

MINISTÈRE DE LA JUSTICE
DIRECTION DE L'ADMINISTRATION PÉNITENTIAIRE

JOURNÉES
DE MÉDECINE PÉNITENTIAIRE

14, 15 et 16 novembre 1968

“ÉTUDES ET DOCUMENTATION”

1968

JOURNÉES
de
MÉDECINE PÉNITENTIAIRE

14, 15 et 16 novembre 1968

La nécessité de tenir des assises aussi régulières que possible est apparue aux médecins pénitentiaires depuis la première rencontre de ce genre qui eut lieu en 1963 et qui connut un vif succès.

Par suite de circonstances diverses, matérielles et financières il n'a pas été possible d'organiser de nouvelles journées de médecine pénitentiaire avant 1968.

Les 14, 15, 16 novembre 1968 nous avons pu préparer une nouvelle réunion grâce à l'appui qui nous a été donné par la direction de l'Administration pénitentiaire qui a bien voulu mettre à notre disposition les locaux et les moyens fournis par l'école pénitentiaire de Plessis-le-Comte.

Il a donc été possible de tenir dans d'excellentes conditions matérielles ces journées d'études qui ont réuni 55 médecins pénitentiaires et de nombreux magistrats de la Chancellerie et du parquet de la Seine ainsi que des fonctionnaires des services extérieurs de l'Administration pénitentiaire.

Nous avons pu assurer aux participants les repas et l'hébergement à l'école pénitentiaire.

Les discussions ont été animées et les échanges de vue fructueux au cours des débats qui ont duré deux jours et demi.

Les thèmes de discussion portaient sur des problèmes médico-administratifs qui intéressent à la fois l'Administration pénitentiaire dans son ensemble et les médecins en particulier.

Il ne nous a pas été possible de publier un compte rendu intégral de ces journées. Nous nous bornerons à la publication des conclusions données par chacun des groupes de travail. Ces conclusions représentent le résumé des travaux de ces journées.

A l'issue de la réunion, les participants ont émis le vœu de voir se tenir régulièrement, tous les deux ans, des journées de médecine pénitentiaire.

Ce vœu sera donc, dans toute la mesure du possible respecté, car l'intérêt de telles confrontations a paru évident à tous ceux, magistrats, médecins et fonctionnaires pénitentiaires, qui considèrent comme nécessaires et indispensables une meilleure coopération et une complète intégration de tous ceux qui participent à l'application des sanctions pénales.

Docteur G. FULLY

Rapport du groupe de travail sur le personnel et l'équipement médical

par le docteur MASSON, rapporteur

Notre groupe de travail comprenant magistrats, directeurs d'établissement, psychiatres et généralistes, a étudié les problèmes de personnel dans l'ordre suivant :

- Personnel paramédical ;
- Personnel médical ;
- Surveillance médicale du personnel pénitentiaire.

Le problème de l'équipement médical matériel ne fut qu'évoqué.

Certains apportèrent leur expérience des solutions trouvées à ces problèmes dans des établissements très divers (centrale, maison d'arrêt, camp de relégués, hôpital pénitentiaire) ; d'autres précisèrent les textes qui régissent ce personnel et surtout les prévisions dans ce domaine.

LE PERSONNEL INFIRMIER

On signala d'abord la diversité de ses origines :

- Infirmières de l'administration ;
- Infirmières détachées par la Croix-Rouge.

de ses diplômes ;

des normes de travail :

- Plein temps ;
- Temps partiel.

Soixante-dix postes et bientôt soixante-douze postes sont budgétairement prévus.

Un statut des infirmiers titulaires de l'Administration pénitentiaire est à l'étude et sera promulgué dans de courts délais.

Il facilitera, de l'avis de tous, un recrutement souvent difficile, assurera la stabilité de l'emploi ainsi qu'un salaire proche de celui des établissements hospitaliers et permettra de remplacer progressivement les infirmières de la Croix-Rouge qui initialement n'assuraient que des remplacements.

Plusieurs remarques ou suggestions s'imposèrent :

1. — Certains établissements importants manquent encore de personnel infirmier, aucun candidat ne postulant un emploi prévu au budget. Cette carence rend inutilisables certaines installations médicales ou hospitalières matériellement valables.

2. — Une formation particulière du personnel infirmier recruté éviterait certaines situations regrettables : infirmières par trop ignorantes de leurs nouvelles fonctions et particulièrement peu préparées, surtout psychologiquement, à la tâche qui les attend.

Cette formation pourrait être réalisée :

a) Par des cours théoriques de courte durée leur permettant de connaître les diverses obligations de leur travail.

b) Par un stage de très courte durée dans un établissement hospitalier tel que l'hôpital central de Fresnes, où la nouvelle infirmière pourrait prendre contact avec les détenus malades lors des consultations et des soins de cet établissement.

3. — Le docteur Lauerrois regrette que le statut exigeant le diplôme d'Etat élimine *ipso facto* de ces postes les infirmiers psychiatriques qui, du moins dans certains établissements, auraient leur place à temps plein ou à temps partiel.

Il semble en effet aux médecins que c'est là se priver définitivement d'un concours très précieux. Le vœu est émis que le statut puisse être modifié en faveur de tels diplômés, pour certains postes évidemment.

PERSONNEL PARAMEDICAL

Par ailleurs, aucun poste budgétaire n'est prévu pour d'autre personnel paramédical tels que — kinésithérapeutes, psychologues notamment, qui devraient avoir leur place dans certains établissements pour psychopathes et dans les centres médico-psychologiques.

Ces catégories ne peuvent être embauchées que dans le cadre de contractuels très divers dans leurs professions ; un chapitre budgétaire particulier aux contractuels paramédicaux semble logique et indispensable.

Evidemment, les services d'hygiène mentale suppléent, dans plusieurs départements à cette absence de psychologues dans les mêmes conditions qu'il détache des psychiatres vacataires. Ces conditions sont très variables suivant les possibilités de chaque département.

LES PHARMACIENS

Seule la pharmacie de Fresnes est tenue par une pharmacienne à temps plein. Dans tous les autres établissements des pharmaciens gérants à temps partiel sont nommés.

Le projet de création d'une pharmacie centrale desservant sur ordonnance toutes les prisons de France est à l'étude. Il peut réaliser une économie sur l'achat des médicaments certes, mais sa gestion paraît lourde et soulève le problème du stock dans les établissements, stock qui semble indispensable pour les médicaments urgents ou très utilisés ; légalement le stockage de produits du tableau B n'est autorisé que chez un pharmacien, le médecin ne peut en détenir qu'une provision très réduite, ceci constituant encore une simple tolérance.

*
**

Les internes ne sont prévus que dans quatre établissements essentiellement à vocation hospitalière, sauf pour la Santé.

Il sont recrutés parmi les étudiants de 5^e et 6^e année, un concours ne peut être envisagé étant donné la modicité des effectifs prévus. Dans ce domaine, la collaboration possible avec les C.H.U. évoquée dans un autre groupe de travail par le professeur Colin, pourrait ouvrir des perspectives. Dans certains cas les internes des hôpitaux psychiatriques sont amenés à participer aux soins des détenus, mais ils ne dépendent pas alors budgétairement de l'administration.

LA FORMATION DES MEDECINS

Il est apparu que le médecin pénitentiaire doit acquérir une connaissance des textes, des règlements (C.P.P.) et aussi du fonctionnement en général des établissements pénitentiaires.

Par ailleurs pour les généralistes une formation psychiatrique de base semble indispensable.

Pour les psychiatres une connaissance des problèmes particuliers psychologiques et médico-légaux qu'ils rencontreront parmi ces malades très différents médicalement du malade psychiatrique, est non moins nécessaire.

Cette formation est actuellement réalisée grâce à l'initiative du médecin inspecteur, le docteur Fully, qui a obtenu dans le cadre de la chaire de médecine légale de la faculté de médecine de Paris, la création d'un cycle d'études de médecine pénitentiaire.

Ce cycle d'études, qui depuis trois ans a permis l'enseignement de jeunes médecins et d'étudiants, le recyclage de nombreux médecins, ayant parfois une longue pratique de cette médecine, consiste :

- en cours théoriques donnés par des magistrats et des médecins pénitentiaires ;
- en stages pratiques de quelques jours à l'hôpital central de Fresnes et à la Santé.

L'attestation d'étude est délivrée après un examen comportant des épreuves écrites, puis orales, le jury étant composé du professeur titulaire de la chaire, d'un magistrat, d'un médecin de l'Administration pénitentiaire .

Les candidats de province reçoivent les cours polycopiés.

Certains médecins ne disposant pas du temps nécessaire pour suivre cet enseignement, le docteur Fully nous annonce la parution de fascicules correspondant aux divers cours et qui pourraient être adressés à tous les médecins de l'Administration pénitentiaire. Ce projet est accueilli avec satisfaction par les médecins du groupe.

Le contact entre les médecins de l'Administration pénitentiaire semble pour beaucoup devoir être facilité :

- par des contacts directs notamment dans les hôpitaux pénitentiaires (à ce sujet une carte d'identité de l'Administration en faciliterait l'accès) ;
- par des contacts épistolaires rendus possibles par la publication souhaitable d'un annuaire des médecins de l'Administration pénitentiaire.

*

**

Le groupe de travail aborde ensuite les *rapports des médecins et du personnel de surveillance*, dans le cadre d'une médecine du travail.

Les examens d'aptitude devraient, toutes les fois qu'il en existe un dans la localité, être effectués par le médecin de l'Administration pénitentiaire au courant des exigences physiques et psychologiques du service postulé.

Il est prévu une nouvelle formule d'examen beaucoup plus complète que celle utilisée jusqu'alors, nécessitant d'ailleurs un examen plus approfondi. Mais ne jugeant pas de l'aptitude psychique du postulant.

Seul un extrait de ce dossier sera transmis avec la demande d'admission du candidat.

Le reste du dossier sera remis au médecin inspecteur sous pli fermé.

Le candidat une fois admis verra ce dossier adressé à l'établissement où il sera nommé, dossier mis à la disposition du médecin d'établissement pour y être complété au cours de la carrière de l'intéressé.

Des médecins objectent que certains candidats peuvent omettre de signaler des antécédents ou des affections actuelles difficiles à déceler ; qu'un interrogatoire rédigé avec le médecin, contresigné et certifié exact par le postulant, limiterait une certaine fraude par omission.

De semblables formules sont utilisées lors des examens pour contrats d'assurance-vie, de même que pour l'embauche des agents actifs du ministère de l'Intérieur.

Enfin un deuxième filtrage médical, et peut-être psychologique, pourrait être prévu à la fin du stage d'initiation à l'école pénitentiaire. Le principe ne soulève aucune objection, la réalisation permettrait une sélection plus efficace des agents.

Autre problème, celui de l'attribution des congés de maladie. Lorsque ces congés sont attribués par un médecin étranger à l'Administration, un contrôle est parfois demandé au médecin d'établissement. Le contact direct entre les deux confrères intéressés à la santé de l'agent semble, dans la plupart des cas, être la méthode la plus efficace pour préciser sinon la nature de l'affection en cause, du moins le caractère indispensable du repos prescrit dans sa modalité et sa durée.

Certains confrères font remarquer que toutes les fois qu'une affection peut entraîner un arrêt de travail de « longue durée » une hospitalisation préalable sera utile et pourra même apporter à une commission de réforme des éléments de jugement indispensables.

Le problème de l'équipement médical fut plus rapidement évoqué :

- Soit que certains aient pensé que le problème de personnel primait ;
- Soit que les réalisations dans ce domaine aient été jugées suffisantes dans certains établissements.

En effet, certaines réalisations tel que le nouvel hôpital central de Fresnes, ou les infirmeries de centrales, surtout des nouvelles centrales, paraissent fort intéressantes.

Pourtant les médecins de maisons d'arrêt, et notamment des petites, estiment que les locaux sont insuffisants, l'équipement souvent nul, le tout incompatible avec une certaine dignité dans l'exercice de la médecine.

Les installations dentaires semblent soulever, étant donné leur importance, beaucoup plus de problèmes que les installations purement médicales.

Enfin, il fut souhaité que le sport et les installations sportives soient plus largement implantés dans les maisons centrales notamment.

Nous concluons en disant que, dans beaucoup de ces domaines, le problème est surtout d'ordre financier et nous sommes unanimes à souhaiter un budget médical totalement autonome.

Conclusions

des débats de la commission médico-juridique sur les centres médico-psychologiques des prisons

par le docteur GONIN, *rapporteur*

A. — L'EQUIPEMENT

La commission a fait d'abord la constatation de la pénurie de centres médico-psychologiques réellement équipés. Les centres qui ont en fait une existence réelle, c'est-à-dire, pourvus d'une équipe médico-sociale et psychologique, dans des locaux spécialement affectés au service, sont les seuls centres de :

- Paris : maison d'arrêt de la Santé ;
 - Médecin-chef, docteur Hivert,
- Lyon : maison d'arrêt Saint-Paul ;
 - Médecin-chef : docteur Broussolle,
 - Médecin psychiatre régional, professeur Colin.

Elle a constaté également que des centres existants au plan théorique, tel celui de Marseille, n'avait qu'un équipement des plus restreints, étant pratiquement réduit à un seul médecin psychiatre qu'il est grave d'adresser à ces centres des psychopathes qui ne recevraient pratiquement aucun soin adapté à leur état, dans ces conditions de dénuement.

Le groupe a donc insisté sur la nécessité de réaliser, au plan du concret, l'organisation de l'équipement des centres médico-psychologiques déjà en place depuis plusieurs années, au plan théorique. Il a affirmé que l'effort serait inutile s'il n'était accompli que partiellement. La commission insiste sur les conditions d'un équipement suffisant :

1. — Au plan architectural

Locaux dans la prison, mais comportant un nombre suffisant de cellules individuelles. Des locaux pour des médecins psychia-

tres, psychologues et assistantes sociales. Des locaux pour des activités communes : repos, travail, occupations thérapeutiques, psychothérapie de groupe etc.

2. — Equipement en personnel

- Surtout surveillants de l'Administration pénitentiaire, ayant eu une formation minimale en psychiatrie, avec stages à l'hôpital ;
- Possibilité de recruter des infirmiers ou infirmières ayant leur diplôme d'infirmiers psychiatriques ;
- Vacations suffisantes, avec l'aide des D.A.S.S., pour des médecins psychiatres ;
- Reconnaissance par l'Administration de la qualification particulière des psychologues, au service de l'Administration pénitentiaire, et vacations en conséquence ;
- Postes de secrétariat indispensables pour un service rapide et des liaisons avec l'Administration pénitentiaire, le tribunal, les services médico-sociaux extérieurs ;
- Postes d'assistants sociaux spécialement affectés à ce service médico-psychologique.

La commission a pensé que cet équipement pourrait être facilité par la conjugaison de trois sources :

- 1° L'Administration pénitentiaire, normalement ;
- 2° La direction de l'action sanitaire et sociale, à titre d'hygiène mentale ;
- 3° Les centres hospitalo-universitaires, qui pourraient considérer ce service médico-psychologique, comme équivalent d'un service clinique hospitalier, permettant ainsi de réaliser l'intégration d'enseignements de disciplines particulières concernées : médecine légale et psychiatrie sociale de la faculté de médecine.

B. — VOCATION DES CENTRES MEDICO-PSYCHOLOGIQUES

Le groupe de discussion a essayé de fixer la vocation traditionnelle des C.M.P. Un équipement suffisant permet seul un dépistage systématique et en particulier, celui qui est le plus intéressant : le dépistage précoce (tel celui du flagrant délit, qui sans cela « échappe à tout autre regard ») comme il a été entrepris de façon efficace au service médico-psychologique de la Santé. Ce dépistage permettant une orientation dès le début de l'incarcération, à l'intérieur ou à l'extérieur, permet aussi de renseigner de façon efficace la justice.

La commission a constaté que la fonction thérapeutique, artificiellement séparée pendant longtemps de la fonction de dépistage et de diagnostic, était en fait, inséparable et qu'elle pouvait prendre plusieurs formes : soit assistance traitante grâce à des consultations extérieures au service, soit de façon plus restreinte en hospitalisation, au service lui-même.

La troisième fonction traditionnelle essentielle de ces centres : être un lieu adéquat de l'expertise psychiatrique pour le prévenu incarcéré, grâce à l'équipement technique du centre et aux liaisons faciles avec l'équipe traitante.

Là, très rapidement est apparu à la commission, la nécessité de faire du C.M.P. une zone d'intégration réelle de toute médecine psychiatrique : psychiatrie thérapeutique et psychiatrie d'expertise. Ces deux fonctions ayant à l'évidence une finalité commune, s'inscrivant dans des circuits très proches : le traitement du délinquant.

Ce qui précède a amené la commission à considérer que ces deux fonctions : traitement et expertises, distinguées primitivement dans un but opérationnel, n'ont plus de raison d'être dissociées maintenant de manière aussi formelle. A tel point, que l'on peut envisager que ces deux fonctions soient assurées par le même praticien.

Aussi, dans cette optique, l'équipement en médecins et psychologues peut être nettement amélioré par l'intégration des médecins experts, jusqu'alors ségrégués dans leur fonction. Cette ouverture est apparue comme pouvant réduire les difficultés de communication (le recours au secret médical en est le symbole et la justification rationnelle). La communication n'est pas entre deux hommes, mais entre deux fonctions artificiellement dissociées jusqu'alors.

Il est apparu aussi nécessaire au groupe de travail, d'affirmer la vocation des C.M.P. comme organisme de traitement au niveau de l'institution carcérale tout entière, par la facilitation de la communication intersubjective et intergroupe. Dans ce milieu fermé qu'est la prison, les difficultés relationnelles, réalisent ce que certains directeurs d'établissements ont appelé, une véritable maladie carcérale.

Dans un premier temps, très pratique, la commission composée de médecins et de membres de l'Administration pénitentiaire souhaite que soient institutionnalisées officiellement, des rencontres à rythme périodique, entre les équipes cliniques et administratives des établissements, ce qui permettrait de mieux concevoir, en fonction des exigences respectives, une politique du traitement du délinquant dans l'institution.

Rapport du groupe de travail sur les problèmes posés par l'affiliation des détenus à la Sécurité sociale

par le professeur COLIN et le docteur DEBARGE, rapporteurs

Le groupe de travail a pris connaissance des projets élaborés par l'Administration pénitentiaire et le ministère des Affaires sociales, et s'est félicité des progrès que laissent entrevoir les négociations en cours depuis 1963. Prenant acte des difficultés techniques soulevées par l'affiliation des détenus à la Sécurité sociale, les médecins participant au travail de ce groupe ont regretté que la portée des mesures actuellement envisagées soit aussi limitée, et ils ont émis le souhait d'une réforme plus vaste permettant d'assurer aux détenus, sans restriction aucune, les soins que leur confère le droit de tout individu à la santé.

Actuellement, les détenus ne peuvent être assujettis à la Sécurité sociale. Ils ne remplissent pas toutes les conditions imposées par l'article L 241 et L 242 du Code de sécurité sociale, pour bénéficier de l'assurance sociale. Même lorsqu'ils travaillent, il n'existe en effet, entre le détenu et l'administration ou le concessionnaire, aucun lien contractuel. Lorsqu'un assuré social est incarcéré il garde sa qualité d'assuré social, mais il ne remplit plus les conditions nécessaires pour bénéficier des prestations, ne pouvant justifier du nombre d'heures de travail requis par la loi. En effet, la période de détention n'est pas assimilée au chômage involontaire.

Il faut noter que tout prévenu va ainsi être privé de ses droits à la Sécurité sociale, même s'il bénéficie ensuite d'un non-lieu ou d'un acquittement. Ses droits seront alors rétablis seulement à partir de sa libération.

Le détenu ne peut bénéficier de prestations au titre d'assurance-maladie. Il devra, pour avoir droit à nouveau à des prestations, fournir, après sa libération, le nombre d'heures de travail prévues par l'article L 249 du Code de sécurité sociale.

Il ne peut prétendre non plus, bien entendu, durant son incarcération, à des indemnités journalières, et s'il recevait des prestations en espèces, au moment de son incarcération, celles-ci seront supprimées.

Sa famille va donc cesser de bénéficier de ces prestations dès qu'il sera incarcéré.

De plus, « l'ayant droit » qui bénéficie de prestations au moment où l'assuré cesse de remplir les conditions prévues par la loi, verra également ses prestations en nature supprimées.

En ce qui concerne les accidents du travail, il n'existe pour le détenu, aucune prestation en nature ou en espèces, durant la période de l'incapacité temporaire. Seules sont indemnisées par la Sécurité sociale, les séquelles des accidents survenus à l'occasion du travail pénal, dans les mêmes conditions que pour les autres assurés.

Il n'est par contre prévu aucun droit aux prestations de l'assurance vieillesse, pour le détenu, même s'il a travaillé régulièrement durant sa détention. Il ne pourra prétendre à une indemnisation à ce titre que dans la mesure où il aura acquis des droits suffisants, avant ou après la période de détention. Il en va de même pour l'assurance invalidité. Les périodes de détention n'étant pas assimilées à des périodes de chômage involontaire, pour bénéficier de ce régime, l'assuré devra, au moment où sera constaté l'état d'invalidité, remplir les conditions administratives habituelles (douze mois d'immatriculation et cent vingt heures de travail au cours de la période comprise entre le début du douzième mois et le début du neuvième mois précédant la constatation de l'invalidité).

*

**

Des projets actuellement en cours d'étude, on peut retenir que le ministère des Affaires sociales, à l'issue des demandes et des propositions de la Chancellerie, aurait admis :

— le principe de l'indemnisation des ayants droit des assurés sociaux, qui percevaient des prestations au titre de l'assurance maladie au moment de leur incarcération. Ces prestations étant toutefois limitées à trois mois en cas de détention préventive. Elles cesseraient si la condamnation intervenait avant cette période ;

— le ministère des Affaires sociales a par ailleurs rappelé que les familles peuvent, à la suite de l'ordonnance du 21 août 1967, contracter une assurance volontaire, contre les risques maladie et maternité ;

— il n'est pas envisagé d'étendre aux détenus le bénéfice de la Sécurité sociale, ceux-ci « bénéficiant d'un service de santé moins coûteux et mieux adapté à leurs besoins que l'organisation médicale correspondant au régime général » d'après l'opinion du ministère des Affaires sociales ;

— il a été admis qu'une solution devait être cherchée aux problèmes posés par le risque vieillesse, en ce qui concerne les sujets ayant travaillé durant leur détention.

Un projet d'affiliation beaucoup plus large à la Sécurité sociale de tous les détenus effectuant un travail pénal, a été abandonné.

*

**

L'étude de ces projets et des réformes de détail qu'ils impliquent quant à l'affiliation des détenus et du droit aux prestations de leurs familles, durant la détention, appelle plusieurs remarques.

Le droit à la santé des détenus ne saurait être remis en cause, et, l'abolition des châtiments corporels ayant été admise, il ne saurait persister une différence de qualité de soins entre les individus malades, qu'ils soient ou non délinquants.

Contrairement à ce que le ministère des Affaires sociales a admis comme postulat, les détenus ne bénéficient pas d'une qualité de soins identique à celle à laquelle ils pourraient prétendre en tant qu'assurés sociaux libres.

Il existe en effet, de l'avis de tous les médecins pénitentiaires, des restrictions en ce qui concerne l'hospitalisation, le traitement de certaines infirmités ou disgrâces antérieures à la détention ne présentant pas de caractère d'urgence, dont le traitement est différé jusqu'à la sortie. Les conditions d'hospitalisation sont également rendues précaires par la détention et les systèmes de surveillance ou d'incarcération dans le cadre d'un hôpital public. Les infirmeries souvent vétustes et parfois dotées d'un matériel et d'un personnel notoirement insuffisants en quantité ou en qualité.

A une époque où la notion de solidarité de tout le corps social s'impose de plus en plus, en matière de protection vis-à-vis de la maladie, pour remplacer la classique notion d'assurance, alors que la Sécurité sociale étend cette protection à la totalité de la population

et que le principe de ce droit à la Sécurité sociale n'est plus contesté, il apparaît anormal que soient retranchés de cette solidarité les seuls délinquants. La plupart des détenus étaient d'ailleurs, au moment de leur incarcération, des assurés sociaux ayant déjà cotisé parfois depuis de longues années. L'extension du régime général de sécurité sociale aux détenus aurait au contraire la valeur d'un symbole, en confirmant le désir du corps social de ne pas rejeter définitivement les délinquants mais au contraire de leur donner les moyens de se réadapter.

**

La suppression des prestations aux ayants droit du détenu est en désaccord avec le principe juridique, qui affirme la responsabilité et l'individualisation du châtement. Cette suppression des prestations apparaît au contraire comme une punition collective de toute une famille dont un membre a manqué aux règles de la société. Elle rompt un des liens qui unissent la famille à l'assuré et vient ainsi accroître cet isolement particulièrement préjudiciable à la réadaptation future. Il n'est pas souhaitable d'élargir le fossé qui existe déjà entre le détenu et sa famille, celui-ci ayant tendance à se désintéresser du devenir et des moyens d'existence de celle-là. La famille n'ayant par ailleurs que trop tendance à organiser sa vie sociale sans tenir compte du détenu, ce qui est fort compréhensible mais comporte un risque considérable de coupure définitive entre le délinquant et la société. Au contraire, le maintien de prestations assurerait un lien organique entre le détenu et sa famille durant toute la détention.

La Sécurité sociale, de par sa vocation, n'a pas seulement pour but de permettre aux individus de se soigner et de subvenir à leurs besoins durant la période de maladie, mais également, par une action générale et préventive, d'intervenir sur la santé publique. Dans le cadre de cette action sanitaire et sociale, on concevrait mal qu'elle néglige d'intervenir dans la surveillance et le traitement de la population pénale, la détérioration de la santé des détenus ou de leur famille durant la période de détention ayant obligatoirement pour conséquence à longue échéance, d'entraîner des frais de santé importants, lorsque le détenu, libéré, redeviendra assuré social.

La prise en charge de 35 000 détenus et leur famille, compte tenu de cette action préventive, ne devrait pas alourdir, dans de fortes proportions, le budget de la Sécurité sociale.

**

Il apparaît donc souhaitable que le problème de l'affiliation des détenus et de leur famille à la Sécurité sociale soit repensé et en-

visagé sur un plan plus général et moins parcellaire. Certes l'application du régime général de la Sécurité sociale aux détenus n'est pas possible puisque, dans l'état actuel de l'organisation pénitentiaire en France, le travail pénal reste une exception et que la rémunération de ce travail demeure le plus souvent dérisoire. Il n'est donc pas possible d'envisager une affiliation individuelle des seuls détenus qui exercent un travail, d'autant plus que ce travail est le plus souvent intermittent, et que les périodes de chômage sont bien souvent plus longues que les périodes de travail effectif.

Seul un système forfaitaire peut donc être envisagé, dans le cadre d'un régime particulier. Il serait souhaitable que la Sécurité sociale intervienne dans le cadre de l'assurance, pour prendre en charge les prestations en nature, en ce qui concerne les détenus et leurs familles et que soit conservé le droit aux prestations en nature des familles. Il n'apparaît pas souhaitable que les institutions d'aide sociale soient dans l'obligation de prendre en charge les familles des détenus, qui avaient acquis au moment de l'incarcération, des droits en tant qu'assurés sociaux.

La Sécurité sociale interviendrait également très utilement dans le cadre de l'action sanitaire et sociale pour organiser, aménager ou équiper des centres de soins des détenus, comme elle est souvent amenée à le faire pour les dispensaires ou les hôpitaux publics. Seule l'intervention de la puissante organisation que représente la Sécurité sociale permettrait de pallier le sous-équipement actuel du service sanitaire pénitentiaire.

Cette action serait utilement complétée par une collaboration du service pénitentiaire avec les centres hospitaliers universitaires, dans le cadre de la réforme hospitalière, la participation du ministère de la Santé publique et de l'Education nationale pouvant ainsi permettre une amélioration du recrutement du personnel médical pénitentiaire.

En contre partie de cet effort et de cette participation des institutions sociales du pays au fonctionnement de la médecine pénitentiaire, il est nécessaire que soit fourni parallèlement un effort considérable de la part de l'Administration pénitentiaire.

La réorganisation du travail pénal et sa généralisation, un réajustement des salaires sont indispensables (actuellement la moitié seulement des détenus travaillent, et les salaires varient de 20 à 300 francs par mois). Un système de cotisation globale forfaitaire doit nécessairement être envisagé.

Une telle solution (cotisations forfaitaires, réorganisation du travail pénal, participation de la Sécurité sociale, de la Santé pu-

blique et de l'Education nationale), aurait l'avantage de résoudre le problème de manière globale, dans le cadre d'un régime particulier certes, mais où le détenu et sa famille resteraient ce qu'ils doivent être, des membres de la société.

*
**

A l'issue de cette étude des problèmes posés par l'affiliation des détenus à la Sécurité sociale, et des projets actuellement en cours, les médecins pénitentiaires émettent le vœu que soient repris et activement poursuivis les pourparlers entre les divers ministères intéressés afin qu'aboutisse une réforme du régime actuel et que, grâce à cette réforme, le service sanitaire pénitentiaire soit à même de mieux participer à la mission de l'Administration pénitentiaire, dans le cadre du traitement des délinquants, et de leur réadaptation sociale. Ils souhaitent être associés à l'élaboration de ces projets de réforme.

Rapport du groupe de travail sur la pathologie carcérale

par le docteur DUROU, rapporteur

La troisième commission, chargée de l'étude des problèmes de pathologie carcérale, a annexé à son champ d'activité la question des régimes alimentaires qui lui a paru s'inscrire dans les mêmes perspectives.

Elle a conclu à la nécessité absolue pour chaque maison d'arrêt d'un personnel de cuisine permanent et compétent et d'un régime équilibré, tout détenu devant au moins bénéficier :

- de 1 500 à 2 000 calories quotidiennes ;
- d'une ration de 65 g de protides ;
- d'une ration de 185 g de glucides ;
- d'une ration de 65 g de lipides par jour ;
- et d'un apport quotidien de vitamines sous forme de légumes ou de fruits frais.

Par ailleurs, trois régimes thérapeutiques nationaux, applicables dans tout établissement quel qu'il soit, semblent constituer le minimum indispensable à la sauvegarde physique de tout détenu et à un exercice correct de la médecine pénitentiaire :

- régime diabétique ;
- régime pour gastrectomisé ;
- régime hyposodique.

La commission a également insisté sur la pesée mensuelle, indispensable en tant qu'élément de surveillance médicale chez tout détenu.

Ayant ainsi envisagé hier le problème capital des régimes, la commission s'est préoccupée de différents aspects de la pathologie carcérale.

I. — PATHOLOGIE MENTALE

Les affections mentales les plus fréquentes en milieu pénitentiaire, manifestations hystériques, phénomènes hypochondriaques, épisodes délirants ou dépressifs, ne sauraient quant à leur cause être rapportées uniquement à l'incarcération, qui ne joue le plus souvent qu'un rôle déclenchant ou favorisant.

Quant à l'épilepsie avérée, qu'il s'agisse de manifestations paroxystiques ou d'épileptoidie, le problème se situe au niveau de la *régularité thérapeutique*. C'est dire l'utilité d'un personnel infirmier qualifié, ou d'un surveillant spécialement formé, et affecté à cette seule tâche.

Pour ce qui est des manifestations de l'épilepsie, qui font du malade un sujet dangereux pour lui-même et l'entourage, du fait d'une agressivité ou d'une impulsivité qu'il ne peut contrôler, les possibilités de placement en établissement spécialisé doivent devenir beaucoup plus larges.

L'épilepsie dont le diagnostic repose sur la seule affirmation du malade, ne doit en aucun cas et d'emblée être rejetée dans le cadre de la simulation et du chantage.

Alcoolisme et autres intoxications

1° Le delirium tremens, contemporain classique de l'entrée à la maison d'arrêt, reculera devant une prévention efficace, que seul peut mettre en œuvre un personnel soignant des plus qualifiés.

2° La cure de désintoxication doit être entreprise le plus souvent possible avec bien sûr l'accord de l'intéressé.

3° La surveillance peut être assurée à la sortie, dans la mesure du possible, en liaison avec l'agent de probation dans le cadre d'une liberté conditionnelle, ou avec l'assistante sociale du secteur, alertée par le médecin de prison.

4° Les intoxications autres que l'alcoolisme (héroïne ou barbituriques) commandent une hospitalisation immédiate en milieu hautement spécialisé.

II. — PATHOLOGIE VISCERALE ET PSYCHOSOMATIQUE

a) En ce qui concerne la *tuberculose*, l'accent a été mis par la commission sur le problème :

- du *dépistage*, qui doit être systématique, d'où l'intérêt d'une fiche concernant les antécédents médicaux et remplie par le détenu à son entrée ;
- de *l'isolement*, faisant ressentir souvent le défaut d'annexe spécialisée, au moins au niveau de la région ;
- de *la thérapeutique*, en général efficace, et déterminant une guérison, au dire des spécialistes, plus rapide que dans le civil.

b) *Pour les dermatoses*. La nécessité d'une consultation de dermatologie en maison centrale et d'arrêt, ainsi que d'un dépistage antivénérien (BW systématiquement à l'incarcération), est exprimée par la plupart des médecins intéressés.

c) *Quant aux affections* ressortant de la gastro-entérologie et de l'allergologie, la commission remarque que :

- les affections classiques (ulcères, cancer, asthme), ne sont ni plus fréquentes, ni plus rares que dans la pratique privée. On est frappé par l'importance des troubles neurotoniques, des dystonies neuro-végétatives, favorisées sans nul doute, par *l'agression psychique* que constitue l'incarcération, ou les conditions dans lesquelles s'effectue la détention.

En particulier, on constate dans bien des cas, chez des malades anxieux et inactifs, une véritable « fixation » sur le tube digestif.

- *les mêmes réflexions* s'appliquent à certaines affections allergiques telles que l'asthme par exemple.

III. — PROBLEME DU SUICIDE

La commission s'est ensuite penchée sur le problème du suicide pour constater que :

- *les automutilations ou les absorptions de corps étrangers* prennent largement le pas sur d'autres formes de suicide telles que : pendaison ou intoxication volontaire. Ces manifestations ne doivent pas pour autant être qualifiées de chantage ou de simulation. Elles traduisent un déséquilibre profond de la personnalité et *une inadaptation des plus sérieuses* au milieu pénitentiaire ;
- *la prévention* réside non dans la mise en œuvre de nouvelles méthodes coercitives, qui n'aboutissent qu'à accentuer l'infantilisation du détenu, mais en un remodelage de l'ambiance, avec la collaboration de tous, en particulier du psychiatre et du psychologue, dont l'efficacité ne saurait s'exprimer à travers un jeton hebdomadaire de présence, mais par une action efficace découlant d'une intégration réelle dans le personnel.

Par une suite de conversations plus ou moins orientées avec le détenu, le psychologue pourrait en particulier aider ce dernier à évoluer du comportement impulsif, contemporain de l'acte délictueux, à celui du langage structuré, indispensable à une approche thérapeutique, quelle qu'elle soit.

La commission a conclu sur la nécessité d'associer étroitement l'activité du médecin généraliste et des spécialistes des différentes disciplines, psychiatrie en particulier.

La pathologie carcérale, quant à elle-même, sans particularité, est seulement majorée par l'agression psychique que constitue l'incarcération ou la détention.

Le but essentiel est donc d'améliorer la tolérance à l'incarcération, en atténuant les stimuli douloureux dont toujours elle s'accompagne.

Ceci est en partie réalisable par des contacts fréquents avec les représentants de l'administration (information, éventuellement groupes de discussion et d'orientation), bref par l'harmonisation à tous les niveaux des instances médicales et administratives.

Commission de la probation et des problèmes postpénaux

par le docteur LAURANS et M. DARMON, rapporteurs

Des travaux de la commission de la probation et des problèmes postpénaux, deux points importants peuvent être dégagés :

1. — Nécessité d'une action continue entre le milieu ouvert et le milieu fermé.
2. — Nécessité d'un travail d'équipe dans les comités de probation.

I. — ACTION CONTINUE

L'action continue ne peut s'exercer efficacement que si la liaison milieu ouvert-milieu fermé est bonne, ce qui n'est pas toujours le cas actuellement : les comités recevant parfois des condamnés soignés en prison et se trouvant, au moment de leur sortie, avec des traitements importants à poursuivre, ou en convalescence ou en invalidité temporaire, voire définitive.

La commission a émis le vœu que soit constituée en cours de détention, une fiche de synthèse rassemblant tous les éléments concernant la santé physique et mentale de l'intéressé. L'original de cette fiche resterait au dossier médical, archivée par l'établissement de sortie, une copie pouvant être communiquée au médecin traitant sur sa demande. Elle pourrait également permettre l'établissement de certificats prévus à l'article D 378 du Code de procédure pénale, notamment pour le traitement postpénal. Le principe de la rédaction d'une fiche de synthèse a entraîné l'approbation d'une large majorité de congressistes.

Lorsque la libération conditionnelle ou le sursis avec mise à l'épreuve sont assortis de l'obligation d'un traitement médical somatique ou psychiatrique, la nécessité de liaison entre les deux milieux s'avère encore plus nécessaire. Elle s'exercera alors, dans la majorité des cas, avec les organismes d'hygiène sociale du secteur de résidence de l'intéressé : dispensaires de médecine générale ou de spécialités (pneumo-phtisiologie, vénérologie, etc.).

En matière de surveillance psychiatrique, du fait de l'intrication des troubles et du comportement délictuel, un dispensaire public sera souvent mieux habilité qu'un praticien privé à suivre le sujet et à exercer éventuellement, en particulier sur les alcooliques une certaine contrainte.

Pour certains cas particuliers, lorsque la surveillance ne peut être exercée par l'organisme public, ou lorsque le probationnaire ou le libéré conditionnel présente des troubles nouveaux, de nature à compromettre la bonne marche de l'épreuve, il est souhaitable de pouvoir le faire examiner par un médecin, collaborateur du comité de probation, qui pourrait alors être rémunéré à la vacation.

L'adaptation ou la réadaptation au travail est un problème majeur posé aux comités. Plusieurs solutions sont à étudier suivant « la capacité ouvrière » des sujets.

1. — Solution dérivée de la formule suédoise

Elle s'adresse à des individus dont la capacité ouvrière est normale et comporte, au voisinage des établissements pénitentiaires, des « unités de travail » groupant : des détenus affectés aux chantiers extérieurs, des détenus en semi-liberté, des libérés conditionnels, des libérés définitifs et, enfin des ouvriers sans passé pénal. La souplesse de cette formule permet les passages successifs du même individu à des catégories différentes, chaque fois plus proches de conditions de travail normales et pour les libérés conditionnels ou définitifs, une affiliation à la Sécurité sociale.

Ce type d'institution serait le « halo de transition » souhaité par certains membres de la commission. La formule pourrait également être modifiée et trouvée dans le cadre d'une transformation de la régie des établissements, dans des modifications de la concession ou également dans l'évolution des associations de soutien à l'action des comités. Ces organismes étant actuellement cantonnés dans l'organisation d'actions bénévoles et la gestion de centres d'hébergement, ils pourraient étendre leur champ d'activité vers la constitution de coopératives de production.

2. — Solution dérivée de la formule hollandaise

Il s'agit là « d'ateliers protégés » pouvant employer, à côté d'individus normaux, avec ou sans antécédents pénaux, des handicapés à capacité ouvrière réduite. De tels établissements peuvent servir de « volants de sécurité », leur personnel étant peu nombreux en période de plein emploi, nombreux en période de chômage.

3. — Solutions temporaires pour les sujets dont la capacité ouvrière est nulle

En ce qui concerne cette catégorie d'individus, qui peuvent être soit des malades chroniques, soit des malades aigus ou subaigus qui nécessitent des traitements médicaux, la difficulté provient de l'absence de prestations sociales pour les soins et pour les indemnités journalières.

La gratuité des soins peut être assurée par l'aide sociale, mais cet organisme dispose d'un plus petit nombre d'établissements conventionnés avec lui que la Sécurité sociale, et les difficultés et réticences opposées parfois par certains services hospitaliers ou de posteur rendent souhaitable une meilleure collaboration avec ces organismes par le moyen de « lits réservés » par exemple.

II. — L'ACTION D'EQUIPE

Il faut tout d'abord évoquer très brièvement son cadre et ses membres, pour insister sur le problème des relations au sein de l'équipe.

— *Le cadre* : c'est le comité de probation et d'assistance aux libérés ;

— *Les membres* : C'est tout d'abord le juge de l'application des peines qui préside le comité, puis les travailleurs socio-éducatifs délégués à la probation (éducateurs et assistants sociaux), les délégués bénévoles et, depuis quelque temps, une nouvelle catégorie de fonctionnaires constituée par les adjoints de probation. Apportent leurs concours à l'action du comité des spécialistes divers, au premier rang desquels il faut citer les médecins. On voit donc apparaître cette trilogie que constituent le médecin, le juge et les travailleurs socio-éducatifs. C'est au sein de cette trilogie qu'il faut essayer de définir les principes généraux des relations.

On a beaucoup parlé de couple : du couple juge de l'application des peines — médecin, juge de l'application des peines — travailleur socio-éducatif, médecin — travailleur socio-éducatif.

Les relations de ces couples ont évidemment un immense intérêt mais beaucoup plus importantes sont les relations au sein de l'équipe. Dans ce domaine, on peut faire trois séries de constatations :

1. — Le problème du secret professionnel

Ce problème qui a beaucoup préoccupé les autres commissions se pose en termes infiniment moins aigus aux membres de l'équipe du comité. La raison en est sans doute que le juge de l'application des

peines se rapproche notablement de son collègue et en quelques sorte prédécesseur, qu'est le juge des enfants. Voilà un magistrat dont les fonctions sont plus resocialisatrices que répressives et c'est peut-être ce qui fait qu'il y a moins de raisons de conflit entre le médecin et le juge.

La commission a vu dans le juge de l'application des peines le visage d'une nouvelle justice qui, pour reprendre l'expression de l'un des participants se situe « dans la ligne d'une évolution » peut-être lente, au rythme mal connu mais irréversible.

2. — L'évolution de la justice

Cette évolution est semblable à celle de la médecine psychiatrique et d'une façon générale de la médecine tout entière.

En effet, cette dualité que l'on rencontre chez le juge entre la coercition et ce qu'on peut appeler le traitement, la thérapeutique, se retrouve chez le médecin. Les psychiatres ont insisté sur ce point. De même le vénérologue qui a fait partie de la commission a souligné que dans sa discipline le médecin avait aussi à prendre certaines décisions de façon autoritaire et contre la volonté exprimée du malade.

Il y a donc une « formule de proportion » à définir qui oscille entre la contrainte et l'adhésion et qui répond en définitive aux impératifs de l'action à mener sur le condamné.

3. — Rôle du médecin au sein de l'équipe

Il s'est agi enfin de définir le rôle du médecin au sein de l'équipe. Ce rôle a été envisagé sous deux aspects :

- à l'égard du condamné : C'est la participation directe au traitement dans une relation unique du médecin et du condamné ;
- au niveau de l'équipe : Le médecin va aider l'équipe à définir l'orientation de son action sur le condamné.

Ces relations entre le médecin et l'équipe du comité, ce rôle du médecin dans l'équipe du comité, sont axés non seulement sur cette confiance que toutes les commissions ont ressenti comme nécessaire dans les relations entre le médecin et le magistrat, mais aussi sur la notion de respect mutuel. Il faut que chacun — et notamment que le médecin et le juge — sente ce qu'il peut exiger de l'autre et la limite au-delà de laquelle il ne pourra pas aller.

Le comité de probation, lieu géométrique d'une action de cette sorte, paraît également en être un domaine d'élection.

Imprimerie administrative

MELUN - D. N° 2933-1969