

MINISTÈRE DE LA JUSTICE
DIRECTION DE L'ADMINISTRATION PÉNITENTIAIRE

**JOURNÉES NATIONALES
DE MÉDECINE PÉNITENTIAIRE**

Faculté de médecine de Marseille
27 et 28 novembre 1970

ÉTUDES ET DOCUMENTATION

1970

F20 B41

JOURNÉES NATIONALES
de
MÉDECINE PÉNITENTIAIRE

Faculté de médecine de Marseille

27 et 28 novembre 1970



JOURNÉES NATIONALES
de
MÉDECINE PÉNITENTIAIRE

27 et 28 novembre 1970

Lors des dernières journées de médecine pénitentiaire qui s'étaient tenues à l'Ecole pénitentiaire de Plessis-le-Comte les 14, 15 et 16 novembre 1968, le vœu avait été émis par les participants que les médecins pénitentiaires puissent se réunir au moins une fois tous les deux ans.

L'assurance en avait été alors donnée et la promesse a été tenue puisque de nouvelles journées nationales de Médecine pénitentiaire ont eu lieu les 27 et 28 novembre 1970 à la faculté de médecine de Marseille.

Il nous a paru intéressant en effet de décentraliser ces réunions et de les tenir à l'avenir dans une ville de province lorsqu'il est possible de faire appel, pour l'organisation locale à un médecin pénitentiaire voulant bien accepter cette charge matérielle.

A Marseille c'est le docteur Charles Poulain, médecin-chef des prisons de Marseille qui avait bien voulu prendre en main, à l'échelon local, les destinées de ces journées et la responsabilité de leur organisation.

Celles-ci se sont déroulées dans des conditions matérielles excellentes en raison du cadre offert par la Faculté de médecine mise aimablement à notre disposition par M. le doyen Gastaud.

Ces journées ont revêtu un éclat particulier du fait de la présence effective de M. le président René Pleven, Garde des sceaux, ministre de la Justice, qui avait tenu à présider personnellement la séance inaugurale et à participer activement aux débats de la première journée.

De nombreuses personnalités assistaient à la séance inaugurale. Parmi celles-ci on remarquait la présence de M. Laporte, préfet de région, de M. Deferre, maire de Marseille, ancien ministre, de M. le professeur de Vernejoul, ancien président du Conseil natio-

nal de l'Ordre des médecins, de M. le professeur Depieds représentant M. le doyen de la Faculté, de Mme Froment-Meurice, conseiller technique au cabinet de M. le Garde de sceaux.

M. Limouzin, premier président de la cour d'appel d'Aix-Provence et M. Caleb, procureur général près ladite cour, ainsi que de nombreux magistrats avaient tenu également à être présents.

A ces journées participaient également 62 médecins pénitentiaires venus de toutes les régions de France et 23 médecins exerçant dans les établissements pénitentiaires au titre du ministère des Affaires sociales et conviés pour la première fois à participer à nos travaux.

La participation de plusieurs fonctionnaires de l'Administration pénitentiaire avait été également demandée.

Après que M. le président Pleven eut déclaré ouverte la séance, M. Henri Le Corno, directeur de l'Administration pénitentiaire prit la parole pour remercier le ministre de sa présence aux journées et pour saluer les participants. Il remercia également M. le professeur Depieds représentant le doyen et qui fut pendant un moment de sa carrière médecin de l'Administration pénitentiaire et donc doublement qualifié pour accueillir ses confrères.

Il rendit hommage au docteur Poulain, artisan de ces journées et parfait organisateur n'ayant ménagé ni son temps ni sa peine pour le succès de cette rencontre.

Le docteur Fully prit ensuite la parole pour présenter le programme des travaux et introduire la discussion.

Intervention du docteur Georges FULLY

Médecin inspecteur général de l'Administration pénitentiaire

MONSIEUR LE PRÉSIDENT, MESDAMES, MESSIEURS,

Au nom de tous mes collègues et en mon nom personnel je dois tout d'abord vous dire, monsieur le Président, à quel point nous sommes touchés et honorés par votre présence à ces journées.

Le fait d'avoir voulu être parmi nous aujourd'hui montre tout l'intérêt que vous portez aux médecins qui sont vos collaborateurs dans le département que dirige M. Le Corno.

Nous vous remercions très vivement de l'honneur que vous voulez bien nous faire et de la sympathie que vous voulez bien nous témoigner.

Ces journées de médecine pénitentiaire sont les troisièmes du genre. Je dois toutefois préciser qu'en 1960 avaient eu lieu à Paris des journées de psychiatrie pénitentiaire.

Aux thèmes purement techniques ou médico-administratifs que nous avons discutés lors des précédentes réunions nous avons voulu ajouter cette fois-ci des sujets d'études se situant à un niveau plus élevé.

Parmi les suggestions et les propositions qui m'ont été faites par ceux de mes collègues qui ont bien voulu répondre à mon enquête, j'ai été frappé par le fait que nombre de médecins souhaitaient dépasser le cadre des discussions habituelles et semblaient s'intéresser de plus en plus aux problèmes d'ensemble que pose le système pénal et pénitentiaire auquel ils apportent leur collaboration.

La loyauté de cette collaboration est prouvée amplement par le dévouement dont ils font toujours preuve et par l'intérêt qu'ils portent à leurs fonctions.

Ils entendent en contrepartie être considérés comme intégrés à part entière au fonctionnement de cette administration bien qu'ils ne soient attachés à celle-ci que partiellement et par des liens administratifs qui en font ce qu'on appelle des vacataires.

Ils ne désirent plus être considérés seulement comme des techniciens d'une partie des problèmes et tenus éloignés d'une manière plus ou moins réelle des autres problèmes.

Ils apportent leur caution à l'application de la peine et ils souhaitent que ce ne soit plus seulement une caution mais une collaboration sincère et efficace avec les responsables des systèmes pénal et pénitentiaire.

Ils entendent qu'une certaine liberté, compatible bien sûr avec les impératifs administratifs, leur soit accordée et ils entendent exercer leur mission sans contrainte inutile.

Ils désirent vraiment que cette mission ne soit pas isolée mais qu'elle s'intègre à la véritable mission de l'Administration pénitentiaire telle qu'elle est définie par le Code de procédure pénale.

C'est pourquoi cette année j'ai proposé qu'une commission soit chargée du rôle du médecin dans l'élaboration et l'application de la peine, les trois autres éventuelles commissions traitant de la médecine préventive, de la pathologie carcérale et des problèmes concernant le personnel médical et l'équipement.

Parmi les propositions et les suggestions qui m'ont été faites nous avons cru pouvoir retenir trois sujets d'intérêt général qui nous ont paru pouvoir être discutés valablement au cours de cette matinée à laquelle vous nous faites l'honneur de participer.

Ces trois sujets sont les suivants :

- 1° La classification et la séparation des détenus en diverses catégories en fonction de leur âge, de leur personnalité et de leur situation pénale.
- 2° Le deuxième sujet qui a été choisi par un certain nombre de nos confrères concerne le problème posé par les toxicomanes en milieu pénitentiaire qui nous conduira inévitablement à examiner ce problème dans son ensemble car, comme nous le savons, il intéresse à la fois les médecins et la justice.

J'ai demandé au docteur Poulain, médecin-chef des prisons de Marseille de nous faire part de sa déjà longue expérience personnelle dans ce domaine.

- 3° Enfin, le troisième thème qui sera l'objet de nos discussions revêt une importance considérable pour l'ensemble des médecins et

pour les médecins pénitentiaires en particulier puisqu'il s'agit de la responsabilité médicale.

Puisqu'il m'a été demandé d'introduire le premier sujet de discussion sur la séparation et la classification des détenus je rappellerai simplement que cette classification est faite pour les condamnés, au Centre national d'orientation de Fresnes, dans les centres médico-psychologiques, à l'Administration centrale au niveau du bureau de la détention et, d'une manière plus générale par les chefs d'établissements pénitentiaires.

Les niveaux d'intervention du médecin dans ces opérations de classification et de séparation des détenus en catégories et en individualités s'opèrent de manière variée.

Au C.N.O. et dans les centres médico-psychologiques la participation médicale est institutionnelle. Ce sont des psychiatres, éventuellement assistés de psychologues qui établissent une orientation en fonction de l'étude de la personnalité du détenu.

Au niveau des établissements, le médecin attaché à celui-ci est quelquefois consulté.

En fait il semble que les critères de ségrégation soient plutôt d'ordre administratif et pénal que véritablement fonctionnel et criminologique.

Toutefois, je considère pour ma part que la séparation systématique des détenus en diverses catégories pénales, inévitablement plus ou moins artificielles, n'est pas toujours souhaitable et que la classification à outrance n'est souvent qu'illusoire.

Certes, les méfaits de la promiscuité et de la contagion dans les prisons ne sont que trop évidents, mais ils font partie des inconvénients du système et ils ne sauraient en aucun cas être évités par des moyens rigides, arbitraires et systématiques en fonction d'un règlement strictement pré-établi.

Avant que soit ouverte la discussion sur ce sujet, je voudrais rappeler, à titre de référence, ce qu'écrivait mon collègue et ami le professeur Trévor Gibbens, président de la Société internationale de criminologie, lors du congrès international de Montréal en 1965 :

« Il semble en effet disait-il que l'on accorde trop d'importance à une classification. Dans la mesure où l'adaptation sociale normale exige la collaboration d'une grande variété de personnes différentes, il ne sert pratiquement à rien d'assurer l'adaptation d'un prisonnier à un groupe composé de détenus pareils à lui. Ainsi, le crétin doit, un jour ou l'autre, apprendre à s'adapter à un monde dans lequel la majorité des gens sont plus intelligents que lui.

« En pratique, il arrive souvent qu'un groupe complète ou aide un autre groupe et cette expérience reflète bien la réalité de la vie.

« En fait, il est bien évident que ce genre de classification se résume en réalité souvent à un expédient administratif... lorsque cette classification est effectuée de façon très sommaire à cause de la pénurie de personnel compétent. »

Voilà donc l'avis d'un médecin sur ce problème. Je pense que nos collègues ici présents ont, eux aussi des avis à donner et je crois qu'il est temps maintenant d'ouvrir la discussion.

Intervention du docteur Charles POULAIN

Médecin-chef des prisons de Marseille

MONSIEUR LE PRÉSIDENT, MESDAMES, MESSIEURS,

Un haut fonctionnaire chargé de la répression de la drogue a déclaré il y a peu de temps que Marseille peut être considérée actuellement comme le plus vaste entrepôt de drogue et le centre d'approvisionnement de France et peut-être d'Europe.

De nombreux médecins ont formulé le vœu que la question de cette ivresse chimique soit soulevée ici dans le cadre de la médecine pénitentiaire.

Notre étude se bornera uniquement aux relations de la toxicomanie avec la délinquance et le milieu carcéral.

J'ai l'expérience des toxicomanes d'autrefois. Ces cas étaient fort différents de ceux que nous rencontrons aujourd'hui. Il s'agissait de malades adultes engagés dans l'intoxication souvent depuis de longues années soit pour des raisons médicales, soit entraînés plutôt par leur mode de vie.

Nous ne trouvons que rarement ces formes classiques que nous pourrions opposer aux habitudes toxiques se développant chez les adolescents.

La structure névrotique de ces jeunes est très importante, beaucoup de ces sujets sont « moroses », témoignage de la difficulté à vivre. J'ai été frappé de ce que presque tous ces individus présentaient un instinct immaturé malgré des conduites libérées, voire déchainées.

J'avais trois solutions disait un adolescent : « Partir, le suicide ou la drogue », ces trois solutions peuvent se résumer en un seul mot : *le voyage* — la fugue est un voyage —, le suicide est le *dernier voyage* et la prise de drogue est *le voyage*.

C'est le résultat de recherches portant sur 137 observations d'héroïnomanes délinquants hospitalisés ces cinq dernières années

dans notre service à l'hôpital-prison des Baumettes, observations rassemblées par les soins de mon confrère le docteur Dumoulin à qui j'avais confié mes dossiers. Le dépouillement statistique des observations nous conduira à une meilleure approche des relations réciproques entre la délinquance et l'héroïno-dépendance.

Des chiffres vous seront livrés dont la signification ne vous échappera pas. De 1965 à ce jour, 192 intoxiqués ont été traités à l'hôpital dont j'ai la lourde responsabilité.

La courbe des admissions revêt une allure exponentielle tout à fait classique et comparable aux statistiques existantes. Le facteur de croissance est le même pour les hommes et pour les femmes. Seuls, les intoxiqués graves et justifiant une hospitalisation ont été pris en considération dans cette étude.

Année 1965	9
Année 1966	13
Année 1967	6
Année 1968	21
Année 1969	57
Année 1970	86

Cette étude porte sur 145 hommes et 47 femmes dont l'âge moyen se situe entre dix-sept et vingt-cinq ans. 85 % utilisent l'héroïne, 15 % marijuana, haschich, palfium, précludine, colle d'avion, vernis à ongle et quelques cas de L.S.D.

Si l'on tient compte des récidivistes, le chiffre est porté à 238. Il faut cependant tenir compte que la répression policière et judiciaire s'est manifestée d'une façon nettement plus sensible ces dernières années.

On peut admettre que pour Marseille la toxicomanie délinquante du jeune a commencé au milieu de l'année 1967 pour croître et embellir depuis. Le recrutement des anciens était quasi-exclusif jusqu'en 1967 et a maintenant laissé les places aux « jeunes » qui représentent dans notre étude 78 % de l'effectif global, plus de 90 % si l'on ne tient compte que des cinq dernières années.

Selon le commissaire Ottavioli, les utilisateurs actuels de drogue ont rajeuni dans des proportions considérables et c'est là le phénomène le plus important jusqu'à l'heure actuelle.

90 % des personnes auxquelles le commissaire principal de la police judiciaire a eu affaire ont moins de trente ans et même près de 40 % ont moins de vingt et un ans. Nous avons posé à chacun de ces délinquants la question de l'âge d'entrée dans la drogue ! Mais nous n'ignorons pas que la détérioration morale est précoce chez l'héroïnoman, c'est un menteur intellectuellement déficient qui

a, par ailleurs, intérêt à majorer l'ancienneté de sa toxicomanie et de son dosage pour bénéficier du traitement de désintoxication maximum avec des doses doubles.

Nous avons cependant deux tristes records dont la crédibilité nous semble suffisante.

Sujet féminin : dix-huit ans, artiste peintre, 44 kg. Inculpation : infraction à la législation sur les stupéfiants ; début de la toxicomanie : treize ans, maxiton fort puis opium, haschich, héroïne I.V. depuis, a subi 3 cures de désintoxication.

Sujet masculin : célibataire, retraité, 56 kg, soixante-six ans, fidèle à la drogue depuis quarante années — héroïne en prise ou en I.V. selon l'état des ressources.

La diversité professionnelle est étrangement apparente ; toutes les classes de la société sont touchées ; on relève les :

- sans profession oisifs et retraités, les manuels maçons, manœuvres, employés artistico-littéraires ;
- enfin, les professionnels exposés à la contamination par la drogue, par les facilités qui leur sont offertes pour se la procurer : nous y trouverons l'infirmière, les commis en douane et aussi le barman. Le comptoir de la drogue au détail se trouve bien souvent proche du zinc ou des toilettes.

Sur un groupe de 137 intoxiqués pris comme modèles d'étude, 6 de nos sujets sont mariés soit 4 %, proxénètes, veufs.

La recherche du mode d'entrée dans la drogue est intéressante par le fait que, dans la majorité des cas, elle s'est faite directement par l'héroïne et le rôle initiatique classique des stupéfiants mineurs ou dits non dangereux tels cannabis et L.S.D. n'entre que pour une faible part.

La majorité des jeunes héroïnomanes a commencé par la prise nasale mais bon nombre d'entre eux ont inauguré leur pharmacodépendance par l'héroïne intra-veineux.

Le dépistage des toxicomanes est évidemment essentiel à une bonne organisation de la prévention.

Nous disposons actuellement à l'hôpital des Baumettes d'un fichier très complet qui nous permet, par une étude systématique du dossier du toxicomane, de déterminer :

- Les sources d'approvisionnement ;
- Les procédés utilisés par les toxicomanes pour se procurer leur drogue même en prison (timbres truqués) ;

- L'origine thérapeutique ;
- Le nombre approximatif de toxicomanes ;
- Leur sexe ;
- Les facteurs sociaux ;
- Les produits utilisés ;
- Leur profession.

Nous adressons depuis le début de l'année 1970 à M. le Directeur de l'action sanitaire et sociale la liste sous pli confidentiels des intoxiqués qui nous sont confiés, la nature de la drogue, l'adresse où ils peuvent être joints à leur sortie. La garantie du secret est évidemment assurée.

Chaque intoxiqué incarcéré présentant des signes nets d'intoxication est systématiquement dirigé sur l'hôpital des Baumettes où il subit une cure de sevrage progressif selon une technique bien établie et corrigée au cours des vingt années d'utilisation, elle est évidemment modifiée en fonction de l'importance de l'intoxication. La collaboration du médecin psychiatre attaché à nos services, le docteur Lob, nous est précieuse.

La cure en milieu carcéral n'exécède que rarement un mois (record de trois mois pour un intoxiqué au palfium — 40 comprimés de palfium et 3 de chlorhydrate de morphine par jour). Après sevrage confirmé, le malade est placé durant plusieurs semaines en observation dans une infirmerie de la détention où il reçoit une médication hypnogène.

L'expérience montre que lorsque l'intoxiqué est libéré dès la fin du sevrage, c'est-à-dire à sa sortie de l'hôpital, dans 95 % des cas, les malades s'adonnent à nouveau à la drogue.

Si l'on recherche l'influence de la toxicomanie sur la délinquance, on constate que sur 167 intoxiqués :

- 114 sont inculpés d'infraction à la législation sur les stupéfiants ;
- 38 sont inculpés pour vol (par panique du manque) ;
- 9 sont inculpés pour infraction à l'interdiction de séjour ;
- 3 sont inculpés pour racolage.

Sur un groupe de 60 garçons intoxiqués pris au hasard et dont l'âge moyen est de vingt-deux ans, on relève :

- 35 sujets intoxiqués par héroïne en injection I.V. ;
- 25 sujets intoxiqués par héroïne en prise ;
- 24 ont pratiqué sans succès une ou plusieurs cures de désintoxication en milieu hospitalier public ou privé ;

- 13 étaient sans travail ;
- 21 issus de familles désunies.

En étudiant l'influence du milieu carcéral sur l'intoxiqué, on constate que le pervertissement carcéral n'est en principe pas à redouter dans les prisons-hôpitaux où la désintoxication est qualifiée de facile.

Très souvent, je reçois dans mon service des jeunes intoxiqués qui, ayant sollicité une audience au juge d'instruction, sont incarcérés sur leur propre demande après avoir tenté vainement l'expérience de nombreuses cliniques spécialisées. Ils savent qu'ils ne pourront résister ailleurs qu'en milieu fermé et bien fermé.

Si le milieu carcéral a le pouvoir d'accomplir avec sécurité et succès la découtumance et le sevrage aux toxiques, en raison de l'exclusion sociale prophylactique, le danger réside cependant dans le fait que la cure terminée ce sujet quittera l'hôpital pour être transféré dans la détention où il sera livré à la promiscuité et à la contagion criminelle.

Alors il faut en convenir : le milieu carcéral n'est pas la solution idéale au problème des jeunes drogués. Ce n'est pas dans de telles structures que l'on peut engager le dialogue nécessaire qui s'étale sur plusieurs mois, sinon sur des années pour aboutir à un résultat quelconque.

On admet que l'hospitalisation ne traduit qu'une faible partie du processus valable de réadaptation et d'intégration sociale à long terme.

L'essentiel réside dans la psychothérapie individuelle de post-cure.

Je pense qu'il faut être très prudent dans le maniement de la coercition et frapper à l'origine sévèrement les fabricants et pourvoyeurs qui ont fait de la jeunesse leur marché.

Il faut avant tout considérer le toxicomane en milieu carcéral comme un malade et non un délinquant mais ne pas oublier que le comportement délictueux du toxicomane recherchant sa drogue à l'encontre de toutes les législations ne doit pas être confondu avec la maladie elle-même.

Les lourdes portes des prisons devraient s'ouvrir au terme du traitement de désintoxication sur un centre d'accueil permanent permettant au malade de rentrer graduellement et par étapes dans son milieu familial et social. Car face à une société qui sans cesse est à la recherche de ses propres valeurs, quelques enfants du

siècle ont choisi la fuite par l'intra-veineuse dans (les méandres de l'imagination se serrant lentement et silencieusement) le long couloir sans issue de la drogue.

Je voudrais pour finir que, si la gravité des problèmes n'a pas échappé aux pouvoirs publics, les mesures prises par ceux-ci jusqu'alors nous paraissent d'une efficacité douteuse. Ainsi, il existe des comités anti-drogue, aucun intoxiqué ne nous a déclaré avoir contacté un comité anti-drogue, d'ailleurs aucun comité anti-drogue n'a cherché à entrer en contact avec nos services assurant la désintoxication.

J'espère qu'à la suite de ces modestes informations que je vous ai données, une discussion peut être ouverte sur ce sujet d'une manière objective pour les praticiens que nous sommes, alors que très souvent ce sujet a été abusivement traité et majoré aussi bien, il faut le dire, par une presse avide de nouveauté et sensations que au cours de réunions de gens dont la compétence reste à apprécier.

Intervention du docteur Georges FULLY

Médecin inspecteur général de l'Administration pénitentiaire

LA RESPONSABILITE MEDICALE

Le domaine de la responsabilité médicale est aussi vaste que varié. Le principe en est que le médecin est responsable de sa faute et doit réparer les conséquences qui en sont la suite.

Si, par contre, aucune faute caractérisée n'a pu être relevée à son encontre et si aucun lien de causalité n'apparaît entre la faute et le dommage, le médecin ne peut être tenu pour responsable. Ce sont les règles les plus élémentaires du droit commun.

Mais ce qui est relativement simple en droit commun devient singulièrement plus délicat en droit médical. Le grand arrêt de principe en cette matière est l'arrêt de cassation du 20 mai 1936 qui a déclaré que la faute médicale consiste à ne pas donner aux malades des « soins consciencieux, attentifs et conformes aux données acquises de la science ».

Les juges d'ailleurs substituent le plus souvent aux données acquises le terme de données actuelles de la science marquant ainsi qu'ils n'entendent pas se faire juges de la question de savoir si telle donnée est acquise ou non.

Quant à la source de l'obligation imposée aux médecins, on sait qu'en droit français elle est contractuelle, elle repose sur un contrat non écrit qu'on suppose intervenu entre le médecin et son malade, contrat aux termes duquel celui-ci fait confiance aux connaissances et à la conscience professionnelle de l'autre, lequel promet en échange de donner les soins attentifs et éclairés sans bien entendu prendre aucun engagement de guérison.

Il nous a paru intéressant d'envisager à partir de ces données la responsabilité du médecin pénitentiaire dont l'activité s'exerce dans un service public.

Ces médecins seront donc considérés comme responsables chaque fois qu'il sera possible de relever contre eux que n'a pas été respectée l'obligation qu'ils avaient de donner des soins consciencieux attentifs et conformes aux données de la science.

Les tribunaux, pour apprécier, désigneront des experts qui auront pour mission de déterminer si le médecin a bien utilisé tous les moyens diagnostic, radiographies, analyses, etc. ...que la science peut actuellement mettre à sa disposition.

Si les experts mettent en évidence un manquement à ces obligations considérées comme impérieuses, les tribunaux sanctionneront par une déclaration de responsabilité.

Le médecin pénitentiaire se trouve donc placé en face d'un grave dilemme, ou bien s'entourer de toutes les garanties nécessaires avant d'établir un diagnostic et un traitement, ou bien se contenter des moyens du bord souvent insuffisants au risque de contrevenir aux obligations qui lui sont imposées légalement et par le Code de déontologie.

L'Administration pénitentiaire s'efforce d'améliorer l'équipement des établissements afin de placer le médecin dans de meilleures conditions pour exercer sa profession.

Mais bien sûr, il ne saurait être question de suréquiper les établissements et de pratiquer intra-muros tous les examens qui peuvent être considérés comme indispensables et qui réclament des techniques modernes à la fois onéreuses et difficiles.

Comment concilier donc la nécessité d'une médecine correcte avec les possibilités offertes par l'organisation médicale pénitentiaire et les exigences qu'imposent nécessairement les règles habituelles de sécurité.

C'est parce que nombre de confrères m'ont fait part de leur incertitude dans ce domaine, voire de leur inquiétude, qu'il nous a paru bon de saisir l'opportunité qui nous est offerte aujourd'hui de tenter de faire le point sur ce sujet.

Je n'ai fait que poser le problème d'une manière très sommaire, je ne pense pas que nous arrivions à le résoudre aujourd'hui mais un échange d'informations nous sera certainement très utile dans le domaine dans lequel vous exercez votre activité au sein du ministère de la Justice.

Allocution prononcée par M. René Pléven

Garde des sceaux, ministre de la Justice

MESDAMES, MESSIEURS,

Si j'ai tenu à participer à cette première journée de médecine pénitentiaire, c'est bien parce que vos préoccupations professionnelles qui sont à l'origine de cette réunion, deviennent les miennes dès lors que vous exercez votre activité au sein du ministère de la Justice.

Profitant de l'occasion qui m'est offerte aujourd'hui, je voudrais tout d'abord vous remercier de la collaboration assidue et dévouée que vous apportez à l'Administration pénitentiaire dans l'accomplissement d'une mission qui n'est pas sans contrainte et qui vous soumet aux sujétions d'une clientèle assez particulière.

Je voudrais aussi saluer l'heureuse initiative prise, il y a quelques années, de vous réunir tous les deux ans pour discuter des problèmes qui intéressent votre action en liaison avec les responsables des établissements.

Il m'est agréable de vous encourager à poursuivre à l'avenir l'organisation de telles rencontres en vous assurant que vous bénéficierez toujours du soutien de la Chancellerie.

J'ai été particulièrement intéressé par les sujets qui ont été l'objet ce matin de vos entretiens et qui m'ont permis, grâce aux interventions successives, de les apprécier sous des optiques différentes, tant il est vrai que les sciences humaines ne seront jamais des sciences exactes.

Vos avis me sont précieux car venant à la fois de praticiens et d'humanistes, je leur accorde une grande valeur.

La séparation des détenus en catégories doit être évidemment une préoccupation essentielle de l'Administration pénitentiaire. Elle est certes justiciable de l'architecture des bâtiments que l'Administration s'emploie avec ténacité à moderniser ou à reconstruire. Mais au-delà des contingences matérielles, j'ai noté avec satisfaction que vos suggestions rejoignaient les conclusions des études poursuivies au sein du Conseil de l'Europe dans ce domaine.

Si la répartition des détenus dans les prisons doit faire davantage référence à des critères subjectifs de personnalité qu'à la situation pénale ou à la nature juridique de l'infraction commise, il m'apparaît au plus haut point nécessaire, pour prendre la décision, que le conseil du médecin, éventuellement du psychiatre, soit demandé.

Je comprends aisément votre inquiétude de voir l'administration vous considérer comme une sorte de magicien infallible et, puisque vous avez bien voulu souligner avec beaucoup de modestie que le diagnostic du médecin pouvait être aussi fragile que le critère pénal, je tiens tout de suite à vous rassurer en vous indiquant qu'il ne s'agit pas pour l'Administration pénitentiaire de rechercher un transfert de responsabilité. Les responsables d'établissements, dont je salue ici les représentants, savent bien qu'en l'occurrence, et à l'égard du ministre de la Justice, leur responsabilité est sans partage. Cependant, nul mieux que vous Messieurs les médecins ne peut apprécier les conditions et limites dans lesquelles des individus différents quant à leur âge, leur formation ou leur comportement criminel peuvent être temporairement réunis.

Cette concertation entre le médecin et le chef d'établissement est à mes yeux essentielle pour éviter les « promiscuités » dont l'opinion publique fait si facilement grief à l'administration, peut-être parce qu'elle est mal informée des problèmes criminologiques ou tout simplement humains.

En fait, ce n'est que dans une mutuelle compréhension des communes difficultés qu'une collaboration efficace peut s'établir.

Le problème de la drogue est plus spécifique. Il faut espérer que notre pays ne connaîtra pas le développement de la toxicomanie qui atteint aujourd'hui certains Etats de la Scandinavie ou de l'Amérique.

Vu dans son contexte général, je conviens volontiers qu'en raison des sujétions supplémentaires que le milieu carcéral implique pour mener à bien une désintoxication, nos services cliniques pénitentiaires ne peuvent être considérés comme un lieu idéal de traitement.

Au moment de l'élaboration du règlement d'administration publique pour l'application de la loi de 1953, je me souviendrai de vos observations judicieuses pour faire valoir à mes collègues du gouvernement qu'il serait préférable, pour résoudre ce nouveau et difficile problème social, de s'orienter vers des solutions moins répressives en recherchant avant tout la protection de la santé.

Le débat sur la responsabilité médicale m'a vivement intéressé car je n'ignore pas qu'il se dégage de l'ensemble des décisions prises par les tribunaux, une tendance à juger avec plus de rigueur les affaires de responsabilité médicale qui viennent devant eux.

Cette sévérité dans l'application des principes de déontologie se fonde sans doute sur une jurisprudence maintenant fermement établie et qui remonte à un arrêt de la cour de cassation de 1936.

Comme médecins pénitentiaires, vous êtes assujettis aux mêmes principes mais l'administration se doit de vous donner les moyens de prodiguer aux détenus malades, selon les termes mêmes de la haute juridiction, des « soins consciencieux, attentifs et conformes aux données actuelles de la science ».

Les impératifs de sécurité inhérents à tout système pénitentiaire ne doivent pas entraver la liberté des soins et, les directives données, quant à la gestion et à la discipline, doivent être suffisamment nuancées afin de ne pas placer le médecin dans des conditions qui pourraient engager juridiquement sa responsabilité médicale.

Dans le même esprit, il importe que l'administration place auprès de vous les auxiliaires dont vous avez besoin pour assurer et contrôler l'exécution de vos prescriptions. Je sais que l'effectif des infirmières est insuffisant surtout dans nos deux hôpitaux pénitentiaires et dans les centres médico-psychologiques. Or, indépendamment des difficultés générales de recrutement de ces personnels spécialisés, il ne semble pas très opportun de recruter des infirmières dont la jeunesse serait susceptible de troubler la population pénale.

J'ai donc avant hier, et je tenais à vous en faire part, demandé à mon collègue des Finances une dérogation permettant de faire appel à des infirmières contractuelles dont la rémunération serait fixée en rapport avec l'ancienneté acquise dans d'autres services. D'autre part, à la demande de vos responsables syndicaux, j'ai fait étudier un projet de statut des médecins pénitentiaires qui vous sera soumis, je crois, demain matin. Je souhaite qu'il recueille votre approbation car il a été rédigé dans le souci de sauvegarder vos intérêts professionnels et moraux.

Je sais aussi que l'ordre du jour d'une de vos commissions sera consacré à des études sur la pathologie carcérale. Il me paraît intéressant en effet que vous vous penchiez sur ces aspects particuliers que revêt la médecine pénitentiaire.

Vous avez été sûrement amenés à constater que les affections que présentaient les détenus n'étaient jamais en tous points sem-

blables à celles qui sont habituellement observées. Ce caractère différencié de la médecine carcérale a justifié la création, il y a déjà cinq années, d'un enseignement de médecine pénitentiaire à la faculté de Paris.

Je tiens à féliciter ceux qui participent à cet enseignement et ceux qui l'ont suivi car, s'il est nécessaire à la formation des futurs médecins pénitentiaires, il constitue aussi une sorte d'enseignement post-universitaire de recyclage permanent et chacun d'entre vous se doit d'être particulièrement averti, notamment dans le domaine de la médecine psychosomatique.

Ce que je retiens aussi, Mesdames, Messieurs, des discussions de ce matin, c'est la confirmation que la criminalité revêt des aspects nouveaux et acquiert des dimensions supplémentaires.

Nous pouvions naguère encore envisager le crime comme une tare sociale, qu'une combinaison plus ou moins efficace de mesures préventives et répressives confinait dans des limites acceptables, dont la société savait s'accommoder, espérant d'ailleurs en réduire progressivement l'impact et les dangers.

Une philosophie restrictive et individualiste s'installait peu à peu à cet égard. Elle nous suggérait de traiter la criminalité sous ses aspects administratifs plutôt que juridiques et punitifs. Elle nous inclinait peu à peu à la sollicitude plutôt qu'à l'indignation. Elle nous laissait espérer que les progrès de la société, peu à peu, résorberaient des lésions dont nous ne percevions pas toujours qu'elles étaient une conséquence directe du progrès et qu'elles se développaient plus rapidement que le progrès lui-même.

Il faudrait reconnaître aujourd'hui qu'il s'agit d'un problème socio-politique de première grandeur dont la solution requiert non seulement des dispositions d'ordre technique et médical, mais une action compréhensive conçue au plus haut niveau politique.

La violence contestataire et la toxicomanie occupent désormais une grande place dans nos préoccupations, cependant que les enlèvements, les détournements d'avions, l'impunité des crimes ou délits plus traditionnels dans nos immenses agglomérations urbaines, prouvent que notre structure sociale offre des perspectives inespérées à ceux dont l'ingéniosité se tourne vers la délinquance.

Certaines des acquisitions les plus précieuses de notre civilisation, je veux parler de la notion de vie privée, sont même mises en cause.

Le changement rapide du contenu de la criminalité explique sans doute à la fois le rajeunissement de la population des prisons

et l'accroissement de la récidive qui met en échec l'intervention pénale.

C'est dire que nous ne pouvons nous dispenser de réexaminer le phénomène du crime sous ses aspects les plus spécifiques, ceux qui touchent à la prévention et à la thérapeutique. La définition des principes de traitement pose désormais des problèmes non seulement pratiques, mais conceptuels, et il faut savoir reconnaître qu'il y a à cet égard une pénurie d'idées et de formules, due non pas au manque de connaissances mais à la réelle difficulté de traduire les connaissances que nous avons acquises en une action positive.

En souhaitant, Mesdames, Messieurs, que vos travaux permettent des réflexions fructueuses, c'est à un effort de recherche que je vous convie dans la discipline que vous pratiquez pour aider la Chancellerie, dans une véritable concertation, à redéfinir une doctrine pénitentiaire qui reste digne de nos idéaux humanitaires au regard de l'évolution de notre société.

Les travaux des Journées se sont déroulés en quatre commissions chargées d'étudier respectivement :

- COMMISSION N° I : Le rôle du médecin dans l'élaboration et l'application de la peine.
- COMMISSION N° II : La médecine préventive.
- COMMISSION N° III : Personnel médical et équipement.
- COMMISSION N° IV : La pathologie carcérale.

Les membres de chaque commission se sont réunis ensuite en séances plénières.

Nous publions ci-après les comptes rendus qui ont été établis par les rapporteurs de chaque commission.

COMMISSION I

LE RÔLE DU MÉDECIN DANS L'ÉLABORATION ET L'APPLICATION DE LA PEINE *Rapporteur, Madame le Docteur SCHAUB*

Les travaux de la première commission des Journées de médecine pénitentiaire portaient sur le rôle du médecin dans l'élaboration et l'application de la peine. La commission a considéré essentiellement :

- Les relations existant entre les médecins pénitentiaires et les différentes juridictions ;

- Les relations existant entre les médecins pénitentiaires et l'administration locale de l'établissement d'exercice ;
- L'intégration du médecin pénitentiaire au système pénal depuis l'entrée en prison jusqu'à la réadaptation des détenus à leur sortie.

Les modérateurs ont été, pour la première séance des travaux, le professeur Colin, pour la deuxième, le docteur Hivert.

(Nous n'avons pu attribuer à leurs auteurs toutes les idées qui ont été exprimées et nous demandons leur indulgence tant pour la forme de transcription de ces idées que pour l'absence d'attribution à chacun, de ce qui fut exprimé. Nous demandons à tous de bien vouloir accepter nos excuses.)

1. — Relations entre les médecins pénitentiaires et les juridictions

Ce problème revient, en fait, à tenter de définir le rôle du médecin pénitentiaire dans l'élaboration et l'application de la peine en fonction de l'évolution des idées en pénologie, c'est-à-dire son rôle tout au long de la détention dès l'incarcération et jusqu'à la réadaptation post-pénale.

Une question préjudicielle a été d'emblée évoquée et la réponse à cette question conditionne, de fait, la plupart des prises de position : il s'agit de savoir si la peine a pour but essentiel d'être éducative.

En fait, en droit français, il n'existe pas de pénalité n'ayant un aspect rétributif.

Nous n'avons donc pas à notre disposition de mesure uniquement éducative, c'est-à-dire adaptée à des cas particuliers et révisable à tout moment et ce, en raison du fait que la structure étatique de notre pays n'est pas une structure totalitaire.

Ainsi donc toute peine étant rétributive, il faut tenter de voir dans quelle mesure elle est également éducative et quel est le rôle du médecin dans son élaboration.

Il n'existe aucune relation institutionnalisée entre le médecin pénitentiaire et les différentes juridictions durant les phases successives du procès pénal, qu'il s'agisse de l'instruction ou du jugement. Par ailleurs, les communications entre les médecins pénitentiaires et les magistrats ou les experts sont grevées par le problème du secret médical. En effet, le secret médical du médecin péniten-

tiaire est identique à celui de tout médecin traitant. D'autre part, le secret de l'instruction cloisonne l'information, prive le médecin pénitentiaire des renseignements contenus dans le dossier d'instruction et, entre autres, des conclusions de l'expertise médicale ou psychiatrique, lorsque ces dernières ont eu lieu.

Le médecin expert est, quant à lui, privé des apports de l'observation médicale du médecin pénitentiaire, c'est-à-dire du médecin traitant du détenu.

Durant toute la phase d'instruction, le rôle du médecin pénitentiaire est très important et son avis devrait être communicable au juge d'instruction. Ce dernier, certes, doit rester libre de ses décisions, mais devrait pouvoir être avisé par le médecin pénitentiaire de tout problème médical autrement qu'au travers de différents relais constitués : soit par la direction administrative de l'établissement, soit par le médecin-expert si une collaboration facultative, informelle, fortuite, plus qu'épisodique, a été établie entre ce dernier et le médecin pénitentiaire.

Le problème du secret médical peut être apprécié de diverses façons car il n'est pas possible d'assimiler totalement un médecin pénitentiaire à un médecin traitant librement choisi et libre également totalement de ses décisions. Le médecin pénitentiaire a dans ses obligations de répondre aux questions concernant l'état de santé du détenu sous forme d'avis médical qui lui est demandé par un juge d'instruction parfois, ou encore lorsqu'une procédure de mise en semi-liberté ou de libération conditionnelle est engagée. Par exemple, en ce qui concerne les toxicomanes, il est parfois sollicité par le juge d'instruction pour donner un avis éclairé à propos de l'opportunité du choix entre une incarcération ou un placement en hôpital psychiatrique. Il n'existe donc aucune raison justifiant le fait que le médecin pénitentiaire ne soit pas sollicité également, par exemple, pour donner son avis à propos de la comptabilité de l'état de santé d'un détenu avec son maintien en détention. Cela se produit parfois mais sans aucune régularité ; à Paris, en particulier, il s'agit toujours d'un avis d'expert. A ce propos, la commission a tenté d'analyser ce que sont et ce que devraient être les relations entre les médecins pénitentiaires et les médecins-experts dans le cadre de la détention.

En ce qui concerne l'élaboration de la peine, c'est-à-dire pendant la phase d'instruction le rôle du médecin expert est très important puisque son rapport va influencer sur la peine qui sera appliquée. Pourtant, ce médecin expert, en raison du secret médical, sera, en règle générale, privé de toutes les données médicales recueillies par le médecin pénitentiaire. Celui-ci, par ailleurs, ignorera dans la plupart des cas le contenu du rapport d'expertise qui n'a, en

aucune manière, à lui être communiqué en raison du secret de l'instruction.

De fait, il apparaît de plus que ces renseignements seraient utiles également au personnel local responsable.

La solution proposée par la Chancellerie (M. Nicot) consisterait en la rédaction d'une notice de prévenu, dès l'érou. Cette notice comporterait un minimum d'informations transmissibles à tous ceux qui auront à connaître le détenu et en particulier les conclusions des expertises. Cela n'a pas semblé à la commission être une solution favorable.

En effet, les conditions mêmes de l'expertise font que tout n'y est pas noté, que d'autre part ces papiers circulant contenant un minimum « d'informations » sont des solutions qui ne permettent pas d'aborder le problème dans son ensemble. Le vœu de la commission serait, pour décloisonner le travail du médecin traitant, et du médecin expert, qu'il soit prévu une rencontre entre ces deux praticiens, à seule fin de pouvoir établir une synthèse, ce qui, en aucun cas, ne conduirait le médecin expert à dépasser le cadre de sa mission en révélant des faits transmis par le médecin pénitentiaire et qui n'auraient pas à être transcrits dans le rapport d'expertise. Cette collaboration ne devrait pas demeurer facultative et informelle mais serait à structurer, essentiellement par le développement des centres régionaux d'orientation et des centres médico-psychologiques au niveau des établissements pénitentiaires.

De plus, la commission considère que les relations entre le médecin pénitentiaire et le magistrat instructeur devraient être facilitées par une communication directe à propos de faits médicaux devant être portés à la connaissance du juge d'instruction, à seule fin que ce dernier soit avisé immédiatement sans passer au travers d'un signalement qui est également une violation du secret médical de la nécessité de faire pratiquer une expertise. Pour le moment la seule relation directe possible entre le médecin pénitentiaire et le juge d'instruction est représentée par ce conseil de faire pratiquer une expertise. Cette collaboration installée par obligation malgré le secret médical et le secret de l'instruction n'entraîne aucune révélation sur la responsabilité ou toute autre information recueillie au cours de l'examen médical.

Durant le jugement pénal, le médecin pénitentiaire n'a aucun rôle actuellement en raison de la forme du procès-verbal. En ce qui concerne l'application de la peine prononcée il semble, par contre, devoir avoir un rôle plus important que celui qui lui est attribué pour le moment. Cela rejoint le troisième point particulièrement étudié par la commission et que nous verrons ultérieurement.

2. — Relations entre les médecins pénitentiaires et l'administration

Le médecin pénitentiaire considéré comme un médecin généraliste tenu au secret médical n'est pourtant pas comparable à ce dernier. En effet, le médecin traitant de tout malade connaît pour son patient toutes les décisions médicales administratives qui peuvent être prises à son sujet (conclusions des médecins contrôleurs de la Sécurité sociale par exemple). Le médecin pénitentiaire, lui, par contre, n'est jamais avisé ni d'un transfert d'un malade qu'il traite ni d'une décision de mise à l'isolement ni des décisions concernant la classification, l'orientation des détenus, en fait, leur ségrégation.

Pour pallier à ce manque d'information il a semblé à la commission nécessaire de demander que soient créées des structures de synthèse où pourrait avoir lieu une concertation entre les responsables administratifs locaux et le médecin pénitentiaire d'une manière régulière à propos de toutes les décisions qui peuvent intervenir dans le périphe pénitentiaire d'un détenu.

Il est apparu, au cours de la discussion, que ce dialogue a été établi et ne pose aucun problème dans les établissements où une équipe médicale ou médico-sociale ou médico-psychologique est bien implantée, bien comprise par l'administration et qui a elle-même compris tant ses droits que leurs limites et ses devoirs.

Le problème qui s'est ensuite posé a été de savoir s'il existait une limitation de la liberté d'action du médecin pénitentiaire en raison du lieu de son exercice. Là encore le délicat problème du secret médical a dominé le débat et il est apparu à tous qu'un abus de secret desservait les détenus en règle générale. Certains griefs ont été évoqués, concernant des refus de prescription faite par le médecin, refus de la part de l'administration, mais il est apparu que ces griefs restaient localisés, épars et que les relations entre les médecins et les membres de l'Administration pénitentiaire apparaissaient à tous extrêmement importantes, utiles, efficaces, tant en ce qui concerne des problèmes médicaux stricts que des problèmes psychiatriques. Ici encore le vœu émis a été la création d'une structure de synthèse, à seule fin que les communications ne se fassent pas par l'intermédiaire d'un papier circulant entre différentes mains.

3. — Rôle du médecin pénitentiaire au cours de l'accomplissement de la peine

L'accomplissement de la peine décidée par le jugement est sous la surveillance du juge d'application des peines.

Après avoir émis le vœu que le médecin pénitentiaire soit sollicité pour donner son avis à propos de toute décision concernant l'application des peines (déjà signalé plus haut), la commission s'est immédiatement attachée au problème de la libération conditionnelle.

Le médecin pénitentiaire peut être sollicité pour la rédaction d'un certificat concernant l'état de santé d'un détenu sans savoir le motif pour lequel ce certificat est demandé. Ainsi les membres de la commission souhaitent vivement qu'il entre dans les habitudes de bien vouloir aviser le médecin pénitentiaire du motif : soit une grâce c'est-à-dire un certificat concernant l'aptitude ou non au maintien en détention, soit la libération conditionnelle, c'est-à-dire un certificat signalant l'aptitude physique à une activité professionnelle.

La possibilité de la libération conditionnelle est étudiée pour chaque détenu après l'accomplissement d'une certaine durée de sa peine. Un détenu qui doit faire l'objet d'une libération conditionnelle est un sujet « qui va être libre », hébergé et qui a du travail. C'est-à-dire que le dossier doit comporter un certificat d'emploi par un employeur ainsi qu'un certificat d'hébergement.

Le problème essentiel qui a préoccupé les membres de la commission est le suivant : lorsqu'un sujet a accompli un temps suffisant permettant une procédure de demande de libération conditionnelle et qu'il est malade, que sa maladie ne peut se s'aggraver (cardiopathie), le médecin pénitentiaire ne peut provoquer l'étude de son cas aux fins de mise en libération conditionnelle, et cela entraîne une demande de grâce médicale dans un temps relativement proche. Cela pose le problème de savoir si une libération conditionnelle est possible pour un détenu malade, c'est-à-dire dont l'état pathologique va s'aggraver et qui n'ira certainement pas travailler au moment de sa libération, mais qui ne se trouve pas « en danger de mort rapide certain », seul critère de demande de grâce médicale.

Actuellement, le médecin pénitentiaire n'est pas un membre de la commission de libération conditionnelle, hormis en maison centrale où le psychiatre fait partie de cette commission. En maison d'arrêt, seul le certificat précité sur l'état de santé est demandé au médecin pénitentiaire.

Il a été précisé que la maison centrale avait pour but d'aménager la sortie mais que ce problème n'était pas la préoccupation majeure d'une maison d'arrêt importante et que, d'autre part, en maison d'arrêt, il n'y avait pas de commission permanente de libération conditionnelle.

Cela a conduit la commission à émettre le vœu suivant : que la commission de libération conditionnelle puisse être saisie par le médecin pénitentiaire mais ce dernier ne réclame pas pour autant une voix délibérative à la commission au niveau de la maison d'arrêt.

La commission s'est ensuite attachée à examiner le fait que d'être malade en prison était une contre-indication et contrecarrait une possibilité de libération conditionnelle, c'est-à-dire entraînait un maintien en détention pour maladie.

Il faudrait déterminer si l'admission en hôpital psychiatrique ou en hôpital général à la libération peut être considérée comme un certificat d'hébergement. Ainsi un certificat de prise en charge hospitalière peut-il être considéré comme un substitut au certificat d'hébergement.

Pour un malade mental la libération conditionnelle se transformerait alors par sa mise sous le régime de la loi de 1838 concernant l'internement des malades mentaux de ces détenus. Il y a donc, dans ce cas, une translation de tutelle de l'Administration pénitentiaire aux services préfectoraux pour un détenu malade mental, en libération conditionnelle.

Le problème semble être différent lorsque le médecin de l'établissement pénitentiaire a obtenu un accord de principe pour l'admission du détenu malade dans un service hospitalier banal car le libéré conditionnel, dans ce cas, reste lié à l'Administration pénitentiaire, tant en ce qui concerne sa surveillance que sa prise en charge financière.

Le vœu émis à ce niveau de discussion fut que la certitude d'une prise en charge thérapeutique puisse être considérée comme l'équivalent d'un certificat d'hébergement. Ainsi les médecins pénitentiaires souhaitent donc, d'une part, pouvoir saisir la commission de libération conditionnelle, d'autre part, faire la liaison entre les services hospitaliers susceptibles d'accueillir le détenu malade et cette commission. Ils désireraient qu'une circulaire informant les juges d'application des peines de leurs souhaits soit adressée à toutes les commissions locales de libération conditionnelle.

4. — Réadaptation des détenus à leur sortie

Tout en sachant que la réadaptation ne peut être limitée qu'à certains sujets, le problème est apparu totalement différent en fonction de la dimension de l'établissement en cause. Il est évident que la sortie et la réadaptation post-pénale se préparent en prison et il est évident également que le médecin pénitentiaire doit participer à part entière aux tentatives de réadaptation post-pénale.

Le problème se pose de manière différente en maison centrale où on a le temps de préparer la sortie, qu'en maison d'arrêt où ce temps manque souvent. En maison d'arrêt le médecin pénitentiaire ignore même le moment où va intervenir la sortie et ne peut même pas organiser une tentative de post-cure dans un certain nombre de cas. Il est évident qu'au cours de la détention, pour certains détenus, s'établit avec le médecin pénitentiaire une relation privilégiée qui serait utile à maintenir dans une structure extérieure de post-cure et d'accueil, c'est-à-dire dans une structure post-pénale. Ce qui existe pour le détenu qui le désire, c'est un comité post-pénal et une consultation personnelle du médecin, le plus souvent dans le cadre des services d'hygiène mentale.

Il serait souhaitable que des centres de transit avec permanence médicale et sociale puissent permettre aux détenus qui le désirent, de trouver à l'extérieur une aide efficace. La commission s'est alors interrogée sur le fait de savoir s'il était souhaitable de disposer de structures rigides. En effet, les sujets vont être libérés d'un établissement qui, bien souvent, n'est pas celui de leur lieu de vie et bien souvent aussi il s'agit de sujets sans lieu d'existence fixe. Autrement dit, la sectorisation telle qu'elle est entendue en psychiatrie obligerait les structures post-pénales à être les secteurs des sans secteurs. D'autre part, la sectorisation territoriale n'est pas la même pour tous les ministères, donc ce qui apparaît nécessaire c'est la création de structures d'accueil extérieures sans rigidité, selon des modalités multiples mais qui utilisent l'équipe sanitaire ayant connu le détenu et qui puissent permettre au médecin pénitentiaire d'assurer une suite, soit de la relation privilégiée établie, soit d'un traitement entrepris.

Ainsi le médecin pénitentiaire qui, au sein de la détention, est disponible, pour répondre à toute demande, doit pouvoir l'être également lorsque le sujet a quitté les locaux de l'Administration pénitentiaire.

5. — L'intégration du médecin pénitentiaire au système pénal apparaît comme la conclusion des travaux de la commission

Ainsi, si l'expert est sollicité d'emblée pour formuler un pronostic, le médecin pénitentiaire, lui n'est jamais sollicité pour formuler ce même pronostic qui, pourtant, semble devoir être mieux éclairé par un médecin permanent à l'établissement et connaissant peut-être mieux que l'expert les détenus.

Le groupe de travail entend que le rôle du médecin pénitentiaire dans le traitement pénal soit important, à seule fin qu'arrivent à

être constituées les communautés de traitement au sens criminologique du terme que devraient être les établissements pénitentiaires.

D'autre part, les magistrats souhaitent que s'établisse un dialogue permanent entre les directions locales, les médecins et les juridictions qui, certes, restent actuellement très informelles. Et dans ce but de structuration le groupe souhaite que tous soient invités à cela de la part de l'Administration centrale, c'est-à-dire que le médecin pénitentiaire ne soit plus tenu à l'écart de toutes les décisions concernant le détenu, qu'il soit prévenu ou condamné, et qu'enfin il puisse lui-même provoquer des décisions de part son intervention propre.

En conclusion à ces travaux nous avons cru devoir regrouper les différents souhaits et vœux qui ont été émis par le groupe :

- 1° Le médecin pénitentiaire doit pouvoir communiquer directement avec le juge d'instruction lorsqu'il estime devoir porter à la connaissance de ce dernier un problème médical et ce, sans aucun relai.
- 2° Il serait utile de structurer les rencontres entre les médecins pénitentiaires et les médecins-experts commis à propos d'un détenu.

Ces structures de synthèse semblent devoir être créées par l'extension des centres médico-psychologiques et des centres régionaux d'orientation où tous pourraient se concerter.

- 3° Institutionnalisation de la concertation entre la direction locale et le médecin pénitentiaire (souhait de M. Pléven) à seule fin que le médecin pénitentiaire ne soit pas tenu à l'écart des différentes décisions concernant le détenu dont il a la charge thérapeutique.
- 4° Lorsqu'un avis médical est demandé, le médecin pénitentiaire désire savoir pourquoi on le lui demande, qu'il s'agisse d'une demande de grâce médicale ou de libération conditionnelle.
- 5° Qu'il soit possible au médecin pénitentiaire de saisir la commission de libération conditionnelle à laquelle il devrait pouvoir assister sans voix délibérative.

Pour ce faire, à seule fin que les juges de l'application des peines en soient informés, le groupe demande la rédaction d'une circulaire pour les commissions locales de la part de l'Administration centrale.

- 6° Que soient créées des structures d'accueil extérieures sans rigidité avec l'utilisation de l'équipe médico-psychologique pénitentiaire dans le cadre d'une réadaptation post-pénale.

Le problème se pose de manière différente en maison centrale où on a le temps de préparer la sortie, qu'en maison d'arrêt où ce temps manque souvent. En maison d'arrêt le médecin pénitentiaire ignore même le moment où va intervenir la sortie et ne peut même pas organiser une tentative de post-cure dans un certain nombre de cas. Il est évident qu'au cours de la détention, pour certains détenus, s'établit avec le médecin pénitentiaire une relation privilégiée qui serait utile à maintenir dans une structure extérieure de post-cure et d'accueil, c'est-à-dire dans une structure post-pénale. Ce qui existe pour le détenu qui le désire, c'est un comité post-pénal et une consultation personnelle du médecin, le plus souvent dans le cadre des services d'hygiène mentale.

Il serait souhaitable que des centres de transit avec permanence médicale et sociale puissent permettre aux détenus qui le désirent, de trouver à l'extérieur une aide efficace. La commission s'est alors interrogée sur le fait de savoir s'il était souhaitable de disposer de structures rigides. En effet, les sujets vont être libérés d'un établissement qui, bien souvent, n'est pas celui de leur lieu de vie et bien souvent aussi il s'agit de sujets sans lieu d'existence fixe. Autrement dit, la sectorisation telle qu'elle est entendue en psychiatrie obligerait les structures post-pénales à être les secteurs des sans secteurs. D'autre part, la sectorisation territoriale n'est pas la même pour tous les ministères, donc ce qui apparaît nécessaire c'est la création de structures d'accueil extérieures sans rigidité, selon des modalités multiples mais qui utilisent l'équipe sanitaire avant connu le détenu et qui puissent permettre au médecin pénitentiaire d'assurer une suite, soit de la relation privilégiée établie, soit d'un traitement entrepris.

Ainsi le médecin pénitentiaire qui, au sein de la détention, est disponible, pour répondre à toute demande, doit pouvoir l'être également lorsque le sujet a quitté les locaux de l'Administration pénitentiaire.

5. — L'intégration du médecin pénitentiaire au système pénal apparaît comme la conclusion des travaux de la commission

Ainsi, si l'expert est sollicité d'emblée pour formuler un pronostic, le médecin pénitentiaire, lui n'est jamais sollicité pour formuler ce même pronostic qui, pourtant, semble devoir être mieux éclairé par un médecin permanent à l'établissement et connaissant peut-être mieux que l'expert les détenus.

Le groupe de travail entend que le rôle du médecin pénitentiaire dans le traitement pénal soit important, à seule fin qu'arrivent à

être constituées les communautés de traitement au sens criminologique du terme que devraient être les établissements pénitentiaires.

D'autre part, les magistrats souhaitent que s'établisse un dialogue permanent entre les directions locales, les médecins et les juridictions qui, certes, restent actuellement très informelles. Et dans ce but de structuration le groupe souhaite que tous soient invités à cela de la part de l'Administration centrale, c'est-à-dire que le médecin pénitentiaire ne soit plus tenu à l'écart de toutes les décisions concernant le détenu, qu'il soit prévenu ou condamné, et qu'enfin il puisse lui-même provoquer des décisions de part son intervention propre.

En conclusion à ces travaux nous avons cru devoir regrouper les différents souhaits et vœux qui ont été émis par le groupe :

- 1° Le médecin pénitentiaire doit pouvoir communiquer directement avec le juge d'instruction lorsqu'il estime devoir porter à la connaissance de ce dernier un problème médical et ce, sans aucun relai.
- 2° Il serait utile de structurer les rencontres entre les médecins pénitentiaires et les médecins-experts commis à propos d'un détenu.

Ces structures de synthèse semblent devoir être créées par l'extension des centres médico-psychologiques et des centres régionaux d'orientation où tous pourraient se concerter.
- 3° Institutionnalisation de la concertation entre la direction locale et le médecin pénitentiaire (souhait de M. Pléven) à seule fin que le médecin pénitentiaire ne soit pas tenu à l'écart des différentes décisions concernant le détenu dont il a la charge thérapeutique.
- 4° Lorsqu'un avis médical est demandé, le médecin pénitentiaire désire savoir pourquoi on le lui demande, qu'il s'agisse d'une demande de grâce médicale ou de libération conditionnelle.
- 5° Qu'il soit possible au médecin pénitentiaire de saisir la commission de libération conditionnelle à laquelle il devrait pouvoir assister sans voix délibérative.

Pour ce faire, à seule fin que les juges de l'application des peines en soient informés, le groupe demande la rédaction d'une circulaire pour les commissions locales de la part de l'Administration centrale.

- 6° Que soient créées des structures d'accueil extérieures sans rigidité avec l'utilisation de l'équipe médico-psychologique pénitentiaire dans le cadre d'une réadaptation post-pénale.

7° Que l'on tente de mettre sur pied la communauté de traitement criminologique que devrait être l'établissement pénitentiaire en y faisant participer pleinement le médecin et que cela fasse l'objet d'une invitation de la part de l'Administration centrale sous forme de note aux administrations locales.

Cela se résume par la demande des médecins pénitentiaires d'être associés le plus étroitement possible au traitement pénal dans l'établissement, au moment de la sortie et au-dehors.

COMMISSION II

LA MEDECINE PREVENTIVE

Rapporteur M. le docteur Paris

La deuxième commission chargée de l'étude des problèmes de médecine préventive a envisagé successivement le dépistage de la tuberculose, des maladies vénériennes, des maladies mentales et a pris acte du problème posé par les vaccinations.

Ce groupe de travail dont le nombre des membres n'a pas dépassé dix ne pouvait avoir l'ambition, dans le bref délai qui lui était imparti et compte tenu du nombre limité de son effectif, de procéder à une analyse exhaustive de l'ensemble des problèmes intéressant la médecine préventive.

En effet, ces problèmes ont déjà fait l'objet de nombreux rapports et constituaient au moins en partie la matière des travaux de la quatrième commission « pathologie carcérale » notamment en ce qui concerne la médecine psychosomatique et les maladies mentales.

Aucun ordre prioritaire n'a été donné à l'étude de ces problèmes mais seules ont été retenues les maladies pour lesquelles une part importante du diagnostic et du traitement est déjà acquise.

1. — La tuberculose

Suivant l'importance des établissements pénitentiaires le dépistage est effectué tous les jours, toutes les semaines ou tous les quinze jours, soit à l'intérieur de l'établissement, soit à l'extérieur où les détenus sont conduits par fourgon cellulaire.

C'est ainsi qu'à Quimper par exemple, toutes les semaines, les nouveaux détenus sont conduits au dispensaire pour une prise de sang, une radiophoto et une cuti-réaction tuberculinique. Sur un total de 1 000 sujets le dépistage de tuberculose est de 1 à 2 cas.

Le dépistage à Nancy, sur un total de 1 800 sujets donne un pourcentage annuel de 3 ‰.

A la prison de la Santé, depuis 1965, le dépistage serait encore de l'ordre de 5 à 7 ‰.

Les conclusions apportées à cette étude sont :

- Qu'il existe une nette régression de la tuberculose dont le taux de morbidité se situerait autour de 3 ‰ avec une augmentation certaine dans la population du département psychiatrique ;
- Que le dépistage par radioscopie doit être préféré à la radiophoto car il permet un meilleur contact avec le sujet et présente un avantage certain pour le dépistage des maladies cardiaques ;
- Qu'un test tuberculinique doit être fait systématiquement et notamment chez les jeunes ;
- Qu'enfin, un contrôle systématique tous les trois mois devrait être institué.

2. — Les maladies vénériennes

D'une manière générale le taux de dépistage systématique de la syphilis est de 3 %.

A noter que ce taux très inférieur à Quimper (puisqu'il ne serait que de 3 ‰) tend actuellement à augmenter, cette augmentation étant en rapport avec la modification de la population pénale où on note un pourcentage plus grand de travailleurs étrangers.

L'étude statistique effectuée de 1965 à 1970 sur les effectifs des prisons de Fresnes et de la Santé et portant pour la Santé sur 10 000 prises de sang en moyenne par an, et pour Fresnes sur plus de 6 000 prises de sang montre un taux de morbidité constant de 2 à 3 % :

- 80 % des cas dépistés correspondent à des syphilis sérologiques sans aucune manifestation clinique ;
- Mais 20 % sont des syphilis primo-secondaires et ce chiffre à lui seul indique toute l'importance de ce dépistage si l'on considère la promiscuité qui existe dans les cellules.

L'isolement de ces malades, rapidement détectés, dans des cellules réservées à la prophylaxie permet d'éviter la contagion et il faut reconnaître que de l'avis unanime il n'existe pas de constat objectif de contamination à l'intérieur des maisons d'arrêt.

A noter également l'importance d'un second et même d'un troisième dépistage effectué dans les trois premiers mois d'incarcération sur des sujets qui seraient entrés en incubation d'une syphilis.

A la prison de la Santé et à la prison de Fresnes par exemple, 8 % des syphilis dépistées l'ont été au cours d'un deuxième et d'un troisième dépistage. Mais il est souvent difficile de faire accepter ces prises de sang successives dont l'intéressé ne comprend pas toujours l'intérêt.

La gonococcie offre moins de difficulté au dépistage tout au moins chez les hommes puisqu'elle est toujours signalée par le sujet malade.

La majorité des participants considère que son taux de morbidité est de l'ordre de 1 %.

Il faut mentionner également le taux très élevé de vaginites à trichomonas rencontrées dans les prélèvements effectués lors du dépistage vénérien.

3. — Les maladies mentales

L'importance de ce chapitre n'a pas échappé aux organisateurs du congrès puisqu'elles ont fait l'objet d'une étude plus approfondie par la quatrième commission.

Pour justifier l'importance de ce sujet notons qu'à Lyon par exemple la pathologie mentale stricte représente 15,6 % des entrants non compris les débilés.

Ce dépistage n'est évidemment possible que dans les grands établissements. Il existe par exemple un dépistage systématique des petits mentaux dans le service du docteur Hivert à la prison de la Santé.

Mais il serait souhaitable pour les autres établissements qu'existe une éducation systématique du surveillant appelé à signaler les « petits mentaux ».

Ce dépistage mental doit être intensifié en liaison avec l'action sanitaire et sociale.

En ce qui concerne les vaccinations :

Les vaccinations antipoliomyélitiques ont été mentionnées, notamment à la Santé chez les moins de trente ans.

Le docteur L'hours de Quimper a signalé qu'il effectuait les vaccinations B.C.G. chez tous les sujets négatifs à la tuberculine, âgés de moins de quarante ans.

Enfin, au cours de la séance plénière ont été notées les vaccinations antigrippales effectuées aux Baumettes par le docteur Poulain.

EN CONCLUSION

La commission a constaté que d'une manière générale la médecine préventive est confiée à des organismes ayant pour mission la prévention (OPHS pour la tuberculose, dispensaires anti-vénéériens pour la vénéréologie, dispensaires d'hygiène mentale pour les maladies mentales), que ces organismes sont presque toujours extérieurs à l'Administration pénitentiaire, laquelle assure par contre la médecine de soins.

Or, on peut difficilement exclure la sécurité sociale de la médecine préventive puisqu'il s'agit d'une prise en charge globale de l'individu par le groupe.

Ainsi se trouve posée à nouveau par le professeur Colin le problème du maintien de l'affiliation du détenu au régime des assurances sociales.

COMMISSION III

PERSONNEL MEDICAL ET EQUIPEMENT

Rapporteur : docteur Broussolle

Cette commission a eu pour travail essentiel l'étude d'un projet de règlement « fixant les conditions dans lesquelles les médecins exercent leurs fonctions auprès des établissements pénitentiaires ». Cette étude a été ensuite reprise en assemblée générale. Ultérieurement et après consultation du syndicat des médecins pénitentiaires et de l'ordre des Médecins, le texte en question sera diffusé.

Nous reproduisons en annexe le texte du projet de ce règlement.

Voici quelques remarques issues de ces débats.

La notion de médecin pénitentiaire se dégage et prend une figure technique. Elle reste cependant accessoire (et peut-être est-ce bien ainsi) puisqu'elle ne débouche pas sur une spécialité, un plein temps, un statut.

L'autorité et la responsabilité du médecin sont reconnues ; encore faut-il savoir si les moyens de travail suffisants existent ; et puis un départage d'avec l'autorité de la direction reste à faire.

Le médecin pénitentiaire garde encore un rôle fonctionnel puisqu'il est médecin des détenus et éventuellement du personnel ; vis-à-vis de celui-ci, il participe au contrôle de l'embauche ; enfin on voudrait le faire participer à la médecine de contrôle de ses propres clients, les prisonniers. La fonction validante du diplôme d'études pénitentiaires a été évoquée ; on donnerait simplement la préférence aux médecins qui ont eu cette initiation.

S'il prend quelque importance, le médecin pénitentiaire doit pouvoir être administrativement sanctionné (tout au moins qu'il puisse être mis fin à ses fonctions). Cette éventualité a l'avantage de faire apparaître une commission paritaire qui aurait d'autres rôles à jouer. Ainsi dotée peut-être d'un autre nom elle aiderait la direction pénitentiaire à mener une politique plus combative en ce qui concerne l'équipement en personnel, en locaux et en matériel médicaux.

Médecine de pauvres, ou pauvre médecine, c'est toujours une médecine rémunérée à la vacation. Quelles garanties seront apportées pour ceux qui s'y adonnent : évolution des indemnités, couverture des risques, régime des congés annuels, des congés de maladie et de la retraite... Quelques accommodements ont été faits.

La permanence des soins, les gardes ne se sont résolues que dans quelques grandes prisons urbaines par la présence d'internes (région parisienne : la Santé, Fresnes, Poissy et Marseille). L'ensemble des médecins souhaite que le réseau pénitentiaire ne vive plus en autarcie dans ce domaine et fasse appel aux formations hospitalières voisines.

L'alarme a été donnée en ce qui concerne l'insuffisance numérique d'infirmières.

Il est des situations dramatiques, aux prisons de Lyon par exemple, en ce moment il n'y a que 2 infirmières pour les 1 000 détenus dans 3 prisons. Un concours national trop parfait a tari les

quelques sources de recrutement ; l'administration envisage de tenir compte des carrières antérieures des candidates éventuelles. Dans les centres médico-psychologiques et dans les prisons réservées aux détenus souffrant de troubles nerveux, on devrait pouvoir recruter des infirmiers psychiatriques puisque ceux-ci ne sont plus exclusivement formés pour les hôpitaux psychiatriques mais qu'ils bénéficient du vocable plus large d'infirmiers de secteur psychiatrique. Il faudrait d'ailleurs au préalable reconnaître de quelque manière la compétence technique qu'ont acquise les surveillants des services pénitentiaires psychiatriques. Puisque la même commission III avait à débattre du personnel, l'on a souligné l'insuffisance des doctrines en ce qui concerne la composition souhaitable des équipes des centres médico-psychologiques, lesquelles risquent fort de demeurer au plan des mythes.

L'importance du secrétariat des services médicaux semble avoir échappé jusqu'alors aux instances supérieures. Il est vrai qu'en ce domaine la magistrature est habituée à souffrir elle-même d'un état de carence chronique. Et pourtant les tâches du secrétariat ont partout augmenté ; elles sont même une partie primordiale de la technicité des centres médico-psychologiques déjà cités : en effet, en ces lieux les techniques de relation, d'observation et de communication ne priment-elles pas ?

L'équipement médical fit l'objet d'un utile échange de vues. Depuis quelques années l'Administration centrale programme ses achats. Un effort particulier vient d'être fait pour doter les prisons de services pharmaceutiques convenables, de même pour les services dentaires ; voilà un progrès très important.

La formation du personnel pénitentiaire a fait l'objet de quelques échanges de vue. Nous avons appris que l'on se souciait d'organiser des journées d'étude pour les cadres et dans chaque direction régionale quelqu'un serait chargé de la formation du personnel.

Une dernière remarque qui voudrait tempérer un scepticisme traditionnel : j'ai été frappé par le travail qu'avait fourni l'équipe de la direction pénitentiaire. Des réponses précises nous étaient fournies sans dérobaie ; des projets réalisables étaient retenus et notés.

PROJET DE RÉGLEMENT
fixant les conditions
dans lesquelles les médecins exercent leurs fonctions
auprès des établissements pénitentiaires

— I —

Le personnel médical de l'Administration pénitentiaire comprend des médecins, des chirurgiens, des spécialistes et des internes.

Il a pour mission d'assurer dans les établissements pénitentiaires le fonctionnement du service médical. Il collabore par là, au service public pénitentiaire.

Il est placé sous un régime arrêté par l'autorité publique.

— II —

En dehors des médecins, chirurgiens et internes en fonction dans les hôpitaux et centres médico-psychologiques pénitentiaires, chaque établissement pénitentiaire comporte, selon son importance, un ou plusieurs médecins ou spécialistes.

Des internes en médecine sont en fonctions dans les établissements pénitentiaires lorsque l'effectif des détenus justifie une surveillance médicale constante.

Des médecins psychiatres sont en fonctions dans les services psychiatriques organisés dans certains établissements pénitentiaires.

Le fonctionnement technique des services médicaux et chirurgicaux pénitentiaires est placé sous l'autorité et la responsabilité des médecins, spécialistes et chirurgiens dont ils relèvent.

Des médecins, chirurgiens ou spécialistes peuvent être appelés exceptionnellement, à la demande des médecins spécialistes ou chirurgiens en fonctions dans les établissements pénitentiaires, à prêter leur concours à l'examen et au traitement des détenus.

— 37 —

— III —

Les médecins en fonction dans les établissements pénitentiaires doivent dans les conditions générales prévues aux articles D. 375, D. 382, D. 384 et D. 388 du Code de procédure pénale :

- Visiter les détenus lorsqu'ils sont écroués, les détenus malades, les détenus isolés ou punis, les détenus réclamant une modification des conditions de détention, les détenus faisant l'objet d'une mesure de transfèrement ;
- Aviser par écrit les chefs d'établissement du danger que peuvent faire courir à la santé physique ou mentale des détenus les modalités de la détention, dans les cas expressément indiqués par les articles D. 84, D. 97, D. 168 et D. 170 du Code de procédure pénale ;
- Faire connaître leur avis sur l'opportunité ou la nécessité de transférer dans d'autres établissements pénitentiaires mieux appropriés ou dans des services hospitaliers, les détenus ne pouvant être soignés sur place, et, dans ce cas, continuer à surveiller leur santé en restant en liaison avec les médecins intéressés.

Ils établissent les fiches prévues à l'article D. 371 du Code de procédure pénale, lesquelles ne peuvent être communiquées qu'au personnel médical, et infirmier. Ils portent au registre spécial prévu à l'article D. 377 du Code de procédure pénale, les conséquences médico-administratives des examens qu'ils pratiquent et des traitements qu'ils prescrivent.

Ils délivrent à l'autorité judiciaire ou à l'Administration pénitentiaire, conformément à l'article D. 378 du Code de procédure pénale les renseignements nécessaires à la classification et au traitement pénitentiaire ou post-pénal des détenus.

Les médecins des établissements pénitentiaires doivent remplir les obligations mises à leur charge par le décret n° 49-1585 du 10 décembre 1949 portant application aux détenus du Livre IV du Code de la sécurité sociale concernant les accidents du travail. Notamment, ils doivent établir les certificats de constatation d'accident, d'aggravation de l'état de santé des victimes, de consolidation des blessures, et de fixation des taux d'incapacité définitive de travail, ou de guérison, communiquer au médecin-conseil des caisses de sécurité sociale tous renseignements utiles, exercer avec lui, pendant la durée de la détention, le contrôle médical en vue, s'il y a lieu, d'une nouvelle fixation des réparations, assurer à cet effet, au moins une fois par an, la surveillance de l'état de santé des détenus attributaires d'une rente-accident du travail.

Les médecins des établissements pénitentiaires doivent visiter régulièrement, au moins une fois par trimestre, les services et les bâtiments de la prison pour vérifier l'observation des règles d'hygiène collective et individuelle.

Ils doivent assurer l'examen des candidats à un emploi dans l'Administration pénitentiaire.

Ils donnent, par ailleurs, leurs soins aux détenus, en cas d'urgence, lorsqu'ils sont appelés par le chef d'établissement.

Ils peuvent donner leurs soins aux membres du personnel dans les conditions prévues par l'article D. 227 du Code de procédure pénale.

— IV —

Les médecins exerçant auprès des établissements pénitentiaires sont tenus au secret à l'égard de l'administration compte tenu des dispositions figurant à l'article 3 du présent règlement.

Ils peuvent correspondre directement avec le médecin inspecteur de l'Administration pénitentiaire à l'occasion des affaires mettant en cause le secret professionnel.

— V —

Les médecins des établissements pénitentiaires sont nommés par arrêté du ministre de la Justice sur la proposition du directeur régional des services pénitentiaires, après avis du médecin inspecteur de l'Administration pénitentiaire et du préfet du département, l'Ordre départemental des médecins ayant été consulté. Ils sont choisis, par préférence, parmi les titulaires de l'attestation d'études de médecine pénitentiaire.

Ils se rendent à la prison pour y assurer leur service en fonction de l'importance de la population pénale, au moins une fois par semaine et chaque fois qu'ils y sont appelés par le chef de l'établissement.

En cas d'absence ou d'empêchement, ils sont remplacés temporairement par un médecin qu'ils proposent à l'agrément du directeur régional des services pénitentiaires ou, en cas de besoin, par un médecin désigné directement par ce fonctionnaire.

— VI —

Les médecins des établissements pénitentiaires cessent normalement leurs fonctions lorsqu'ils atteignent l'âge de soixante-cinq ans. Ils ne peuvent être maintenus au-delà de cette limite que par dérogation spéciale renouvelée annuellement.

Il peut être mis fin, de part et d'autre, avec préavis de trois mois, aux fonctions exercées par les médecins auprès des établissements pénitentiaires.

— VII —

En cas de faute grave intéressant le fonctionnement administratif du service médical pénitentiaire, les médecins exerçant des fonctions auprès des établissements pénitentiaires peuvent être licenciés sans préavis.

Ils doivent, dans ce cas, recevoir communication de leur dossier.

Le licenciement est prononcé par arrêté du ministre de la Justice après avis du médecin inspecteur de l'Administration pénitentiaire et d'une commission consultative paritaire devant laquelle ils présentent des observations.

S'il y a urgence, le ministre de la Justice peut suspendre le médecin de ses fonctions pendant une durée de trois mois au plus, en attendant qu'une décision soit prise.

Les actions et mesures disciplinaires dont les médecins peuvent être l'objet, à l'occasion de fautes intéressant le fonctionnement administratif du service médical pénitentiaire, ne font pas obstacle à toutes autres actions ou mesures engagées ou prises devant ou par les conseils de l'Ordre, dans les conditions déterminées au Livre IV du Code de la santé publique et notamment aux articles L. 417 et suivants.

— VIII —

Lorsqu'ils effectuent les services visés à l'article 3 du présent texte, exception faite de ceux visés aux trois derniers alinéas dudit article 3 les médecins des établissements pénitentiaires sont rémunérés à la vacation.

Les vacations rémunèrent les services faits.

Le taux horaire des vacations ne peut excéder un montant fixé par arrêté interministériel.

Le nombre de vacations accordé à chaque médecin pour l'accomplissement des services ci-dessus visés est déterminé par l'administration après avis du médecin inspecteur et de la commission consultative paritaire. Il dépend de l'importance de l'établissement et des sujétions particulières du service médical.

Lorsqu'ils effectuent d'autres services que ceux visés au premier alinéa du présent article, les médecins des établissements pénitentiaires sont rémunérés à l'acte sur la base des tarifs-plafond conventionnels fixés pour le département.

Toutefois, les examens des candidats à un emploi dans l'administration pénitentiaire sont rémunérés, hors vacations, dans les conditions générales applicables à l'ensemble de la fonction publique.

Les actes chirurgicaux ou d'électrocardiologie effectués dans les hôpitaux pénitentiaires sont rémunérés par des honoraires calculés dans des conditions et selon des modalités fixées par arrêté interministériel.

Les rémunérations prévues aux alinéas ci-dessus du présent article sont exclusives de toutes primes ou majorations notamment pour ancienneté.

Les internes employés dans les établissements pénitentiaires sont rétribués dans les conditions et selon les modalités fixées par arrêté interministériel.

Les médecins, spécialistes, chirurgiens et internes des établissements pénitentiaires sont assujettis obligatoirement au régime général de la sécurité sociale.

Les médecins appelés à effectuer un remplacement auprès des établissements pénitentiaires, pour une durée au moins égale ou supérieure à un mois, sont rémunérés directement par l'administration dans les mêmes conditions et selon les mêmes modalités que les médecins qu'ils remplacent.

Ils perçoivent des vacations dont le montant ne peut être inférieur au 1/12^e du montant annuel des vacations allouées au médecin remplacé.

COMMISSION IV

LA PATHOLOGIE CARCERALE

Rapporteur Monsieur le docteur BRETON

La commission avait à traiter un programme vaste et disparate. Nous avons cru pouvoir en regrouper les sujets de façon logique plutôt que de suivre strictement l'ordre des débats.

I. — Psychosomatique et psychiatrie

La commission a jugé arbitraire la distinction entre « médecine psychosomatique », « les maladies mentales » et « les fonctionnels » proposée par le programme.

Le docteur Wetta montre qu'il n'y a pas de différence tranchée entre « vraie » maladie mentale et manifestations fonctionnelles d'une part, maladies fonctionnelles et psychosomatiques d'autre part. Il a cependant paru plus commode de traiter séparément des manifestations franchement psychotiques et de celles qui ne le sont pas.

1° Tous les membres de la commission insistent sur l'extrême importance de la pathologie psychosomatique. C'est le cas pour l'asthme qui paraît au docteur Laffont y être beaucoup plus fréquent et plus grave qu'à l'extérieur. Monsieur Taddei demande si l'asthme peut être déclenché par l'incarcération. Il lui est répondu qu'en réalité l'asthme est toujours préexistant mais que l'anxiété peut déclencher une crise.

Madame le docteur Hivert signale que les manifestations psychosomatiques sont toujours très aggravées au C.N.O. en raison de l'anxiété que cause au détenu l'ignorance de la date et du lieu de son transfert ; mais pour le docteur Wetta, l'utilisation du symptôme dans un but utilitaire n'est pas rare. Le docteur Lob met l'accent sur le caractère inconscient de la majoration des symptômes qu'il faut bien se garder de confondre avec la simulation pure et simple comme on le fait trop souvent encore. En revanche, pour les Docteurs Loevenbruck et Hivert certains sujets sont capables de déclencher une crise d'asthme authentique, à volonté. L'hôpital central de Fresnes joue en tout cas un rôle « sécurisant » indéniable pour les asthmatiques (docteur Laffont). Seul le docteur Bueil n'a vu qu'une seule crise d'asthme en huit ans à la maison d'arrêt de Grasse qui com-

porte pourtant 120 détenus. Le docteur Laffont rappelle que l'asthme relève certes des facteurs divers, génétiques, allergiques, psychologiques ; mais ces derniers sont certainement « très privilégiés » en prison.

Les autres affections psychosomatiques paraissent aussi très fréquentes. Pour le docteur Salan, médecin pénitentiaire depuis trente-deux ans, l'ulcère gastro-duodéal est la maladie carcérale par excellence, si l'on considère la fréquence des ulcères en évolution, celle des complications (perforations) et celle des sujets antérieurement gastrectomisés. Il en est de même pour le psoriasis qui paraît même susceptible de récidiver à chaque incarcération nouvelle (docteur Hivert), les névro-dermites, y compris le zona (pour plusieurs confrères), la pelade, l'acnée, etc. Pour conclure, le docteur Fournier suggère que chaque médecin pénitentiaire adresse une statistique de ses cas psychosomatiques pour les prochaines journées.

2° Les psychoses posent en prison de difficiles problèmes. Les psychoses carcérales surviennent chez des personnalités anormales antérieurement à l'incarcération ; mais diverses circonstances de cette dernière peuvent jouer un rôle déclenchant. En revanche, il est probable que les psychoses chroniques ont pour la plupart débuté avant l'entrée en prison. Dans certains cas, on peut même se demander si les experts psychiatres n'ont pas commis une erreur de diagnostic sur l'état de démence au sens de l'article 64. Du fait de l'immuabilité de la chose jugée, il est impossible de rectifier ultérieurement une telle erreur. Or, les psychoses chroniques ne sont pas exceptionnelles en prison puisque le docteur Wetta en compte une vingtaine en moyenne sur 80 à 90 détenus à Hagueneau. La commission décide d'émettre un vœu à ce sujet (1). Quoi qu'il en soit, M. Joffré insiste sur la nécessité d'une liaison efficace entre l'administration pénitentiaire, les médecins et psychiatres pénitentiaires, les comités de probation et d'assistance aux libérés et les dispensaires d'hygiène sociale.

II. — Le traitement de la tuberculose

Le docteur Laffont propose de discuter un traitement de la tuberculose en trois mois, mis au point par le professeur Kreis, selon le protocole suivant :

(1) Les vœux émis par la commission ont été rassemblés à la fin du rapport.

Schéma 1 (sujets déjà traités) :

- Pendant trois mois, *Rifadine*, 3 comprimés à 10 heures ;
Ethambutol, 4 mesures par jour.

Schéma 2 (sujets jamais traités) :

- Pendant trois mois *Rifadine*, 3 comprimés à 10 heures ;
Iso-Pas, 3 mesures par jour.

a) *Surveillance au départ* :

- Film + tomos totales ;
- 2 cultures à 48 heures avec antibiogrammes ;
- Transaminases.

b) *Puis, pendant le traitement* :

- 1 culture tous les 15 jours ;
- Transaminases tous les 15 jours ;
- Téléthorax tous les 15 jours.

Tomos à 45 jours et à 3 mois (fin du traitement).

c) *Surveillance après le traitement* :

Première année :

- Culture tous les 2 mois ;
- Tomos tous les 6 mois.

Deuxième année et suivantes :

- 1 culture tous les 6 mois ;
- Tomos tous les ans.

Le docteur Laffont pense que le traitement mérite d'être essayé en prison. Il insiste sur l'intérêt d'une telle expérience au point de vue médical en général en raison du contexte pénitentiaire qui permet, entre autres arguments, une surveillance médicale efficace et prolongée. De plus, des indications spécifiquement pénitentiaires se dégageront peut-être ultérieurement de l'expérience courtes peines, jeunes détenus qu'il vaut mieux isoler le moins longtemps possible, asociaux ou vagabonds qui ne poursuivent pas le traitement entrepris lorsqu'ils sont libérés. De nombreux confrères s'inquiètent cependant de la toxicité de la *Rifadine* (risques d'hépatites, de névrites optiques, etc.) et accessoirement du coût très élevé du médicament, bien qu'un traitement coûteux mais bref ne revienne finalement peut-être pas plus cher qu'un traitement bon marché mais au long cours. Il est donc convenu que, dans un premier temps ; l'expérience sera tentée par un nombre limité de généralistes en collaboration avec les spécialistes pneumo-phtisiologues.

III. — Difficultés posées par certaines thérapeutiques

Mme Petit rappelle que les critères de santé prennent le pas sur les autres critères de classification et d'orientation utilisés au C.N.O. Le docteur Fournier signale le cas de prévenus tuberculeux dépistés, mais non traités pendant de longues périodes (jusqu'à un an ou un an et demi) en raison des lenteurs administratives.

La solution de tels problèmes lui paraît résider dans le contact direct entre les médecins pénitentiaires et les médecins des centres spécialisés. De même, le docteur Poulain et plusieurs confrères dénoncent la fréquence de l'interruption du traitement des maladies chroniques. Ces interruptions sont souvent très préjudiciables à la santé du détenu. Elles surviennent à l'occasion de transferts. Elles sont nocives lorsqu'il s'agit de tuberculose et peuvent même être graves en cas de diabète, d'épilepsie, de traitement anti-coagulant etc. Beaucoup de transferts d'ailleurs sont réalisés de façon hâtive sans qu'il soit suffisamment tenu compte de l'état de santé des détenus : certains, par exemple, sont envoyés dans un autre lieu de détention alors qu'ils étaient en cours d'examen ou devaient être hospitalisés de façon imminente.

La commission émet un vœu à ce sujet.

IV. — Génétique et criminalité

Ce sont les rapports éventuels entre altérations *chromosomiques* et comportement anti-social qui étaient envisagés sous ce titre.

D'un commun accord, la commission décide de ne pas s'attarder sur ce sujet qui en est encore au stade de la recherche et qui de toutes façons, ne concerne qu'un nombre limité de détenus.

V. — La grève de la faim

Ce terme consacré par l'usage paraît néanmoins très critiquable. Refus d'aliments paraît plus justifié ; mais le docteur Wetta insiste sur la nécessité de distinguer formellement les refus d'aliments pathologiques (mélancolie, délire d'empoisonnement, etc.) des grèves de la faim utilitaires qui sont le fait de sujets sensiblement normaux. M. Pagès rappelle le règlement de l'administration pénitentiaire. Le docteur Poulain expose son expérience pour conclure à la nécessité d'établir ou de rétablir le contact entre le « gréviste » et les instances responsables. Mme le docteur Lacoste croit utile d'isoler le gréviste en particulier pour éviter l'auto-entretien de son attitude « pour jouer son rôle » devant des témoins. Quoi qu'il en soit, la commission

pense que dans tous les cas le médecin pénitentiaire doit par dessus tout s'efforcer de dédramatiser la situation.

VI. — Les alcooliques

Le docteur Lob pose le problème des alcooliques dangereux qui sont perdus de vue à leur sortie de prison, se remettent à boire et de ce fait redeviennent dangereux. Les dispositions de la loi du 15 avril 1954 sont rappelées. Cette loi devrait se montrer efficace mais ne paraît pas suffisamment appliquée.

Un vœu est émis à ce sujet.

VII. — Les régimes alimentaires

Le problème des régimes alimentaires a été traité en assemblée générale. Ce problème, déjà posé lors des précédentes journées de médecine, ne paraît pas avoir encore reçu de solution satisfaisante, qu'il s'agisse des régimes diététiques proprement dits ou de l'ordinaire des détenus bien portants. C'est ainsi qu'à Grasse (docteur Bueil) il n'existe aucune possibilité de prescription de régime. A Clairvaux (docteur Masson) la nourriture est de bonne qualité mais mal préparée, servie froide et en quantité parfois insuffisante. L'insuffisance de crudités est d'ailleurs signalée dans plusieurs prisons. A Loos, (docteur Debarges) les aliments sont préparés par des cuisiniers trop peu spécialisés. Il y est de plus difficile au médecin d'établir un régime susceptible d'être réalisé par l'administration et de le faire distribuer. Le docteur Debarges suggère la création à l'infirmerie d'un réfectoire où aurait lieu cette distribution. Le docteur Martin de son côté souhaite recevoir à Poissy des malades moins disparates. Ainsi, les régimes à prescrire seraient moins divers et plus faciles à appliquer.

Le docteur Petit affirme que les médecins ne prescrivent pas trop de régimes, contrairement à ce que pense peut-être l'administration. Pour lui et le docteur Masson, la solution réside dans l'adoption de régimes types, standardisés, applicables à l'échelon national dans tous les établissements. A cette proposition, plusieurs confrères ajoutent celle, nécessaire, d'éduquer le personnel.

M. Portheault apporte la réponse de l'administration. Il expose d'abord les conditions d'établissement du prix de journée pour l'alimentation : les détenus ont droit aux trois quarts du crédit alloué aux soldats du contingent. Ce crédit sera donc de 3,39 F par détenu et par jour en 1971. Jusqu'à présent le prix de journée d'un

établissement pénitentiaire était calculé pour l'année à venir d'après le prix réel de l'année précédente. Ce système créait une trop grande disparité entre les prix de journée des différents établissements.

M. Portheault expose ensuite ce qui est prévu pour améliorer la situation. C'est ainsi que 25 économies d'établissements pénitentiaires feront un stage à Paris pendant les journées de l'alimentation. La formation de ces économistes se fera désormais en recourant à l'assistance technique de l'Ecole de santé publique de Rennes et de l'E.N.A.S. des lycées et collèges. Il est aussi prévu de créer un atelier de formation professionnelle de cuisiniers, peut-être à Loos. Cet atelier sera pourvu d'un moniteur technique chargé de former des cuisiniers professionnels et des détenus. Des études ont d'ailleurs été faites dans ce domaine aux Baumettes. Le docteur Poulain les expose.

Enfin, M. Portheault expose l'étude faite par Mlle Vinit, diététicienne à l'INSERM. A partir de cette étude l'administration prévoit l'augmentation des rations caloriques et du prix de journée par détenu et par jour selon le tableau suivant :

TYPES DE DÉTENUS	CALORIES	PRIX de journée
Maison d'arrêt, condamnés et prévenus	3 131	3 10
Maison centrale, longues peines (hommes)	3 466	3 31
Maison d'arrêt, condamnés et prévenus (femmes)	3 114	2 95
Maison centrale, longues peines (femmes)	3 302	3 11
Jeunes détenus	3 605	3 60
Jeunes détenues	3 186	3 40
Vieillards	2 598	2 76
Handicapés	3 200	3 36
Malades (hôpitaux : Fresnes)		7 00
Malades (hôpitaux : Poissy, Baumettes, Liancourt, Pau)		5 00 (taux provisoire)

VIII. — Vœux de la IV^e commission

- 1° Les psychoses carcérales et, en général, les psychoses aiguës peuvent habituellement être soignées en prison. En revanche, le traitement des psychoses chroniques dont le début est dans beaucoup de cas, très probablement antérieur à l'incarcération et qui posent de difficiles problèmes de réadaptation sociale, ne peut pas être assumé totalement par la psychiatrie pénitentiaire. Afin que ce traitement soit pris en charge par les organismes compétents, la commission émet le vœu que des mesures libérales telles que la grâce, la libération conditionnelle, etc. soient plus libéralement accordées dans ces cas.
- 2° Les transferts sont une cause fréquente d'interruption des traitements en cours. Cette interruption est souvent très préjudiciable à la santé des détenus. La commission émet donc le vœu que chaque malade transféré soit accompagné d'une ordonnance et des médicaments nécessaires, confiés au chef d'escorte. Le chef de l'établissement de destination pourra ainsi assurer la continuité du traitement jusqu'à la visite du médecin.
- 3° La commission émet le vœu que les dispositions de la loi du 15 avril 1954 sur les alcooliques dangereux soient plus généralement et plus complètement appliquées et qu'en particulier le signalement à l'autorité sanitaire des alcooliques incarcérés soit systématique.

IMPRIMERIE

ADMINISTRATIVE

MELUN

1852 - 1931