

MINISTÈRE DE LA JUSTICE
DIRECTION DE L'ADMINISTRATION PÉNITENTIAIRE

**JOURNÉES EUROPÉENNES
DE MÉDECINE PÉNITENTIAIRE**

Conseil de l'Europe
(1^{er} et 2 décembre 1972)
Strasbourg

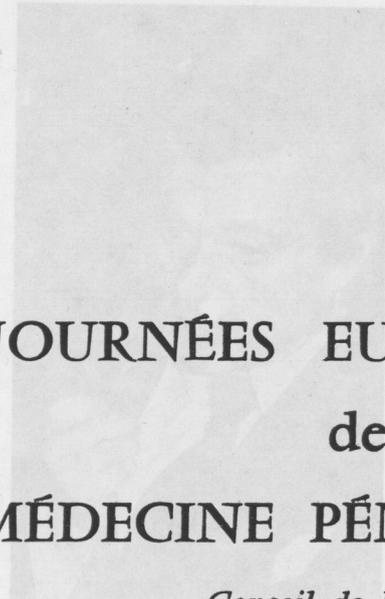
ÉTUDES ET DOCUMENTATION

1974

18721
F10B42



JOURNÉES EUROPÉENNES de MÉDECINE PÉNITENTIAIRE



Conseil de l'Europe
(1^{er} et 2 décembre 1972)
Strasbourg

Succéder à Georges Fully est une tâche complexe et difficile. L'amitié et l'estime que je lui portais pourront sûrement m'aider à rester dans la ligne qu'il a toujours suivie : celle du courage, de l'efficacité, de la chaleur humaine, en un mot celle du devoir, sans pour cela se prendre trop au sérieux.

J'ai tenu à faire éditer cette brochure pour concrétiser les Journées de Strasbourg où Georges Fully avait, entouré de ses amis, donné le meilleur de lui-même.

Epaulant ses médecins, essayant d'améliorer le sort des détenus, collaborant avec l'Administration pénitentiaire, il fut le type parfait du médecin inspecteur des prisons en France.

Je suivrai son exemple et consacrerai pour faire de la médecine pénitentiaire une véritable science à part entière.

Docteur Solange TROISIER.



JOURNÉES EUROPÉENNES
de
MÉDECINE PÉNITENTIAIRE

Conseil de l'Europe
(1^{er} et 2 décembre 1972)
Strasbourg

L'imperméable boutonné jusqu'au col, les cheveux au vent, le docteur Fully conduit sa moto-cyclette et vient se mêler aux automobiles qui, après avoir traversé la place Vendôme, tentent de gagner la rue de Castiglione.



Hommage
au docteur FULLY

Succéder à Georges Fully est une tâche complexe et difficile. L'amitié et l'estime que je lui portais pourront sûrement m'aider à rester dans la ligne qu'il a toujours suivie : celle du courage, de l'efficacité, de la chaleur humaine, en un mot celle du devoir, sans pour cela se prendre trop au sérieux.

J'ai tenu à faire éditer cette brochure pour concrétiser les Journées de Strasbourg où Georges Fully avait, entouré de ses amis, donné le meilleur de lui-même.

Epaulant ses médecins, essayant d'améliorer le sort des détenus, collaborant avec l'Administration pénitentiaire, il fut le type parfait du médecin inspecteur des prisons de France.

Je suivrai son exemple et travaillerai pour faire de la médecine pénitentiaire une médecine à part entière.

Philippe GARRIGUES
Docteur Solange TROISIER.

L'imperméable boutonné jusqu'au col, les cheveux au vent, le docteur Fully conduit sa motocyclette et vient se mêler aux automobiles qui, après avoir traversé la place Vendôme, tentent de gagner la rue de Castiglione.

C'est la dernière image, que je ne peux décrire sans une intense émotion, qu'il me reste de cet homme avec lequel, durant deux années, j'avais été amené à travailler, à voyager et, surtout, à me lier d'amitié.

Le docteur Fully était de ceux qui ne laissent pas indifférent et dont la disparition est ressentie cruellement. Doué d'une rare chaleur humaine, fort d'une expérience médicale et administrative incontestée, il associait très rapidement son interlocuteur à ses soucis et lui permettait de mieux comprendre la réalité, l'importance et la complexité des difficiles questions qu'il avait à résoudre.

Il avait cette intelligence du concret, ce sens de la relation humaine empreinte d'une extrême simplicité, qui faisaient de lui l'homme apprécié de tous.

Fully, qu'il me permette d'oublier son titre, présentait cette largeur d'esprit, cette tolérance qui caractérise les êtres qui ont souffert, qui ont été marqués, au cours d'épreuves dramatiques, dans leur propre identité.

Lorsque nous visitions une prison, il n'était pas seulement le médecin inspecteur car, même s'il tentait de le dissimuler, il vivait, avec une autre émotion, sa mission. Rien ne le laissait étranger, tout le concernait. Il avait toujours ce réflexe d'homme responsable devant la réalité carcérale ; il faisait partager, par l'exemple de sa démarche intellectuelle, son sentiment d'équité et son souci de vérité.

Il fut pour moi, jeune magistrat inexpérimenté en matière pénitentiaire, un initiateur puis, comme pour beaucoup de médecins, de collègues, de chefs d'établissement et d'agents, l'homme vers lequel on allait tout naturellement chercher un avis ou se confier.

Il avait réussi, parce qu'il était généreux, à travailler tant avec ses confrères qu'avec nous, sur le fondement d'une véritable amitié. Sa porte n'était fermée à personne, sa disponibilité était grande, sa rancune éphémère.

Le 20 juin 1973 nous avons perdu un ami. Cet ami est toujours parmi nous.

Philippe CHEMITEE,
magistrat du bureau de la détention.

Allocution du docteur A. BOHN

Président de l'Amicale des anciens de Dachau

prononcée à l'enterrement du docteur Georges FULLY

MON CHER GEORGES,

Tu as toujours su que, contrairement à toi, je n'ai jamais aimé parler en public.

Pendant, en cet instant solennel d'un adieu déchirant, et en présence de la multitude innombrable de ceux et de celles de tous rangs qui ont envahi ce matin cette église pour y être près de toi et des tiens parce qu'ils t'ont connu, apprécié, estimé, je vais essayer, malgré l'émotion et la tristesse qui m'étreignent, de prononcer ton éloge...

Mais qui aurait pu il y a seulement une semaine imaginer qu'un tel hommage aurait à être exprimé et qu'il le serait par un des plus âgés maintenant des rescapés du camp de Dachau alors que tu es l'un des plus jeunes d'entre eux ?

Si invraisemblable et injuste qu'elle soit, nous sommes bien obligés d'accepter la cruelle réalité !

Je vais donc parler de toi.

Ce sera avant tout pour ton père et ta mère, éplorés mais courageux, envers qui tu as toujours été un fils incomparable, et pour ta chère petite Véronique, que tu m'as confiée en me demandant d'être son parrain.

Déjà à Dachau j'avais fait de toi un de mes « fils adoptifs »... Il n'est pas possible d'oublier ces liens particuliers qui m'ont depuis si longtemps uni à toi et à ta famille.

Georges, rappelle-toi, j'ai eu en déportation à Dachau deux fils adoptifs, toi et Pierre Bobrie. Je vous ai toujours depuis lors suivis de près.

Nous nous sommes trouvés ensemble à la mi-janvier 1945 à la salle 2 du bloc 3 de l'infirmerie du camp où j'arrivais comme médecin et où tu étais aide-infirmier. Nous avions, avec de bien faibles moyens, à « soigner », si je puis ainsi dire, des camarades atteints du typhus exanthématique qui sévissait alors dans tous les blocs, transmis par les poux et propagé avec la complicité du médecin S.S., provoquant chaque jour la mort de 150 à 180 détenus.

Parmi ces malades se trouvait notamment notre éminent et regretté ami Edmond Michelet, qui nous donna bien des inquiétudes et vers lequel vont en ce moment mes pensées affectueuses. Il a, dans son beau livre « La rue de la liberté », raconté le cauchemar de son typhus et parlé de la présence bienfaisante à ses côtés du « petit Fully ».

Tu as ainsi connu cette médecine concentrationnaire, véritable « médecine de l'impossible », comme on l'a plus tard très justement appelée, en prélude à tes futures études d'une véritable médecine humaine et digne.

Tu étais dans cette grande salle de malades, tant français qu'étrangers, ceux-ci appartenant à toutes les nations de l'Europe, le modèle de l'ami fraternel, toujours dévoué nuit et jour. Tu avais la gentillesse et la délicatesse, ne cherchant qu'à rendre service à quiconque, sans la moindre discrimination, et à maintenir le moral de chacun, ce qui était essentiel.

Quelle chance a été la mienne de te rencontrer et d'avoir pu apprécier dès Dachau tes qualités !

Tel tu étais là-bas, tel tu es toujours resté par la suite !

Tes nombreux amis et tous ceux qui t'ont connu ici ou là, réunis en ce moment près de toi, sont venus l'attester avec moi.

Je vois parmi eux de hautes personnalités ministérielles (Justice et Anciens combattants), parlementaires, préfectorales, universitaires, judiciaires, pénitentiaires, médicales etc., avec leurs collaborateurs à tous les échelons de la hiérarchie et, bien entendu, des résistants, des internés et des déportés de toutes les régions de France et de pays étrangers. On n'a jamais vu pareille unanimité !

Grâce à ton travail et à ton intelligence, et malgré une santé longtemps déficiente, tu as réussi à passer rapidement tes deux bachots, puis le P.C.B. et après plusieurs années de stages hospitaliers, notamment à la maison départementale de Nanterre, à devenir en 1955 docteur en médecine.

Ta thèse, très remarquée, fut consacrée à « l'identification des squelettes de déportés du camp de Mauthausen », en Autriche. Tu étais allé la préparer sur place pendant plus d'un an et, souviens-toi, j'étais allé t'y voir.

Entre-temps, je t'avais présenté à mon ami le professeur Derobert, pour qu'il t'initie et te forme à la médecine légale... on sait avec quel succès ! Qu'il en soit aujourd'hui remercié !

Quelques années plus tard, un autre ami, Edmond Michelet, devenu garde des Sceaux et ministre de la Justice, put te confier, sur mon conseil et celui de notre ami le docteur André Marsault, le poste de médecin inspecteur général de l'Administration pénitentiaire.

Je n'ai jamais eu à regretter d'avoir pu utilement contribuer à ta progression dans la vie.

On ne compte plus tes activités diverses, dont j'énumérerai seulement les principales :

- secrétaire général de l'Amicale des anciens de Dachau ;
- président collégial du Comité international de Dachau ;
- chargé du cours de médecine légale à la faculté de médecine de Créteil ;
- secrétaire général de la Société internationale de criminologie ;
- chargé du cours de criminologie aux facultés de droit de Nanterre et de Saint-Maur ;
- chargé de cours de médecine pénitentiaire à l'U.E.R. René-Descartes (professeur Derobert) ;

tout cela en plus de tes fonctions de médecin général des prisons de France.

Certaines de ces activités t'ont permis des voyages dans bon nombre de pays des 5 parties du monde et, tout récemment, tu étais allé à Belgrade pour y préparer un prochain congrès.

J'ai en main ton exposé de titres édité en 1969 en prévision de ton éventuelle nomination de professeur agrégé de médecine légale à la faculté de Créteil, nomination largement méritée qui aurait dû couronner ta belle carrière médicale.

Mais il me faut insister aussi sur ton passé de résistant.

Né le 25 avril 1926 à Saint-Etienne, tu es entré à 17 ans, en juin 1943, au maquis Boye, proche de ta ville natale.

Arrêté le 19 janvier 1944, tu fus condamné à trois ans de prison et interné dans plusieurs prisons successives, puis au camp de Compiègne.

Tu es parti le 2 juillet 1944 par le fameux « convoi de la mort » de triste mémoire : plus de 900 morts à l'arrivée à Dachau sur 2 400 au départ de Compiègne dans des wagons à bestiaux scellés ; 25 survivants seulement dans ton wagon de 100 !

Par une cruelle ironie du sort, après avoir survécu à cette terrible épreuve et à celles, quotidiennes, de l'enfer concentrationnaire, voici que tu nous quittes brusquement et tragiquement au soir du 20 juin, à quarante-sept ans, en pleine activité, mais sans défense devant un crime abominable, inattendu et lâche, perpétré au moyen d'un colis piégé...

Notre indignation est grande...

Mais connaissons-nous jamais la vérité ?

Georges, tu as été un homme exemplaire, un ami fraternel, bon, toujours gai et aimant la vie ; tu es notre fierté. Nous te pleurons et garderons toujours ton souvenir.

Je m'incline respectueusement devant la douleur immense de ta famille inconsolable.

Le salut et je remercie au nom de l'Administration pénitentiaire et en mon nom personnel tous nos collègues étrangers qui ont bien voulu accepter de participer à cette réunion. Nous tirons tous grand profit de leur expérience.

Intervention du docteur Georges FULLY

Médecin inspecteur général de l'Administration pénitentiaire

Ces journées ne feront, je l'espère et je le souhaite, que renforcer les liens qui existent entre nous et permettront de dégager des conclusions nous servant à la fois syndical et professionnellement.

Monsieur le Haut Conseiller représentant M. le Garde des Sceaux,

Monsieur le Directeur,

Messieurs les Magistrats,

Mesdames, Messieurs,

Mes chers collègues,

Après la réunion des médecins pénitentiaires à Paris en 1963, à Fleury-Mérogis en 1968, à Marseille en 1970, c'est une grande satisfaction pour moi que de vous retrouver à Strasbourg en 1972.

Vous aviez, en 1968, exprimé le souhait que de telles rencontres se tiennent tous les deux ans. Nous avons pu tenir, comme vous le voyez, nos engagements et même donner à cette rencontre d'aujourd'hui un lustre nouveau et une ampleur particulière.

En effet, grâce à l'obligeance de M. le Président de la commission consultative du Conseil de l'Europe, à sa compréhension et à l'intérêt qu'il a bien voulu porter à nos problèmes, nous avons pu bénéficier du cadre exceptionnel qu'il a bien voulu mettre à notre disposition.

Nous lui en sommes particulièrement reconnaissants.

De plus, si nous avons tenu à proposer que ces journées prennent une extension européenne en invitant des confrères étrangers, c'est à la suite de l'expérience que j'ai pu acquérir dans d'autres pays où il m'est apparu que les problèmes avec lesquels nous sommes confrontés sont très souvent parallèles, sinon identiques.

Je salue et je remercie au nom de l'Administration pénitentiaire et en mon nom personnel tous nos collègues étrangers qui ont bien voulu accepter de participer à cette réunion. Nous tirens grand profit de leur expérience.

Je remercie également tous les magistrats et fonctionnaires de l'administration centrale et des services extérieurs qui ont bien voulu accepter de se joindre à nous pour participer à nos travaux.

Cette coordination nous paraît à la fois symbolique et traduire la volonté de tous d'aboutir à une véritable concertation qui devrait permettre d'améliorer la qualité de la médecine pénitentiaire et permettre ainsi une véritable intégration des médecins à l'ensemble du système pénitentiaire.

Ces journées ne feront, je l'espère et je le souhaite, que renforcer les liens qui existent entre nous et permettront de dégager des objectifs communs pour le plus grand bien de nos départements respectifs et aussi, bien sûr, de ceux que nous prétendons traiter tant au sens médical qu'au sens pénal et criminologique.

Je souhaite la bienvenue à tous nos collègues français qui ont répondu à notre appel malgré leurs occupations professionnelles et je tiens à profiter de l'occasion qui m'est offerte aujourd'hui pour les remercier tous de leur dévouement et de la précieuse collaboration qu'ils apportent à l'Administration pénitentiaire en me réjouissant des excellents rapports, aussi bien confraternels qu'amicaux, que j'ai toujours eus avec eux.

Je remercie tout particulièrement nos confrères de Strasbourg : le docteur Durand de Bousingen, le docteur Wetta, le docteur Béfort et le docteur Rosensthiel qui ont accepté de se charger de l'organisation locale.

C'était une tâche difficile que de prendre la succession du docteur Poulain qui avait, vous vous en souvenez, organisé de main de maître les précédentes Journées de Marseille.

Je conclurai en souhaitant un plein succès à ces premières Journées européennes de médecine pénitentiaire et en vous souhaitant à tous un excellent séjour à Strasbourg.

De plus, si nous avons tenu à proposer que ces journées prennent une extension européenne en invitant des confrères étrangers c'est à la suite de l'expérience que j'ai pu acquérir dans d'autres pays où il m'est apparu que les problèmes avec lesquels nous sommes confrontés sont très souvent parallèles, sinon identiques.

Allocution prononcée par M. André TOUREN Conseiller du Gouvernement pour les Affaires Judiciaires représentant M. le Garde des Sceaux

MESDAMES, MESSIEURS,

Monsieur le garde des Sceaux, René Pleven, espérait présider votre conférence comme il l'avait déjà fait à Marseille il y a deux ans. Malheureusement, il a été retenu par les lourdes obligations de sa charge et m'a prié de le représenter et de vous exprimer tous ses regrets de ne pas être aujourd'hui parmi vous.

Il le regrette d'autant plus que la médecine pénitentiaire a été récemment l'objet d'attaques injustes qui ont profondément meurtri des hommes dont il connaît le dévouement et en qui sa confiance reste totale.

Soyez assurés qu'il porte le plus grand intérêt à vos travaux dont un compte rendu fidèle lui sera fait.

Votre nombreuse assistance atteste du succès de ces Journées de médecine pénitentiaire qui vous réunissent périodiquement, vous permettant de confronter vos préoccupations professionnelles et d'examiner avec les responsables des établissements tous les problèmes que pose votre action.

Mais cette année, votre réunion me paraît revêtir un éclat et une signification particuliers. La présence parmi vous de nombreux praticiens étrangers, auxquels je suis heureux de souhaiter une cordiale bienvenue, le cadre que vous avez choisi, soulignent votre désir de vous enrichir mutuellement de vos expériences respectives et de trouver des solutions communes à des problèmes qui se posent à travers l'Europe en termes identiques.

Au moment où nous venons de réformer en France la réglementation sur l'exécution des peines en partant des règles minima pour le traitement des détenus établies par le Conseil de l'Europe, il me paraît significatif que vos travaux se déroulent ici à Strasbourg, avec le concours de ce grand organisme dont l'action et les études ont contribué largement à l'évolution des sciences pénales.

La nécessité de cette confrontation entre magistrats, médecins et directeurs d'établissements est d'autant plus actuelle que l'un des objets de la réforme entreprise en France est de permettre précisément, à tous ceux dont les activités contribuent à la vie de la prison, de participer au fonctionnement de l'institution pénitentiaire.

Les graves événements qui, en France comme en divers pays, ont affecté le service pénitentiaire rendent nécessaire la participation de tous à l'œuvre commune.

C'est dans cet esprit qu'a été institué, comme vous le savez, auprès de chaque prison, quelles que soient sa destination et son importance, une commission de l'application des peines.

Cet organisme où vous serez appelé à siéger doit constituer autour du juge de l'application des peines et du directeur de l'établissement une véritable équipe. Elle vous fournira l'occasion de vous associer plus étroitement au traitement des détenus et à la mise en œuvre des régimes appropriés. Et nul mieux que vous, Messieurs, ne peut, grâce à vos qualités humaines et scientifiques, éclairer cette commission sur la portée de certaines mesures lourdes de conséquences pour l'avenir des délinquants dont nous avons la charge.

Il vous sera sans doute difficile de concilier ces charges nouvelles avec vos obligations professionnelles et vous ne pouvez peut-être pas assister à toutes les réunions des commissions de l'application des peines, mais votre concours sera précieux pour l'étude de nombreux cas. Un effort vous sera une fois de plus demandé. Il conviendra que cet effort vous soit facilité.

Trop souvent, je le sais, le médecin pénitentiaire doit travailler dans des conditions précaires et insuffisantes sans toujours bénéficier de l'assistance qui lui serait indispensable.

C'est pourquoi nous nous félicitons de ce qu'ait été obtenu du ministère des Finances une augmentation du nombre des vacations pour la majorité d'entre vous et de ce que, l'année prochaine, grâce aux crédits supplémentaires inscrits au budget de 1973, le taux de ces vacations puisse être relevé. L'objectif à atteindre, le garde des Sceaux vous le confirme, est la présence dans les grands établissements de médecins à temps complet.

Les difficultés de recrutement du personnel infirmier que connaissent également les services hospitaliers civils soulèvent de graves problèmes pour l'organisation du service. Des solutions nouvelles pourraient, me semble-t-il, être trouvées dans une certaine spécialisation de fonctionnaires pénitentiaires. Vos avis sur ce point nous seront très précieux.

Par ailleurs, les travaux de votre commission sur la place du médecin dans le système pénitentiaire au niveau de la détention provisoire et de l'exécution de la peine permettront, je l'espère, de mieux définir votre fonction au sein de l'institution. La présence de nombreux praticiens étrangers, qui vous offre la possibilité de confronter notre organisation sanitaire avec celle des pays voisins, vous y aidera certainement.

Enfin, le projet de statut des médecins pénitentiaires qui a été étudié à la demande de vos responsables syndicaux a été définitivement mis au point et approuvé par vos organisations professionnelles. Cet examen des clauses et conditions générales relatives à l'exercice de vos fonctions en milieu pénitentiaire a permis d'introduire une véritable concertation entre l'administration et vos représentants, concertation que M. le président Pleven souhaite pour tous les problèmes qui touchent à l'exercice de votre activité.

Les sujets qui vont être l'objet de vos entretiens pendant ces journées rejoignent les préoccupations les plus actuelles du garde des Sceaux.

Le développement de la toxicomanie qui, après l'Amérique et les pays scandinaves, atteint l'Europe, nous pose un problème particulièrement difficile. Les modalités d'application de la loi du 21 décembre 1970, qui confie à l'Administration pénitentiaire la charge de certains toxicomanes, imposent des sujétions particulières à nos services cliniques. Or ceux-ci ne disposent pas, en raison des contraintes du système carcéral, des moyens nécessaires pour mener à bien une désintoxication.

Le garde des Sceaux attache également le plus grand prix aux suggestions que vous pourrez lui faire sur les moyens de prévenir les conduites suicidaires qui posent, vous le savez, un problème particulièrement préoccupant.

Devant la montée angoissante de la délinquance, je crois qu'il n'est guère de tâche plus urgente que de réexaminer les problèmes soulevés par la prévention et la thérapeutique du phénomène criminel. Mais la définition de nouvelles méthodes de traitement nécessite un effort de recherche auquel je vous convie dans la discipline que vous pratiquez.

Je ne doute pas que, dans un climat de fructueuse collaboration avec les magistrats et les responsables d'établissements, vous nous aidiez à redéfinir une doctrine pénitentiaire qui soit adaptée à la fois à nos principes humanitaires et à l'évolution de notre société.

Je puis vous donner l'assurance que M. le président Pleven attend de vos travaux des suggestions et des avis dont il entend tenir le plus grand compte pour la mise en œuvre de solutions nouvelles.

En effet, votre connaissance de l'Administration pénitentiaire est unique et particulière. Vous faites quotidiennement apport à cette administration de votre humanité, de votre présence apaisante, bénéfique, de votre science et de vos soins.

Vous avez une part importante de ses responsabilités.

Vous êtes une part de ses mérites et de son honneur.

Au nom du garde des Sceaux, je vous remercie et déclare ouverte votre conférence.

Intervention du docteur Georges FULLY

Médecin inspecteur général de l'Administration pénitentiaire

Je voudrais faire très rapidement un tour d'horizon et donner quelques aspects des renseignements qui m'ont été adressés par nos confrères étrangers et qui m'ont paru intéressants.

Le docteur Georges Bridel, de Baulmes, dans le canton de Vaud, a bien voulu me donner les renseignements suivants :

En Suisse, en raison de la structure fédéraliste du pays, il n'existe pas d'organisation centrale ou nationale des services médicaux pénitentiaires.

Chaque établissement pénitentiaire est placé sous le contrôle sanitaire du médecin cantonal qui est un médecin fonctionnaire dont la mission consiste essentiellement à diriger la politique sanitaire du canton.

Les médecins qui exercent dans les établissements pénitentiaires sont pratiquement à temps partiel. Ils exercent le plus souvent par ailleurs en clientèle privée.

Il y a deux ans les médecins et psychiatres pénitentiaires ont tenu une conférence afin d'améliorer les échanges d'informations dans le but de coordonner l'action médico-psychiatrique.

Mme le docteur Bergkwist, inspectrice des services médicaux pénitentiaires de Suède, nous a précisé que des centres médico-psychologiques bien équipés existaient dans les maisons centrales pour condamnés à de longues peines, que l'examen médical à l'entrée des détenus était systématique, que les conditions de travail des médecins n'étaient pas très favorables et que le recrutement était souvent difficile, que l'insuffisance numérique d'infirmières et d'infirmiers était très pénible, qu'en fait une dizaine de prisons seulement étaient dotées d'infirmières et une vingtaine d'infirmiers

dont la formation générale était inférieure à celle des infirmières, une cinquantaine d'établissements ne possédant pas de personnel spécialisé.

Il existe un service psychiatrique pour récidivistes occupant deux médecins.

Il existe un hôpital psychiatrique de 60 places où exercent deux médecins également.

Mme Bergkwist insiste sur le fait qu'actuellement les toxicomanes créent un problème sérieux dans les prisons suédoises, qu'environ 25 % des incarcérés présentent des signes d'intoxication.

Au Pays-Bas, le docteur Lunlenbeld nous a appris que les médecins pénitentiaires sont toujours en Hollande des médecins à temps partiel, que le dépistage est exercé régulièrement, notamment en ce qui concerne la tuberculose et les maladies vénériennes, dans chaque établissement.

Le médecin remplit également dans l'établissement le rôle d'hygiéniste.

Les détenus sont hospitalisés dans les hôpitaux civils.

Un hôpital psychiatrique est en cours de construction.

C'est l'inspecteur médical qui délivre les autorisations d'hospitalisation.

Pour ce qui est du service psychiatrique, 13 psychiatres travaillent à temps partiel dans le domaine pénitentiaire, 5 psychiatres sont à temps complet.

Le psychiatre du district est membre du conseil de reclassement et il assume donc une fonction dans la politique pénitentiaire. Il donne son avis au juge-commissaire sur la suspension éventuelle de la détention préventive.

Des contacts sont établis avec les services de la Santé publique.

Nos collègues allemands, qui sont venus nombreux, m'ont adressé une importante documentation.

En Allemagne également, l'organisation fédérale fait que chaque *Land* possède sa propre organisation pénitentiaire.

Je ne ferai que donner très rapidement quelques particularités qui m'ont paru intéressantes :

Le docteur Meitzner, de Berlin, nous dit que la consommation médicale a augmenté considérablement ces dernières années, ce qui rend la tâche du médecin à la fois plus lourde et plus difficile.

Il m'a paru intéressant de souligner dans son rapport l'existence, à Berlin, d'une école d'infirmières pénitentiaires.

Il sera intéressant qu'il nous donne davantage de précisions tout à l'heure sur les conditions de fonctionnement de cette école.

Le docteur Hutter, de Wittlich, nous dit que dans les petites prisons ce sont des médecins privés contractuels qui assurent les soins mais dans les établissements plus importants ce sont des médecins fonctionnaires.

On compte 1 médecin pour 500 détenus.

Il ajoute qu'il est difficile de recruter des médecins pour cette tâche en raison du salaire insuffisant qui leur est alloué.

Les hospitalisations se font dans un hôpital central ou à l'hôpital civil le plus proche.

Il fait remarquer qu'il est souvent difficile de concilier les exigences de sécurité avec les soins lorsqu'il s'agit de détenus dangereux.

Le docteur Friedland, de Hambourg, nous apprend que, pour les *Länder* de Brême, Hambourg et Schleswig-Holstein, il existe un hôpital central à Hambourg dont la contenance est de 220 lits et où il existe un service de chirurgie, de médecine générale, de dermatologie, de vénérologie, de phthisiologie et de neurologie psychiatrique.

7 médecins sont employés à temps plein et 5 à temps partiel.

D'autre part travaillent dans cet établissement 42 personnes soignantes, dont 6 infirmières et 14 infirmiers.

L'hôpital est dirigé par un médecin-chef.

Un inspecteur médical du ministère de la Justice à Hambourg est responsable du fonctionnement des services médicaux pénitentiaires.

Le docteur Friedland nous adresse une intéressante statistique de morbidité dans laquelle nous avons relevé que pour un total, en Allemagne fédérale, de 46 472 détenus, pour l'année 1971, il y a eu 75 suicides, 384 tentatives de suicide, 2 020 automutilations, 584 ingestions de corps étrangers.

Pour ce qui concerne la Bavière, le docteur Lehmann nous indique qu'il existe également à Munich un hôpital central avec un département chirurgical.

Dans les établissements de moindre importance les cas légers sont traités dans les infirmeries, les cas les plus graves dans les cliniques municipales ou universitaires.

Il existe, dans la plupart des établissements pénitentiaires, pendant la nuit, une permanence médicale assurée par un infirmier.

Les détenus présentant des troubles psychiques sont traités au service psychiatrique du pénitencier de Straubing. Les malades mentaux peuvent être également admis dans un établissement relevant de la Santé publique.

La distribution de médicaments est faite une fois par jour, excepté le dimanche.

Le docteur Meisenbach, de Rothenburg, nous indique qu'il n'y a pas de médecin inspecteur général en Allemagne occidentale en raison de la structure fédérale et confirme qu'il existe un hôpital central dans chaque *Land*.

Il précise que les emplois de médecin à temps complet sont très mal rémunérés et que les médecins sont souvent découragés pour cette raison et en plus à cause de la difficulté de la tâche qu'ils doivent assumer.

Ainsi ce sont souvent des médecins étrangers rencontrant des difficultés pour trouver un emploi qui sont recrutés.

J'ajoute que j'ai eu l'occasion, il y a deux ans, de visiter l'hôpital pénitentiaire de Düsseldorf qui employait effectivement des médecins étrangers à temps plein.

Notre ami le docteur Pickering, directeur du service médical des prisons, m'a adressé une intéressante documentation sur le service médical des prisons britanniques que je ne ferai que résumer en insistant sur les points qui me paraissent importants.

Ainsi, lorsque le *National Health Service* a été créé en 1948, le service médical des prisons a été maintenu comme un service séparé autonome. Toutefois, en raison de la complexité de la médecine moderne, il ne peut se suffire à lui-même.

Il fonctionne donc en liaison avec le *National Health Service*, notamment en ce qui concerne les interventions spécialisées et la psychiatrie médico-légale.

Le service médical des prisons est placé sous la direction d'un directeur-médecin qui est également membre de la direction générale des prisons (*Prisons Board*).

Chaque établissement est équipé techniquement pour prendre en charge les malades.

En ce qui concerne la psychiatrie, il existe maintenant 41 établissements avec des quartiers psychiatriques à compétence régionale, le plus important étant la prison psychiatrique de Grendon ouverte en 1962.

L'alcool et les drogues posent également des problèmes. Environ 33 % des détenus présentent des problèmes d'alcoolisme.

Les toxicomanes sont désintoxiqués dans la plupart des établissements pénitentiaires. Il est prévu un quartier pour drogués à la prison de Wormwood.

En ce qui concerne le statut des médecins, au 31 décembre 1972 il y avait 100 médecins. La plupart des médecins sont à temps plein mais il existe également 98 médecins à temps partiel pour les petits établissements.

18 pharmaciens assurent la distribution des médicaments.

Après ce survol de la situation sanitaire pénitentiaire dans différents pays, je tiens à m'excuser auprès de nos collègues étrangers d'avoir été volontairement incomplet et peut-être inexact en raison des problèmes de traduction.

— réforme suite de l'Administration pénitentiaire.

Chaque médecin, chaque spécialiste a le devoir d'apporter ses idées, ses suggestions. Il va de soi que, du haut de cette tribune, je parlerai en ma qualité de chirurgien et de médecin-chef de l'hôpital central des prisons de Fresnes. Je ne permettrai d'empiéter quelque peu sur le terrain de mon collègue et ami le docteur Hindermeyer, responsable depuis peu, à Fresnes, des divisions, car malgré une séparation apparente nous avons cependant beaucoup d'intérêts communs, de problèmes identiques à résoudre.

Je parlerai ici sans acrimonie, objectivement.

Il est temps, j'estime, qu'une voix s'élève pour faire le point et pour répondre à certains livres à succès facile. Leurs auteurs n'avaient qu'un but : dénigrer et jeter le discrédit. Ils n'y sont pas parvenus et à mes yeux ils ont deux excuses :

— leur jeunesse ;

— l'ignorance totale d'un milieu et d'une profession.

Il faut avoir vécu de longues années au sein de l'Administration pénitentiaire et au contact des détenus pour bien connaître et les uns et les autres.

Chaque établissement est équipé adéquatement pour prendre en charge les malades.

En ce qui concerne la psychiatrie, il existe maintenant 41 établissements avec des psychiatres spécialisés à compétence régionale. Le plus important étant la prison psychiatrique de Greenford ouverte en 1962.

Les toxicomanes sont détoxifiés dans la plupart des établissements pénitentiaires. Il est prévu un quartier pour drogués à la prison de Wormwood.

En ce qui concerne le statut des médecins au 31 décembre 1972 il y avait 100 médecins. La plupart des médecins sont à temps plein mais il existe également 28 médecins à temps partiel pour les petits établissements.

Les pharmaciens assurent la distribution des médicaments. Après ce envoi de la liste des médicaments, les différents pays doivent à leur tour adresser à nos collègues des lettres d'avis de leur état de préparation et de leur état de distribution.

Notre ami le docteur Pickering, directeur du service médical des prisons, m'a adressé une intéressante documentation sur le service médical des prisons britanniques que je me ferai un plaisir de résumer en insistant sur les points qui me paraissent importants.

Ainsi, lorsque le *National Health Service* a été créé en 1948, le service médical des prisons a été maintenu comme un service séparé autonome. Toutefois, en raison de la complexité de la médecine moderne, il ne peut se suffire à lui-même.

Il fonctionne donc en liaison avec le *National Health Service*, notamment en ce qui concerne les interventions spécialisées et la psychiatrie médico-légale.

Le service médical des prisons est placé sous la direction d'un directeur-médecin qui est également membre de la direction générale des prisons (*Prisons Board*).

Ceci dit, tout n'est pas parfait mais tout n'est pas pour autant comme voudraient le faire croire les adversaires de notre organisation. Ont un malaise général indéniable existe. Notre organisation sanitaire pénitentiaire est loin d'être parfaite.

Intervention du docteur Jacques PETIT

Médecin-chef de l'hôpital des prisons de Fresnes

Organisation sanitaire pénitentiaire

C'est un très vaste sujet qu'il convient d'aborder à l'heure où partout on parle de réforme :

- réforme des études médicales ;
- réforme de l'hospitalisation en général, aussi bien publique que privée ;
- réforme enfin de l'Administration pénitentiaire.

Chaque médecin, chaque spécialiste a le devoir d'apporter ses idées, ses suggestions. Il va de soi que, du haut de cette tribune, je parlerai en ma qualité de chirurgien et de médecin-chef de l'hôpital central des prisons de Fresnes. Je me permettrai d'empêcher quelque peu sur le terrain de mon collègue et ami le docteur Hindermeyer, responsable depuis peu, à Fresnes, des divisions, car malgré une séparation apparente nous avons cependant beaucoup d'intérêts communs, de problèmes identiques à résoudre.

Je parlerai ici sans acrimonie, objectivement.

Il est temps, j'estime, qu'une voix s'élève pour faire le point et pour répondre à certains livres à succès facile. Leurs auteurs n'avaient qu'un but : dénigrer et jeter le discrédit. Ils n'y sont pas parvenus et à mes yeux ils ont deux excuses :

- leur jeunesse ;
- l'ignorance totale d'un milieu et d'une profession.

Il faut avoir vécu de longues années au sein de l'Administration pénitentiaire et au contact des détenus pour bien connaître et les uns et les autres.

Ceci dit, tout n'est pas parfait mais tout n'est pas pourri comme voudraient le faire croire ces apprentis sorciers.

Oui, un malaise général indiscutable existe. Notre organisation sanitaire pénitentiaire est loin d'être parfaite.

Nombreuses sont les récriminations qui proviennent :

- du personnel médical ;
- du personnel infirmier ;
- des détenus, bien entendu.

Or, je ne crains pas de le dire, tout le problème gravite autour de deux facteurs :

- le manque de personnel ;
- le manque de matériel.

Pour Fresnes, et comme je vous l'annonçais dans mon préambule, il faut distinguer :

- les divisions ;
- l'hôpital central.

LES DIVISIONS :

C'est-à-dire la prison. On y trouve :

- 2 000 détenus ;
- une amélioration certaine : la nomination du docteur Hindermeyer mais quelle pauvreté à côté !
- un manque certain de personnel :
 - 4 infirmiers dont 1 incapable ;
 - 2 internes et 1 stagiaire interné ;
- trop de détenus qui ne sont pas à leur place :
 - les toxicomanes ;
 - les convalescents ou les chroniques ;
 - de véritables malades, également ;
- un secrétariat défectueux, où les dossiers sont manipulés par les détenus ;
- un nombre considérable de médicaments psychotropes à distribuer. On commence à 15 heures !

Quelques chiffres pour une seule journée :

- 626 flacons de médicaments toxiques ;
- 190 sachets de médicaments non toxiques ;
- 52 injections de produits divers ;
- des services mal assurés :
 - la détection de la syphilis ;
 - la prévention de la tuberculose. Aucun dépistage n'a eu lieu depuis novembre 1971 (d'après mon collègue Laffont, 6 000 personnes sont passées à Fresnes depuis cette époque. On peut penser que 30 tuberculeux n'ont pas été détectés). C'est dire la nécessité d'acquérir un appareil radio-photos ;
- les soins dentaires sont, il faut le dire, scandaleusement organisés. On arrache, mais on ne traite pas ;
- la nécessité d'un centre psychiatrique pour soulager celui de La Santé, fréquemment encombré.

L'HOPITAL CENTRAL :

Mon collègue et ami le docteur Laffont me permettra d'y rattacher l'infirmerie annexe.

L'ensemble, hôpital central et infirmerie annexe, représente 433 lits d'hospitalisation, dont voici le détail :

- à l'hôpital central : 284 lits (245 hommes - 39 femmes) ;
- à l'infirmerie annexe : 150 lits hommes (pneumo-phthisiologie et cardio-vasculaire).

En fait, à l'hôpital central, il n'y a que 153 malades aujourd'hui.

De quel personnel disposons-nous ?

- 14 infirmières civiles ;
- 1 infirmière de nuit ;
- 3 internes (2 en chirurgie - 1 en médecine) ;
- 1 stagiaire interné.

Les internes sont en nombre insuffisant. L'équipe actuelle est bonne.

Les infirmières sont mal payées ; recrutées par le ministère de la Justice ou en provenance de la Croix-Rouge, elles assument une

tâche difficile et font preuve d'un grand dévouement. De nombreux postes ne sont pas pourvus.

Les médecins sont mal honorés et mécontents. Depuis plusieurs années ils réclament à l'Administration pénitentiaire un véritable statut et un réajustement de leurs salaires.

Sur le plan matériel :

- l'absence d'un secrétariat bien organisé se fait cruellement sentir. Nous attendons avec impatience la livraison d'un matériel de réanimation indispensable dans une telle collectivité sanitaire ;
- les examens de laboratoire ne sont pas réalisables en urgence. Nous devons nous en passer les jours de fête, le samedi et le dimanche ;
- la pharmacie est fermée le samedi à midi jusqu'au lundi matin.

L'organisation sanitaire pénitentiaire pose donc, à brève échéance, de gros problèmes à l'heure même où la santé publique est en pleine mutation.

Quelles sont les solutions que l'on est en droit d'envisager à Fresnes ?

Il faut distinguer, je pense, des solutions à court terme, des solutions à moyen et à long terme.

1° *Rapidement*, il conviendrait d'utiliser à son maximum la capacité de l'hôpital central, en supprimant le pseudo-hôpital érigé en division où l'on trouve :

- des intoxiqués ;
- des diabétiques ;
- des convalescents ;
- des alcooliques ;
- des détenus en attente d'intervention.

Pour cela, il faut engager des infirmières, augmenter le nombre des internes.

La pénurie en infirmières sévit chez nous comme elle sévit à l'Assistance publique. Mais, détail aggravant, les émoluments de nos infirmières sont nettement inférieurs à ceux de leurs collègues des hôpitaux de Paris. Le rattrapage financier devrait se trouver dans un meilleur calcul de la prime de risque et dans l'octroi d'« avantage logement ».

Nos internes sont insuffisamment rémunérés. Il est vraiment anormal qu'ils ne touchent pas de congés payés. Comment s'étonner que, dans ces conditions, ils ne fassent pas de Fresnes le centre de leur activité principale et qu'ils cherchent ailleurs le complément financier indispensable à leur budget ?

Recrutés sans concours, par simple recommandation, nos jeunes collaborateurs doivent obligatoirement, dans les années qui viennent, provenir d'un internat officiellement reconnu, tel que celui de la région de Paris.

2° *Le problème d'avenir :*

Il est, à mes yeux, capital. Il est conditionné par des impératifs auxquels nous ne pouvons et surtout nous ne devons pas nous soustraire.

La technicité prend chaque jour plus d'ampleur. La spécialisation s'affirme dans toutes les branches de la médecine et de la chirurgie. L'époque de la médecine et de la chirurgie générales est révolue.

Parallèlement, les responsabilités grandissent de jour en jour. Il faut éviter de prêter le flanc à la critique. En milieu carcéral un décès est inévitablement suspect. La famille, les avocats, la presse ne manquent pas d'écraser de leurs sarcasmes l'Administration pénitentiaire et son corps médical. Durant ces cinq dernières années, je trouve que l'atmosphère de suspicion s'est singulièrement alourdie dans nos prisons.

Sans vouloir blesser qui que ce soit, tenant compte de la conjoncture actuelle et pesant tous mes mots, je crois très sincèrement que l'hôpital des prisons, propriété exclusive du ministère de la Justice, a vécu. Il faut le sortir de son isolement. C'est au ministère de la Santé de prendre en charge un tel hôpital. Le bricolage n'est plus admissible. Bien entendu, la sécurité pénitentiaire doit marcher de pair avec la sécurité médicale, mais il n'est pas tellement facile de concilier ces deux impératifs.

Géographiquement, nous sommes implantés sur le Val-de-Marne, tout comme le C.H.U. Henri-Mondor. De plus en plus nous utilisons les services de cet hôpital ultra-moderne. Je n'en veux pour preuve que la participation des anesthésistes, élèves du professeur Huguenard, à nos activités. Il ne me paraît pas illusoire de penser que notre hôpital puisse, un jour, être assimilé à un hôpital de deuxième catégorie. Cette nouvelle structuration constituerait le premier pas d'une véritable intégration hospitalo-universitaire et devrait être avantageuse pour tout le monde :

— pour les étudiants du centre hospitalier qui, d'une façon générale, manquent de malades à partir desquels ils apprennent leurs éléments de séméiologie ;

— pour nous, dont les internes, en nombre insuffisant, seraient heureusement secondés par des faisant fonction d'externes.

Au moment où l'Administration pénitentiaire parle de milieu ouvert, pourquoi ne pas imaginer cette « ouverture médicale », cette restructuration de l'hôpital central de Fresnes, capable d'améliorer très sensiblement la qualité des soins que nous destinons à nos prisonniers ?

Le thérapeute peut proposer une désintoxication, simple à réaliser et facilement acceptée. Il peut amorcer une aide psychologique pour situer le rôle de l'alcool et l'utilité d'une mesure d'abstinence.

Le médecin alcoolique selon les modalités qui peuvent être trouvées dans les différents pays.

COMMISSION I

Problèmes posés par les toxicomanes, les alcooliques, les crises d'agitation, les urgences

Le plus important de notre action est ce qui peut être proposé en matière de soins médicaux et sociaux. Les différents domaines de l'autorité sanitaire (examen, commission visite à domicile...) permettent souvent, par le biais du symptôme alcool, de révéler d'autres problèmes et de les aborder.

Résumé du rapport du docteur HIVERT

La poursuite de ces traitements rencontre des difficultés de différents ordres. Les différents domaines de l'autorité sanitaire (examen, commission visite à domicile...) permettent souvent, par le biais du symptôme alcool, de révéler d'autres problèmes et de les aborder.

PROBLÈMES POSÉS PAR L'ALCOOLIQUE AU MÉDECIN DE PRISON

L'alcoolisme n'a pas perdu de son importance sur le plan social. L'alcool intervient, à des degrés divers, dans les conduites délictueuses — chez 12 à 15 % des entrants à la Santé (presque dix fois plus que d'utilisateurs de drogues).

Le recours à l'alcool n'est, le plus souvent, qu'un symptôme révélateur d'une souffrance existentielle dont la rupture d'adaptation en est l'aboutissement.

L'alcoolisation peut être en relation directe avec certains délits (conduite en état d'ivresse, C.B.V., O.P.P., etc.) ou indirecte dans un processus de désocialisation (vagabondage).

Parfois, l'incarcération va faire découvrir une imprégnation toxique sous-estimée ou un état de dépendance à l'alcool méconnu ; c'est dire l'utilité d'une prise de contact clinique, dès l'entrée.

Le médecin peut intervenir efficacement d'urgence, à ce stade, pour prévenir une décompensation aiguë grave (D.T.) favorisée par le sevrage forcé. C'est toujours l'occasion pour le patient d'une prise de conscience de son problème à travers les faits objectifs.

Le thérapeute peut proposer une désintoxication, simple à réaliser et facilement acceptée. Il peut amorcer une aide psychothérapique pour situer le rôle de l'alcool et l'utilité d'une mesure d'abstention.

Le détenu alcoolique aborde le problème alcool selon des modalités qui peuvent être, tour à tour, contradictoires :

- tantôt il fait étalage de ce qui peut lui apparaître culturellement une excuse ;
- tantôt, selon une attitude plus traditionnelle, il se réfugie derrière des dénégations.

Le plus important de notre action est ce qui peut être proposé au-delà de la détention. Même incomplètement appliquée (faute de suite judiciaire), la loi du 15 avril 1954 a suscité, dans certains départements (Paris par exemple), une action médico-sociale originale, sur laquelle on peut s'appuyer.

Les différentes démarches de l'autorité sanitaire (examen, commission, visite à domicile...) permettent souvent, par le biais du symptôme alcool, de révéler d'autres problèmes et de les aborder.

La poursuite de ces traitements rencontre des difficultés :

- l'une inhérente à la nature de notre population pénale, souvent instable, « flottante » (près de la moitié est sans domicile fixe) ;
- l'autre due à la mauvaise acceptation de l'alcoolique, surtout s'il paraît antisocial, par les structures psychiatriques.

C'est là un grave problème qui devient aigu. La solution ne serait-elle pas de faire assurer la continuité des soins par l'équipe clinique pénitentiaire, mais à l'intérieur de structures ouvertes, différenciées et démarquées du système carcéral ?

Intervention du docteur Charles POULAIN

Médecin-chef des prisons de Marseille

La loi du 31 décembre 1970 avait pour principale innovation d'associer l'action médico-sociale à la répression dans la lutte contre la toxicomanie.

Elle répondait au double souci de considérer les intoxiqués comme des malades et de renforcer les peines contre les trafiquants de drogue.

Les mesures sanitaires prévoyaient, d'une part, que ceux qui sont déferés à la justice ou qui sont décelés par les médecins et les services médico-sociaux comme ayant fait un usage illicite de stupéfiants de façon soit épisodique, soit continue, pourront éviter, s'ils acceptent de se faire soigner, des poursuites judiciaires et des condamnations susceptibles de traumatiser des sujets jeunes de façon définitive et, d'autre part, que les personnes faisant un usage illicite de stupéfiants, jusque-là méconnu et donc non signalé, pourront se faire soigner volontairement et anonymement.

On était donc en droit de penser que le problème des drogués en prison était en voie de se résoudre et que les cellules seraient occupées par des trafiquants et non par des malades victimes de leur marché.

L'expérience américaine avait déjà montré que tous les efforts législatifs ou répressifs entrepris avaient échoué devant ce problème. Nous en faisons, hélas, également l'expérience.

Si nous faisons le point de la situation des toxicomanes arrêtés ou interpellés durant l'année 1971 et le premier trimestre 1972 sur l'étendue du territoire français, nous relevons que, sur 1 552 affaires traitées, 3 458 arrestations ou interpellations ont été effectuées dont :

- 2 578 usagers de la drogue ;
- 564 revendeurs usagers ;
- 159 revendeurs ;
- 157 trafiquants.

Sur ces 3 458 arrestations on dénombre :

- 1 736 mineurs de vingt et un ans dont 1 348 hommes et 388 femmes ;
- 49 mineurs de seize ans ;
- 1 230 jeunes de seize à dix-neuf ans ;
- 1 719 de vingt à vingt-cinq ans.

A Marseille, plus particulièrement, au cours des dix dernières années, plus de 590 toxicomanes ont été dirigés sur décision de justice sur notre service médical de l'hôpital des Baumettes.

Ce sont en général des jeunes, des adolescents ; l'âge du début dans la drogue est actuellement de quatorze, quinze et seize ans.

En 1972 :

- 464 toxicomanes dans les prisons françaises ;
- 237 toxicomanes dans les prisons marseillaises, dont 205 hommes et 32 femmes.

Le mode d'entrée dans la toxicomanie est l'héroïne en prise nasale et intraveineuse. Alors que la classification en France d'utilisation des drogues place le haschich en première position avec 69 %, suivi par les hallucinogènes à 54,8 % et l'héroïne à 42,6 %, nous comptons à Marseille une utilisation de l'héroïne dans la proportion de 92 %.

Les motivations du début de la prise de drogue se caractérisent en premier lieu par la curiosité, puis par la recherche d'évasion, la recherche d'effets réputés, la pression de groupe ; viennent ensuite le besoin d'assurance, le défi à la société et enfin une meilleure connaissance de soi.

La majorité des jeunes que nous avons interrogés dans notre étude déclarent qu'une fois qu'ils ont employé une drogue ils sont tentés de continuer à en prendre pour renforcer ou améliorer leur première expérience.

En fait, il faut avoir pris plusieurs fois certaines substances avant d'en ressentir les effets.

En général, si rien ne se produit au début, le novice continue en augmentant chaque fois la dose, jusqu'à ce qu'il ressente quelque chose ou qu'il s'endorme.

Cependant, s'il a fait sa première expérience en tant que membre d'un groupe, l'adolescent se sent obligé de continuer pour gagner ou conserver l'approbation des autres.

En agissant ainsi, il exprime aussi ses sentiments d'agressivité contre la société, ses parents ou tout autre groupe auquel il est hostile.

Tentatives de suicide chez les drogués :

15 à 18 % des sujets ont tenté antérieurement à leur incarcération de porter atteinte à leur vie. Parmi ces cas, 1/3 avaient récidivé dans leurs tentatives. En milieu carcéral ces tentatives se caractérisent surtout par les automutilations : absorption d'objets ou produits, inclusion cutanée d'aiguilles (classique chez le sexe féminin), ingestion de suppositoires hypnogènes préalablement stockés.

Selon une enquête de l'I.N.S.E.R.M. entreprise au début de 1971 et à laquelle nos services participent, nous relevons sur un nombre de 484 drogués :

- 80 tentatives de suicide, soit 16,5 % des sujets ;
- 48 étaient des premières tentatives ;
- 32 des récidives :
 - 16 deuxième tentative ;
 - 8 troisième ;
 - 6 quatrième ;
 - 2 cinquième ;
- 4 sujets avaient entre 14 et 17 ans ;
- 54 entre 18 et 24 ans ;
- 14 entre 25 et 29 ans ;
- 6 30 ans et plus.

Il est intéressant de noter que les suicidants au passé toxicomane utilisent toujours un moyen toxique mais jamais leur drogue habituelle pour effectuer leurs tentatives.

Etat général des sujets à leur incarcération :

- 45 % des sujets présentaient un état général bon ;
- 43 % » » » moyen ou satisfaisant ;
- 10 % » » » mauvais ;
- 2 % » » » très mauvais.

L'augmentation de poids en fin de cure de sevrage est constante et atteint parfois plus de dix kilogrammes, posant par là des problèmes souvent difficiles chez les jeunes filles qui sollicitent alors souvent des anorexigènes.

Les remèdes :

Nul ne peut s'étonner ou s'indigner des insuffisances et des carences de l'action thérapeutique.

La demande du toxicomane est d'abord d'une grande ambiguïté. Avant son incarcération, le toxicomane a dans la majorité des cas déjà établi un contact avec le corps médical :

- soit par peur de l'intoxication à la suite d'exemples malheureux connus ;
- soit par raréfaction du produit habituel sur le marché ;
- soit par peur de la police ;
- soit par désir d'échapper à la drogue par réflexion spontanée ;
- soit par peur d'une connivence entre le médecin et la justice ou la police.

Nous ne devons en aucun cas considérer qu'une cure de désintoxication suivie d'une rechute est un échec ; il s'agit là d'une lutte en dents de scie qui peut aboutir un jour à un résultat positif et nous ne devons en aucun cas céder au découragement et au scepticisme.

Le sevrage pratiqué en milieu carcéral hospitalier consiste en l'interruption du toxique. Le syndrome de manque va provoquer une souffrance physique réelle qu'il faut réduire ou supprimer par l'emploi de neuroleptiques sous surveillance d'un bilan cardio-biologique

Il est réalisé en général en cinq à six jours sans incident majeur par l'association en intramusculaire ou *per os* trois ou quatre fois par jour du largactil, nozinan, halopéridol. On adjoindra en cas d'anxiété du valium ou du dogmatil.

Le largactil est contre-indiqué, en cas d'intoxication par le DOM ou STP (S : Serenity, T : Tranquility, P : Peace) ou diméthoxyméthyl amphétamine qui se situe à la charnière des hallucinogènes et des amphétamines. En cas d'intoxication à l'amphétamine, il faudra éviter les neuroleptiques incisifs et employer le dogmatil.

Il paraît souhaitable à tous les cliniciens de conserver durant quelque temps le drogué en milieu protégé ; en milieu carcéral nous réunissons ces conditions car une sortie immédiate exposerait le drogué à une rechute certaine et rapide.

L'hospitalisation de longue durée en milieu fermé paraît logique ; or 90 % des sujets ainsi hospitalisés dans un établissement comme le *Lexington hospital* ont rechuté dans la première année de leur sortie.

Une expérience semblable a été faite aux U.S.A. avec des condamnés purgeant de longues peines ; elle fut soldée par un échec.

La cure extra-hospitalière avec surveillance psychothérapeutique dans un dispensaire est une autre solution. Un personnel spécialisé aura un contact plus étroit avec le drogué et la participation active à son sauvetage sera plus évidente. Une recherche périodique ou impromptue de drogue dans les urines contrôlant l'intoxiqué mais surtout l'aidant à résister puisqu'il sait que toute tricherie peut être décelée. En ce lieu pourront être entamées la recherche d'une réinsertion sociale, l'obtention d'un travail ou d'un logement.

La prophylaxie sur le plan médico-social demeure en France très insuffisante et cela du fait de la situation du toxicomane vis-à-vis de la loi. En effet, les toxicomanes sont considérés plus comme des délinquants que comme des malades, soumis à des actions répressives beaucoup plus qu'à des mesures thérapeutiques efficaces.

La solution carcérale est certes payante dans le domaine du sevrage où l'efficacité est fonction de l'isolement du monde extérieur.

Elle est payante pour des individus multirécidivistes et rebelles à toute prise en charge médicale et dangereux par leur prosélytisme pour la jeunesse dont ils font leur marché.

Il faut considérer le toxicomane en milieu carcéral avant tout comme un malade et non comme un délinquant et tenter comme nous l'avons fait aux Baumettes de séparer ces jeunes après la cure des véritables délinquants relevant de la criminologie. Cela n'est pas toujours facile.

Notre pessimisme nous porte à penser que d'ici 1975 tous les départements français seront plus ou moins touchés et que d'ici 1978 l'héroïne pourrait s'implanter dans plus de la moitié des départements selon le « modèle » marseillais. D'ailleurs, selon les estimations de MM. Pelicier et Thuillier, les jeunes d'un milieu intellectuel égal ou inférieur au C.A.P. seront contaminés par l'héroïne ou la cocaïne.

Il est d'ailleurs difficile de dialoguer avec les jeunes car ils ne nous croient pas : l'expérience des uns ne sert pas toujours aux autres car les adolescents se méfient instinctivement des adultes.

Et pourtant, en montrant des faits, il est possible de leur faire réviser des jugements trop hâtifs, nés des slogans de notre temps.

L'esprit curieux, inventif, audacieux de la jeunesse, l'appel de désirs sans contrainte, une régression au stade de l'oralité, du narcissisme, des conduites auto-érotiques et auto-agressives expliquent le goût du drogué pour un jeu fascinant aux confins de la vie et de la mort ou d'une projection dans un monde imaginaire au prix d'une polytoxicomanie.

Le refus des responsabilités des parents occupe une place très importante dans la genèse de l'intoxication de nos jeunes drogués incarcérés.

La plupart des parents cèdent à une manière de démagogie familiale, escomptant que la débonnairété leur assurera l'affection de leurs enfants.

Erreur néfaste, car les jeunes n'aiment que s'ils estiment et méprisent les protecteurs qui ne leur apportent pas une autorité intelligente, quand ils ne finissent pas par haïr ceux dont la faiblesse leur apparaît être une trahison.

Drogue, prison : j'estime que ce n'est pas en luttant contre la drogue comme telle que l'on obtiendra un abaissement de l'anxiété qui est la source de l'intoxication des jeunes, mais plutôt en cherchant des dérivés, des substituts de la drogue. Ce peut être en favorisant précisément les groupements de jeunes, les activités de recherche de vie antérieure, mais aussi les engagements politiques et sociaux. La drogue paraît être un pis-aller venant combler le manque, le vide émotionnel dû peut-être à une insuffisante structuration de la famille et à une défaillance de la religiosité. L'équivalence de la religion et de l'opium a été justement proclamée.

La drogue ne serait-elle pas la religion des jeunes ?

Intervention du docteur WETTA

LES CONDUITES SUICIDAIRES

Le problème que devra discuter notre commission est celui des conduites suicidaires en prison. Il consiste à rechercher et à dégager, s'il y a lieu, les facteurs de potentiel suicidaire au cours de l'incarcération.

La prison constitue-t-elle, plus qu'un autre, un groupe de haut risque suicidaire ?

Pour pouvoir bien répondre à cette question, il faut pouvoir comparer les suicides en milieu carcéral à l'ensemble de la population.

Etant donné les acceptions diverses de la terminologie et afin d'éviter toute confusion, nous nous en sommes tenus aux définitions de l'O.M.S.

L'acte suicidaire désigne l'acte par lequel un individu cherche à se nuire physiquement à lui-même, avec l'intention plus ou moins authentique de perdre la vie, et une conscience plus ou moins grande de ses motifs.

Le terme de suicide désigne l'issue fatale de l'acte suicidaire et s'oppose à la tentative de suicide qui, elle, n'aboutit pas au décès.

Pour évaluer l'ampleur du problème du suicide en général, il semble qu'il y ait environ 500 000 suicides par an dans le monde, mais 8 tentatives de suicide pour 1 suicide effectif : il y a donc 4 millions de personnes qui tentent de se suicider, par an.

En Europe, le suicide se situerait entre la cinquième et la dixième cause du taux de mortalité, avec une variabilité de 7 à 40 suicides pour 100 000 habitants, par an. (Le suicide réussi est nettement plus fréquent chez l'homme.)

En France, le nombre de suicides déclarés est de 8 000 par an, mais ce chiffre paraît sous-évalué.

L'étude statistique de l'Administration pénitentiaire concerne 195 suicides et couvre une période de dix ans, de 1961 à 1971.

Elle donne les résultats suivants, en fonction de divers critères :

I. — *La situation générale :*

Prévenus et inculpés	115, soit	59 %
Condamnés à courte peine (inférieure ou égale à 1 an)	24, »	12,3 %
Condamnés à une longue peine	48, »	24,6 %
Condamnés soumis à la tutelle pénale ou anciens relégués	8, »	4 %

II. — *Les moyens utilisés :*

Pendaison et strangulation	164, soit	84 %
Produits toxiques, barbituriques, etc.	12, »	7 %
Automutilations graves, feu	5, »	2,6 %

III. — *Age des détenus :*

Moins de 21 ans	9, soit	7,6 %
De 30 à 50 ans	52, »	44 %
Au-delà de 50 ans	15, »	12,7 %

Commentaires.

1° Les tranches d'âge correspondent, en gros, à celles observées, généralement, avec une acmé après 40 ans.

En effet, le taux de suicides augmente, dans l'ensemble, avec l'âge, et semble en rapport avec la diminution des facultés d'adaptation socioprofessionnelle.

2° En ce qui concerne la situation pénale, il est frappant de constater le pourcentage élevé — 59 % — parmi les prévenus et les inculpés.

Les études générales sur le suicide insistent sur l'importance de la perte de l'appartenance au groupe et sur le facteur de désadaptation, ce qui constitue le cas du prévenu.

Le traumatisme et l'angoisse ressentis par le prévenu apparaissent ici avec toute leur acuité.

Il y a rupture brutale avec le milieu extérieur, le sujet perd sa cohésion, ses contacts et ses références et réagit à une frustration massive par une fuite devant une situation appréhendée par lui comme inextricable.

Ou bien la tentative de suicide constitue la réaction incontrôlée du sentiment de culpabilité et de la peur de la sentence ou de la concrétisation de l'état de fait quand la sentence est prononcée : il apparaît, en effet, que la période qui suit le prononcé du jugement soit particulièrement critique.

L'étude faite par MM. Fully, Hivert et Schaub avance le chiffre de 74 suicides après jugement, sur une série de 183 cas.

Par contre, il semble que le sujet condamné à une courte peine se suicide moins.

Il semble qu'à ce niveau les facteurs de réassurance jouent : soulagement quant à la gravité de la peine, possibilité de renouer des liens affectifs, espoir d'une libération prochaine et de potentialités ultérieures.

Si la peine est plus longue, il apparaît que les liens créés par le détenu ne le réassurent plus, ses besoins ne sont pas satisfaits et, dans l'incapacité d'attendre et de différer la réalisation de ses désirs, il se trouve pris au piège d'une situation sans issue.

Le seul recours, pour modifier cette situation, apparaîtra être le suicide.

C'est en cela que le suicide doit être considéré comme un appel au secours et que le chantage au suicide exige toujours l'approfondissement d'une problématique.

Il apparaît, par conséquent, que la conduite suicidaire est une rupture de la relation avec le monde extérieur.

Quand il existe un problème de communication ou quand la relation est rompue, le détenu, qui n'a plus la possibilité de s'exprimer, passe à l'acte, d'une manière auto-agressive.

Les moyens utilisés.

Les statistiques de l'administration portant sur les suicides et non sur les tentatives ne laissent aucun doute quant au désir de la recherche de la mort.

Dans la majorité des cas, soit 91 %, ce sont, en effet, des moyens particulièrement dramatiques et violents qui sont utilisés, tels que pendaison et précipitation dans le vide.

Le taux des tentatives de suicide est bien sûr plus grand : on a dénombré 108 tentatives en 1972 pour l'ensemble de la population pénale. Les sentiments de culpabilité, certains critères de contagiosité et de solidarité entre détenus semblent intervenir comme facteurs déterminants.

Notre expérience au C.P.R. de Hagueneau nous a mis en présence, ces trois dernières années, de 5 tentatives de suicide par pendaison. Un détenu a cherché à se donner la mort en se percutant de façon répétée la tête contre les murs de sa cellule et un autre par section profonde du poignet.

Les connaissances de secourisme de certains de nos surveillants qui ont fait un stage en H.P. se sont révélées particulièrement utiles en ces occasions.

Dans toutes ces tentatives de suicide, les troubles mentaux étaient au premier plan, soit sous forme de mélancolie, soit sous forme d'accès persécutif délirant.

A côté de ces exemples, nous avons affaire à des cas limites : équivalents suicidaires pour les uns, chantage pour les autres.

Il s'agit soit de plaies par section, la plupart du temps superficielles, soit, et plus fréquemment, d'absorption de corps étrangers. Ce dernier mode d'automutilation nous apparaît comme typiquement carcéral.

Il trouve sa spécificité dans l'interaction des relations entre les structures du monde pénitentiaire et la régression d'un grand nombre de nos détenus qui réagissent sur un mode de frustration et d'agressivité orale.

La recherche de la mort n'entre que très rarement dans la détermination de ces actes qui sont, bien souvent, l'expression d'une réaction agressive retournée contre le sujet, quand celui-ci se trouve dans l'impossibilité de s'extérioriser.

Il en est de même de la grève de la faim qui ne ressemble en général en rien au refus suicidaire de l'aliment du mélancolique, mais qui apparaît comme un acte soit plus ou moins impulsif, soit tout à fait raisonné, pour se faire entendre.

Mais la complexité des motivations suicidaires rend toute conduite suicidaire ou automutilatrice ambiguë, et la fait osciller entre les seuils extrêmes de la recherche de la mort et du chantage.

Il semble que les conduites suicidaires dans les prisons aient été peu traitées dans la littérature médicale et que de nombreux

sujets mériteraient notre attention et fourniraient le titre d'une discussion. Parmi ceux-ci nous pouvons proposer :

- les motifs du suicide ;
- l'influence de la vie carcérale ;
- le suicide et la pathologie mentale ;
- attitude du médecin vis-à-vis du suicide ;
- attitude de l'administration vis-à-vis du suicide ;
- conduite à tenir pour prévenir le suicide et pour empêcher les récidives ;
- réinsertion du « suicidé » dans le groupe.

PLAN :

La médecine traditionnelle est basée sur une relation privilégiée entre le médecin et son malade. En détention cette relation est modifiée par l'introduction d'un troisième interlocuteur : l'Administration pénitentiaire (ou éventuellement les services judiciaires).

Ce tiers, intervenant ici dans la relation médecin-malade, a des impératifs catégoriques. Il s'agit en effet :

- de GARDER les détenus, prévenus ou condamnés, confiés par la justice ; cette garde implique des NORMES DE SECURITE et de DISCIPLINE, afin de maintenir un bon ordre à l'intérieur des établissements et d'en prévenir les évasions ;
- de faire PURGER une PEINE ; cette notion répressive, basée sur la correction, est une attitude primitive d'une société visant à se débarrasser de ses déviants ;
- de tenter une REINSERTION sociale des délinquants ; cette attitude correspond à une conception plus évoluée de la criminologie actuelle.

Dans tous les cas, le médecin aura à assurer une fonction de distribution des soins à l'égard des malades. Mais, à ce rôle de médecin traitant s'ajoute en milieu carcéral celui de conseiller. Le médecin peut ou devrait être partie prenante et échelon indispensable dans le « traitement pénal » du condamné.

Dans certains cas le médecin peut être amené à rendre compte aux instances judiciaires et pénitentiaires de ses décisions thérapeutiques. La relation médecin-malade alors peut se trouver élargie à une dimension thérapeutique incluant des modifications à certains impératifs du service pénitentiaire.

Or, le médecin des prisons, comme tous ses confrères, est tenu à se conformer à certaines règles de conduite déontologique. Les dispositions du Code de déontologie (27 juin 1947) s'imposent à lui et constituent les impératifs juridictionnels de la profession médicale.

Parmi les 80 articles du code nous ne retiendrons que quelques points nous paraissant les plus importants à soumettre à votre réflexion. Cette analyse succincte devrait permettre de répondre aux deux questions fondamentales soulevées ici :

- le Code de déontologie médicale est-il encore adapté à certains modes d'exercice médical et notamment à celui des prisons ?
- est-il possible de concilier les impératifs pénitentiaires et les devoirs déontologiques des médecins ? Comment ?

I. — RESPECT DE LA VIE ET DE LA PERSONNE HUMAINE

Articles 2 et 3 du titre premier du Code de déontologie :

« Le respect de la vie et de la personne humaine constitue en toutes circonstances le devoir primordial du médecin. »

« Le médecin doit soigner avec la même conscience tous ses malades quels que soient leur condition, leur nationalité, leur religion, leur réputation et les sentiments qu'ils lui inspirent. »

II. — QUALITÉ DES SOINS

« En aucun cas le médecin ne doit exercer sa profession dans des conditions qui puissent compromettre la qualité des soins et des actes médicaux. » (Art. 4.)

« Quelle que soit sa fonction ou sa spécialité, hors le seul cas de force majeure, tout médecin doit porter secours d'extrême urgence à un malade en danger immédiat, si d'autres soins médicaux ne peuvent pas lui être assurés. »

« Le médecin, dès l'instant qu'il est appelé à donner des soins à un malade et qu'il a accepté de remplir cette mission, s'oblige :

- à lui assurer aussitôt tous les soins médicaux en son pouvoir et désirables en la circonstance, personnellement ou avec l'aide de tiers qualifiés ;
- à agir toujours avec correction et aménité envers le malade et à se montrer compatissant envers lui. » (Art. 28.)

« Le médecin doit toujours élaborer son diagnostic avec la plus grande attention, sans compter avec le temps que lui coûte ce travail et, s'il y a lieu, en s'aidant ou en se faisant aider, dans toute la mesure du possible, des conseils les plus éclairés et des méthodes scientifiques les plus appropriées. Après avoir formulé un diagnostic et posé une indication thérapeutique, le médecin doit s'efforcer d'obtenir l'exécution du traitement, particulièrement si la vie du malade est en danger.

« En cas de refus, il peut cesser ses soins. » (Art. 29.)

III. — SECRET PROFESSIONNEL ET CERTIFICATS

« Le secret professionnel s'impose à tout médecin sauf dérogation établie par la loi. » (Art. 7.)

« L'exercice de la médecine comporte normalement l'établissement par le médecin, conformément aux constatations médicales qu'il est en mesure de faire, des certificats, attestations ou documents dont la production est prescrite par les lois, décrets et arrêtés. » (Art. 26.)

IV. — INDEPENDANCE PROFESSIONNELLE DU MEDECIN

« Le médecin ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit. » (Art. 9.)

V. — LIBERTE DE PRESCRIPTION

« Les principes ci-après énoncés, qui sont traditionnellement ceux de la médecine française, s'imposent à tout médecin, sauf dans les cas où leur observation est incompatible avec une pres-

cription législative ou réglementaire, ou serait de nature à compromettre le fonctionnement rationnel et le développement normal des services ou institutions de médecine sociale. Ces principes sont :

- libre choix du médecin par le malade ;
- liberté des prescriptions du médecin ;
- entente directe entre malade et médecin en matière d'honoraires ;
- paiement direct des honoraires par le malade au médecin. » (Art. 8.)

VI. — PROBLEME DES MINEURS

« Appelé d'urgence auprès d'un mineur ou d'un autre incapable, et lorsqu'il est impossible de recueillir en temps utile le consentement du représentant légal, le médecin doit donner les soins qui s'imposent. » (Art. 32.)

VII. — CONTROLE ET EXPERTISES

« Nul ne peut être à la fois, sauf cas d'urgence, médecin contrôleur et médecin traitant d'un même malade, ni devenir ultérieurement son médecin pendant une durée d'un an à compter de l'exercice à l'égard de ce malade du dernier acte de contrôle. Cette interdiction s'étend aux membres de la famille du malade vivant avec lui et, si le médecin est accrédité auprès d'une collectivité, aux membres de celle-ci. » (Art. 52)

« Le médecin contrôleur ne doit pas s'immiscer dans le traitement... » (Art. 54.)

« Le médecin chargé du contrôle est tenu au secret vis-à-vis de son administration à laquelle il ne doit fournir que ses conclusions sur le plan administratif sans... » (Art. 55.)

« Nul ne peut être à la fois médecin expert et médecin traitant d'un même malade. » (Art. 56.)

« Lorsqu'il est investi de sa mission, le médecin expert ou le médecin contrôleur doit se récuser s'il estime que les questions qui lui sont posées sont étrangères à la technique proprement médicale... » (Art. 58.)

Intervention du docteur LOEVENBRUCK

Si nous avons été et sommes toujours appelés à pénétrer dans les prisons, c'est d'abord pour y soigner des malades. Cela est conforme au rôle premier du médecin. Cependant, si, traditionnellement, les rapports médecin-malade sont un colloque singulier, nous pouvons nous demander comment celui-ci peut être encore préservé en médecine pénitentiaire où existe un tiers, représenté par l'administration.

Le médecin est d'ailleurs un agent de cette administration ; or celle-ci a des impératifs. La justice lui a confié des détenus, prévenus ou condamnés ; elle doit les garder, maintenir l'ordre à l'intérieur de l'établissement, en éviter les évasions. Cela entraîne nécessairement des normes de sécurité et de discipline. Comment concilier cette qualité d'agent de l'administration et l'indépendance du médecin ? (Art. 9.)

Allons plus loin : le médecin est appelé, et c'est là une bonne chose, à participer au traitement médical du détenu car, à la vieille notion de justice répressive qui veut que le condamné purge sa peine, succédera sans doute un jour une conception plus évoluée de la criminologie ; nous nous écartons timidement mais certainement de la loi du talion. Comment concevoir ce rôle nouveau du médecin avec le respect du secret professionnel ?

Ce secret professionnel, il faut aussi en parler. Nous y tenons beaucoup, nous médecins ; nous nous y accrochons, malgré la quinzaine de dérogations existant à l'heure actuelle, et malgré les profondes transformations qu'ont apportées les organismes sociaux dans les dernières décennies. Sachons reconnaître que ce secret est souvent le secret de polichinelle. Les employés de la Sécurité sociale n'ont-ils pas accès au dossier ? et pourtant je ne répondrai pas qu'en milieu pénitentiaire le secret ne doit pas être préservé ; d'abord parce que je pense qu'il doit l'être au moins autant qu'il-

leurs, et peut-être quelquefois plus. Mais mon rôle est ici de poser des questions. Or, il est difficile de préserver un secret lorsqu'assiste un tiers, lorsqu'existe un regard vitré sur l'infirmier, lorsque le personnel de direction a accès au fichier ; lorsque chaque jour on est sollicité par une autorité judiciaire ou pénitentiaire au sujet de l'état de santé de détenus ; et avouons qu'il est bien difficile de concevoir la participation du médecin au traitement pénal et de refuser d'autre part tout renseignement.

Cela nous amène au problème des certificats. L'article 26 du Code de déontologie les prévoit, mais seulement dans les cas prévus par les lois, décrets ou arrêtés. Les renseignements qu'on nous demande sortent de ce cadre ; en outre, le Code de procédure pénale prévoit que nous ne pouvons les remettre au détenu lui-même mais à l'autorité judiciaire seule.

Il est un problème que je crois devoir soulever : c'est celui des expertises ; il est commode pour le magistrat de nous les confier. Le Code de déontologie énonce clairement qu'on ne peut être à la fois médecin contrôleur et médecin traitant. Qu'il me soit permis de rappeler une anecdote personnelle toute récente. Commis par un juge d'instruction pour autopsier le cadavre d'un homme mort des coups portés par son fils, lequel était détenu en qualité de prévenu, je déclarai sous forme de boutade : « Après tout, Monsieur le Juge, je peux bien me récuser, je suis le médecin traitant de l'inculpé ». Le juge m'a répondu : « Mais non, vous n'êtes pas le médecin traitant, au sens où l'entend le code, puisque vous n'êtes pas choisi ! ». Cette réponse m'a d'abord dérouté puis, ayant repris mon code ces jours-ci, avec mon ami Béfort, j'ai lu, à l'article 8, que « les principes du libre choix, de la liberté des prescriptions, de l'entente directe s'imposent à tout médecin, sauf dans les cas où leur observation est incompatible avec une prescription législative ou réglementaire, ou serait de nature à compromettre le fonctionnement rationnel et le développement normal des services ou institutions de médecine sociale ».

Mais cet article 8 nous amène à parler de la liberté de prescription en prison. Est-elle totale ou n'est-elle pas totale ? Quelle doit être notre attitude ? Nous en contenter en considérant la prison comme une institution de médecine sociale ou notre prescription est-elle susceptible d'aller à l'encontre d'une prescription réglementaire ?

Vous voyez, les questions que nous avons à nous poser sont multiples, et je crois que, pour la discussion de la commission, on pourrait suivre le plan que j'ai moi-même traité ou reprendre le Code de déontologie. Il est évident que nous n'allons pas nous perdre dans l'étude des 80 articles qu'il comporte.

Quoi qu'il en soit, je pense qu'au début de ce débat nous ne pouvons éluder les deuxième et troisième articles du code :

ART. 2. — Le respect de la vie et de la personne humaine constitue en toute circonstance le devoir primordial du médecin.

ART. 3. — Le médecin doit soigner avec la même conscience tous ses malades, quels que soient leur condition, leur nationalité, leur religion, leur réputation et les sentiments qu'ils lui inspirent.

Et je ne résisterai pas davantage à la tentation de vous citer le quatrième article du code :

ART. 4. — En aucun cas le médecin ne doit exercer sa profession dans des conditions qui peuvent compromettre la qualité des soins et des actes médicaux.

Je pense que ces conditions visent essentiellement le temps et les lieux. A propos de temps, est-il pensable qu'en une vacation de trois heures on soit appelé à voir :

- 30 consultants ;
- une quinzaine d'arrivants ;
- souvent un nombre aussi important de détenus dont on doit remplir la fiche de classement ou de préclassification ;
- les punis de mitard ?

A propos des lieux, j'évoquerai précisément ce fameux « mitard ». Y est-il possible de faire un examen médical valable, à moins qu'il ne s'agisse d'y déterminer la cause d'un décès ?

C'est dans ces conditions et compte tenu du caractère le plus souvent impératif de dispositions réglementaires que les médecins sont amenés à exercer leur mission dans les établissements pénitentiaires.

Ces praticiens qui, à l'extérieur, ainsi que l'a rappelé le docteur Lervanbruck, exercent une profession libérale dans un cadre généralement libéral se trouvent donc confrontés à une réglementation dont les effets modifient souvent les conditions de leur mission.

C'est ainsi que le médecin pénitentiaire peut se voir opposer quelquefois, pour des raisons extra-médicales, les notions du « possible » ou de l'« impossible », de « nécessité absolue », de « temps strictement nécessaire ».

Ces impressions peuvent effectivement choquer, s'agissant de soins médicaux, lorsqu'elles sont énoncées ainsi, mais il convient de les replacer dans leur contexte et d'en examiner la justification.

Intervention de M. CHEMITHE

L'Administration pénitentiaire a pour mission principale d'assurer l'exécution des mesures ordonnées par l'autorité judiciaire, qui tendent à restreindre, et le plus souvent à supprimer, la liberté d'aller et de venir des prévenus et des condamnés.

Il résulte de cette situation que l'action de l'Administration pénitentiaire, dans ses multiples manifestations, est soumise à des impératifs dont le premier est, bien sûr, de s'assurer du maintien en détention des individus placés sous sa garde.

De cet impératif en découlent d'autres, très logiquement puisqu'il est nécessaire, dans ce monde particulier, de créer et de faire respecter des règles de vie spécifiques, d'aménager les conditions d'existence et de coexistence d'hommes à qui l'exercice d'une liberté fondamentale a été retiré pour un temps plus ou moins long et qui, de ce fait, ne sont plus entièrement maîtres de leur destinée et de leurs mouvements.

C'est dans ces conditions et compte tenu du caractère le plus souvent impératif de dispositions réglementaires que les médecins sont amenés à exercer leur mission dans les établissements pénitentiaires.

Ces praticiens qui, à l'extérieur, ainsi que l'a rappelé le docteur Lævenbruck, exercent une profession libérale dans un cadre généralement libéral se trouvent donc confrontés à une réglementation dont les effets modifient souvent les conditions de leur mission.

C'est ainsi que le médecin pénitentiaire peut se voir opposer quelquefois, pour des raisons extra-médicales, les notions du « possible » ou de l'« impossible », de « nécessité absolue », de « temps strictement nécessaire ».

Ces impressions peuvent effectivement choquer, s'agissant de soins médicaux, lorsqu'elles sont énoncées ainsi, mais il convient de les replacer dans leur contexte et d'en examiner la justification.

Ce sont là les problèmes que nous devons examiner cet après-midi.

Il est, en effet, intéressant de confronter nos idées, de montrer que les difficultés posées par ces différentes questions ne sont pas exclusivement celles des médecins mais également celles de l'administration. Il convient, enfin, d'examiner dans quelle mesure les impératifs de la déontologie médicale peuvent se concilier avec les impératifs pénitentiaires.

Il n'est pas dans mon intention de procéder à l'exégèse de la réglementation pénitentiaire relative à l'organisation sanitaire et aux soins ; il me paraît préférable, si vous l'estimez utile, que ceux-ci fassent l'objet, le cas échéant, d'une discussion au cours de nos travaux.

Il nous faudra vraisemblablement aborder, entre autres, le problème de la mission médicale dans un établissement pénitentiaire compte tenu des impératifs d'ordre et de sécurité. Il est bien évident que l'organisation d'une consultation, par exemple, peut présenter un aspect contraignant pour le médecin.

De même, nous serons amenés, très certainement, à aborder les questions relatives aux hospitalisations en milieu libre. Ce problème ne manque pas d'intérêt car il permet de mesurer l'ampleur des difficultés.

Si le détenu dont l'état de santé nécessite une hospitalisation est essentiellement un malade aux yeux du médecin, il n'en reste pas moins pour l'Administration pénitentiaire, l'autorité judiciaire s'il s'agit d'un prévenu, un individu placé sous mains de justice dont la maladie pose problème et qui doit être dirigé sur un établissement hospitalier le plus souvent peu adapté à la garde d'individus plus ou moins dangereux. Dans ce cas d'ailleurs, l'autorité de police, s'agissant d'un problème d'ordre public, va se trouver amenée à formuler un avis.

Cet exemple nous amènera également à examiner les problèmes posés par l'urgence et le secret médical. Il est en effet nécessaire que l'administration soit, autant que faire se peut, informée de la nature et de la gravité d'une maladie, notamment dans le cas d'une hospitalisation. C'est dans cet esprit que le médecin est dans l'obligation d'indiquer sur les propositions d'admission à l'hôpital son diagnostic et les motifs de l'hospitalisation.

Nombreuses sont donc les questions que notre commission devra traiter. Je souhaite que les échanges soient nombreux et que médecins et chefs d'établissement fassent connaître leurs préoccupations. Je ne pense pas finalement que les impératifs des uns et des autres s'appliquant aux mêmes problèmes humains soient incompatibles.

Intervention du docteur LOEVENBRUCK

Si nous avons été et sommes toujours appelés à pénétrer dans les prisons, c'est d'abord pour y soigner des malades ; cela est conforme au rôle premier du médecin.

Cependant, si, traditionnellement, les rapports médecin-malade sont, comme nous le définit notre Code de déontologie médicale, un colloque singulier couvert par le secret, on peut se demander ce qu'il en advient en milieu pénitentiaire.

En effet, nous sommes tenus ici par un certain nombre d'impératifs que sont les articles du Code de procédure pénale ; et on ne peut dénier à l'Administration pénitentiaire l'obligation d'imposer des normes de sécurité et de discipline pour accomplir la mission que la justice lui a confiée, qui est d'abord de garder les détenus, prévenus ou condamnés, de maintenir l'ordre à l'intérieur des établissements, d'en éviter les évasions.

Aussi est-il bien difficile de parler de colloque singulier et de secret lorsque assiste souvent un tiers à la consultation, lorsque existe un regard vitré sur l'infirmerie, lorsque le personnel de direction a accès au fichier, lorsque pour une hospitalisation il nous faut porter un diagnostic en six exemplaires.

Par ailleurs la présence du médecin au sein de la commission d'application des peines lui donne une dimension nouvelle pour laquelle aucune référence ne peut être faite à la déontologie traditionnelle ; cette situation nouvelle reste totalement à définir.

Mais quels que soient les impératifs pénitentiaires ou autres, il est des points que nous ne saurions remettre en question et nous rappellerons les deuxième et troisième articles du code :

ART. 2. — Le respect de la vie et de la personne humaine constitue en toute circonstance le devoir primordial du médecin.

ART. 3. — Le médecin doit soigner avec la même conscience tous ses malades, quels que soient leur condition, leur nationalité, leur religion, leur réputation et les sentiments qu'ils lui inspirent.

Je ne résisterai pas davantage à la tentation de citer le quatrième article du code :

ART. 4. — En aucun cas le médecin ne doit exercer sa profession dans des conditions qui peuvent compromettre la qualité des soins et des actes médicaux.

Je pense que ces conditions visent essentiellement le temps et les lieux.

A propos de temps, est-il pensable qu'en une vacation de trois heures on soit appelé à voir :

- 30 consultants ;
- une quinzaine d'arrivants ;
- souvent un nombre aussi important de détenus dont on doit remplir la fiche de classement ou de préclassification ;
- les punis de mitard ?

A propos des lieux, j'évoquerai précisément ce fameux « mitard ». Y est-il possible de faire un examen médical valable, à moins qu'il ne s'agisse d'y déterminer la cause d'un décès ?

Place et rôle des médecins dans le système pénitentiaire au niveau de la détention provisoire et de l'application de la peine

Intervention de M. LAPLACE

Mon propos est de vous présenter la réglementation en la matière tout en amorçant une réflexion doctrinale puisque aussi bien, à travers les textes, c'est la politique de l'Administration pénitentiaire qui se dessine.

Les sources de la réglementation sont constituées par le Code de procédure pénale, principalement les articles D. 364 à D. 401 et les circulaires ou notes de service émanant de la Chancellerie.

Nous allons constater que la place et le rôle des médecins peuvent s'apprécier à deux points de vue :

- celui du service sanitaire d'une communauté ;
- celui de la spécificité pénitentiaire.

PLAN

I. — La médecine pénitentiaire est une médecine communautaire.

II. — Mais c'est une médecine communautaire qui se situe nécessairement dans un contexte pénitentiaire.

I. — MEDECINE COMMUNAUTAIRE

L'intervention médicale dans l'institution pénitentiaire va se situer à trois niveaux :

- l'arrivée du détenu ;
- les soins aux malades ;
- l'hygiène générale.

1° L'arrivée des détenus :

a) Dans les plus brefs délais, « le détenu est soumis à un examen destiné à déceler toute affection de nature contagieuse ou évolutive qui nécessiterait des mesures d'isolement ou de soins urgents » (Art. D. 285).

b) La prophylaxie de la tuberculose est assurée dès que possible par les services départementaux d'hygiène sociale ; les détenus de moins de 25 ans qui produisent une cuti-réaction négative sont informés de la possibilité de recevoir, sur leur demande, la vaccination par B.C.G. (Art. D. 394).

c) Un examen mental systématique de dépistage est organisé dans les établissements où un service psychiatrique a été aménagé sous l'autorité d'un psychiatre (Art. D. 397) : il s'agit des « centres médico-psychologiques régionaux ».

Ces examens peuvent être pratiqués avec le concours des praticiens de l'action sanitaire et sociale.

Des consultations d'hygiène mentale peuvent également être organisées par la D.A.S.S. dans les autres maisons d'arrêt (Art. D. 395).

d) Conformément aux dispositions des articles L. 273 du Code de la santé publique et D. 393 du Code de procédure pénale, l'examen et le traitement prévus par les textes en vigueur relatifs à la prophylaxie des maladies vénériennes sont obligatoires pour tous les détenus. Toutefois, les prévenus ne sont soumis à cette obligation que si l'autorité sanitaire et l'Administration pénitentiaire les considèrent, en raison de présomptions graves, précises et concordantes, comme atteints d'une maladie vénérienne.

Les examens et les soins sont également assurés par la D.A.S.S.

2° Les soins aux malades :

Le médecin de l'établissement visite les détenus signalés malades ou qui se sont déclarés tels (D. 375-2°). La fréquence

des visites dépend de l'importance de la prison ; elles ont lieu au moins une fois par semaine et sur appel en cas d'urgence (Art. D. 376).

3° Hygiène générale :

L'article D. 374 pose le principe que le médecin vérifie l'observation des règles d'hygiène collectives et individuelles ; à cet effet, il lui appartient de visiter l'établissement au moins une fois par trimestre et ses observations sont portées par le chef de l'établissement à la connaissance du directeur régional.

Le domaine de cette intervention est précisé comme suit aux articles D. 349 à D. 363 :

- salubrité et propreté des locaux ;
- hygiène du travail (pénal) ;
- alimentation ainsi définie par l'article D. 354 (réduction du 12 septembre 1972) : « Les détenus doivent recevoir une alimentation variée, bien préparée et présentée, répondant tant en ce qui concerne la qualité et la quantité aux règles de la diététique et de l'hygiène, compte tenu de leur âge, de leur état de santé, de la nature de leur travail et, dans toute la mesure du possible, de leurs convictions philosophiques ou religieuses » ;
- hygiène personnelle ;
- contrôle de la pratique des exercices physiques (Art. D. 362) avec le concours éventuel du médecin attaché à la direction départementale de la Jeunesse et des Sports, ainsi qu'il est précisé au n° 16 de la circulaire du 2 juillet 1958.

A côté de ces différents secteurs de compétence qui se rattachent à l'idée d'une médecine communautaire, le rôle du médecin de la prison va revêtir un aspect plus particulièrement pénitentiaire.

II. — MEDECINE PENITENTIAIRE

Le médecin de la prison va se trouver plus étroitement associé aux missions spécifiques de l'Administration pénitentiaire dans le domaine médico-administratif et pour l'application de la détention provisoire et des peines privatives de liberté.

1° *Rôle médico-administratif :*

a) Il est procédé aux hospitalisations pénitentiaires ou civiles (Art. D. 382) sur proposition du praticien lorsque les soins ne peuvent être dispensés sur place.

b) Le médecin doit obligatoirement visiter :

— les détenus placés au quartier disciplinaire ou à l'isolement (Art. D. 375-3°) aux fins de provoquer la suspension de la punition de cellule ou d'émettre un avis en matière d'isolement ;

— les détenus qui réclament pour raison de santé une modification du régime comme par exemple un changement d'affectation ou une dispense de travail (Art. D. 375-4) ;

— les détenus à transférer en vue de faire surseoir l'opération prévue ou de prescrire des mesures spéciales (Art. D. 375-5) ;

— les détenus hospitalisés afin d'examiner, en liaison avec le praticien de l'hôpital, s'ils sont susceptibles de réintégrer la prison (Art. D. 375-6 et D. 388).

c) Ainsi qu'il est prévu à l'article D. 375 *in fine*, le médecin donne avis au chef d'établissement en vue de :

— suspendre l'emprisonnement individuel d'un détenu qui manifeste des intentions de suicide (Art. D. 84) ;

— réduire la phase d'observation dans le régime progressif (Art. D. 97).

d) Les prescriptions et comptes rendus des examens sont inscrits sur un registre spécial (Art. D. 377).

e) Des attestations sont délivrées conformément aux dispositions de l'article D. 378 pour :

— l'orientation des condamnés (indications relatives à l'état de santé portées sur l'index de préclassification ou le dossier d'observation) ;

— le traitement pénitentiaire ;

— le traitement postpénal en milieu ouvert.

Ces attestations sont destinées suivant le cas à l'autorité judiciaire ou aux services locaux régionaux ou centraux de l'Administration pénitentiaire.

f) Un rapport annuel d'ensemble concernant l'état sanitaire est dressé par le médecin de l'établissement (Art. D. 379).

2° *Le médecin et la détention provisoire :*

L'évolution actuelle, heureuse en soi, d'une limitation de la détention provisoire ou de son remplacement par diverses mesures de « contrôle judiciaire » a pour effet — malencontreux et imprévu — de soustraire certains prévenus (qui n'ont pas commis de crime ou de délit très grave) à tout examen médical avant leur comparution et leur condamnation éventuelle.

Ceci est une remarque importante sur laquelle l'attention devait être attirée, ne serait-ce que parce que cette absence d'examen médical élude une possibilité de « traitement adapté » (par exemple chez certains alcooliques dont l'alcoolisme n'est ni notoire ni évident).

Les médecins des centres médico-psychologiques ont l'obligation d'appeler l'attention du ministère public sur l'intérêt qu'il y a à faire procéder, le cas échéant, à une expertise mentale (Art. 12 de la circulaire du 30 septembre 1967).

Dans la pratique, les experts prennent contact avec les psychiatres des centres médico-psychologiques pour l'accomplissement de leur mission.

On voit là l'amorce d'une collaboration fructueuse avec la justice pénale.

3° *La participation du médecin au traitement pénitentiaire :*

La commission de l'application des peines présidée par le juge de l'application des peines comprend le chef d'établissement, les membres du personnel de direction, les éducateurs et assistants sociaux, le médecin et le psychiatre (Art. D. 96).

Cette commission, instituée par le décret du 12 septembre 1972, doit permettre au juge de l'application des peines de prendre ses décisions en meilleure connaissance de cause.

Elle constitue également un organisme d'information et de concertation où le médecin a désormais sa place.

Le rôle du médecin est de constater l'état de santé de la personne détenue et de lui proposer un traitement si nécessaire. Il doit aussi surveiller l'évolution de sa maladie et signaler toute aggravation à l'autorité judiciaire.

Le médecin est tenu de garder le secret sur les informations qu'il recueille au cours de son examen. Il ne peut révéler ces informations à quiconque sans l'autorisation de l'autorité judiciaire.

Dans la pratique, les experts prennent contact avec les psychiatres des centres médico-psychologiques pour l'accomplissement de leur mission.

La participation du médecin au traitement pénitentiaire est prévue par l'article 84 du Code de procédure pénale.

La commission de l'application des peines présidée par le juge de l'application des peines comprend le chef de l'établissement, les membres du personnel de direction, les éducateurs et assistants sociaux, le médecin et le psychiatre.

Cette commission, instituée par le décret du 12 septembre 1972, doit permettre au juge de l'application des peines de prendre ses décisions en matière de réinsertion des détenus.

Elle constitue également un organisme d'information et de concertation où le médecin a des responsabilités particulières. Ces attestations sont destinées suivant le cas à l'autorité judiciaire ou aux services locaux régionaux ou centraux de l'Administration pénitentiaire.

Un rapport annuel d'ensemble concernant l'état sanitaire est dressé par le médecin de l'établissement (Art. D. 379).

Le rôle du médecin est de constater l'état de santé de la personne détenue et de lui proposer un traitement si nécessaire. Il doit aussi surveiller l'évolution de sa maladie et signaler toute aggravation à l'autorité judiciaire.

Intervention du docteur LAFFONT

M. Laplace ayant exposé les rôles des médecins tels que les prévoit le Code de procédure pénale, j'ai maintenant l'intention de voir dans quelle mesure nous remplissons réellement ces rôles, ou encore de montrer les limites de la médecine pénitentiaire.

Je suis de formation pneumologique et j'ai dix-huit ans de pratique de la médecine pénitentiaire, dont neuf ans à Fresnes où je travaille comme vacataire à « l'infirmerie annexe » de l'hôpital. J'y bénéficie de conditions relativement privilégiées (locaux satisfaisants, interne attaché au service, religieuses infirmières stables, excellent surveillant secrétaire...) et il me semble que je ne peux donc, étant moi-même favorisé, que sous-estimer les difficultés de la médecine pénitentiaire.

Je crois bon, avant d'entrer dans mon sujet, d'évoquer la prison de Fresnes qu'il faut avoir visitée en détail pour en réaliser l'énormité, la complexité. 2 800 personnes (2 400 détenus, 400 employés) y vivent ou y travaillent sur une surface relativement restreinte, et la vie d'une telle collectivité nécessite un réseau très complexe de circuits de toutes sortes pour faire face à de nombreuses fonctions et notamment à de nombreux mouvements de personnes. Quand j'aurai ajouté que cette population est notamment renouvelée (6 000 entrants annuels environ) et que la moitié des détenus sont des prévenus, on conviendra que toutes les difficultés semblent réunies à Fresnes et que le fonctionnement d'une telle maison sans incident et dans le respect des impératifs pénitentiaires représente véritablement pour le directeur et les adjoints une charge bien lourde qui pourrait suffire à leur peine. Or le directeur est aussi responsable du Centre national d'orientation et de l'hôpital pénitentiaire où travaillent une trentaine de médecins. Cela représente bien des soucis supplémentaires et des difficultés potentielles, ne serait-ce qu'avec nous, les médecins. Nous venons chaque semaine pour quelques heures de travail, nous sommes les

témoins de la vie carcérale sans y être vraiment intégrés et nous prétendons intervenir de plus en plus dans les « affaires intérieures » de l'établissement : telle est, je pense, la vue simplifiée que doit avoir de nous un responsable administratif ; pour lui nous devons être parfois des perturbateurs irresponsables.

Le cadre de Fresnes ayant été suggéré, je dirai maintenant que cet établissement souffre d'un sous-développement médical dont les raisons sont nombreuses. Je citerai surtout l'insuffisance du temps que les médecins en fonction peuvent consacrer à leur travail, compte tenu des conditions matérielles qui leur sont faites et de leur statut encore insuffisamment défini, les difficultés pour les internes d'assurer à la fois leurs stages hospitalo-universitaires et leurs fonctions à Fresnes, la pénurie chronique en infirmières, l'insuffisance du secrétariat médical, etc. Je crois bon d'être concret et de donner des exemples des insuffisances de la médecine pénitentiaire à Fresnes.

Selon l'article D. 353 du Code de procédure pénale, « indépendamment des dispositions relatives à la prévention et à la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles, les prescriptions destinées à protéger la sécurité et la santé des travailleurs libres doivent être observées dans les établissements pénitentiaires ». La protection de la santé et de la sécurité des travailleurs libérés est assurée, selon les règles prévues en médecine du travail, par une visite médicale du travailleur au début de son emploi, une visite médicale annuelle ou, après une absence de plus de vingt jours, des examens systématiques des travailleurs soumis à des risques spéciaux, une étude des postes de travail et de l'adaptation des travailleurs à ces postes, une surveillance de l'hygiène des ateliers. Rien de tout cela n'est pratiquement fait à Fresnes, où travaillent pourtant quelque 500 détenus dans des postes de travail variés et où les médecins n'ont assurément ni le temps, ni les moyens d'action, ni même peut-être la qualification nécessaire pour assurer ces fonctions de médecin du travail. Ne serait-il donc pas préférable de faire appel, pour cette tâche, à un service de médecine du travail qui envierait dans la prison des médecins qualifiés ? Selon les termes du ministère du Travail, on devrait prévoir pour la surveillance de 500 ouvriers trente-trois heures de présence médicale par mois.

La question se pose de manière fort comparable pour le personnel de Fresnes qui, en dehors d'un examen radiologique pulmonaire annuel d'ailleurs facultatif, ne bénéficie pas des mesures de médecine préventive obligatoires pour la plupart des travailleurs

Autre exemple d'une insuffisance de nos services médicaux : les consultations d'hygiène mentale et la réponse à la demande de

soins du domaine de la psychiatrie ou de la psychologie. L'article D. 395 du Code de procédure dit que des consultations d'hygiène mentale peuvent être organisées dans chaque maison d'arrêt par des services qualifiés des directions départementales de l'action sanitaire et sociale. A Fresnes la consultation d'hygiène mentale n'existe pas et la présence psychiatrique est assurée par 2 médecins psychiatres assurant chacun une vacation hebdomadaire. L'un d'eux, que je cite, estime que sa consultation fait face à la demande de 200 détenus au maximum, ce qui permet d'estimer grossièrement l'insuffisance en médecins et en psychologues pour faire face aux besoins de 2 400 détenus dont la moitié, je le rappelle, sont des prévenus dont on sait la vulnérabilité plus grande.

Le dépistage radiologique systématique de la tuberculose est suspendu depuis un an à Fresnes. Il était assuré jusque-là par un médecin des dispensaires antituberculeux qui utilisait un appareil radioscopique. Le *turn over* de la population ne permettait pas un dépistage complet et j'avais signalé dès 1969 que seul un appareil radiographique pouvait convenir à un dépistage au jour le jour des détenus et du personnel. L'indisponibilité du médecin, qu'il a été impossible de remplacer, a entraîné l'arrêt complet du dépistage. Compte tenu de la morbidité tuberculeuse observée chez les détenus, on peut estimer à plusieurs dizaines le nombre de cas de tuberculoses pulmonaires actuellement méconnues à Fresnes.

Jusqu'à un passé récent, la présence médicale dans la détention était assurée par un seul interne de jour que relayait l'interne de garde de nuit pour l'ensemble de l'établissement. Il est vraisemblable qu'une telle insuffisance (plus marquée qu'à la Santé et à Fleury-Mérogis) s'expliquait par le voisinage rassurant de l'hôpital pénitentiaire. Depuis six mois, heureusement, un médecin, le docteur Hindermeier, a la responsabilité médicale de la détention et il est assisté de deux internes et d'un stagiaire interne. Il est maintenant seulement possible d'envisager l'examen médical systématique des quelque 20 entrants quotidiens. On ne peut néanmoins qu'imaginer la masse de demandes inexprimées ou insatisfaites de cette population de 2 400 détenus dont on connaît les particularités psychopathologiques et aussi le grand besoin de communication découlant en particulier des conditions de la vie carcérale. Il existe assurément un décalage entre cette demande et la réponse qui lui est faite, et c'est là sans doute l'origine au moins partielle d'un certain nombre de manifestations :

- l'abondance de la consommation médicamenteuse en général et de psychotropes en particulier ;
- les absorptions de corps étrangers, les tentatives d'automutilation ou de suicide, la grève de la faim, les troubles psycho-

somatiques divers qui vont souvent amener, faute de mieux, eux aussi, la prescription de médicaments.

Je dirai à cette occasion un mot de la maladie asthmatique dont la pathogénie est dominée par le facteur allergique et par le facteur psychique dont le rôle relatif me paraît majoré en prison. Pratiquement il semble exister à Fresnes :

— d'une part un certain nombre d'asthmatiques à crises intermittentes relevant d'un traitement symptomatique parfaitement réalisable en détention. Il paraît souhaitable de s'en tenir pour eux à ce traitement simple pour ne pas risquer de confirmer de tels sujets dans un « statut » de malade ;

— d'autre part une quinzaine d'asthmatiques sérieux ou même graves qui doivent être traités à l'infirmerie annexe malgré les inconvénients de la ségrégation qui en résulte pour ces malades et la limitation de nos moyens (psychothérapie insuffisante, désœuvrement des malades faute de classement possible...). Ces sujets doivent en général être maintenus à l'infirmerie annexe. Il s'agit en effet presque toujours de malades dont l'asthme a été aggravé par la détention, que le traitement à l'infirmerie annexe améliore, mais qui s'aggravent à nouveau si on les replace en détention.

A propos de l'hôpital des prisons de Fresnes je veux revenir sur une question très importante. On peut prévoir qu'un décalage croissant va s'établir entre les besoins de plus en plus « techniques » de la médecine hospitalière et les possibilités de la médecine hospitalière que nous pouvons et pourrons pratiquer à Fresnes où nos moyens sont et sans doute resteront limités. Il va donc falloir envisager dans l'avenir le recours à l'une des deux démarches suivantes (qui pourront d'ailleurs être éventuellement associées) :

— une hospitalisation plus fréquente des détenus dans les établissements de l'Administration pénitentiaire en vue d'examen ou de traitements spécialisés. Une telle progression des admissions à l'hôpital peut soulever la question de la salle gardée dont on connaît les difficultés. La solution doit s'inspirer des expériences acquises en France et à l'étranger afin d'éviter le risque d'un « ghetto pénitentiaire » au sein de l'hôpital de l'Administration pénitentiaire ;

— une ouverture de l'hôpital pénitentiaire et, peut-être, pour Fresnes, une articulation avec le C.H.U. le plus proche.

Nous retrouvons donc ici cette notion « d'ouverture » qui, à propos d'établissements pénitentiaires, est fort chargée de sens. On voit, certes, la prison s'ouvrir facilement pour des médecins dépis-

teurs, à tâche parcellaire, dont l'intervention n'a aucune incidence pratique sur le fonctionnement de l'établissement. On peut s'attendre à voir déjà moins bien acceptés des médecins du travail qui devraient forcément s'intéresser aux problèmes soulevés par le travail des détenus. Ils seraient pourtant, par leur action, une source de progrès possible et l'administration ne devrait pas s'en inquiéter. J'irai plus loin encore en disant qu'il me paraît souhaitable aussi d'envisager dans l'avenir l'accès aux prisons de chercheurs de différentes disciplines (criminologues, sociologues, psychologues, médecins...) sous l'autorité de répondants scientifiques sérieux ayant la qualification, le temps et les moyens nécessaires pour étudier tel ou tel aspect des nombreux problèmes pénitentiaires.

Ce serait là, me semble-t-il, le meilleur moyen d'aboutir à une information incontestable parce que scientifique et de désamorcer le processus d'action et de réaction que nous vivons en ce moment : attaques plus ou moins justifiées parce que mal fondées, ou passionnelles, ou teintées d'idéologie contre un système pénitentiaire qui répond dans sa rigidité par des arguments sans fondements sérieux et incite, ce faisant, l'adversaire à poursuivre ses attaques. L'information journalistique la plus honnête ne peut résoudre un tel conflit. Seule une information scientifique peut être éclairante et secondairement apaisante. Il est vraisemblable que nous pourrons, nous, médecins pénitentiaires, apporter notre concours à de telles recherches et nous en trouver valorisés. Peut-être de prochaines journées de médecine pénitentiaire pourraient-elles utiliser en partie le résultat de semblables recherches ? Nous réduirons ainsi le risque de « redites » inutiles dont il me semble que nous sommes déjà menacés dans nos réunions, et nous échapperions mieux à « l'impressionnisme » dont il me semble que nous sommes plus ou moins coupables. En ce qui me concerne j'avoue d'autant plus volontiers cette faiblesse que je vois volontiers dans cet « impressionnisme » un des aspects des limites de la médecine pénitentiaire.

A cette réadaptation.

En effet, la vie carcérale, telle que nous la connaissons, crée expérimentalement, par la sommation des frustrations un nombre considérable de situations explosives dont nous connaissons les conséquences : comportements agressifs, frats dépressifs, suicides, homosexualité, viols et plus fréquemment encore et sur un mode moins aigu, troubles fonctionnels polymorphes et affections psychosomatiques.

Ces conséquences, souvent dramatiques, de la vie pénitentiaire, ne peuvent que susciter une attitude critique. A propos de cette remise en cause, nous n'évoquerons que quelques-uns des aspects

leur à l'acte pénitentiaire, dont l'intervention n'a aucune incidence pratique sur le fonctionnement de l'établissement. On peut même dire à tort de moins bien acceptés des médecins du travail qui devaient forcément s'intéresser aux problèmes soulevés par le travail des détenus. Les services pénitentiaires ne devaient pas se soucier de progrès possibles et l'administration ne devait pas s'en inquiéter. L'air plus loin encore on disait qu'il ne paraît souhaitable d'attribuer des postes réservés à des médecins spécialistes, psychologues, criminologues, sociologues, psychologues, etc. Les médecins spécialistes de l'établissement pénitentiaire ont le sentiment de manquer de temps et les moyens nécessaires pour répondre à ces besoins et à ces problèmes pénitentiaires.

Ce serait le meilleur moyen de donner à une information incontestable parce que scientifique et de déconstruire le processus de la réaction et de réaction que nous vivons en ce moment : attentes plus ou moins justifiées parce que mal fondées, ou passionnelles, ou tentées d'objectifs contre un système pénitentiaire qui répond dans sa réalité par des arguments sans fondement sérieux et inéluctables. L'administration pénitentiaire a pour tâche la formation journalière de la plus nombreuse et la plus résistante au tel point de vue scientifique. Seule une information scientifique peut être éclairante et secondariser l'information. Il est vraisemblable que nous pourrions nous intéresser à ces problèmes, apporter notre concours à de telles recherches et nous en trouver valables. Peut-être de prochaines journées de médecine pénitentiaire pourraient elles servir en partie le résultat de semblables recherches. Nous remercions ainsi le régime de « réelles » inquiétudes dont il ne semble que nous sommes déjà menacés dans nos réunions et nous espérons mieux à « l'impressionnisme » dont il ne semble que nous sommes plus ou moins coupables. En ce qui me concerne j'avoue l'avance plus volontiers cette faiblesse que je vois volontiers dans ces « impies » témoignages au sujet des limites de la médecine pénitentiaire.

On a traité spécialement de la question de la spécialisation des médecins. On a souligné la question de la spécialisation des médecins. On a souligné la question de la spécialisation des médecins. On a souligné la question de la spécialisation des médecins.

une ouverture de l'hôpital pénitentiaire et, peut-être, pour Fresnes une articulation avec le C.H.U. le plus proche.

Nous retrouvons donc ici cette notion « ouverture » qui, à propos d'établissements pénitentiaires, est fort chargée de sens. On voit, certes, la prison s'ouvrir facilement pour des médecins dépit-

particuliers que nous avons vus au cours de nos réunions. Les médecins pénitentiaires, les rôles joués par les médecins pénitentiaires, le médecin devant le système des malades et lui-même.

Intervention du docteur LAURANS

Le docteur Laurans a souligné la question de la spécialisation des médecins. Il a souligné la question de la spécialisation des médecins. Il a souligné la question de la spécialisation des médecins.

Les attaques répétées que subit l'Administration pénitentiaire de la part de l'opinion publique — attaques reflétées par la presse et à l'occasion desquelles le médecin est considéré comme la bonne conscience de cette administration — amènent le praticien à se poser la question de sa place et de son rôle dans un système avec lequel il a librement accepté de collaborer, pour des motivations qu'il serait, d'ailleurs, intéressant d'examiner, mais qui ne font pas l'objet du présent rapport.

Il doit, tout d'abord, et même si parfois cela le gêne, constater qu'il est intégré au système. Cette intégration, d'ailleurs souhaitée lors des journées de Marseille en 1970, s'avère de plus en plus importante au fur et à mesure des progrès des sciences humaines et des découvertes chimiothérapeutiques. La conséquence de cette intégration au système pénitentiaire a amené le médecin à assumer, en plus de son rôle de soignant, celui d'adaptateur du détenu à la vie carcérale. Maintenant, les nouvelles dispositions réglementaires l'amènent à donner son avis, qu'il doit formuler même s'il considère que le système est inadéquat dans bien des cas et que le rôle qu'il a joué précédemment est censé produire un résultat opposé à cette réadaptation.

En effet, la vie carcérale, telle que nous la connaissons, créée expérimentalement, par la sommation des frustrations, un nombre considérable de situations explosives dont nous constatons les conséquences : comportements agressifs, états dépressifs, suicides, homosexualité, viols et plus fréquemment encore et sur un mode moins aigu, troubles fonctionnels polymorphes et affections psychosomatiques.

Ces conséquences, souvent dramatiques, de la vie pénitentiaire, ne peuvent que susciter une attitude critique. A propos de cette remise en cause, nous n'évoquerons que quelques-uns des aspects

particuliers que pourraient revêtir ou revêtent effectivement le système pénitentiaire, les rôles joués par le médecin et l'attitude du médecin devant le système, ses malades et lui-même.

En ce qui concerne le système lui-même, le problème des régimes de détention mérite d'être évoqué tout d'abord, car il conditionne la vie quotidienne des détenus. La diversité de ces régimes au sein d'un même établissement éviterait beaucoup de transferts dans les centres d'observation pour psychopathes et permettrait une plus grande gamme de traitements. Cela supposerait, bien entendu, des locaux adaptés dont la disposition pourrait être facilement modifiée suivant les besoins en évitant ainsi des réalisations architecturales élaborées uniquement en fonction d'un régime déterminé. Une meilleure adaptation des locaux permettant, chaque fois que cela est nécessaire, l'isolement d'un détenu dans des conditions acceptables de confort et de sécurité, permettrait de mettre fin aux campagnes dénonçant l'inhumanité de certaines cellules dites « de punition ».

Les rôles exercés, actuellement, par le médecin pénitentiaire, peuvent être groupés sous deux rubriques.

Tout d'abord, il exerce évidemment ses fonctions de médecin et soigne les détenus malades ; à ces fonctions, il faut ajouter qu'il est également, comme nous l'avons vu, praticien de médecine préventive d'une collectivité ainsi que médecin du travail.

Un second rôle lui est attribué : celui de contrôleur au service de l'administration. Il joue ce rôle lorsqu'il donne son avis sur l'état de santé des punis et sur leur aptitude physique à subir la punition ; il en est de même pour la surveillance des grévistes de la faim. Il faut souligner ici que le praticien porte la responsabilité de l'état physique et mental d'un sujet, placé par l'administration dans une situation dont l'issue fâcheuse pourra lui être imputée alors qu'il n'a eu aucune part dans le déclenchement du processus.

Ces deux fonctions, de thérapeute et de contrôleur, sont ainsi conçues afin de donner bonne conscience tant à l'administration qu'à l'opinion publique.

Récemment, l'idée « d'équipe pénitentiaire » a été lancée et un premier pas a été fait pour l'intégration du médecin à cette équipe, puisqu'il siège maintenant à la commission de l'application des peines, au sein de laquelle il pourra donner son avis, non plus seulement sur des cas individuels mais sur des mesures d'ordre général. Ces avis, d'ailleurs, pourraient largement dépasser le cadre de la commission et une consultation des médecins d'établissement ne serait certainement pas inopportune à propos des orientations de la politique pénitentiaire. L'attitude du médecin, face à ce sys-

tème auquel il est intégré, découlera de ce qu'il pense avoir pour rôle en tant que médecin et de ce rôle de médecin de prison.

L'image qu'il a de lui-même, tout comme celle que lui propose la société, est une image sacerdotale et les techniques médicales, toujours plus complexes et efficaces, apparaissent comme un rituel destiné à protéger de la maladie et de la mort. Se trouvant donc investi, tant par le groupe social que par lui-même, de la puissance et du prestige sacerdotal, le médecin va se trouver confronté avec la société carcérale, différente, à bien des égards, du monde dans lequel il a l'habitude d'exercer son activité. Ses malades, qui ne l'ont pas choisi, sont des individus rejetés par la société pour avoir enfreint ses lois et, comme tels, porteurs d'une étiquette infamante. En tant que membre de cette société qui les a condamnés et malgré son éthique professionnelle qui l'oblige à soigner tout malade, sans distinction, le médecin ne peut totalement oublier que le patient qui est devant lui subit une peine et qu'en tant que médecin de prison il contribue à l'application de cette peine. Il doit donc tenir compte de l'image qu'il a de la punition devant l'homme puni-malade, de la manière dont il se sent intégré à la société et de sa propre opinion sur la manière dont cette société doit traiter le déviant.

Le rôle des médecins a été élargi : ils font partie de l'équipe pénitentiaire. Dans le même temps pourtant, on leur demande d'être encore les répondants de certaines conséquences d'un système à l'élaboration duquel ils n'ont pas participé et d'engager, ce faisant, leur responsabilité professionnelle. Il semble donc nécessaire de reconsidérer la place des médecins dans le système pénitentiaire et de les faire participer à son organisation. Alors, seulement, ils pourront pleinement répondre, sur le plan médical, des conséquences de ce système.

A l'issue de ces journées les docteurs Durand de Bousingen, Béfort, Petit, Lazarus et Fully ont été reçus le 19 décembre 1972 par M. Pleven, garde des Sceaux.

Ils lui ont remis la motion que nous tenons à réinsérer pour conclure ce bulletin.

« Les médecins de l'Administration pénitentiaire réunis à Strasbourg, à la Maison de l'Europe, les 1^{er} et 2 décembre 1972, représentant l'ensemble des médecins des prisons de France, compte tenu des rapports des confrères étrangers des pays membres du Conseil de l'Europe, mandatent une délégation médicale pour soumettre leurs conclusions à M. le Garde des Sceaux et pour diffuser la réponse de celui-ci à tous les médecins pénitentiaires ainsi qu'aux médecins étrangers et personnalités présents, ainsi qu'à tous les moyens d'information.

« Médecins des prisons, ils réaffirment leur indépendance professionnelle et leur choix délibéré d'assister leurs malades dans le respect de la déontologie médicale traditionnelle.

« Compte tenu des données actuelles des sciences médicales qui intègrent les sciences humaines et relationnelles pour soigner le malade en tant qu'individu et en tant que membre du corps social, le médecin pénitentiaire, outre son rôle de soins et de prévention, se voit confronté à une exigence morale d'assistance à des problèmes humains et sociaux spécifiques aux détenus. Le médecin est aussi impliqué dans l'activité pénitentiaire. Il demande que son rôle nouveau soit reconnu et encouragé.

RÔLE NOUVEAU DU MÉDECIN EN CE QUI CONCERNE :

1° *La médecine somatique :*

« Ont été stigmatisés les manques de moyens, tant en matériel qu'en personnel (notamment l'absence de revalorisation de la fonction des internes et leur nombre) dans l'immense majorité des établissements, de même qu'est déploré le manque de « temps médical » et de personnel paramédical qualifié pour assurer parfois les soins élémentaires.

« Pour qu'une relation minimale soit maintenue et qu'une rupture de la communication ne contribue pas à favoriser des conduites suicidaires, ils demandent donc une formation spécifique du personnel pénitentiaire afin que certains des membres puissent exercer des fonctions d'infirmier.

2° *La médecine du travail :*

« Tant auprès du personnel de l'administration qu'auprès des détenus travailleurs, elle doit être précisée et réalisée.

« Ce rôle majeur, faute de moyens, n'a pu jusqu'à ce jour être assumé de manière satisfaisante, surtout auprès du personnel surveillant, souvent abandonné à lui-même dans des conditions difficiles.

3° *L'éducation et la pédagogie :*

« Un rôle d'éducation et de pédagogie sanitaire de la part du médecin, dans une optique préventive, apparaît comme indispensable tant auprès de la population pénale qu'auprès du personnel de surveillance.

4° *La médecine sociale :*

« Une demande d'intervention médicale à propos des problèmes sociaux souvent extérieurs à la prison apparaît d'une manière pressante, parfois urgente, sans que l'outil de transmission existe encore.

« Ils revendiquent ce rôle de sociothérapeutes, c'est-à-dire de médecine sociale, en assumant leur responsabilité totale au sein des « commissions de l'application des peines ».

5° *La réinsertion sociale :*

« Ils doivent assurer aujourd'hui un rôle privilégié dans l'articulation entre la libération du délinquant et sa *réinsertion sociale*. Ils n'en ont ni les moyens, ni les structures.

6° *Le décloisonnement des systèmes sanitaires pénitentiaires actuels :*

« Ils estiment nécessaire le *décloisonnement* des systèmes pénitentiaires actuels et leur ouverture aux structures hospitalières et universitaires éventuelles, dans le sens d'une intégration réciproque.

« Ceci devrait impliquer la prise en charge, par les Affaires sociales, d'un certain nombre de malades détenus (toxicomanes ou malades mentaux par exemple) et de certains actes médicaux.

« Au-delà des impératifs pénitentiaires de sécurité et de discipline que les médecins reconnaissent, ils estiment que le respect de la vie et de la personne humaine doit être leur souci primordial autant dans la prison que pour la réinsertion sociale qui est un des buts primordiaux et ultimes de leur action, ceci dans un esprit de concertation avec les instances administratives.

« Les médecins présents affirment que la personnalité et la santé d'un détenu ne sont pas seulement du ressort de l'Administration pénitentiaire mais de celui du corps médical et du ministère de la Santé et, en dernier recours, d'une responsabilité collective. »

« Ce rôle majeur, faute de moyens, n'a pu jusqu'à ce jour être assumé de manière satisfaisante par les services pénitentiaires. Les médecins présents ont constaté que dans les conditions actuelles de la prison, les soins médicaux sont souvent abandonnés à l'initiative des détenus, ce qui représente l'ensemble des médecins des prisons de France, compte tenu des rapports des confédérations de médecins de la prison et du Conseil de l'Europe, mandant un traitement médical et des soins de la part des médecins de la prison. Un rôle éducatif et de rééducation sociale est attendu du médecin dans une optique préventive, comme indiqué par le rapport de la commission de la Santé et de la Sécurité de la prison, fait auprès de la population pénale, au cours duquel il est demandé que les services de la Santé et de la Sécurité de la prison assurent la surveillance de tous les détenus. »

« Médecins des prisons, ils réaffirment leur rôle social et leur responsabilité et leur choix d'être au service de la personne humaine et de la santé. Une demande d'intervention médicale à propos des problèmes sociaux souvent extérieurs à la prison apparaît d'une manière pressante, pour les médecins, dans l'attente de la mise en œuvre de mesures qui permettent de développer et améliorer les conditions de vie des détenus et de leur offrir une aide humaine et sociale qui intègre le rôle du médecin et de la médecine. La médecine sociale est une discipline qui vise à l'étude et à la prise en compte de l'individu dans son milieu social et de son rôle de citoyen. Elle est une médecine sociale en assumant leur responsabilité totale au sein de la commission de l'application des peines. Le rôle social du médecin est aussi impliqué dans l'activité de la commission de l'application des peines. Le rôle social du médecin est aussi impliqué dans l'activité de la commission de l'application des peines. Il doit assurer aujourd'hui un rôle privilégié dans l'articulation entre la libération du délinquant et sa réinsertion sociale. Ils n'ont ni les moyens, ni les structures. »

« La détermination des systèmes sanitaires pénitentiaires actuels : »

« La détermination des systèmes sanitaires pénitentiaires actuels : 1° La médecine pénitentiaire : La détermination des systèmes sanitaires pénitentiaires actuels est le résultat de l'évolution des systèmes de soins et de la prise en compte des besoins des détenus. Les médecins des prisons ont constaté que dans les conditions actuelles de la prison, les soins médicaux sont souvent abandonnés à l'initiative des détenus, ce qui représente l'ensemble des médecins des prisons de France, compte tenu des rapports des confédérations de médecins de la prison et du Conseil de l'Europe, mandant un traitement médical et des soins de la part des médecins de la prison. Un rôle éducatif et de rééducation sociale est attendu du médecin dans une optique préventive, comme indiqué par le rapport de la commission de la Santé et de la Sécurité de la prison, fait auprès de la population pénale, au cours duquel il est demandé que les services de la Santé et de la Sécurité de la prison assurent la surveillance de tous les détenus. »

I MPRIMERIE
ADMINISTRATIVE

MELUN - 3683 - 1973