

JULES MALLET

LICENCIÉ EN DROIT

DIPLOMÉ EN " SCIENCES PÉNALES "

DIPLOMÉ EN " CRIMINOLOGIE "

OFFICIER DE RÉSERVE INTERPRÈTE ET DU CHIFFRE DE LA MARINE

DE LA SIMULATION

DES MALADIES MENTALES

DEVANT LES TRIBUNAUX RÉPRESSIFS

PREMIÈRE PARTIE : 1906

DEUXIÈME PARTIE : 1932

Préface de M. le Professeur FRIBOURG-BLANC

Professeur de Psychiâtrie au Val-de-Grâce

ÉDITIONS R. GELOT

8, RUE DU PERCHE

PARIS (III^e)

1932

**DE LA SIMULATION DES MALADIES MENTALES
DEVANT LES TRIBUNAUX RÉPRESSIFS**

F 8074
17016

DE LA SIMULATION
DES MALADIES MENTALES

DEVANT LES TRIBUNAUX RÉPRESSIFS

MÉMOIRE

*Soutenu devant la Faculté de Droit de l'Université de Paris
le 5 Juillet 1906*

PAR

M. JULES MALLET

Pour l'obtention du diplôme de " SCIENCES PÉNALES "

Monsieur LE POITTEVIN, Professeur à la Faculté de Droit de Paris, *Président.*

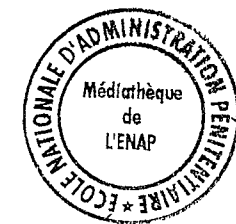
Monsieur THOINOT, Professeur à la Faculté de Médecine de Paris, *Juge.*

Monsieur GARÇON, Professeur à la Faculté de Droit de Paris, *Juge.*

ÉDITIONS R. GELOT

8, RUE DU PERCHE
PARIS (III^e)

—
1932



PRÉFACE

de *Monsieur le Professeur FRIBOURG-BLANC*

Professeur de Psychiâtrie au Val-de-Grâce

Le travail de M. Jules Mallet avait-il besoin d'une préface ?

Non pas, car son titre seul suffirait à retenir l'attention de tous ceux qui s'intéressent aux progrès de la science juridique et la compétence bien connue de l'auteur pour traiter un tel sujet assurait d'avance la haute qualité de l'œuvre.

L'étude des anomalies psychiques captive de plus en plus et à juste titre tous les esprits : Médecins, Juristes, Sociologues, Littérateurs. C'est que, dans le domaine des fonctions mentales tout est fait d'impondérables et qu'il n'existe pas de frontière absolue entre le normal et le pathologique. De l'homme parfaitement sain d'esprit, jusqu'à l'aliéné d'asile, il existe toute une longue échelle d'individus présentant des anomalies plus ou moins caractérisées, qui souvent ne se révèlent qu'au contact de certaines circonstances imprévues et qui retentissent sur le comportement à l'occasion des heurts de la vie sociale. Le sens psychologique est le meilleur guide dans l'étude de ces anomalies de l'esprit, aussi n'est-il pas étonnant de rencontrer des littérateurs, des hommes de loi, plus versés dans les connaissances psychiâtriques que certains médecins. Paul Bourget n'en est-il pas le plus illustre exemple ?

Il est indispensable que les Juristes s'avancent de plus en plus dans la voie de ces délicates études. M. Jules Mallet leur montre le chemin.

Il fut un des pionniers de la première heure dans cette entreprise visant à la réforme du régime pénitentiaire français, basée sur le principe de l'individualisation de la peine. Dès 1906, il préconisait la création d'asiles spéciaux pour les psychopathes délinquants et soutenait avec éloquence la thèse si juste de l'illogisme et des funestes conséquences de la « Responsabilité atténuée ». Cette thèse était chère au grand médecin légiste que fut Gilbert Ballet, qui la développait avec ardeur au Congrès des Aliénistes de Genève en 1907.

C'est avec une méthode très sûre et un sens psychologique très fin que M. Jules Mallet élucide le difficile problème de la simulation des maladies mentales chez les délinquants. Nous ne saurions assez l'en féliciter. Puisse-t-il convaincre ceux qui hésitent encore à admettre ce principe que la plupart des simulateurs sont des anormaux et que chacun d'eux doit faire l'objet d'une observation psychiatrique minutieuse.

Animés d'une ardente conviction, nous nous associons à lui dans son appel à la collaboration confiante des Magistrats, des Aliénistes et des Avocats dans le but d'éviter, dans la plus large mesure possible, les erreurs judiciaires toujours regrettables, tant pour les délinquants que pour le bon renom de la Justice.

A. FRIBOURG-BLANC.

13 octobre 1932.

PREMIÈRE PARTIE

1906

Nous nous proposons dans ce très court travail d'étudier la simulation des maladies mentales et les conséquences qu'elle peut entraîner au sujet de la répression.

Qu'est-ce que la Simulation ?... Simuler des désordres mentaux, c'est affecter dans ses manières, ses propos, ses attitudes un état pathologique que l'on n'a pas en réalité, dit le professeur POROT.

La simulation remonte à la plus haute antiquité. Elle est bien connue en médecine légale et en psychiatrie, aussi les exemples de simulation des maladies mentales ne manquent pas chez les Anciens et il faudrait des volumes pour en écrire l'histoire.

HOMÈRE, dans « l'Odyssée » nous apprend que le rusé Ulysse, qui devait pourtant se rendre célèbre par ses longues pérégrinations sur les mers, fit le fou pour ne pas aller à la guerre de Troie.

Plus tard les Grecs imitèrent leur illustre ancêtre et on fut obligé d'édicter la peine de mort contre ceux qui simulaient pour ne pas aller combattre les flottes nombreuses des Perses.

GALLIEN, AMBROISE PARÉ y font allusion.

En 1650, Paul ZACCHIAS, médecin de l'Etat de l'Eglise, sous

le pape Innocent X, consacre une étude toute spéciale à la simulation.

De nos jours il existe en Angleterre, notamment dans le quartier misérable de Whitechapel à Londres, de véritables organisations d'indigents simulateurs, qui se mettent du savon dans la bouche, de façon à simuler l'épilepsie et à écumer comme les malheureux atteints de cette terrible infirmité ; ils provoquent ainsi la pitié et la générosité des passants.

Parmi les individus que l'intervention judiciaire soumet à l'observation des médecins aliénistes, il n'est pas rare de rencontrer des simulateurs : tantôt ce sont de pauvres diables qui recherchent un abri pour y passer l'hiver, et qui s'efforcent, par tous les moyens, à se faire admettre dans un asile ; tantôt ce sont des récidivistes qui, craignant la relégation, veulent donner à leurs méfaits un caractère pathologique ; d'une manière générale, les simulateurs cherchent à feindre l'aliénation mentale pour se faire considérer comme irresponsables et échapper ainsi à la peine qu'ils pourraient encourir.

Il est quelquefois fort difficile de découvrir la supercherie car on rencontre des individus très habiles qui réalisent plus ou moins parfaitement des types cliniques. On ne saurait trop recommander de ne jamais trancher une question de simulation avant d'avoir acquis une certitude, de ne jamais porter un jugement prématuré ; si l'on procédait autrement, on pourrait s'exposer aux mécomptes les plus désagréables, aux erreurs les plus graves. Dans un cas d'aliénation suspecte, avant de se livrer à l'examen direct de l'individu, il est de la plus haute importance de s'enquérir de l'ancienneté des troubles mentaux, de la manière dont

ils ont débuté ; souvent on apprendra que l'aliénation mentale n'a commencé à se manifester qu'à partir du moment où l'individu a eu quelque motif particulier pour simuler, et qu'elle a débuté brusquement sans prodromes.

Dans l'immense majorité des cas, l'explosion d'un délire réel est précédée par des phénomènes prodromiques qui ont une durée plus ou moins longue et qui constituent pour ainsi dire la période d'incubation de la folie ; les habitudes se modifient, le caractère change, l'individu devient bizarre ; il a souvent lui-même conscience des changements qui s'opèrent dans sa personne et il s'efforce de dissimuler sa situation. Chez l'individu qui simule, au contraire, l'apparition des désordres intellectuels est rapide, presque subite.

L'examen attentif de la physionomie peut, à lui seul, fournir au médecin exercé des signes de la plus haute valeur. Chaque forme d'aliénation mentale entraîne avec elle, en quelque sorte, un aspect spécial de la physionomie : Le visage revêt un masque particulier.

Chez l'individu qui feint la folie, on observe surtout un contraste choquant entre le regard et l'aspect général de la physionomie. Les attitudes, les gestes sont souvent mal imités ou exagérés.

Jamais un aliéné ne reconnaît qu'il est fou, le simulateur croit bien faire en agissant autrement : il indique les causes de son délire, s'étend longuement sur ses fausses idées.

Lorsqu'on interroge un aliéné suspect, dit BOISSEAU, il est bon de lui poser des questions nombreuses, un peu précipitées, afin de le dérouter, de ne pas lui laisser le temps de préparer sa réponse.

L'écriture est souvent un moyen excellent de découvrir la forme de délire d'un aliéné.

Le plus fréquemment, l'aliéné qui écrit tient à exposer longuement ses idées délirantes, il révèle bien plus sa folie dans ses écrits que dans ses paroles. Le simulateur divaguera encore bien davantage sur le papier, il se croira obligé de n'écrire que des mots incorrects et sans suite ; ainsi, en exagérant et en faussant même la manière d'être de l'aliéné, il contribuera à faire découvrir sa fraude.

Pour le docteur ROGUES DE FURSAC, un de nos plus grands aliénistes, les principaux éléments sur lesquels devra se fonder le diagnostic de simulation sont les suivants :

1° Existence d'un mobile : poursuites judiciaires, condamnations ou peines auxquelles l'individu cherche à se soustraire ;

2° Apparition soudaine des phénomènes (agitation, confusion, stupeur) sans prodromes, ce qui est fort rare dans les psychoses ;

3° Observation continue du sujet dont la conduite est souvent en désaccord avec les idées délirantes. Exemple : Un pseudo-mélancolique, qui se déclare le plus grand criminel de la terre, demande la mort à grands cris et refuse les aliments, se cache dans un coin pour dévorer avidement un morceau de pain.

De plus, le véritable aliéné n'est pas, comme le croit le simulateur, un individu qui divague, tient constamment des propos niais et incohérents, se livre à des actes extravagants, à des gestes ridicules. Chaque forme d'aliénation comporte une classe particulière de troubles psychiques, plus ou moins limités, susceptibles ou non d'intermittence ou de rémission.

Certaines formes d'aliénation mentale sont accompagnées par des troubles autres que le délire et qui sont impossibles ou très difficiles à simuler ; tels : la fièvre, l'insomnie persistante, l'anesthésie.

Cependant les types cliniques ne sont pas encore assez bien définis, assez bien connus en psychiatrie pour que l'on puisse conclure de l'aspect anormal des symptômes à la simulation. Il y a des malades qui redoublent d'agitation quand ils se sentent observés, les maniaques et les hystériques en particulier.

Voilà pourquoi de véritables aliénés peuvent présenter toutes les apparences de simulateurs. C'est ce qui résulte de trois observations, les deux premières prises par le docteur JUQUELIER, la troisième qui nous est personnelle.

Voici la première de ces observations :

Il s'agit d'un homme de 33 ans, F..., entré le 27 septembre 1901 à l'infirmerie spéciale du dépôt à Paris. Cet individu, dit le rapport du commissaire de police, a été trouvé sur la voie publique, l'air égaré et abattu ; interrogé, il n'a pu fournir aucun renseignement sur son identité, ses occupations ou son domicile. F... est dans un état de prostration apparent : il refuse absolument de parler. Il exécute des gestes bizarres, évite les regards. La première impression fut celle d'un individu désireux de se soustraire, à l'abri des murs d'un asile, aux recherches de la justice.

Le service anthropométrique ne trouve rien qui pût lui être imputé. F... conserva pendant trois jours la même attitude, mais le soir du troisième jour il écrivit sur un papier le nom d'un Attaché à la légation de Belgique, puis il demanda en allemand un paquet de cigarettes. On l'interrogea en allemand, il répondit qu'il avait 33 ans, qu'il était de passage à Paris, étant commissionnaire en marchandises ; il avait sur lui une somme de 5.000 francs qui lui fut dérobée par deux individus avec lesquels il avait lié connaissance dans le rapide de Genève à Paris ; à la suite de la découverte de ce vol, il fut

pris d'un violent accès de désespoir et résolu de se précipiter à l'eau ; son aspect égaré ayant attiré l'attention, il fut arrêté avant d'avoir trouvé la Seine, et conduit à l'infirmerie spéciale du dépôt ; la guérison de cet état s'est produite au bout de quelques jours.

F... avait donné l'impression d'un simulateur parce qu'on ignorait son identité et que son mutisme surprenait. F... avait simplement fait un accès de dépression mélancolique.

Voici la deuxième observation :

Il s'agit d'une femme de 43 ans, Brigitte B... Cette femme s'est présentée le 26 septembre 1905 au commissariat du quartier Saint-Georges, à Paris. « Je dois me marier avec le préfet de police, les agents seront mes témoins », répondait-elle invariablement à toutes les questions qu'on lui posait. Ses gestes sont puérils : elle fait songer à la simulation. Le 2 octobre elle se décide à fournir des renseignements sur elle et sur les siens (Lourde hérédité pathologique : mère internée, père suicidé, sœur aveugle, frère débile). Brigitte B... présente à cette date des stigmates d'hystérie. Cette femme donnait toutes les apparences d'une simulatrice, comme dans le cas précédent, c'est un examen prolongé qui a pu éclairer sur son état véritable.

Voici la troisième et dernière observation :

Marcel P..., 22 ans, soldat dans un régiment d'infanterie du Nord de la France, En 1905, son caporal lui intime l'ordre de balayer la chambre. P... au lieu d'obéir s'étend sur son lit et oppose le plus complet mutisme à toutes les questions posées. Incarcéré dans les locaux disciplinaires, il chante tout le jour, d'une façon étrange. Une plainte en conseil de guerre est déposée contre lui par le général commandant la région ; à l'instruction non plus qu'à l'audience, il ne desserre les dents. On le condamne à 2 ans de prison. Quelques jours après, un médecin-major vient l'examiner pour une bronchite. L'attitude véritablement singulière de P... donne à réfléchir à ce médecin. Il le fait diriger sur l'hôpital où, mis en observation, on diagnostique un commencement de démence précoce, l'hé-

béphrénie, si excellemment décrite par le grand psychiatre allemand KRÄPELIN. Le jugement du conseil de guerre est cassé. P... réhabilité, est dirigé sur un asile d'aliénés.

On voit donc, d'après ces trois courtes observations, combien est ardue la tâche de l'aliéniste chargé de découvrir la simulation ; ce n'est qu'en réservant son diagnostic, en attendant patiemment, que le médecin pourra se prononcer en connaissance de cause ; un exemple montrera la vérité de ces paroles : Nous avons vu cet hiver, à l'Asile Sainte-Anne, à Paris, un individu qui était poursuivi pour un vol de mouchoirs et de chaussettes à un étalage.

Au dépôt et à l'instruction, ses réponses sont tellement incohérentes, qu'on l'envoie à Sainte-Anne où il est mis en observation ; interrogé sur les mobiles qui l'ont poussé à commettre ce vol, il répond qu'il a entrepris de construire un chemin de fer aérien qui relierait la place de l'Opéra à Londres. Pendant plusieurs jours, il continue à échafauder de gigantesques et invraisemblables projets ; pour tout le monde, il apparaît comme un vulgaire simulateur qui s'efforce d'éviter la prison. Cependant, quelques légers accrocs de la parole font songer à la paralysie générale ; on pratique la ponction lombaire ; le résultat est concluant : on se trouve bien en présence d'un paralytique général, au début, dans cette période si justement appelée « Médico-légale » par le docteur LEGRAND DU SAULLE, période pendant laquelle les malades commettent toutes sortes d'actes délictueux et, comme leurs troubles psychiques sont encore peu apparents, leur attitude singulière, on est tout naturellement porté à les prendre pour des simulateurs et à les traiter comme tels.

On voit donc avec quelle prudence le médecin expert

doit agir ; s'il est nécessaire, il ne doit pas hésiter à solliciter du juge d'instruction un nouveau délai d'observation, et nous admirons ces paroles de FODERÉ, après une erreur regrettable disant : « Depuis lors j'ai préféré être trop indulgent que de m'exposer à être encore injuste. »

*
**

Maintenant, lorsque les tribunaux répressifs se trouvent en présence d'un simulateur, une question de droit se présente et c'est la suivante : La simulation de la folie, dûment constatée, doit-elle être une cause d'élévation ou de diminution de la peine ?... En d'autres termes, le simulateur qui a voulu induire le juge en erreur, le tromper, doit-il subir de ce chef une sanction plus rigoureuse, comme conséquence de l'article 222 du Code pénal, qui punit l'outrage à magistrat, ou bien, au contraire, le seul fait de la simulation que la science médicale définit : une folie embryonnaire ne doit-il pas être pour le simulateur une diminution de la peine ?... n'est-ce pas un malade dont la responsabilité n'est que partielle ?...

Trois opinions se sont révélées sur cette question, nous allons nous efforcer d'y apporter une critique sommaire :

Les partisans de la première veulent faire de la simulation une cause d'élévation de la peine ; la Société, disent-ils, a un intérêt général à voir disparaître ces subterfuges qui ralentissent le cours de la justice et qui seraient de nature, s'ils se multipliaient, à l'entraver complètement.

Il faut avouer que ces craintes ne sont pas entièrement vaines, l'audace des simulateurs va croissant, n'avons-nous pas vu tout récemment que par le moyen grossier qui con-

sistait à créer de « toute pièce » un langage imaginaire, un individu est parvenu à égarer magistrats et experts pendant plusieurs semaines ! (affaire dite de « l'agrach »).

Il importe que de telles supercheries soient déjouées et que leurs auteurs soient sévèrement frappés.

Ces idées sont très répandues dans nos tribunaux ; c'est ainsi que l'année dernière nous avons pu voir une Chambre correctionnelle de la Seine frapper d'une peine très élevée un escroc convaincu de simulation.

En ce qui nous concerne, nous ne pouvons admettre ce point de vue, il va à l'encontre de toute la tendance du droit pénal moderne qui est d'individualiser la peine, c'est-à-dire de la proportionner à la culpabilité du délinquant ; or, le simulateur est un individu anormal, il ne saurait donc être frappé avec autant de rigueur que l'homme parfaitement équilibré ; à plus forte raison, il paraît profondément injuste de lui appliquer une peine élevée.

Une seconde opinion paraît moins radicale que celle que nous venons d'étudier et, partant, plus soutenable : Elle consiste à déclarer que le simulateur doit rentrer dans la catégorie des demi-fous, des demi-responsables, que ROUBINOVITCH définit ainsi : « Sous les dehors d'une lucidité « apparente et trompeuse, il y a chez eux une conscience « superficielle et sans consistance. Placés en face du devoir « fâcheux qui les sollicite, leur volonté est trop faible pour « les arrêter, tandis que leurs appétits instinctifs sont au « contraire voraces et insatiables. »

Cette thèse a de nombreux défenseurs dans les chaires de psycho-physiologie ; elle pourrait, en France, se réclamer notamment de TAINE et de M. RIBOT, l'éminent profes-

seur au Collège de France. Il semble bien, pour quiconque observe l'homme d'une manière approfondie, qu'il n'y a pas d'individu absolument sain. N'avons-nous pas tous une hérédité plus ou moins lourde ?... Et ne ressentons-nous pas, sans nous en douter, d'une manière inconsciente, et par là même plus forte, les influences qui viennent du milieu où nous sommes nés et où nous avons vécu, et de l'éducation que nous avons reçue ?...

Ces considérations ont frappé tous les hommes d'Etat et tous les juristes que préoccupent ces problèmes. Ne sait-on pas, par exemple, qu'ils sont unanimes à déclarer que les crimes et les délits qui se commettent viennent en grande partie de la misère matérielle et morale dans laquelle vivent les délinquants ?... Et n'a-t-on pas entendu l'un des plus célèbres d'entre eux affirmer : « Qu'ouvrir une école c'était fermer une prison. »

ENRICO FERRE, GAROFALO, TARDE sont d'accord pour déclarer que la misère, le jeu, l'alcoolisme, la débauche font les criminels.

LOMBROSO a exposé une théorie encore plus hardie ; il n'entre pas dans le cadre de ce très court travail de la commenter. Pour LOMBROSO, professeur de médecine légale à Turin, le délinquant est un dégénéré, c'est un malade qui présente des anomalies physiologiques ou anatomiques. « Le crime », dit-il, « est un phénomène naturel lié à certaines structures et ne dépend pas de l'influence d'une volonté méchante. » Il existe un « type criminel », le criminel né ou incorrigible. C'est un individu dont l'activité criminelle dépend de son anomalie congénitale : il est irresponsable.

Il faut distinguer le criminel-né, le délinquant d'habitude, d'occasion, le criminaloïde avec ses nuances infinies.

LOMBROSO, après avoir établi les principes dont nous venons de parler, s'occupe de la prophylaxie du crime. Celle-ci constitue un ensemble qu'il appelle la « Sociologie Criminelle ».

Comme le dit le professeur LACASSAGNE, LOMBROSO a fait naître des polémiques, a provoqué la critique. Dans tous les cas, il a imposé l'étude du Criminel qui, jusque-là, avait été trop négligée. A notre époque, LOMBROSO a tenté pour les criminels ce que PINEL avait fait pour les fous : il a demandé de la pitié pour les délinquants, et, s'il n'a pas pu prouver leur irresponsabilité, il a au moins attiré l'attention sur leur nature défectueuse. LOMBROSO fut homme d'avant-garde, utopiste peut-être, mais un laborieux qui aspira toujours à plus de justice, à plus de bonté ; il avait adopté, en la modifiant, cette belle maxime de Mme de STAEL : Tout connaître, c'est tout pardonner.

Certains auteurs ont prétendu que le simulateur ne doit être frappé que d'une peine légère, puisque sa responsabilité n'est pas entière, elle est atténuée.

Si intéressante que soit cette théorie et quelle que soit l'autorité de ses partisans, nous ne pouvons nous y ranger : la responsabilité atténuée semble être une invention de médecins embarrassés ; c'est la conclusion des experts qui ne veulent pas se compromettre. On est responsable ou on ne l'est pas. Mais on conçoit mal qu'il y ait des tiers ou des quarts de responsabilité. Cette théorie, d'ailleurs, ne répond pas au besoin social : qu'arriverait-il, en effet, si les tribunaux l'admettaient ?...

Ils emprisonneraient le simulateur pour quelques mois, pour quelques semaines, puis ils le relâcheraient. On aperçoit d'ici les conséquences d'une telle méthode : Le simulateur ne serait pas guéri ; il rentrerait dans le tourbillon social et recommencerait à commettre des crimes et des délits, puisque ses crimes et ses délits dépendent, en quelque sorte, de sa nature physique et physiologique.

TAINE a dit : « Le vice et la vertu sont des produits, comme le vitriol et le sucre. » Il y a peut-être trop de déterminisme dans cette phrase de l'illustre philosophe, mais elle est cependant bien suggestive ; le simulateur ne serait-il pas un malade, et dès lors ne devrait-il pas être déclaré irresponsable ?... Sans doute, il ne conviendrait pas de le laisser jouir de la liberté, puisqu'il est dangereux ; mais il ne faudrait pas non plus l'incarcérer. Il faut le soigner, le guérir si possible, et c'est un asile qui lui convient. Cette manière de voir recrute des défenseurs principalement dans le corps médical. Un des plus grands, le célèbre LASÈGUE, ne disait-il pas : « On ne simule que ce qu'on a. » « Dans tout simulateur il y a un aliéné » déclare M. le professeur JOFFROY.

Simuler la folie est une idée morbide qui ne peut germer que dans un cerveau anormal. L'emprisonnement ne se conçoit donc pas ; d'ailleurs cette thèse a trouvé un partisan dans l'un des professeurs les plus distingués de la Faculté de Droit de Paris : M. SALEILLES, qui a consacré un ouvrage tout entier à ces questions (l'Individualisation de la Peine).

On adopte la méthode expérimentale, dit le savant professeur, on ne considère pas le crime comme une abstraction, mais comme un fait concret qui oblige à étudier le

cas particulier de chaque délinquant. Les moyens de répression devront, en effet, varier selon les coupables. La peine sera « individualisée ». On distinguera, selon le caractère du délinquant, le délinquant d'occasion, le délinquant d'habitude ou de nature, le délinquant anormal, qui est presque toujours un dégénéré incurable ou un fou ; le simulateur, en raison des hautes opinions médicales citées plus haut, nous paraît rentrer parfaitement dans le cadre du délinquant anormal contre lequel ne devra point intervenir une sanction pénale, mais bien une initiative administrative, à savoir : le placement dans un asile.

Cette solution répond entièrement aux desiderata des criminalistes au sujet des qualités moralisantes que doit présenter toute peine. Leur idéal c'est qu'elle soit d'une part juste, d'autre part suffisante à la défense de la Société.

N'est-ce pas là un des caractères que présente le régime que nous préconisons ?... La création d'asiles spéciaux pour les névropathes et les déséquilibrés. Il existe, paraît-il, et à l'état tout à fait embryonnaire, un asile-prison de ce genre à Glaris, en Suisse. Il est fortement question d'en annexer un à la prison de Saint-Gilles, à Bruxelles.

Dès 1843, l'Irlande créa un asile spécial pour aliénés criminels et délinquants ; cet asile fut ouvert à Dundrum en 1850.

En France, BRIERRE DE BOISMONT, en 1846, est le premier qui ait demandé la création d'asiles spéciaux pour les aliénés criminels. Il préconisait la création d'asiles mixtes, intermédiaires entre les prisons et les asiles d'aliénés.

En 1868 et 1869 a lieu à la Société Médico-Psychologique la discussion sur le sort qui doit être réservé aux aliénés dangereux.

FALRET propose la création d'asiles spéciaux pour les individus traduits devant les tribunaux.

En cette même année 1868, la Commission décide de transformer la maison de correction annexée à la Maison centrale de Gaillon (Eure) en un quartier spécial. L'ouverture de cet asile eut lieu en 1876. Il atteint l'effectif de 70 malades. Ce faible contingent ne permet pas de tirer un enseignement sérieux des résultats acquis.

Les simulateurs sont des malades ; voilà une vérité qu'il faudrait faire admettre dans tous les milieux médicaux et judiciaires. Dès lors, il ne saurait être question de les punir sans contredire les idées de justice qui sont au fond de chacun de nous et pourtant il faut bien que la Société se défende contre eux puisqu'il est avéré qu'ils sont nuisibles.

Comment sortir de ce dilemme ?...

La solution qui semble devoir s'imposer est de les interner jusqu'à guérison, ou à vie, s'ils sont reconnus incurables.

Traiter les simulateurs sur le même pied que les autres catégories de délinquants blesse la conscience humaine. L'histoire du droit criminel nous montre le législateur constamment préoccupé d'adoucir la loi pénale à mesure que se répandent les sentiments d'humanité, de pitié, c'est ce que IHERING exprime ainsi : « L'histoire de la peine est une abolition constante. »

Cet adoucissement général de la répression dont il con-

vient de se féliciter, comment oserait-on le refuser au simulateur, à ce candidat à la folie ?...

Les simulateurs, de par leurs tares mentales et morales, sont devenus et restent des récidivistes, antisociaux d'instinct, criminels non parce qu'ils le désirent ou le veulent, mais parce qu'ils sont impuissants à garder le droit chemin, entraînés au mal par le poids des tares héréditaires et acquises, sous lesquelles ils succombent.

Pitoyable est leur sort, et comme ils sont dignes de compassion ces infortunés que trop souvent nous accablons de reproches immérités, alors qu'ils sont bien plus des victimes que des coupables.

Inférieurs et tarés, ils n'ont pu s'instruire ni s'améliorer et la vie sociale avec ses dangers, ses passions et ses vices en a fait des criminels.

Mais les sentiments de pitié et le souci de leur relèvement ne doit pas nous faire oublier l'intérêt général, aussi en présence d'anormaux, c'est-à-dire de simulateurs, la Société doit, si ces êtres tarés et morbides se montrent dangereux pour elle, songer à des moyens de défense et d'élimination ; l'envoi et l'examen dans des asiles-prisons, qui constitueraient de véritables centres d'observation, permettant tous les classements cliniques, susceptibles d'améliorer l'état des malades mentaux ou nerveux placés dans ces asiles, y internant tous ceux qui en paraissent justiciables, ne laissant à la prison que de très rares éléments indiscutables.

Cette conception répond à une telle nécessité sociale et humaine que nous sommes convaincus que dans un avenir relativement prochain, la France, suivant en cela certains Etats, notamment la Belgique, créera une organisa-

tion à caractère mixte, tout ensemble hospitalière et pénitentiaire, qui sera appelée à recevoir les simulateurs, cet ensemble d'infirmes, de dégénérés, contribuant ainsi à assainir la Société sans trahir la mission qui lui incombe au regard de ces malades.

Nous voudrions donc que la belle formule de LASÈGUE : « On ne simule que ce qu'on a » fût toujours présente à l'esprit des psychiatres et des aliénistes, et plus encore à celui des magistrats auxquels échoit la redoutable tâche d'appliquer la Justice des hommes.

Paris, juillet 1906.

DEUXIÈME PARTIE

—
1932
—

Vingt-six ans se sont écoulés depuis que ce travail a été soumis à l'approbation des éminents juristes et médecins des facultés de Droit et de Médecine de l'Université de Paris.

Durant ce quart de siècle où se sont produits tant d'événements graves : guerre, révolution, crise économique, générateurs de psychoses nouvelles, de crimes et, partant, de simulations possibles, il convient de faire le point d'une question particulièrement mouvante et complexe.

Deux ordres de constatations s'imposent.

La simulation s'est développée et la vulgarisation des données médicales a augmenté les connaissances des simulateurs et enrichi leurs moyens de fraude.

Parallèlement, et à un degré infiniment supérieur, les médecins aliénistes ont acquis les moyens de dépister les faux malades.

Non seulement ils ont défini les caractères inimitables de chaque trouble mental, utilisé les procédés les plus modernes du laboratoire mais surtout ils ont, comme nous

l'indiquerons par la suite, isolé les états psychopathiques qui relèvent de la médecine mentale et que l'on rattachait autrefois à la simulation.

Ainsi, peu à peu, s'est précisé et amoindri un domaine de la fraude qui ne devait son étendue infinie qu'à l'ignorance où l'on était de ses limites vraies.

LASÈGUE disait un jour de l'hystérie : « C'est la corbeille à papier de la Médecine. On y jette ce que l'on ne sait où mettre ailleurs. »

La simulation risquait d'avoir le même destin.

Il ne faudrait pourtant pas conclure qu'il n'y a plus de simulateurs conscients.

Nous résumerons, sans prétention clinique, ce qu'il est indispensable de savoir aujourd'hui sur la simulation vraie.

Des accusés ayant à répondre d'un délit ou d'un crime, des soldats désireux d'échapper à une obligation dange-reuse cherchent à se faire passer pour fous.

Ils usent de deux moyens : Ils prétextent des troubles mentaux survenus lors de l'acte délictueux, ou ils simulent l'aliénation.

On observe donc, en matière de simulation :

Une folie prétextée ou alléguée ;

Une folie simulée.

La folie prétextée est de beaucoup la plus fréquente.

Un inculpé déclare qu'il se trouvait dans un état d'inconscience ou de demi-conscience lorsqu'il a commis son crime.

La tâche du médecin aliéniste est facile et il éliminera sans peine le délire transitoire, la folie momentanée, l'al-

coolisme ou les troubles mentaux liés, chez la femme, à certaine période de la vie génitale.

D'autre fois, l'accusé invoque une méningite, une chute sur la tête, des convulsions de l'enfance.

De nos jours, l'utilisation mauvaise des livres éducateurs ou de certains films pousse les inculpés à se retrancher derrière une hérédité dont ils ne seraient pas responsables.

Un défenseur habile cite à l'audience des parents alcooliques, invoque une tare ancienne et l'expert, sans se laisser impressionner par une ascendance aussi pitoyable, doit patiemment rechercher quel était l'état des parents au moment de la conception et voir s'il a pu imprimer une tare durable.

Les campagnes coloniales, la facilité des expéditions lointaines incitent certains prévenus à mettre leurs actes anormaux sur le compte d'un paludisme ancien, d'une insolation.

Là encore le médecin expert aura à sa disposition des moyens d'investigation qu'il ne nous appartient pas de décrire. La folie simulée, qu'il était si angoissant autrefois de nier ou d'invoquer à tort, peut aujourd'hui se préciser.

Certaines formes, toujours les mêmes, tentent les impositors :

La manie aiguë dont l'état d'excitation, la loquacité, la gesticulation désordonnée leur paraissent un trépied symptomatique facile à simuler ;

La démence, où ils ne voient qu'une perte de l'intelligence et de la mémoire ;

La mélancolie avec stupeur, à laquelle le profane n'attache qu'un masque d'immobilité et d'inertie ;

La folie ambitieuse, qui se déroule sur un petit nombre d'idées fixes ;

L'épilepsie, l'obsession impulsive.

En se basant sur un nombre important de cas, José INGUEROS, de Buenos-Ayres, à qui l'on doit un ouvrage capital sur la simulation, indique l'ordre de fréquence suivant des formes simulées :

Phénomènes délirants ou paranoïaques	27 %
Syndrômes maniaques.....	25 %
Syndrômes dépressifs.....	17 %
Etats confuso-démentiels.....	17 %
Episodes psychopathiques.....	13 %

Voilà les faits qui se présentent à l'attention du médecin-expert.

« Je ne crois pas, disait GEORGET, qu'un individu qui n'aurait pas étudié les fous pût simuler la folie au point de tromper un médecin qui connaîtrait bien cette maladie. »

En effet, les psychiatres ont mis en relief les points capitaux des procédés employés et de leurs défaillances.

L'homme qui emprunte le masque de la folie exagère toujours. Ses réponses sont invariablement niaisées et il se croit tenu de prendre toujours le contrepied de ce qui lui est demandé.

Il ignore que le véritable aliéné est un malade « chez qui se déroulent sans appareil et sans effort les divers symptômes de la folie », dit RÉGIS.

Le simulateur est un acteur médiocre qui ne connaît pas son rôle, c'est un comédien qui charge et qui grimace à faux.

Il omettra donc les symptômes essentiels ou les rempla-

cera par d'autres inconciliables avec la forme mentale qu'il prétendait imposer.

Il ne pourra surtout pas réaliser dans ses étapes successives et nuancées le processus défini de l'affection qu'il simule. Hanté par la crainte de se démasquer, prisonnier de sa première attitude, il s'y éternisera ou la modifiera maladroitement s'il se sent surveillé.

Dès lors, une observation prolongée d'un simulateur supposé, dans un asile spécial, pourra éclairer sur son cas.

L'étude des fonctions physiques, actuellement si précisée dans ses troubles, apportera un nouvel élément d'information indiscutable.

Ainsi, un faux mélancolique ne pourrait présenter l'abaissement de la température, la lenteur du pouls, le refroidissement violacé des extrémités qui appartiennent au tableau clinique de la mélancolie.

Une première conclusion se dégage :

Il existe des simulateurs conscients qui ne peuvent invoquer l'excuse d'un état psychopathique à l'origine de leurs méfaits. Ceux-là, heureusement, sont faciles à démasquer. Cette question encore nébuleuse et imprécise en 1906 a été mise en lumière depuis cette époque.

Il serait infiniment plus angoissant de penser que des hommes à responsabilité nulle pussent être confondus avec de simples imposteurs.

Cette méprise ne paraît plus possible. Les travaux des grands médecins : CLAUDE, POROT, FRIBOURG-BLANC, HENARD, pour ne citer que les Français, ont prouvé que la plupart du temps la simulation résulte d'un état psychopathique dont ils ont permis de reconnaître l'existence et le degré.



Le docteur FRIBOURG-BLANC, professeur de psychiatrie au Val de Grâce, avec un talent remarquable, a su dégager, décrire et tracer le processus de la démence précoce, maladie mentale hier encore mal définie et mal connue et qui, aujourd'hui, grâce aux travaux de ce savant professeur, est révélée sous tous ses aspects.

En l'état actuel des études psychiâtriques, nous pouvons dire que la simulation a sa source principale dans la Démence précoce.

Il importe donc d'essayer de définir, très brièvement, cette grave psychopathie : les médecins allemands HECKER et KAHLBAUM décrivent sous le nom « d'Hébéphrénie » une maladie mentale se développant de préférence au moment de la puberté et conduisant le malade à un état particulier d'affaiblissement intellectuel.

Plus tard, KRAPELIN, élargissant les travaux de HECKER, publiait à ce sujet un important travail fondé sur ses observations personnelles. La démence précoce laisse place, dans la réalité clinique, à des problèmes fréquents et délicats de diagnostic.

Le début se produit de façons diverses : l'entourage, les parents remarquent un changement dans le caractère du malade, qui devient fantasque, les sentiments affectifs s'émeussent, l'attention devient irrégulière. Le malade fait des fugues, où à côté d'une exécution bien ordonnée, on peut remarquer l'inutilité, l'absurdité des prétextes ; des accès délirants sur n'importe quel sujet. On observera des tics, des grimaces, des accès de gaieté et de tristesse inexplicables. Très souvent, l'expression de la mimique est en désaccord complet avec l'idée exprimée ; par exemple : on voit des malades parlant tristement de choses gaies

ou indifférentes, et réciproquement rire aux éclats au milieu d'une conversation sur un sujet triste.

Il est habituel de constater chez les déments précoces, dit le docteur CODET : le maniérisme, c'est-à-dire l'emploi de mots recherchés, bizarres. On observe enfin des signes particuliers dont la réunion constitue la « forme catatonique » : fixité plus grande du visage, le malade fait des gestes bizarres, obéit aux attitudes les plus compliquées qu'on lui impose et les conserve, sans fatigue apparente, pendant un délai qui peut être extrêmement long.

La Démence précoce confirmée évolue le plus souvent vers la chronicité. L'état démentiel va en augmentant.

La terminaison de la maladie, dans la majorité des cas, se fait, après des années d'incohérence et d'indifférence, par la mort. La tuberculose pulmonaire atteint beaucoup de ces malades et évolue rapidement chez eux.

Le professeur FRIBOURG-BLANC insiste sur les erreurs de diagnostic que le médecin-expert pourrait commettre sur les malades atteints de démence précoce. Il n'est pas en effet, dit-il, de psychopathie qui prête davantage au soupçon de simulation. Ce qui frappe avant tout, chez le dément précoce, c'est ce caractère d'exagération de toutes les manifestations, qu'il s'agisse de la mimique, des gestes ou du langage. Tout, dans l'attitude de ces malades, paraît surfait, volontairement ridicule et outré. Le sujet a l'air de faire le pantin. La mimique est grotesque, inadéquate, et le malade paraît faire exprès de se moquer du médecin. Le comportement de la démence précoce fait toujours penser à la mystification, partant, à la simulation.

Le malade urine en présence du médecin ; il trace des

dessins grotesques, qui semblent systématiquement destinés à prouver qu'il n'a pas sa raison.

Comment donc, en présence d'un tel spectacle ne penserait-on pas à la simulation ?... Pourtant, si l'erreur est excusable, elle n'implique pas moins la nécessité d'une observation soigneuse et prolongée de pareils malades, car les conséquences médico-légales d'un diagnostic de simulation hâtivement porté peuvent être graves pour le sujet. Comme on l'a dit très justement : « La Démence précoce simule la simulation. » Le diagnostic de cette psychose, au dire de tous les psychiatres, est particulièrement difficile et délicat.

*
**

Dans une mise au point actuelle de la simulation, il paraîtrait indiqué d'étudier ce qu'elle fut pendant la guerre de 1914-1918 où l'on demandait aux hommes les plus braves d'aller au delà du courage humain.

Il semble que la simulation des maladies mentales ait été assez rare. Lorsqu'elle s'est produite, elle était arrêtée dès son début par la seule perspicacité du médecin de bataillon qui, vivant au milieu des hommes, pouvait facilement reconstituer l'origine des troubles simulés et sa coïncidence avec un danger accru. Ces cas, dont nos amis, médecins de troupe, nous ont longuement parlé, échappent à toute statistique, car il a paru à ces médecins, conscients de la noblesse de leur tâche, qu'il suffisait d'avoir démasqué une fraude et qu'il valait mieux rendre à leur unité un combattant plutôt que de livrer un coupable.

Au début des hostilités, les psychoses latentes se sont réveillées, les alcoolismes anciens se sont brusquement

exacerbés dans leurs manifestations. Il y a eu des suicides et des évacuations d'aliénés vers les asiles de l'intérieur.

Par la suite, les hommes sans courage ont cherché à désertir leur poste à la faveur surtout d'infirmités créées par eux et qui leur paraissaient d'une réalisation plus facile et plus rapide.

On comprend, malgré l'intérêt qu'elle présente, combien une étude sur la simulation des maladies mentales en temps de guerre, réclame de prudence éclairée. Nous nous réservons de la publier par la suite, lorsque nous aurons complété notre documentation.

*
**

Il n'est pas sans intérêt pour la clarté de notre exposé, d'étudier spécialement quelques cas types de simulation se situant avant, pendant et après la guerre.

Voici une première observation rapportée par le professeur HESNARD; elle date de juillet 1911 :

X..., soldat de 23 ans, à antécédents incertains, présentant depuis quelque temps des troubles de l'humeur et du caractère, est mis en observation à l'hôpital, après avoir été soupçonné de simulation par les médecins qui l'observèrent au début de sa maladie. A l'hôpital, il se présente avec un faciès hébété, et, par crises, tourmenté de grimaces, de tics, de mouvement des lèvres, des yeux, du nez... gestes ridicules ou comiques, comme voulus. Agitation sans but, très analogue à celle d'un simulateur. Actes illogiques : veut sortir du lit, renverse sa nourriture, refuse d'uriner, tire sa langue au médecin...

L'hypothèse de simulation, formulée par les premiers mé-

decins parut même plausible, au début, à ceux qui virent le malade à l'hôpital. Il est à remarquer que les manières, les tics, les actes absurdes, l'excitation désordonnée, par crises, qui donnaient assez bien l'impression de « charger » un tableau clinique imaginé et volontairement réalisé, augmentaient de façon frappante quand un observateur se faisait voir discrètement, même de loin, du malade. Mais l'attention des médecins militaires a été suffisamment attirée sur les symptômes de l'excitation catatonique, pour qu'un pareil doute ne puisse subsister longtemps dans leur esprit. Le diagnostic de démence précoce fut donc nettement formulé.

Le malade présenta bientôt un état de confusion mentale aiguë, survenu au milieu de complications cardio-pulmonaires, et la mort survint par endocardite infectieuse et méningo-encéphalite.

Nous tenons à souligner la clarté, la méthode, la science d'analyse que démontre l'observation que nous venons de citer.

Voici une seconde observation sur la simulation rapportée par le professeur VERGER de la Faculté de Médecine de Bordeaux : En octobre 1915, étant médecin chef d'un régiment d'infanterie, son attention fut attirée un matin, à la visite, par un malade qui, à son entrée lui fit une profonde révérence. Il était accompagné d'un gendarme et se trouvait détenu à la prison du Quartier général, pour refus d'obéissance. Il avait demandé à voir un médecin pour de vagues malaises sans importance. Intrigué par ses allures insolites, le professeur VERGER le fit causer :

Le malade parlait d'abondance et avec une certaine élégance de langage.

Agé de 42 ans et exerçant la profession de géomètre-expert, ancien candidat aux élections législatives, au front, se trouvant au Bois Le Prêtre, il quitte les lignes pour rejoindre sa maîtresse qu'il avait installée à Nancy.

Le refus d'obéissance, qui motivait l'inculpation, fait dire au commandant rédigeant le rapport : « Soldat cherchant volontairement à passer en conseil de guerre, simulateur, très probablement. (On lui reprochait d'avoir cessé de travailler au cours d'une corvée et d'être retourné tranquillement au cantonnement où il s'était endormi et où on l'avait retrouvé le soir.)

L'histoire sentait la démence et peut-être la simulation, une légère inégalité des pupilles, du bégaiement, font songer à un début de paralysie générale.

Ce diagnostic semble se confirmer du fait que ce malade tenait à ses camarades des propos grotesques et stupéfiants ; il contait volontiers qu'il allait prendre le commandement d'une armée, se présenter au roi d'Angleterre qui devait le retenir à dîner à sa table ! et mille autres récits extravagants, toujours empreints d'idées ridicules de grandeur, caractéristiques de paralysie générale.

Un non-lieu intervint en faveur de ce militaire, mais sans le hasard qui avait amené cet homme à l'ambulance du professeur VERGER, il avait toutes chances d'être traité et condamné comme simulateur.

La troisième et dernière observation a été prise par le professeur FRIBOURG-BLANC, elle est singulièrement intéressante et instructive, car elle nous apprend que le soupçon de simulation paraît confirmé par les aveux du sujet lui-même, bien qu'il s'agisse d'un véritable malade. Ce sont : les faux aveux.

Les faux aveux sont généralement liés à la suggestibilité ; on les rencontre chez les débiles et surtout chez les

déments précoces. Le cas suivant en est un exemple frappant :

Georges R..., 21 ans, appartenant à un régiment d'infanterie coloniale. Pas d'antécédents psychopathiques connus. Est hospitalisé au Val de Grâce, le 1^{er} mars 1926, sous le diagnostic : « En observation pour état démentiel apparent. »

Le caporal infirmier, qui l'amène de son corps à l'hôpital, raconte que R... manifeste des troubles mentaux depuis deux jours...

Il a été désigné tout récemment pour partir au Maroc. Un rapprochement a été fait par les gradés et par ses camarades entre cette désignation pour un théâtre d'opérations de guerre et l'apparition soudaine chez lui de troubles mentaux, et on l'a soupçonné de simulation.

Le 28 février, au matin, il est sorti en ville avec quelques camarades, est entré en leur compagnie dans un café et, à peine attablé, est sorti précipitamment en faisant claquer la porte.

Il n'est rentré que l'après-midi au quartier, paraissant agité, énervé, refusant de donner l'emploi de son temps depuis sa sortie du café. Dans la soirée, il est sorti de nouveau, sautant par dessus la grille de la caserne, en tenue débraillée. Arrêté par le chef de poste, il est ramené dans sa chambre, où il a une violente altercation avec le caporal qui le fait conduire à la salle de police, où il passe la nuit à gesticuler et à proférer des paroles incohérentes ; à son entrée à l'hôpital, l'agitation persiste, le malade pousse des cris inarticulés et répète : « Je suis fou, je suis fou. » Le lendemain matin, cette agitation s'apaise un peu, mais le sujet présente une attitude étrange, l'air égaré et hébété.

Le jour suivant, le sujet est très réticent. Dans l'après-midi, état d'agitation extrême. Il est nu, s'agenouille sur son lit, se tord les bras. Il refuse les aliments. Le soir, il jette son assiette à la tête d'un malade qui venait le servir.

Nous émettons l'avis qu'il s'agit d'un syndrome hétérophrénique.

Néanmoins, l'extravagance des actes de R... laisse planer un certain doute. Nous profitons de la visite d'un médecin des asiles de la Seine pour lui demander son avis sur le malade.

Nous le mettons en présence du sujet qui gesticule, crie, prend des attitudes grotesques. Notre confrère observe R..., l'interroge et nous déclare, après réflexion, qu'à son avis, il s'agit d'un simulateur.

Impressionnés par cet avis émanant d'un psychiatre très expérimenté, nous tentons alors de dépister cette simulation en employant la méthode brusquée, et, le lendemain matin, en entrant dans la chambre de R... nous engageons, sans préambule le dialogue suivant :

D. — Allons, en voilà assez, la farce a trop duré. Tu vas cesser de faire le fou, tu ne trompes personne.

R... nous regarde d'un air ahuri et paraît interloqué.

R. — Oui, je fais le fou, je fais le fou...

D. — Dis-nous pourquoi tu joues cette comédie ?

R. — Je joue la comédie, vous m'avez eu, je vous demande pardon.

D. — Allons, avoue que tu as fait le zigoto pour ne pas partir au Maroc.

R. — Oui, j'ai eu peur de partir au Maroc.

D. — Pourquoi avais-tu peur de partir au Maroc ?

R. — J'ai eu peur, je ne sais pas pourquoi. Mais je vous demande pardon, c'est rapport à mon père.

Il semblait donc bien que nous nous trouvions en présence d'aveux formels et nous rendions déjà hommage à la perspicacité de notre Confrère consulté la veille. Les réponses de R... étaient suffisamment logiques et coordonnées pour être prises au sérieux. Pourtant, nous poursuivons la conversation avec le sujet :

D. — Ton père, où habite-t-il ?

R. — Je ne peux vous le dire, ne me punissez pas.

D. — On ne te punira pas. Donne-nous l'adresse de ton père ; c'est pour t'envoyer passer quelques jours auprès de lui avant ton départ au Maroc.

R... alors sanglote, se frappe la tête contre le sol : mon père, je l'ai tué cette nuit, dit-il.

Les jours suivants, l'agitation persiste, R... reste nu, tantôt accroupi dans un coin de sa chambre, tantôt enroulé dans ses couvertures. Le refus d'aliments est absolu.

La conviction qu'il s'agit bien d'une Démence précoce étant acquise, R... est réformé et interné à la maison de santé de St-Maurice. A l'asile on confirme notre diagnostic.

Dans les mois suivants, nous apprenons que l'agitation continue, le désordre des actes également, ainsi que le refus de nourriture ; le malade maigrit considérablement, son état va s'aggravant de plus en plus.

Ainsi donc, déclare le professeur FRIBOURG-BLANC, chez ce dément précoce, indépendamment des manifestations extravagantes qui avaient les premières imposé l'idée d'une simulation, non seulement à l'entourage, mais encore à un aliéniste distingué, nous avons observé un phénomène nouveau, particulièrement impressionnant, paraissant confirmer l'idée de simulation et consistant en de faux aveux nettement formulés par le malade. Ces faux aveux nous paraissent liés à la suggestibilité du sujet. Le malade avait compris nos questions et y répondait par des phrases paraissant traduire une pensée normale et réfléchie. Mais, en réalité, ses réponses correspondaient à une pensée morbide et indiquant que le sujet avait adopté dans son esprit l'idée de simulation que nous lui avons inculquée. Bien des déments précoces disent ainsi tout ce qu'on veut leur faire dire.

Le professeur POROT, chef du Centre Neuro-Psychiatrique de l'Afrique du Nord, reconnaît également que l'aveu, chez les déments précoces, manque de valeur. Il y a, dit-il, des aliénés auto-accusateurs, certains débiles ou certains

êtres trop suggestibles acceptent de dire tout ce qu'on leur demande.

Le petit-fils de LASÈGUE, le docteur Henri CESBRON, dans son ouvrage : « L'histoire critique de l'hystérie », qui constitue un véritable monument d'érudition et de documentation sur cette délicate question, a apporté, avec un talent remarquable, une contribution à notre thèse.

Qu'il nous suffise de citer ce passage si clair et si précis qui confirme les conclusions auxquelles nous avons abouti :

Lorsqu'il s'agit d'hystérie, le clinicien doit toujours avoir à l'esprit la possibilité de la simulation dans laquelle les sujets, tantôt exagèrent des symptômes nets, tantôt même créent de toutes pièces une symptomatologie imaginaire. Chacun sait, en effet, que le besoin de tromper, de mentir, est inné chez ces malades.

Les hystériques simulent d'une façon irraisonnée, inconsciente. Ce sont des êtres éminemment suggestibles ; ils ne se laissent pas seulement suggestionner par leur entourage, ils se suggestionnent eux-mêmes. Il y a chez eux une obnubilation du moi, une dépression de la volonté et du jugement.

Il n'est pas indifférent que nous rappelions que nous-même, étant Officier de Marine, à la fin de la guerre, fûmes commis pour assister devant un conseil de guerre un jeune soldat qui, sans motifs apparents, avait grossièrement insulté un sous-officier. L'ayant visité dans sa cellule, nous avons été surpris de son attitude hébétée, de ses réponses baroques, et surtout de sa profonde indifférence concernant sa situation. Nous avons appris, par ailleurs, qu'il appartenait à une très honorable famille

disposant d'une belle aisance et qu'il possédait une réelle culture.

L'évocation de la douleur de ses parents ne sembla pas l'émouvoir. Au cours de l'instruction, il ne se départit pas de cette attitude passive.

A l'audience, nous fûmes assez heureux de convaincre le Conseil qu'il s'agissait très vraisemblablement d'un cas de démence précoce, et rendant l'inculpé justiciable de l'asile et non de la prison. Adoptant nos conclusions, le Conseil prononça l'acquittement. A quelque temps de là, nous apprîmes que ce militaire avait fait des crises répétées qui nécessitèrent son internement d'urgence ; le médecin traitant diagnostiqua : « La Démence précoce ».

*
**

En rassemblant les éléments de notre mémoire, nous avons été tout naturellement conduit à recueillir une documentation importante sur un crime récent dont le retentissement fut lié à l'éminente personnalité de la victime.

Le procès du meurtrier posa, une fois de plus, la question d'une responsabilité entière ou absente et les débats scientifiques roulèrent sur l'existence possible de la simulation d'un état mental caractérisé.

Une certaine presse, en livrant sans discernement à un public non éclairé des opinions médicales divergentes mais toutes également respectables, a dévié le débat et introduit de la passion là où il ne fallait que de la sagesse.

Nous nous abstenons donc par une raison de haute convenance d'aborder ce cas spécial.

On conçoit combien la discrimination entre l'état pathologique et l'état simulé peut être délicate dans certaines circonstances, dit le professeur CLAUDE, et combien il est nécessaire que l'expert commis ait à sa disposition des moyens d'exploration qui lui permettent de poursuivre d'aussi près que possible la vérité. Ces moyens d'exploration sont évidemment très difficiles à mettre en œuvre dans les conditions d'observation que nous avons dans les prisons. Aussi serait-il indispensable, puisqu'on ne peut obtenir la création d'annexes psychiâtriques dans les prisons, que dans les cas délicats, les sujets soient mis en subsistance dans un centre d'observation médical.

Ces paroles du grand professeur CLAUDE nous semblent être empreintes de la plus grande vérité.

Ces annexes psychiâtriques, dont il souhaiterait vivement la réalisation en France, existent et fonctionnent admirablement en Belgique.

M. le professeur VERVAECK a bien voulu nous fournir une très intéressante documentation sur ce sujet, qu'il nous soit permis de lui en exprimer notre respectueuse et profonde gratitude.

Les annexes psychiâtriques en Belgique sont exclusivement des quartiers d'observation mentale et non des organismes de traitement pour les anormaux mentaux.

L'annexe psychiâtrique n'est, en aucun cas, une dépendance d'un centre pénitentiaire et constitue une institution de traitement entièrement séparée des sections de condamnés : leur régime est tout à fait distinct, sans aucun caractère répressif.

Le rôle d'une annexe psychiâtrique dans les prisons y

diffère quelque peu, suivant la catégorie des détenus qu'on y place. Pour les prévenus, il importera surtout de déterminer la nature exacte des troubles mentaux ou nerveux qu'ils semblent présenter.

Pour les condamnés se pose la double question de leur traitement ou de leur maintien en prison.

On voit le réel intérêt des annexes psychiâtriques ; par exemple : Si un juge d'instruction, pour être fixé sur le bien fondé d'une mise en liberté, sollicitée en faveur d'un inculpé atteint d'anomalies mentales inquiétantes, charge un médecin-légiste de l'examiner, combien sa mission n'est-elle pas simplifiée depuis qu'il dispose d'un quartier d'observation psychiâtrique.

Leur rôle est encore considérable dans le domaine de l'expertise mentale des prévenus.

On ne conteste plus aujourd'hui qu'il faille assurer à l'observation psychiâtrique des inculpés des conditions scientifiques spéciales, permettant le contrôle constant et efficace de leur attitude, de leurs actes et des symptômes morbides qu'ils semblent présenter.

Les anormaux sont l'objet de nombreux examens médicaux et psychiâtriques et éventuellement, de recherches de laboratoires : la prise de sang est toujours faite et, si nécessaire, la ponction lombaire ; l'analyse des urines est aussi de règle.

Si les inculpés présentent des lésions ou des infirmités de la vue ou de l'ouïe, ils sont examinés par un spécialiste ; enfin les mesures de traitements médicamenteux ou chirurgicaux, que justifie leur état, sont prises sans attendre la fin de l'expertise.

La durée du placement d'un inculpé supposé anormal,

dans une annexe psychiâtrique est, en principe, d'un mois, mais si l'expert n'a pas terminé son examen, il peut en demander la prolongation pour un terme égal.

Les détenus sont soumis à toute heure du jour et de la nuit à une surveillance attentive.

Les internés valides se livrent à des travaux d'exécution facile, n'exposant pas à des accidents et qui sont rémunérés. Le séjour d'un inculpé ou d'un interné dans une annexe psychiâtrique constitue, à tous les égards, une amélioration de son traitement.

Le but de ces annexes est la guérison, ou du moins l'amélioration des tares mentales de l'anormal au point de lui rendre possible une vie honnête et régulière.

Le docteur VULLIEN, de Lille, constate que la création d'annexes psychiâtriques dans les prisons est de réalisation aisée ; partout où elle a été expérimentée elle n'a eu que d'heureux résultats. Il propose d'adopter l'organisation belge qui répond à toutes les exigences scientifiques.

La proposition de créer des annexes psychiâtriques dans les prisons, et des laboratoires d'anthropologie criminelle dans les grandes prisons de France, a été déposée à la Chambre des députés et y a fait l'objet d'un remarquable rapport de M. BLACQUE-BELAIR et du docteur CEILLIER.

La Société de Médecine Légale de France, dans sa séance du 9 mars 1931, sous la présidence du professeur MAUCLAIRE, après avoir entendu l'exposé du projet de résolution de MM. BLACQUE-BELAIR et CEILLIER, considérant que les criminels et les délinquants diffèrent entre eux par leur état physique, leur état mental, leur caractère, et qu'il est nécessaire pour les bien connaître et pouvoir prendre à

l'égard de chacun d'eux les mesures de sécurité et de relèvement au cours de la peine, de les étudier, de les classer par les méthodes médico-psychologiques,

Emet le vœu :

Que soient créés dans les prisons des laboratoires d'anthropologie criminelle, où seront constitués par des psychiatres compétents, des dossiers anthropologiques de tous les individus condamnés.

Considérant qu'un certain nombre d'aliénés et de névropathes échappent actuellement à toute expertise médicale et que, dans certains cas, seuls des spécialistes peuvent les signaler,

Emet le vœu :

Que, tout en réservant, comme par le passé, le droit aux magistrats et à la défense, d'ordonner ou de solliciter de leur plein gré toute expertise, il soit institué un service de dépistage psychiatrique des prévenus, avec des garanties suffisantes pour que ce dépistage ne puisse aucunement favoriser ceux qui le pratiqueront ;

Emet le vœu :

Que soient créées dans les prisons préventives des annexes psychiatriques où les médecins-experts pourront observer les détenus.

On peut donc affirmer que le programme des asiles annexes psychiatriques sera de créer les conditions bio-

logiques les plus favorables au progrès social, qui relève essentiellement de l'efficiencé du cerveau humain.

Souhaitons donc que la très intéressante initiative de M. BLACQUE-BELAIR et du docteur CEILLIER devienne bientôt, en France, une réalité.

Souhaitons également que l'on comprenne l'impérieuse nécessité de développer l'enseignement de la psychiatrie, de la médecine légale, de la police scientifique, dans les facultés de Droit. On sait qu'en Belgique, il est indispensable d'être admis, au cours de la seconde année d'études juridiques, à un examen comportant des éléments de médecine légale et de médecine mentale, sinon on se voit refuser l'accès au grade de licencié. Nous devrions agir de même.

Ce faisant, on développerait une collaboration fructueuse et efficace entre magistrats, aliénistes et avocats. On éviterait ainsi dans la plus large mesure possible, des erreurs judiciaires. La question est d'importance.

Enfin, le traitement des simulateurs et autres infirmes psychiques donnera au législateur, en adoptant les méthodes de nos chers amis belges, la très grande satisfaction d'avoir accompli un devoir social d'une haute portée morale.

En effet, se vouer à la rédemption des déshérités de la vie mentale, que leurs tares biologiques ont menés au délit ou au crime, c'est là une belle ambition bien digne d'être réalisée par notre grand et cher pays.

Octobre 1932.

Nous ne saurions terminer cette étude sans acquitter une dette de reconnaissance envers deux éminents professeurs : MM. DERVIEUX et PIÉDELIÈVRE, dont les bons conseils, et le bienveillant accueil qu'ils ont bien voulu nous accorder au laboratoire de Médecine légale de la Faculté de Médecine de Paris, nous ont puissamment aidé pour l'élaboration de ce travail.

C'est un grand honneur pour nous de pouvoir exprimer ici notre respectueuse et entière gratitude à M. le professeur BALTHAZARD, professeur de Médecine légale, Doyen de la Faculté de Médecine de l'Université de Paris.