collet a un comportement tel que nous avons estimé que son histoire est digne de servir de borne milliaire. Nous rencontrons quelquefois des escrocs qu'on peut qualifier en disant qu'ils sont « du type Collet ». Cet ordre de recherches nécessite parfois l'utilisation des ressources de la Bibliothèque nationale.

De même, elle apporte de nombreux documents sur les rapports entre l'émotion populaire, influence de l'exposition, peine de mort en public (1), plaintes, influence sur la littérature, rôle de la contagion sur le mode du crime, etc...

Une expérience a eu lieu dans les conditions suivantes :

Le crime pris pour point de départ était celui de Léger. Vagabond instable, au cours d'une errance dans la campagne, près de La Ferté-Alais, il avait assassiné et violé une jeune bergère. Et dans une grotte où il avait traîné le cadavre, s'était nourri des organes génitaux et du bas ventre de la jeune fille. Ceci en 1816. Ce criminel, comme Papavoine, Elicabide, et bien d'autres, avait été parmi les premiers à attirer l'attention des psychiatres étudiant les monomanies homicides. Georget en particulier avait regretté l'absence d'examen médical de Léger. Esquirol et Gall étudiant son cerveau avaient rencontré de nombreuses adhérences entre le cerveau et les méninges (Bonnet). Outre l'intérêt psychiatrique deux faits invitaient à la recherche qui va suivre. Le premier est que ce crime semblait être resté dans l'opinion publique d'une façon plus ou moins vague, à tel point qu'il semble avoir inspiré l'écrivain de Lautremon dans un chapitre des *Chants du Mal-doror*. Le crime est décrit d'une façon onirique et attribué à un bouledogue. L'autre fait étant que la population de la petite ville dans laquelle il avait été commis s'était peu modifiée, étant restée exclusivement agricole. Il fut donc recherché ce qui pouvait rester dans la population des souvenirs de ce crime après plus de 130 ans. L'expérience menée par plusieurs personnes à La Ferté-Alais fut concluante. La grotte était toujours bien connue et la notion du crime était aussi bien connue ; les détails sauvages étaient restés bien présents parmi les gens, même assez jeunes, interrogés. Tous répondaient que c'était une histoire qu'on racontait autrefois et beaucoup qu'ils n'y croyaient pas. On supposait une légende inventée pour effrayer les enfants. Nous avons donc vérifié de façon quasi expérimentale la formation d'une légende, à partir d'un événement dont la charge profondément érotique et sadique a été la cause de la persistance dans le folklore local.

Les documents amenés par la bibliographie sociologique sont d'un grand intérêt pour des aspects divers des recherches de la sociologie. Ne revenons pas sur la sociologie criminologique de l'époque de Lombroso, Ferri, Nisard, Tarde, Durkheim, Lévy-Bruhl, sur les si nombreuses confrontations de

(1) Certaines campagnes de presse à propos de certains crimes méritent d'être comparées à ces faits.

points de vue entre ces auteurs, leurs élèves, les autres écoles (théorie allemande de Hanns Gross, par exemple, héritier de la psychologie judiciaire de Metzger et Platner, contemporaine et sans doute influencée par les études post-hégéliennes et pré-freudiennes sur l'inconscient, philosophie de l'inconscient de Ed. Hartmann). Mais aussi ceux qui sont apportés par la sociologie des études folkloriques, par les études des lois pénales des sociétés dites primitives, par l'étude de l'histoire des lois pénales et de l'histoire des diverses religions (école anglaise Westermarck, Malinovsky, Frazer, etc...). Enfin, l'histoire de la criminologie avant la Révolution française ne doit pas être négligée. (Histoire de Raphaël Lévy d'après Pitaval) Zacchias (cité par Tarde) dans son ouvrage qui date du xvii^e siècle, envisage déjà l'influence de l'épilepsie, de la catalepsie, du somnambulisme, dans la responsabilité pénale. Enfin, nous ne pouvons que rappeler les documents fournis par les possessions diaboliques, les procès de sorcellerie avec examens médicaux, etc...

On ne saurait oublier la recherche bibliographique purement pénitentiaire. Les doctrines appuyant les divers systèmes pénitentiaires depuis l'époque des controverses auburniennes ou pennsylvaniennes jusqu'à l'époque moderne.

Dans un autre ordre d'idées, en ce qui concerne l'alcoolisme, nous avons cité ce qui dans les théories de Legrain mérite d'être retenu et avec quelles réserves légères.

En ce qui concerne les faits particuliers, nous donnerons également quelques exemples. L'étude des tatouages, de l'évolution des tatouages, de cette évolution par rapport à la culture des détenus, à leur « classe », garde un grand intérêt. L'étude des tatouages mérite une place dans la recherche des tests de projection adaptés à la criminologie.

Les théories anciennes de l'école de Turin sur l'insensibilité des délinquants ne sauraient être érigées en règle absolue. Cependant, il est des cas frappants où l'on retrouve ce signe extrêmement évocateur. En particulier dans certains cas de délits ou de crimes, soit purement sexuels soit fortement imprégnés d'érotisme. On trouve dans ces cas, associés aux phénomènes sensitifs lombrosiens, des éléments sadiques, masochistes, des processus d'auto-punition réels.

L'histoire du rôle de l'épilepsie qui a fait l'objet de si nombreux travaux, souvent contradictoires, à cette époque, tant dans les sociétés de psychiatrie que parmi les études de criminologie (par exemple, Ottolenghi et Rossi, disciples de Lombroso, 1897), prend toute sa valeur à la lumière des données modernes sur les encéphaloses. En effet, suivant leurs conceptions, il semble que les auteurs incluaient sous la rubrique épilepsie une foule de crises névropathiques de types très variables qui sont des stigmates de déficit de contrôle des réactions émotives d'ordre constitutionnel et relèvent de la même série que l'énurésie, le somnambulisme, etc... Ceci explique que parmi ses délinquants, Ottolenghi rencontrait 30 % d'épileptiques et dans cette proportion il s'agit le plus souvent (2/3 des cas), « d'épilepsie psychique larvée ». Cette épilepsie expliquait cette impulsion au vagabondage, à la désertion, cette impossibilité de se fixer, d'exercer une profession régulière, qui caractérise tant de criminels : « Beaucoup d'attentats graves ne sont que des formes d'accès d'épilepsie psychique provoqués par des causes occasionnelles, alcool et passions », écrivait cet auteur.

Toujours dans le même ordre d'idées, précurseur de la notion des encéphaloses, les travaux de Kovalevsky sur la psychologie criminelle (Paris 1903). Cet auteur, direct continuateur des idées d'Esquirol, exprime déjà clairement les idées modernes et bien avant les analystes et, lui, d'un point de vue lié à la biologie, parle de la notion d'infantilisme psychologique chez les délinquants. Voici un résumé de son ouvrage :

« A propos du criminel-né, laissant de côté les données anatomophysiologiques de Meynert, il existe un antagonisme permanent entre la couche corticale et les nœuds sous-corticaux, bien que ce soit l'activité de la première qui domine les seconds. Mais si, pour une raison quelconque, le potentiel de la couche corticale faillit et si la puissance de ses manifestations diminue en même temps que la fonction des centres modérateurs et régulateurs qui sont sous sa dépendance, la fonction des nœuds sous-corticaux s'accroît, elle devient la plus forte, la mieux exprimée dans l'économie.

C'est ce qui arrive pendant le sommeil, dans les diverses intoxications qui altèrent surtout l'activité des centres conscients ; c'est ce qui arrive encore dans les différents processus pathologiques qui diminuent l'activité de la couche cérébrale corticale. »

Absence d'utilisation des méthodes de narco-analyse (analyse chimique)

Les études psychologiques ne nous ont jamais amené à employer la narco-analyse (penthotal) sous aucune forme. Ni en tant que moyen de traitement, les conditions ne s'y prêtant pas. Ni en tant que moyen diagnostic. Ni en tant que diagnostic de la simulation.

Nous pensons que la question peut nous être posée de l'absence d'emploi de ces méthodes à l'annexe. Il peut donc y avoir lieu de répondre à l'avance. En même temps, ceci a l'intérêt de fixer l'activité du centre par rapport à un problème d'actualité psychiatrique et criminologique. Ceci explique pourquoi nous nous arrêtons à ce problème malgré le caractère négatif de notre attitude en face de lui.

Il convient d'envisager trois cas :

A. — Narco-analyse employée dans un but de dépistage de la simulation. B. — Narco-analyse employée dans le but d'enrichir l'étude psychologique chez un sujet non simulateur. C. — Narcose employée dans un but thérapeutique.

A. — Narco-analyse employée dans un but de dépistage de la simulation :

1° En ce qui concerne l'examen systématique des inculpés, activité principale de l'annexe, 760 arrivants à Fresnes examinés par l'assistante sociale, parmi lesquels 304 retenus par le médecin. Aucune simulation de maladie mentale. De rares évocations, soit exagérées, soit mensongères, d'un fait pouvant être considéré comme susceptible d'atténuer la responsabilité : presque toujours traumatisme crânien ; en général, par fait de guerre.

Quelques simulations d'affections physiques, quelquefois pour obtenir une réduction de peine, plus souvent peut-être par une névrose, refuge dans la maladie chez les mythomanes. Par conséquent, inutilité de la narco-analyse pour le diagnostic de la simulation.

2° Activité accessoire : 76 détenus de droit commun. Ici la simulation, bien que pas très fréquente, existe ; trois cas sur les 76 nous ont paru être ceux de sujets simulant une maladie mentale. Notre situation en face d'eux était différente de celle que nous avons en face des inculpés. Il s'agissait de condamnés pour lesquels l'Administration pénitentiaire, nous déléguant en somme en tant que médecin spécialiste nous demandait un diagnostic. Nous les avons avertis de cette qualité. La question de l'emploi de la narco-analyse comme moyen diagnostique pouvait donc être posée.

De ces trois sujets, l'un d'entre eux, lucide, évoquait des troubles fonctionnels, un autre adoptait une attitude déprimée, un peu hébétée, répondant aux questions normalement mais lentement et le troisième condamné pour meurtre avec vol, affirmait ignorer ce pourquoi il était en prison et la période de sa vie correspondant au crime. Nous ne voyons pas comment, dans un quelconque de ces cas, l'agitation d'une narco-analyse aurait pu aider au diagnostic.

Par ailleurs et hors de l'activité du centre, nous avons eu l'occasion d'observer des simulateurs en nombre relativement grand : certains ayant même été observés dans des hôpitaux psychiatriques avant d'être réemprisonnés après avoir été confondus. En révisant l'étude clinique de ces cas démasqués par la simple observation prolongée, nous ne voyons absolument pas ce que l'observation d'une agitation créée par le penthotal aurait pu apporter en plus ou en moins au diagnostic entre simulation et non-simulation.

C. — Narco-analyse employée dans un but thérapeutique. Par exemple, pour obtenir une sorte de détente, de relaxation par une chimico-thérapie.

Le mode de fonctionnement du centre ne paraît compatible avec l'emploi de thérapeutiques que dans un nombre de cas très limité. Cas exceptionnels, par exemple, où il semble y avoir lieu de rendre service à un délinquant hospitalisé à l'annexe assez longtemps, en calmant une éventuelle anxiété. D'autres procédés, même chimiques, peuvent alors être employés. Il peut y avoir lieu de craindre que le malade ainsi traité en milieu pénitentiaire craigne qu'on cherche autre chose qu'un traitement.

B. — Narco-analyse employée dans le but d'enrichir l'étude psychologique chez un sujet non simulateur. Par exemple, pour éclairer soit sur les vrais mobiles d'un délit ou d'un crime, soit pour rechercher les causes profondes générales d'une agressivité.

Admettons que nous utilisions cette technique en milieu pénitentiaire. Naturellement elle ne pourrait être appliquée qu'à un nombre limité de cas minutieusement étudiés. On n'imagine pas une étude superficielle, la prise de quelques renseignements et le passage quasi immédiat à l'exploration sous narco-analyse.

Prenons le cas d'un sujet criminel par exemple, dont certains mobiles du crime paraissent mystérieux, en rapport avec une agressivité, dont les sources paraissent inconscientes. Ces cas seront alors longuement suivis. Il y aura eu des enquêtes familiales, la convocation de la famille, la recherche des antécédents, partout où ce criminel a passé. L'observation aura été

longue. Les interrogatoires auraient été menés par des personnes différentes, habituées aux enquêtes criminologiques à des reprises répétées. Les tests auront apporté leur contribution. Celle de la narco-analyse dans ces cas, en nous référant à nos délinquants de ce type, nous paraît loin d'être de tout premier plan.

Voici, par exemple, le cas d'un sujet aux complexes sexuels caricaturaux avec un sado-masochisme énorme, dont les manifestations ne furent révélées qu'après une assez longue réticence.

X... est arrêté, il paraît établi qu'il attire de jeunes garçons, enfants ou adolescents sur lesquels il se livre à des actes impudiques. Il est âgé d'une quarantaine d'années. Il n'a jamais été condamné. Peu de temps après son arrestation, avec une insensibilité apparente digne des descriptions de Lombroso, il avale une quantité de ferraille, dont certains morceaux très longs, dont le poids total pesé après intervention du D^r Masmontel, s'élève à plusieurs centaines de grammes (près de 400 gr.). Pendant son hospitalisation, il aura des vellétés de récidive. Les soins chirurgicaux terminés, ce malade est étudié à l'annexe après un petit épisode consistant à s'enfoncer des épingles à cheveux dans l'anus.

Observé, le contact est obtenu par un accueil et une attitude bienveillants. Dans les interrogatoires rien n'attire l'attention, si ce n'est une énrésie persistant au delà de l'âge 14 ans et une assez grande instabilité. Il autorise une enquête familiale. Celle-ci comporte plusieurs déplacements ; elle est fructueuse. Elle apporte ou confirme l'instabilité, l'alcoolisme par épisode dipsomaniaques, surtout la femme confirme dans la vie conjugale et sexuelle une tendance à la cruauté déjà évocatrice.

L'examen du sujet montre une série de cicatrices abdominales au nombre de 6 ou 7. Cicatrices d'interventions chirurgicales répétées. Nous soupçonnons ce sujet d'être un mythomane de ce type qui simule des affections abdominales. Nous obtenons l'adresse de certains services chirurgicaux où il a été opéré. Puis il est interrogé de nouveau à plusieurs reprises et avec bienveillance. Il avoue et donne la preuve de ses simulations d'affections abdominales. Il simule de la façon suivante, comme la malade que l'un d'entre nous a étudiée avec le P^r Quenu et qui a été présentée à l'Académie de médecine ; ce sujet a le pouvoir de gonfler son abdomen, le distendant de façon énorme et de pouvoir le maintenir ainsi indéfiniment sans troubles respiratoires. Il raconte par ailleurs le plaisir qu'il éprouve à être opéré et il ne fait aucune difficulté pour livrer tous les détails des rêveries sexuelles, des masturbations qui accompagnent ces débauches masochistes. Nous retrouvons d'ailleurs, par quelques enquêtes dans les hôpitaux, les observations, les comptes rendus opératoires, la disparition de certaines de ces « occlusions » quand on employait l'anesthésie générale, enfin, les mensonges qu'il racontait parfois, attribuant par exemple les cicatrices d'une intervention antérieure à des blessures reçues dans des combats. Nous passons sur les confidences complètes obtenues sur d'autres rêveries mythomaniaques, sur le fait qu'il ne peut s'empêcher de mentir.

Voilà donc un cas où les complexes étaient considérables, conditionnant toute la délinquance et toute la vie passée depuis plus de dix ans au moins pour la moitié aux dépens de l'Assistance publique ; que nous aurait

appris de plus la narco-analyse ? N'aurait-elle pas été susceptible de nous aiguiller sur une fausse piste ? Ces mythomanes, nous en avons eu l'exemple, peuvent pendant la narcose présenter une rêverie mythomane encore plus exagérée (1). Si la narco-analyse avait ouvert le champ des explorations, ce malade n'aurait-il pas imaginé un nouveau champ d'action maladif ?

Quelques autres points ont attiré notre attention en milieu pénitentiaire. Les idées sur le sérum de vérité sont très répandues, peut-être plus encore que dans le public. La méfiance de certains détenus entrant pour le service paraît bien due à des notions de crainte plus ou moins vagues de la psychiatrie dans lesquelles les idées populaires concernant la narco-analyse ont une part importante. L'appareil à électroencéphalogramme terrorise véritablement certains détenus malgré tous les efforts faits pour les convaincre. Il faut le passage d'un camarade avant eux pour les rassurer. Naturellement, pour l'examen électroencéphalographique, il est aisé de leur démontrer que leurs craintes sont vaines. Il peut en être autrement après une phase de sommeil provoquée, réputée fertile en confidences. Une véritable coupure n'est-elle pas à craindre dans une prison entre les détenus et l'annexe du fait d'une véritable crainte collective des explorations indirectes ?

Enfin, est-il interdit de penser qu'après quelques expériences des détenus cultivés estimeront que le procédé est parfaitement exploitable à leur profit ? Un sujet ne peut-il pas dans certains cas préparer astucieusement ses réponses, voire même son état psychique et proclamer dès les premières bouffées de narcose, voire même beaucoup plus avant dans la narcose, tout ce qu'il juge utile à la psychologie de sa défense ?

Sans doute sur ces points nombre de nos collègues, médecins d'autres annexes, ayant la pratique de la psychiatrie pénitentiaire de détention, exprimeront-ils leur opinion ou même communiqueront-ils les résultats de leurs expériences.

Les études électroencéphalographiques

Une foule de faits, de constatations, comme d'intéressantes hypothèses désignent l'examen électroencéphalographique comme une épreuve de tout premier plan en criminologie (2).

Les faits sont : l'extrême fréquence des anomalies mentales rencontrées parmi des délinquants récidivistes ou impulsifs (délinquants sexuels), comme le montrent les recherches sur l'énurésie, le somnambulisme, les troubles de la parole. Or ces sujets présentent aussi des grandes crises nerveuses de types très variables : colères d'une extrême violence, agitations convulsives, crises d'énervement, crises accompagnées de courtes périodes de confusion mentale, etc...

(1) Tel mythomane observé au Val-de-Grâce par le Pr agrégé E. Carrot, qui à l'état normal se disait capitaine et avait accompli des actes de résistance, exprimait sous narcose une mythomanie beaucoup plus riche et invraisemblable que celle de l'état normal.

(2) J. Delay, G. et J. Verdeaux. L'électroencéphalographie dans le diagnostic des « crises nerveuses » — *Progress médical*. 24 novembre 1950.

S'il est vrai que la crise épileptique typique est rarement constatée, certaines de ces crises semblent parfois présenter des formes de passage ou simulant l'épilepsie psychique et nombre de publications signalent des anomalies du tracé encéphalographique dans beaucoup de ces crises, tracés en général non comparables à ceux que l'on rencontre chez les épileptiques.

Or ces sujets sont parmi ceux qui présentent la délinquance la plus récidivante, la plus incorrigible ; ils sont parmi ceux dont l'inadaptation sociale est maxima. Par leur nombre, déjà, ils intéresseraient donc la science pénitentiaire, mais ils l'intéressent aussi par les particularités de leur comportement. En effet, l'inadaptation, l'impulsivité, restent dans bien des cas aussi marquées en prison qu'au dehors. Bien plus, dans bien des cas la claustration aggrave les crises, augmente leur nombre, leur violence, alors que dans quelques cas l'exercice d'une occupation peut les diminuer d'une façon très sensible. On voit donc les difficultés que causent, pour l'administration, les troubles impulsifs de ces malades. D'où l'importance de la réunion de tous les éléments nécessaires à leur détection. Importance également du point de vue de la thérapeutique telle qu'elle peut être organisée dans des centres, tels que celui de Château-Thierry par exemple.

Organisation pratique. — Grâce au Pr Delay un accord a pu être réalisé avec le D^r et M^{me} Verdeaux, spécialistes des recherches électroencéphalographiques à la clinique des maladies mentales. Nous ne saurions trop les remercier de l'aide qu'ils ont bien voulu apporter aux recherches criminologiques par pur intérêt scientifique. Ainsi, chaque semaine une séance au laboratoire du D^r Verdeaux est consacrée à l'examen de détenus de Fresnes.

Le nombre de détenus examinés est de 3 par semaine. Nombre naturellement beaucoup trop petit eu égard au nombre des détenus à Fresnes et à l'importance de la recherche, mais correspondant aux conditions les meilleures que nous ayons pu réunir jusqu'à maintenant.

Le choix des détenus se heurte à un certain nombre de difficultés dont il faut souhaiter la résolution progressive. Tout d'abord, il paraît actuellement nécessaire de n'envoyer que des détenus condamnés. En effet, les prévenus sont sous l'autorité du juge d'instruction et non pas sous celle de l'Administration pénitentiaire. Il appartient à ce dernier par exemple, sur la demande d'un expert nommé par lui, de faire procéder ou d'autoriser à ce qu'on procède à l'examen. Si l'expert fait procéder à l'examen, le résultat reste alors dans son dossier d'expertise et ne peut compter parmi les recherches de l'annexe.

Même dans le cas pour lequel le médecin de l'annexe étant lui-même désigné pour procéder à l'expertise d'un prévenu examiné à l'annexe et obtient de ce fait l'accord du juge d'instruction, certaines difficultés persistent tenant par exemple à ce que dans ce cas le personnel devant accompagner le détenu à l'examen ne peut être celui de l'Administration pénitentiaire puisqu'il s'agit d'un prévenu.

Les recherches sont donc plus facilement effectuées chez des sujets condamnés. Tout d'abord, il est nécessaire que ces condamnés n'aient point fait appel ou alors les mêmes difficultés que pour les inculpés sont rencontrées. Enfin, il est nécessaire de tenir compte des conditions à observer tenant au

milieu de l'hôpital psychiatrique Sainte-Anne. Il ne serait pas indiqué que les détenus soient amenés dans les couloirs réunissant les salles d'hospitalisation enchaînés, mais ils doivent se présenter comme des malades ordinaires, tout au plus accompagnés d'un gardien.

La direction de ces séances par l'assistante sociale réalise bien cette conception demandée par les médecins de la clinique des maladies mentales. Cependant ceci impose l'élimination de quelques sujets dont il faut craindre les réactions brutales en vue d'une évasion, malgré que bien souvent l'examen complet de ceux-ci en bénéficierait beaucoup.

La même objection a été soulevée à propos des relégués, certains relégués pouvant être de passage à Fresnes pour des raisons variables. On craint dans certains cas, mais non toujours à juste titre, une tentative d'évasion. Ceci est d'autant plus regrettable que ces relégués, délinquants itératifs et impulsifs par excellence, fournissent des proportions d'anomalies mentales encéphalographiques parmi les plus élevées chez les délinquants.

Restent donc d'autres condamnés. Les condamnés en flagrant délit fournissent eux aussi de nombreuses formes où règnent l'aboulie, l'impulsivité et même les encéphaloses. Mais ils sont souvent condamnés à de petites peines qui peuvent être terminées le jour du rendez-vous : ils sont très souvent classés rapidement et peuvent ne pas se prêter à un examen qu'ils estiment inutile puisqu'ils vont sortir bientôt.

Le choix des sujets à examiner a été fait pour les premières semaines en recherchant dans les archives de l'annexe ceux qui inculpés lors de leur examen étaient maintenant condamnés et à un temps de condamnation relativement long, et chez qui, d'autre part, l'examen clinique et l'étude des antécédents avaient déjà rencontré des anomalies.

De Craene et Alexander dans leur rapport sur les annexes psychiatriques souhaitent que les annexes soient mises à même de pratiquer dans le cadre pénitentiaire les méthodes d'investigation les plus modernes, telles que la ventriculographie et l'électroencéphalographie.

L'examen électroencéphalographique en milieu pénitentiaire nous paraît souvent souhaitable du fait de sa grande facilité, de son caractère absolument inoffensif et des résultats déjà acquis tant en France qu'à l'étranger. Il peut être répété autant de fois qu'il est nécessaire sur un même sujet sans aucun inconvénient. Enfin, les critères de normalité sont bien établis, bien codifiés.

L'emploi théorique de la ventriculographie a bénéficié de l'apport des constatations italiennes lors du dernier congrès de criminologie (rapport Pende et constatations de ses élèves Sellina Gualco et Sebastiano Maymone). Encore ne s'agit-il dans ces publications que de recherches radiologiques sans l'emploi de la ventriculographie. Adoptant notre conception d'encéphalose, étant le terme à la notion de diencéphalose, le P^r Pende plaide, en somme, implicitement en faveur de l'intérêt que pourrait avoir l'exploration du troisième ventricule dont le plancher est le diencéphale.

La ventriculographie nous semble cependant d'un intérêt beaucoup plus limité que l'électroencéphalographie. D'une manœuvre plus difficile, néces-

sitant l'œuvre de médecins longuement spécialisés et pouvant donner des résultats d'une interprétation souvent plus discutable. L'organisation radiologique est donc à souhaiter dans le sens des recherches de Pende.

Avenues et attitudes thérapeutiques

Les conditions de fonctionnement du centre parmi le très abondant recrutement des prisons de Fresnes, ne permettent pas, naturellement, l'organisation de psychothérapies méthodiques ou de toute autre longue thérapeutique. Par conséquent, ce qui va suivre n'est pas l'exposé d'une thérapeutique, mais de ce que comporte de thérapeutique une attitude, une manière d'être. Cependant, il nous paraît que le sentiment d'être un clinicien totalement objectif devant être l'élément moteur de l'attitude du psychiatre, la recherche des causes de la délinquance, leur découverte, quand elle a lieu, s'accompagnent immédiatement de la volonté de réforme, de guérison. L'attitude vis-à-vis du détenu mérite une attention particulière. Tout d'abord, toute attitude méprisante ou réprobative nous paraît vaine, illogique, même si elle n'est pas voulue. Elle ne doit être ni guindée, ni supérieure, ni exaltée.

L'exploration doit être totalement neutre. Le contact établi « de plain-pied » ; le sentiment d'objectivité initial doit être le même que celui du sociologue qui explore les mœurs, coutumes, vie morale d'une tribu mélanésienne par exemple. Ici, attention, il ne s'agit pas d'adopter une attitude sceptique vis-à-vis de la légitimité de la répression du délit, soit en trompant le détenu sur nos véritables sentiments, soit en affichant une attitude démagogique induisant plus ou moins le délinquant à considérer qu'il n'est qu'une victime et voir la solution de tous les problèmes fixés à ce diagnostic de victima. Toutes ces formes seraient des déviations de ce que nous préconisons.

La sympathie cordiale, la familiarité de bon aloi, du type de celle que peut avoir un médecin de corps de troupe vis-à-vis des jeunes soldats, ne sont pas des excuses à la délinquance. Il n'y a pas d'équivoque sur ce point. Le délinquant comprend notre rôle de chercheur, d'explorateur, inquisition purement scientifique. Or le prestige de la recherche scientifique patiente et sans le moindre calcul intéressé, demeure immense chez tous les délinquants, comme en général, chez tous les gens du peuple.

Notre attitude est celle qui nous paraît adaptée à faire comprendre ce que nous sommes réellement, ce que le délinquant assimile rapidement.

Il n'est guère d'exemples pour les sujets suivis quelque peu, que cette attitude, extrapolicrière, extrajudiciaire, purement scientifique dans son inquisition, ne rencontre, et ceci dans n'importe quelle forme de délinquance, un désir de collaboration.

Elle a le privilège d'éveiller dans tous les cas un intérêt plus ou moins marqué, mais qui est déjà un intérêt scientifique de bonne volonté. Cette collaboration invite en quelque sorte le sujet à sortir de ses habitudes et à contempler sa vie, ses actes depuis l'enfance, d'une façon tout à fait objective, comme sur un écran cinématographique.

Un point indispensable est tout d'abord d'avoir une grosse expérience de la clinique criminologique et de la clinique pénitentiaire. Savoir que nombre de délinquants peuvent mentir ; il faut savoir déceler là et pourquoi ils mentent. Ils reconnaîtront facilement la légitimité de nos suspicions. Bien connaître les aspects de la mythomanie et de la simulation. Un médecin facilement joué par un simulateur n'entraînera jamais un délinquant dans la voie de la recherche et de la confiance objectives. Par contre, une connaissance scientifique du comportement de la vie instinctive, des anomalies mentales, des névroses infantiles qui fera toucher du doigt bien des points du passé du délinquant que celui-ci reconnaîtra vrais, déclenchera aussitôt une sorte de prestige confiant, véritable cachet, véritable témoignage de l'authenticité de la recherche scientifique.

A partir de ce point de départ, il nous est apparu que l'apport à la conscience de faits pathologiques dont l'importance était ignorée, d'anomalies mentales, même la révision de tares familiales d'une façon tout à fait objective, la précision dans les déficits des contrôles, les anomalies de la volonté, bien loin de provoquer le découragement, renforçaient la conscience et la volonté par la meilleure connaissance de soi-même jusque dans les zones instinctives et inconscientes.

Nous possédons beaucoup d'exemples de ces cas. Ceux qui, après l'emprisonnement viennent nous dire : « Je désire être soigné, je désire être interné » (1), appartiennent à ce groupe. Surtout ces cas sont nombreux relativement à notre fonctionnement dont l'action est centrée sur le dépitage et où le contact avec le délinquant est rarement prolongé.

Il se produit des phénomènes analogues à ceux qu'ont décrits les psychanalystes et qu'ils ont désignés sous des vocables variables, par exemple, comme le dit R. de Saussure : « De faire revivre les émotions hallucinées afin de détruire leur pouvoir pathogène. » Avec cette différence que pour nous il s'agit non seulement de renforcer la conscience par la connaissance d'émotions acquises devenues subconscientes, mais encore et surtout de faire connaître l'inconscient et l'instinctif en ce qu'ils ont de constitutionnel et même d'héréditaire.

Problème qui touche à la vertu thérapeutique de la connaissance de soi-même, mais qui nécessite, par conséquent, l'approfondissement de la psychiatrie des troubles du comportement social. Il faut naturellement très bien connaître la bio-psychologie de la délinquance avant d'utiliser sa révélation en thérapeutique. Cette collaboration s'inspire des règles sur lesquelles a insisté M. Baruk. C'est-à-dire avoir une attitude toujours loyale, ne pas tromper, ne pas faire de fausses promesses, ne pas abuser de sa propre situation vis-à-vis du délinquant. L'objectivité comporte une loyauté absolue. Toute tromperie rompraît la collaboration. Tous problèmes qui sont spécialement étudiés dans la Commission des sciences morales de la Société de criminologie (2). Evidemment, nous ne pouvons pas apporter de statisti-

(1) Ils sont peu nombreux sans doute, mais incontestables et dans des cas où après enquête, tout utilitarisme, toute nouvelle « affaire » est hors de cause. Evidemment, il faut les distinguer de ceux qui recherchent l'internement parce qu'ils redoutent une nouvelle inculpation.

(2) Voir les comptes rendus de cette Société présidée par le R. P. Vernet.

ques puisque les conditions de fonctionnement ne sont pas celles de longues thérapeutiques. Nous avons tenu, néanmoins, à suggérer la collaboration thérapeutique que nous apportait l'expérience et les modalités du contact que nous avons établi avec le délinquant. La voie restant ouverte à toute confrontation.

Conclusions

Cette expérience menée parmi le recrutement que nous avons défini apporte des conclusions qui valent pour ce recrutement, les résultats sont assez nets pour prouver que nous ne disposons pas de moyens suffisants pour que, tant en surface qu'en profondeur, les problèmes qui mériteraient qu'on s'y intéresse soient abordés. A chaque instant nous sommes obligés de faire un choix parmi la foule des sujets d'intérêt qui s'offrent.

Dans ce rapport nous nous sommes efforcé de confronter l'activité du centre avec le plus de problèmes possible (tests, études historiques, narco-analyse, électroencéphalogramme, etc...). Nous n'oublions pas ceux que nous n'avons pu aborder : anthropologie proprement dite (di Tullio), bio-typologie (Dublineau), ni les travaux qu'ils suscitent.

Du point de vue statistique, en même temps que du point de vue de l'utilité immédiate pour l'Administration pénitentiaire, le fait essentiel déjà exposé est le suivant :

Les anomalies encéphalopathiques se rencontrent avec une proportion impressionnante, chez les sujets ayant présenté des antécédents de délinquance infantile. Chez les autres délinquants, elles sont retrouvées en nombre anormalement grand, mais nettement moindre.

C'est chez ces délinquants à délinquance précoce qu'on rencontre à l'âge adulte la délinquance la plus récidivante, d'une part, la plus impulsive, d'autre part, pour laquelle s'extériorisent le mieux les déficits des contrôles supérieurs.

D'une façon exagérément schématique, mais très proche de la réalité, tout se passe comme si la masse des délinquants était formée :

1° D'un noyau permanent caractérisé par les anomalies psychiques encéphalopathiques ayant présenté des troubles du comportement social plus ou moins pervers dès l'enfance, et qui donne les cas les plus récidivants (relégués) ou les plus impulsifs ;

2° D'une masse surajoutée dont les anomalies psychiques sont souvent mais non toujours moins nettes, voire même inapparentes, où se rassemblent les auteurs de délits, soit occasionnels, soit se produisant à des intervalles éloignés, peu récidivants, ou assez peu récidivants pour que la répétition des condamnations n'entrave pas une vie sociale plus ou moins adaptée.

Ce sont naturellement les sujets de la première catégorie qui seront le plus souvent rencontrés parmi les relégués, parmi les sujets souvent condamnés à de lourdes peines.

II^e RAPPORT SUR L'ANNEXE PSYCHIATRIQUE DES PRISONS DE FRESNES ⁽¹⁾

Par le Dr M. BACHET, M^{lle} FLEURY et C. WEISS

INTRODUCTION

Ce rapport fait suite au rapport concernant les neuf premiers mois de fonctionnement. Son volume est moins important. En effet, le premier devait exposer toutes les conditions de fonctionnement ; locaux, personnel, problèmes de prises de contact, de mise en observation, d'enquête familiale — fonctionnement par rapport aux différentes catégories de détenus — certificats concernant les inculpés — rapports avec les experts — problèmes des étudiants assistants à l'annexe — problèmes généraux — travaux concernant les tests, la bibliographie, l'histoire et les doctrines.

On se reportera donc à la Revue Pénitentiaire et de Droit Pénal n° 7 à 9, juillet et septembre 1951.

D'autre part, le rapport actuel évitera les redites quant aux résultats de l'activité déjà exprimés dans le précédent. Il s'étendra surtout soit sur les activités nouvelles, (stage, quartier disciplinaire) soit sur les nouveaux résultats acquis (électro-encéphalographie par exemple)... (2).

Enfin, il est des recherches pour lesquelles le travail accompli en 1951 aura pu être utile, mais dont il ne sera pas question parce qu'elles demandent à être étendues pendant plusieurs années (par exemple du caractère spécifique ou non du délit, résultats de certains tests, spécificité éventuelle du milieu carcéraire pour l'élaboration d'un test de projection, etc, etc...).

Nous avons donc surtout développé quelques points précis, nous réservant de recourir à des adjonctions.

La visite médicale systématique de tous les détenus

Dans notre précédent rapport, nous avons exposé pourquoi tous les « arrivants » à Fresnes ne pouvaient être soumis à l'examen médico-psy-

(1) Voir Revue 1951, page 658.

(2) Ces résultats feront l'objet d'un prochain travail consacré à l'électroencéphalographie.

chologique (1). Nous avons exposé tous les motifs qui amenaient le délinquant à l'examen médical, motifs les plus divers (nature du délit, maladies antérieures, antécédents infantiles, caractère particulièrement récidivant du délit, signalement de sources diverses, administratives ou médicales, etc...). Ceci afin de nous rapprocher le plus possible de la détection de toutes les anomalies ou même des maladies mentales ; nous avons exposé à ce point de vue l'imperfection de nos recherches due à la disproportion entre nos possibilités et l'importance de l'effectif masculin de Fresnes.

Le premier rapport exposait que pour 760 « arrivants », l'assistante avait recherché les motifs de présentation à la visite médicale, qu'ainsi 304 cas avaient été retenus. Nous avons ainsi sur ces 304 cas réunis 151 cas de sujets présentant des anomalies encéphalopathiques retrouvées soit par l'examen, soit par la recherche des antécédents infantiles. Cette proportion déjà importante prenait toute sa valeur lorsqu'on la confrontait avec l'existence de troubles du comportement social nets dans l'enfance, pour plus de la moitié des cas, ces troubles infantiles ont été confirmés au minimum par le passage devant un tribunal pour enfants. *Ainsi la corrélation était frappante entre, d'une part, l'existence de troubles bio-psychologiques et, d'autre part, la précocité de la délinquance.* Les délinquants ayant présenté des troubles du comportement social dans l'enfance sont retrouvés porteurs de ces troubles groupés sous le nom d'encéphaloses dans 67 % des cas.

Nous allons donc exposer immédiatement les recherches qui ont suivi, dont le protocole général est la visite médicale de tous les entrants (sauf cas de refus ou d'autre impossibilité) sans sélection préalable par l'assistante.

Nous avons profité, d'ailleurs par hasard, de périodes pendant lesquelles le nombre des entrants était moindre qu'en 1949. Tous les entrants de 4 jours par semaine, par exemple, étaient présentés à la visite médicale sans sélection préalable.

Ainsi ont été examinés 236 entrants à Fresnes, prévenus pour la plupart. Ceci pendant une période de plusieurs mois.

Deux registres spéciaux ont été consacrés à la schématisation de leur groupement. Les rubriques ont été les 22 rubriques du présent rapport (depuis l'âge, profession, jusqu'aux rubriques de vie familiale, vie pathologique, antécédents, grands événements sociaux, etc...). Ce travail systématique n'a pas interrompu les autres objets de recherche (examens de nombreux condamnés, missions confiées par l'Administration, examens systématiques des cas les plus graves, meurtres, etc..., enquêtes systé-

(1) Nous rappelons que cet examen n'est pas obligatoire. On se reportera quant aux conditions de cet examen au rapport précédent.

matiques concernant les attentats aux mœurs, etc...). Il a dû être mené parallèlement.

Cet examen systématique a fourni des résultats nombreux. Certains seront gardés en réserve pour être associés à ceux de travaux précédents ou à venir (captivité, déportation, similitude ou non similitude des délits chez les récidivistes ; corrélations diverses avec les résultats fournis par l'électro-encéphalogramme, etc...).

Nous exposerons :

1° Les résultats en ce qui concerne les signes d'encéphalose. Sur 236 cas : 67 cas groupés d'encéphaloses. Pour 40 cas, il s'agit d'énurésie prolongée au delà de l'âge de 6 ans, soit isolée, soit associée au somnambulisme, bégaiement.

Pour 27 autres cas, il s'agit surtout de troubles de la parole manifestés au moment de l'examen, d'onychophagie nettement anormale, au moment de l'examen, plus rarement de somnambulisme, à condition que pour ces associations morbides, leur importance soient nettement pathologiques ; plus rarement aussi de crises, soit franchement épileptiques, soit non épileptiques, mais dont il est cependant tenu compte du fait de leur répétition, de la notion d'examen dans l'enfance quelquefois obtenu, de leurs associations morbides.

Nous ne pouvons ici reprendre le problème de la technique de la recherche de ces signes, des précautions minutieuses exposées dans notre précédent rapport et par l'un d'entre nous au Congrès de Rome. L'étude des corrélations d'une vie sociale et pathologique d'épileptoïde, les enquêtes familiales (1). Enfin surtout la façon de poser les questions, de les grouper, de les disséminer évite de montrer l'intérêt qu'on porte à telle ou telle recherche qui nécessite un interrogatoire d'autant plus long qu'il est plus objectif.

Ainsi plus d'un quart des arrivants présente ces signes dans la mesure où nos investigations permettent de les déceler. C'est-à-dire dans une mesure insuffisante. Environ 17 % ont été atteints d'énurésie prolongée au delà de l'âge de six ans, ceci avec la même réserve concernant l'insuffisance de nos investigations.

2° Résultats en ce qui concerne la délinquance de l'enfance. Sur 236 cas, 55 cas de délinquance infantile reconnue. La plupart du temps avec au minimum passage devant un tribunal pour enfants, quelquefois actes graves, vols ou fugues répétés. Là encore, il faut tenir compte d'une cause d'erreur probablement presque exclusivement par défaut.

(1) Les enquêtes familiales ont eu lieu comme il a été exposé dans le précédent rapport. Souvent en demandant le contact avec les familles dans un service hospitalier.

Un certain nombre de délinquants se refusant sans nul doute à révéler ses antécédents. Donc proportion d'un quart (à peine) de délinquance infantile.

3° Comparaison entre stigmates et délinquance infantile. Les chiffres confirment les conclusions de notre précédent rapport. Sur les 55 délinquants à début infantile, 29 fois nous avons rencontré les signes de la série ; la plupart du temps, énurésie, soit simple, soit associée et alors presque toujours aux troubles de la parole, soit quelquefois des troubles de la parole isolés (ehuintement, zozotement, bégaiement, etc...) existant encore lors de l'examen.

La corrélation est donc frappante en comparant les chiffres suivants sur 236 cas d'arrivants examinés, sans aucun choix préalable, 67 cas d'anomalies signalées soit environ 28 %.

Sur 55 délinquants à début infantile, 29 cas soit environ 53 %.

Cette comparaison vient donc à l'appui des constatations précédemment énoncées.

Contact avec le quartier disciplinaire

Les visites psychiatriques systématiques au quartier disciplinaire ont débuté fin octobre 1951. Elles ont lieu régulièrement une fois par semaine, quelquefois plus pendant les périodes d'étude (période du stage des éducateurs). Au tout début de 1952 on pouvait tenir compte de 9 visites, 67 détenus du quartier disciplinaire avaient été examinés.

Au cours de chaque visite la totalité de l'effectif qui atteint parfois 20 détenus ne peut être examinée ; nous nous efforçons d'examiner à chaque fois un chiffre se rapprochant de la moitié de l'effectif.

Le choix des sujets examinés se fait de la façon suivante : les détenus peuvent être signalés par la direction, par les services de médecine générale visitant le quartier disciplinaire, quelquefois par d'autres membres du personnel pénitentiaire. Il est intéressant de noter que certains cas ont été signalés par l'expert commis par le tribunal.

Nous voyons systématiquement les détenus condamnés à de longues peines au quartier disciplinaire.

Nous nous efforçons de voir tous les sujets dont le motif de punition au quartier disciplinaire a été une crise de colère, un acte de violence, une bataille, etc... On conçoit que de tels motifs évoquent plus la nécessité d'un examen psychiatrique que de menues infractions au règlement, l'usage d'un objet interdit ou le recours à des « combines » défendues.

Nous voyons également les détenus déjà connus à l'annexe pour présenter des anomalies mentales ainsi que les détenus condamnés à des peines disciplinaires de façon itérative.

Enfin, il faut ajouter à ces examens réglementés des examens pour lesquels le choix des détenus se fait absolument au hasard, sorte d'enquête comparative par rapport aux catégories signalées plus haut.

Naturellement les cas exceptionnels où un jeune délinquant de la M. E. S. vient au quartier disciplinaire, font partie de notre effectif.

La visite a lieu dans un bureau, pièce chauffée, permettant éventuellement l'examen de médecine générale ; cet examen se fait suivant les règles médicales, dans un tête-à-tête exclusif entre le ou les médecins d'une part et le détenu d'autre part. Dans quelques cas exceptionnels le détenu a été vu dans sa cellule, éventualité rarissime.

Les buts de cette visite, par rapport au travail de psychiatrie pénitentiaire exposé dans le précédent rapport sont centrés par les points suivants :

1° Elimination des détenus présentant des psychoses franches, des états de démence au sens du Code, qu'un comportement anormal aura pu conduire au quartier disciplinaire.

2° Etude des relations entre certains motifs de punition par impulsivité, par violence et les anomalies mentales fréquentes chez les détenus.

3° Commencement de l'étude plus délicate, plus longue de l'incidence de la sanction pénitentiaire et de son application sur les détenus.

Quel est le bilan de ces deux mois et demi d'activité ?

En ce qui concerne le premier point, trois malades mentaux très gravement atteints ont été dépistés, étudiés et dirigés en milieu psychiatrique. Cet examen avait d'ailleurs été demandé dans les trois cas par la direction. L'un d'entre eux avait été signalé à la fois par la direction et par l'expert près du tribunal, venu pour le visiter le jour même. Pour deux d'entre eux, il s'agissait d'états confuso-oniriques, l'aspect pour les deux était celui d'un délirium tremens. L'alcoolisme était présent dans les deux cas, avec une importance inégale. Pour l'un la cause occasionnelle du déclenchement du délirium tremens avait été de façon très nette l'émotion de l'inculpation et de l'incarcération. Enfin le troisième cas était celui d'un Nord-Africain présentant un état paranoïde avec un très gros trouble du courant de la pensée.

Beaucoup plus nombreux furent les sujets étudiés parmi lesquels se révélaient les anomalies mentales marquées par la précocité de la délinquance, son caractère réitéré, la prédominance des réactions impulsives, le déficit du contrôle ; anomalies psychiques sur lesquelles nous avons insisté. Il est particulièrement intéressant de noter que pour eux le motif de la sanction disciplinaire (violences, colères, évasions-fugues d'un chantier extérieur alors que la peine était presque terminée, etc...) s'inscrivait dans la même perspective que le trouble du comportement

social général. Ce trouble se retrouvait souvent dès l'enfance, souligné par l'existence d'autres troubles neuro-psychiatriques ou même d'anomalies à l'électro-encéphalogramme. Il est remarquable de noter que ces sujets sont souvent condamnés à de très lourdes peines disciplinaires, ce qui s'explique par la nature des actes (violences, évasions, etc...). De même, c'est parmi eux que nous rencontrons les cas où les séjours au quartier disciplinaire sont itératifs.

Il se confirme donc bien que les constitutions favorisant les troubles du comportement social en général, les favorisent également en prison, surtout pour les cas où les anomalies constitutionnelles sont très marquées.

Il se confirme donc bien que dans certains cas il existe une véritable sélection spontanée offerte par l'étude des sujets rassemblés au quartier disciplinaire.

Un certain nombre de ces sujets, après avoir été étudiés au quartier disciplinaire, ont été étudiés à l'annexe ; certains ont été choisis pour passer un électro-encéphalogramme, jusqu'à présent deux de ces sujets ont subi cet examen, pour l'un il était normal, pour l'autre très anormal. Notons qu'un détenu examiné au quartier disciplinaire, a ensuite refusé d'être examiné à l'annexe.

En ce qui concerne le troisième point, on ne peut encore tirer de conclusions précises d'une si courte expérience.

Nous nous efforçons d'étudier les réactions vaso-motrices dépressives, causées par les longues peines disciplinaires. Nous avons du en interrompre certaines par un séjour à l'annexe psychiatrique. Nous avvertissons, d'ailleurs le détenu que cette interruption n'est pas l'équivalent d'une suppression de sa peine disciplinaire.

A côté de la réaction psycho-physiologique à la claustration, nous sommes efforcés de recueillir le plus d'éléments possibles concernant la sanction. Cette étude est très délicate et nécessitera nombre de confrontations dans l'avenir ; elle portera sur les points suivants : réaction du détenu, jugement, sentiment, revendication. Cette étude gagnerait à être accompagnée par les épreuves des tests de jugement. Ces tests (voir notre chapitre consacré aux tests ainsi que le précédent rapport), s'ils ne sont pas des tests de délinquance et de pronostic de délinquance nous paraissent prendre dans cette étude localisée une valeur importante.

Les difficultés au sujet desquelles nous avons fait allusion dans notre précédent rapport au sujet des Nord-Africains (1) se retrouvent ici :

(1) Problèmes posés par la présence des détenus Nord-Africains.

- Grande difficulté de contact ;
- Manque d'une expérience de clinique ethnologique ;
- Manque de connaissance de leur condition de vie.

Ce problème de l'importance relative du nombre des Nord-Africains au quartier disciplinaire ne manquera pas cependant de nous arrêter plus longuement.

Ce début de recherche, riche seulement d'une dizaine de visites, confirme en somme des impressions. Il indique surtout dans quelles voies multiples (biologiques, ethno-sociologiques, psychologiques et morales) le quartier disciplinaire est un véritable révélateur et parmi les plus précieux.

Stage à l'annexe

Pour la seconde fois nous avons reçu des stagiaires, futurs éducateurs pour centrales réformées à l'annexe psychiatrique.

La première fois leur effectif était surtout composé de futures éducatrices ; la plupart d'entre elles ayant une longue expérience pénitentiaire acquise à Haguenau. Cette première utilisation de l'annexe pour l'enseignement posait des problèmes que nous nous sommes efforcés de préciser, de serrer de plus près la seconde fois.

Le rôle futur des stagiaires se place en général dans les centrales réformées, parfois dans les centres de relégués. Parmi les problèmes qui se poseront à eux, l'un sera celui du contact avec les détenus. La durée du stage à l'annexe était d'un peu plus de un mois. A deux séances de travail par semaine (mardi et vendredi), la totalité ne dépassait guère huit séances.

Que pouvait apporter le fonctionnement de l'annexe dans ce temps assez court ?

D'autre part, notre fonctionnement consiste à rechercher des troubles ou anomalies mentales chez les délinquants. Etudes bio-psychologiques pour rechercher ce qui sépare les délinquants ou certains délinquants de l'homme normal. En somme un rôle médical ou médico-psychologique.

La thérapeutique, la psychothérapie, n'est pas systématisée, elle se borne à l'application des règles de conduite envers le délinquant, précisées dans notre précédent rapport, d'autre part, s'efforce d'éviter les erreurs allant à l'encontre de la psychothérapie.

Par conséquent :

Il fallait tenir compte de ce que nos stagiaires n'étaient pas médecins. Il fallait éviter l'écueil suivant : ne leur faire retenir que les anomalies psychiques ou biologiques (électro-encéphalogramme) retrouvées

particulièrement chez les délinquants. Technique qui, au cours d'une si courte expérience, aurait abouti dans leur esprit à se borner à la découverte de stigmates, c'est-à-dire, à stigmatiser le délinquant. Or l'activité de l'annexe est précisément la recherche de ces témoignages d'anomalies.

Nous nous sommes efforcés de développer l'objectivité de l'examen sur tous les points, et d'éviter toute idée préconçue. Nous avons procédé de la façon suivante :

Tous les stagiaires étaient mis en face d'un détenu. En général, les détenus étaient choisis parmi ceux qui étaient bien connus de l'annexe ; parfois cependant et à dessein nous choisissons des inconnus. Le stagiaire restait à converser tout le temps jugé nécessaire. Pouvant même, s'il le désirait, avoir le détenu une seconde fois. Puis il réfléchissait, mettait en ordre ses notes ou même rédigeait sa présentation.

L'exposé avait lieu devant l'assemblée. Puis la critique. La durée était d'un temps variable 3/4 d'heure à 1 heure 1/4, exposé et critique.

Cette méthode ainsi expérimentée, nous n'avons pas manqué d'être très attentifs à ses résultats, de les réviser. Les enregistrements ont été précieux à cet effet (1). De même nous avons eu soin de les critiquer entre nous, d'exposer leurs inconvénients.

Il faut signaler l'objection que nous avons retenue, Les plonger brusquement dans ce contact sans « qu'ils sachent exactement ce qu'on attend d'eux ». Sans qu'on leur ait dit plus que quelques phrases : « Voici un délinquant emprisonné. Qu'est-ce qui le différencie de la grande majorité des gens qui ne sont pas des délinquants emprisonnés ? Recueillez tout ce que vous pourrez sur tous les terrains ».

Le résultat au début est un désarroi. Naturellement très différent de durée et d'intensité suivant les stagiaires. Il est apparu nettement plus marqué, en général, chez les stagiaires féminins, surtout chez les jeunes.

On peut reprocher aussi une perte de temps. Aucun plan comportant un certain nombre de questions ne leur est fourni. Aucune indication quant aux questions qu'ils doivent poser. Certains ou certaines traduisent cet embarras « Qu'est-ce que je vais leur dire ? Qu'est-ce qu'il faut faire ? ».

Vaut-il mieux orienter la conversation ? Vaut-il mieux leur donner un schéma ? Ou tout au moins quelques points de repère. Même le premier rapport sur le fonctionnement de l'annexe ne leur a été fourni qu'à la fin du stage.

(1) Enregistrement au dictaphone dans un but de révision pour une nouvelle discussion.

La fidélité à cette technique pour ce second stage est due à la crainte, surtout envisagée par l'un d'entre nous, des faits suivants. Il est à craindre que si les indications sont fournies avant l'examen et l'exposé, ces points de repère prennent alors une valeur souvent démesurée ou fautive. Le désarroi dans la plupart des cas demeurera. Il sera seulement masqué par la découverte et l'exploitation d'une rubrique de la liste. Découverte le plus souvent mal appréciée, souvent exagérée dans son importance, et dont le thème risque de demeurer dans tout ou partie d'une carrière pénitentiaire au titre d'une conception simpliste et dont il faut redouter l'hypertrophie.

Ainsi nous avons laissé persister l'embarras de la liberté de la recherche.

Il en est résulté des exposés hésitants, surtout au début. L'appel aux notions répandues d'une façon non critiquée (alcoolisme, enfant trop gâté, sévérité du beau-père, « il a manqué une main de fer », « complexe d'infériorité », « instabilité », manque de courage étant jeune, paresse à l'école).

D'une façon générale, la tendance était d'affirmer avoir trouvé une explication à la délinquance. Cette explication apportée avec plus ou moins de conviction. Mais au début évoquant des conceptions un peu romancées de la délinquance. Les conceptions qu'à tort ou à raison on est habitué à rencontrer dans les explications « communes », « populaires », se retrouvaient. On arrivait ainsi à une affirmation concluante, causale. Ce ne fut qu'en un second temps qu'il fut compris que la vérité était qu'il ne fallait pas conclure après quelques heures de contact. La conclusion que nous demandions était le groupement des faits établis et leur discussion. La discussion prenait alors tout son intérêt. Les signes présentés avec une valeur causale ou importante, étaient discutés, on s'efforçait de les réduire à leur valeur réelle.

Exemple : un délinquant reconnaît « boire beaucoup ». C'est « quand il a bu » qu'il commet ses vols ou « qu'il ne sait plus ce qu'il fait », (coups, blessures, attentats à la pudeur). Une telle affirmation devait amener à de nombreux problèmes qui, dans la majorité des cas, ne sont pas résolus. Sincérité des affirmations, appréciation par le délinquant des troubles que lui cause l'ivresse. Dans certains cas, refus plus ou moins conscient d'accepter l'acte délictueux, le sujet rejette cet acte au compte d'une autre personnalité, celle qui a été transformée par l'alcool.

Appréciation de la réaction du sujet à l'alcool : mode, produit, abondance. Valeur de certaines phrases « quand j'ai bu un verre il faut que j'en avale d'autres ». Recherche de ce que la réaction à l'alcool a déjà d'anormale par elle-même. Recherche pour savoir si les phénomènes ainsi « libérés » par l'alcool, ne prennent pas la suite d'autres phénomènes

identiques, sans alcool. Etude à ce propos des antécédents infantiles et même parfois, de certaines impressions données par le contact.

Cet exemple choisi pour l'alcool pourrait être évoqué pour beaucoup d'autres problèmes. Ont fait l'objet de discussions fréquentes : l'évocation de désordres familiaux, de séparation des parents, de la présence d'un beau-père ou d'une belle-mère au foyer.

L'enregistrement a recueilli des discussions particulièrement nettes, des exemples où il paraissait que l'instabilité du père était elle-même la cause du désordre familial et paraissait évoquer une hérédité de tendances.

Pour d'autres cas il y eut discussion sur les points amenés par les grands événements sociaux. Cas particulièrement évocateur d'un récidiviste relégué pour vols. Vols de vêtements dans les voitures en stationnement, vols toujours identiques et d'une simplicité maxima. Caractère réitéré du délit jusqu'à la relégation. Ce détenu d'un certain âge paraissait instruit, assez cultivé, au langage énergique et convaincant avec une présentation rendant vraisemblables ses affirmations d'avoir occupé aux colonies une place de directeur de société. Toutes les condamnations auraient eu lieu après une captivité de cinq ans en Allemagne. Le type des délits dénote une grande aboulie, qui contraste avec les situations qu'il dit avoir occupé avant guerre. Il affirme ne pas boire. Certains éléments évoquent la mythomanie : « Un jour j'ai trouvé dans une auto un lingot d'or sous un pardessus. J'ai pris le pardessus, j'ai laissé le lingot d'or ».

La discussion de ce cas évolue vers les problèmes suivants : problème d'une délinquance apparaissant tardivement. Rôle joué par la captivité, peut-être ici de façon indirecte (ce sujet qui semble toujours avoir eu à cœur d'occuper un poste important, paraît avoir été amené à jouer un rôle qui lui a peut-être fait subir une sanction d'indignité nationale). Problème de la mythomanie découverte, rôle de la mythomanie dans la délinquance, caractère pathologique de la mythomanie.

Ce passage du cas particulier aux notions générales, a été suivi aussi à d'autres points de vue. Instruction et culture, (discussion incomplète, stage trop court), appréciation relative de ces données par rapport au milieu et à la famille, et aussi au terrain : fugue, école buissonnière, turbulence, instabilité, troubles dans la fixation de l'attention, etc...

Les signes médicaux proprement dits ou névropathiques ont posé d'autres problèmes. Les stagiaires peuvent recueillir des faits évidents : un bégaiement ou un trouble de la parole, une onychophagie évidente. Si ces signes existent, il peut même leur être reproché de ne pas les avoir notés. Beaucoup plus difficile, ou impossible durant ce stage trop court, de préciser l'importance de la recherche des désordres ou névroses de l'enfance et délicat de faire préciser aux stagiaires la séparation entre le

normal et l'anormal : en ce qui concerne des crises, des colères, des troubles du sommeil, du somnambulisme et même de l'énurésie. Ce n'est qu'après étude du cas que nous les dévoilions en expliquant leur valeur, en insistant sur le caractère purement médical de leur recherche. Cependant dans certains cas le détenu les dévoilait spontanément.

Les discussions ont parfois mis en évidence la nécessité d'une objectivité plus grande dans l'étude du comportement de sujet observé. Nécessité de plus de fidélité et de soins dans l'étude de la mimique, du débit de la parole ou du mutisme, de l'humeur, description des exaltations, de la gestualité. Etude de la variabilité émotionnelle. Dans certains cas étude du maniérisme, de l'assurance, ou de la mise en scène, etc... Cette technique est difficile, nous nous sommes efforcés de l'ébaucher. Nous avons évoqué la comparaison avec l'étude de la gestualité et du comportement d'une part, des sujets normaux, de la vie ordinaire, d'autre part, avec quelques malades mentaux de passage à cette époque à l'annexe.

Dans l'ensemble les discussions s'efforçaient de faire saisir aussi souvent que possible, le caractère anormal du comportement prédélinquant, les différences avec le comportement normal. S'efforcer d'obtenir le plus souvent possible de renseignements depuis l'enfance et recueillir un nombre d'éléments suffisants pour comparer. Discuter de chaque fait, même sans douter obligatoirement de la sincérité du délinquant, mais aussi en vertu de la règle suivante « comme tout homme le délinquant, le plus souvent n'évoque que ce qu'il sait, ce dont il se souvient. Il accusera des incidences acquises, ignorant tout de sa constitution, de son hérédité et de ses anomalies biologiques ». Il convient donc de tout peser, de grouper les faits qui, tantôt entraînent vers les facteurs acquis, tantôt vers les facteurs constitutionnels.

Après les discussions des sujets généraux ou historiques ont pu quelquefois être abordés, liés immédiatement au problème.

Histoire des conceptions biologiques de la délinquance. Histoire des conceptions de l'hérédité de la délinquance. Comment tel délinquant aurait été vu aux différentes époques : par les élèves d'Esquirol, par Lombroso, par Magnan, par Dupré, par Vervaeck. Histoire des principales descriptions de la criminalité ethnique (école italienne). Problème de l'onychophagie, des « instincts d'agressivité » ; leurs manifestations si différentes chez certains délinquants ou criminels, (impulsifs, sadiques impulsifs, etc...) chez certains malades mentaux (obsédés des couteaux, etc...).

Les détenus présentés étaient, tantôt bien connus de nous, tantôt inconnus. Il y eut des voleurs de tous types. Un fugueur devenu déserteur au service militaire, des cambrioleurs. D'autres variétés de délinquants, les uns marqués de façon évidente, par leur constitution et leur hérédité, et choisis de ce fait ; les autres faisant retentir des événements acquis, d'autres enfin pour lesquels tout restait inconnu. Enfin, trois malades mentaux furent suivis : un cas de démence, un cas de délire

d'un type très rare, surtout en prison, il s'agissait d'un délire d'un type paranoïaque très riche ; enfin le cas d'un grand épileptique aux troubles caractériels maxima et ayant subi une intervention sur le lobe frontal.

Naturellement, l'apport de ces séances est faible du fait de sa brièveté, si on songe aux tâches et à leur longueur qui attendent nos stagiaires. Cet apport est en outre partiel, localisé au contact avec le délinquant et localisé aussi à l'acquisition d'une objectivité. La méthode employée s'inspire des habitudes cliniques, médicales et psychiatriques. Une ou deux séances supplémentaires, si elles avaient eu lieu auraient été consacrées à la critique de toutes les notions acquises par les stagiaires eux-mêmes. Les premiers enregistrements pourront être conservés et employés lors d'un futur stage.

La progression des observations fut rapide et nette, surtout parmi le groupe masculin, où régnait un enthousiasme et un esprit d'étude évident, très nettement supérieur à celui du premier stage. Pour le groupe féminin, les résultats furent naturellement plus longs à obtenir, cependant il y eut aussi d'excellentes observations à la fin du stage.

On ne saurait oublier le très grand enthousiasme des éducateurs, leur intérêt évident pour la recherche psychologique au cours de cette trop courte expérience de contact entre des buts un peu différents, elle est destinée à être perfectionnée donc critiquée.

Recherches concernant les délits avec attentats aux mœurs

Nous avons groupés 104 cas. Cependant, nous avons dû en éliminer un certain nombre ; parmi ceux-ci : les cas pour lesquels le détenu inculpé ne paraissait pas certainement coupable, les cas où il existait bien un délit du point de vue pénal comme du point de vue moral mais pour lesquels le délit n'était pas caractérisé par une aberration des instincts normaux. Par exemple nous avons éliminé de notre statistique le cas d'individus poursuivis pour détournements de mineures qui étaient de grandes jeunes filles consentantes, de même le cas d'individus poursuivis pour avoir uriné dans un lieu public en état d'ivresse, généralement. Nous avons éliminé également les souteneurs. Il est possible que de ce fait notre groupement pêche par défaut. Beaucoup d'auteurs d'attentats à la pudeur masquent pudiquement leur délit, transformant un exhibitionnisme en miction impérieuse, mentant sur l'âge de la fillette, etc... Mais il vaut mieux ne tenir compte que des cas certains.

Par contre, il nous est arrivé de rattacher à ce groupe, quelques sujets inculpés ou condamnés pour un autre délit (vol par exemple) mais dans les antécédents desquels on trouvait un ou plusieurs attentats à la pudeur reconnus.

Notre statistique portera donc sur 89 cas, dont nous éliminerons 4 cas pour lesquels les renseignements sont incomplets, soit finalement 85 cas.

Répartition suivant le délit

Nous avons classé les délits dans les catégories suivantes, qui nous ont paru grouper les cas présentant entre eux le plus d'analogies. Nous indiquerons successivement ces catégories avec le nombre de délinquants correspondants.

Catégorie 1. — Attentats aux mœurs dont les victimes sont des fillettes : 12 cas ;

Catégorie 2. — Incestes (l'auteur est le père ou le beau-père, la victime presque toujours une fillette) : 5 cas ;

Catégorie 3. — Gestes obscènes envers des femmes dans un lieu public : 2 cas ;

Catégorie 4. — Homosexualité. Il s'agit ici de détenus ayant commis des actes délictueux envers de jeunes garçons de plus de 16 ans (16 à 20 ans) : 18 cas ;

Catégorie 5. — Actes homosexuels accomplis dans des vespasiennes ou lieux analogues, faits qui nous ont paru d'un caractère psychopathologique assez particulier : 9 cas ;

Catégorie 6. — Prostitution homosexuelle : 3 cas ;

Catégorie 7. — Exhibitionnisme, délit bien particulier, souvent récidivant chez des sujets généralement indemnes de délits sexuels d'un autre type : 19 cas ;

Catégorie 8. — Actes homosexuels nettement pédophiles. Les victimes étant de jeunes garçons de 10 à 15 ans, parfois même de 7 ou 8 ans : 9 cas retenus ;

Catégorie 9. — Attentats aux mœurs dont les victimes sont des femmes ou des jeunes filles de plus de 17 ans (viol, tentative de viol, actes impudiques avec violences) : 9 cas.

Enfin, hors catégorie, réservons le cas spécial d'un participant à une scène du Bois de Boulogne, dont les acteurs étaient deux hommes et deux femmes.

La récidive

Dans quelle mesure ces sujets sont-ils récidivistes ? Plus exactement ont-ils ou n'ont-ils pas été condamnés antérieurement ? Sur nos 85 cas, 58 sujets avaient déjà subi des condamnations. Parmi ces 58 récidivistes la récidive peut être différente.

A) *Récidive concernant des délits autres que ceux d'outrages aux mœurs* : 36 cas sur 85 (ce qui ne signifie pas que ces 36 sujets n'aient pas présenté également une condamnation récidivée d'outrages aux bonnes mœurs). Ces autres délits par rapport à nos catégories se classent ainsi :

Catégorie 1. — 2 cas sur 12, respectivement : vol, complicité de cambriolage ;

Catégorie 2. — 2 cas sur 5, respectivement : désertion, vol ;

Catégorie 3. — 1 cas sur 2 : mendicité et chapardage ;

Catégorie 4. — 10 cas sur 18, respectivement : chèque sans provision, marché noir, recel et outrage à agent, 3 cas de condamnation pour engagement dans les formations allemandes (SS, NSKK), désertion + vol escroquerie, trafic d'or, vol ;

Catégorie 5. — 3 cas sur 9, respectivement : usage de stupéfiants, vol de salarié, un délit inconnu ;

Catégorie 6. — 2 cas sur 3, respectivement : vol + meurtre, escroquerie et chantage ;

Catégorie 7. — 10 cas sur 19, respectivement : vols + recel + cambriolage, vol et mendicité + vagabondage, vol, outrage à agents + coups et blessures, vol, recel, accusé de tentative de meurtre, vol + violence et trafic, escroquerie au chômage, chantage ;

Catégorie 8. — 1 cas sur 9, un abus de confiance (vol au devin) ;

Catégorie 9. — 3 cas sur 9, respectivement : adultère avec une femme de prisonnier, vente illicite, coups et blessures.

Enfin le détenu classé hors catégorie avait été condamné pour vol et abus de confiance.

B) *Récidive dans les délits sexuels.*

Parmi nos 85 détenus, 32 ont subi des condamnations pour délits sexuels. A ces 32 nous en avons joint deux autres qui ont reconnu et décrit des délits identiques pour lesquels ils n'ont pas été condamnés ; nous arrivons donc au chiffre de 34 récidivistes. Nous étudierons dans chaque catégorie comment se présentent des récidives connues.

Catégorie 1. — (Attentats aux mœurs sur des fillettes) 2 cas sur 12. Pour un cas délit identique, pour l'autre condamnation pour viol d'une femme adulte ;

Catégorie 2. — (Incestes) 1 sur 5. Attentat dont une jeune fille fût victime ;

Catégorie 3. — (Gestes obscènes envers des femmes dans un lieu public) 2 cas sur 2. Un cas identique, pour l'autre, aurait uriné dans la rue ;

Catégorie 4. — (Homosexualité) 7 cas sur 18. Pour 6 cas délits identiques, pour un cas il s'agirait d'un acte d'exhibitionnisme. Pour une partie de ces cas on note les longs intervalles entre deux condamnations pour délits identiques (15 ans, 11 ans) ;

Catégorie 5. — (Délit de vespasiennes) 5 cas sur 9 ; pratiquement identique. On note parfois le caractère itératif des condamnations,

jusqu'à 7 fois chez le même individu pour le même motif. On note également dans cette catégorie les longs intervalles possibles entre deux condamnations ;

Catégorie 6. — (Prostitution homosexuelle) 2 cas sur 3. Identité des faits ;

Catégorie 7. — (Exhibitionnisme) 12 cas sur 19. Pour 10 cas il s'agit de faits rigoureusement identiques, avec parfois de très longs intervalles entre deux condamnations, 20 et 25 ans, parfois au contraire condamnations itératives rapprochées pour le même motif. Pour 1 cas il s'agissait d'un délit dans une vespasienne. Un autre détenu présentait un polymorphisme des condamnations, annexant à l'exhibitionnisme, un attentat contre une jeune mineure puis 30 ans après contre un jeune garçon ;

Catégorie 8. — (Pédophilie) 3 cas sur 9, pour des motifs identiques ;

Catégorie 9. — (Attentats aux mœurs sur des femmes, ou jeunes filles de plus de 17 ans) sur les 9 cas, aucune autre condamnation pour délit sexuel.

Commentaires

Il est à remarquer que les sujets de la catégorie 9, condamnés pour le délit sexuel se rapprochant le plus de l'acte normal, n'ont pas d'autres condamnations pour délits sexuels.

La récidive semble en général d'autant plus frappante que l'acte présente une déviation l'écartant plus de la normale.

La plus grosse proportion de récidivistes est présentée par les exhibitionnistes (catégorie 7), par les auteurs de délits de vespasiennes (catégorie 5), par les homosexuels recherchant des mineurs (catégorie 4) ou même franchement pédophiles (catégorie 8).

On remarque dans l'immense majorité des cas l'identité du délit, d'autant plus frappante que l'anomalie est plus marquée. Dans la plupart des cas le délit de vespasiennes semble demeurer le même ; l'exhibitionnisme, sauf exception, ne paraît s'associer à aucun autre délit sexuel.

L'alcoolisme

Il est retrouvé, d'après les aveux des détenus, dans 16 cas seulement sur nos 85 ; très souvent ils évoquent l'état d'ivresse au moment du délit. Certains aveux concernant un éthyliisme très important (2 à 3 litres de vin par jour, 7 à 8 apéritifs par jour). Il est particulièrement difficile dans les conditions de fonctionnement du centre, d'évaluer la part que peuvent prendre les habitudes alcooliques plus modérées considérées comme normales et sans excès par le délinquant, dans le déterminisme de la libération des pulsions.

Nous retrouverons les traces évidentes de la libération de ces phénomènes par l'alcool, Mais en dehors des cas francs, avec ivresses répétées reconnues, netteté des signes d'imprégnations. Il est difficile de se rendre compte par l'interrogatoire des quantités nécessaires absorbées et de leurs conséquences qui peuvent d'ailleurs chez un même sujet varier d'une période à l'autre.

Recherches des stigmates évoquant les anomalies groupées sous le nom d'encéphaloses chez ces délinquants

La recherche de ces « stigmates » a été faite comme nous l'avons indiqué dans nos précédents rapports, avec le maximum de précautions et la plus extrême sévérité avant d'affirmer leur existence. Dans un certain nombre de cas, ils sont encore apparents, tel un trouble de la parole (bégaiement, chuintement). Ils ont été retrouvés dans cette statistique d'autant plus nettement que les délinquants étaient moins âgés. Par exemple, pour les 9 sujets de 25 ans au moins, qui font partie de notre effectif, 8 ont présenté des anomalies infantiles marquées, 4 sous forme d'énurésie tardivement prolongée, 4 sous forme d'association bégaiement-somnambulisme-encoprésie.

D'une façon générale, nous avons groupé nos 85 cas de la façon suivante selon l'âge :

1. — Avant 35 ans. — 34 cas d'attentats aux mœurs pour lesquels on retrouve 17 cas d'anomalies infantiles, soit 50 % ;

2. — De 35 à 50 ans. — Également 34 cas, dont 12 cas d'anomalies infantiles, soit 35 % ;

3. — Au delà de 50 ans. — 17 cas, dont trois seulement présentent des anomalies infantiles.

Comment expliquer cet amenuisement des proportions des anomalies infantiles au fur et à mesure que l'on rassemble des sujets plus âgés ?

Nous avons pensé que ce fait pouvait être dû à ce que ces sujets avaient oublié leurs souvenirs d'enfance. Il est plus probable qu'il y a lieu de tenir compte de l'existence de certains facteurs de déficit, non point congénitaux mais acquis tardivement, tels que alcoolisme, involu- tion endocrinienne, bouleversement psychologique dû à certains événements tels que la captivité.

Dans notre statistique les différents stigmates se groupent de la façon suivante :

Enurésie anormalement prolongée : 15 cas ;

Enurésie associée à l'onchophagie, au somnambulisme, à l'encoprésie, aux troubles de la parole : 5 cas ;

Troubles de la parole isolés : 5 cas ;

Onchophagie isolée mais persistant à l'âge adulte : 3 cas ;

Somnambulisme isolé : 3 cas ;

Encoprésie isolée : 1 cas.

Ces signes se rencontrent dans les différentes catégories de délits, néanmoins ils se rencontrent plus fréquemment dans certains groupes ; par ordre de fréquence croissante, ils se classent ainsi :

Homosexualité : 3 sur 18 ;

Inceste : 1 sur 5 ;

Délits homosexuels de vespasiennes : 2 sur 9 ;

Attentats aux mœurs contre de jeunes garçons (pédophilie) : 4 sur 11 ;

Exhibitionnisme : 8 sur 19 ;

Attentats aux mœurs contre des femmes ou des mineures âgées de plus de 17 ans : 4 sur 9 ;

Gestes obscènes sur des femmes dans la rue : 1 sur 2 (il s'agit d'un sujet parkinsonien) ;

Attentats à la pudeur contre de jeunes mineures : 6 sur 12 ;

Enfin les sujets se livrant à la prostitution homosexuelle présentent tous une grande richesse de signes d'encéphalose (3 sur 3).

Il semble que les proportions les plus grandes, compte tenu de notre nombre réduit de cas, se trouve dans les catégories suivantes :

Pédophiles ;

Exhibitionnistes ;

Attentats aux mœurs contre des femmes ou des mineures âgées de plus de 17 ans ;

Attentats à la pudeur contre de jeunes mineures ;

Prostitués homosexuels.

Pour l'ensemble de la statistique nous trouvons la proportion de 38 % de sujets présentant des signes d'encéphalose. Cette proportion est-elle plus marquée que pour les autres variétés de délinquants ? Comparons-la à la statistique de notre chapitre voisin, où nous avons pris la totalité des délinquants et dans laquelle nous avons constaté la proportion de 28 %. Par conséquent, pour les attentats aux mœurs, il semble que la proportion de ces signes de déficit des contrôles supérieurs soit un peu plus élevée. Elle l'est surtout, d'une façon notable, si l'on considère les attentats aux mœurs commis par des sujets âgés de moins de 35 ans (50 %). Par rapport à la proportion d'encéphaloses chez les sujets dont la délinquance a commencé précocement, (voir chapitre précédent, notre proportion se trouve à peu près équivalente).

La délinquance infantile chez ces auteurs d'attentats aux mœurs

Nous avons recherché dans cette série les sujets ayant commis des délits précocement, avec ou sans comparution devant le tribunal pour enfants. Il est vraisemblable que le nombre trouvé pêche par défaut. Nous trouvons ainsi 8 cas.

Un auteur de gestes obscènes sur des femmes dans la rue — 47 ans — une condamnation antérieure pour avoir uriné dans la rue ; chapardages précoces et importants dans l'enfance ;

Deux homosexuels, présentant tous les deux des troubles de la parole, âgés respectivement de 20 et 28 ans, l'un et l'autre condamnés antérieurement pour un autre délit (coups et blessures pour l'un, vol et condamnation politique pour l'autre — SS —). Le premier a été en M. E. S. pour vol, le second a été aussi en M. E. S. après homosexualité au collège ;

Un sujet se livrant à la prostitution homosexuelle (ayant présenté : énurésie, encoprésie, fugues, des troubles de la parole encore constatables sous forme de bégaiement) âgé de 24 ans, déjà condamné une fois pour attentats aux mœurs sur un jeune mineur. Il révèle des vols infantiles en milieu familial, scolaire et aux étalages, mais n'a jamais été condamné pour ces faits ;

Un exhibitionniste (ex-énurétique et fugueur) âgé de 33 ans, déjà condamné deux fois pour le même motif et relégué pour 11 autres condamnations (vols, trafics, violences). Il a été en M. E. S. à 14 ans pour une raison non précisée ;

Deux pédophiles ; l'un âgé de 25 ans — ancien fugueur — placé en M. E. S. pour vol, déjà condamné en 1943 pour pédophilie ;

L'autre, âgé de 37 ans — ex-énurétique et somnambule — est passé devant le tribunal pour enfants à 16 ans pour insultes à agents ;

Enfin, le sujet placé hors catégorie (outrage public à la pudeur dans le Bois de Boulogne) a commis de nombreux vols étant enfant, sans jamais être condamné.

Parmi ces huit sujets dont la délinquance a débuté dans l'enfance, 6 présentent des signes d'encéphalose, d'autre part 4 sont récidivistes de délits de mœurs, 3 ont commis d'autres délits.

On peut constater que dans l'ensemble il s'agit de sujets jeunes n'ayant pas dépassé 35 ans, sauf un sujet âgé de 37 ans (non récidiviste) et un sujet de 47 ans (récidiviste).

Cette proportion, bien que portant sur un nombre réduit, s'inscrit comparativement aux autres données (voir rapport précédent) dans la ligne suivante : plus la délinquance est précoce, plus les chances sont grandes de trouver des anomalies dans l'enfance que nous avons rattachées au groupe des encéphaloses.

Problème posé par l'existence d'antécédents de captivité chez ces auteurs d'attentats aux mœurs

Parmi nos 85 cas, quinze sujets affirment avoir été prisonniers de guerre ; la plupart pendant la totalité de la captivité 40-45. Ces affirmations, contrôlées par recoupements, enquêtes familiales quelquefois, attestations par papiers officiels paraissent véridiques. Cette proportion à première vue impressionnante a été étudiée.

Bien que notre statistique ne porte que sur 85 cas en tout, nous nous sommes efforcés d'étayer les résultats obtenus :

- 1° En la comparant à d'autres statistiques ;
- 2° En étudiant minutieusement chaque cas.

En la comparant à d'autres statistiques : il faudrait que nous connaissions de façon précise la proportion exacte d'ex-prisonniers de guerre dans la population parisienne, savoir quelles ont été les régions de France qui ont fourni des proportions plus ou moins élevées parmi le nombre des prisonniers de guerre, qui se situe autour du million.

Il faut tenir compte en plus de l'âge de nos prisonniers de guerre qui, dans la grande majorité des cas, ne sont pas d'un âge dépassant l'âge moyen de la vie ; de ce fait, les comparer à des auteurs d'attentats à la pudeur dans des zones d'âge identiques. Par ailleurs les recherches faites parmi tous les entrants à Fresnes montrent aussi un nombre important de séjours en Allemagne pendant la période 40-45 quelque soit le délit. Mais là, il faut tenir compte d'un certain nombre de causes d'erreurs. Un certain nombre de ces délinquants disent avoir été déportés ; il peut-être parfois assez difficile de distinguer : travailleurs volontaires, déportés du travail, déportés de droit commun, de l'authentique déporté de la résistance dont le cas très rare paraît cependant se rencontrer quelquefois. La comparaison avec le nombre d'ex-prisonniers de guerre trouvés parmi les auteurs d'attentats aux mœurs est donc difficile. Ces réserves faites, il paraît bien toutefois que la proportion paraissant un peu plus élevée d'ex-prisonniers de guerre parmi les auteurs d'outrages publics à la pudeur, incite à l'examen minutieux de chaque cas particulier.

Tout d'abord chez ces ex-prisonniers de guerre existait-il une délinquance antérieure à la captivité ?

Sur 15 ex-prisonniers de guerre, dans trois cas seulement, on retrouve une délinquance antérieure à la captivité.

Pour un sujet de 31 ans, la délinquance antérieure à la captivité consistait en une complicité de cambriolage en 1938, depuis la captivité, une condamnation pour violence envers une femme de 27 ans — en état d'ivresse — affirma-t-il ; à ce propos il dit être beaucoup plus sensible à l'alcool depuis sa captivité, durant laquelle il aurait subi une commotion

par bombardement. Il est actuellement incarcéré pour commerce sexuel avec une fillette de 15 ans (la fille de son amie).

Le second cas concerne un homme de 43 ans, déjà condamné 2 fois pour exhibitionnisme en état d'ivresse dit-il. Les condamnations antérieures sont une condamnation pour outrages à agents en 1928 et une condamnation pour coups et blessures en 1934. Il a été énurétique jusqu'à l'âge de 12 ans.

Dans le troisième cas, il s'agit d'un homme de 33 ans, condamné à deux reprises pour exhibitionnisme, mais ayant commis par ailleurs de nombreux délits (vols, infraction à la législation sur l'interdiction de séjour, trafic, violences) ayant entraîné la relégation. Chez ce sujet la délinquance a été précoce, il est passé devant le tribunal pour enfants et a séjourné en M. E. S. On retrouve chez lui : énurésie, somnambulisme, fugues, crises de colère anormalement violentes.

Pour ces trois cas on peut se demander si chez ces sujets délinquants antérieurement à la captivité, l'un particulièrement impulsif, la captivité n'a pas pu modifier la délinquance en favorisant le caractère sexuel des délits.

Il délinquants ex-prisonniers paraissent n'avoir jamais été condamnés antérieurement à la captivité. Voici leurs observations résumées, classées par catégorie de délit.

Délit homosexuel de vespasiennes

B., Em. — Agé de 39 ans, débardeur aux Halles, prévenu, jamais condamné antérieurement. A été prisonnier de guerre cinq ans — célibataire — présente encore actuellement une onychophagie marquée. Il absorbe deux litres de vin rouge par jour. De tout temps il aurait été considéré comme « anormal mental » par sa famille.

C., Se. — Age 48 ans, employé dans une administration publique depuis 25 ans, a commis un outrage public à la pudeur dans une vespasienne ; déjà condamné à 1 mois avec sursis pour le même motif en 1946. A été prisonnier de guerre 5 ans. Est marié, a un enfant de 13 ans ; il affirme avoir eu les premiers rapports homosexuels en captivité, depuis « succombe automatiquement au vice après avoir résisté plusieurs mois à la tentation ».

C., P. — Agé de 50 ans, employé de bureau, vu à l'annexe pour une affaire de stupéfiants (il utilise l'héroïne depuis 1946) a été arrêté dans une vespasienne et condamné à 3 mois de prison avec sursis. A été prisonnier de guerre 5 ans. Il est célibataire et vit avec sa mère.

D., Eu. — Cas un peu à part, car il s'agit d'un sujet de 60 ans dont les tendances homosexuelles se sont révélées après une captivité, mais

il s'agit de celle de la guerre de 1914-1918, d'après ses déclarations. a été condamné deux fois pour le même motif en 1948 et en 1950.

Exhibitionnisme

C., Je. — Agé de 46 ans, manœuvre, accusé de masturbation publique, jamais condamné antérieurement. Prisonnier de guerre 5 ans, sa femme le quitte à son retour de captivité ; il a deux enfants, de 13 et 20 ans ; il vit en concubinage depuis 3 ans. Il présente un trouble permanent de la parole à type de bégaiement.

Attentats aux mœurs envers des jeunes gens de 16 à 20 ans

C., An. — 31 ans, blanchisseur, prévenu pour attentats aux mœurs contre un garçon de 16 ans, de nombreuses condamnations pour le même motif, mais seulement depuis son retour d'Allemagne, où il a été prisonnier 5 ans, à son retour il a été soigné 3 ans pour tuberculose. Il admet avoir eu des rapports homosexuels vers l'âge de 16 ans ; il dit s'être marié à son retour de captivité.

Attentats aux mœurs envers des fillettes

C., Ro. — Agé de 34 ans, manœuvre, arrêté pour attentats aux mœurs sur une fillette de 8 ans, il s'agit d'une primo-délinquance. Il a perdu sa femme deux mois et demi avant son arrestation, il l'avait épousée à son retour d'Allemagne où il avait été prisonnier de guerre 5 ans. Il présente un défaut net de prononciation ; d'après ses parents il aurait toujours été arriéré par rapport à son frère.

Inceste

B., Ma. — Agé de 43 ans, chauffeur, a eu des rapports sexuels avec sa fille âgée de 17 ans et demi, n'a jamais été condamné antérieurement. Il a été prisonnier de guerre pendant cinq ans, a subi de nombreux bombardements et aurait été condamné à mort par les Allemands. Il menait par ailleurs une vie très régulière et ne présente dans ses antécédents qu'une nervosité infantile se traduisant par des crises de colère.

X., Xx. — Agé de 37 ans, a commis un inceste avec sa fille âgée de 8 ans, il a été condamné antérieurement pour vol en 1948. Il a été prisonnier de guerre 5 ans. Abandonné par ses parents, il a été confié à l'Assistance publique à l'âge de 4 ans. Il a présenté des épisodes nets de somnambulisme.

Pédophilie

A., Pi. — Agé de 42 ans, employé d'une administration publique, a pratiqué des attouchements sur la personne d'un jeune garçon de 15 ans, il nie tout d'abord le fait puis ensuite le reconnaît. Il a été prisonnier de guerre 2 ans et demi. La délinquance paraît être apparue seulement

après la captivité. Nous savons par des confidences de sa femme que son vice est connu de toute sa famille. Il a essayé de prendre contact avec le frère de sa propre femme et lui a écrit une lettre « comme à une femme ». Son père semble avoir été un anormal, « grand coureur », auteur de scènes de violence terrible envers sa femme. Le mariage aurait été provoqué au retour de captivité par la sœur du malade ; 4 enfants sont nés dont les âges s'échelonnent entre 7 ans et 14 mois, leur mère ne signale parmi eux que les crises de nerf et l'instabilité d'une fille âgée de 5 ans. On peut seulement affirmer que les poursuites sont postérieures à la captivité, on ne peut rien affirmer en ce qui concerne les antécédents, on sait seulement qu'il a été suivi dans son enfance par le Dr Roubinovich.

Mettons à part le cas d'un sujet, âgé de 40 ans, ayant commis des gestes impulsifs grossiers envers des femmes dans la rue. Il présente en effet un syndrome parkinsonnien, type post-encéphalitique, extrêmement net, survenu pendant sa captivité en Allemagne. Il a d'ailleurs été rapatrié sanitaire. Le caractère clinique des petites perversions qu'il commet s'inscrit dans la perspective des actes qui ont été décrits chez certains parkinsonniens très évolués. Dans ses antécédents on retrouve une énurésie ayant persisté jusqu'à l'âge de 13 ans.

A propos de ce malade, plusieurs questions peuvent se poser.

Quel a été le rôle de la captivité, avec ses bouleversements émotifs (bombardements), dans le déclenchement du syndrome parkinsonnien, en tant que cause occasionnelle sur un terrain vraisemblablement préparé par une encéphalite ? Quel a été le rôle du terrain ? En effet, la question se pose de savoir si le syndrome parkinsonnien a suffi à lui seul à déterminer les troubles du comportement, ou si, au contraire, il n'a fait que les libérer des tendances profondes jusque là contrôlées. Dans le cas présent l'existence d'une énurésie anormalement prolongée peut plaider en faveur d'une prédisposition. Enfin, la captivité n'a-t-elle pas joué un rôle pour donner une tonalité sexuelle à la perversion du syndrome parkinsonnien.

Conclusions quant au rôle possible de la captivité dans l'étiologie du délit

Il convient sans doute d'être très prudent avant toute affirmation. Dans quelques cas une délinquance existait antérieurement. Parmi les autres nous retrouvons non pas une délinquance antérieure à la captivité mais assez souvent un déficit psychomoteur (bégaiement, chuintement). L'alcoolisme qui joue dans certains cas un rôle important peut lui-même ne s'être manifesté qu'après la captivité ; le cas s'observe en psychiatrie de façon non exceptionnelle.

Il semble cependant que, compte tenu des prédispositions antérieures, la captivité a joué un rôle aggravant pour la plupart de ces cas.

L'importance de ce rôle variant d'un cas à l'autre et pouvant même apparaître parfois franchement prédominant.

ETUDES SUR LES TESTS

Ces études ont été poursuivies à l'annexe malheureusement dans la mesure du possible seulement.

Le test de Szondi a continué à être étudié dans les conditions de longueur et de minutie requises, les résultats sont actuellement en cours d'interprétation.

Plus définitif est un travail comparatif effectué sur les tests de jugement ; test de Tsédek et test de dénonciation. Les 27 questions du test de dénonciation non remanié ont été exposées dans le précédent rapport.

Grâce à Mademoiselle le Docteur Badonnel, chef de service de psychiatrie du centre de triage des prisons de Fresnes, l'un d'entre nous (Cl. Weiss) a pu étudier les résultats des tests de dénonciation et de Tsédek chez les condamnés à de longues peines en cours de passage au centre de triage. Les résultats ainsi fournis ont pu être comparés à ceux obtenus chez les arrivants à Fresnes ou chez les condamnés à de courtes peines (1).

Cette étude porte sur 76 délinquants tous du sexe masculin (exception faite de deux femmes dans le premier groupe).

Ces 76 délinquants doivent être divisés en deux groupes égaux, très différents quant aux conditions d'application du test. C'est sur la corrélation entre les différences de résultats obtenus et les différences d'application du test que portera notre étude.

Premier milieu

Il s'agit de sujets vus à l'annexe psychiatrique des prisons de Fresnes. Pour la grande majorité des cas il s'agit de sujets inculpés, pour un nombre moins grand de sujets condamnés à de courtes peines. Ils ne viennent pas de subir une longue détention tout au moins au moment de l'examen, ils sont demeurés dans le cadre des prisons de Fresnes ; dans la plupart des cas ils connaissent le fonctionnement de l'annexe psychiatrique, la plupart d'entre eux s'y sentent libres, parlent volontiers, sont souvent portés à des confidences. Un contact prolongé a presque toujours été réalisé dans de bonnes conditions.

Second milieu

Il comprend également 38 détenus. L'examen a eu lieu au centre de triage ; c'est-à-dire que tous les sujets examinés là ont en commun les caractéristiques suivantes. Il s'agit de sujets condamnés à de longues peines (exceptionnellement 3 ans, très souvent 5 ans, parfois 10 ans et même plus) ; ils ont accompli au moins deux ans dans des maisons centrales, souvent plus, rarement un an seulement. Ils proviennent d'éta-

(1) Ce travail a été présenté au Congrès de psychotechnie de Göteborg par le R. P. VERNET, 25 juillet 1951.

blissements pénitentiaires de province où ils ont accompli une partie de leur peine, souvent relativement importante par rapport au temps qui leur est infligé. La discipline, les règlements, les habitudes, le maintien diffèrent notablement par leur rigueur plus grande de ceux des sujets du premier milieu.

Nous avons été amenés, selon le nombre des réponses dénonciatrices à classer les sujets d'après les 9 groupes suivants :

- Premier groupe : sujets dénonçant 25 à 27 situations ;
- Deuxième groupe : 24 à 20 dénonciations ;
- Troisième groupe : 16 à 19 dénonciations ;
- Quatrième groupe : environ 14 dénonciations ;
- Cinquième groupe : 11 et 12 dénonciations ;
- Sixième groupe : 10 dénonciations ;
- Septième groupe : entre 7 et 9 dénonciations.
- Huitième groupe : 4 à 6 dénonciations ;
- Neuvième groupe : moins de 4 dénonciations.

Cette classification est justifiée par l'agglomération d'un nombre identique de dénonciations autour des chiffres choisis comme repères des groupes.

Etude des résultats fournis par les 38 sujets du premier milieu (la plupart inculpés, vus à l'annexe psychiatrique des prisons de Fresnes).

1 ^{er} groupe . . .	de 25 à 27 dénonciations	Nombre de sujets : 0
2 ^e — . . .	de 20 à 24 dénonciations	— — 5
3 ^e — . . .	de 16 à 19 dénonciations	— — 6
4 ^e — . . .	autour de 14 dénonciations.	— — 5
5 ^e — . . .	de 11 à 12 dénonciations	— — 4
6 ^e — . . .	de 10 dénonciations.	— — 6
7 ^e — . . .	entre 7 et 9 dénonciations.	— — 4
8 ^e — . . .	entre 4 et 6 dénonciations.	— — 7
9 ^e — . . .	moins de 4 dénonciations	— — 1

Etude des résultats fournis par les 38 sujets du deuxième milieu (condamnés venant de maisons centrales).

1 ^{er} groupe . . .	de 25 à 27 dénonciations	Nombre de sujets : 8
2 ^e — . . .	de 20 à 24 dénonciations	— — 9
3 ^e — . . .	de 16 à 19 dénonciations	— — 5
4 ^e — . . .	autour de 14 dénonciations.	— — 5
5 ^e — . . .	entre 11 et 12 dénonciations	— — 4
6 ^e — . . .	10 dénonciations	— — 0
7 ^e — . . .	de 7 à 9 dénonciations	— — 2
8 ^e — . . .	de 4 à 6 dénonciations	— — 4
9 ^e — . . .	moins de 4 dénonciations	— — 1

Commentaires

On est d'emblée frappé par les différences profondes qui séparent les résultats fournis par les sujets de chacun des deux milieux. La dénonciation apparaît beaucoup plus marquée chez les condamnés provenant de maisons centrales, que chez les inculpés examinés à l'annexe psychiatrique de Fresnes. C'est ainsi que les très fortes sommes de dénonciation (25 à 27) ne se rencontrent pas pour les sujets du premier milieu. Par contre, le deuxième milieu fournit 8 sujets à ce groupe et parmi eux, 6 ayant 27 dénonciations, c'est-à-dire les 27 situations exposées.

De même en ce qui concerne le deuxième groupe au nombre de dénonciations également très fort : 5 sujets seulement dans le premier milieu, contre 9 dans le second.

Pas de différence notable en ce qui concerne les troisième, quatrième et cinquième groupes.

Notons l'absence de tout sujet du deuxième milieu dans le sixième groupe.

Pour les groupes correspondants à un nombre de dénonciations faible (septième, huitième et neuvième groupe), leur examen confirme notre impression : nombre plus grand de dénonciations dans le deuxième milieu que dans le premier. Cette impression se traduisant là par des groupes 7 et 8 plus peuplés dans le premier milieu.

D'autre part, si l'on établit la somme des questions dénoncées par les sujets du premier milieu, on trouve environ 463 dénonciations.

Pour le second milieu : environ 662 dénonciations.

Soit donc une différence d'environ 200 dénonciations.

Ce qui, en faisant la moyenne respective, donne pour chaque sujet du premier milieu 12 dénonciations et pour chaque sujet du deuxième milieu environ 17 dénonciations et demi.

Nous avons cherché si parmi les 38 sujets appartenant au deuxième milieu les différences du nombre de dénonciations observées n'étaient pas dues à certains facteurs :

- 1° Le degré d'instruction, que nous nous sommes efforcés d'apprécier ;
- 2° L'âge ;
- 3° Le caractère du délit ou du crime ayant entraîné la condamnation ;
- 4° La durée de la peine à accomplir ;
- 5° La durée du temps d'emprisonnement accomplie ;

Nous n'avons pas trouvé de corrélations évidentes entre ces divers facteurs, d'une part et le nombre des dénonciations d'autre part ; réserve faite toutefois, d'une proportion semblant plus grande de sujets illettrés ou presque parmi les gros dénonciateurs (au-dessus de 20 dénonciations, 2 premiers groupes).

En somme, les résultats paraissent indiquer que *les détenus condamnés, provenant d'effectifs de maisons centrales ont au test une attitude infiniment plus dénonciatrice que ceux qui sont examinés à l'annexe psychiatrique et pour la plupart inculpés*. Ceci est également frappant si l'on compare les sommes des réponses fournies à certaines questions.

Par exemple, pour la question n° 10, le vagabond sans papiers, est dénoncé seulement 3 fois sur 38 à l'annexe psychiatrique et 10 fois sur 38 chez les sujets provenant de maisons centrales.

Pour la question 13, le braconnier poseur de collets est dénoncé 5 fois seulement à l'annexe psychiatrique et 15 fois sur 38 par les sujets provenant de maisons centrales.

Le contrebandier question 5, est dénoncé seulement 7 fois à l'annexe psychiatrique et 18 fois chez les sujets issus de maisons centrales.

L'avorteuse professionnelle est dénoncée 13 fois à l'annexe psychiatrique et 26 fois par les sujets provenant de maisons centrales.

Le marchand de photos pornographiques est dénoncé 9 fois à l'annexe psychiatrique et 20 fois par les détenus issus de maisons centrales.

Le bookmaker est dénoncé seulement 7 fois à l'annexe psychiatrique et 19 fois par les détenus venant de maisons centrales.

Comparaison des résultats obtenus par le test de dénonciation avec ceux du test de Tsédek

Les 38 détenus de chaque série ont répondu aux questions du test de Tsédek. Nous rappelons que le test de Tsédek est dû au Professeur agrégé H. BARUK, qu'il s'agit d'un test de jugement moral né d'une expérience autre que celle de la délinquance de droit commun (1).

Comparaison entre test de dénonciation et test de Tsédek chez les 38 détenus, pour la plupart inculpés, de l'annexe psychiatrique.

Cette comparaison semble montrer une certaine corrélation entre le nombre de délations et la qualité du test de Tsédek.

Groupe de 20 à 24. — Si l'on fait la moyenne des mauvaises réponses au Tsédek, parmi les sujets ayant de 20 à 24 délations on trouve 5,4 ;

(1) Voir analyse de M. CANNAT dans la *Revue Pénitentiaire*.

Groupe de 16 à 20. — La moyenne des mauvaises réponses au Tsédek parmi les sujets dont le nombre de délations est compris entre 16 et 20 est de 2,1 ;

Groupe autour de 14. — La moyenne des mauvaises réponses au Tsédek parmi les sujets dont le nombre de délations est autour de 14 est de 2 ;

Groupe de 11 à 12. — La moyenne des mauvaises réponses au Tsédek parmi les sujets dont le nombre de délations est compris entre 11 et 12 est de 1,25 ;

Groupe de 10. — La moyenne des mauvaises réponses au Tsédek parmi les sujets dont le nombre de délations est de 10 est de 0,33 ;

Groupe de 7 à 9. — La moyenne des mauvaises réponses au Tsédek parmi les sujets dont le nombre de délations est compris entre 7 et 9 est de 1,37 ;

Groupe de 4 à 6. — La moyenne des mauvaises réponses au Tsédek parmi les sujets dont le nombre de délations est compris entre 4 et 6 est de 2 ;

Groupe de moins de 4. — Comprenant un seul sujet dont le nombre de mauvaises réponses au Tsédek est de 5.

Un fait se dégage : les tests de Tsédek les meilleurs se rencontrent avec électivité chez les sujets ayant 10 délations. Si le nombre des délations s'élève au-dessus de 10 dans l'ensemble les mauvaises réponses au Tsédek augmente progressivement, si le nombre des délations s'abaisse, le nombre des mauvaises réponses au Tsédek augmente également.

D'autre part on peut considérer ce groupe, ayant 10 délations et des Tsédek parfaits, afin d'étudier comment se répartissent les dénonciations et les non dénonciations pour ces sujets. A vrai dire leurs test de dénonciation sont assez différents dans l'ensemble.

Les questions les plus souvent dénoncées par ce groupe sont celles :

- De l'exhibitionniste ;
- Du braconnier meurtrier ;
- Du coupeur de natte ;
- Du marinier laissant se noyer un homme (unanimité) ;
- Des préparatifs d'attaque à main armée ;
- Du fermier qui met de l'eau dans le lait.

Parmi les sujets de ce groupe, les situations qui ne sont absolument pas dénoncées sont celles :

- Du contrebandier ;
- Du chèque sans provision ;
- Du marchand de stupéfiants ;
- Du braconnier poseur de collets ;
- Du criminel passionnel ayant échappé à la justice ;
- Du bookmaker ;
- Du fabricant de faux billets ;
- De la personne donnant asile à un criminel ;

**Comparaison entre test de dénonciation et test de Tsédek
chez les 38 détenus examinés au centre de triage
(issus de Centrales)**

Cette comparaison montre les faits suivants :

Groupe de 25 à 27. — Si l'on fait la moyenne des mauvaises réponses au Tsédek parmi les sujets ayant de 25 à 27 (c'est-à-dire le maximum) délations on trouve 2.

Groupe de 20 à 24. — La moyenne des mauvaises réponses au Tsédek parmi les sujets dont le nombre de délations est compris entre 20 et 24 est de 1,62.

Groupe de 16 à 20. — La moyenne des mauvaises réponses au Tsédek parmi les sujets dont le nombre de délations est compris entre 16 et 20 est de 1,6 ;

Groupe autour de 14. — La moyenne des mauvaises réponses au Tsédek parmi les sujets dont le nombre de délations est situé autour de 14 est de 1 ;

Groupe de 11 à 12. — La moyenne des mauvaises réponses au Tsédek parmi les sujets dont le nombre de délations est compris entre 11 et 12 est de 1 ;

Groupe de 10. — 0 sujet ;

Groupe de 7 à 9. — La moyenne des mauvaises réponses au Tsédek parmi les sujets dont le nombre de délations est compris entre 7 et 9 est de 1 ;

Groupe de 4 à 6. — La moyenne des mauvaises réponses au Tsédek parmi les sujets dont le nombre de délations est compris entre 4 et 6 est de 2,5 ;

Groupe de moins de 4. — Comprenant un seul sujet dont le nombre de mauvaises réponses au Tsédek est de 1.

On constate que la corrélation trouvée à l'annexe psychiatrique entre bonnes réponses au Tsédek et nombre de délations, le groupement des bons Tsédek autour d'un chiffre de délations qui est de 10, l'augmentation des mauvaises réponses au Tsédek à mesure que l'on s'éloigne de ce chiffre sont loin d'être aussi nets. Ici ces relations sont ébauchées de façon peu probante.

Une première remarque doit être faite, dans l'ensemble chez ces sujets issus de maisons centrales, les réponses au Tsédek sont dans l'ensemble meilleures que chez les sujets observés à l'annexe psychiatrique. Ceci est particulièrement net lorsque l'on compare les gros dénonciateurs dans les deux groupes. A l'annexe psychiatrique les fortes dénonciations par exemple de 20 à 24 sont très souvent accompagnées de 5,6 et même 7 réponses mauvaises au Tsédek. Dans le groupe des détenus issus de maisons centrales, le nombre élevés de gros dénonciateurs ne fournit pas autant de mauvaises réponses au Tsédek.

Tout au plus la mauvaise réponse existe-t-elle pour les questions du Tsédek qui sont elles-mêmes des questions de dénonciation, (question du capitaine, question de l'électricité, etc...).

CONCLUSIONS GÉNÉRALES

1° Un fait frappant ; la différence du nombre des dénonciations entre les sujets des deux groupes, c'est-à-dire entre inculpés et sujets accomplissant de longues peines. Les sujets de cette dernière catégorie répondent beaucoup plus souvent de façon positive aux délations. Ce résultat ne paraît pas imputable à une différence de nature de délinquance, il ne paraît pas imputable à l'âge. Son principal, sinon unique facteur, paraît être du à l'ambiance de la longue détention, peut-être à un certain conformisme créé par elle, d'où un contact moins franc avec l'interrogateur et peut-être y a-t-il là le témoignage d'un certain effacement de la personnalité. Notons d'ailleurs qu'une prédominance des illettrés ou des sujets très frustes parmi les gros dénonciateurs semble plaider dans le même sens, en indiquant que ces sujets sont peut-être plus prédisposés à accepter ce qui leur semble être l'attitude la plus conformiste.

2° La corrélation entre le plus grand nombre de bonnes réponses au Tsédek et un chiffre modéré — 10 — ni trop haut ni trop bas de dénonciation est frappante chez les inculpés de l'annexe psychiatrique. Il y a bien là, semble-t-il, une conformité entre les deux ordres de réponses indiquant le jugement, le choix. Chez ces sujets inculpés, la relation

fréquente entre un grand nombre de dénonciations et un grand nombre de mauvaises réponses au Tsédek est également frappante, de même un nombre très faible de dénonciations coexistant avec un grand nombre de mauvaises réponses au Tsédek.

3° Chez les sujets en cours de longues détentions, issus de maisons centrales, cette relation n'est pas retrouvée. Ce fait nécessite sans doute pour être expliqué, d'autres recherches.

Nous nous garderons de conclusions hâtives en ce qui concerne les différences observées dans les deux groupes, relativement au test de dénonciation. Néanmoins, nous sommes enclins à penser qu'il faut rechercher l'origine de ces différences dans un trouble portant à la fois sur la liberté et le jugement, chez les détenus ayant effectué un séjour dans les maisons centrales.

=====

Premières recherches électroencéphalographiques (1)

Depuis un an et demi, grâce à la collaboration établie entre l'annexe psychiatrique des prisons de Fresnes et la clinique des maladies mentales et de l'encéphale, 153 enregistrements électroencéphalographiques ont pu être pratiqués sur des délinquants observés dans le cadre des prisons de Fresnes.

Les premières études de ce genre ont été pratiquées aux Etats-Unis dès 1942 par Gibbs, puis par Silverman, Michaël et Secunda ; en Grande-Bretagne, Denis Hill s'est particulièrement attaché à ces recherches.

Du fait des possibilités actuelles réduites, l'examen électroencéphalographique n'est pas pratiqué systématiquement ; un certain nombre de critères médicaux, psychiatriques et criminologiques ont guidé notre choix. Nous nous sommes efforcés d'étudier surtout ceux qui présentaient des signes objectifs de déséquilibre mental (crises diverses, actes de violences, délits itératifs) ou des antécédents personnels ou héréditaires chargés (énurésie, onychophagie, somnambulisme, délinquance très précoce, épilepsie). Par ailleurs, le transport en milieu hospitalier étant nécessaire pour pratiquer l'électroencéphalogramme, il faut obtenir l'autorisation d'extraction. Plusieurs cas sont à envisager :

— Condamnés libérables sous quelques mois : la Direction des prisons de Fresnes accorde l'autorisation sauf exception ;

— Condamnés à de longues peines, relégués, etc... : l'autorisation est demandée à la Direction de l'Administration pénitentiaire ;

— Prévenus ou appelants : l'autorisation d'extraction est demandée au juge d'instruction ou au Parquet.

Un certificat médical demandant l'examen électroencéphalographique est alors rédigé qui est transmis par les soins de la Direction des prisons de Fresnes à l'autorité compétente ; lorsque l'autorisation est accordée, la Direction transmet celle-ci à l'annexe psychiatrique.

Les délits des 153 sujets qui font l'objet de la présente étude se répartissent comme suit :

A. — Vagabondage, mendicité, petits vols, outrages, coups ou scandales dus à l'alcool : 31 cas ;

(1) Le mérite de l'élaboration de ce chapitre revient avant tout à M. et Mme Verdeaux de la clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Pr J. Delay).

B. — Vols simples itératifs, vols et abus de confiance, vols variés : 50 cas ;

C. — Vols qualifiés : 11 cas ;

D. — Désertion : 5 cas ;

E. — Eseroquerie, abus de confiance : 6 cas ;

F. — Violences graves, tentatives de meurtre, meurtres : 18 cas ;

G. — Outrage public à la pudeur : 31 cas ;

H. — Délit de souteneur : 1 cas.

Les tracés obtenus ont été répartis en cinq grands groupes :

O. — Tracés normaux au repos et à l'hyperpnée (rythme alpha) : 77 cas ;

I. — Tracés de repos à la limite du normal (aspect irrégulier ou pointu, rythme alpha de basse fréquence) mais restant sans changement à l'hyperpnée : 10 cas ;

II. — Tracés normaux au repos, mais où l'hyperpnée fait apparaître un rythme pathologique (rythme thêta) : 13 cas ;

III. — Tracés altérés dès le repos (rythme thêta) et non modifiés à l'hyperpnée : 35 cas ;

IV. — Tracés altérés avec présence d'ondes delta : 18 cas.

Dans tous les cas deux enregistrements ont été pratiqués ; un tracé de « repos » et un tracé pendant et après l'épreuve de l'hyperpnée ont, en effet, été recueillis ; nous nous sommes abstenus de pratiquer des enregistrements après activation par des procédés physiques (stimulation lumineuse intermittente) ou chimique (cardiazol, chloralose, etc.).

L'étude des tracés montre la présence de 77 cas normaux (groupe O) et de 10 cas à la limite du normal (groupe I) ; donc, sur 153 sujets étudiés, il n'y en a que 87 qui s'intègrent dans les groupes O et I, groupes rencontrés, selon les données classiques, parmi une population normale. Il y a par conséquent 66 délinquants sur les 153 faisant l'objet de cette étude qui présentent une anomalie électroencéphalographique nette (groupes II - III - IV). Il est particulièrement instructif de rapprocher ces chiffres de ceux trouvés par Gibbs dans une population normale (électroencéphalogrammes perturbés dans 13,8 % des cas) et par Williams parmi une population sélectionnée - pilotes de la R. A. F. — (électroencéphalogrammes perturbés dans 5 % des cas).

L'examen comparatif des délits et des perturbations électroencéphalographiques ne permet pas de tirer de conclusions formelles, en effet, les modifications du tracé se rencontrent également dans les diverses caté-

gories de délits. Néanmoins, dans les catégories F et G, on trouve une répartition particulière ; dans ces deux catégories on est frappé par le nombre tout à fait restreint de sujets appartenant aux catégories I et II, les sujets se groupant électivement dans le groupe O (tracé normal) ou dans les groupes III et IV (tracé franchement troublé).

Dans la catégorie F, sur 18 cas de violences graves ou de meurtres, 7 tracés sont normaux, 9 sont très altérés (groupes III et IV), les groupes I et II ne sont représentés chacun que par un seul cas. Dans la catégorie G, sur 30 cas d'outrages à la pudeur, on trouve une disposition analogue ; 20 tracés sont normaux, 9 sont très altérés (groupes III et IV), il n'existe qu'un seul cas dans chacun des groupes I et II.

Cette particularité n'a pas manqué de retenir notre attention, il semble donc que chez les auteurs de délits particulièrement graves on observe soit un électroencéphalogramme perturbé de façon chronique, soit un électroencéphalogramme habituellement normal. Ce dernier fait permet de se demander s'il ne se produit pas des modifications du tracé dans le temps ou selon des facteurs métaboliques internes ou externes ; dans cette perspective, les recherches de Denis Hill et Sargans, qui pratiquent l'électroencéphalogramme en replaçant le plus possible les sujets dans les circonstances biologiques ayant accompagné le délit, présentent un intérêt considérable.

L'examen de la comparaison entre les données de l'électroencéphalographie et celles de la clinique montre, dans le groupe des anciens traumatisés, des ex-énurétiques, des fugueurs, une proportion semblable à la proportion globale (81 tracés normaux pour 61 tracés altérés). Par contre, cette proportion se trouve modifiée chez les malades ayant eu des convulsions dans l'enfance (6 tracés altérés pour 2 normaux), chez les schizophrènes (2 tracés altérés sur 2), chez les malades ayant présenté des crises non épileptiques cliniquement (12 tracés normaux pour 14 tracés altérés).

Dans le cadre de cette étude, il nous a semblé intéressant de rapporter brièvement l'observation de deux meurtriers tous deux ayant été condamnés à la peine capitale, chez lesquels nous avons pratiqué l'électroencéphalogramme après la commutation de leur peine en travaux forcés.

M. Co... — Il s'agit d'un délinquant primaire de 31 ans, ayant sauvagement assassiné son enfant et sa femme qui voulait le quitter.

Dans ses antécédents on retrouve une énurésie ayant persisté jusqu'à 13 ans, par ailleurs, on constate une onychophagie encore extrêmement nette. Avant le meurtre ayant motivé sa condamnation, il ne semble pas avoir existé chez lui de troubles notables du comportement social, sinon une instabilité extrême quant à la nature de ses métiers (boucher, livreur, fossoyeur, etc...).

Compte rendu de l'examen encéphalographique (Dr G. Verdeaux). Tracé présentant dès le repos des altérations généralisées du type thêta. L'hyperpnée augmente l'importance de ces altérations en faisant apparaître des ondes lentes... Il est possible de conclure à une souffrance cérébrale certaine.

G. Gr... — Manœuvre âgé de 22 ans, ayant été condamné à la peine de mort à l'âge de 18 ans pour assassinat d'un bijoutier qu'il était venu dévaliser. Il dit avoir présenté dans l'enfance de gros troubles du sommeil à type de terreurs nocturnes, il présente actuellement un défaut de prononciation net. A 16 ans il est passé devant le tribunal pour enfants pour vol. Compte rendu de l'examen électroencéphalographique (Dr G. Verdeaux). Tracé présentant des signes de souffrance cérébrale : rythme thêta et petites pointes, ces dernières plus abondantes sur l'hémisphère gauche.

Il serait prématuré de vouloir tirer des conclusions de la présente statistique qui ne porte que sur quelque 150 cas, néanmoins, on peut constater qu'il existe au sein d'une population pénitentiaire un nombre particulièrement important de sujets qui présentent des anomalies de leur tracé électroencéphalographique comparativement aux chiffres trouvés par d'autres auteurs au sein d'une population normale.

On peut espérer que l'électroencéphalographie contribuera à apporter à la criminologie un élément objectif précieux.

BIBLIOGRAPHIE

- DELAY (J.), VERDEAUX (G. et J.) : « L'électroencéphalographie dans le diagnostic des crises nerveuses » ; *Le Progrès Médical*, n° 22, 24 novembre 1950.
- DELAY (J.), BACHET (M.), VERDEAUX (G. et J.) : « L'électroencéphalographie chez les délinquants adultes » ; *Annales Médico-Psychologiques*, n° 1, janvier 1952.
- FAURE-BAULIEU, FISCHGOLD (H), BOUNES (G.) : « L'électroencéphalographie en médecine légale d'après deux cas personnels » ; *La Semaine des Hôpitaux*, 1948, 24 ; 766.
- GASTAUT (H.), OLLIVIER (H.) ; « Intérêt médico-légal de l'électroencéphalographie » ; *Sud-Médical et Chirurgical*, 1947, 2 ; 295.
- GIBBS (F. A.) : « Medico-legal aspect of electroencephalography » ; *J. Clin. Psychopath.*, 1946, 8 ; 58-81.
- GIBBS (F. A.), BAGGHI (B. K.), BLOOMBERG (W.) : « E.E.G. study of criminals » ; *Amer. J. Psychiat.*, 1945, 24 ; 359-388.
- GIBBS (F. A.), BLOOMBERG (W.), BAGGHI (B. K.) : « An electroencephalographic study on adult criminals » ; *Trans. Amer. Neurol. Ass.*, 1942, 68 ; 87-90.
- MICHAELS (J. J.), SECUNDA (L.) : « The relationship of neurotic traits to the E.E.G. in children with behaviour disorders » ; *Amer. J. Psychiat.*, 101, n° 3, 1944.
- HILL (D.) : « Cerebral dysrhythmia ; its signifiacnce in aggressive behaviour » ; *Proc. Roy. Soc. Med.*, 1944, 37 ; 317-330.
- HILL (D.), SARGANS (W. W.) : « Case of matricide » ; *Lancet*, 1943, 1 ; 526-527.
- MATHESON (J.), HILL (D.) : « Electroencephalography in medico-legal problems » ; *Medico-legal and Criminol. Rev.* ; 1943, 342-368.
- SILVERMAN (D.) : « Clinical and E.E.G. studies on criminal psychopaths » ; *Arch. Neurol. Psychiat.*, 1943, 50 ; 18-33.
- SILVERMAN (D.) : « E.E.G. of criminals » ; *Arch. Neurol. Psychiat.*, 1944, 52 ; 38-42.
- SILVERMAN (D.) : « E.E.G. and therapy of criminal psychopaths » ; *J. Crim Psychopath.*, 1944, 5 ; 439-465.

MELUN
IMPRIMERIE ADMINISTRATIVE
N° 1633 — 1952