

crime a été accompli en dehors de tout accident épileptique. Ici, l'irresponsabilité ne saurait être, dans tous les cas, fatale et absolue, et, le plus souvent, c'est d'une responsabilité plus ou moins atténuée qu'il s'agit.

10° Hystérie. — Tous les actes morbides, tous les délits et tous les crimes peuvent être relevés chez les *hystériques*.

Certains auteurs estiment qu'on a trop noirci ces malades et qu'on a mis sur leur compte non seulement les méfaits qui leur appartenaient en propre, mais encore ceux qui revenaient à d'autres états morbides, en particulier à la *dégénérescence*.

Laissant de côté la question purement théorique des rapports qui peuvent unir l'hystérie et la *dégénérescence* (hystérie-dégénérescence ou hystérie associée à la *dégénérescence*), nous dirons que c'est à n'en pas douter lorsque l'hystérie s'accompagne de *dégénérescence* qu'elle donne surtout lieu à des actes médico-légaux. Les *dégénérés hystériques*, ainsi que l'indique mon élève PAREAU (1899), représentent à eux seuls les deux tiers des inculpés que j'ai eu à examiner dans ma carrière d'expert. C'est donc là une particularité importante et qu'il faut connaître.

Mais, cela étant, il n'en est pas moins vrai que l'hystérie, isolée ou associée, a un domaine médico-légal des plus étendus et que les délits et les crimes qui en relèvent lui empruntent fréquemment des caractères spéciaux, parfois même caractéristiques.

Les plus fréquents des actes médico-légaux, dans l'hystérie, sont : les *imputations* et *revendications mensongères*, soit *hétéro-dénonciations*, soit aussi *auto-hétéro-dénonciations* (DUPRÉ), les *simulations de viols, d'attentats, de blessures, les escroqueries, les abus de confiance, les vols, vols à l'étalage surtout, les incendies, les attentats aux mœurs, les violences et les homicides par revolver, vitriol, empoisonnement, l'infanticide et les rapt d'enfants, etc.*, etc.

Ce qu'il y a de particulier dans les délits et les crimes de l'hystérique, c'est qu'ils ne ressemblent pas aux autres. L'hystérique ne fait rien comme tout le monde ; ses actes délictueux et criminels ont un cachet étrange, mystérieux, romanesque, tenant

à la fois du drame, de la féerie et du feuilleton ; ce sont des inventions incroyables, des tromperies sans égales, des habiletés, des duplicités consommées, des lettres anonymes, des soupçons portés sur des tiers, des révélations de la tombe ou du ciel, etc., etc. Et avec cela, parfois, des imprévoyances grossières et naïves.

On peut bien dire que, lorsqu'un acte criminel se présente avec des caractères de ce genre, il porte l'empreinte hystérique.

La responsabilité pénale des hystériques est une question complexe et souvent fort difficile à résoudre en pratique, car elle y peut varier, ainsi que nous l'avons dit, depuis la responsabilité complète ou très légèrement atténuée jusqu'à l'irresponsabilité absolue. Tout dépend du cas et du moment.

Il est clair, en effet, qu'une hystérique délirante ou atteinte de troubles psychiques manifestes aura une responsabilité moindre qu'une hystérique sans délire et sans troubles psychiques et que sa responsabilité sera différente suivant que l'acte incriminé aura été commis dans une phase délirante ou en plein état de rémission.

Il ne suffit donc pas de constater qu'un délinquant est hystérique pour conclure relativement à sa responsabilité. Il faut, pour apprécier le cas, déterminer si l'acte qui lui est reproché relève directement de son hystérie ou a pu être influencé, dans une mesure plus ou moins grande, par cette hystérie. La conclusion peut donc être éminemment variable.

Ainsi que l'a fort justement dit LEGRAND DU SAULLE, « parmi les hystériques les unes sont responsables ; les autres, et c'est peut-être le plus grand nombre, partiellement responsables ; quelques-unes seulement tout à fait irresponsables ».

La médecine légale de l'hystérie se lie en partie à celle du *somnambulisme* et des *états hypnotiques*.

Nous n'avons rien à ajouter, sur ce point, à ce qu'en ont dit les auteurs, en particulier PITRES et GILLES DE LA TOURETTE. De façon générale, un acte accompli en *état second* entraîne l'*irresponsabilité absolue* de son auteur. Mais il est bien d'autres considérations que soulève cette question et que nous ne pouvons étudier ici : par exemple celle relative au degré de résistance

que peut opposer un individu à l'hypnose ou à une suggestion criminelle réalisable à l'état second ou à l'état de veille; par exemple encore le droit que peut avoir l'expert de se servir de l'hypnose au cours de sa mission et sa conduite en présence des renseignements ainsi obtenus, suivant qu'ils sont favorables ou nuisibles à l'accusé ou qu'ils mettent en cause un tiers, etc., etc.

Ce sont là des situations heureusement assez rares, mais très délicates, et où l'expert fera bien d'agir avec prudence et circonspection, au besoin même de s'éclairer, sur ce qu'il peut et doit faire, auprès d'un magistrat.

ARTICLE III

EXPERTISE PSYCHIATRIQUE

Nous nous proposons de diviser cet article en trois paragraphes distincts dans lesquels nous étudierons successivement : 1° l'*expertise psychiatrique en général*; 2° l'*expertise psychiatrique dans l'armée*; 3° les *aliénés méconnus et condamnés* et les *aliénés criminels*.

§ 1. — EXPERTISE PSYCHIATRIQUE EN GÉNÉRAL

1° **Expertise et expert.** — L'*expertise* est une voie d'instruction; son but est d'éclairer les juges dans les cas difficiles, douteux ou obscurs et de suppléer aux connaissances spéciales qui leur manquent pour résoudre une question et pour porter un jugement décisif.

L'*expert* est l'homme de l'art chargé de fournir ces éléments d'appréciation. Lorsqu'il agit en vertu d'une délégation de l'autorité judiciaire, il prend proprement ce titre d'expert; si la délégation, au lieu d'émaner de la justice, est amiable et du fait des parties, le médecin n'est plus qu'un simple mandataire, non soumis aux dispositions du code de procédure. Dans le premier cas, le résultat écrit de ses investigations se nomme un *rapport*; dans le second cas, une *consultation*. Quoi qu'il en soit et bien que procédant d'une origine différente, au fond sa mission est

la même; elle tend au même but, elle lui impose les mêmes devoirs. Ce qui s'applique à l'une s'applique donc aussi à l'autre.

En Allemagne et dans certains autres pays encore, la loi fait un devoir aux tribunaux de s'aider de l'assistance d'un médecin légiste pour constater l'état mental d'un individu. En France, il est facultatif aux magistrats d'ordonner une expertise, soit d'office, soit sur la demande des parties; ils sont les appréciateurs souverains de l'opportunité de cette mesure. L'obligation de recourir à l'expertise n'est imposée aux tribunaux que dans quelques matières spéciales désignées par la loi, et au nombre desquelles on regrette de ne pas voir figurer, comme en Prusse, l'aliénation mentale.

L'expertise suppose nécessairement de la part du juge une ou plusieurs questions précises adressées à l'homme de l'art, et de la part de celui-ci une réponse, un avis personnel et motivé.

Voilà donc le rôle de l'expert nettement défini. L'expert est moins qu'un arbitre; il est plus qu'un témoin; il diffère du premier en ce que sa décision n'a rien d'impératif, et du second par l'étendue, l'importance et le caractère scientifique de son témoignage. Dans aucun cas, le médecin expert ne doit sortir du cercle de ses attributions pour usurper le rôle d'avocat, encore moins celui de juge. Il ne saurait prétendre à interpréter ou à appliquer la loi, et doit se garder de se laisser aller à de dangereux empiètements. Il ne doit tendre qu'à une fin: éclairer la conscience des juges et préparer les décisions impartiales de la cour.

En matière criminelle, la question généralement posée à l'expert est celle-ci: « *L'inculpé était-il en état de démence ou sain d'esprit au moment où il a accompli l'acte qui lui est reproché?* »

Souvent aujourd'hui, le magistrat demande encore à l'expert « *si l'inculpé est entièrement irresponsable ou bien s'il est responsable, et dans quelle mesure.* »

Au fond, tout se réduit, on le voit, à une question de diagnostic.

Ainsi posé sur le terrain de la pathologie et de l'observation

médicale, le problème se simplifie, se dégage de ses incertitudes métaphysiques et se réduit à deux termes corrélatifs, solidaires et inséparables, sur lesquels doit porter également l'examen de l'expert : le fait et son agent, l'acte et son auteur.

Les considérations dans lesquelles nous sommes entré, relativement aux crimes et aux délits chez les aliénés, nous dispensent de revenir une fois encore sur ce point. Nous nous bornerons à répéter, en ce qui concerne le fait ou l'acte, que, d'une façon générale, on ne doit pas accorder à cet élément d'expertise *pris isolément* une valeur absolue ; il mérite assurément d'être pris en sérieuse considération par le médecin légiste ; mais il doit, pour acquérir tout son relief et toute sa valeur médico-légale, ne pas être envisagé d'une manière abstraite et ne jamais être séparé de son agent.

Quant à ce qui a trait à l'individu, à l'auteur de l'acte, c'est évidemment lui qui doit être l'objet principal de l'investigation du médecin. Et cette investigation, pour être complète, doit porter non seulement sur les troubles psychiques, mais encore sur l'habitus extérieur et sur l'ensemble de l'organisme ; non seulement sur l'état actuel et sur les phénomènes présents, mais aussi sur la conduite passée du sujet, sur ses antécédents, sur ses actes antérieurs.

2° Voies et moyens de l'expertise. — L'expertise médico-légale, pour être bien conduite, doit être basée sur les trois moyens de diagnostic suivant : *l'enquête, l'interrogatoire, l'observation directe et suivie.*

a. *Enquête.* — L'enquête consiste à prendre tous les renseignements susceptibles d'éclairer l'expert sur l'individu et sur son état mental ; à s'enquérir de ses prédispositions héréditaires et de ses antécédents morbides, de ses goûts, de ses penchants, de ses habitudes, de son genre de vie avant et après l'explosion de la folie ; des causes certaines ou présumées de celle-ci, de la date de son début, de son mode d'invasion et de développement, de ses phénomènes les plus saillants et de ses symptômes les plus caractéristiques, enfin des circonstances et des détails particuliers de l'acte imputé.

Ces renseignements peuvent être puisés à des sources diverses : auprès des parents, des amis et des voisins de l'inculpé ; dans la visite des lieux qu'il a habités et dans l'examen de ses écrits ; dans les dires, les attestations et les certificats des médecins ; dans le dossier judiciaire.

Les pièces judiciaires et les témoignages médicaux présentent un caractère spécial d'authenticité qui leur donne, aux yeux de l'expert, une valeur exceptionnelle. Il n'en est pas toujours ainsi, en revanche, des renseignements fournis par les proches ou par les amis, vis-à-vis desquels l'expert ne saurait trop se mettre en garde.

Nous ne reviendrons pas sur l'inspection du domicile du sujet et sur l'analyse de ses écrits, dont nous avons déjà parlé plus haut au chapitre du diagnostic pratique de l'aliénation mentale (p. 811 à 827).

b. *Interrogatoire.* — De même, en ce qui concerne l'interrogatoire de l'individu, ne pouvons-nous que renvoyer au même chapitre du diagnostic pratique, où cette question a été traitée avec les plus grands détails. Nous nous bornerons à mentionner ici les quelques particularités relatives à l'interrogatoire médico-légal.

Il y a presque toujours avantage réel à ne recourir à l'interrogatoire qu'après l'enquête, c'est-à-dire lorsque déjà des renseignements nombreux et précis ont fait connaître les idées habituelles et dominantes de l'aliéné, permis de soupçonner son genre de maladie et montré la meilleure voie à suivre pour le questionner. On évite ainsi bien des tâtonnements ; on s'épargne d'inutiles longueurs et on possède les données nécessaires pour imprimer à l'interrogatoire une direction plus méthodique et plus efficace.

Il faut en présence de l'inculpé, bannir tout appareil, toute solennité et toute apparence de rigueur. L'attitude de l'expert doit être celle d'un médecin et non d'un juge d'instruction. Tout ses efforts doivent tendre à dissiper les défiances ou les craintes du malade, à gagner son entière confiance, à fixer son esprit distrait ou préoccupé. De la précision et de la clarté dans les questions, de la simplicité dans le langage, de la bienveillance

et de la douceur dans les paroles et dans les manières, beaucoup d'habileté, de tact et de finesse, telles sont les qualités et les dispositions qu'il convient à un expert d'apporter dans l'interrogatoire médico-légal des aliénés.

Dans les formes périodiques, rémittentes ou transitoires de la folie, le sujet peut avoir recouvré sa raison au moment de l'exploration. Une telle épreuve n'aurait alors aucune valeur, et même elle risquerait fort d'entraîner à des conclusions erronées. Il ne faut pas perdre de vue que, dans certains cas, le délire s'affaïsse d'une manière rapide et tombe subitement. Mais alors il n'est pas rare qu'un nouvel accès éclate pendant ou après le jugement et vienne ainsi confirmer l'authenticité du premier. De là, pour l'expert, le précepte de procéder à l'interrogatoire, autant que possible, pendant la période active de la folie ; de là aussi la nécessité pour lui de recourir fréquemment au troisième moyen d'investigation, à l'observation directe et suivie.

c. *Observation directe et suivie.* — Toutes les fois que l'enquête et l'interrogatoire n'ont pas suffi pour dissiper les doutes de l'expert et pour fixer son jugement, il y a en quelque sorte force majeure d'y suppléer par l'observation personnelle. Beaucoup d'aliénés ont assez d'empire sur leur esprit pour en imposer au public et se contenir devant les magistrats et les médecins. Mais, livrés à eux-mêmes, ils jettent le masque et lâchent la bride à toutes les conceptions extravagantes. A l'aide d'une surveillance assidue, persévérante, habilement conduite et pratiquée à leur insu, on peut parvenir à les prendre sur le fait et comme en flagrant délit d'aliénation mentale.

Mais c'est surtout dans les cas complexes et lorsque le diagnostic présente des difficultés que l'observation directe et suivie du sujet devient un moyen précieux, pour l'expert, d'arriver à s'éclairer complètement.

Les principales difficultés qui peuvent se présenter à cet égard sont : la *dissimulation*, la *simulation* et l'*allégation* de la folie. Nous allons dire un mot sur chacun de ces points.

3° **Folie dissimulée.** — Il existe certaines formes de folie, en particulier les *folies systématisées*, dans lesquelles les malades

sont naturellement conduits, par une sorte de tendance pathologique, à user de réticence et à *dissimuler* leur délire avec assez d'habileté quelquefois pour en imposer à des yeux non prévenus. L'expert ne doit pas se borner à interroger, même plusieurs fois, ces inculpés. Ce mode de recherche ne pourrait amener dans l'espèce que des résultats insuffisants ou trompeurs. Il faut les soumettre à l'épreuve d'une observation personnelle et soutenue ; scruter leurs sentiments et leurs instincts ; porter sur leurs actes un contrôle attentif et une surveillance scrupuleuse ; faire, s'il est possible, l'inventaire de leur vie ; questionner la femme, les enfants, les proches, c'est-à-dire les témoins habituels et les victimes ignorées de leurs extravagances ou de leurs fureurs.

4° **Folie simulée.** — Un individu se présente avec les symptômes apparents de la folie : il a intérêt à se faire passer pour aliéné. La folie est-elle feinte ou réelle ? Telle est la question que doit se poser toujours un médecin. Avec TARDEU, nous examinerons successivement : 1° les formes de la folie simulée ; 2° les procédés de simulation ; 3° les moyens de découvrir la simulation.

a. *Formes de la folie simulée.* — Toutes les formes de la folie ne se prêtent pas également à la simulation, et il y en a qui, par la facilité particulière qu'elles semblent offrir, tentent plus ordinairement les imposteurs. De ce nombre sont : la *manie aiguë*, dont l'état d'excitation, la loquacité, la gesticulation désordonnée paraissent en effet des plus aisés à contrefaire ; la *démence*, dont l'élément essentiel, la perte de l'intelligence et de la mémoire, paraît un simple jeu à réaliser ; la *mélancolie* et surtout la *mélancolie avec stupeur*, qui ne demande en apparence au simulateur que le masque de l'immobilité et de l'inertie ; la *folie ambitieuse* et en général toutes les *folies partielles* qui, par ce fait qu'elles roulent souvent sur un nombre d'idées plus ou moins fixes et plus ou moins restreintes, présentent un thème moins complexe et un rôle moins difficile à soutenir. Mentionnons encore les *folies toxiques* et, en particulier, la *folie alcoolique*, souvent simulée par certains criminels qui espèrent

échapper aux rigueurs de la loi en essayant de rejeter l'acte commis sur les effets passagers de l'intoxication. Il faut joindre enfin à cette énumération l'épilepsie et la folie épileptique qui tiennent toujours l'une des premières places lorsqu'il s'agit de simulation, et l'obsession impulsive (CLÉMENT CHARPENTIER et PAUL KAHN, 1905).

JOSÉ INGEGNIEROS, de Buenos-Ayres, qui vient de consacrer un très important ouvrage à la simulation de la folie, indique par ordre de fréquence, parmi les psychoses simulées : les phénomènes délirants ou paranoïaques (27 p. 100); les syndromes maniaques (25 p. 100); les syndromes dépressifs (17 p. 100); les états confuso-déméntiels (17 p. 100); les épisodes psychopathiques (13 p. 100).

b. *Des procédés de simulation.* — « Je ne crois pas, a dit 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, rien n'est plus difficile à contrefaire que l'aliénation mentale. Imbus de cette opinion vulgaire que tous les actes des fous sont extravagants, que tous leurs discours sont insensés, les gens qui empruntent le masque de la folie se livrent à des gesticulations immodérées, à des actions ridicules, à des divagations incohérentes. Aux questions qu'on leur adresse, ils font invariablement des réponses niaises et absurdes, sans suite et sans lien, dans lesquelles ils prennent le contre-pied de tout ce qu'on leur demande, si bien qu'au lieu de l'image et du tableau fidèle de la folie, ils n'en donnent que le travestissement burlesque et la grossière parodie. Dans l'exemple de DEROZIER, rapporté par MOREL, à la demande qui lui est faite sur son âge, l'imposteur, qui avait hésité, répond : 245 fr. 35, ou bien 5^m, 75; à une question sur sa famille, ses frères, ses enfants, il répond de même : *J'en ai fourni beaucoup de coupons.* Dans un second interrogatoire, on demande à DEROZIER s'il fait jour, il répond qu'il fait nuit; son âge, il dit qu'il est le roi de Beauvais; on lui demande la main droite, il donne invariablement la main gauche; la main gauche et il donne la main droite. Il y a, dans toutes ces réponses et dans tous ces actes, l'intention évidente et calculée de tromper, de

chercher l'absurde, qui s'accommode mal avec les caractères de la vraie folie, si naturelle, si logique et si vraie dans toutes ses manifestations, même les plus extravagantes.

Ainsi, fait important à retenir, le véritable aliéné est un malade chez qui se déroulent sans effort et sans appareil les divers symptômes de la folie; le simulateur est un comédien qui joue un rôle et qui ne peut s'empêcher de *charger* et de *grimacer* à faux sous le masque dont il s'est revêtu.

Une autre particularité importante, dans la simulation, c'est l'inexactitude du tableau clinique présenté par le sujet qui, s'il reproduit certains symptômes du type de folie adopté, en omet d'autres tout aussi essentiels ou les remplace par certains dont l'existence est inconciliable avec cette forme mentale. De même, l'imposteur incapable de réaliser dans ses étapes successives le processus régulier de l'affection qu'il simule, persiste indéfiniment dans la même attitude et dans le même rôle, ou, au contraire, modifie ses allures et ses discours suivant qu'il se sent plus ou moins surveillé ou qu'il croit mieux faire en agissant d'autre sorte. On connaît le cas rapporté par MONTÉGUYA, dans lequel les médecins chargés d'examiner un prévenu soupçonné de simulation, dirent devant lui, et de façon à être entendus, qu'ils avaient des doutes sur la réalité de sa folie pour plusieurs raisons : la première, c'est qu'il répandait la nourriture qu'on lui donnait; la seconde, c'est qu'il ne soupirait pas; la troisième, c'est qu'il ne fixait ses regards sur aucun objet. La ruse réussit et le simulateur modifia sa comédie, de manière à lever immédiatement les doutes des experts.

c. *Moyens de découvrir la simulation.* — Bien qu'il n'existe pas, à proprement parler, de méthode particulière pour découvrir la simulation, il est cependant quelques règles spéciales dont la connaissance peut être, en cette circonstance, des plus utiles au médecin.

« Un premier principe, dit TARDIEU, qu'il ne faut jamais négliger dans ces cas, c'est de ne se prononcer qu'après une observation prolongée, répétée, persévérante, incessante pour ainsi dire, et faite sinon directement, du moins indirectement par les soins de personnes suffisamment exercées et familiarisées avec

les fous. » C'est pour ce motif qu'il est toujours préférable, comme cela se fait habituellement, de transférer le sujet dans un asile d'aliénés où il est plus efficacement observé, où il peut, au contact de vrais malades, modifier son rôle de façon à se trahir, enfin, où il en arrive parfois à se lasser de son séjour dans un tel milieu, et à renoncer à sa simulation.

De tout temps, on a recommandé comme procédé propre à découvrir la simulation, les *moyens de rigueur et de répression* envers l'individu suspecté, tels que l'emploi du chloroforme ou de l'éther, les vésicatoires, les moxas, les ventouses scarifiées, les cautérisations au fer rouge, les douches énergiques, etc. Inutile de dire que tous ces moyens doivent être absolument proscrits.

C'est, en effet, uniquement à son expérience et à sa sagacité que le médecin doit faire appel pour découvrir la vérité. Des interrogatoires multipliés et bien conduits, une observation rigoureuse, une surveillance sans trêve : tels sont ici encore les moyens les plus propres pour arriver à ce résultat.

Une des règles principales, dans une expertise de ce genre, consiste à soumettre à un examen attentif les diverses *fonctions physiques* de l'individu. En effet, c'est surtout de ce côté que la simulation est pour lui difficile et même, pour certains symptômes, impossible. Il y a là l'*insomnie*, à laquelle les pseudo-aliénés ne songent guère ; l'*analgsie*, si fréquente chez les véritables fous ; l'*irrégularité de l'appétit*, la *constipation*, et surtout les *troubles de la circulation* et de la *respiration*, si caractéristiques dans les psychoses généralisées, et qu'il est évidemment impossible de contrefaire. Ainsi, le faux mélancolique, pour si habilement qu'il prenne le masque de la torpeur, n'arrivera jamais à présenter cet abaissement de la température, cette lenteur du pouls et de la respiration et surtout ce refroidissement violacé des extrémités, qui sont si manifestes dans la véritable mélancolie. Au besoin, on peut user du thermomètre et du sphygmographe, comme VOISIX l'a fait pour la simulation de l'épilepsie.

Un autre signe est l'état du *regard*, sur lequel A. LAURENT a judicieusement insisté dans son excellente monographie sur la simulation de la folie. « Le regard du simulateur, a dit cet

auteur, est furtif, mobile, sournois. La figure signale un état forcé, un désaccord choquant et significatif. Le criminel simulateur ne saurait donner à son regard l'expression égarée et excitée qui appartient au maniaque. On n'y reconnaît que l'effronterie et non de l'aberration d'esprit. Il ne produira pas davantage l'expression véritablement indifférente, affaissée du dément, du paralytique, fixe du stupide, fière et orgueilleuse du monomaniaque, etc. Il ne saurait dissimuler l'attention qu'il porte à toutes les paroles et à tous les mouvements de celui qu'il sait chargé de scruter ses discours et ses gestes ; et bien souvent il baisse les yeux, se méfiant de l'expression que peut trahir son regard. »

Une différence à signaler encore entre le véritable aliéné et le faux aliéné, c'est que le premier est plutôt porté généralement à *dissimuler* sa folie, et, en tout cas, à la nier et à se défendre de cette imputation, tandis que le simulateur au contraire, cherche à *mettre sa folie en évidence*, s'en vante pour ainsi dire, et n'extravague jamais tant que lorsqu'il se trouve en face de ceux qui sont appelés à l'examiner et à le juger.

Il ne faut pas oublier, dans les expertises de ce genre, que la folie *peut avoir éclaté après l'accomplissement de l'acte incriminé*. Il faut se souvenir aussi, que le sujet, déjà plus ou moins véritablement aliéné ou dégénéré, peut simuler ou plutôt *charger, exagérer son délire* (sursimulation de JOSÉ INGEGNIEROS), ou même encore dissimuler son délire et en simuler un autre (VIGOUROUX, 1904). Les faits de ce genre sont couramment observés, si bien qu'on admet généralement aujourd'hui à juste titre qu'il faut être plus ou moins aliéné pour simuler la folie. Notons enfin que la *simulation* prolongée de la folie peut, à la longue, avoir un *fâcheux retentissement* sur les facultés du sujet et même troubler plus ou moins profondément son intelligence. Des simulateurs découverts ont avoué qu'ils se sentaient devenir fous et qu'ils ne recommenceraient pas, fût-ce pour sauver leur tête, à jouer un pareil rôle. « Vous ne pouvez croire ce que j'ai souffert, avouait à MOREL DEROZIER démasqué. J'ai cru devenir réellement aliéné et j'avais plus de crainte encore de tomber fou que d'aller au bain. »

5° Folie alléguée. — Un délit ou un crime vient d'être commis ; le prévenu est entre les mains de la justice ; il ne simule pas actuellement la folie, mais il proteste, soit personnellement, soit par la bouche de son défenseur, que sa raison s'est égarée tout à coup au moment de l'action, et que c'est sous l'influence de ce délire momentané qu'il a accompli son attentat. Sans doute, dans les cas de cette nature, l'analyse minutieuse des circonstances qui ont précédé, accompagné ou suivi l'acte incriminé, peut fournir de très utiles indications ; cependant l'expert doit se souvenir expressément que les faits de folie soudaine et transitoire s'observent rarement, pour ne pas dire jamais, chez des personnes absolument saines d'esprit et de corps, mais qu'ils sont en général l'indice ou le résultat d'une prédisposition héréditaire ignorée, de vertiges méconnus, d'une méningo-encéphalite imminente, d'une aliénation mentale latente ou à la période d'incubation. Il doit surtout songer en pareil cas à la possibilité d'une épilepsie plus ou moins larvée ou d'une intoxication passagère, interne ou externe, et rechercher par suite si le sujet présente des signes de ces états pathologiques ou si la psychose transitoire invoquée offre bien les caractères de celle de l'épilepsie ou des intoxications.

Il se peut enfin que l'inculpé allègue une crise d'impulsion obsédante, par exemple au vol et que dressé par d'habiles complices, comme dans le fait curieux que viennent de rapporter CHARPENTIER et KAHN, il fournisse sur sa prédisposition et son impulsion supposées les détails les plus circonstanciés et les plus vraisemblables.

Le plus compétent des experts pourra peut être alors se laisser abuser. Mais si l'expertise se prolonge ou aboutit à l'internement, le simulateur arrive à se lasser et n'hésite pas à invoquer sa simulation même pour sortir de l'asile.

Il est probable d'ailleurs qu'ici encore il s'agit d'individus plus ou moins tarés, déséquilibrés, c'est-à-dire de sursimulation plutôt que de simulation complète.

6° Rapports médico-légaux. — Son expertise finie, il reste au médecin à formuler le résultat de son examen et à exposer

ses conclusions sous forme d'une pièce écrite qui porte, comme nous l'avons dit, le nom de *rapport médico-légal*.

Nous donnons, à la fin du chapitre suivant, quelques exemples de rapports médico-légaux.

§ 2. — EXPERTISE PSYCHIATRIQUE DANS L'ARMÉE

S'il existe une *médecine légale militaire*, différente en beaucoup de points de la médecine légale judiciaire (LACASSAGNE), la *partie psychiatrique* en est sans contredit l'un des chapitres les plus importants. Malheureusement, ce chapitre n'est point fait et c'est à peine si l'on trouve quelques indications à cet égard dans les traités spéciaux de médecine légale militaire, comme ceux de DUPONCHEL, de DU CAZAL et CATRIN, etc., dans les Revues de médecine militaire, le journal *Le Caducée*, et dans certains articles spéciaux, étrangers ou français, comme ceux de GRANJUX.

Mélé depuis longtemps, aux côtés de mon maître et ami le professeur MORACHE et de mes distingués collègues les médecins de l'hôpital militaire de Bordeaux et de l'École principale de Santé de la marine, aux questions de psychiatrie médico-légale militaire, j'ai maintes fois appelé l'attention sur leur intérêt et leur gravité, notamment dans des thèses d'élèves (LACAUSSE : Les dégénérés dans le service militaire, th. de Bordeaux, 1889 ; — FERRIS : Criminalité et justice militaire, th. de Bordeaux, 1896 ; — CAVASSE : Les dégénérés dans l'armée coloniale, th. de Bordeaux, 1902 ; — KAGI : La démence précoce dans l'armée, th. de Bordeaux, 1905).

Adoptant, sauf de légères modifications, le plan suivi par DU CAZAL et CATRIN dans leur « Médecine légale militaire », j'envisagerai successivement : 1° les *expertises relatives aux entrées dans l'armée* ; 2° les *expertises relatives au séjour dans l'armée* ; 3° les *expertises relatives aux sorties définitives de l'armée*. J'y joindrai deux autres paragraphes concernant : 4° l'*expertise et l'assistance psychiatriques dans les armées en campagne et aux colonies et le rapatriement des aliénés* ; 5° les *formes les plus communes de l'aliénation mentale chez les militaires*.

1° **Expertises relatives aux entrées dans l'armée.** — Parmi les aliénés militaires, il en est qui le sont devenus surtout sous l'influence de causes occasionnelles : alcoolisme, syphilis, insolation, maladies des pays chauds, shocks traumatiques, moraux et physiques, blessures et opérations, etc., etc. Mais beaucoup étaient déjà des prédisposés et même des malades antérieurement. Cela est surtout vrai pour les soldats, parmi lesquels il existe un nombre de tarés constitutionnels, de *dégénérés*, beaucoup plus grand qu'on ne serait tenté de le croire au premier abord. Certains régiments même, comme les *compagnies de discipline*, la *légion étrangère*, etc., sont pleins de « fortes têtes » travaillées par leur « cafard », c'est-à-dire de dégénérés.

Or les dégénérés sont la plaie de l'armée, à laquelle ils sont incapables de s'adapter par le fait de leur instabilité et de leur impulsivité. Si bien qu'on est conduit à reconnaître qu'au lieu de leur laisser parcourir toutes les étapes des rigueurs disciplinaires jusqu'au Conseil de guerre, en donnant à tous le plus mauvais exemple, il serait plus logique et plus juste de les arrêter à l'entrée du service militaire. Le conseil de revision ne sert guère, en fait, qu'à l'élimination des non-valeurs physiques ; il devrait servir de même à l'élimination des non-valeurs mentales.

C'est la thèse que j'ai toujours soutenue, en ce qui me concerne.

Cela est licite et même obligatoire puisque, dans la nomenclature des maladies, infirmités ou vices de conformation qui constituent les motifs d'exemption, figurent : 54) l'idiotie, le crétinisme, l'aliénation mentale ; 55) la paralysie générale progressive ; 56) le delirium tremens à accès fréquents et intenses ; 57) l'épilepsie.

Cette élimination des dégénérés à l'entrée dans l'armée, difficile, il faut en convenir, dans l'état actuel des choses, pourrait cependant, je crois, arriver à s'effectuer.

GRANJUX a proposé, dans ce but, d'exiger à la revision un certificat du médecin de la famille, et, au besoin, d'un expert spécialiste. Mais ces moyens, d'exécution délicate dans la pratique,

ne s'appliquent guère qu'aux conscrits sollicitant d'eux-mêmes une réforme et non à ceux, ignorés ou dissimulés, qu'il s'agit de dépister.

Le médecin principal FAMECHON (septembre 1905), estime qu'il ne faut pas compter, pour élucider les antécédents des recrues, sur les renseignements de l'intéressé ou des parents (simulation, exagération, dissimulation), ni sur le certificat du médecin de la famille (secret professionnel). Il préférerait que le maire de la commune signalât les tares mentales ayant ou non donné lieu à un internement, comme « infirmité de notoriété publique. »

J'estime pour ma part que c'est au médecin militaire, le véritable expert, en l'espèce, qu'incombe avant tout le soin d'opérer la sélection, en s'aidant dans son examen direct des fiches sanitaires, pièces et documents, officiels et privés, mais ou à mettre à sa disposition.

Une condition prime donc toutes les autres. Il faut que le médecin militaire soit aussi familiarisé avec les tares psychiques qu'avec les tares physiques et qu'il sache distinguer un débile d'esprit ou un pré-délirant, comme il sait distinguer un débile de corps ou un pré-tuberculeux. La constatation directe des stigmates corporels et intellectuels de la dégénérescence, au besoin un examen rapide des antécédents, permettraient souvent ce diagnostic. Assurément tous les dégénérés ne seraient pas reconnus à la revision ; mais on y arrêterait les plus tarés, ce qui serait beaucoup, sans compter que les douteux pourraient être recommandés à une observation ultérieure.

Cet examen mental doit d'ailleurs être plus ou moins rigoureux suivant qu'il s'agit d'appelés, de *bons absents* ou d'*engagés* (GRANJUX), les anomalies psychiques dominant dans les deux dernières catégories de soldats, mais surtout dans la dernière. Dès le début de mes recherches j'ai en effet noté ce fait, confirmé par d'autres observateurs, notamment par J. CAZENEUVE dans sa thèse récente : « Engagement volontaire et dégénérescence mentale » (Lyon, 1905), que les déséquilibrés et dégénérés s'observent surtout chez les *engagés volontaires*. Quand une famille ne sait plus que faire d'un jeune homme qui a commis les mille et une sottises, c'est-à-dire qui neuf fois sur dix est un dégénéré, elle