

A. PETITHORY

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

CONTRIBUTION

A L'ÉTUDE DES

Psychoses pénitentiaires



PARIS

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, rue Racine, 15

1925

A mon maître, M^{onsieur} le Docteur Lemay, en
souvenir des deux années passées auprès de lui
à l'asile de Clermont pendant lesquelles il m'a
prodigué ses conseils éclairés et sa grande
bienveillance.

Le 1^{er} Avril 1925

Petit

CONTRIBUTION

A L'ETUDE DES

Psychoses pénitentiaires

T13D5

D^r A. PETITHORY
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS



CONTRIBUTION
A L'ÉTUDE DES
Psychoses pénitentiaires



PARIS
JOUVE & C^o, ÉDITEURS

15, rue Racine, 15

1925

A MON PÈRE, A MA MÈRE

En témoignage de ma profonde reconnaissance et de ma vive affection.

Mes et amicis

A MES COLLEGUES

DE L'ASILE DE CLERMONT-DE-L'OISE

MM. G. COULON, A. ALBANE, R. BOUCHARD,

L. OGLIASTRI, M. CRAFFE.

A MON MAITRE
A L'ASILE DE CLERMONT-DE-L'OISE

M. LE DOCTEUR G. DEMAY,
Médecin des Asiles,

*A qui revient l'initiative de ce travail,
témoignage de respectueuse affection
et de profonde reconnaissance.*

A MES MAITRES
DE LA FACULTÉ DE MEDECINE
ET DES HOPITAUX DE PARIS
— MM. LES PROFESSEURS : HARTMANN, CUNEO,
COUVELAIRE, LENORMAND.

A MON MAITRE
M. LE PROFESSEUR MARCEL LABBÉ,
*Professeur de Pathologie et Thérapeutique générales
Médecin des Hôpitaux de Paris,
Officier de la Légion d'Honneur*

Témoignage de ma profonde gratitude.

CONTRIBUTION
A L'ETUDE DES
Psychoses pénitentiaires

A MON PRESIDENT DE THESE

M. LE PROFESSEUR CLAUDE,

Professeur de clinique des Maladies mentales

à la Faculté de Médecine de Paris

Médecin des Hôpitaux et de l'Asile clinique,

Officier de la Légion d'Honneur

INTRODUCTION

Nous avons eu l'occasion, pendant notre internat à l'asile interdépartemental d'aliénés de Clermont-de-l'Oise, et spécialement au service de l'admission sous les auspices de notre Maître M. le Docteur Demay, d'observer un certain nombre de cas d'aliénation mentale survenus chez des prisonniers de droit commun.

Cette question des « psychoses pénitentiaires » a déjà inspiré nombre de travaux, mais qui traitent surtout des psychoses d'apparition précoce, soit au cours de la prévention, soit au début de la détention. Par contre, il nous semble qu'on ait moins étudié dans un travail d'ensemble, en France, les psychoses apparaissant tardivement chez les détenus condamnés à de longues peines, venant donc des maisons centrales.

Après avoir rappelé les conceptions actuelles sur les psychoses pénitentiaires et leurs formes précoces, nous étudierons spécialement les formes cliniques des psychoses tardives, nous en rechercherons la fréquence et les causes.

Nous aurons ensuite à envisager le mode d'assistance, la situation actuelle et les projets de réforme. Cette question nous paraît offrir un intérêt d'actualité en raison des récentes réformes pénitentiaires belges.

CHAPITRE PREMIER

CONCEPTIONS ACTUELLES CLASSIFICATION

Par psychoses pénitentiaires, ou carcérales, on entend habituellement des affections mentales aiguës ou chroniques, de quelque nature qu'elles soient, qui surviennent, chez des prisonniers plus ou moins longtemps après l'incarcération sans cause apparente (autre que la prédisposition ou que la détention elle-même.)

N'entrent pas dans cette définition :

L'arriération et les affections mentales congénitales, les psychoses qui relèvent d'une cause organique (délires infectieux ou toxiques, démence organique, paralysie générale).

Les affections intermittentes dont un ou plusieurs accès se sont déjà produits avant l'emprisonnement (psychoses périodiques, épilepsie).

Enfin, les cas d'aliénation mentale existant au moment de l'incarcération et méconnus.

Nous ne referons pas ici l'histoire des travaux relatifs aux psychoses pénitentiaires ainsi comprises. Il est résumé dans la thèse de Costedoat (Lyon 1913) et dans les revues générales d'Arsimoles et Halberstadt (Archives de Neurologie, juin 1914), puis d'Alberstadt (Annales de Médecine légale, décembre 1923).

Nous retiendrons seulement qu'à la même époque (1875) Delbrück en Allemagne et Hurel en France, notent l'apparition chez certains prisonniers de la conviction délirante qu'ils sont graciés.

Les délires de grâce et d'innocence prennent place dans la terminologie de Kraepelin (1) (1899), qui les trouve à côté des délires de persécution ; il s'agit d'états hystéroides.

Nacke (1893), a observé des délires de dégénérés à forme hallucinatoire et paranoïaque dont le début se fait fréquemment par de la confusion mentale et la terminaison par de l'affaiblissement intellectuel.

Pour Semal (2) (1899), il y a cinq fois plus d'aliénés chez les détenus que dans la population libre, à cause du régime pénitentiaire. La débilité mentale ou le déséquilibre psychique entreraient le plus souvent en jeu.

(1) Kraepelin, Psychiatrie, 8^e édition, 4^e volume, 1915.

(2) Semal, coup d'œil sur les folies pénitentiaires (Congrès de Médecine mentale, Paris 1889).

Dans les cas étudiés par Costedoat, il s'agit le plus souvent des bouffées délirantes chez des dégénérés à antécédents alcooliques. La prison n'a donc qu'un rôle de second plan dans l'apparition de ces troubles mentaux, et Costedoat estime qu'il n'y a pas de psychoses pénitentiaires autonomes.

Juquelier et Vinchon (1) pensent que les psychoses banales ou les folies spéciales aux prisonniers apparaissent généralement peu de temps après l'incorporation à la prison ; elles sont, disent-ils, rares après le sixième mois.

Gelma (2) étudiant les psychoses à éclosion rapide de la prison, trouve, d'une part, des états discordants et, d'autre part, des syndromes délirants multiples, certains rappelant la paraphrénie fantastique de Kraepelin.

Vervaeck (de Bruxelles), au Congrès des Médecins neurologistes et aliénistes de Luxembourg-Metz (1921), constate le polymorphisme clinique des psychoses se manifestant en prison ; il rencontre, à côté des états délirants, des formes de démence précoce et de stupeur, le plus souvent à symptoma-

(1) Juquelier et Vinchon, les limites du vol morbide, 1914, chapitre VII.

(2) Gelma, Les psychoses à éclosion subite de la prison préventive au cours de l'information judiciaire. (Annales médico-psychologiques, février 1924).

tologie hystérique pouvant être parfois la « persévération » morbide d'une tentative de simulation.

Dans aucun de ces travaux on ne trouve de divisions nettes entre les psychoses pénitenciaires précoces et tardives.

Arsimoles et Halberstadt distinguent les psychoses pénitenciaires en :

Psychoses de la prévention, émotionnelles, dégénératives avec états délirants imaginatifs et hallucinatoires, le désir d'être mis en liberté donnant une couleur particulière aux idées délirantes (déli-re de grâce). psychoses tardives de la détention caractérisées par l'affaiblissement intellectuel avec idées de grâce et d'innocence.

A notre avis, la classification précédente est un peu théorique. Ces distinctions, d'après la prévention et la détention ne sont pas très nettes chez les malades. Ce qui nous paraît le plus important en l'espèce, c'est la date d'apparition des troubles psychiques.

Il est évident que les conditions de choc ou de dépression sont les mêmes, qu'il s'agisse d'un prévenu ou d'un détenu au début de l'accomplissement de sa peine : arrestation, émotions de l'audience, condamnation, changement brusque de milieu. Au contraire, les condamnés ayant déjà accompli une longue peine ont franchi, sans dommage cet obstacle émotionnel ; chez eux ce sera sur-

tout la vie de la prison, sa discipline et son régime qui auront une influence sur l'apparition des troubles mentaux.

D'ailleurs, Halberstadt, lui-même, revenant sur la question (Annales de Médecine légale, Décembre 1923) ne divise plus les psychoses pénitenciaires qu'en deux formes : précoces et tardives.

C'est pourquoi nous étudierons les faits observés en nous plaçant au point de vue du début des troubles mentaux par rapport à la durée de la détention déjà subie en considérant deux variétés de psychoses chez les prisonniers :

1° Psychoses d'apparition précoce ; de la prévention et du début de la détention ;

2° Psychoses d'apparition tardive ; psychoses de la détention proprement dites.

CHAPITRE II

LES PSYCHOSES PÉNITENTIAIRES

D'APPARITION PRÉCOCE

Arsimoles et Halberstadt qui se sont inspirés des récents travaux allemands distinguent, pour les psychoses de la prévention et du début de la détention, de nombreuses formes cliniques différentes : ce sont d'abord les troubles délirants multiples à base d'interprétation et d'imagination, à début brusque, accompagnés souvent d'hallucinations auditives intenses.

Halberstadt rappelle à ce propos l'observation de Reiter ou l'accès éclata pendant la séance des Assises. C'est le début explosif de Sturrock.

L'idée délirante qui domine est celle d'innocence ou de grâce. « Ce sont des psychoses dégénératives dans l'étiologie desquelles le désir d'être mis en liberté joue un rôle déterminant (Wunsh-délirium).

Par l'intermédiaire décisive de l'imagination dans le mécanisme du délire, ces psychoses pour-

raient être rattachées au délire d'imagination de Dupré. »

Ce sont en outre des états mélancoliques qui seraient dûs à l'influence déprimante de l'isolement cellulaire ; et ces auteurs rappellent, d'après Féré, la possibilité du suicide sous cette influence. Vient ensuite les états confusionnels, dus au choc moral et qui seraient des psychoses motionnelles, la stupeur se rencontre aussi parfois, c'est l'Halbstupor de Loewenstein rattachée par Nacke à l'hystérie.

Enfin on trouve des états crépusculaires caractéristiques de la prévention, d'après Kraepelin, et en rapport avec l'hystérie (Régis).

D'après Costedoat, une place à part doit être faite aux psychoses d'origine alcoolique, c'est souvent le délirium a potu suspenso, la prison privant ces détenus de leur poison habituel.

Dans sa dernière classification, Kraepelin range les psychoses des prisonniers parmi les affections dues à une cause extérieure physique ou psychique.

Nous allons rapporter trois observations personnelles de psychoses pénitentiaires d'apparition précoce pour l'éclosion desquelles se reconnaît bien l'influence du choc moral de la condamnation et de la détention.

OBSERVATION I

SERVICE DU D^r THIBAUD, ASILE DE CLERMONT

Débile. Après la condamnation, idée fixe que celle-ci n'est qu'un simulacre. A la prison se croit gardien et non détenu. Apparition des troubles mentaux au moment de sa condamnation.

P. Charles, 43 ans, matelassier-tapissier.

Une condamnation antérieure à un jour de prison pour mendicité.

Condamné le 13 septembre 1917 à la peine de mort et à la dégradation militaire par le conseil de guerre de la ...^{me} région pour désertion à l'ennemi. Il est jugé à nouveau après la guerre et condamné le 3 mai 1919 aux travaux forcés à perpétuité. Sa peine est commuée par la suite en dix ans de réclusion.

Dès le jour où il apprend sa condamnation, le 21 septembre 1921, il commence à présenter des troubles mentaux qui s'accroissent par la suite à la prison de Poissy; il croit qu'on l'a envoyé à la prison comme gardien et non comme détenu; il réclame ses vêtements de surveillant, sa solde et, sur cette idée fixe, il construit un délire assez mal systématisé d'ailleurs; il est calme, lucide, bien orienté, mais il nie avoir déserté, avoir été fait prisonnier de guerre, la condamnation n'est qu'un simulacre.

Comme il ne se montre pas dangereux, il reste assez longtemps à la prison où on l'isole. Le 26 janvier 1923,

on l'envoie à l'Asile. Là, il se croit encore gardien et surveille les autres malades. Il monte en grade; après avoir été sergent, adjudant, il est maintenant sous-lieutenant; il reste toute la journée le long d'un arbre d'où il surveille ce qui se passe dans sa section. Il écrit des notes sur des feuillets qui constituent le rapport qu'il remet chaque jour au médecin-chef.

Toutefois, quoique persuadé qu'il est gardien, il ne se plaint pas de trop de sa situation qui est celle des autres malades.

Cet état persiste jusqu'aujourd'hui.

Il s'agit ici d'une psychose pénitentiaire qui a suivi immédiatement la condamnation et l'incarcération. C'est un délire systématisé mais assez pauvre en raison de la débilité mentale du malade.

Toutefois, il est à remarquer que le point de départ du thème délirant consiste dans l'affirmation de l'innocence et l'incrédulité de la condamnation; secondairement, P. dit qu'il est gardien à la prison et à l'Asile pour y expliquer sa présence. Peut être ce cas peut-il être rapproché du délire classique d'innocence, c'est en tous cas le seul malade chez qui nous avons trouvé cette formule délirante de façon bien caractérisée. Mais c'est le fond mental du sujet qui est ici très important.

En effet, si nous cherchons les caractères particuliers du délire de ce malade, nous y trouvons la pauvreté, la fixité, la non-extension et, d'autre part, P. présente un état de satisfaction manifeste.

Par ces traits, il s'agit d'un délire de débile n'offrant rien de spécial, si ce n'est la date d'apparition après la condamnation et aussi la couleur particulière du thème délirant l'apparentant au délire d'innocence. Ce caractère est ici assez fruste, et l'évolution habituelle ne se fait pas sentir par l'association avec les idées de grâce. Et cela nous paraît bien secondaire à côté de l'importance des idées ambitieuses qui sont prédominantes.

Il s'agit donc d'un délire de débile chez qui la condamnation et l'incarcération n'ont été qu'une cause favorisante, et n'ont fait que donner une teinte spéciale au délire.

OBSERVATION II

SERVICE DU D^r DEMAY, ADMISSION DE L'ASILE
DE CLERMONT

Dégénérescence. Débilité mentale. Ethylisme. Amoralité. Inaffectivité. Etat de satisfaction. Apparition des troubles mentaux après quatre mois d'emprisonnement.

S. René, 22 ans, manœuvre, célibataire.

Ecroué, depuis quatre mois, à la maison Centrale de Poissy où il purgeait une condamnation à dix-huit mois de prison pour coups et blessures avec vol.

A la prison, il travaille assez convenablement les pre-

miers mois, puis il devient une cause de désordre en raison des propos bizarres qu'il ne cesse de tenir ; les travaux un peu délicats l'énervent, et il éprouve le besoin de tout casser, de tout déchirer. On l'isole. A la suite d'une tentative de suicide, on l'envoie à l'Asile.

C'est un débile présentant des stigmates physiques de dégénérescence. Il présente de l'amoralité et de l'indifférence affective (il s'enorgueillit des actes délictueux qu'il a commis, il était garçon dans une maison publique dont sa sœur était une des pensionnaires. Etat de satisfaction (il a des mains mignonnes comme celles d'une femme ; toutes les femmes sont amoureuses de lui. Il est le bourreau des cœurs.)

Il dit se livrer quotidiennement à la masturbation et avoue des excès éthyliques.

Cette observation est à rapprocher de celles de Costedoat ; il s'agit d'un dégénéré à niveau intellectuel peu élevé chez qui on trouve encore des excès éthyliques. Les antécédents de ce malade suffiraient à eux seuls à justifier les troubles mentaux d'ailleurs frustrés qu'il a présentés. Comme l'écrivait Hurel : « Les causes des crimes ou délits qui ont amené les individus dans nos prisons ne sont-elles pas celles que l'on retrouve comme pouvant conduire à la folie : hérédité, débauche, intempérance, misère, découragement, mauvaise éducation, etc., etc. Et c'est le cas pour ce malade. Mais il nous semble, avec l'expert qui l'a examiné, que le séjour à Poissy semble avoir encore amoindri ses maigres

facultés intellectuelles et avoir provoqué un état d'excitabilité.

OBSERVATION III

SERVICE DU D^r THIBAUD. ASILE DE CLERMONT.

Choc moral et affectif. Syndrome hebephrenique d'origine émotive. Apparition des troubles mentaux un mois et demi après l'incarcération. Guérison après un séjour de cinq mois à l'Asile.

D. Louis, 21 ans, faisant son service militaire au ...^e dragons. On ne trouve pas d'hérédité mentale. C'est un « bon garçon », dont sa famille et ses chefs sont contents.

Vers la fin de septembre 1922, rentrant de permission après avoir bien bu, il s'amuse avec ses camarades à « virer les copains », c'est-à-dire à les jeter bas de leur lit pendant qu'ils dormaient ; l'un d'eux en tombant se blessa malencontreusement à la tête et dû être conduit à l'hôpital.

D. fut alors mis en prévention de conseil de guerre ; mais la punition fut fixée par le général commandant le corps d'armée à 45 jours de prison dont 15 de cellule.

Pendant les quinze premiers jours (étant en prévention de conseil de guerre), il travaille dans la journée ; puis il est mis à demeure en prison et enfin en cellule.

Le 10 novembre 1922, dans les derniers jours de sa

peine, il commence à présenter des troubles mentaux. Dans sa cellule, il tient des propos incohérents, réclame contre sa punition « qui entache son honneur », il se croit le Bon Dieu, attend la femme qu'il aime. Il fait des menaces et se livre à des actes désordonnés accompagnés de paroles obscènes, il déchire tout dans son cabanon où il reste nu, se barbouille la figure de matières fécales, il se nourrit difficilement et se montre violent quand on l'approche.

On constate alors chez lui un affaiblissement marqué des sentiments affectifs et moraux (il ne s'intéresse aucunement à sa famille). Il présente de l'automatisme brusque : (explosion de rires ou de pleurs), colères succédant rapidement à des plaisanteries, du négativisme (refus d'aliments d'ailleurs passagers), des attitudes stéréotypées (il se met à genoux immobile devant sa couverture).

En présence de toute cette symptomatologie, l'expert conclut naturellement à la démence précoce et demande le transfert à l'asile où il entre le 21 novembre 1922.

Là, son attitude est la même au début, il présente un syndrome hébéphrénique complet avec gâtisme, troubles délirants polymorphes et confus, apathie, indifférence. Stéréotypies. Alternatives de négativisme et de passivité. Désordre des actes.

Cet état persiste jusque vers la fin février 1923, il y a alors amélioration progressive. Il s'intéresse à ce qui se passe autour de lui, demande à travailler. Retour de l'affectivité (il écrit à sa famille), mais il est poursuivi par le remords de son acte. Il nous raconte alors l'accident de la caserne: comment il ne voulut pas parler les jours suivants, croyant avoir tué son camarade

(attitude accablée) Il nous dit qu'il ne dormait plus, il rêvait et dans la prison, surtout en cellule, il pensait toujours à ce qu'il avait fait et à sa condamnation. Il ne sait pas s'il a passé le conseil de guerre ou non.

L'amélioration s'accroît rapidement, il travaille à l'asile, se rend compte des troubles morbides qu'il a présentés. Enfin il sort guéri le 9 mai 1924.

Il s'agit là d'une psychose pénitentiaire apparue chez un sujet n'ayant jamais présenté de troubles mentaux et n'ayant aucune hérédité, chez qui on doit donc éliminer la dégénérescence mentale.

Il nous paraît évident que le choc moral et affectif de l'accident d'une part, de la condamnation d'autre part, ait eu un rôle important dans la genèse de ces troubles mentaux. Les déclarations du malade après sa guérison montrent qu'il a été vivement affecté par les conséquences de son acte, qu'il y pensait sans cesse, qu'il ne dormait pas, bref qu'il était tenaillé par le remords.

Cette observation offre un double intérêt. D'abord en montrant bien que la détention a agi ici comme facteur émotionnel au même titre que toute autre émotion violente.

En second lieu, au point de vue clinique proprement dit, nous voyons que cette émotion-choc a réalisé un syndrome hétérophrénique typique, ne se distinguant en rien de la démence précoce. C'est l'évolution seule qui a montré qu'il s'agissait d'une affection curable. Certes nous savons qu'il est très

hasardeux au début d'un cas réalisant chez un jeune sujet une apparence démentielle, de porter un pronostic d'incurabilité; mais ce qui est rare, c'est de trouver à l'origine d'un syndrome hétérophrénique une cause bien caractérisée.

Récemment on nous a montré que l'encéphalite épidémique pouvait réaliser ce syndrome. Notre observation prouve qu'on peut trouver aussi bien une cause psychique (émotion-choc), qu'une cause organique dans l'étiologie de ces états hétérophréniques passagers et guérissables.

En résumé, d'après nos observations personnelles, il semble que dans les cas de psychoses pénitentiaires d'apparition précoce entrent des faits très différents.

Au point de vue pathogénique dans les uns, et ce doit être la majorité des cas, il s'agit de prédisposés qui auraient pu présenter des troubles mentaux en liberté et chez qui la répression n'a fait que jouer le rôle de cause occasionnelle. Peut-être même n'a-t-elle fait que révéler des troubles mentaux latents : *ce sont des psychoses de dégénérés ou débiles.*

Dans d'autres cas, les éléments répressif et pénitentiaire jouent le rôle d'émotion-choc chez des sujets qui s'étaient montrés jusque-là normaux. *Ce sont des psychoses émotionnelles.*

Il est évident que, comme dans toutes les psychos-

ses d'ailleurs, il peut y avoir dans celles-ci une certaine prédisposition. Mais elle paraît insignifiante en face de l'élément-choc. Alors que dans la catégorie de faits précédents la proportion est inverse, la prédisposition jouant le rôle principal.

Au point de vue clinique, ce qui caractérise ces psychoses précoces, c'est le polymorphisme. Il nous a paru intéressant d'insister sur le fait qu'à côté des états confusionnels, stuporaux et crépusculaires, on puisse observer un syndrome hétérophrénique curable créé de toutes pièces par l'émotion-choc. Nous avons observé un cas pouvant se rapprocher du délire d'innocence, mais il s'agissait d'un délire de débile, délire très pauvre, à base imaginative avec idées ambitieuses et se caractérisant en réalité par l'incrédulité de la condamnation, plutôt que par la conviction de l'innocence et de la grâce.

CHAPITRE III

PSYCHOSES D'APPARITION TARDIVE

Comme nous l'avons vu, ces psychoses ont été peu étudiées jusqu'à présent. La raison en est certainement qu'il faut des conditions spéciales pour les observer. A l'Asile de Clermont qui dessert les deux maisons centrales de Poissy et de Melun où se trouvent des condamnés à de longues peines, ces conditions se trouvent réunies.

Rappelons d'abord l'opinion d'Halberstadt et Arsimoles sur ces psychoses pénitentiaires (3^e groupe de leur classification).

« Psychoses tardives de la détention, qui s'observent chez les condamnés à de très longues peines, se caractérisant cliniquement par de l'affaiblissement intellectuel avec coexistence d'idées de grâce et d'innocence et qui sont en rapport avec la vie monotone et sans initiative de la prison (Kracpelin) et avec la sénescence précoce (Rudin). »

Voyons d'abord les faits :

OBSERVATION IV

SERVICE DU D^r DEMAY. — ADMISSION DE L'ASILE
DE CLERMONT

*Dégénéré. Délire de persécution avec interprétations
et hallucinations multiples. Début des troubles
mentaux après plus de deux ans de détention.*

R Joseph, 21 ans, horloger, célibataire.

Un frère est mort à l'asile de Pierrefeu, il y a trois ans. Une tante, du côté paternel, serait aussi aliénée. Lui-même, après avoir fréquenté l'école primaire supérieure d'Alger, a des moyens d'existence douteux, il est mal noté partout. Il a toujours eu un tempérament coléreux et batailleur.

Il est condamné à Marseille, en avril 1921, à six ans de réclusion pour meurtre.

A la maison centrale de Poissy, il manifeste à plusieurs reprises des réactions coléreuses; pourtant il est considéré à son atelier comme un ouvrier sérieux. En août 1923, il frappe au cours d'une rixe un de ses co-détenus qu'il accuse de l'avoir calomnié dans son honnabilité. Il se plaint au directeur de la prison, se disant l'objet de persécutions, accusant d'autres détenus de le

tourner en ridicule et demandant sa mise en cellule pour être tranquille et échapper aux persécutions. « Comme conséquence de la rixe, il est d'ailleurs mis en cellule pendant soixante-quinze jours. »

Quand il revient à l'atelier, les persécutions recommencent. On l'appelle Sarah-Bernhardt, par dérision; il parle seul. En novembre, il est mis de nouveau en cellule: il se sent atteint, dit-il, de la « folie automate »; il sent ses intestins se dessécher, sa tête travaille, son gosier disparaît, il a le sang d'enragement, il a de l'atonie et sent qu'il n'ira pas loin, il réclame du lait de taureau.

Il marche de façon bizarre, les yeux fixes.

A l'asile, où il entre le 16 février 1924, ces troubles s'accroissent. Il présente un délire mal systématisé, idées de persécution et idées hypocondriaques avec interprétations morbides et hallucinations de l'ouïe, de l'odorat et du goût. (On lui parle de lait d'escargot; on lui donne à prendre des liquides indigestibles pour dégorger; on lui fait prendre des lavements au thermo-cautère). Il continue à présenter de l'automatisme moteur (qu'il explique par sa folie automate, la folie atone ayant avortée). Il n'a aucun remords d'avoir tué, car dans la vie il faut aller droit et se débarrasser de tout ce qu'il y a sur le chemin. « L'autre n'avait qu'à en faire autant. »

B. présente des signes physiques de dégénérescence; faciès caractéristique, malformations crâniennes, saillie des angles de la mâchoire.

OBSERVATION V

SERVICE DU D^r DEMAY. — ADMISSION DE L'ASILE
DE CLERMONT

Lourde hérédité; dégénérescence mentale; délire de persécution, avec interprétations délirantes, hallucinations et troubles cenesthésiques. Début des troubles mentaux après un séjour de trois ans à la maison centrale.

B. Julien, 33 ans, mouleur.

Très lourde hérédité : père alcoolique, mort aliéné, oncle interné actuellement, tante morte aliénée ; son grand-père maternel s'est suicidé.

Lui-même aurait commencé à boire à l'âge de 11 ans. Cependant, avant son engagement pendant la guerre, sa conduite était bonne.

Il est d'abord condamné deux fois pendant la guerre pour voies de fait et désertion à l'ennemi, le tout, dit le malade, sous l'influence de l'alcool.

En mars 1920, il est condamné par le conseil de guerre de Metz aux travaux forcés à perpétuité pour désertion à l'ennemi et voies de fait envers un supérieur ; sa peine est commuée en dix ans de réclusion.

Sa conduite est bonne à la prison ; vers la fin de 1923, il commence à présenter des idées de persécution : si deux camarades causent entre eux, il se figure qu'ils

dissent du mal de lui ; il voit des papillottes la nuit dans sa cellule ; il tente un jour de s'en échapper pour se tuer, en se jetant du haut de l'escalier sur le sol ; il devient violent.

Il entre à l'Asile le 13 décembre 1924.

Son état mental est caractérisé par des idées de persécution, des interprétations morbides, des hallucinations auditives (on lui fait entendre des orgues de barbarie). Il a des préoccupations hypocondriaques (on lui serre la tête avec une vis ; on lui travaille l'estomac ; c'est la syphilis qu'il aurait contractée à l'âge de 16 ans qui est cause de tous ses malheurs).

A l'examen physique, on trouve du tremblement de la langue, de la vivacité des réflexes, tachycardie. La réaction de Wassermann est négative, dans le sang et le liquide céphalo-rachidien.

OBSERVATION VI

SERVICE DU D^r DEMAY. ADMISSION DE L'ASILE

Dégénérescence mentale. Délire de persécution avec interprétations et hallucinations. Appoint névropathique. Début : huit ans après l'incarcération.

V. Edouard, 33 ans, garçon de café, marié.

Cinq condamnations antérieures : la première à l'âge de 11 ans pour voyage sans billet ; la deuxième, à 21 ans, 50 jours de prison pour violences ; la troisième, à 22 ans, 15 jours pour violences ; la quatrième aussitôt

après, 6 jours pour violences ; la cinquième, 15 jours pour violences.

Il est condamné, en mars 1916, à 10 ans de réclusion pour recel de vol qualifié.

A la prison de Melun, il est employé comme tailleur et considéré comme un bon ouvrier.

En mars 1924, il essaie de se suicider à l'atelier où il travaille en se frappant la région précordiale avec des ciseaux. On le met en observation, en cellule. Il se montre violent, a des accès de colère d'ailleurs de courte durée. Il croit entendre des voix au téléphone, s'accuse de crimes imaginaires et prédit la venue de la révolution.

Il entre à l'Asile le 10 avril 1924; il présente des idées de persécution, d'hypocondrie et surtout allègue des troubles hallucinatoires très intenses ; hallucinations auditives et visuelles ; on lui parle dans les oreilles, il voit des animaux, des mots écrits sur le parquet, il a vu dernièrement que la prison était bouleversée ; il a, dit-il, subi un changement dans sa personne.

Aucun trouble des réflexes. Les réactions de Wassermann et de Guillain sont négatives dans le liquide céphalo-rachidien. Par la suite, ce malade continue à présenter un délire de persécution mal systématisé.

Les symptômes discordants présentés par ce malade firent penser au début à la simulation, particulièrement l'allégation des hallucinations visuelles.

Mais sa conduite à la prison, d'une part, et surtout l'approche relative de la fin de sa peine, étaient contraires à cette hypothèse. Après une longue observation, les troubles mentaux se sont précisés : ils ont fait apparaître le tempérament névropathique de V., qui a

pu le faire exagérer des troubles hallucinatoires au début, le faire sursimuler. Actuellement, il présente un délire de persécution qui s'enrichit de plus en plus de nouvelles interprétations délirantes et d'hallucinations diverses ou délire sans systématisation.

OBSERVATION VII

SERVICE DU D^r THIBAUD. ASILE DE CLERMONT.

Emotif constitutionnel. Délire de persécution avec interprétations morbides et hallucinations. Début après quatre ans de réclusion.

C. Constant, 22 ans, cultivateur.

Père buveur. Un grand oncle paternel se serait suicidé. Pas d'antécédents judiciaires. Il était bien noté dans son village.

Au point de vue physique, il donne l'impression d'un développement incomplet — il est chétif — signes de tuberculose pulmonaire. Il a été ajourné au conseil de revision. Il a toujours été émotif et s'est complu dans sa jeunesse à la lecture de spiritisme et autres sciences occultes.

Condamné, le 5 février 1919, par les Assises de la Haute-Saône, à sept ans de travaux forcés pour parri-

cide, sa peine est commuée en réclusion par décret du 9 avril 1919.

Doux, solitaire, il est bien noté à la prison centrale de Melun où il est écroué depuis le 19 octobre 1918, il présente au début de l'année 1923, c'est-à-dire après plus de quatre ans de réclusion, des troubles mentaux à base d'idées de persécution (les autres détenus l'hypnotisent), il présente des hallucinations et des troubles cœnesthésiques (on le sodomise à distance par l'imagination). Il demande la cellule pour éviter ses persécuteurs.

Quand il entre à l'Asile, le 1^{er} février 1923, il présente un délire de persécution assez mal systématisé. « On l'a enfermé pour des motifs occultes d'expériences énergétiques, on le fait souffrir de la façon la plus barbare dans tous les organes avec répercussion sur le cerveau ; tout cela est provoqué par les gens au milieu desquels il vit et d'autres qui agissent par la télépathie à distance, on le torture physiologiquement. »

Il est à noter chez ce malade la direction spéciale des idées morbides et des interprétations délirantes qui semblent en rapport avec les lectures antérieures. C'est ainsi que des idées d'influence se font jour actuellement.

Il parle de combinaisons psychiques, dont il est victime, qui lui enlèvent le contrôle de ses pensées et les font tourner à gauche, malgré lui, si bien qu'il n'est plus maître de ses idées.

Il présente une exagération considérable des réflexes patellaires, du tremblement épileptoïde des deux membres inférieurs.

OBSERVATION VIII

SERVICE DU D^r THIBAUD. ASILE DE CLERMONT.

Débilité mentale. Emotivité. Délire polymorphe à prédominance d'idées de persécution et mystiques. Hallucinations. Troubles cœnesthésiques. Début après trois ans de prison.

S. C. Alphonse, 28 ans. Electricien.

Père alcoolique, mort de tuberculose. 11 frères et sœurs, dont 3 seulement vivants.

Prisonnier pendant la guerre, il a été ensuite mobilisé dans la marine où il fut mal noté. Il a une mauvaise réputation dans son pays (souteneur).

Ecroué depuis le 21 août 1919, il a été condamné à cinq ans de réclusion et dix ans d'interdiction de séjour par la cour d'Assises de Meurthe-et-Moselle, le 22 novembre 1920, pour violences ayant entraîné la mort.

A la prison de Melun, il commence à présenter des troubles mentaux vers la fin du mois d'août 1922 : il tente de se pendre dans le dortoir « je voudrais sortir, être à l'air libre, c'est de désespoir que j'ai voulu me tuer », dit-il. Il se plaint de ses camarades qui lui en veulent, à cause de ses opinions religieuses ; il se plaint de persécutions de la part des femmes dont le témoignage l'a fait condamner. On lui marche sur le

cerveau et sur le cœur, en mettant des cheveux dans ses souliers. On lui met quelque chose dans le dos ; on place des ingrédients dans sa couverture et il attrape mal à la gorge.

Il craint l'échafaud pour la Sainte Vierge et l'aumônier qu'il réclame souvent. Il chante continuellement des cantiques. Une forme blanche lui est apparue pendant la nuit. Il demande à boire et trouve qu'aussitôt l'eau devient sale. Il a toujours une intonation monotone. On l'envoie à l'Asile le 4 septembre 1922.

Il s'agit d'un débile mental avec faiblesse du jugement et du raisonnement. Lenteur des conceptions intellectuelles. Il présente des idées délirantes polymorphes à prédominance d'idées de persécution et de mysticisme.

Hallucinations auditives persistantes (bruit de cloches ayant une signification pour lui. Il prétend que sa peine est terminée et réclame sa sortie.

Emotivité. (Tremblement de la langue. Tachycardie. Rougeurs. Sueurs).

Il présente les signes physiques suivants : Asymétrie faciale, bosses frontales proéminentes, ogive palatine, dents inégales et mal implantées. Hypertrophie des glandes parotides. Signes d'hypothyroïdie. Ectopie testiculaire gauche. Indolence. Somnolence. Réflexes normaux. B. W. négatif dans le sang et le liquide céphalo-rachidien.

Sa peine est terminée depuis le 21 Août 1924.

Persistance des troubles mentaux le 4 décembre 1924, moment où il est transféré à Maréville.

OBSERVATION IX

SERVICE DU D^r THIBAUD. ASILE DE CLERMONT.

Débilité mentale. Remords. Délire polymorphe avec hallucinations et interprétations délirantes. Apparition des troubles mentaux dix-huit mois après l'incarcération.

R. Adrien, 27 ans, cultivateur.

Déjà condamné le 7 janvier 1918 par le conseil de guerre de la 1^{re} région pour désertion à l'intérieur en temps de guerre, à deux ans de travaux publics avec sursis, il est à nouveau condamné par le conseil de guerre de la 1^{re} division, le 19 juin 1918, pour désertion en présence de l'ennemi, à cinq ans de réclusion.

A la maison centrale de Melun où il entre, venant d'un camp de travailleurs spéciaux, il est bien noté et considéré comme un détenu tranquille.

Il commence à présenter des troubles mentaux à la fin du mois de février 1920. Il se présente plusieurs fois à l'infirmerie pour être soigné, se plaignant de douleurs à la nuque, il met sa tête sous le robinet d'eau. Puis il présente un accès aigu d'agitation avec idées de persécution. Il casse les carreaux du local où il est en observation, disant qu'il manque d'air, si bien qu'on le met en cellule.

Dans sa cellule, il entend des coups, il reste en prières, il se croit puni par Dieu et jette sa chemise dans les W.-C., disant que Dieu ne veut pas qu'il la mette. Il

« pétrit du pain » avec ses excréments, « c'est pour le diable », dit-il. Il refuse de manger et essaie de demolir les murs pour sortir de peur d'être empoisonné.

Il entre à l'Asile le 15 mars 1920. C'est un débile mental présentant un accès délirant polymorphe reposant sur une base réelle : le remords d'avoir déserté (il demande instamment à contracter un engagement au Maroc pour racheter sa faute). Idées délirantes de persécution, mystiques, d'auto-accusation. Hallucinations multiples de l'ouïe, de l'odorat, de la sensibilité générale. Interprétations délirantes.

Par la suite, ce malade garde la conviction d'avoir été persécuté, mais son délire a pris l'aspect d'un délire émotif avec anxiété et exacerbation paroxytiques suivie d'accalmie, puis d'apaisement. Il s'intéresse à ce qui se passe autour de lui, demande à travailler, correspond avec sa femme et sa famille.

Après un séjour d'une année à l'Asile, les troubles mentaux disparaissent. Grâcié par décret du 24 septembre, il sort le 8 octobre 1921.

OBSERVATION X (Résumée)

SERVICE DU D^r THIBAUD. ASILE DE CLERMONT.

Passé judiciaire. Déséquilibre mental. Idées de persécution et troubles cœnesthésiques. Début après deux ans de détention.

S. Alphonse, 26 ans, sans profession habituelle.
Père alcoolique, Buveur lui-même.

Condamné le 8 février 1909 pour mendicité, il est envoyé dans une colonie pénitentiaire jusqu'à sa majorité.

Le 28 décembre 1911, il est condamné pour désertion à l'intérieur à cinq ans de travaux publics. Il est condamné à nouveau le 10 mai 1917 à deux ans de prison pour désertion à l'intérieur ; cette peine est comprise dans la suivante :

Le conseil de guerre de la ...^e division d'infanterie le condamne, le 4 juin 1917, à cinq ans de réclusion, dix ans d'interdiction de séjour et la dégradation pour vols militaires.

Après deux ans de détention à la Maison centrale de Melun, il commence à présenter des troubles mentaux caractérisés par du déséquilibre mental avec des troubles sensoriels et de vagues idées de persécution (il se plaint des autres détenus qui lui sont hostiles). Il entre à l'Asile, le 29 juillet 1919, où il continue à se plaindre de persécutions : on joue avec lui, avec sa vie, il a été démaquillé et on le prend pour une femme. Il se plaint de tentatives de coït anal.

Ce malade, amnistié par la loi du 29 avril 1921, présente actuellement les mêmes troubles mentaux qui le font maintenir à l'Asile.

OBSERVATION XI (Résumée)

SERVICE DU D^r THIBAUD. ASILE DE CLERMONT.

Dégénérescence. Débilité mentale. Idées de persécution. Passé judiciaire. Début après trois ans de réclusion.

C. Antoine, 34 ans, manouvrier.

Hérédité alcoolique.

Antécédents judiciaires chargés : une condamnation en 1906 à vingt jours de prison pour abus de confiance ; trois condamnations en 1908 et 1909 à un an, 4 mois et 6 mois de prison pour vols.

Il entre à l'Asile le 30 juin 1914, venant de la prison de Melun où il subissait une condamnation, prononcée par la Cour d'Assises de la Haute-Marne le 2 octobre 1911, à cinq ans de réclusion pour attentat à la pudeur.

Il commence à présenter des troubles mentaux en juin 1914, c'est-à-dire après trois ans de détention. Ce sont des idées de persécution et de grandeur (les gardiens, le directeur de la prison lui en veulent). Il en vient à menacer spécialement un gardien qu'il ne peut voir. On le met en observation au quartier cellulaire, puis on l'envoie à l'asile.

Libérable le 19 juin 1916, il se trouve encore à l'Asile où il continue à présenter un délire assez mal systématisé à bases d'idées délirantes de persécution.

OBSERVATION XII

SERVICE DU D^r THIBAUD. ASILE DE CLERMONT.

Sénescence précoce. Apparition des troubles mentaux dix mois après l'incarcération.

F. Camille, 54 ans. Receveur des postes.

Père alcoolique. Lui-même buveur, père de cinq enfants, ayant auparavant une bonne santé, une bonne conduite. Il a été condamné le 19 juin 1922 à cinq ans de réclusion par la cour d'Assises du Jura pour détournements de deniers publics, faux et usage de faux.

Sa conduite est bonne à la prison. Il est soigné à plusieurs reprises à l'infirmerie pour entérite.

À la fin d'avril 1923, il commence à présenter des troubles mentaux. Il harangue les autres détenus, se met à chanter et à danser, il manipule un appareil morse imaginaire.

À son arrivée à l'Asile, le 14 mai 1923, on trouve chez ce malade un affaiblissement intellectuel présente. Il n'y a aucun esprit de suite dans ses propos, il saute d'un sujet à l'autre en faisant des associations d'idées bizarres. Il est tout à fait désorienté dans le temps : c'est ainsi qu'il parle fréquemment de la guerre de 1870 comme si elle était toute récente. Il conserve une bonne mémoire des faits anciens qu'il prend pour des faits récents.

Cet état persiste jusqu'aujourd'hui.

Les autres cas de psychoses, apparues tardivement chez des condamnés à de longues peines, que nous avons observées, intéressent :

Un état d'excitation aiguë avec cachexie rapide, et mort après deux ans de détention.

Un cas de démence précoce apparue après un an de détention.

Trois épileptiques qui avaient présenté des crises avant la condamnation et pour lesquels un épisode aigu a nécessité l'internement, c'est-à-dire : un cas de confusion mentale après un an de détention ; un cas de troubles du caractère avec crises hysté-riformes accompagnant des crises épileptiques vraies, après trois ans de détention ; un cas de fureur épileptique après sept mois de détention.

Deux pervers instinctifs chez qui les troubles mentaux ont précédé et même ont peut-être été la cause des actes délictueux ou criminels. Dans un cas il s'agit d'idées de persécution chez un névropathe constitutionnel, apparues après un an de détention. L'autre est un cas d'excitation avec violences après trois ans de réclusion.

Il s'agit, dans ces sept cas, dont nous ne donnons pas les observations, de psychoses qui seraient vraisemblablement apparues ailleurs qu'en prison, qui n'ont donc qu'un rapport très éloigné avec elle ; il nous semble qu'ils ne peuvent entrer dans ce qu'on appelle les psychoses pénitentiaires. Les cinq derniers cas concernent des aliénés mé-

connus et sont à rapprocher des observations de Pactet et Colin (1).

Considérons les observations que nous avons rapportées et envisageons leurs caractéristiques principales.

Formes cliniques.

Contrairement aux psychoses pénitentiaires d'apparence précoce, caractérisées, comme nous l'avons vu, par leur polymorphisme clinique, nous remarquons que nos observations de psychoses tardives sont presque toutes comparables. Si nous exceptons l'obs. XII qui est un cas de senescence précoce, toutes les autres sont des cas de délires polymorphes de dégénérés.

Il n'y a pas à s'en étonner. Quand Magnan eut décrit ces délires, n'est-ce pas en prison, sur des détenus, que les Allemands les ont étudiés ?

Délires de dégénérés auxquels la prison donne peu de caractères spéciaux, d'ailleurs : ce sont, dans nos observations, des délires de persécution plus ou moins bien systématisés, associés à des délires mélancoliques d'auto-accusation, et, plus souvent, d'hypocondrie, à base d'interprétations délirantes et d'hallucinations multiples. On a dit que la prison

(1) Pactet et Colin, Les Aliénés dans les prisons, 1902.

favorisait l'hyperactivité des organes des sens prédisposés aux hallucinations. Il nous a semblé, en effet, que chez ces sujets les hallucinations prenaient une intensité particulière.

En regard de ces huit cas de délires nous ne trouvons donc qu'une seule fois la sénescence précoce.

En recherchant dans la littérature médicale française des observations de psychoses pénitenciaires apparues tardivement, nous avons trouvé dans le travail de Hurel paru dans les *Annales médico-psychologiques* (1875). (*Quelques observations pour servir à l'histoire de la Folie pénitenciaire*) quatre observations de ce genre.

Il s'agit :

D'un cas de manie aiguë apparue dix-huit mois après l'incarcération ;

Un cas de démence à 48 ans, après trois ans de détention, qui semble être une presbysphrénie ;

Et enfin deux cas, tout à fait comparables à nos huit observations (IV à XI), étiquetés par Hurel : Lypémanie avec hallucinations et idées de persécution, troubles apparus après dix mois, d'une part, et deux ans, d'autre part, de détention.

En résumé, nous avons dans nos observations :

8 cas de délire ;

1 de sénescence.

La forme clinique habituelle des psychoses pénitenciaires tardives est donc, à notre avis, le délire, avec les caractères que nous avons vus, contraire-

ment à ce que pensent Arsimoles et Halberstadt qui accordent la place prépondérante à la sénescence précoce. Celle-ci nous semble relativement rare.

Nous savons l'opinion de Ferrus qui fixe l'époque de la vieillesse chez les prisonniers à 50 ans. Peut-être les prisonniers de cet âge, ou plus âgés, ne sont-ils pas très nombreux. Peut-être aussi ces détenus, présentant l'involution sénile précoce, sont maintenus en prison, n'ayant pas les réactions dangereuses qui pourraient les faire conduire à l'Asile, ce qui évidemment fausserait notre statistique.

Nous nous sommes reportés aux rapports annuels du D^r Thibaud, médecin-chef du service des hommes à l'Asile de Clermont. Pendant la décade 1903-1913, sur trente-quatre condamnés venant de maisons centrales, nous trouvons : 19 délirants, 2 déments séniles, 7 déments précoces, 2 mélancoliques et 1 alcoolique.

Là aussi, en gros, ce sont les délirants qui l'emportent de beaucoup.

Simulation.

Chez aucun malade venant d'une Maison centrale, nous n'avons trouvé la simulation (alors que nous l'observons parfois chez des individus placés en observation à l'asile après non-lieu, ou peu après la condamnation, c'est-à-dire chez les sujets relevant du premier groupe de notre division.)

C'est qu'en effet les détenus qui ont accompli une grande partie de leur peine, n'ont pas intérêt à simuler.

D'autre part, et surtout, il doit être bien difficile de tromper le personnel des Maisons centrales en simulant des troubles mentaux, puisque souvent ceux-ci ne sont pas reconnus quand ils sont réels, ainsi que nous le verrons plus loin ; en tous cas, une longue et sévère observation est toujours faite à la prison avant le transfert à l'asile.

Date d'apparition.

Cette date du début des troubles mentaux est approximative, elle est donnée par l'expert qui a examiné le détenu à la prison avant de conclure à l'internement.

Le début est survenu :

1 fois au bout de un an de réclusion.

1 » 18 mois.

2 » 2 ans.

3 » 3 ans.

1 » 4 ans.

1 » 8 ans.

La date d'apparition, disent Juquelier et Vinchon, varie beaucoup suivant que les malades ont été soumis au régime cellulaire ou ont vécu avec des co-détenus. Ces auteurs nous disent que les voleurs ren-

trent dans la 2^e catégorie, d'où le nombre restreint de psychoses après l'emprisonnement.

Mais, dans nos observations, nous trouvons indistinctement le régime commun et le régime cellulaire sans pouvoir apprécier exactement le rôle de l'un ou l'autre.

D'ailleurs, nous remarquons qu'à la prison ces malades ont surtout été mis en cellule à partir du moment où ils ont commencé à présenter des troubles mentaux.

D'après notre statistique, les troubles mentaux apparaissent donc après une détention plus, ou moins longue, le plus fréquemment cependant après deux à trois ans.

Age d'apparition.

21 ans, 22, 26, 27, 28, 33, 33, 34, 54.

Statistique conforme à la règle générale. Hurel fait la même remarque pour ses malades.

Nous remarquons que le seul cas de senescence précoce se montre chez le malade qui a dépassé la cinquantaine, terme moyen de Ferrus.

Nature des délits :

Meurtre.

Parricide.

Violences ayant entraîné la mort.

- Désertion à l'ennemi et voies de faits envers un supérieur.
- Désertion en présence de l'ennemi.
- Désertion et vols militaires.
- Recel de vol qualifié.
- Détournements de deniers publics.
- Attentat à la pudeur.

Ceci n'offre rien de particulier.

Pathogénie.

Plus encore que dans les formes précoces, nous trouvons la dégénérescence à la base.

Nos observations sont celles de débiles mentaux ou de déséquilibrés, à hérédité plus ou moins chargée, ayant eu une vie déréglée, à passé judiciaire souvent lourd, chez qui l'arrestation, l'interrogatoire, la condamnation, le changement brusque de milieu, l'incarcération, n'ont provoqué aucune réaction ; mais chez qui, peut-être, la vie monotone et sans initiative imposée par la prison, selon l'expression de Kraepelin, quelquefois l'influence déprimante de la cellule, ont aggravé le déséquilibre et provoqué l'apparition des troubles mentaux.

Il peut y avoir un autre processus de désintégration intellectuelle : c'est la sénilité prématurée. Comme l'a dit Ferrus, « la vieillesse dans la prison

a d'autres limites que dans la vie libre ; à 50 ans, terme moyen, le prisonnier est déjà vieux, les émotions, la débauche, la misère le conduisent à une invalidité précoce ; toutefois, cet élément ne nous paraît pas avoir la même importance que les autres ; nous y reviendrons plus bas.

Etiologie.

Cette question a été magistralement exposée par Semal au Congrès de Médecine mentale de 1889, « *coup d'œil sur les folies pénitentiaires* ».

Nous avons vu l'importance primordiale du terrain dans l'apparition de ces psychoses. Il faut peu de choses pour que des troubles mentaux apparaissent chez ces prédisposés.

Dans les formes précoces, nous trouvons comme cause secondaire le choc émotionnel qui parfois peut d'ailleurs être prédominant comme nous l'avons vu. Y a-t-il dans le fait de l'emprisonnement prolongé, quelque chose de comparable à ce choc émotionnel dans la genèse des troubles mentaux ?

Les auteurs qui se sont occupés de la question l'ont tranchée différemment.

Kraepelin, comme nous l'avons vu, incrimine la vie monotone et sans initiative imposée par la prison.

Semal, dans une importante statistique, trouve que les prédisposés correspondent à 35 0/0 des condamnés devenus aliénés ; chez ceux-ci, il trouve,

comme cause occasionnelle : l'isolement cellulaire et l'alimentation insuffisante d'abord, puis l'onanisme et enfin la perte de la liberté et les causes morales.

Chez les non-prédisposés, l'alimentation insuffisante lui paraît la cause la plus importante ; viennent ensuite l'isolement cellulaire, l'onanisme et la perte de la liberté.

Semal qui, comme nous, a trouvé beaucoup d'hypocondriaques, attribue ces formes à un état défectueux de l'organisme dû aux troubles digestifs, en rapport avec la mauvaise alimentation.

Une autre cause importante est le manque d'air et de lumière. Et Semal affirme que la réclusion est un puissant facteur de folie. Il fit voter, à l'unanimité du congrès de 1889, le vœu suivant :

« Le Congrès international de médecine mentale réuni à Paris, reconnaissant l'intérêt scientifique qui se dégage de l'observation méthodique des délinquants devenus aliénés, et ce tant au point de vue des rapports entre la criminalité et la folie qu'à celui de l'influence de la détention sur la genèse des psychoses, émet le vœu qu'une enquête soit officiellement instituée à cette fin, et que les résultats en fassent l'objet d'une publication régulière ».

Costedoat est moins affirmatif sur le rôle de la prison qui « peut déterminer ces psychoses ». Il remarque cependant que les idées de suicide se trouvent fréquemment en prison.

Arsimoles et Halberstadt qui se sont surtout intéressés à l'étude clinique de la folie pénitentiaire,

ne se sont pas arrêtés à cette question de l'étiologie.

Pour étudier ce rôle de la prison dans la genèse des troubles mentaux, il faudrait, à la façon de Semal, étudier toutes les causes favorisantes à la prison même. Ce serait le rôle des médecins inspecteurs, comme nous le verrons plus loin.

Toutefois, il nous semble que, globalement, la prison a une influence certaine sur l'apparition des psychoses pénitentiaires, mais elle doit frapper de préférence les individus prédisposés.

Par contre, on a certainement exagéré le rôle du régime cellulaire. Celui-ci n'est plus en effet appliqué avec la rigueur d'autrefois, et nous avons vu que nos malades n'ont subi ce régime qu'après l'apparition des troubles morbides.

En résumé, d'après nos observations personnelles, il semble que les psychoses tardives se caractérisent :

Au point de vue clinique, par deux groupes de formes morbides :

1° La forme délirante avec idées de persécution associées à des idées d'auto-accusation ou hypocondriaques, de beaucoup la plus fréquente.

2° La sénescence précoce.

Les formes tardives, pas plus que les formes précoces de la folie pénitentiaire, ne constituent donc des psychoses autonomes.

Nous n'avons pas observé à l'asile de cas de simulation des condamnés aliénés venant de Maisons centrales.

Ces psychoses apparaissent peut-être plus fréquemment au bout de deux à trois ans de détention, mais on les observe encore après huit ans de cette peine.

Au point de vue pathogénique, nous remarquons que la dégénérescence est la caractéristique du fond mental de tous nos malades.

La prison paraît jouer un rôle dans l'étiologie par l'alimentation insuffisante, l'onanisme, la perte de la liberté.

Il semble que l'on ait exagéré l'influence de l'isolement cellulaire.

CHAPITRE IV

DÉPISTAGE ET ASSISTANCE DES PRÉVENUS ET CONDAMNÉS ALIÉNÉS

Nous nous sommes inspirés, pour la rédaction de ce chapitre, de l'article de H. Colin en collaboration avec notre maître G. Demay, destiné au Tome VIII de la 2^e édition de la collection *Sergent* actuellement sous presse. (1).

Un fait bien établi à l'heure actuelle c'est la fréquence de l'aliénation dans les prisons. Comme le disent Pactet et Colin, c'est par centaines qu'on pourrait compter les aliénés enfermés dans les prisons, les colonies pénitentiaires d'enfants et les pénitenciers militaires.

Les raisons de ce pourcentage élevé ont bien été mises en lumière par ces auteurs : c'est que bien souvent le détenu qui devient aliéné n'est pas reconnu

(1) H. Colin et G. Demay. Les aliénés délinquants et criminels. Tome VIII du *Traité de Pathologie médicale et de thérapeutique appliquée* publié sous la direction de MM. Sergent, Ribadeau, Dumas et Babonneix.

comme tel par les gardiens, par le directeur, parfois même par le médecin de la prison, qui tous sont hantés par l'idée de la simulation possible et qui ne possèdent pas de connaissances suffisantes en médecine mentale.

Et Pactet et Colin rappellent à ce sujet que les Maisons centrales qui envoyaient le plus d'aliénés au quartier d'aliénés criminels annexé à la maison centrale de Gaillon, étaient celles où se trouvaient des médecins ayant des connaissances en médecine mentale.

Il importe donc de dépister les aliénés non seulement dans les maisons centrales, mais plus encore peut-être dans les prisons ordinaires, chez tous les détenus au début de leur peine, ou en prévention de jugement.

Au Congrès international de Médecine mentale de Lisbonne (1906), Pactet demandait la création d'un service médico-psychologique des détenus.

C'est là une mesure qui a été depuis bien longtemps réclamée dans tous les pays et qui a été fréquemment étudiée, en particulier dans beaucoup de congrès de médecine mentale depuis celui de 1878. Nous ne referons pas ici cet historique, magistralement exposé par Sérieux dans son ouvrage classique sur l'Assistance aux aliénés.

On sait que MM. Pactet et Colin entreprirent, en 1905 une enquête dans les prisons pour y rechercher les cas d'aliénation mentale, enquête qui malheureusement ne put être poursuivie et ne put aboutir

à des réformes pour des raisons que nous n'avons pas à exposer ici.

Tout récemment, en 1923, une nouvelle enquête dans les prisons au point de vue de l'aliénation mentale a été confiée à MM. Briand et Mallet par le Ministre de l'hygiène, M. Strauss, à la suite de la visite qu'avait faite ce dernier aux établissements pénitentiaires belges. Nous allons voir en effet que la Belgique vient de réaliser toute une série de réformes dans cet ordre d'idées.

La nouvelle organisation pénitentiaire en Belgique.

La réorganisation du régime des aliénés criminels en Belgique n'a été qu'une partie d'un plan d'ensemble concernant la transformation complète du régime pénitentiaire.

Les criminologistes belges se sont attachés à la fois à dépister les aliénés devant les tribunaux et dans les prisons, et à réformer tout le système pénitentiaire.

Les aliénistes et les magistrats belges ont voulu remplacer le système suranné de la répression par un système pénitentiaire basé sur l'étude anthropologique, biologique et surtout psychologique des délinquants.

La voie leur était tracée par les criminologistes italiens de l'école lombrosienne qui proposaient déjà

le *punitur ne peccetur* à la place du *punitur quio peccatum*.

De cette étude des délinquants est sortie l'idée du polymorphisme extrême du monde criminel : à côté des sujets normaux bien portants et intelligents, se trouvent les tarés, les arriérés, anormaux et même des aliénés.

« Cette notion n'étonnera point les médecins légistes, dit Vervaeck (1), et elle vient corroborer l'opinion de nombre de criminalistes qui, en France surtout ont réclamé depuis de longues années l'individualisation de la peine. Telle est la déduction logique des études de l'anthropologie criminelle moderne. »

En 1889, le Ministre de la Justice Lejeune, à la suite du rapport du Docteur Semal (de Mons), demandait la création d'un centre spécial pour les aliénés dits criminels. Ce projet ne reçut aucune solution pratique.

En 1892, le même ministre Lejeune créait un service d'inspection mentale des prisons confié à des psychiatres. En 1907, nous trouvons réalisée une étape importante de la réforme actuelle par la création du laboratoire de recherches d'anthropologie criminelle à la prison de Forest.

La direction de ce laboratoire est confiée au Doc-

(1) Vervaeck, La conception anthropologique du traitement des condamnés (Revue de Droit pénal et de criminologie Avril 1921).

teur Vervaeck qui, avec le professeur Heger Gilbert, fut le promoteur du mouvement.

L'organisation de ce laboratoire est développée ensuite par les ministres Léon de Lantsheere et Carton de Wiart.

Après la guerre, M. Vandervelde, ministre de la Justice, s'attacha avec beaucoup d'énergie à réaliser toute une série de mesures : un arrêté royal en date du 30 mai 1920, complété par les arrêtés des 10 juin et 15 octobre 1920, instiue un laboratoire d'anthropologie dans neuf centres pénitentiaires belges (Forest-les-Bruxelles, Saint-Gilles, Louvain, (centrale), Gand (centrale), Auvers, Liège, Mons, Bruges et Namur). Ces laboratoires desservent les prisons du ressort régional et comprennent une annexe psychiatrique.

Le règlement du 17 juillet 1922 prescrit, dans son article 10, qu'un examen médical et anthropologique aura lieu dans le mois qui suit l'écrou et, dans l'article 12, qu'il sera dressé un rapport anthropologique accompagnant partout le détenu pendant toute sa peine et ayant pour objet de « fixer le traitement pénitentiaire du détenu qu'il concerne, de préciser notamment l'orientation professionnelle de ce détenu, l'importance des tares dégénératives et éducatives dont il serait atteint, la thérapeutique psychologique à laquelle il convient de le soumettre, enfin les mesures recommandables en vue de sa réadaptation sociale. »

Le passage des détenus à ce laboratoire permet de

les sérier et de découvrir parmi eux les anormaux et les aliénés.

L'annexe psychiatrique qui est en activité dans les grandes prisons belges sert à l'observation des prévenus soumis à l'expertise mentale et des condamnés atteints, au cours de leur détention, de troubles mentaux curables à bref délai.

Ces annexes psychiatriques constituent en réalité, disent Heger Gilbert et L. Vervaeck (*Annales de Médecine légale* n° 3, mai 1922), un petit « quartier asilaire », dans la prison, comprenant une salle commune de 10 à 15 lits, une salle de 4 lits, deux cellules d'isolement, une salle d'hydrothérapie et des locaux accessoires. La surveillance continue y est assurée par trois gardiens se relayant de huit heures en huit heures et pouvant réclamer l'assistance de leurs collègues du service ordinaire. »

Ces surveillants infirmiers reçoivent une formation psychiatrique sur place ou font un stage dans un asile, ce qui a été fait pour l'annexe psychiatrique de la prison de Bruxelles.

Certaines prisons possèdent, en plus, un service neurologique destiné aux névropathes, épileptiques et intoxiqués « très nombreux parmi les prévenus ».

Les prisons, en effet, sont spécialisées dans le nouveau système pénitentiaire belge.

D'après le projet de Vervaeck, il devrait y avoir une école de bienfaisance; une école de réforme, pour les jeunes délinquants vicieux et indisciplinés lui seraient annexés.

Les condamnés normaux et récidivistes amendables seront envoyés à la prison ordinaire.

Vervaeck prévoit pour les récidivistes incurables des quartiers ou prisons cellulaires pour les indisciplinés et vicieux,

des ateliers industriels à régime sévère,

des colonies agricoles à régime adouci.

Pour les malades :

Un hôpital-hospice pénitentiaire pour les condamnés âgés, les infirmes et malades chroniques.

une prison-sanatorium pour les tuberculeux (celle-ci existe d'ores et déjà à Merxplas);

des établissements pour vénériens (l'un d'eux existe déjà à la prison de Forest);

un sanatorium pour névrosés et malades du système nerveux,

un sanatorium pour alcooliques et toxicomanes,

une prison-asile pour les dégénérés anormaux et les débiles mentaux (réalisée à la prison de Reckheim).

un asile criminel pour les aliénés criminels et les accusés irresponsables, avec une section spéciale pour les kleptomanes et les fous moraux (réalisé à Tournai et à Mons).

Des services chirurgicaux fonctionnent dans les prisons de Saint-Gilles et de Gand.

Le travail est organisé dans les prisons belges en le considérant comme un élément essentiel du traitement et du reclassement des prévenus. Un arrêté royal accorde au service d'anthropologie péniten-

tiaire (S.A.P.), « le contrôle scientifique de l'inspection et de l'organisation du travail ». Notons à ce sujet, que les Belges se sont fortement inspirés de l'organisation du travail à la section spéciale de l'Asile de Villejuif, créée par H. Colin.

Les réformateurs belges se défendent de vouloir atténuer les rigueurs de l'organisation pénitentiaire, mais ils cherchent à donner à leur prison « un caractère psychiatrique et éducatif, à en faire à la fois une école, un atelier et un sanatorium ». (Colin et Demay.)

Il ne faudrait pas croire que cette réforme complète de l'organisation pénitentiaire a rencontré l'adhésion unanime. Elle a été critiquée, d'abord en Belgique, dans les centres pénitentiaires administratifs. (M. Bertrand, directeur de la maison centrale de Louvain). En France, elle a été fortement combattue dans le rapport de M. Cuche, professeur de droit criminel à la Faculté de droit de Grenoble, à la séance de la Société générale des prisons du 31 mai 1922.

Le professeur Garçon expliqua cette réaction des juristes en constatant qu'en Belgique ce sont les médecins qui ont pris la direction de l'administration pénitentiaire.

Or, il faut, au point de vue pénitencier, considérer non seulement le point de vue médical mais le point de vue sociologique. Pour l'éminent juriste, les médecins devraient se contenter de donner aux magistrats de bons conseils au point de vue sociolo-

gique, bien qu'ils ne puissent avec certitude diagnostiquer l'anormal. Le professeur Garçon préconise la réunion de psychiatres, de médecins et de légistes pour l'étude de la criminologie.

Au dernier congrès de médecine légale de langue française (Paris, Mai 1924), le Docteur Vervæck a donné des précisions sur les réformes belges, dans son rapport sur le traitement de tous les délinquants dans le cadre pénitentiaire; les psychiatres français remarquant que la transformation radicale du régime pénitentiaire devait aboutir à la revision du Code pénal par l'individualisation de la peine, se sont surtout attachés aux réformes intéressant les aliénés criminels, plus immédiatement réalisables. Et le professeur Claude demanda au rapporteur que des précisions soient apportées sur le traitement proprement dit dans les prisons belges, la nature de ce traitement, le nombre, la durée et les frais occasionnés.

En face du mouvement pénitentiaire, énorme en France, ajoute le professeur Claude, on doit s'attacher aux réalisations pratiques. C'est ainsi que les aliénés dangereux peuvent être traités dans des quartiers d'asile spéciaux. Pour les psychopathes constitutionnels, le professeur Claude doute du résultat du traitement psychiatrique belge même pendant un temps illimité (comment espérer transformer un état constitutionnel?), et il propose, comme mesures pratiquement réalisables en France le dépistage précoce des aliénés criminels dès le premier

crime ou délit; une fiche médico-psychiatrique devant ainsi être ajoutée à la fiche anthropométrique dès la première incarcération.

Dans chaque prison, il devrait y avoir un quartier médical d'observation avec un personnel infirmier éduqué. M. Colin remarque que les réformes pénitentiaires ont pu être faites en Belgique parce que c'est un petit pays où le contrôle des prisons et asiles est aisé. Mais ce contrôle n'est pas réalisable en France, témoins les difficultés qu'il a eues lui-même avec M. Pactet quand il a voulu étudier les aliénés dans les prisons.

Il s'associe alors aux conclusions du professeur Claude pour réclamer, en France, des quartiers d'observation dans les prisons, où puisse se faire aisément l'examen psychiatrique.

Nous allons voir maintenant les réformes réalisables actuellement en France.

Examen médical obligatoire des prévenus.

Cet examen devrait être, selon l'expression de MM. Colin et Demay, « la première étape de l'instruction de toute affaire délictueuse ou criminelle ». Celle-ci permettrait de discerner à coup sûr tous les cas devant être soumis à l'expertise mentale. Actuellement, en effet, cette expertise bien que prescrite assez libéralement par les magistrats est tout de même ordonnée au petit bonheur, puisqu'il faut qu'une personne incompétente en la matière (en-

tourage, famille, avocat, magistrat) se soit aperçue de la tare mentale du prévenu. Bien entendu cette expertise devrait toujours être confiée à un expert spécialiste afin d'éviter des erreurs regrettables souvent commises par des experts incompétents. Notre maître, M. Demay, après MM. Pactet et Colin, vient encore récemment, dans un article des *Annales médico-psychologiques* (Novembre 1922), de citer des faits particulièrement suggestifs et de faire voter par l'Association amicale des aliénistes un vœu demandant que l'expertise au point de vue mental des prévenus et détenus soit toujours confiée à des médecins des asiles publics d'aliénés.

Il est à peine besoin d'ajouter que cet examen médical n'a pas seulement son utilité au point de vue mental et qu'il servirait aussi à reconnaître les affections organiques dont seraient atteints les prévenus.

Cet examen a été prescrit pour les délinquants mineurs, afin de permettre leur classement et leur répartition dans les établissements pénitentiaires, par ordre du directeur des affaires judiciaires à la suite d'un vœu émis par le VII^e Congrès de Médecine légale (Paris 1922). Il serait facile d'étendre cette mesure à tous les prévenus. Cet examen médical serait fait par le médecin de la prison ayant des connaissances en médecine mentale; il suffirait pour cela d'exiger des candidats à ce poste le diplôme de médecine légale et de psychiatrie.

Ce médecin aurait alors dans ses attributions l'é-

tablissement d'une fiche médico-psychiatrique, comme le demande le Professeur Claude, qui serait ajoutée à la fiche anthropométrique et qui, à la façon du rapport anthropologique belge, accompagnerait partout le détenu, pendant toute sa peine, et serait un précieux document pour les récidivistes.

Pour que cet examen soit pratiqué dans de bonnes conditions scientifiques, l'administration pénitentiaire devrait mettre à la disposition du médecin une salle d'observation où se trouveraient un lit et les instruments médicaux, les plus courants (stéthoscope, thermomètre, marteau à réflexe), ce qui n'existe pas actuellement. Le Professeur Claude demande en outre que ce quartier médical d'observation soit pourvu d'un personnel infirmier éduqué.

Dépistage des condamnés aliénés.

Le dépistage des condamnés aliénés ne se fait pas à l'heure actuelle, dans de bonnes conditions.

Quand un détenu présente des troubles mentaux, il est signalé par le Directeur ou le médecin de la prison, alors l'administration ordonne une expertise. Mais il faut pour cela que les troubles mentaux soient très évidents, ce qui est loin d'être toujours le cas.

Ceci est encore une nouvelle raison pour exiger que les médecins des prisons aient des connaissances suffisantes en médecine mentale. Il faut noter d'ailleurs que le jour où l'examen médical des prévenus serait réalisé, le nombre des condamnés alié-

nés diminuerait d'autant, et ne comprendrait plus que les psychoses pénitentiaires proprement dites.

Outre la nécessité d'exiger des médecins des établissements pénitentiaires des connaissances en médecine mentale, il paraît indispensable, pour dépister les condamnés aliénés, d'instituer l'inspection psychiatrique des prisons.

En Belgique, les Professeurs Ley et Heger Gilbert, membres du Comité directeur du S.A.P., ont dans leurs attributions, l'inspection des prisons; ils se mettent en rapport avec les médecins des établissements pénitentiaires, se rendent compte des mesures d'hygiène qu'il y a lieu de préconiser, des modalités du traitement à introduire et des réformes à réaliser.

Ces inspections pourraient être calquées sur celles des Asiles; elles sont d'ailleurs prévues dans différents projets de loi relatifs au régime des aliénés, par exemple dans le projet Gerente :

« Chaque année le ministre de l'Intérieur prescrit une inspection dans les prisons civiles et militaires aux fins d'examen des détenus épileptiques ou aliénés. Cette inspection sera confiée à des médecins des Asiles publics d'Aliénés (Article 15 du projet de loi Gérente, repris dans l'art. 21 du projet de loi Strauss.)

Placement des condamnés devenus aliénés.

Il nous paraît inutile d'insister longuement sur ce

point qui a fait l'objet de nombreux travaux, tant en France qu'à l'étranger. Tous les aliénistes sont d'accord pour estimer que cette catégorie spéciale d'aliénés doit être séparée des aliénés ordinaires. Des différents systèmes proposés : quartiers annexés aux prisons, quartiers annexés aux Asiles, asiles spécialisés dits de sûreté, celui qui nous paraît préférable, c'est l'asile régional spécialisé. Il est d'ailleurs peu probable qu'en l'état actuel des finances, des établissements de ce genre puissent être construits.

Peut-être que provisoirement la solution de ce problème pourrait être résolue par la désaffectation de certaines casernes ou d'établissements pénitentiaires inutilisés.

Organisation du travail.

Une chose qui nous paraît importante à préciser, c'est la question du travail. Il est absolument inhumain et d'autre part, contraire aux intérêts de la société de laisser inutilisés ces gens valides. Il faut donc faire travailler ces sujets et les faire travailler utilement (chaussures, pantoufles, cannage de chaises) et non les employer à des travaux fastidieux et sans utilité (encollage de sacs en papier) comme cela se fait encore au quartier spécial de l'asile de Tournai.

On conçoit cependant que des précautions particulières doivent être prises ; il ne faut pas imiter les

Allemands qui à Duren avaient employé des aliénés criminels dans des exploitations agricoles ; de sanglantes révoltes se produisirent, le travail fut alors complètement supprimé. C'est ainsi que dans la construction du quartier spécial de Hoerd, actuellement français, le travail des aliénés criminels n'a pas été prévu.

Pour qu'un quartier spécial d'aliénés criminels soit d'une utilité incontestable, deux conditions sont nécessaires comme l'a montré M. Colin (1) :

« 1° Il faut répartir les malades dans des locaux aussi restreints que possible, de façon à éviter les groupements et les révoltes qui en résultent et rendre la surveillance plus facile.

2° Il faut faire travailler les malades : ce travail doit être exécuté, non plus sous la surveillance d'un chef d'atelier, dans les ateliers généraux, mais sous le contrôle du médecin aidé par ses infirmiers dans les quartiers mêmes du traitement. »

C'est d'ailleurs ce qu'a organisé M. Colin dans le quartier spécial de Villejuif.

Placement, maintien et sortie par l'autorité judiciaire.

Un autre point qui nous paraît important, c'est que pour ces individus, l'internement soit ordonné par l'autorité judiciaire elle-même.

(1) Colin, Les aliénés difficiles. Revue de Psychiatrie, 1904, page 89).

— 88 —

Aucune réglementation de ce genre n'existe dans la législation française actuellement. Elle est prévue au contraire dans des avant-projets de réforme belge et italien. Elle existe en Angleterre depuis 1913 (Mental Deficiency Act.) mais n'a été appliquée qu'après la guerre.

MM. Colin et Demay rappellent qu'elle a été retenue dans tous les projets français de réforme de la loi de 1838, « depuis celui de Th. Roussel voté par le Sénat en 1887, jusqu'au projet Strauss discuté par la Haute Assemblée en 1914. »

Avant de quitter son ministère, M. Strauss avait d'ailleurs disjoint les articles concernant la réforme relative aux aliénés criminels de son projet de loi et en avait demandé l'application rapide.

Il semble que le Ministre actuel soit disposé à reprendre l'idée de son prédécesseur. On peut donc espérer que d'ici peu cette question du placement, du maintien et de la sortie des aliénés criminels recevra la solution dont le besoin s'est fait sentir depuis le début même de l'application de la loi de 1838.

— 89 —

CONCLUSIONS

Les psychoses pénitentiaires ne correspondent pas à une affection mentale autonome. Il s'agit en général de psychoses dégénératives qu'on peut diviser en deux groupes.

1° Les formes précoces d'apparition brusque et de pronostic bénin, se rencontrant le plus souvent chez des prédisposés, mais pouvant être dues, chez des individus sans prédisposition apparente, à l'influence de l'action répressive en tant qu'élément émotionnel ou déprimant. Elles sont caractérisées par la diversité des formes cliniques. Parmi ces formes, nous avons observé un syndrome hétéropré-nique, curable, et un cas pouvant être rapproché des délires d'innocence.

2° Les formes tardives, à début insidieux et à pronostic grave, apparaissant après une détention prolongée chez des sujets psychiquement tarés ; ces formes, peu étudiées jusqu'ici, nous ont paru surtout comprendre des états délirants polymorphes à prédominance d'idées de persécution et d'hypocondrie avec hallucinations fréquentes et faible systémati-

sation. Dans aucune de nos observations nous n'avons rencontré l'idée délirante d'innocence ou de grâce signalée comme fréquente par certains auteurs.

Les états de sénilité précoce nous ont paru rares.

L'assistance de ces aliénés a reçu une impulsion nouvelle à la suite des réformes réalisées en Belgique. S'il est juste de s'en inspirer, il ne faudrait pas cependant se livrer en France à une imitation servile, mais adapter les modalités de cette assistance aux conditions spéciales de notre pays. D'ores et déjà on pourrait réaliser :

L'examen médical systématique des prévenus.

La création de salles d'observation annexées aux prisons.

L'inspection psychiatrique annuelle des établissements pénitentiaires.

Et enfin l'intervention de l'autorité judiciaire pour le placement de ces aliénés à l'asile et leur mise en liberté.

Les Asiles de sûreté, si souvent réclamés par les spécialistes, paraissent difficilement réalisables en France à l'heure actuelle pour des raisons économiques et budgétaires.