

FACULTÉ DE MÉDECINE LARIBOISIÈRE - SAINT-LOUIS  
CENTRE UNIVERSITAIRE VILLEMIN • 10, AVENUE DE VERDUN, PARIS X<sup>e</sup>



# JOURNÉES INTERNATIONALES UNIVERSITAIRES DE MÉDECINE PÉNITENTIAIRE

27-28 NOVEMBRE 1981

SOUS LE HAUT PATRONAGE DE

M<sup>r</sup> GASTON DEFERRE, MINISTRE D'ÉTAT,  
MINISTRE DE L'INTÉRIEUR ET DE LA DÉCENTRALISATION

M<sup>r</sup> JACK RALITE, MINISTRE DE LA SANTÉ

ET AVEC LA PARTICIPATION DU

CONSEIL INTERNATIONAL DES SERVICES MÉDICAUX PÉNITENTIAIRES

PRESIDENT : MADAME LE PROFESSEUR SOLANGE TROISIER

SECRETARE GENERAL : DOCTEUR ROY

322.3

FACULTÉ DE MÉDECINE LARIBOISIÈRE - SAINT-LOUIS  
CENTRE UNIVERSITAIRE VILLEMIN • 10, AVENUE DE VERDUN, PARIS X<sup>e</sup>

F17 4 113

61  
Jou  
JOU

NE 1379



# JOURNÉES INTERNATIONALES UNIVERSITAIRES DE MÉDECINE PÉNITENTIAIRE

27-28 NOVEMBRE 1981

SOUS LE HAUT PATRONAGE DE

**M<sup>r</sup> GASTON DEFERRE, MINISTRE D'ÉTAT,  
MINISTRE DE L'INTERIEUR ET DE LA DECENTRALISATION**

**M<sup>r</sup> JACK RALITE, MINISTRE DE LA SANTE**

ET AVEC LA PARTICIPATION DU

**CONSEIL INTERNATIONAL DES SERVICES MEDICAUX PENITENTIAIRES**

**PRESIDENT : MADAME LE PROFESSEUR SOLANGE TROISIER**

**SECRETARE GENERAL : DOCTEUR ROY**





Or, le milieu pénitentiaire apparaît comme un milieu de choix pour cette expérimentation humaine et à vrai dire, ceci n'est pas nouveau, l'expérimentation sur les condamnés à mort a toujours existé. Il est quelques pages d'Ambroise Paré où il nous raconte comment il a été convoqué pour faire une expérimentation d'un contre-poison et comme on a fait venir rapidement un coquin qui devait être pendu parce qu'il avait dérobé deux plats d'argent chez son maître chez qui il était serviteur. Ce coquin a immédiatement accepté d'absorber le poison et le contre poison pensant qu'il était préférable de mourir comme cela, plutôt que de mourir pendu sur la place publique. Il a absorbé le poison et le contre-poison, il s'est mis à vomir et il est mort misérablement nous dit Ambroise Paré.

Donc cette expérimentation sur les condamnés à mort n'est pas nouvelle. Ce qui est nouveau c'est en fonction des progrès énormes de la médecine, de la nécessité d'une grande rigueur dans l'expérimentation, c'est la nécessité de trouver de très nombreux sujets d'expérimentation.

Dans le Serment d'ATHENES, vous pensez, vous vous engagez plus précisément à n'accepter une expérimentation humaine qu'à la condition du consentement formel des intéressés, et par là vous rejoignez, vous vous expliquez en d'autres termes ce qui est dans la déclaration d'Helsinki, qui demande pour toutes expérimentations humaines le consentement libre et éclairé, mais véritablement chez un homme qui n'a pas sa liberté est-ce que l'on peut dans tous les cas parler de consentement libre. Et ceci, vous le savez et tout ce que je vous dis en ce moment, vous le savez, et vous le savez même beaucoup mieux que moi.

Si j'en parle aujourd'hui, c'est parce que je suis personnellement un peu troublé par l'évolution de la morale médicale traditionnelle, notre morale médicale traditionnelle est fondée sur le respect absolu de l'individu et il semble bien que dans le moment présent elle évolue, et qu'elle évolue d'une morale individuelle vers une morale de la collectivité.

Dans cette mutation de la morale dont je ne saurais dire, car je ne suis pas moraliste, si elle est obligatoire, si elle est nécessaire ou si elle est souhaitable. Dans cette mutation de la morale, je pense que vous médecins pénitentiaires, vous avez un rôle à jouer, et un rôle qui n'est pas négligeable. C'est la raison pour laquelle je me suis permis ces quelques réflexions devant vous en vous demandant maintenant pardon de vous avoir fait perdre quelques minutes avant de déclarer ouvertes ces Journées Internationales Universitaires de Médecine Pénitentiaire

Monsieur le Ministre et son représentant,

Messieurs les Ambassadeurs, je tiens en effet particulièrement à saluer les représentants de l'AUSTRALIE, des PHILIPPINES, du JAPON, d'ISRAEL, des ETATS UNIS, du CANADA, de la GRECE, du VENEZUELA, un certain nombre de médecins de ces pays n'ayant pas pu se rendre à notre Congrès,

Messieurs les Députés, et en particulier M. MARCUS, Député du Xème arrondissement,

Messieurs les Magistrats, je tiens à saluer ici le Premier Président de la Cour d'Appel de PARIS, le Procureur de la République et le Président du Tribunal de Grande Instance

Monsieur le Président de l'Ordre des Médecins,

Monsieur le Président de l'Ordre des Pharmaciens,

Messieurs les Professeurs et mes Chers Collègues,

Mes Chers Confrères,

Monsieur le Secrétaire Général de l'Assistance Publique,

Madame le Représentant du Directeur de l'Assistance Publique à PARIS,

Monsieur le Président de l'U.N.A.P.E.L,

Monsieur le représentant de la D.A.S.S.,

Monsieur le Bâtonnier,

Monsieur le représentant d'Amnistie Internationale,

Mesdames et Messieurs les Journalistes ,

Mesdames et Messieurs les représentants de l'Administration Pénitentiaire,

Messieurs les représentants des syndicats de cette administration, en particulier M. BONALDI pour F.O. et M. PASTRE, mon Camarade de Résistance pour la C.G.T.,

Mesdames, Messieurs,

Il y a 3 ans, à DIJON, je réunissais beaucoup d'entre vous pour notre Premier Congrès Mondial de Médecine Pénitentiaire.

Je balbutiais un peu dans cette langue universelle qu'est la médecine en prison mais le dénominateur commun qui nous unissait était là, omniprésent, un peu fracassant par ses exigences, une médecine sociale à l'échelle humaine visant à la prise en charge des plus déshérités, des plus malheureux, mais sans oublier qu'il s'agit aussi de délinquants.

Depuis 8 ans, mes Chers Confrères je me suis efforcée de bien vous connaître, de bien cerner tous les dédales de la vie en prison, un véritable labyrinthe pénitentiaire.

Le médecin pénitentiaire est en effet au coeur même du désespoir, du drame quotidien, de l'agressivité comme d'une certaine tendresse et son apostolat, au vrai sens du mot, doit l'aider pour comprendre, pour résoudre, pour sauver bien souvent, sans condamner car nous sommes là pour soigner et non pour juger.

Que de conflits avec notre conscience, avec peut-être nos options politiques, religieuses ou raciales, mais nous sommes là pour soigner et non pour condamner.

.../...

Aussi devons-nous nous affirmer dans notre secret médical, forteresse toute de blanc vêtue. Ce secret, nous l'avons affirmé lors de notre thèse. Nous avons juré devant nos Pairs et devant HIPPOCRATE de ne jamais révéler ce qu'on nous avait confié lors d'un entretien confidentiel et nous ne devons jamais faillir à ce principe.

Mais s'il s'agit d'une prise d'otage, d'une tentative de meurtre, ne devons-nous pas nous rappeler que nous sommes aussi des auxiliaires de justice ?

Tout ceci a été repris dans notre SERMENT d'ATHENES. Nous l'avons diffusé dans tous les pays francophones du monde, en EUROPE, en AFRIQUE et en ASIE. De même le Dr ROY, notre Secrétaire Général l'a fait parvenir à tous les pays de langue anglaise. Notre distingué collègue Grec, le Dr PAPANASTASSIOU l'avait divulgué dans son pays.

La priorité médicale, tout en respectant la sécurité bien sûr, et je suis depuis 20 ans trop pénitentiaire pour l'oublier, doit être notre ligne directrice, face bien souvent aux tracasseries administratives.

Messieurs les Magistrats, comme je suis heureuse de vous retrouver ici, dans cette Université où beaucoup d'entre vous sont venus instruire les médecins des méandres de la Justice. Comme vous avez ouvert les yeux à beaucoup de mes confrères. Non seulement vous les avez rendus responsables face aux juges d'instruction, aux juges de l'application des peines, mais aussi votre exemple de farouche indépendance les a marqués du sceau de la Justice.

Et puis certains Magistrats, certains Avocats, ont suivi cet enseignement et ils ont été à même de comprendre combien la médecine moderne évoluait vite, combien il était difficile de dire un pronostic face à la mort et combien il était compliqué d'être un auxiliaire de justice quand on est aussi terriblement indépendant.

Alors, aussi bien ici à PARIS VII qu'à LYON, MARSEILLE, STRASBOURG ou BORDEAUX, j'ai pris mon baton de pèlerin et j'ai prêché tout autant pour ASCLEPIOS que pour THEMIS et j'ai souhaité que leurs épousailles soient harmonieuses car quand on est médecin en prison l'harmonie doit être de règle aussi bien avec l'administration qu'avec la justice. Les fléaux de la balance ne doivent pas pencher.

Mes Chers Confrères et mes Chers Amis venus de tous les coins du monde et de toute la FRANCE, je vous salue ici avec amitié, ferveur et confraternité. Beaucoup d'entre vous sont mes amis de longue date.

Si en effet je vous ai retrouvés dans toutes les prisons françaises, vous écoutant, vous apaisant, essayant de trouver une solution à vos doléances, j'ai tenté, soit à l'Université à PARIS, soit en province, de vous insuffler le feu sacré pour cette médecine hors du commun.

J'ai eu la grande joie de voir passer avec succès notre diplôme. français par de nombreux étrangers, qu'ils soient Grecs, Tunisiens, Algériens, Canadiens ou Vénézuéliens. J'ai même, cette année, été chargée par le gouvernement du CANADA de venir à VANCOUVER, dans le BRITISH COLUMBIA, faire passer mon diplôme de 3ème cycle de Médecine Pénitentiaire française, venant de PARIS VII. J'y ai aussi acquis la distinction si prisée de Docteur Honoris Causa.

A l'instant je reçois un télégramme du Conseil de l'Europe à STRASBOURG me nommant Rapporteur sur la "Drogue et la prison".

Et cette grande famille pénitentiaire, qu'il s'agisse de médecins, de chirurgiens-dentistes, d'infirmières, de tout le personnel pénitentiaire allant du directeur régional au surveillant, sans oublier bien sûr les syndicats, tout se rapprochant dans les moments difficiles ou harmonieux, s'épaulant et parlant la même langue. Il ne faut pas oublier que nous aussi nous vivons en prison.

J'ai voulu tenter d'exprimer ce langage à l'Université et j'espère y avoir réussi. En effet cette sociologie pénitentiaire, cette façon de pénétrer l'âme humaine, de se pencher sur tant de drames nous l'appliquons chaque jour et essayons de trouver une solution pour éviter la rechute.

Nous sommes les O.S., les besogneux, les obscurs qui essayons de mettre une nouvelle voiture sur la chaîne avec l'espoir qu'au bout de celle-ci une vie plus digne, plus responsable soit le résultat de nos efforts.

Depuis 3 ans le budget du Ministère de la Justice s'est considérablement accru et la médecine carcérale y est en bonne place.

J'ai essayé de convaincre l'Administration de tout faire sur place et de très peu diriger vers les hôpitaux civils afin de ne plus avoir de conflits avec la police ou la gendarmerie, d'éviter les évasions et de faire des économies car ces hospitalisations coûtent cher, dérangent les forces de l'ordre et sont peu compatibles avec la vie civile ordinaire.

Je tiens à saluer particulièrement M. BOURY, représentant le Ministre de l'Intérieur, qui m'a permis très souvent de résoudre des cas difficiles : extractions, transports en hélicoptère sur l'hôpital de FRESNES, escortes de police pour les malades particulièrement dangereux mais qui restent pour moi des malades. Cette collaboration avec le Ministère de l'Intérieur est étroite et je tiens à remercier tous ceux qui y participent.

Nous avons aussi vu nos statuts s'améliorer dans les hôpitaux, en particulier à FRESNES et aux BAUMETTES où de nombreux médecins, qu'ils soient à plein temps ou à temps partiel, sont rattachés à la Fonction Publique.

Pour ma part j'aurais souhaité que l'hôpital de FRESNES soit détaché de l'Assistance Publique et qu'il ait des statuts d'un hôpital public ou des statuts hospitaliers et que là encore la priorité médicale soit respectée. Peut-être ai-je rêvé ? Je souhaite, Monsieur le Ministre de la Santé que vous m'entendiez. Le processus était bien engagé, d'autant plus que j'avais aussi espéré que ma nomination de Professeur titulaire de la Chaire de Médecine Pénitentiaire rattachée au C.H.U. de Lariboisière-Saint-Louis consacrerait définitivement cette politique. Or il semble que depuis quelques mois les autorités administratives aient renoncé à suivre cette voie. Cela est d'autant plus regrettable que du même coup les normes hospitalières pour le recrutement des infirmières ne peuvent plus être respectées. Le même problème se pose pour les internes.

Enfin, depuis 3 ans, la rémunération des médecins a été considérablement améliorée, je m'en réjouis. De plus, des équipements très sophistiqués sont mis en place.

#### LES JOURNEES UNIVERSITAIRES DE MEDECINE PENITENTIAIRE

Quant aux sujets que nous avons retenus, nous avons pensé qu'une réflexion sur des thèmes bien précis, concrets dans notre univers carcéral, pourraient faire prendre conscience à certains confrères de l'importance de la vie médicale en prison.

Le travail en commissions sera, je l'espère, fructueux. Nous avons, au CANADA, lors d'un récent congrès mondial de psychiatrie et de médecine légale et au cours de la réunion du bureau exécutif de notre Conseil, retenu quelques thèmes que j'ai adaptés aux conceptions françaises, ceci dans un esprit très ouvert et comme nous le vivons chaque jour :

- l'infection, qu'elle soit chirurgicale, spontanée ou entretenue, cardiologique, relevant de l'art dentaire, nous a semblé capitale à définir et à discuter ;

- C'est en FRANCE je crois que la gérontologie en prison a une place de choix. J'ai demandé à d'éminents confrères d'en parler, sans oublier les problèmes sociaux et psychiatriques qui en découlent.

- Je n'ai pas voulu négliger le rôle de l'infirmier et de l'infirmière. Ce sont ces hommes et ces femmes qui sont le plus à même de connaître chaque jour, parfois la nuit, les drames, les angoisses, la vie cruelle et douloureuse des détenus qui ont une immense confiance en ces auxiliaires qui nous sont si précieux ;

- Et puis j'ai pensé qu'on ne pouvait pas passer sous silence le mode de vie, les problèmes médico-sociaux relatifs aux femmes en prison. Pour ma part j'en ai beaucoup connues depuis 20 ans, aussi bien à la prison de la ROQUETTE qu'à celle de FLEURY-MEROGIS. Elles sont souvent difficiles, agressives, mais aussi attachantes et compliquées. Il ne fallait pas les méconnaître. Il fallait en parler et ceci par ceux et celles qui les connaissent le mieux avec leurs problèmes bien spécifiques ;

- Et puis pour conclure j'ai réservé deux commissions à la psychiatrie. J'ai demandé à des rapporteurs jeunes et brillants d'envisager, sous un jour nouveau, l'approche psychologique du sujet incarcéré, le rôle du médecin, de nous parler du yoga, des techniques de relaxation, de l'esthétique, de la psychanalyse en prison.

- Enfin, dans la dernière commission j'ai souhaité qu'on définisse l'éthique du psychiatre en prison, en particulier dans les centres médico-psychologiques régionaux. En effet, ce découpage de la médecine pénitentiaire vers le Ministère de la Santé peut poser aux médecins des problèmes particuliers.

Il y a un mois le Président François MITTERRAND s'est adressé aux peuples d'AMERIQUE du SUD pour leur rappeler le prix de la liberté. Je suis convaincue que ce message d'humanisme, de justice sociale ne peut que trouver un écho favorable dans notre monde carcéral rude et cruel.

Il appartient aux pouvoirs publics de nous aider plus que jamais à poursuivre et à renforcer nos moyens pour accomplir notre apostolat. Il faut qu'ils sachent que nous sommes les interlocuteurs privilégiés face à ces déshérités car notre secret, notre SERMENT d'ATHÉNES que nous devons appliquer, notre indépendance, nous permettent de régler tant de problèmes, et ceci pour donner à la Justice la place exceptionnelle qu'elle doit conserver en FRANCE.

Les Droits de l'Homme ne sont pas un voeu pieux et je souhaite que la Médecine en prison y ait une large place reconnue de tous.

MEDECINE SOCIALE - MEDECINE PENITENTIAIRE

Professeur Etienne FOURNIER

Médecine Sociale : le choix du sujet sera en fait plus précis et plus prospectif, limité sur des réflexions sur l'avenir de la médecine sociale des années 1980.

Il semble en effet que le thème de la médecine sociale si large, si vaste en apparence, mérite d'être revu en fonction de données précédentes et des références actuelles, qu'elles soient d'ordre économique, sociologique ou démographique.

Dans son sens le plus classique la médecine sociale est d'abord une perdante de la médecine. Elle a perdu le caractère privilégié de la relation individuelle médecin-malade et se réfère à une autre idée : le groupe humain. Elle veut l'observer, agir sur lui et sur sa protection, définir des mesures collectives utiles. Le médecin de famille, pendant des siècles, était pourtant aussi le premier médecin social puisqu'il prenait en charge non seulement l'individu, mais son intégration dans un groupe limité, tant du point de vue économique que juridique et social. Au début du siècle est survenu un changement du sens de la médecine sociale, changement double. D'une part il s'est agi d'une médecine s'adressant à celui qui ne pouvant plus faire face seul ou avec sa famille à son traitement. Déviation du sens vers l'aide médicale, l'assistance au vieillard, à l'infirme, à l'handicapé, à tous ceux qui doivent être protégés faute de moyens. L'aide médicale se poursuit de nos jours.

Deuxième idée : la protection systématique des ouvriers contre les conséquences nuisibles du développement des progrès industriels (Sécurité Sociale), des enfants d'âge scolaire contre un certain nombre d'épidémies, des conséquences, non pas de la scolarisation, mais tout au moins de la situation sanitaire de l'époque.



Face à des objectifs ainsi définis quels étaient les moyens ? Des dispensaires, des hôpitaux publics, voire des hôpitaux de misère. Des médecins y étaient, y sont encore, salariés pour exercer leur profession dans des conditions délimitées. Ainsi se définissent objectifs et moyens hospitaliers évidemment complémentaires de la médecine individuelle toujours enviée.

Vint en 1962 la réforme qui porte le nom du Professeur DEBRE et qui provoqua l'inversion de la situation antérieure en favorisant le développement scientifique médical par l'hôpital public universitaire, parce que la médecine individuelle avait trouvé, jusqu'aux années 1980 un objet : l'adulte malade, celui qui travaille, qui peut payer, qui sait pourquoi on le soigne. L'action médico-sociale principale le maintient avec ses ressources, celles de sa famille, toujours à travers le système officiel de la sécurité sociale.

Prise en tenailles entre le système privé et les hôpitaux publics d'une part, la sécurité sociale et l'aide sociale de l'autre, la médecine sociale s'exerce ailleurs, c'est-à-dire nulle part ou presque. Elle n'était pas prévue en 1962, ce qui suppose d'abord qu'elle ne peut exister que par des postes salariaux ou contractuels dépendant de décisions administratives, locales, parfois arbitraires, situation très différente de l'activité médicale quotidienne. La conception gestionnaire décidera des ressources propres de la médecine sociale. Notre Président parlait tout-à-l'heure des décisions obligatoires d'administration et de gestion.

Comment voir la médecine sociale des années 1980 ?  
Doit-elle réapparaître ? Peut-être.

Poursuivons l'examen de la médecine individuelle jusqu'à cette époque. Qu'en est-il advenu ? Une évolution formidable, coûteuse et utile élevée au plus haut niveau des sciences biologiques, un développement d'appareils biologiques considérable. Si l'évolution des symptômes est maigre, des

.../...

paramètres de surveillance très importants ont été mis au point. Un diagnostic où la composante biologique est considérable et un traitement où s'associent souvent chirurgie, chimiothérapie, biothérapie dans des conditions maintenant presque codifiées, sont applicables à tous les malades, à nous tous puisque nous sommes tous inscrits à la sécurité sociale.

Pourtant, suivons l'évolution démographique des malades. La prévalence de l'action médicale individuelle porte sur deux zones réelles. La zone du premier âge et de la grossesse, en insistant sur les affections de la néo-natalité, et la zone du 3ème et du 4ème âges. L'âge adulte (de 15 à 60 ans) échappe à cette médecine individuelle, à l'exception de rares maladies cancéreuses, cardio-vasculaires, génétiques, dégénératives, des traumatismes et des comportements pathogènes comme l'alcool ou l'abus de drogues, et cela est une tout autre histoire. Donc rareté relative de la pathologie grave du 2ème âge de la vie, situation très différente de la conception initiale d'une médecine individuelle en faveur de l'adulte en activité. En 1900 les classes d'âge de survie diminuaient régulièrement de l'enfance à la vieillesse. En 1935, la mortalité était encore de 20 % entre 5 ans et 50 ans. Actuellement elle n'est que de 4 à 5 % pendant la même période de vie et la courbe d'affections mortelles ne s'infléchit fortement qu'après 60 ans. Ceci est une notion tout-à-fait essentielle.

Que devient donc la nouvelle médecine de 15 à 60 ans, médecine allant du début de la scolarisation à la fin de la vie active ? Elle porte sur les victimes d'accidents, de violence, sur les déviants du comportement moyen. C'est cela la nouveauté où nous retrouvons des aspects de médecine sociale classiquement opposés à la médecine individuelle traditionnelle. Qui doit prendre en charge les troubles du comportement, des plus bénins aux plus perturbateurs, suicidants, violents, inadaptés passifs, inadaptés actifs ? En tout cas le classement ne dépend plus de l'observateur médical seul, rarement préparé à de telles interventions, mais d'un système médical, social et juridique. A titre d'exemple jadis les pervers constitutionnels appartenaient à la nomenclature psychiatrique et criminelle. Actuellement on les dépend plutôt par l'action qu'ils entreprennent (terroristes, gangsters ou simplement inadaptés dangereux). Evidemment ils passent toujours sous le regard de la médecine légale et de la justice, mais bien souvent de longues périodes de leur vie les verront plus ou moins orientés par décision de médecine sociale.

.../...

Ce schéma d'une médecine sociale active qui n'est plus celle d'une surveillance de collectivité mais d'individus marginaux à l'intérieur d'une collectivité, illustre certainement la nouveauté médicale des années 1980.

Elle est différente de la médecine préventive car il s'agit de perturbations réelles, individuelles et non pas d'informations statistiques ou de décisions de protection de masse.

Elle est très proche de la psychiatrie par les évidentes anomalies de comportement qu'elle s'oblige à observer.

Elle est proche de la toxicologie par les abus de toute nature qui accompagnent les déviations.

Elle est proche de la médecine du travail par l'absentéisme et l'interdiction de travail de certains ouvriers, certaines formes d'inadaptation professionnelle.

Et bien entendu tout cela est "chargé" de médecine légale, point de jonction entre les décisions de médecine et les décisions de justice dont la vision nouvelle sera largement développée par le Professeur ROCHE dont toute la carrière illustre le développement de la médecine légale ouverte.

Toutes les populations déviantes sont en opposition avec les lois, les règlements, en dérogation constante du tolérable. La médecine sociale correspondante sera très intégrée dans le système d'appréhension du déviant et de contrôle de son activité. On voit bien se profiler dans une telle catégorie les locaux et les moyens d'accueil : les uns sont des hôpitaux à forte compétence psychiatrique, toxicologique, sociale, les autres sont le

... système pénitentiaire à forte compétence juridique et de contrôle direct.

Entre les deux, ou à côté des deux, certains aspects de la médecine pénitentiaire : centres médico-psychologiques pour sujets dangereux et malades mentaux, accueil des centres médicaux spécialisés, post-cures de toxicomanes, unités de détention ou prévention des adolescents, jusqu'aux équipes S.O.S. amitié qui ont la très lourde charge de l'individu déprimé appelant et qui risque de se suicider, sans exclure les initiatives d'accueil et de conseil des médecins praticiens. Voilà une structure nouvelle qui s'est constituée les dix ou vingt dernières années sous nos yeux. Nous ne l'avons peut-être pas très bien saisie mais elle est là. Que fait la médecine dans tout cela ? Elle apporte une nécessaire compétence technique et humaine à une autre compétence du droit et des situations, celle des avocats, des juges. De même qu'à la compétence socio-psychologique et humaine des éducateurs, des personnels d'aide sociale spécialisés est devenue indispensable.

Je crois que ces trois groupes doivent coexister, collaborer et que l'ensemble des dispositifs techniques de médecine sociale relèvent des trois spécialités réunies ensemble. Et je suis, en même temps, tout-à-fait opposé à l'idée d'action multidisciplinaire ; on ne peut tout savoir : information, sensibilisation, teinture de connaissances ne valent pas expérience et compétence. Les trois moyens diversifiés sont nécessaires, et sur un plan d'équivalence.

Alors, me suis-je éloigné de mon sujet ? Je ne le pense pas puisque nous sommes arrivés au point crucial de l'examen critique de cette forme de médecine moderne où apparaît obligatoirement une équivalence de compétences très étrangère à la médecine enseignée. La médecine sociale des années 1980 n'est plus la médecine des vaccinations qui date d'un siècle. Elle n'est pas la médecine des dépistages automatiques des examens de santé développés depuis quelques dizaines d'années, ni la psychiatrie sociale, même si nous découvrons demain un dosage biologique de l'anxiété ou de la dépression ; elle n'est pas la sécurité sociale des travailleurs nous l'avons vu, elle n'est pas l'aide sociale aux personnes dans le besoin ou dans la misère. C'est une entité à part, encore incomprise, marginale comme les marginaux qu'elle accueille, zone de contrôle et d'étude du comportement des adolescents et des

adultes où la maîtrise d'oeuvre revient non pas à un seul, mais à une équipe hiérarchisée. Je pense par exemple au système des départements de haute spécialité. Il s'agit au contraire d'une activité d'équilibre, d'une activité d'interférence, d'échanges, mais dans un climat spécial, celui de la "nécessaire" inefficacité, car la médecine sociale ne s'exerce qu'à propos d'échecs patents et ses moyens sont loin de se comparer à ceux du traitement des affections organiques. Il faut être bien revenu des spectaculaires découvertes de la science, des miracles quotidiens de la biologie pour accepter de vivre des expériences toujours discrètes, toujours incomplètes, à soumettre aux commentaires ironiques des comptables stricts. En matière de médecine sociale, les résultats sont toujours incertains faute de paramètres solides, faute de critères d'évaluation, je dirai aussi et surtout en raison de l'évolution de notre société.

J'ai été frappé des conséquences de la mutation des dernières années et ne pense pas être le seul car l'évolution se poursuit très vite, gênante pour les planificateurs comme pour les décideurs qui s'interrogent sur le bien-fondé de leurs entreprises. Par exemple, le critère de reprise du travail du déviant, l'un des meilleurs critères de resocialisation, riche d'arguments de normalisation, de rentabilité d'emploi, d'emploi tout court, ne peut plus être la référence essentielle en période de sous-emploi, d'où une révision obligatoire de beaucoup de nos conceptions. C'est bien à ce propos qu'il m'est apparu justifié de parler de la médecine sociale des années 1980 en raison de la perte des critères de réadaptation sociale et du risque d'abandon encore plus profond de ce type de médecine par les organismes de décision.

Or la médecine pénitentiaire rentre évidemment dans cette double catégorie de la médecine individuelle et sociale. Elle ne s'exclut pas des soins en cas de maladies aiguës, des soins aux sujets âgés, aux malades, et toute l'activité médicale va s'employer à traiter des prisonniers comme des individus normaux malgré la perte de liberté, seule peine actuelle

.../...

L'introduction du juge d'application des peines, des psychiatres, des psychologues, est une illustration évidente des besoins d'une équipe homogène et de son utilité. Ces interventions ne peuvent que constater la rareté des phénomènes psychiatriques "conventionnels" et des traitements véritables. Il est facile alors de retourner à certains thèmes criminologiques de dangerosité, de capacité de récidive, d'évolution sous l'effet de l'application des peines. En sachant que la valeur thérapeutique de l'incarcération ne serait appréciable que chez les condamnés qui accepteraient la peine comme une juste compensation de leurs fautes, comment suivre le comportement des condamnés? Sont-ils nombreux à croire simplement qu'ils ont perdu? N'acquiescent-ils pas, par simple réflexe de défense, l'intime conviction de la justification de leurs actes, au moins de leur faible responsabilité?

Pour toutes les autres situations ce sera un bout de chemin avec une personnalité dont les éléments contestataires rejoignent parfois chez l'interlocuteur d'amères réflexions sur le scandale des inégalités naturelles.

La réunion organisée à PARIS avec comme thème la médecine pénitentiaire arrive à un moment important de l'évolution sociale de notre pays. Des mouvements de grande ampleur ont été proposés à une opinion publique qui les avait permis ou sollicités. Qu'il s'agisse de la modification des peines, des conditions de détention, des diverses privations de liberté et de leurs valeurs, les mutations sont importantes et lourdes de conséquences.

Ces journées organisées par Mme le Professeur TROISIER avec l'enthousiasme, la force que vous lui connaissez sont l'occasion de réflexion sur ce type de médecine souvent mal comprise et dont l'objet n'est évidemment pas sans lien très étroit avec les formes d'exercice de l'activité de la justice. Sous le vocable social transparent, pour les médecins pénitentiaires, la prise en considération d'un objet social : le groupe incarcéré d'un objectif social plus difficile à définir : équilibre social,

.../...

redistribution des risques sociaux, resocialisation avec toujours, en contrepoint, la recherche d'un équilibre carcéral incertain, fragile, toujours à reconstituer, une sorte de communauté acceptable mais lourde de menaces et d'angoisses.

Une remarque s'impose. Qu'y a-t-il de plus subjectif que cette notion d'égalité acceptable, surtout lorsqu'elle est manipulée dans tous les pays - c'est notre cas - par de bons élèves puisque nous sommes tous de bons élèves, sortant de salles d'études de droit, d'administration, de médecine avec de bonnes notes, félicités, et qui nous sommes ensuite orientés, volontairement ou presque ? C'est évidemment le point faible de notre réflexion car s'il faut un courage probable pour abandonner la zone des privilégiés traverser la masse de normaux plus ou moins avantagés et atteindre le visage du perdant, celui du condamné, double perdant puisqu'il a été pris, puis châtié, des contrastes restent évidemment choquants. On peut enlever sa cravate, changer d'allure, il n'empêche qu'il y a toujours discontinuité et gêne grave entre l'intervenant et l'objet de son regard.

Je parcourais, il y a quelques jours, un livre de Charles Louis PHILIPPE : Bubu de Montparnasse dans l'édition du livre de poche 1981. Dans le texte commentaire (10 lignes) on y parlait d'un roman populiste. Or Bubu de Montparnasse est la description parfaite de prostituées et de souteneurs à plein temps. Même si populiste est discriminatoire, on ne peut dire qu'ils représentent le peuple. De même, la description d'un alcoolique profond, d'un toxicomane, d'un violent, n'est pas la description du peuple. La médecine sociale des années 1980 ne sera pas populaire, même si elle bénéficie de l'éducation des années 1970. Nous avons tous mieux appris à cette période que nous pouvions tous être atteints personnellement ou à travers de nos proches, par l'un des fléaux sociaux traditionnellement infâmant. Toutes les familles, tous les individus se sont trouvés égaux devant la déviance ; ils connaissent personnellement l'alcoolique, le toxicomane, le prodigue, le truand. Et si les fastes du procès criminel portent sur les notables c'est que l'observation en est plus large, plus riche, plus journalistique. Le fait essentiel demeure une extraordinaire dispersion de ce type de criminalité, de délinquance ou de déviance et la difficulté d'exercice d'un

.../...

justice et d'une médecine qui se veulent "raisonnablement équitables". Le choix de la protection ou de la répression est devenu plus intérieur, réellement intime, ce qui ne va pas sans abus.

La médecine pénitentiaire a au moins le mérite de l'humilité. Elle a succédé aux pompes et aux démarches de l'expertise, de la procédure et du jugement ; elle atteint des hommes passés de l'autre côté, déviants souvent importants, graves et dont la sélection sera de plus en plus inquiétante puisque des tolérances nouvelles apparaissent. Le droit devra changer au moins dans sa pratique pour aboutir à la sanction de crimes, délits ou comportements réputés graves et dangereux, au traitement des autres.

Mais ira-t-on vers un système autoritaire hiérarchisé, de séparation et d'élimination de tous ces déviants ou vers une communauté humaine acceptant aussi fraternellement que possible tous ces déviants ? Tel est le redoutable pari proposé aux juristes et aux médecins dont l'activité s'oriente vers les problèmes de médecine sociale et de droit social. La médecine sociale des années 1980, la médecine pénitentiaire en tout cas, verront de plus en plus se réunir dans les hôpitaux qu'il faudra bien prévoir et spécialiser à cet effet, dans des lieux de contrôle et d'incarcération qu'il faudra aussi prévoir et modifier, dans des zones hospitalières ou universitaires, des groupes de discussion comme celui-ci, venus y échanger des idées, rencontrer des personnes ayant compétence en théorie et en pratique. Progressivement ils dessineront des formes de co-existence à l'intérieur d'une société définie par sa majorité normale ou normalisée, du groupe des individus moyens et des déviants temporaires ou permanents. Ils observeront les formes de répression, de contrainte ou de protection. L'information par d'autres personnes compétentes, venues d'autres pays où les attitudes sont différentes de celles de la FRANCE doit être soulignée car ce type de réunion a une très grande valeur éducative. Je pense à de très proches voisins comme les spécialistes Belges dont l'attitude en matière de droits de l'homme, de prisonniers et de médecine sociale a toujours été débattue avec avance. Je pense aussi à des pays de l'Est ou de l'Ouest, où des questions ont été très largement développées et étudiées.

.../...



Il ne semble pas y avoir de ligne directrice morale, claire et précise quant à savoir comment le médecin devait traiter ses malades incarcérés.

Après avoir travaillé dans une prison pendant longtemps, après avoir dirigé un hôpital pénitentiaire au CANADA, j'ai pris sérieusement conscience de ce rôle double : gardien de prison et médecin. Le détenu attend de vous un passeport pour la liberté, les autorités attendent de vous d'exercer vos connaissances médicales afin de faire de vous un agent de contrôle de la société.

Je ne me réfère pas à un pays en particulier, je ne me réfère pas à une autorité particulière mais il semblerait que ce soit un schéma qui se développe. Et c'est devenu tellement grave qu'aux Etats-Unis très peu de personnes souhaitent travailler dans le système pénitentiaire car la tension est très grande.

A la suite de cette prise de conscience et la prise de conscience de mes autres collègues et en particulier de Mme TROISIER, nous avons décidé de créer un groupe ad hoc : le Conseil International des Services Médicaux Pénitentiaires. Y-a-t-il une différence entre la médecine pénitentiaire et la médecine en général ? Un Ministre de la Justice en FRANCE a dit : "non, il n'y a qu'une médecine, une bonne médecine".

Je dis que pour exercer la médecine pénitentiaire il faut des connaissances particulières car à la limite de cette médecine se trouvent les anges et le diable et le médecin se retrouve seul en face d'eux. Il faut un dévouement, une personnalité particulière pour exercer cette médecine.

Cela dit Mme TROISIER était très enthousiaste de la création de ce Conseil, et avec l'aide de plusieurs collègues qui sont à cette tribune aujourd'hui, nous avons pu organiser le premier Congrès Mondial de Médecine Pénitentiaire à DIJON auquel j'ai assisté. J'ai été très encouragé par cette conférence. Notre attitude ne représente pas un point de vue politique, ni un point de vue national, notre Conseil comprenant des membres de nombreux pays, de toutes tendances, même extrêmes (Dr PONCET de CUBA dans notre Conseil). Mais nous sommes des médecins devant des

malades, non des accusés ni des condamnés, ce ne sont que des patients.

Qu'avons-nous fait depuis cette première réunion ; Notre présidente a participé à la Conférence de MESSINE au Centre de Recherches Internationales sur les centres pénitentiaires et nous étions présents au Congrès du VENEZUELA sur la prévention du crime. Nous avons participé activement à la réunion internationale très importante de BANFF portant sur le droit et la médecine.

Nos points de vue ont été très écoutés, nous avons été reconnus. Les organisateurs ont souhaité savoir ce que nous allions faire.

L'O.M.S. comme vous le savez a pour objectif la santé d'ici l'an 2000, mais cet organisme n'a pas de programme particulier pour les personnes incarcérées à travers le monde, c'est ici je pense que nous pouvons apporter notre contribution.

Les prisons sont de accidents de notre temps, elles ne vont pas disparaître. Hier encore j'ai vu dans le "London Times", un article décrivant la situation dramatique des prisons au Royaume-Unis. Je connais également le problème.

En GRECE, aux ETATS-UNIS, au CANADA et dans de nombreux pays, les médecins ont un rôle important à jouer, vu la portée de la médecine.

Je crois que l'université de PARIS peut être très fière que sous l'initiative de Mme TROISIER a été institué un diplôme de médecine pénitentiaire. Les médecins du CANADA, du VENEZUELA sont venus dans mon hôpital recevoir cet enseignement. Le Pr TROISIER est venue faire passer des examens et l'année prochaine elle reviendra pour enseigner la Médecine Pénitentiaire. L'Université PARISVII est la seule au monde à dispenser cet enseignement. Les ETATS-UNIS, le Gouvernement Canadien sont très intéressés par ces cours, nous pensons qu'il doit y avoir une formation standardisée pour les médecins qui choisissent volontairement de travailler dans ces conditions difficiles. Et, pour ce faire une formation et un diplôme sont nécessaires.

Quels sont nos objectifs pour l'avenir ? En fait, je vais demander au représentant de l'Ambassade du CANADA d'en parler.

Nous allons remettre au secretaire d'Ambassade d'Australie un diplôme pour montrer à quel point la ville de PARIS et l'Université française sont sensibles aux qualités d'un membre de notre conseil, pour Dr SCHMALZBACH, qui par ses qualités personnelles, a contribué à l'amélioration de la médecine légale, de la médecine pénitentiaire et de la psychiatrie

Il a organisé en AUSTRALIE de nombreux congrès sur ces spécialités et pense les renouveler dans un prochain avenir.

Le deuxième congrès mondial aura lieu à OTTAWA sous légide du Gouvernement. Il n'est pas facile d'être une organisation non Gouvernementale et en même temps d'être pris en charge par un gouvernement quel qu'il soit.

Monsieur le CONSUL du CANADA, représentant l'AMBASSADEUR

Je voudrais faire suite à l'intervention du Dr ROY pour montrer la dualité ethnique du CANADA. C'est un pays bilingue.

Au nom du Dr CRAIGNEN, commissaire des Services Correctionnels et du Comité Organisateur Canadiens du 2ème Congrès Mondial des Services Médicaux Pénitentiaires, la diplomatie canadienne souhaite bonne chance aux congressistes et une session très fructueuse.

Monsieur BOURY, Contrôleur Général, Directeur du Cabinet du Directeur  
de la Police

Madame la Présidente,

Mesdames,

Messieurs,

Les nombreuses occupations de M. DEFERRE, Ministre d'Etat  
Ministre de l'Intérieur et de la Décentralisation, ne lui ont pas permis  
d'être présent parmi nous et m'ont donné en même temps l'honneur et le plaisir  
de me trouver ici pour le représenter.

Mon propos évidemment, est extrêmement profane au milieu  
des travaux et occupations qui vont être les vôtres. Je suis en quelque sorte  
le représentant d'une administration et d'un Ministère qui vous fournit  
du monde et qui vous charge de les surveiller.

Je souhaite que vos travaux soient fructueux, que ce  
Congrès ait un grand retentissement dans le monde.

MEDECINE LEGALE - MEDECINE PENITENTIAIRE

Louis ROCHE

Professeur de

Médecine Légale à LYON

La Médecine Légale est une discipline mal comprise ;  
et avant d'envisager pourquoi la médecine pénitentiaire est une partie de  
la médecine légale, je voudrais rappeler les quatre éléments qui la caracté-  
risent.

A - La Médecine Légale assure la liaison entre le monde médical et le  
monde de la Loi ; cette liaison s'effectue dans les deux sens ; elle apporte  
à tous les organismes juridiques entendus dans un sens large (car il y a non  
seulement le monde judiciaire mais il y a également les organismes de sécuri-  
té sociale), les éléments médicaux nécessaires à l'application de certaines  
lois, par l'expertise, mais aussi, il ne faut pas l'oublier, par tous les cer-  
tificats rédigés par les médecins traitants ; mais, c'est aussi la loi tournée  
vers la médecine, avec l'enseignement du Droit Médical effectué dans les  
Facultés, les conseils donnés au corps médical et nous avons estimé à LYON,  
à 25 le nombre d'appels téléphoniques que notre groupe donne à des médecins  
qui demandent un conseil médico-légal.

Il ne faut pas oublier que tout médecin doit avoir des  
connaissances en médecine légale, connaissances qui s'établissent à trois  
niveaux :

- pour tous les médecins : tous doivent savoir que sont secret professionnel,  
la responsabilité du médecin, l'organisation de la justice ;
- le médecin généraliste qui est confronté à de multiples problèmes doit  
avoir une formation complémentaire : que faire devant une mort suspecte,  
devant un sujet victime de coups, devant une femme qui se révèle avoir été



violée, devant un sujet qui présente des troubles psychiatriques...., dans la Collection des Abrégés de MASSON, un Abrégé de Médecine Légale vient d'être publié ; il est destiné exclusivement à fournir à tout médecin traitant les renseignements utiles au règlement de ces problèmes ;

- enfin, la formation de l'expert et des médecins légistes, la différence entre les deux est que l'expert est un technicien médical d'un haut niveau en général (O.R.L., Ophtalmologue, Chirurgien etc....) qui fournit de façon ponctuelle, dans le cadre d'une expertise, à la demande de la justice, un avis médico-légal. Le médecin légiste est, au contraire, quelqu'un qui consacre la plus grande partie de son activité à ces problèmes, qui réfléchit à l'organisation dans son ensemble ; c'est donc une notion fondamentale de rappeler que le médecin légiste est situé à un poste charnière, avec une double face ; orienté vers le malade et orienté vers les représentants de la société dans le domaine juridique et administratif.

B - La deuxième notion est que la discipline médico-légale est actuellement intégrée à l'hôpital. Il ne faut pas croire que c'est une idée proconçue, théorique, mais cette obligation dépend de l'organisation des carrières médicales : dans les Facultés de Médecine, on ne peut pas actuellement être nommé Professeur, Agrégé, Chef de Travaux ou Assistant s'il n'y a pas à la fois un poste universitaire et un poste hospitalier. Une des causes principales de la crise actuelle de la médecine légale est que ceux qui étaient à l'époque aux postes de responsabilité de notre discipline n'ont pas compris ce problème, ont refusé en particulier l'intégration, à un moment où l'on faisait beaucoup d'avance à tous les universitaires puisqu'on cherchait à intégrer le plus de collègues possibles dans les meilleures conditions possibles, et actuellement nous nous trouvons devant des conditions beaucoup plus difficiles.

Cette intégration est pourtant fondamentale, il faut bien en comprendre l'intérêt :

.../...

. le premier intérêt est de permettre au médecin légiste qui fait partie du corps hospitalier de se tenir au courant de la médecine ; cette médecine change vite dans ses connaissances et le collègue isolé dans son institut médico-légal a beaucoup de peine à suivre l'évolution de la médecine clinique ; en particulier on ne voit pas très bien comment il peut répondre de façon précise aux problèmes de responsabilité médicale qui sont si difficiles.

. le second intérêt est qu'on utilise l'investissement en matériel et en spécialistes de l'hôpital ; ceci permet de réaliser des expertises dans les meilleures conditions possibles.

. d'autre part, on peut créer à l'hôpital une activité médico-légale propre, que ce soit dans le cadre d'une consultation de coups et blessures, dans le cadre d'un avis donné à un confrère qui désire avoir une indication médico-légale etc....

L'intégration s'est faite suivant trois grandes modalités :

. soit dans des services de toxicologie clinique, et l'exemple est celui du Pr FOURNIER et du Pr GERVAIS qui sont, avec le Pr GAULTIER, ceux qui ont créé la Toxicologie Clinique en France ;

. certains sont intégrés dans des services de médecine interne ou de neurologie ;

. mais, un nombre notable est intégré dans des Services d'Urgence Médicale, et je pense personnellement que la place prioritaire aux médecins légistes est ce type de service.

Vous me permettrez de donner l'exemple de LYON : lorsqu'on m'a intégré, bien qu'étant médecin des hôpitaux ancienne formule, à l'époque j'ai pensé que le médecin légiste devant prendre, dans le cadre de l'hôpital, des services qui n'étaient pas désirés par les médecins de médecine interne classique. Or, vous savez que les service de Porte, d'Accueil,

d'urgence, sont des services difficiles, ingrats ; les médecins des hôpitaux actuels, tous orientés vers une spécialité variable, ne tiennent pas à prendre ces services, mais ils craignent qu'un autre collègue nommé à ce poste leur prenne les "beaux malades" ; le médecin légiste est un collègue qui ne fait pas peur ; il s'intéresse à un type de malades qui n'intéresse pas les autres médecins : les alcooliques, les toxicomanes, toutes les déviations ; le principe du service que je dirige est de recevoir les malades dont les autres ne veulent pas et il n'y a donc aucun problème avec l'activité hospitalière de tous les collègues.

L'organisation lyonnaise est la suivante : notre équipe médico-légale est constituée exclusivement de représentants de la médecine légale, et il y a une autre équipe qui s'occupe de médecine du travail qui est totalement indépendante. Notre équipe comprend 10 personnes à temps plein dont quatre professeurs, quatre chefs de travaux, deux assistants. Nous sommes tous intégrés dans le cadre de l'hôpital ; la moitié d'entre nous sont des psychiatres qui savent d'ailleurs, en outre, effectuer toute une série d'activités médicales en dehors de la psychiatrie, en particulier faire des autopsies médico-légales ; les autres ont une activité essentiellement d'internistes ou de toxicologie.

A LYON, agglomération d'environ 1 million et demi d'habitants, l'hôpital principal est l'hôpital Edouard Herriot où il y a 2.000 lits et où a été concentrée pendant très longtemps toute l'urgence. Un effort est fait pour décentraliser cette urgence à d'autres pôles.

Le fonctionnement comprend deux services d'accueil qui sont des services uniquement de porte, l'un plus médical, l'autre plus chirurgical ; plus de 100.000 malades y passent chaque année ;

- deux services chirurgicaux d'urgence, spécialisés dans l'urgence chirurgicale, l'un viscéral, l'autre orthopédique ;
- deux services de médecine d'urgence
- enfin, deux services de réanimation, l'un chirurgical, l'autre médical.

Vous voyez qu'il y a une structure très solide, très lourde, très importante. Personnellement je travaille à l'Accueil Médical dans lequel sont vus 20.000 malades par an, et un des services d'urgence médicale de 40 lits.

Que voit-on au Service d'Accueil Médical ? La moitié des sujets présentent des troubles du comportement, le tiers est amené par la police avec qui nous avons des liens très étroits.

Quelques chiffres très précis : 4.000 ivresses aiguës chaque année, environ 1 millier de toxicomanes, près de 2.500 tentatives de suicide, près de 2.000 sujets présentant des troubles d'agitation et troubles psychiatriques.

Cette organisation qui a une formation médico-légale minimum, qui peut faire appel aux responsables du service si nécessaire, qui peut envoyer chaque matin un sujet à une consultation de médecine légale hospitalière tenue par un expert officiel, essaie d'accueillir, de prendre en charge, d'orienter dans les meilleures conditions possibles les 10.000 sujets présentant des troubles du comportement.

L'organisation du service comprend en effet deux structures : une structure somatique et une structure psychiatrique, avec deux chefs de service, tous deux du reste Professeurs de Médecine Légale, mais tous deux chefs de service sans hiérarchie l'un vis-à-vis de l'autre, avec un chef de clinique, internes et infirmières faisant partie de l'un et l'autre groupe, mais travaillant sans division géographique, prenant en charge, non seulement dans le cadre du service de porte, mais dans le cadre du service de 40 lits, ce type de sujets. La durée du séjour est extrêmement brève, inférieure à deux jours, car très rapidement peut être réalisé un bilan médical puisque le service fonctionne 25 heures sur 24 et qu'on peut

.../...

effectuer radiographies, examens de laboratoire, examens psychologiques à n'importe quel moment ainsi qu'un bilan psychiatrique et un bilan social puisque 6 travailleurs sociaux sont affectés à ce service.

Cet organisme est à la disposition de la police qui amène les agités, car un agité peut aussi bien être un malade ayant une fracture du crâne ou une défaillance cardiaque, ou bien être un intoxiqué, et le diagnostic et la conduite à tenir doivent être effectués dans les meilleures conditions possibles dans cette structure ; elle amène également toxicomanes, alcooliques, tout sujet qui est trouvé dans la rue, qui paraissent être pris en charge dans de meilleures conditions dans le cadre de l'hôpital que dans le cadre du service judiciaire ; l'évolution est de décriminaliser toute une série de conduites anti-sociales confiées aux médecins.

Mais notre présence à l'hôpital nous permet également de nous occuper de problèmes d'ordre général :

- il y a une quinzaine d'années, avait été mis sur pied, en liaison avec le Parquet Général, la Direction de l'Action Sanitaire et Sociale et la Direction des Hôpitaux, un protocole permettant les prélèvements d'organes dans les comas dépassés, facilitant les greffes d'organes ; un membre de l'équipe est le secrétaire du Comité d'Ethique et s'occupe de cette mission dont l'importance est évidente.

Mais il ne faut pas oublier qu'en dehors de l'activité médico-légale nous avons une activité de soins. En outre il est très important, dans une équipe médico-légale qui s'intéresse aux problèmes de criminologie, d'avoir l'expérience de toutes ces activités qu'on peut qualifier de marginales : les membres de l'équipe ont une expérience exceptionnelle dans ce domaine, en prouvant en particulier qu'il faut éviter, dans la mesure du possible, les ghettos et la division entre ces différentes déviations ; dans notre service nous voyons le même malade (car ce sont des malades) venir à l'occasion d'un suicide, puis être amené par les pompiers parce qu'il a eu un malaise dans la rue, puis amené par la police soit à l'occasion d'une

.../...

crise d'agitation, soit parce qu'il est en état d'ivresse ; puis on le retrouve à la prison car notre équipe travaille dans le cadre de la médecine pénitentiaire ; puis on le voit à l'occasion d'une expertise car il a été responsable d'un accident et a été blessé : très souvent enfin, on le retrouve quelques années après alors qu'il est encore bien jeune, dans le cadre de l'Institut Médico-Légal pour effectuer son autopsie.

C - La troisième caractéristique de l'organisation est une collaboration très étroite avec l'organisation judiciaire : toutes les années, nous avons systématiquement une réunion avec les Juges d'instruction et les représentants du Parquet, présidée par M. le Procureur de la République, et une réunion avec tous les commissaires et services de police, présidée par le préfet de police. Ces réunions permettent de faire le point sur les incidents qui ont pu avoir lieu, car c'est à l'occasion d'incidents qu'on peut améliorer le fonctionnement. Petit à petit toute une série d'activités ont pu être mises sur pied : c'est ainsi qu'à la demande du Parquet a été réalisée une consultations de coups et blessures, car les magistrats et les policiers avaient estimé que trop souvent le médecin traitant donne plus de 8 jours à des violences qui paraissent bénignes, qui ont pour conséquence que le responsable passe en correctionnel et non en tribunal de simple police, avec donc des peines plus sévères qui ne sont pas justifiées. Actuellement une étude est faite sur la possibilité d'organiser, dans le cadre des locaux de l'hôtel de police, un service qui serait chargé de prendre en charge les ivresses qui sont amenées par la police, et qui dans les cas bénins seraient gardées directement dans les locaux et ne viendraient plus à l'hôpital.

D - La Médecine Légale enfin (et il faut le rappeler) a une action thérapeutique. Cette notion est secondaire, ce n'est pas le but de l'activité médico-légale, mais elle ne doit pas être négligée.

. L'expertise bien faite de la victime d'un accident, et il faut essayer d'améliorer les conditions de cette expertise, permet à une victime de s'exprimer en toute liberté ; elle a devant elle un médecin spécialisé

.../...

qui l'a écoutée avec toute la bienveillance qu'on doit à une victime, mais également avec la rigueur qui est justifiée par la mission qu'on lui demande ; cette victime acceptera bien plus volontiers la décision judiciaire et estimera qu'elle a été réparée de façon équitable, ce qui a un avantage incontestable dans la réaction psychologique normale et non pas de majoration, qui existe chez tout sujet accidenté.

. Le toxicomane va également être confié par les services de justice, à des médecins spécialisés dans ce domaine, pensant qu'il vaut mieux traiter, si on le peut, que punir, la menace de sanction ayant toute-fois un effet thérapeutique qu'il ne faut pas oublier.

. L'expertise psychiatrique a également un but thérapeutique ; chez un sujet déséquilibré qui est souvent complètement isolé, parler à un expert qui essaie de le comprendre, de discuter avec lui, de voir un peu l'orientation qu'on peut donner à sa vie future, est absolument fondamental, et il ne faut pas oublier ce rôle du médecin légiste, charnière entre le malade et la société.

\*

\*

\*

La Médecine Pénitentiaire est une partie de la Médecine Légale, et je suis très heureux que cette évidence ait été admise.

Le médecin pénitentiaire a en effet la fonction du médecin légiste telle que je viens de l'expliquer ; il est l'intermédiaire entre un malade détenu qu'il doit soigner et prendre en charge dans les meilleures conditions possibles, avec tout le dévouement et le devoir qu'on

.../...

doit à un malade et une organisation judiciaire qui a ses lois, sa discipline. Le cadre pénitentiaire, le médecin ne doit pas l'oublier, a ses contraintes et il doit prendre parfois des décisions d'ordre général. L'organisme judiciaire a également à prendre des décisions dans le cadre d'une inaptitude à la détention, dans le cadre d'une libération conditionnelle.

Dans cette relation il faut bien comprendre le rôle de chacun et ceci représente une base de la médecine légale, un médecin légiste quel qu'il soit, qu'il soit expert dans son activité judiciaire, en particulier dans son activité d'expert, est chargé de donner un avis à un magistrat pour l'éclairer ; un expert n'a jamais délégation de justice, ce n'est pas à lui à prendre une décision, mais il doit apporter à l'instance judiciaire qui l'a désigné, le plus d'éléments possibles pour prendre une décision en toute connaissance de cause. Mais l'organisation judiciaire n'est pas liée, en particulier dans le cadre pénal, par l'avis de l'expert car, en dehors de l'intérêt du délinquant, il y a une défense de l'ordre public qui doit intervenir également, défense qui est du domaine exclusif de l'autorité judiciaire.

Mais l'autorité judiciaire et l'autorité pénitentiaire ne doivent pas oublier que le médecin a des devoirs vis-à-vis du malade, devoirs qui vont permettre de le soigner dans de meilleures conditions et, par conséquent, vont améliorer son avenir et également améliorer, lorsqu'on envisage le problème sur un plan général, l'efficacité du système pénitentiaire dont un des buts est de permettre un reclassement dans de meilleures conditions sociales du sujet et de l'autorité judiciaire qui a en priorité cet objectif.

Il faut, par exemple, dire un mot du secret médical, question qui est compliquée à plaisir ; il est bien évident dans le monde des prisons où il y a une telle contrainte, une telle difficulté pour le détenu, qu'il est fondamental, pour l'équilibre de la prison, que le prisonnier puisse se confier au médecin en sachant qu'il peut dire n'importe quoi car celui à qui il se confie gardera le secret : le rôle du médecin est proche du rôle de l'avocat ou du représentant d'une religion ; cette confiance doit être respectée ; au médecin à apprécier ce qu'il doit dire et ce qu'il ne doit pas dire.

.../...

Mais les médecins doivent se souvenir des difficultés que rencontre l'Administration Pénitentiaire ; je me suis occupé de Médecine Pénitentiaire autrefois et certains médecins venaient protester contre des surveillances qu'ils jugeaient excessives auprès de tel ou tel détenu ; je leur rappelais que si une évasion avait lieu, l'évasion n'aurait aucune conséquence pour leur carrière médicale, mais que le directeur ou le gardien qui en était responsable risquait d'avoir une sanction, et c'est un problème qu'il ne faut pas oublier.

Les relations entre le médecin pénitentiaire et l'expert doivent être basées sur le bon sens ; il ne s'agit pas, ni de rendre secrets de façon absolue tous les documents médicaux, ni de laisser l'expert venir de façon systématique, sans aucun contrôle, prendre connaissance du dossier secret ; il ne faut pas oublier d'abord, et c'est souvent le cas à LYON, que ce sont les mêmes médecins légistes qui ont une activité de médecins pénitentiaires et de médecins experts. Il est, je pense, important que le médecin qui soigne les détenus puisse connaître comment s'effectue le jugement de ces détenus ; il est également important pour le médecin expert qui vient déposer en justice, de voir comment vit un détenu en prison.

Il faut reconnaître que la formation médico-légale, l'habitude de discuter ces problèmes, ne posent pas de difficultés dans les relations entre médecins experts et médecins pénitentiaires ; une expertise psychiatrique est une expertise difficile qui va avoir son effet dans les décisions prises par la justice et il est donc indispensable que le médecin psychiatre puisse examiner à plusieurs reprises son expertisé et puisse prendre contact avec le médecin de l'Administration Pénitentiaire : c'est la discussion, bien plus que le dossier, qui doit faciliter une appréciation plus proche de la réalité et plus équitable dans un domaine si complexe.

Comment fonctionne le service hospitalier pénitentiaire et quels sont les problèmes posés ?

A PARIS il existe un hôpital pénitentiaire où viennent travailler différents spécialistes, mais il est évident qu'il y a besoin

.../...

d'une coordination médicale et que cette coordination médicale chargée de faire la liaison entre tout le groupe médical et l'Administration Pénitentiaire et l'Administration Judiciaire doit avoir une formation médico-légale.

A LYON il existe, dans le cadre des hôpitaux, un local actuellement assez médiocre mais qui est en voie d'amélioration. Nous pensons que ce service de soins, dans un local facile à surveiller, situé à l'intérieur d'un grand groupe hospitalier, est une formule qui permet aux sujets d'être soignés dans les meilleures conditions possibles, avec une diminution maximum de la surveillance obligatoire qui représente une lourde charge pour les services de police ; des unités pénitentiaires existent d'ailleurs dans plusieurs villes, à l'intérieur de l'hôpital et ce sont des médecins légistes à formation clinique qui sont les plus aptes à tenir ces postes.

Par ailleurs, il faut signaler la création, à l'intérieur de certaines prisons, d'organisations médico-légales : ce sont les centres d'hygiène mentale qui existent dans un certain nombre de prisons. Il est fondamental que de telles organisations soient dans l'intérieur de la prison pour une série de raisons : il n'y a aucun problème de surveillance spéciale quant à la sécurité, et ceci permet de prendre en charge tous les sujets qui ont des troubles du comportement et qui sont dangereux pour autrui, et ce type de sujet est de plus en plus mal accepté dans les hôpitaux psychiatriques qui se veulent des organisations de soins ouvertes et non fermées.

Par ailleurs un détenu, souvent fragile psychologiquement, peut être au moment de son arrestation et dans les suites immédiates, en état de crise qui doit être traitée par des spécialistes en psychiatrie et spécialiste veut dire non seulement médecins, mais également infirmiers et même surveillants avec une formation psychiatrique, comme ceci existe. D'autre part, la création d'un tel organisme à l'intérieur de la prison, au milieu des surveillants, permet de donner à tous une certaine formation sur la relation entre l'autorité représentée par l'Administration Pénitentiaire ou l'autorité médicale d'une part et le détenu qui, même s'il est responsable de ses actes, présente très souvent des troubles du comportement sévères qui rendent difficile toute relation avec lui.

.../...

J'ai rappelé au début l'intérêt d'avoir, dans les services d'urgence, des médecins soit psychiatres, soit internistes à formation médico-légale ; dans les perspectives du développement de l'activité médico-légale et l'intégration hospitalière, il est évident que les postes de soins hospitaliers, que ce soit dans le cadre de la prison ou dans le cadre d'unités hospitalières pénitentiaires, ont intérêt à être accordés à des médecins à formation médico-légale qui peuvent servir d'intégration hospitalière à ces médecins.

Il faudrait enfin rappeler la formation nécessaire à tout médecin qui travaille dans un cadre pénitencier : être médecin de la prison ce n'est pas être médecin de l'hôpital ; il y a un cadre différent et toute une série de pathologies particulières ; les conditions de soins sont évidemment tout-à-fait spéciales ; un problème de discipline et de relations avec l'administration pénitentiaire est évident, et il est donc nécessaire que ces médecins aient une formation.

C'est l'intérêt du Certificat Pénitentiaire qui est remarquablement organisé sur un plan national avec, à la suite d'une formation continue, des séminaires réguliers, dont le congrès d'aujourd'hui est un modèle. J'ajoute que la médecine pénitentiaire doit avoir sa place dans les congrès de médecine légale. Le corps des médecins légistes doit bénéficier de l'expérience des médecins qui travaillent dans les prisons et les médecins qui travaillent dans les prisons peuvent bénéficier de l'expérience des équipes médico-légales de tel ou tel secteur.

Je suis actuellement Président de l'Académie Internationale de Médecine Légale et de Médecine Sociale ; il y a un congrès international à VIENNE en mai 1982 et une session sur la médecine pénitentiaire a été prévue ; l'intérêt d'un tel congrès est de permettre au petit groupe des médecins pénitentiaires de prendre contact avec le grand groupe de la médecine légale et surtout de pouvoir comparer son expérience à celle des pays étrangers. Je rappelle que lors du dernier congrès de l'Académie Internationale de Médecine Légale qui s'était tenu à LYON en 1979, 5 grands sujets avaient été choisis :

.../...

- . La thanatologie et la mort par intoxication
- . Un problème médico-légal classique avec l'identification des cadavres et les catastrophes collectives
- . Un sujet de réparation du dommage corporel sur l'état antérieur et le secret professionnel
- . Un sujet concernant l'organisation de la médecine légale et la place de la médecine légale à l'hôpital
- . Enfin un sujet d'éthique et de droit médical sur les droits de l'homme et contrainte de la personne ; une partie de cette réunion avait étudié les problèmes d'éthique que posait la médecine dans le cadre de l'administration pénitentiaire et la prise en charge du détenu. Il est certain que les confrontations possibles entre des juristes, des magistrats, des représentants de la pénitentiaire et le corps médical avaient été bénéfiques. Le thème des Droits de l'Homme et Contraintes de la Personne a d'ailleurs fait l'objet d'une publication dans le cadre de la collection de Médecine Légale éditée par la maison MASSON.

Nous espérons qu'à VIENNE il nous sera possible d'avoir une confrontation de ce type.

Je suis actuellement le plus ancien professeur de médecine légale de notre pays, nous sommes un tout petit groupe. Et je veux exprimer ici la reconnaissance de notre discipline médico-légale à Mme le Professeur TROISIER qui a compris les problèmes, qui a donné à la médecine pénitentiaire une nouvelle extension, qui a amélioré l'organisation de l'enseignement dans le diplôme qu'elle dirige et qui, par son dynamisme que certains peuvent trouver parfois excessif, a joué un rôle fondamental dans les prisons ; elle a demandé à faire partie de notre groupe de médecine légale et nous sommes très fiers d'avoir une nouvelle collègue qui a élargi le domaine de notre discipline.

1re Commission - page 1 à 20

L'INFECTION DANS LES PRISONS

Rapporteurs : Dr. PINEAU - Dr. PARAISSO - Dr. DELYFER

2e Commission - page 21 à 62

LA GERONTOLOGIE DANS LES PRISONS

Rapporteurs : Dr. WIRTH - Dr. GARNIER

3e Commission - page 63 à 77

LE ROLE DE L'INFIRMIERE EN PRISON

Rapporteur : Mme SALVETTI

4e Commission - page 78 à 111

PROBLEMES MEDICO-SOCIAUX POSES PAR LES FEMMES EN PRISON, EN PARTICULIER LA SEXUALITE.

Rapporteurs : Mlle MERCIER - Mme HUART - Dr. MALOU

5e Commission - page 112 à 182

NOUVELLES APPROCHES ET TECHNIQUES PSYCHOLOGIQUES CHEZ LE SUJET INCARCERE : ACCUEIL, RELATION, YOGA, ESTHETIQUE, PSYCHOTHERAPIE, ROLE DU MEDECIN EN PRISON.

Rapporteurs : Dr. LAMOTHE - Dr. BELAICH

6° Commission - page 183 à 259

ORGANISATION PRATIQUE DE LA PSYCHIATRIE DANS DEUX GRANDES MAISONS D'ARRET.

Rapporteurs : Dr. GLEZER - Dr. LOEFFEL

## L'INFECTION DANS LE SERVICE DE CHIRURGIE DE FRESNES

par le Docteur PINEAU - Hôpital de FRESNES

Ceci n'est pas un rapport vrai car rares sont dans le monde les services de chirurgie structurée carcéraux et plus rares encore les informations statistiques. Il s'agit simplement de quelques réflexions communes à J-F Lelièvre et M. Palfer-Solier, respectivement orthopédiste et chirurgien maxillo-facial du service que je dirige, et à moi-même, qui, outre la chirurgie générale assure essentiellement la grosse gastro-entérologie. Pour être valables, ces réflexions imposent au départ une analyse des conditions de travail.

### I - Le service de chirurgie

Il comprend :

#### a) Les cellules

50 cellules de deux lits chacune d'environ  $13\text{m}^2$  de superficie avec 4 mètres de hauteur de plafond, un lavabo et une cuvette de W-C non fermée, sans isolement, une grande fenêtre à barreaux à double battant, non grillagée que chacun ouvre à sa guise. Passent de gros tuyaux d'adduction et d'évacuation d'eau et de chauffage, sans gaine. Casiers et étagères. Lits métalliques avec matelas, draps, couverture. Les cellules proches du bloc opératoire ont des canalisations de vide et d'oxygène non coffrées.

#### b) Les couloirs

Même hauteur de plafond, mêmes canalisations visibles. Nulle part d'insonorisation.

#### c) Le jardin

Les cellules donnent toutes sur un vaste jardin avec un petit potager. Il y a air pur, souvent soleil et vents.



#### d) Le bloc opératoire

Il comporte :

- deux salles de chirurgie rénovées avec tables modernes et amplificateur de brillance, les accès se font par des sas.
  - une salle septique où se font aussi les endoscopies
  - une salle de consultation avec salle d'attente, l'ensemble comportant naturellement vide et fluides.
- Les bureaux du chef de service, des infirmières, du secrétariat.

#### II - La chirurgie pratiquée

Il y a eu en deux ans et demi :

##### - pour la chirurgie propre

124 hernies, 40 varices, 2 ectopies testiculaires, 8 hydrocèles, 3 petits seins, 2 sous-maxillaires, 1 récurrence de tumeur mixte parotidienne.

##### - pour la chirurgie moins propre

18 estomacs, 17 vésicules, 1 cholédoque, 2 oesophagectomies, 3 pancréatectomies corporéo-caudales avec splénectomie, une duodéno-pancréatectomie céphalique, un mal de Pott dorsal avec abord direct, deux colectomies, une néphrectomie simple, une néphrectomie élargie, un calcul du bassin, trois malformations pyelo-urétérales, un schwannome intestinal, un curage ganglionnaire inguinal pour tuberculose ulcérée. A ceci, il faut ajouter, les appendicites sub-aigües, les cures d'éventration très nombreuses, et les innombrables extractions de corps étrangers cependant faites uniquement en cas de nécessité clinique indiscutable.

##### - pour la chirurgie encore moins propre

6 fermetures d'anus après plaie colique par balle ou arme blanche, deux péritonites par ulcère perforé, une occlusion du grêle par abcès mésentérique, quatre appendices abcédés.

##### - pour l'orthopédie

202 interventions sur les os (synthèse, greffe osseuse, tendons, maladie de Dupuytren, ménisque, ligaments, ablation de matériel, etc...)

##### - pour la chirurgie maxillo-faciale

3 malaires, 2 sous-maxillaires, une tumeur à myéloplaxes du maxillaire supérieur, une greffe de maxillaire inférieur.

#### III - L'infection chronique ou tardivement reconnue

Elle ne diffère guère de celle rencontrée dans les autres hôpitaux avec cependant quatre remarques :

- certains fils résiduels cicatriciels sont parfois contemplés pendant des années (récemment pendant 7 ans) dans les infirmeries, fâcheusement traités par des antibiotiques injustifiés parce qu'inefficaces, encouragés par un non rasage de voisinage là où il suffit de prendre une petite pince ou un crochet : l'extraction du fil et de son noeud supprime en 48 heures une suppuration de plusieurs mois.

- certaines suppurations sont entretenues par les détenus : surtout les anciennes ostéites, aiguilles souillées dans les parties molles avec fistulette, etc...

- certaines enfin, en orthopédie, rappellent la chirurgie de guerre : pas simplement la banale ostéite, mais la pseudarthrose fistuleuse avec corps étrangers imposant de multiples reprises. C'est la concentration de ces cas historiques liés à des accidents de motos ou à des mitraillages qui est exceptionnelle.

- certaines péritonites ou localisées dont la genèse est dans le retard de transfert.

#### IV - Limites de la question

Ne seront prises en compte que les interventions qualifiées de propre par opposition à celles présentant une suppuration

préalable (ostéites par exemple) ou ouvrant des espaces infectés ou des viscères (chirurgie hiatale ou gastrique, voire biliaire, puisqu'en cas de lithiase banale non compliquée, 75% des biles poussent). Même pour ce groupe, les suites ont été strictement normales, sans complications particulières.

Reste la chirurgie propre énumérée plus haut avec l'orthopédie.

#### V - Suites opératoires de la chirurgie propre

Il y a eu en tout et pour tout 2 hématomes infectés après cure de hernies qui ont évolué vers une guérison rapide sans élimination de fils ; encore faut-il noter qu'il s'agissait de hernies volumineuses inguino-scrotales ou existent des suintements importants malgré le drainage aspiratif et où on ouvre des lymphatiques peut-être infectés par des lésions cutanées à distance. Il y a eu en tout et pour tout en orthopédie un sepsis indiscutable après arthrotomie du genou. C'est 7 fois moins qu'à l'Assistance Publique. Ceci est d'autant plus étonnant que le protocole opératoire est identique à la Pitié ou en ville.

Parallèlement à ces faits, il n'y a pas de veinite, ni de thrombose veineuse, encore moins de phlébite ou d'embolie (une et peu grave) alors que par définition, la marche est rare. Les complications pulmonaires sont elles aussi exceptionnelles. Il faut donc chercher à comprendre cette différence alors que les conditions locales sont mauvaises.

#### VI - Les éléments défavorables

On a pu les deviner en décrivant le service.

##### a) Au niveau des cellules

W-C ouverts non désinfectés, draps pas toujours changés dans l'habituelle norme des 15 jours, matelas déchirés, couvertures utilisées pour trainer les paquetages et balayant les couloirs, casiers servant de garde-mangers, mégots, voisinage, pour raison d'encombrement ou de sécurité, de suites opératoires propres avec d'autres qui le sont moins.

##### b) Au niveau du bloc et des couloirs

Détenus et gardiens en civil ou en uniforme envahissent en troupeaux l'aire, les jours de consultation ou d'endoscopie. L'attention de l'Administration a été attirée sur la nécessité de créer un bloc de consultations autonome afin d'éviter la présence de civils avec la pollution correspondante.

##### c) Au niveau du jardin

Il est mal entretenu : la prairie est rarement fauchée à la main. Tout au fond, se dégradant avec le temps, des ruines de vieux bâtiments, ancien pavillon des femmes, véritables amas de gravats. L'absence de grillage aux fenêtres des cellules encourage les détenus à se débarrasser de ce qui les encombre, si bien que le long des murs et devant mon bureau, le sol est jonché de détritrus alimentaires, pain, sprats, yoghourts que le service de nettoyage enlève moins rapidement que ne l'impose le rythme des projections ; il est heureusement secondé par des auxiliaires dévoués et efficaces : une équipe de rats qui prolifèrent plus vite qu'on ne les détruit. Alourdis par leurs agapes, qui finalement empêchent la décomposition des aliments projetés, ils ne sont guère redoutables : pas de peste médiévale, pas même de spirochétose malgré une morsure l'an dernier chez un classé jardinier.

##### d) Au niveau des salles d'opération

On ne dispose pas de bloc stérile destiné uniquement à l'orthopédie et les aides qui nous assistent n'ont pas de formation et ne feront jamais de chirurgie, ce qui crée des risques de fautes et de relâchement.

##### e) Au niveau des détenus

Marginaux avec souvent longs cheveux (il est vrai qu'ils peuvent être coupés sur ordre médical, ne bénéficiant que de deux douches par semaine, peu utilisateurs de brosse à dents, porteurs de caries et chicots avec gorge infectée.

Souvent fumeurs invétérés, de deux à trois paquets par jour et plus, tous polyglobuliques, avec une alimentation de base discutable surchargée de sucre par le cantinage, étendus sur leur lit toute la journée, insomniaques abusant des tranquillisants et angoissés de l'intervention qu'ils ont demandée, se présentant parfois en salle avec une préparation insuffisante, l'hygiène se limitant à la partie opérée, voilà nos patients ! Tableau en vérité peu encourageant.

#### VII - Les éléments favorables

Ils font heureusement pencher la balance du bon côté

##### a) De la cellule à la salle

Le détenu est transféré dans une cellule désinfectée 48 heures avant, entièrement lavée à l'eau de javel, y compris les murs. La désinfection est efficace car il n'y a pas de double plafond, de plastique insonorisant, faisant stockage de germes, de gaines, de multiples portes. La climatisation est réduite à la fenêtre grande ouverte. Le cubage veut que les germes saprophytes équilibrent les germes pathogènes. De plus, lors de la formolisation, comme le prisonnier, le microbe ne peut s'échapper. La préparation se fait par crème épilatoire si possible, ce qui évite égratignures et gestes ingrats. Quant au transfert, comme chez Villain, il utilise un relai : d'abord un brancard jusqu'au sas et passage sur un deuxième chariot pour laisser les microbes à la porte.

##### b) Les chirurgiens et les aides

Habillage systématique en pyjama avec bottes calotte, en vestiaires isolés du sanctuaire, double bavette en orthopédie. Lavage des mains au savon de Marseille ou au Physoex, désinfection du champ à l'alcool iodé, jerseys collés ou champs cousus, il n'y a là rien de particulier.

##### c) La discipline du bloc

Elle tient à la personnalité remarquable de la panseuse-chef qui impose à tous, quels qu'ils soient une discipline de tous les instants, sans désespérer. Le bloc est fermé à clef, ce qui est normal après tout dans une prison, mais gêne ceux qui voudraient y entrer et n'ont rien à y faire ou, ayant à y faire, ne sont pas dans la tenue adaptée. Même une personnalité doit être habillée et guidée.

##### d) Les conditions locales du bloc

La présence des sas, l'absence de faux plafonds, suffisamment d'air et une climatisation non soufflante avec une forte formolisation, un nettoyage efficace entre deux interventions sont des éléments bénéfiques.

##### e) Le nombre des gens en salle

Il est réduit car d'une part, il est difficile d'obtenir en salle deux aides médecins, d'autre part, il n'y a à la fois qu'une anesthésiste sans assistante et sans stagiaires : ceci évite les ratages des piqûres d'induction et la multiplication des raclages trachéaux ou oesophagiens par intubation ratée.

##### f) La durée de l'intervention

J'appartiens à une génération où la lenteur, souvent excuse des maladroits, n'était pas élevée à la hauteur d'une institution. La rapidité d'exécution ne veut pas dire bâclage : elle signifie simplement appréciation immédiate des lésions, décision qui s'enchaîne et exécution sans aucun retard ni attermoisement entre la conception et la réalisation ; chaque minute inutilement perdue multiplie les risques, de l'anesthésie à la faute d'asepsie en passant par la spoliation sanguine et, si jamais une goutte de vin n'a tué personne, ce n'est pas le cas d'une goutte de sang. Pas une hépatite post-transfusionnelle !

g) Le jeune âge des détenus.

Robustes dans l'ensemble, ils supportent bien les interventions. En conséquence, les transfusions sont faites au minimum, la réanimation est simple, limitée à l'apport de calories, et d'électrolytes et supprimée dès que possible parfois par l'intéressé et alors un peu précocément. Les veinites n'ont pas le temps d'apparaître. Quant aux antibiotiques, ils sont employés avec une extrême parcimonie et avec discernement, ce qui les rend efficaces. Si nécessaires, on en fait alors beaucoup pendant peu de temps, pour ne pas assoupir l'infection sans l'éteindre. Mais la règle en chirurgie digestive, les veut exceptionnels, à l'encontre des drainages aspiratifs utilisés sans réserve.

VIII - Conclusions

Tout n'est pas progrès et il est certain que la mise en place de faux plafonds, de plastiques alvéolés isolants, de canalisations gainées, de souffleries de climatisation, l'accroissement pas toujours justifié du nombre des gens en salle, et l'allongement du temps opératoire considéré par certains comme philosophiquement normal, créent, à techniques identiques, des conditions défavorables pour la quiétude des suites opératoires. Faut-il rappeler qu'avec de la simple eau bouillie, Pinard fit baisser de façon spectaculaire la mortalité de la fièvre puerpérale ? Souvent le progrès est facteur de recul. Patrice de la Tour du Pin a écrit que "la révolution est un essai pour revenir à une pureté première". Souvenons-nous en. Quelques soient les progrès apportés par la science et les machines, le chirurgien doit garder dans ses approches thérapeutiques son esprit critique, ses vertus d'analyse et sa main d'artisan s'il veut améliorer ses résultats.

Pierre PINEAU

Chef du service de chirurgie

L'INFECTION DENTAIRE EN PRISON

par le Docteur J.R. DELYFER - Maison d'Arrêt de PAU

La commission numéro un ayant à traiter de l'infection en milieu carcéral s'est réunie hier sous la direction éminente et éclairée du Docteur PINEAU, Chef du Service de Chirurgie de l'hôpital de Fresnes. Aussi, j'ai le privilège en tant que praticien de l'art dentaire de vous exposer les problèmes d'infection relevant de notre spécialité.

Avec le concours de Robert KOLHER, lui aussi Inspecteur Régional d'Odontologie, mais de l'autre moitié de la France, nous avons essayé d'exposer et de cerner au mieux les réflexions qui ont été émises après lecture de notre rapport.

Ce que je puis vous dire est que le débat était de haut niveau et que les échanges auxquels participaient également les médecins ont été fructueux. Nous pouvons donc avancer que, ce qui frappe le praticien exerçant en milieu carcéral, est l'état catastrophique de la plupart des bouches de détenus à leur entrée en prison. A part quelques rares exceptions, l'immense majorité de la population pénale présente par ordre de fréquence :

- a) des dents cariées avec leurs éventuelles complications infectieuses, c'est-à-dire, des dents trop délabrées, dont la pulpe s'est mortifiée.
- b) des débris radiculaires nécessairement infectés.
- c) des infections gingivales allant de la gingivite banale à l'infection tartrique, aboutissant en fin de compte à la parodontite sévère.

d) de rares complications infectieuses post opératoires existent : elles sont à mettre au crédit de la négligence et du manque d'hygiène alimentaire des détenus qui ne suivent pas les conseils de leur praticien.

e) en plus de ces infections microbiennes, nous avons diagnostiqué une multitude d'infections mycosiques provoquées par le candida, c'est-à-dire les champignons parasites. L'aspect clinique est la langue noire avec souvent présence d'un prurit banal.

Ainsi, l'infection dentaire en milieu carcéral, présente actuellement un caractère d'accélération inévitable dû à des facteurs spécifiques qu'il convient de mettre en lumière :

- densité de la population pénale et promiscuité,
- absorption massive d'antibiotiques,
- absence d'hygiène,
- tabagisme associé à un degré plus ou moins avancé d'éthylisme, car cela concerne le plus souvent les couches sociales les plus défavorisées.

Je viens de vous parler d'infection, mais avant d'aller plus loin, je pense qu'il est nécessaire de rappeler que c'est un ensemble de phénomènes pathologiques qui se développe dans l'organisme sous l'influence des agents pathogènes.

Deux facteurs interviennent dans l'infection :

- le microbe,
- le terrain.

Un même microbe peut, suivant le degré de sa virulence, le lieu et le mode de son inoculation et la résistance organique, produire, soit une lésion inflammatoire circonscrite, soit une maladie infectieuse générale.

L'extraction dentaire est en soi une désarticulation, une véritable petite intervention chirurgicale. La considérer comme anodine serait une grave erreur et la source de beaucoup d'ennuis, car, au point de vue chirurgical, c'est surtout l'infection par contact qu'il faut redouter et combattre.

Cela nous amène tout naturellement à parler de l'hygiène des opérés. Le Littré définit l'hygiène comme étant la partie de la médecine qui traite des règles à suivre pour la conservation de la santé, et quand il parle de la prophylaxie, il dit qu'elle a pour objet les précautions propres à se préserver de telles ou telles maladies, de ses complications et de ses conséquences.

Mais, quelle hygiène pouvons-nous suggérer ?

D'abord : 1°) L'hygiène alimentaire.

Je pense que ce problème là est pratiquement résolu, puisque pratiquement partout la nourriture est convenable. Par contre, en dehors des repas, il est à noter que la consommation des sucres sophistiqués est importante, et peut perturber leur équilibre. Il serait souhaitable qu'à la place, manger une pomme serait préférable, car cela obligerait à un effort de mastication qui est une excellente mesure contre les parodontopathies.

Ensuite : 2°) L'hygiène buccale.

- Trois prévenus sur quatre ne se brossent jamais les dents, d'ailleurs, ils ne possèdent pas de brosse à dents et encore moins de dentifrice.

- il faudrait préconiser également des bains de bouche de façon régulière, même à l'eau du robinet.

- procéder presque systématiquement à chaque entrée à un détartrage en profondeur.

Un dermatologue présent à la commission nous a même dit que le nettoyage de la cavité buccale était aussi important que le nettoyage de la peau, car il est à la base de la prophylaxie de la carie dentaire et par voie de conséquence, des stomatites et des parodontopathies.

La privation de liberté doit être la seule sanction que subit le détenu, c'est pourquoi, partant de ce principe, pourquoi ne pas instituer "la surveillance dentaire" qui passerait par l'examen buccal systématique dès l'entrée en prison et à une périodicité fixe de contrôle.

#### C O N C L U S I O N

En conclusion, nous pouvons affirmer qu'en général la prison abrite un échantillonnage des couches sociales les plus défavorisées, tant sur le plan social que culturel. Cet échantillon de population n'a eu d'ailleurs à l'extérieur que rarement recours à des soins dentaires. Ces mêmes personnes, dont l'hygiène désastreuse que l'incarcération va affaiblir sur un plan moral et physique, vont voir se réveiller de nombreuses infections latentes qui trouveront dans cette condition d'incarcération, le milieu favorable à leur développement. Autrement dit, de nombreuses infections chroniques et latentes risquent de devenir aiguës et insupportables.

Pour favoriser le diagnostic et aider le praticien, il est indispensable qu'un générateur de rayons X soit installé dans chaque prison.

En effet, nous avons le devoir d'éviter que pendant

la période de détention, l'état de santé buccale ne se détériore de façon irrémédiable. Le praticien doit s'obliger à prendre encore plus de précaution en face de ces patients particuliers.

Notre rôle est difficile, efforçons-nous quand même de soulager les gens qui souffrent. Il faut leur donner le réflexe des soins et de l'hygiène. Ils sont de passage, pourquoi ne pas jouer notre rôle d'information et d'éducation. "Plus nous croyons en notre mission, plus nous serons suivis", m'avait dit Madame le Professeur TROISIÈRE, et cela est bien vrai. Le progrès est un capital qui doit être partagé par tous, y compris les plus défavorisés ; et même si la France était la première à se soucier de ces questions là, connaissez-vous un seul Français qui pourrait en rougir ?

Merci de votre attention.

## L'INFECTION DANS LES PRISONS

par le Docteur PARALSO, Chef du Service cardiologique de l'hôpital de FRESNES

Il serait fastidieux d'énumérer toutes les infections rencontrées en prison. Ce sont les mêmes que l'on traite en milieu libre. Nous insisterons sur les maladies infectieuses et parasitaires les plus fréquentes et celles qui préoccupent les médecins pénitentiaires.

Les impressions sont les mêmes, que ce soit à FRESNES à la SANTE ou à la prison SAINT-GILLES à BRUXELLES comme nous l'a dit le Dr DAUNOU, les infections sont dues aux conditions de vie souvent précaires des arrivants dans les maisons d'arrêt ou pour les résidents, à l'environnement carcéral. Les arrivants, il s'agit le plus souvent, comme l'a dit le Pr FOURNIER hier, de sujets qui ont échappé à la médecine sociale active. 5 % des patients vus à l'hôpital de FRESNES en médecine par exemple, n'ont jamais consulté un médecin de leur vie. Il s'agit de marginaux aux conditions sociales, économiques précaires, sans aucune notion d'hygiène et souvent s'ajoutent à cela des facteurs favorisant l'éthylisme, la dénutrition et/ou la mal-nutrition. Grâce à l'examen clinique systématique des arrivants et aux examens para-cliniques systématiques, à savoir la radiographie pulmonaire et la sérologie syphilitique, on découvre certaines infections graves voire historiques.

Au premier chef, la tuberculose : la tuberculose pulmonaire souvent très étendue avec des délabrements segmentaires, lombaires voir de tout un poumon.

En deuxième lieu, les maladies vénériennes : la gonococcie, les métrites, les salpingites et la syphilis.

En troisième lieu, les maladies infectieuses et parasitaires cutanées : la gâle qui vient au premier rang, certaines mycoses.

En quatrième lieu, les hépatites virales : souvent l'hépatite B à anti-gènes australia positifs qui est l'apanage des toxicomanes.

J'insisterai sur une pathologie infectieuse nouvelle mais qui est en progrès, c'est l'endocardite tricuspidiennne qu'on voit exclusivement chez les toxicomanes après des injections parentérales dans des conditions des plus septiques, le premier barrage au bol septique est la valve tricuspidiennne sur la circulation sanguine. A noter qu'en milieu libre ces endocardites tricuspidiennes sont exceptionnelles car c'est plutôt des endocardites gauches que l'on traite.

Les infections des résidents, c'est-à-dire des détenus en prison sont favorisées par le manque d'hygiène, la promiscuité, la sodomie et par l'état de certains locaux, leur vétusté, l'humidité, le manque d'hygiène dans certaines infirmeries, dans les hôpitaux et surtout dans les cuisines de prisons.

Nous rencontrons les mêmes maladies que chez les arrivants ; la tuberculose pulmonaire (5 % des infections), les infections vénériennes, la syphilis occupe le devant de la scène,\* les gonococcies, les hépatites sont fréquentes aussi.

Nous insisterons sur les maladies saisonnières comme la grippe, les angines, les broncho-alvéolites, sur les maladies parasitaires habituelles, l'oxyurose en particulier sans oublier les parasitoses exotiques, qu'en EUROPE nous sommes appelés à voir de plus en plus fréquemment, la lèpre, les filarioses, la miliase.

### Prévention et prophylaxie de ces infections

Nous devons renforcer les examens cliniques systématiques et la surveillance médicale des arrivants et des résidents. Nous devons multiplier les investigations, les examens para-cliniques systématiques, la radiographie pulmonaire à l'arrivée et, comme l'a suggéré le Dr JEGOU, les renouveler tous les six mois. La sérologie syphilitique est systématique. Nous ne lésinerons pas sur d'autres examens laboratoires.

Au laboratoires de l'hôpital central de FRESNES en 1980, il y a eu :

- 640 recherches de cas de bacilles de Kock dans le tubage gastrique comme dans les crachats ; 13 % de recherches positives.
- 64 prélèvements urétraux ; 36 recherches positives
- 52 hémo-cultures ; 7 positives
- 178 recherches de parasites dans les selles, 52 recherches positives  
20 % d'osyuroses, 20 % d'amibiases.

Les mesures prophylactiques pour les détenus sont

- .de leur donner des notions d'hygiène,
- .vacciner par le B.C.G. ceux dont les intra-dermos sont négatives
- .procéder à des vaccinations saisonnières les bronchiteux chroniques les asthmatiques, les cardiaques,
- .prévenir les endocardites chez les cardiaques connus, surtout les valvulaires, par une surveillance constante et par une éradication systématique des foyers infectieux buccaux et dentaires

Il s'agit d'améliorer, dans l'environnement carcéral, les conditions de vie, améliorer la salubrité et l'hygiène dans les locaux, dans les infirmeries et les prisons. Il faut être impitoyable pour l'asepsie comme l'a fait remarquer le Dr JEGOU, la désinfection, l'hygiène du personnel et surtout l'hygiène des mains.

EN dernier lieu, j'insisterai sur l'hygiène dans les cuisines. L'examen de s classés admis à servir dans les cuisines doit être systématique, -examens de gorge, de la peau et pourquoi pas examens des selles- et, tout porteur, même sain, devrait être éliminé.

Ainsi, avec cette prophylaxie, nous limiterons les épidémies qui, il faut le reconnaître, sont paradoxalement rares en prison, nous traiterons mieux et plus vite les infections et enfin et surtout nous limiterons le nombre des infections et donc le coût de la santé en prison.



## L' I N F E C T I O N

par le Docteur Alain BERLEMONT - Maison d'Arrêt de Loos les Lille

En milieu carcéral, est un problème important qui nécessite non seulement une conduite curative mais surtout une attitude préventive.

Cette prévention est effectuée par :

- 1) le pneumologue ou la radiophotographie systématique à la recherche de la tuberculose
- 2) le dermatologue à la recherche systématique de la gale, des poux, des staphylococcies cutanées et des maladies sexuellement transmissibles
- 3) le gynécologue - Cervicite - Exocervicite, métrite chronique, annexite, etc...
- 4) le généraliste enfin, à la découverte de l'angine, la bronchite chronique, les otites qui sont très fréquentes, les infections urinaires, etc...

Notre conduite vis-à-vis de l'infection en prison bénéficie de moyens de lutte qui sont, là aussi, curatifs et préventifs.

Il s'agit :

- 1) de l'isolement qui n'est pas toujours réalisable en raison du manque de locaux ou plutôt en raison de la pléthore de détenus
- 2) des soins de lessivage du matériel de literie et en particulier l'étuvage plus difficilement réalisable (qui n'existe pas encore à LOOS)
- 3) des soins d'hygiène - toilettes - douches -

- 4) d'une surveillance dans l'hygiène des cuisines, tant des locaux que du personnel, ainsi que de la qualité des aliments comestibles
- 5) des examens biologiques - que l'on n'utilise pas assez à mon avis en raison de leur coût. Hémogramme - Vitesse de sédimentation - Culot urinaire - Examen coprologique -
- 6) enfin, de toute la panoplie de l'antibiothérapie.

Et je remarque, pour ma part, qu'une cycline est bien souvent aussi efficace que les ampicillines ou céphalosporines sur les infections les plus courantes et que le réflexe... d'être à la mode ... est onéreux sans être meilleur.

Toujours, dans un but d'économie, j'utilise également assez souvent les sulfamides.

Un mot vient d'être lâché : c'est celui de l'économie... un mot très à la mode actuellement ... et il faut le dire, le souligner, qu'il est parfois difficile de faire de la bonne médecine économique ...

Le prescripteur a en effet besoin de pouvoir bénéficier d'un budget non restrictif lui permettant - en conscience de demander les examens complémentaires, car la prévention dans le milieu carcéral coûte cher.

Sans doute la D.A.S.S. prend-elle à sa charge l'examen initial mais toute découverte pathologique entraîne de nouveaux examens complémentaires et des soins qui alors relèvent de notre budget.

D'autre part, les examens préventifs étant effectués et s'étant révélés normaux, cela n'empêchera pas notre détenu de récidiver, au cours de son incarcération, une infec-

tion grave - une tuberculose par exemple qui peut entraîner au pire une hospitalisation coûteuse.

Enfin l'infection est onéreuse parce qu'elle est fréquente et il s'agit essentiellement d'affections ORL et bronchopulmonaires, et je suis souvent étonné de découvrir tant d'otites chroniques négligées.

Et elle est fréquente en raison même de la clientèle de la prison.

Il s'agit d'hommes et de femmes qui n'ont pas pu bénéficier de l'Education en raison de leur origine, de leur race, d'hommes et de femmes qui sont restés en marge d'une société qui avance... de pauvres hères, de vagabonds... qui ignorent la brosse à dents - et Dieu sait le nombre de caries et de vieux chicots qui traînent dans leur bouche - origine de bien des infections chroniques - il s'agit aussi de tous ces éthiliques chroniques, de ces fumeurs invétérés et de tous ceux qui sont qualitativement sous-alimentés et qui en 2 à 3 semaines grossiront de plusieurs kilos.

Pour tous ceux-là, un séjour en prison peut être considéré comme bénéfique pour leur santé !!

Ce n'est peut-être pas leur avis !!

Mais toujours est-il que beaucoup y reviennent !!

## LA GERONTOLOGIE DANS LES PRISONS

par le Docteur WIRTH - C.M.P.R de FLEURY MEROGIS

La deuxième commission a donc abordé le problème de la gérontologie.

Il est certain qu'au départ, ce thème de réflexion original pour un congrès de Médecine Pénitentiaire qui nous a été proposé par Madame le Professeur TROISIÈRE a pu dérouter certains d'entre nous, surtout ceux qui travaillent en Maison d'Arrêt.

Notre expérience quotidienne nous montre en effet que le prévenu est le plus souvent un sujet jeune, voire très jeune, qu'un quadragénaire est facilement qualifié de "vieux" par ses codétenus, et enfin que le troisième âge n'est guère représenté, soit que la sagesse conférée par les ans mette l'individu à l'abri des tentations de la délinquance, soit peut-être qu'une longue expérience permette au criminel d'âge mûr d'échapper au châtement, soit surtout que les magistrats jugent préférable par humanité de ne pas incarcérer les personnes âgées.

Il a paru cependant important de s'arrêter et de réfléchir sur l'attitude du médecin pénitentiaire à l'égard du sujet âgé. Ce praticien doit d'abord se garder de deux comportements extrêmes qui contribueraient à évacuer le problème sans le résoudre :

- d'une part, s'en tenant à un critère d'appréciation purement statistique, considérer comme négligeable cet aspect de la pathologie,

- d'autre part, s'appuyant d'ailleurs sur le même critère de rareté, adopter une attitude interventionniste à l'égard de tous les sujets âgés, et non pas seulement de ceux qui sont malades, aboutissant ainsi à une médicalisation abusive du troisième âge auquel on conférerait, du fait de cette rareté, un caractère pathologique.

Il ne faut pas méconnaître que la dynamique même de l'institution carcérale peut conduire, parfois pour des motifs originels des plus humanitaires, à la catégorisation des détenus et de ce fait à une marginalisation peut-être abusive pour certains d'entre eux.

La prise en considération de ces quelques notions préliminaires a conduit la commission, d'abord à apprécier les problèmes cliniques que les sujets âgés peuvent présenter au médecin et au psychiatre, et secondairement à s'interroger sur les particularités de la relation soignante en prison, qu'il s'agisse de la relation médecin-malade ou des rapports du médecin traitant avec le médecin expert, voire même des contacts entre médecins pénitentiaires et médecins extérieurs.

Je vais donc passer maintenant la parole au Docteur GARNIER, cardiologue au Centre Pénitentiaire de Liancourt, puis le Docteur SENON, Médecin-Chef du C.M.P.R. de Poitiers, parlera de la psychiatrie, après quoi nous tenterons de faire la synthèse des idées principales qui se sont dégagées sur le sujet de la relation.

Monsieur le Docteur GARNIER,

La gériatrie en milieu pénitentiaire est un bien grand mot en ce qui nous concerne à LIANCOURT. Certes nous avons des malades qui ont plus de 65 ans mais nous ne pouvons parler de service de gériatrie pour plusieurs raisons :

Premièrement, il ne s'agit pas d'un service destiné uniquement aux sujets du troisième âge, nous avons des sujets d'âge avancé à côté de détenus encore jeunes. Que ce soit au bâtiment 2 où s'ont groupés des artéritiques, des diabétiques, ou des coronariens. Au bâtiment 1 qui, à l'origine était hospice mais qui par suite de désencombrement d'autres centrales, héberge également des jeunes, qui ne sont même pas toujours malades, certains étant venus pour préparer un C.A.P. de cuisine. A noter au passage que ce mélange créé parfois des problèmes. Quant au bâtiment 3, puisqu'il y a trois subdivisions à LIANCOURT, qui groupait autrefois et réunit encore travailleurs et asthmatiques auxquels s'ajoutent quelques sujets âgés, le mot de service de gériatrie ne convient également pas non plus.

Deuxièmement, le recrutement des malades ne convient guère non plus pour donner le qualificatif de service de gériatrie. En effet, dans les services de longs séjours, il s'agit en général de sujets assez âgés venant après fractures, devenus impotents ou seul et ne pouvant se suffire à eux-mêmes. La désorientation temporo-spatiale y est fréquente soit parce qu'elle est la cause de cette hospitalisation en long séjour, soit parce qu'elle survient à l'occasion du changement de milieu et qu'alors le malade souvent ne veut plus manger. C'est alors le nursing. Rien de comparable à LIANCOURT, les détenus y sont depuis un certain temps, se connaissent, et les cas de désorientation sont très rares et lorsqu'ils surviennent, on s'empresse de les diriger ailleurs, en milieu spécialisé. Donc, par le recrutement, il ne s'agit pas d'un service de gériatrie.

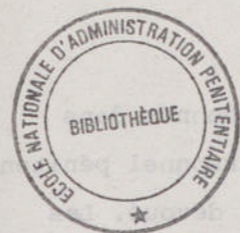
De même, dans les services de gériatrie, la mort est la fin habituelle du séjour. Ici en milieu pénitentiaire, par question ; la mort est considérée comme intolérable et là encore on évacue le malade avant si possible.

On ne saurait décrire les activités de LIANCOURT comme celles d'un service gériatrique et nous aborderons plutôt le problème de soins en milieu pénitentiaire et sanitaire pour sujets de 55 ans et plus et de leur éventuelle sortie.

Nous avons abaissé la tranche à étudier à 55ans pour avoir un recrutement plus étoffé et traiter la question avec une vue d'ensemble plus large. Etant donné la persistance d'une certaine validité parmi les sujets de cet âge, il s'agit plus, quant aux activités, d'un service de moyens que de longs séjours bien que la durée ne soit évidemment pas celle d'un moyen séjour étant donné les longues peines que nous avons.

Les malades que nous traitons sont d'ailleurs tantôt ceux d'un service de moyen séjour, tantôt même ceux d'un service actif. Quelques chiffres vont vous éclaircir ; environ 30 % de la population de LIANCOURT est âgée de 55 ans et plus. Sur ces 30 % donc sur le nombre des malades, les atteints se repartissent de la façon suivante :

- 36 % sont hypertendus ou ont une atteinte cardio-vasculaire modérée,
- 17 % ont une affection pulmonaire,
- 12 % ont des troubles digestifs,
- 11 % ont des arthroses ou des douleurs rumathismales,
- 7 % sont diabétiques (il s'agit de diabète gras car ce sont des sujets de plus de 55 ans. En effet, le diabète congénital touche évidemment les jeunes)
- 5 % ont des syndromes dépressifs,
- 4 % ont des troubles génitaux urinaires,
- 3 % sont d'anciens éthiliques avérés,
- 2 % ont des atteintes dermatologiques.



Il n'y a qu'un ou deux amputés pour raison artérite et encore ils sont sortis en fin de peine ces derniers jours.

Le bâtiment 3, à ma connaissance, a une répartition à peu près analogue. Quant au bâtiment 2, le nombre de sujets de plus de 55 ans est à peu près le même mais les malades y sont différents puisqu'y sont regroupés diabétiques insulino-dépendants plus jeunes (ce que je vous disais tout-à-l'heure et qui donc ne nous intéresse pas dans ce propos), cardiaques, artéritiques et hyper-tendus et le plus souvent sclérose-vasculaire plus ou moins généralisée. En sorte que, parmi les sujets que j'ai personnellement à traiter, de plus de 55 ans, au bâtiment 2, environ 92 % ont une pathologie cardio-vasculaire. C'est la raison pour laquelle je n'ai pas voulu faire ce rapport sous le nom de gériatrie car il est vraiment trop orienté.

4 % ont un coeur pulmonaire chronique, et le reste des troubles, il s'agit surtout de gastritiques.

J'ai donc parlé jusqu'à présent de la répartition en maladie et je parlerai maintenant de la moyenne d'âge. On pourrait la répartir par tranche. Sur les 30 % qui ont plus de 55 ans, la répartition est à peu près la suivante :

- 19 % de 55 à 60 ans
- 50 % entre 60 et 69 ans soit environ 18 % de la population pénale totale
- 20 % sont âgés de 70 à 79 ans
- un sujet dépasse les 80 ans,

Au total, on peut retenir pour LIANCOURT, environ 30 % de sujets âgés de plus de 55 ans et quelque soit l'âge, parmi ceux-ci les maladies le plus souvent rencontrées et dans un ordre décroissant sont :

- les troubles cardio-vasculaires
- les affections pulmonaires
- les affections digestives

Les soins donnés sont comparables à ceux donnés dans un hôpital moyen de province, à ceci près que le personnel pénitentiaire auquel je rends hommage y est au moins autant dévoué. Les problèmes posés sont de deux ordres mais concernent toujours, si l'on peut dire, la sortie des malades.

En effet, comme je vous le disais, les traitements sont à peu près ceux d'un hôpital moyen et par conséquent à peu près satisfaisants. Mais à la sortie on peut avoir une sortie banale, si l'on peut dire ; on donne des médicaments pour deux à trois jours et une lettre pour le médecin traitant. Mais surtout, il y a des problèmes qui peuvent survenir, qu'il faut envisager et qu'il faut solutionner au cours de l'incarcération avant la sortie ; le détenu est assez souvent sans famille, sans ressources et il faut s'efforcer de lui faire obtenir sa rente de vieillesse avant la sortie et parfois aussi de lui trouver un point de chute (hospice par exemple).

Enfin et surtout, peut arriver une complication grave, plus particulièrement au bâtiment 2 avec les cardiaques. Au cours de sa maladie, exigeant un transfert urgent en milieu chirurgical mais surtout en soins intensifs cardio-vasculaires et c'est là que se lèvent les plus graves problèmes du moins pour LIANCOURT. Etant donné sa situation géographique, par rapport aux services de réanimation et par rapport à FRESNES, mais je reparlerai de ce problème au cours de la discussion car il s'agit d'un problème particulier.

Pour la psychiatrie, je n'en ai pas beaucoup parlé car je suis au bâtiment 2 et que je vois surtout des cardiaques. Toutefois pour mémoire, puisque dans cette assemblée il n'y a pas mal de psychiatres, il faut signaler que parmi les plus jeunes, beaucoup ont recours et ont besoin des indications, des conseils d'un médecin psychiatre mais hélas nous n'en avons plus depuis trois mois.

Madame TROISIER : "il vient d'en être recruté un.

PROBLEMES MEDICO-PSYCHOLOGIQUES  
POSES PAR DES SUJETS AGES INCULPES OU INCARCERES

---

La Maison d'Arrêt de POITIERS a accueilli moins de cinq personnes âgées de plus de 55 ans en deux ans.

On peut s'interroger sur ce chiffre :

- la criminalité est peut-être réduite dans cette tranche d'âge,
- mais surtout, une expertise psychiatrique est souvent demandée et dans notre région agricole, l'Article 64 est souvent appliqué.

Il semble pourtant important de réfléchir sur ce problème, puisque l'adaptation à l'incarcération sera chez le sujet âgé beaucoup plus difficile qu'à aucun autre âge de la vie.

Nous mettrons donc à part les détenus vieillissants à l'issue d'une longue peine et qui posent des problèmes que l'un d'entre nous vient d'exposer.

Les travaux centrés sur l'approche sociologique et psychopathologique du vieillissement sont maintenant bien connus. Ils nous apportent bien des éléments enrichissants et je citerai par exemple les études faites par l'un des nôtres, le Docteur BALIER, et les travaux de M. COGNALONS-CAILLARD et de J. VANDER-BORGHT.

Une approche sociologique nous montre l'importance du statut social, de l'insertion professionnelle, associative et familiale, qui donnent l'identité sociale du sujet. Ce statut social et professionnel est important, même au niveau

de l'évolution physique de l'individu.

La retraite équivaut souvent à une diminution considérable du champ gestuel, entraînant un repli du sujet sur lui-même ; sujet qui se tasse et se voûte.

De la même façon, la vie active est synonyme de productivité, d'échanges d'argent, d'échanges de compétences.

Le sujet âgé inactif perd ici toute sa valeur.

Le vieillissement est aussi synonyme de diminution des échanges entre la société et le sujet âgé. Cette diminution peut être liée au sujet. Nous connaissons par exemple le rôle essentiel de l'appauvrissement sensoriel. Il est indéniable qu'un sujet qui entend moins, voit moins, ne trouve plus de goût aux aliments, ne pourra amorcer qu'une évolution de repli et de désinvestissement psychologique.

La limitation physique du sujet peut aller dans le même sens, de la même façon qu'une fragilité psychologique le rend beaucoup plus sensible à la frustration.

Cette diminution de l'échange société-sujet âgé peut aussi être due à la société qui définit l'âge de la retraite, considère le jeune comme étant le seul fonctionnel, productif, qui vante aussi les mérites de la jeunesse : beauté, force, intelligence. La société, qui ne développe pas assez le rôle associatif de chacun, joue un rôle indéniable dans l'impression de solitude du sujet âgé qui se coupe de tout.

Certains sociologues parlent de la retraite comme d'une première mort et de l'hospice comme d'une seconde mort. L'incarcération peut lui être comparée.

L'approche clinique du sujet âgé diffèrera, qu'elle soit faite par un médecin consultant ou un médecin expert.

Il est de première importance de tenir en compte les problèmes posés à l'expert et au magistrat d'instruction par le prévenu âgé.

Les faits reprochés au sujet sont souvent en rapport avec la pathologie. Il peut s'agir de vol à l'étalage chez le dément, de chèques sans provisions dans un état de manie d'involution, d'attentat aux mœurs, non seulement dans une pathologie démentielle, mais dans des états de déchéance éthylique qui sont fréquents dans notre région.

Les questions que l'expert aura à se poser sont tout d'abord de savoir s'il n'existe pas de détérioration démentielle ; souvent celle-ci est difficile à mettre en évidence et les tests de détérioration seront le plus souvent peu fiables, tout au moins, dans un contexte culturel rural.

Parfois les faits peuvent être liés à une affection psychiatrique aiguë, que ce soit une confusion mentale où l'éthylisme chronique joue un rôle, mais aussi un tableau de bouffée délirante, de manie ou de mélancolie. Il est important de tenir en compte les facteurs de risques associés qui peuvent compromettre le pronostic, surtout si le sujet peut être incarcéré ; éthylisme chronique, niveau intellectuel limite, statut social précaire.

Effectivement, très souvent, un sujet qui en milieu rural est stabilisé par une petite vie sociale assez stéréotypée, autour de sa compagne, d'une famille proche, dans un réseau de relations habituelles, présentera souvent à l'incarcération une décompensation grave du fait de sa perte d'identité sociale.

Des problèmes quelque peu différents peuvent être posés au médecin consultant en détention. Le prévenu âgé incarcéré présente fréquemment une difficulté d'adaptation, surtout lorsqu'il est d'origine rurale. On remarque moins ces

difficultés chez des sujets âgés d'origine urbaine, venant de milieux aisés et souvent inculpés d'escroquerie.

Quelques états cliniques peuvent être décrits :

On retrouve tout d'abord des états de détresse psychologique correspondant à une "situation bloquée". Le sujet se rend compte que le processus judiciaire effrite son identité, identité qu'il perd fatalement du fait de l'incarcération. De tels états associent dépression, angoisse, insomnie, rumination, le risque de tentative d'autolyse est à connaître.

On retrouve aussi des états dépressifs et anxieux pour lesquels le recours au corps est fréquent : le sujet allègue souvent douleur, fatigue, troubles digestifs, troubles cardio-vasculaires, insomnie, qui cachent une anxiété importante, une rumination, une sensation de vide qui peuvent se faire dans le cadre d'une culpabilisation importante où le sujet perd toute estime pour lui-même. On peut aussi retrouver un tableau d'état dépressif masqué où l'anorexie et l'amnésie sont fréquemment rencontrées.

Plus rares sont les tableaux de décompensation confuso-oniriques, tableaux qui sont à connaître s'il existe un éthylisme chronique.

On peut aussi retrouver des décompensations oniroïdes avec un thème de persécution au devenir prépondérant.

Dans tous ces tableaux, il est essentiel de tenir en compte le processus d'involution et de s'interroger pour savoir si une éventuelle détérioration était méconnue ou s'il s'agit d'une involution liée à l'incarcération qui prend l'allure du vieux tableau de "démence vésanique" rencontré dans les institutions ou en hospice. On retrouve alors désintérêt, repli, désengagement, inhibition psychomotrice, perte de poids, dénutrition...

En conclusion, nous pourrions dire l'importance de la prise en charge psychothérapique du sujet âgé en détention et insister sur le fait que la détention, même de courte durée, n'est pas sans modifier de façon durable l'évolution psycho-dynamique du sujet.

Il semble donc essentiel de mettre en balance la dangerosité potentielle de celui-ci et les risques que la détention lui fait courir.

## LA CRIMINALITE DANS LES TROUBLES

### PSYCHIATRIQUES DE L'INVOLUTION SENILE

par

le Docteur J. TORRES SANCHEZ, F.M. GONZALEZ LLERA et  
J. SALVAN MARTI.

Sanatorium Psychiatrique, Pénitenciaire - MADRID, Espagne.

1981

## AVANT-PROPOS

La psychogériatrie, également appelée gérontopsychiatrie ou psychiatrie gérontologique a éveillé un grand intérêt lors de ces dernières décennies. Il existe différentes raisons qui nous incitent à étudier les troubles psychiques des personnes âgées et la première d'entre elles est le vieillissement progressif des populations occidentales, tant par suite d'une meilleure espérance de vie que de la baisse de la natalité.

Il devient chaque jour de plus en plus difficile de séparer les modifications propres du processus de vieillissement normal ou sénescence des changements biologiques et psychiques dus au vieillissement pathologique ou sénilité. De même, les descriptions anciennes de la psychologie du vieillard étaient imprégnées de nuances psychiques à caractère négatif tandis que dans les récentes on note d'autres points très positifs tels que la stabilité émotionnelle, la pondération, etc.. A ce sujet, il est bon de signaler que les essais psychologiques (tests), lorsqu'ils sont appliqués aux vieillards, font également ressortir des rendements très inférieurs à ceux que l'on obtient dans la réalité de la vie quotidienne.

On insiste aujourd'hui sur les facteurs sociaux dans l'étude des altérations psychiques de la vieillesse. Notre société industrielle retire le vieillard de son cadre social (retraite, etc..) et familial (abandon, isolement dans des asiles, etc..) et c'est pourquoi certains auteurs la qualifient d'anthropophage. Il surgit de cela le grave problème d'assistance que posent les vieillards : le nombre de vieillards entrant dans les hôpitaux psychiatriques augmente chaque jour et les séjours hospitaliers sont de plus en plus longs à chaque fois.



Cette augmentation des besoins hospitaliers n'est pas au niveau du vieillissement de la population. Un autre point important est l'exil auquel se trouve soumis le vieillard interné dans un hôpital psychiatrique à la suite de l'abandon de ses parents et amis. Cet exil est particulièrement important dans les centres pénitenciers où les visites au malade sont de l'ordre de une ou deux fois par an et où, dans 50 % des cas, la communication ne s'effectue que par écrit, tandis que dans d'autres cas l'abandon de la famille est total, ce qui soumet le vieillard à une situation de frustration continue alors qu'il a tant besoin d'un soutien familial.

La pathologie psychiatrique du vieillard a subi elle aussi une métamorphose. Alors qu'autrefois elle était limitée aux troubles de la démence, tant séniles que pré-séniles, on s'intéresse aujourd'hui plus particulièrement à l'étude des psychoses endogènes en général et aux troubles dépressifs en particulier ; le groupe des démences pré-séniles perd de sa spécificité et ainsi, la maladie d'Alzheimer serait une forme de démence sénile et celle de Pick une démence abiotrophique du groupe des atrophies systématisées du système nerveux. Les altérations psychiques de la sénilité occupent le premier rang de l'assistance aux vieillards, avec les dépressions qui représentent la moitié des troubles psychiatriques de la vieillesse.

Tous les criminologues considèrent en criminalité que l'âge de l'auteur est de toute première importance et sont parvenus à opposer la criminalité du jeune (de moins de 25 ans) à celle de l'ancien. Chez les hommes, la plus forte criminalité générale est enregistrée entre 20 et 25 ans et la forme criminelle la plus fréquente consiste en délits contre la propriété. A partir de cet âge, la criminalité diminue de façon brutale et l'on constate que les délits contre l'honnêteté sont les plus fréquents. La délinquance de sang est plus fréquente entre 30 et 39 ans.

FURST (1958), en Suisse, au sujet de la criminalité des malades mentaux, signale une plus grande fréquence des délits contre la propriété entre 60 et 70 ans, tandis que les délits contre l'honnêteté sont plus fréquents chez les malades mentaux à partir de 70 ans. BENEZECH et col. (1980), en France, signale qu'il existe dans la criminalité des malades mentaux en général une corrélation entre la paranoïa (autre domaine très important qui constitue la schizophrénie paranoïde) et les délits contre les personnes ainsi qu'une corrélation positive entre les délits contre la propriété et les troubles de la personnalité.

#### Matériel et méthode

La présente communication concerne 13 malades psychiatriques, tous de sexe masculin, internés à l'hôpital Psychiatrique Pénitentiaire de Madrid, dont l'âge délictueux est supérieur à 50 ans, sans antécédents pénaux et représentant 5/100° environ de la population hospitalière.

Lors de l'analyse de ce petit échantillonnage (dans un travail postérieur nous étudierons tous les malades soignés depuis 1953 dans cet hôpital d'après ce que nous croyons savoir) nous avons trouvé que dans la majorité des cas (11) l'âge était compris entre 50 et 59 ans et qu'ils étaient mariés (11 cas), tandis que leur niveau socio-économique correspondait à celui de la population en général.

Parmi tous les troubles mentaux on retient la schizophrénie dans 8 cas, suivie de troubles dépressifs à caractère paranoïde dans deux des cas, alors que les cas restants concerne une démence vasculaire incipiente, une démence alcoolique incipiente et une personnalité psychopathique. Dans le diagnostic qui suit, nous donnons les critères de Schneider modifiés par la schizophrénie.

Les actes punitifs commis par les patients d'un

âge compris entre 50 et 59 ans étaient des délits contre des personnes dans 10 cas sur 11 et le cas restant était un délit contre la propriété (vol) effectué par un patient atteint d'un syndrome psycho-organique incipient d'origine alcoolique. Parmi les 10 délits contre personnes, on notait dans la moitié des cas une action entraînant la mort de la personne et dans l'autre moitié des lésions graves. Dans l'un des cas, le décès de la personne a été provoqué par un incendie du foyer (l'auteur présentait une schizophrénie à cadre déficitaire grave). Dans trois des cas, on rencontrait la figure pénale du parricide, avec frustration dans l'un d'entre eux.

Dans le groupe de 60 à 69 ans, les deux patients avaient commis un parricide.

#### DISCUSSION

L'échantillonnage décrit plus haut, bien que réduit, est hautement significatif pour une étude de la criminalité des malades mentaux d'un âge compris entre 50 et 59 ans. Cette limitation chronologique nous permet l'étude de la criminalité dans psychoses pré-séniles (dont nous avons commenté l'origine problématique au début) des cadres initiaux des processus de démence qui sont justement ceux où la criminalité est la plus élevée, étant donné le groupe imprécis de psychoses dépressives et paranoïdes qui apparaissent à l'âge mûr avec le processus d'involution sénile, etc.. devant ce groupe de patients d'âge mûr il faut aborder la question psychiatrique de façon polydimensionnelle car ces âges d'involution chez l'homme n'ont pas de caractère significatif pour une délimitation précise mais il apparaît au cours de cette période des altérations biologiques inéluctables (hormonales, vasculaires, etc..) et des modifications de la personnalité (baisse de tonus vital, diminution des rendements, etc..) qui, combinées à de nouvelles attitudes vis-à-vis du monde (enracinement professionnel, intégration de la famille et des enfants, valeurs existen-

tielles) peuvent conduire le sujet à différents modes inhabituels d'élaboration des pulsions, du vécu et des situations ayant une incidence importante sur la genèse de l'acte criminel.

Les auteurs ont signalé de façon répétée une plus grande fréquence de délits contre l'honnêteté et, de façon concrète, la figure des abus malhonnêtes dans l'étape "pré-sénile" des malades mentaux et, en second lieu, les délits contre la propriété et, en particulier l'escroquerie. Dans la monographie de GUZE (1976), aux Etats-Unis on procède à une étude portant sur 223 hommes, malades mentaux, qui avaient commis un acte criminel quelconque, d'un âge compris entre 15 et 78 ans, mais la criminalité de l'involution n'est pas mise en relief.

Dans ce travail, on cherche à montrer l'importance des délits contre les personnes (parricide, assassinat et leurs formes frustrées) dans l'étape "pré-sénile" de la vie d'un homme, malade mental. Parmi les différents cadres psychiatriques, celui de la schizophrénie paranoïde prend le plus de relief et sa criminalité est directement liée au syndrome délirant-hallucinatoire dans 7 cas sur 10 de diagnostic de schizophrénie tandis que dans les trois autres cas elle a été exécutée de façon impulsive dans un état de détérioration intense de la personnalité schizophrénique. Dans la thématique du délire vient en premier lieu l'honneur conjugal (l'infidélité du conjoint) dans 5 cas sur 7, tandis que dans les deux autres cas il s'agissait d'une question d'honneur dans le comportement sexuel (diffamation par le médecin à qui l'on présentait une syphilis) pour le premier et d'une persécution pour l'autre. On déduit de ce qui précède que la victime était, dans la majorité des cas dans le cercle affectif et familial (il s'agissait dans trois cas de l'épouse, dans un autre de la maîtresse et dans l'autre le sacerdoce de l'épouse dans les cas de thématique de jalousie,

au médecin dans le cas de diffamation de syphilis et à un premier acte charnel de l'auteur dans un cas impulsif) et qu'il s'agit d'une victime étrangère dans un nombre plus réduit de cas. "L'iter criminalis" a la "spontanéité" en commun dans la majorité des cas, sans délibération préalable et sans décision claire de mort, le patient schizophrène commet brusquement une agression brutale sur la victime dans un état de conscience où le MOI a perdu totalement sa fonction de jugement (le MOI démentiel de EY) et le mode du délit est monstrueux en soi.

Il est très important de signaler la présence d'un cadre dépressif chez deux des patients compris entre 60 et 69 ans. Ces cadres dépressifs sont accompagnés d'idées délirantes de préjudice avec un fond latent de tristesse vitale d'un passé pas toujours expérimenté par le patient et une détérioration intellectuelle. On rencontre ainsi un grand nombre de cas diagnostiqués par KRAEPELIN comme délire de préjudice pré-sénile. Dans ces deux cas, le thème délirant de préjudice à l'honneur conjugal (où dans l'un d'entre eux s'ajoutait en outre le délire de vol par l'épouse) les conduit au meurtre de la femme (parricide). La thérapeutique antidépressive a permis la récupération des patients.

## LA GERONTOLOGIE

par le Docteur Alain BERLEMONT - Maison d'Arrêt de Loos les Lille

Les détenus ne posent pas de problèmes médicaux très particuliers du fait de leur âge.

Néanmoins, je pense qu'il va de soi que la surveillance médicale se doit d'être plus constante essentiellement dans les domaines cardio-vasculaire et respiratoire.

C'est d'ailleurs dans ce but qu'à la Maison d'Arrêt de LOOS, nous les plaçons systématiquement à l'Infirmierie.

Il est d'ailleurs heureux que leur nombre soit très restreint.

A l'infirmierie, le détenu âgé trouvera donc des conditions de détention meilleures loin d'une promiscuité néfaste ou d'une incompréhension due à une différence d'âge, une alimentation plus facilement contrôlable, une atmosphère psychologique bénéfique car peut-être plus qu'un autre, il aura besoin de réconfort.

A noter qu'en section "Femme", on essaiera de les doubler au mieux, en choisissant la partenaire.

Enfin, dans ce chapitre concernant les problèmes du vieillissement, on peut ajouter que l'on est frappé par l'aspect de beaucoup de détenus âgés de plus de 40 ans dont les traits du visage les font paraître beaucoup plus âgés qu'ils ne le sont en réalité.

LA RELATION THERAPEUTIQUE  
 EN MILIEU PENITENTIAIRE

par le Docteur WIRTH.

Une approche des différents aspects de la relation médecin-malade en prison a permis, s'appuyant sur une riche documentation de rappeler les quatre attitudes possibles de la part du médecin :

1°) L'attitude de soutien ou de complicité du médecin avec le détenu, qui en devient le défenseur, partant en croisade contre l'Administration Pénitentiaire.

2°) L'attitude moralisatrice ou de rejet du médecin à l'égard du détenu, qui s'érige alors en juge, en défenseur de la Société ou de l'Administration.

3°) L'attitude de neutralité, de non directivité du médecin à l'égard du détenu, en montrant combien elle peut être parfois inadéquate en milieu pénitentiaire.

4°) Enfin l'attitude couplée : la collaboration sanction thérapeutique montrant que le psychiatre ne doit pas travailler isolé, mais au sein d'une véritable équipe pénitentiaire, en respectant les rôles et la spécificité des différents membres de cette équipe.

La relation médecin-traitant, médecin-expert a ensuite été abordée.

Des collègues psychiatres ont insisté sur l'incompatibilité de l'exercice simultané des fonctions de médecin-traitant et de médecin-expert pour le médecin pénitentiaire comme pour tout autre praticien, tant en raison de la nature différente de la relation qui s'instaure dans ces deux situations que de la nécessité de respecter le secret médical.

L'intervention des psychiatres de secteur, notamment dans le cadre des C.M.P.R., contribue à préciser les choses en ce domaine, la relation médecin-malade qui s'instaure alors étant très proche de celle qui pourrait s'établir dans une structure de soins psychiatrique extérieure.

Il apparaît par contre que le problème est quelque peu différent pour le généraliste qui, appartenant à l'Administration Pénitentiaire, se voit confier par le Code de Procédure Pénale un certain nombre de tâches qui sont en fait des missions d'expertises : compatibilité de l'état de santé du sujet avec l'isolement ou avec telle ou telle sanction disciplinaire par exemple. Il n'est donc pas possible au médecin somaticien de séparer pleinement activité expertale et thérapeutique.

Le dernier sujet abordé dans cette étude de la relation médicale a été celui de la continuité des soins pour souligner les difficultés qu'elle soulève tant au cours de la détention qu'à la libération pour des sujets souvent frustrés, socialement marginaux et de ce fait fort peu motivée à la poursuite d'une thérapeutique anti-tuberculeuse, anti-diabétique, psychotrope ou autre, pour une période souvent longue.

En conclusion :

Mis à part certains tableaux cliniques plus fréquemment rencontrés chez les sujets âgés, il ne se dégage

pas une pathologie véritablement spécifique du détenu vieillissant.

Par contre, la prise en charge de celui-ci, lorsqu'il est malade, ne peut se révéler efficace que dans le cadre d'une relation réfléchie et contrôlée par le praticien qui doit savoir préserver l'indépendance nécessaire à toute forme d'exercice médical.

Il apparaît par contre que la relation est quelque peu différente pour le généraliste qui, appartenant à l'Administration pénitentiaire, ne voit malade que le côté de l'individu et ne connaît pas les autres aspects de sa personnalité. Le médecin spécialiste, au contraire, connaît l'individu dans son ensemble, mais ne connaît pas les aspects de sa personnalité. Le médecin généraliste, au contraire, connaît l'individu dans son ensemble, mais ne connaît pas les aspects de sa personnalité.

REFLEXIONS SUR L'ATTITUDE DU MEDECIN PENITENTIAIRE ET DU PSYCHIATRE EN PRISON

REFLEXIONS SUR L'ATTITUDE DU MEDECIN PENITENTIAIRE ET DU PSYCHIATRE EN PRISON

par

Melle LE CHARPENTIER Marie-Geneviève  
Médecin assistant de psychiatrie  
exerçant à la maison d'arrêt de Saint-Brieuc.

IV - L'attitude de l'individu : la collaboration avec le médecin.

## I N T R O D U C T I O N

Qu'est-ce que le détenu réclame au médecin pénitentiaire ? Quels sont les rôles qu'il souhaite lui voir jouer ? Quelle est l'attitude du psychiatre pénitentiaire face aux demandes des détenus ? Telles sont les questions et les formulations que nous nous sommes posées tout au long de notre pratique de psychiatre pénitentiaire à la maison d'arrêt de Saint-Brieuc (22 - Côtes du Nord).

La première des choses est, comme le rappelle Madame le Professeur Solange TROISIER, de permettre au patient de "consommer de la relation, de consommer du médecin plus que du médicament", ce qui veut dire être disponible sans sollicitude excessive. Le malade a droit à la demande, mais il n'a pas droit automatiquement à la satisfaction.

Dans cet exposé, nous tenterons de réfléchir sur l'attitude du médecin en prison face à la demande d'aide du détenu, et nous évoquerons quatre attitudes possibles.

I - L'attitude de soutien ou de complicité

II - L'attitude moralisatrice ou de rejet

III - L'attitude de neutralité

IV - L'attitude couplée : la collaboration sanction thérapeutique.

## I - L'ATTITUDE DE SOUTIEN OU DE COMPLICITÉ

Elle consiste à s'identifier totalement au détenu et à vouloir, envers et contre tout, défendre sa cause. Le médecin fait momentanément siennes les valeurs du prisonnier et voit dans la société, et plus particulièrement dans la sociopathologie carcérale, les origines de la souffrance qu'il décèle.

La maladie se réduit au fait d'être en prison et d'y être traité en coupable. Soigner cette maladie consiste donc logiquement à lutter contre la sanction ou à tenter de l'atténuer dans ce qu'elle peut garder d'anachronique et d'insupportable.

A défaut de remèdes étiologiques qui lui apparaissent hors de son ressort, une révolution, une réforme pénitentiaire, le clinicien se contente de raffermir le détenu malade contre le processus morbide qui est la prison même.

Le criminologiste est forcé d'intervenir au niveau des relations interhumaines où deux êtres se rencontrent, se font une certaine idée l'un de l'autre et du sens de leur dialogue, édifient une morale. Soutenir le délinquant c'est, en quelque sorte, soutenir sa morale.

Sans vouloir condamner une telle attitude, il faut, pour prendre conscience de ses risques, la pousser jusqu'à la caricature. En effet, pour le clinicien philanthrope, qui vient en prison pour aimer et aider son frère déchu, L'ADMINISTRATION sera une cible toute trouvée. Il se drape dans son secret, proclame sa liberté de prescription et privilégie le colloque singulier. Au prisonnier seul il reconnaît l'humanité. L'administration n'est pas constituée d'hommes investis d'une fonc-

tion, mais un monstre grimaçant et abstrait. Le règlement avec lequel il communique par lettres et certificats, négligeant toute relation personnelle. Le secret n'est-il pas parfois proclamé pour masquer des insuffisances, en particulier sur le terrain si mal défriché de la psychothérapie ? car à trop s'identifier au détenu, le médecin devient "malade" et "sociopathe".

Le philanthrope redoute une fonctionnarisation qui ferait de lui un homme comme les autres, rémunéré comme les autres pour un travail ordinaire et comme les autres sans défense.

Cette lutte solitaire, loin de servir le délinquant, le dessert. Elle crispe l'administration sur des positions uniquement répressives, et s'oppose à toute évolution de la geôle. L'humanisme qui ne veut voir dans le complexe relationnel prison-détenu que le seul malade, perpétue une opposition dont le patient fait les frais, ou bien alors elle engage l'administrateur dans une sorte de surenchère. Pour ne pas subir l'affront de voir ses peines néantisées, le directeur renonce à punir quand il ne cherche pas à se montrer encore plus gratifiant que le médecin. Par là, il crée des tensions au sein de son équipe qui perturbent l'atmosphère pénale et se montrent antithérapeutiques.

Schématiser ainsi à l'extrême l'attitude de soutien permet d'en montrer les dangers lorsqu'elle devient irraisonnée.

## II - L'ATTITUDE MORALISATRICE OU DE REJET

Cette fois, l'identification ne se fait plus ici avec le détenu, mais avec le groupe qu'il bafoue. Le médecin pénitentiaire se considère comme un représentant de la Société

et, pour peu qu'il ambitionne de traiter la délinquance derrière les symptômes somatiques ou psychologiques qui assaillent les délinquants, il prend pour objectif de redresser un système de valeurs qu'il estime distordu. Il refuse de servir le délinquant et s'il accepte de le juger ce n'est pas pour se disculper. Ainsi, des criminologistes reconnaissent à l'indignation, voire à la colère du clinicien, une haute valeur thérapeutique, et préconisent une violente prise de position pour les valeurs de la société.

A l'extrême, le médecin pénitentiaire n'est plus un médecin, mais le serviteur d'un système collectif d'expression et son assimilation sans réserve à ce système lui sert de justification, comme "les médecins maudits" qui justifiaient l'expérimentation nazie en ces termes, lors du procès de Nuremberg "Pendant la guerre, l'état totalitaire prend entièrement à son compte la responsabilité des médecins ... Le médecin n'est plus qu'un instrument ; les sentiments personnels et professionnels, comme les obligations éthiques doivent céder le pas à la nature totalitaire de la guerre... et l'être humain, ce complexe individuel, sert uniquement à l'intérêt de la société".

Quand le médecin se borne à servir l'aspect le plus répressif d'une administration, quand il reste obsédé par la crainte de lui déplaire, au risque de devancer ses désirs et d'en faire plus qu'il ne lui en est demandé, quand il consacre sa principale activité au dépistage et à la répression des simulateurs, il doit savoir qu'il porte en lui les germes d'un MENGEL ou d'un BRANDT.

L'administration n'a que faire de cet auxiliaire qui le déborde en la caricaturant. Le personnel pénitentiaire ne peut qu'être perturbé dans ses propres efforts de libération par le sadisme médicale.

Une pratique pénitentiaire saine doit se référer

à une réflexion constante sur le sadomasochisme qui risque d'imprégner et de pervertir toute relation.

### III - L'ATTITUDE DE NEUTRALITE

Neutralité, telle est au fond la revendication classique du médecin, lorsqu'il se trouve confronté à un problème moral ou, plus généralement, social. Toute la pratique libérale de la libre entente entre le médecin et son client, du libre choix, ces notions de contrat, de soins épanouis largement dans notre code de déontologie, engagent à une telle attitude.

Nous nous contenterons de réfléchir à l'application possible de la neutralité à la pratique pénitentiaire et de nous questionner sur les possibles déformations, les éventuels dangers.

La réponse au détenu, c'est le refus global de prendre parti dans le procès, de servir, disculper ou punir, le désir seulement de soigner. Ainsi, le praticien habitué à exercer ailleurs son ministère et transposant à la prison le système de valeurs qui guide son action à l'hôpital, ou à la ville, déclare "Je ne les juge pas, ce sont des hommes comme les autres, ce qu'ils ont pu faire par ailleurs ne me concerne pas, en eux je ne vois que des malades".

La neutralité bienveillante, l'attitude de compréhension de l'analyste va dans le même sens. Le médecin n'a pas à imposer son cadre éthique à son client, ni à accepter les valeurs de son malade ; il n'est pas juge et met le procès "entre parenthèses".

Il est facile, dès lors, de dresser le contretableau, l'outrance qui mène de la neutralité à l'indifférence

comme le "Je m'en lave les mains" de Ponce Pilate sur le style "que le juge se débrouille, c'est son problème, moi je n'y suis pour rien". On se forge ainsi, à peu de frais, une bonne conscience, c'est peut-être à cette "neutralité" que se référerait un surveillant lorsqu'il proclamait "En prison, le médecin a toujours le beau rôle".

Cette outrance de la neutralité, cette neutralité "à tout prix" paraît difficilement soutenable en prison où le procès occupe une place trop grande dans la vie du détenu, est trop intimement lié à la substance même de son trouble pour que la thérapie puisse s'accoutumer d'une mise en parenthèse de l'action sociale.

### IV - L'ATTITUDE COUPLEE : LA COLLABORATION SANCTION-THERAPEUTIQUE.

Certains, sentant ce qu'avait d'inadéquat en prison la classique neutralité ont-ils, à partir de l'expérience des internats d'éducation surveillée, préconisé une séparation rigoureuse, mais aussi une collaboration constante de l'équipe soignante et de l'équipe normative éducative.

C'est au juge, à l'éducateur, au fonctionnaire pénitentiaire qu'il revient d'administrer la sanction et de fixer le cadre de l'action thérapeutique.

La mission du médecin n'est pas de servir aveuglément le délinquant contre le groupe, ni de le juger au nom d'une morale privée plus haute que la morale sociale en vigueur, encore moins de le punir. Le clinicien reconnaît en fait deux culpabilités : une irréaliste névrotique, fantasmatique, sacrifice du moi aux résidus d'un surmoi archaïque et terrifiant ; l'autre réelle, attachée à la faute authentique envers autrui.



Il considère comme sa mission de traiter la culpabilité névrotique. Par là, il accepte de disculper, mais son rôle s'arrête là où commence celui de l'éducateur, c'est-à-dire au niveau où le sujet libéré de ses déterminismes morbides, libre et responsable, peut enfin rendre compte de ses actes et réparer le préjudice causé.

En montrant au délinquant ce qu'il y a de maladif dans son besoin d'un juge, sa vieille et irrationnelle terreur de la justice où le pathologique qui s'insinue dans son exigence d'un bourreau, voire l'inadaptation morbide de certaines attitudes apparemment utilitaires, le médecin prépare la tâche éducative. Il permet au détenu de se libérer d'un schéma relationnel stéréotypé et d'établir des liens mieux adaptés avec les autres hommes, liens par lesquels se nouera l'action éducative.

Roumajon, au congrès de criminologie en 1963, avait mis l'accent sur le flou qui entoure dans les publications le mot de "traitement" au point qu'on doive toujours le redéfinir dans sa double signification de démarche éducative et de démarche thérapeutique.

#### EN CONCLUSION

Nous dirons que le psychiatre comme le médecin pénitentiaire travaille non seulement par sa relation avec le détenu, mais par "délégation".

A tous les niveaux de sa rencontre, que ce soit pour lui signaler la souffrance pour exécuter sa prescription,

ou plus simplement pour faire revivre son patient, il passe par l'esprit et le corps de quelqu'un d'autre. C'est le surveillant qui est au contact direct du détenu, c'est la hiérarchie pénitentiaire, l'administration qui doit comprendre le sens de ses décisions et combien serait vaine une psychothérapie qui s'adresserait au prisonnier en méprisant, ou même ignorant, ceux qui le gardent.

Mais cela ne veut pas dire que les compromis conduisent à la compromission. Il faut avoir le courage de renvoyer la détention face à son rôle pathogène lorsqu'il est repérable. Cela doit se faire sans violence, ou sans ironie de notre part, mais avec fermeté.

Il faut avoir aussi le courage de dire à un détenu qu'on ne peut pas l'aider dans sa position et qu'il doit s'en débrouiller seul, lorsqu'elle reproduit une provocation dont il n'y a rien de positif à attendre pour personne. Mais nous n'avons pas pour autant à apparaître comme les arbitres ou les gardiens de la paix de la vie carcérale.

Notre action de soins devrait être d'améliorer les capacités relationnelles de nos interlocuteurs. Que par ce fait les conflits soient atténués par surcroît, c'est parfait.. mais de la même façon le psychiatre n'a pas pour but la prévention de la récidive.

La première des choses est de permettre au patient de consommer du médecin plus que du médicament. Cela veut dire être disponible sans sollicitude excessive, le malade a droit à la demande, mais il n'a pas droit automatiquement à la satisfaction. Le psychiatre doit rappeler au patient qu'il n'est pas là pour tout donner. Cela n'est ni utile, ni thérapeutique, ni bien sûr possible. C'est en effet la relation, relation aux autres et relation à lui-même, qui constitue l'essentiel du travail de la psychiatrie et plus encore de la psychiatrie pénitentiaire.

Médecin Expert et/ou Consultant en Maison d'Arrêt

ou de la Métaphore du port de deux casquettes

par les Docteurs BOURG, BERNARD et GALLET

(C.H.S. de BEGARD).<sup>+</sup>

En guise d'introduction, le rappel de quelques situations vécues nous semble nécessaire pour éclairer la problématique du psychiatre face à une activité tripolaire, à savoir celle de médecin hospitalier, expert et consultant en Maison d'Arrêt :

- en Décembre 1978, le Docteur Gallet effectue, dans le cadre du secteur, sa première consultation psychiatrique à la Maison d'Arrêt de Saint-Brieuc. Le Directeur de cet établissement pénitentiaire l'accueille avec ces mots : "il y a du travail à faire... nous sommes en quelque sorte l'annexe de l'hôpital psychiatrique..." ; quelques mois plus tard, il demandera : "pourquoi ne faites-vous pas d'expertises médico-légales?".

- en Juin 1981, le Docteur Bourg et son assistant, le Docteur Bernard, remplacent le Docteur Gallet, en raison d'un changement de secteur ; le Directeur et l'infirmière expriment, à ces deux praticiens, un souhait sur un mode quelque peu péremptoire : "nous espérons que, vous non plus, vous ne faites pas d'expertises."

- le 19 Novembre 1981, deux infirmiers de l'équipe de secteur viennent prendre en charge un détenu pour son transfert en milieu psychiatrique ; ils recueillent cette remarque du Directeur : "ce n'est pas avec une ambulance qu'il fallait venir, mais avec un car...".

<sup>+</sup> Communication effectuée lors du Congrès International de Médecine Pénitentiaire (Université Paris VII), le 28 Novembre 1981.

Bien que notre but ne soit point de décrire le mouvement historique et dialectique liant l'hôpital psychiatrique et la prison, il est intéressant de noter que, si dans l'absolu ces deux institutions se voient socialement dévolues des fonctions différentes, dans la pratique leurs interrelations sont de nature asymptotique, c'est-à-dire qu'elles se rapprochent sans se confondre. Du côté de l'hôpital psychiatrique, s'est dessinée, à travers une mutation terminologique, la volonté des législateurs et des médecins d'aboutir à un épurement, à savoir l'instauration d'établissements spécialisés, exclusivement consacrés au malade mental. C'est le sens d'un processus qui, débutant avec l'édit d'Avril 1656 établissant l'Hôpital général de Paris, s'est poursuivi par la fameuse loi de 1838 organisant le système asilaire en France et la protection des malades et de leurs biens. Quel chemin parcouru, du grand renfermement décrit par M. Foucault, où tous les individus vivant en marge de l'ordre social, économique ou moral, sont confondus dans une même réprobation et où les malades mentaux ne représentent environ que le dixième des effectifs, jusqu'à Parchappe surnommé le "Napoléon des asiles".

En contre point, du côté pénitentiaire, l'utilisation de l'emprisonnement en tant que sanction pénale est d'origine relativement récente. C'est en effet seulement depuis la réforme pénale concomitante à la Révolution française, que la privation de liberté est venue remplacer les châtiments corporels qui, jusqu'alors, tenaient la place la plus importante dans l'arsenal répressif. Elle répondait aux préoccupations humanitaires de l'époque et paraissait également offrir le plus de ressources pour atteindre les différents objectifs assignés à la peine et singulièrement, outre l'intimidation collective et une efficace protection sociale, l'amendement du condamné. A l'origine, amendement était synonyme d'amélioration morale ; progressivement, cette notion s'est enrichie d'une perspective de rééducation sociale, en l'occurrence

donner au détenu une formation et des habitudes telles qu'une fois sorti de prison, il aurait la volonté de se comporter honnêtement ainsi que les aptitudes nécessaires pour y parvenir. Ce principe, tel qu'il est formulé, par exemple, par la Commission de réforme des institutions pénitentiaires en 1944, "la peine a pour but essentiel l'amendement et le reclassement social du condamné", a ouvert sur la conception du "traitement pénitentiaire".

Ce souci d'améliorer le comportement social de l'intéressé s'étaye sur des méthodes pédagogiques, mais fait également appel à des moyens techniques médicaux. Une coextensivité de l'action éducative vers quelque chose de thérapeutique ne pouvait que trouver écho chez le psychiatre, d'autant plus que la pathologie mentale carcérale est bien connue.

Ce bref survol historique donne à voir l'effort initial de chaque institution, psychiatrique et pénitentiaire, pour se doter, parallèlement, d'un lieu spécifique dans son contenu et clos par son contenant. Actuellement, par contre, leur trajectoire tend à la convergence, traduction d'un désir commun d'ouverture : tandis que, dans une visée diagnostique et thérapeutique, les portes de la prison s'ouvrent à un nombre croissant de personnes dont les activités n'avaient rien de pénitentiaire jusque là : travailleur social, psychologue, psychiatre, ce dernier, dans le cadre d'une politique de secteur, abandonne la conception asilaire du traitement des malades mentaux et s'ouvre à des tâches extra hospitalières.

Véhiculant, malgré lui, une dimension hospitalo-centrique, le psychiatre sait, par expérience, que sa rencontre avec le milieu pénitentiaire n'est point simple colmatage d'un hiatus entre deux corps étrangers. Révélant et cristallisant la facticité du monomorphisme de la population incarcérée, l'intervention du psychiatre est souvent induc-

trice, chez le personnel pénitentiaire, d'une dynamique amalgamante, à travers un essai de dilution de la spécificité statique de chaque structure autour du dénominateur commun : la pathologie mentale. Cette poussée centrifuge, de la prison vers l'hôpital, est renforcée par l'hétérogénéité fonctionnelle de ce dernier lieu. C'est le mérite de deux psychiatres lyonnais, Losson et Parizot, d'avoir, partant du lamento séculaire du constat d'encombrement des asiles par des "sujets n'y ayant point leur place", essayé de dépasser cette attitude ordinaire de "déploration" pour jeter une lumière crue sur ce dépôt d'exclus. Se donnant pour objectif de définir les différentes fonctions de l'HP à partir du malade qui y séjourne, cette recherche en fait apparaître essentiellement sept, plusieurs d'entre elles cohabitent parfois en même temps, pour un même malade : fonction de soins (72 % des cas), fonction domiciliaire (68 %), fonction dépotoir-poubelle (18 %), fonction de lieu pour la catharsis (16 %), fonction éducative (6 %).

De cet énoncé, il ressort que le psychiatre de secteur dans son rôle de consultant en prison, y retrouve plus ou moins cette mosaïque de finalités. Situé au carrefour de tendances similaires d'un lieu à l'autre, sa dimension régulatrice s'avère particulièrement nécessaire mais difficile, et ce dans une perspective de complémentarité thérapeutique autour d'une unité de lieu et de temps, sans banaliser ces deux institutions au point de les rendre jumelles. En effet, grand serait le risque de voir s'instaurer un système de circulation des "détenus-patients", du type vases communicants, d'autant que, si l'hôpital tend à se dégager de ses autres fonctions pour ne conserver que celle de soins, la prison se vit comme annexe de ce même hôpital et cherche à se purifier.

Cette superposition de fonctions de ces deux institutions nous amène à suivre l'errance d'une pathologie qui va de la rue à la prison, de la prison à l'HP et de l'HP

à la rue. Tracés isotopiques d'individus ballotés, au gré de leurs peines et de leurs symptômes, d'une institution à l'autre, se télescopant sans cesse avec le même psychiatre, tantôt thérapeute, tantôt expert ou encore chef d'un service. Triple rôle insupportable, conflictuel et source inéluctable de déviations plus ou moins perverses en fonction des intérêts. En effet, si la dualité médecin hospitalier/consultant en Maison d'Arrêt comporte une difficulté opératoire, particulièrement vis-à-vis du personnel pénitentiaire, le cumul d'une autre fonction, celle d'expert, s'avère fondamentalement parasitante, voire novice, pour la population détenue.

Une telle affirmation de notre part trouve son origine et son motif à partir de notre propre expérience bretonne, dont nous allons relater quelques séquences significatives.

De 1972, date de l'instauration officielle de la sectorisation dans le département des Côtes du Nord, jusqu'en 1978, les intervenants psychiatres à la Maison d'Arrêt de Saint-Brieuc, commis comme experts auprès d'un prévenu ou d'un détenu, répondaient aux autres demandes d'exams ou de soins formulés par l'infirmière ou le Directeur. L'expert, à partir de cette demande, reprenait le temps d'un instant sa défroque de thérapeute pour établir le plus souvent une prescription médicamenteuse, sans possibilité de suivi. Réponse apparaissant très proche de l'obligation faite à tous et surtout au médecin de porter assistance à personne en danger ... Le prévenu ou détenu, ignoré dans sa demande première, se trouvait renvoyé à la venue épisodique d'un expert et, même plus, à la merci d'un tiers tout puissant et filtrant : le personnel pénitentiaire.

Devant cette situation, il nous est apparu essentiel de pouvoir restituer les demandes directes d'aide et

de soins avec leurs obligations de secret médical par une intervention régulière et non plus ponctuelle, en nous gardant de toute confusion entre ces divers rôles possibles.

Commencée dans la méfiance, l'hostilité ou l'indifférence, notre consultation hebdomadaire a été reconnue comme un temps unique de soins, pouvant se prolonger au-delà de la peine purgée par un suivi en milieu extérieur et même une hospitalisation en C.H.S.

Au départ, nous nous sommes appliqués, dans le premier temps de l'entretien, à remplir un questionnaire exhaustif mis à notre disposition par l'Administration, mais très vite cette prise de contact rigide, cette trace écrite, nous sont apparues comme des éléments de blocage à une demande authentique et personnelle de soins.

Tout entretien se déroule désormais sans que nous notions quoi que ce soit devant le patient ; quelques lignes, jetées sur un cahier, tenu par l'infirmière, indiquent un éventuel diagnostic, une démarche thérapeutique, sociale, d'Expertise et au besoin de contre-Expertise à suivre ou à entreprendre.

Ainsi, tout en palliant cette carence d'intervention auprès de la Maison d'Arrêt, par l'introduction d'une continuité et d'une spécificité dans notre présence et notre praxis, nous nous sommes interdits de pratiquer des expertises médico-légales. En effet, l'exercice précédent, pointilliste, réduisant le malaise psychologique à une vision quasi somatique, nous est apparu surtout marqué par l'ambiguïté de la fonction médicale, où la prévalence du rôle d'expert, dans sa dimension manifeste, obérait le rôle thérapeutique, confiné dans un présumé. D'où, une clarification opératoire qui, en disjoignant radicalement ces deux rôles, permet de réintroduire quelque chose de l'ordre de la confiance et de l'au-

thentique, sur la base d'une relation contractuelle médecin-"détenu malade", qui se scelle dans un secret médical absolu.

Lever toute hypothèque sur notre positionnement thérapeutique, c'est-à-dire faire la clarté dont personne n'oserait nier la nécessité dans une relation médecin-malade, banale et quotidienne, nous apparaît à l'évidence impérieux quand ce malade est en plus incarcéré. Est-il besoin de rappeler que ce contexte situationnel rend l'intéressé, du moins dans un premier temps, réticent, dubitatif et surtout questionneur vis-à-vis d'un psychiatre dont il ignore la trajectoire désirante, ou, en d'autres termes, la nature de la casquette portée ce jour.

La certitude que la casquette de l'expert n'a été et ne sera jamais portée par ce psychiatre, limite considérablement les voies de manipulation de la situation thérapeutique par le malade incarcéré. Sinon, cette manipulation pourrait s'exprimer selon deux registres :

- soit, sur le mode hystérisiforme, qui viendrait pointer la faillibilité du médecin, d'autant plus manifeste quand celui-ci en tant qu'expert a conclu, avant et ailleurs, à l'absence d'anomalie mentale ou psychique. Ce décalage temporo-spatial se verrait peut-être alors utilisé, ici et maintenant, par le patient, autour d'un point d'ancrage simulatoire, à remettre en question à travers le corps médical, la chose jugée.

- soit, sur le mode pervers, qui tendrait à ne considérer le médecin que comme vecteur d'un discours destiné à d'autres instances. La tentation serait alors légitime chez le détenu d'imprimer à ses doléances un contenu supposé entendu ailleurs, aux fins d'infléchir une peine prévisible ou prononcée. L'expert n'est-il pas celui qui introduit un tiers, à savoir son mandant.

Ces deux voies de manipulation précitées perdent leur induction dès lors qu'il y a intangibilité du clos des entretiens.

Notre pratique, notre analyse, notre choix, tout cela ne va pas sans heurts avec nos collègues experts, dont le regard suspicieux nous interroge : n'y a-t-il pas démagogie quelque part en vous ?

Pour conclure, et afin de devancer vos éventuelles remarques, nous admettons volontiers avoir fait un détour dans les arcanes combinatoires médecin hospitalier - médecin consultant en Maison d'Arrêt, avant d'aborder le thème central de cette communication. Ce cheminement nous est cependant apparu justifié dans la mesure où notre axe de référence est la pratique de secteur. C'est à partir de ce principe basal que se pose, selon nous, l'articulation de l'expertise médico-légale. Loin de nous l'idée de conflictualiser psychiatrie judiciaire et psychiatrie pénitentiaire. Toutefois, nous avons tenté de mettre en exergue l'arbitraire permettant à un seul et même psychiatre de s'arroger la double fonction d'expert et de consultant, et, surtout, la négativité de ce cumul sur un plan technique. Le psychiatre, englué dans sa dualité, peut-il aisément exercer selon la loi du tout ou rien, en ce territoire circonscrit qu'est la prison, véritable chambre de résonance ? Peut-il se métamorphoser selon les circonstances, tantôt ne présentant que la facette de l'expert, tantôt n'offrant que la face du thérapeute ? Sorte de Janus, lui est-il possible de méconnaître son Double et d'imaginer que le détenu reste insensible à l'illusion de ce changement de casquette ?

Il nous apparaît regrettable qu'aucun texte, à notre connaissance, ne régleme ce problème de compatibilité. Quant à nous, notre pratique nous a amené, en tant que consultant, à nous définir uniquement comme médecin

traitant, statut permettant de faire jouer la clause légale d'incompatibilité.

Reconnaissons que cette modalité pour résoudre l'antinomie consultant/expert, n'est pas difficile en soi. Autrement plus résistant à réduire apparaît être l'antagonisme hôpital psychiatrique-prison. En ce sens, une solution nous semble résider en la mise en place progressive de C.M.P.R, structure alliant, en un seul lieu, soins et détention.

#### L'ACCUEIL

par le Docteur A. BERLEMONT Maison d'arrêt/de Loos les Lille

Du point de vue médical, cet accueil est réalisé par le Personnel de l'Infirmierie qui effectue d'une part la pesée qui est essentielle mais aussi une première sélection des détenus malades et en traitement. Les incarcérations ayant lieu à toute heure du jour, ce personnel est à même de juger de l'opportunité d'appeler le médecin sur l'heure ou d'attendre sa visite habituelle.

Bien sûr, le détenu bénéficiera par la suite d'un examen médical systématique mais l'accueil est à mon avis d'abord le rôle du personnel de l'infirmierie qui dépiste les grands nerveux, les éthyliques en pré-délirium, les malades plâtrés, les malades en traitement (souvent le détenu possède dans sa valise ses médicaments = ce qui donne une bonne orientation médicale). Il reconnaît aussi les récidivistes fichés médicalement qui avaient déjà été l'objet de traitement particulier.

J'ai constaté que dans certaines prisons, le détenu remplissait un imprimé sur ses antécédents médicaux.

Je pense que cet imprimé n'a pas grande valeur car le détenu répond mal et nous en avons vu de nombreux qui ne savaient pas pourquoi on les soignait à l'extérieur ou qui ignoraient de quoi ils avaient été opérés.

C'est pourquoi, rien ne vaut l'interrogatoire presque policier effectué au cours de la visite systématique.

Par ailleurs, au moment de l'accueil, je voudrais insister aussi sur l'importance de la coopération entre les

différents médecins qui examinent le détenu dans un but de dépistage soit de maladies vénériennes, soit de troubles mentaux, soit de la tuberculose, afin qu'une information recueillie par l'un ou l'autre et passée inaperçue précédemment puisse être communiquée à l'ensemble par l'intermédiaire du dossier médical.

Enfin, pour terminer, notons le problème de l'accueil des étrangers qui représentent 20 à 30 % de la population pénale, si l'on excepte les Nord-Africains nationalisés français vivant chez nous depuis plusieurs années et qui y ont fait souche.

En effet, pour ces étrangers là, il y a le problème de la communication. Il y a aussi le problème médical de la recherche d'une infestation parasitologique qui n'est pas toujours effectuée.

## LE ROLE DE L'INFIRMIERE

par Madame SALVETTI - Infirmière à l'Hôpital de FRESNES.

Le rôle de l'infirmière en milieu carcéral est différent de celui des autres services sanitaires ou hospitaliers. Le travail se différencie suivant le lieu d'affectation.

En maison d'arrêt, centre de détention, centrale, etc... ses rôles sont multiples. C'est d'abord une éducatrice de santé. Sa présence est sécurisante aussi bien pour l'administration que les détenus. Elle doit savoir faire face aux urgences, discerner les simulations, assurer les soins, préparer les consultations, être attentive et savoir réfléchir. Rôle aussi bien technique qu'administratif et de coordination entre le médical, l'administration et les détenus.

En centre d'observation, tel Château-Thierry, l'introduction d'infirmières psychiatriques, non reconnues par l'administration, a été bénéfique pour les malades, mais acceptée avec réserve par le personnel, sans doute encore traumatisé par certains événements.

- Les rapports avec l'administration ne sont pas toujours faciles. Mais souvent plus difficiles dans certaines maisons où l'infirmière n'a pas la possibilité d'organiser son travail comme elle le souhaiterait et doit se soumettre à des horaires établis par les Chefs d'établissement, donc peu d'initiatives nous sont laissées.

A l'hôpital central, c'est parfois le problème concernant les mutations, en principe, seule l'infirmière

est apte à juger si l'état du malade nécessite un changement de chambre, soit du point de vue infection ou nécessité d'isolement chez un grand malade ou un rapprochement chez un dépressif.

Il serait souhaitable aussi que les infirmières soient avisées lors des admissions afin qu'elles puissent mettre le malade dans une chambre adéquate en fonction de sa maladie ou de son intervention, que toutes demandes concernant leurs déplacements leur soient communiquées, que tous renseignements ou initiatives d'ordre médicaux soient laissés aux bons soins des infirmières et non à des personnes sans qualification.

Que l'entretien des locaux reste sous leur responsabilité : certains malades doivent assurer eux-mêmes le nettoyage de leur chambre, travail plus ou moins fait d'autant plus que peu de choses sont mises à leur disposition.

Les autres chambres sont entretenues par de la main-d'oeuvre pénale. Ces garçons sont peu motivés et guère habitués au ménage, peut-être que des conseils féminins les guideraient mieux et qu'ainsi nous pourrions obtenir des chambres plus propres.

- Les rapports avec les médecins sont relativement bons, quoique nous ayons assisté à beaucoup de changement dans leur comportement.

Peu de dialogue avec les malades. Certains préfèrent s'adresser aux administratifs plutôt qu'aux infirmières, ce qui est néfaste pour le secret médical.

Aucune autonomie en ce qui concerne les commandes de gros matériels nécessaires au bon fonctionnement des services, celles-ci étant effectuées par la pharmacie.

- Dans les rapports avec les malades, le rôle

psychologique de l'infirmière sera primordial et ceci est valable pour n'importe quel endroit.

A l'hôpital central, un service de chirurgie comportant des opérés, des malades en observation, des tentatives d'autolyses, des mutilations volontaires, des ingestions de C.E etc...

Tous ces malades auront besoin d'être pris en charge. Pourquoi ces actes : briser un anonymat, désir d'hospitalisation, de trouver un autre contact que celui du personnel de surveillance, protestation contre la lenteur d'une procédure pénale, désaccord avec l'administration, obtention d'un rapprochement familial ou geste de désespoir. Il est bien difficile de percer ces mystères qui demeurent souvent sans réponse.

Certains se prétendent des "durs", mais appréhendent les opérations. Là encore, l'infirmière aura un rôle prépondérant ; elle devra leur expliquer la nécessité et établir si possible un contact avec les médecins en essayant que leurs explications soient moins succinctes. Lors des consultations ou des visites, ceux-ci utilisent souvent un langage peu familier pour les profanes. Ils ont peu de contact avec eux, leur présence étant passagère.

La peur les fait parfois refuser un examen ou une intervention, ici pas de famille pour les conseiller, seule une visite rapide derrière des grilles ; c'est à l'infirmière de faire preuve de diplomatie et de patience pour réussir à les convaincre.

En médecine générale, l'infirmière aura en plus des malades habituels : cardiaques, diabétiques, pulmonaires, etc.. des grévistes de la faim.



Beaucoup auront un régime strict. Les cardiaques ne devront plus fumer, cette abstinence donne parfois des accès d'agressivité. Il sera difficile de faire comprendre aux diabétiques que de leur régime dépend leur équilibre, c'est tentant de grignoter des sucreries lorsqu'on s'ennuie.

L'isolement des tuberculeux peut être mal supporté, d'où nécessité de leur expliquer la gravité de la contagion et l'obligation de suivre correctement le traitement. Pour certains, ces disciplines médicales sont des brimades ; à nous de les dissuader. Rôle plus difficile chez les grévistes de la faim. Peu écoute les conseils sur les répercussions que cela peut entraîner sur leur organisme. Ceci est aussi un appel ou une tentative de pression pour essayer d'accélérer les rouages administratifs. Ce n'est pas à nous, infirmières, de juger ces différents comportements, mais d'essayer de les comprendre.

- Les conditions de travail sont loin d'être parfaites mais encore plus difficiles dans les centres pénitenciers.

Beaucoup de lacunes existent. (Auxiliaires sanitaires non qualifiées)

Dans tous les services, on trouve une pathologie un peu différente des autres milieux, mais ayant de nombreux points communs avec les services de psychiatrie.

A l'hôpital central, les horaires sont identiques à la majeure partie des hôpitaux. Mais dans certaines maisons d'arrêt ou autres centres, les infirmières ont beaucoup de difficultés, leur planning étant souvent établi par le chef d'établissement.

Par contre, l'infirmière de nuit ne peut s'occuper librement de ses malades. La distribution des médicaments se fait avec un aide soignant ou un surveillant. Sa seule possi-

bilité d'accès est aux chambres des grands malades. Les appels sont transmis par le personnel.

Aucune différence dans la qualité des soins. Le travail est effectué de la même manière : température, pouls, T.A, prélèvements, pansements, injections, distributions des médicaments, etc...

Seul l'emploi des neuroleptiques demande une certaine préparation. Ceux-ci sont dilués et distribués plusieurs fois par jour. Pour éviter le cumul, l'absorption se fait devant l'infirmière, ce qui n'est pas toujours évident ; pour les malades, c'est un manque de confiance, une contrainte ; il faudra lui en expliquer les motifs patiemment.

Notre problème majeur est le manque d'hygiène. Les locaux et les chambres sont mal entretenus. Les lits et la literie plus ou moins souillés. Rien n'est nettoyé parfaitement, seule la désinfection après le départ d'un grand malade. Les W.C et lavabos sont ignorés lors du ménage. Un isolement partiel de ce coin serait souhaitable aussi bien pour les malades que les infirmières.

Autre difficulté : assurer les soins en quartier de haute sécurité. C'est en 1980 qu'ils ont été créés à l'hôpital central et au mois d'août 1981 que deux sont apparus en chirurgie. Système que nous désapprouvons à l'unanimité. Comment soigner rapidement un malade dans de telles circonstances. Surveiller une transfusion derrière une grille en demandant au malade de régler lui-même le débit, calmer par la parole. Ceci en attendant l'arrivée du premier surveillant qui seul à la clé. Travaillant dans un milieu carcéral, nous sommes conscientes de la dangerosité de certains sujets, mais malades, pour nous il ne s'agit plus que d'êtres humains.

Le secret professionnel doit être respecté même dans ce milieu et ceci doit s'appliquer pour tout le person-

nel soignant et dans tous les établissements.

Le recrutement des infirmières est assez difficile d'une part la lenteur dans la constitution des dossiers fait que beaucoup de candidates se désistent. Peu d'avantages, une ambiance parfois défavorable, des horaires mal appropriés, plus d'heures hebdomadaires que dans les établissements extérieurs, un rôle mal compris obligeant à travailler dans une situation plus ou moins ambiguë. Nous sommes un peu des intruses. Cette pénurie devient catastrophique à la période des congés ou lorsqu'il y a des arrêts prolongés.

Peu font une longue carrière en milieu carcéral, la motivation est nécessaire.

Je conclurai en disant que notre rôle de femme est de le rester avec modestie. D'être aimable, souriante, capable de dialoguer, de comprendre, d'écouter sans se laisser duper, d'être douce sans materner, qualités nécessaires pour une bonne infirmière qui en plus doit essayer de composer avec son administration. D'où la nécessité d'une grande maturité d'esprit afin de ne pas commettre des erreurs psychologiques pouvant avoir des conséquences graves avec ses sujets particulièrement susceptibles.

#### PORTRAIT DE L'INFIRMIERE PENITENTIAIRE

par le Docteur Brice ROUSSEL - Maison d'Arrêt de la SANTE.

- Si tu peux oublier ta vie, ta famille, tes problèmes et prendre avec toi les soucis des autres ;

- Si tu sais écouter, avec patience, souvent cent fois la même chose ;

- Si tu peux être juste, si tu sais être sage, ne pas condamner, ne pas absoudre, faire oublier le passé, faire comprendre l'avenir ;

- Si tu sais rassurer, consoler et soigner sans jamais materner ;

- Si tu peux sourire, si tu sais être femme tout en étant respectée ;

- Si tu sais tout voir, tout entendre sans jamais défaillir, si tu peux conserver ton courage et ta tête quand tous les autres les perdront ;

- Enfin, si tu sais marcher, courir, monter, descendre, si tu peux à tout moment répondre, informer et servir ;

- Si tu peux, si tu sais faire tout cela et encore beaucoup plus, simplement pour l'amour de ton travail ;

- Tu seras une bonne infirmière pénitentiaire ...

... ma fille.

Cette introduction, un peu à l'emporte-pièce et largement inspirée d'un texte célèbre, montre à quel point le travail de l'infirmière pénitentiaire est difficile et complexe ; montre, s'il était nécessaire, les qualités et les vertus que celle-ci doit posséder.

Au travers du fonctionnement du service médical de la Maison d'Arrêt de la Santé, nous allons analyser plus en détail le rôle de l'infirmière... car la Médecine en prison, c'est toute la Médecine, avec quelque chose en plus !.. Dans cet univers carcéral, rien n'est exactement pareil que dehors.

Nous passerons volontairement sous silence les connaissances techniques évidentes que doit posséder parfaitement toute infirmière ; en prison comme à l'hôpital sa compétence est indispensable au médecin.

Nous insisterons plus spécialement, par contre, sur les conditions d'exercice. Dès le passage du portail, l'infirmière pénitentiaire doit vivre en bonne intelligence dans cette communauté d'hommes qui se complètent et s'affrontent : les gardiens et les gardés. L'infirmière doit être proche des malades tout en sauvegardant sa sécurité, elle doit exercer librement son métier tout en ménageant le travail des surveillants et les contraintes de l'Administration.

C'est ainsi que, tout le long de la journée, au milieu d'un dédale de couloirs, de murs, de grilles, de serrures qui s'ouvrent et se referment aussitôt, d'escaliers en colimaçon, de passerelles, de coursives, l'infirmière doit être disponible et efficace pour tous, tout en sachant, quoiqu'il arrive, rester calme et souriante.

Une grande partie de son temps va être consacrée à distribuer les médicaments de cellule en cellule.

En effet, les médicaments sont remis chaque jour, voire plusieurs fois par jour, directement aux détenus dans leur cellule ; on ne vient pas, en principe, à l'infirmerie, sans y être convoqué, soit pour voir un médecin, soit pour recevoir des soins plus spécifiques.

Certains estimeront peut-être que c'est bien mal utilisé des compétences qualifiées, et que ce travail de "vaguemestre du médicament" est bien contraignant !..

Nous pensons au contraire que c'est pendant cette distribution que l'infirmière pénitentiaire a un rôle très important à tenir.

Voir et entendre le détenu dans son "petit domaine", écouter les plaintes de ceux qui se disent malades, faire jouer son esprit d'observation et savoir discerner rapidement le vrai du faux. Parfois solliciter un dialogue et remarquer le malade qui ne se plaint pas.

L'infirmière, éducatrice de santé, doit par ce "trait d'union" qu'est le médicament, pouvoir faire passer un message :

- Aider le détenu à se prendre en charge,
- lui expliquer l'importance d'un traitement,
- commenter un régime,
- souvent le pousser à sortir de son laisser aller physique ou moral,
- parfois le calmer,
- conseiller une meilleure hygiène corporelle et/ou vestimentaire.

Mis à part quelques cas particuliers, nous pensons que cette visite quotidienne et informelle permet, par sa répétition même, d'avoir une incidence beaucoup plus favorable qu'un entretien épisodique.

Contrairement à d'autres établissements pénitentiaires, nous nous réjouissons que l'organisation du service médical de la Maison d'Arrêt de la Santé permette que tous les médicaments soient pratiquement et régulièrement distribués par des infirmières, secondées parfois par des aides-soignants diplômés.

Dans ce modeste exposé, et compte tenu du court temps qui nous est imparti, nous avons voulu développer un côté moins connu et peut-être moins évident du rôle de l'infirmière pénitentiaire. Cependant, loin de le méconnaître, nous rendrons hommage au dévouement des infirmières dans leurs autres fonctions : soins à l'infirmerie, préparer et assister le médecin dans ses consultations, tâches administratives, tâches de gestion et autres.

Pour conclure, nous dirons que la Médecine dans les prisons n'est pas une Médecine "au rabais" comme certains le pensent trop facilement.

De nos jours, la Justice ne se veut plus exclusivement répressive. Elle revendique un rôle thérapeutique et entend se préoccuper de la personnalité Médico-Psychologique et Psychiatrique du détenu, individualiser la peine du détenu et enfin favoriser sa réadaptation sociale.

Le service Médical tout entier participe à cette orientation, mais cela exige beaucoup de lui pour mener à bien cette entreprise.

UNE BONNE INFIRMIERE PENITENTIAIRE, C'EST UNE TRES BONNE INFIRMIERE AVEC QUELQUE CHOSE EN PLUS.

## L'INFIRMIERE

par le Docteur Alain BERLEMONT - Maison d'Arrêt de Loos les Lille

On a pu dire il y a quelques années que l'Infirmière en prison était isolée dans son travail.

Certes, ses rapports avec les médecins souvent à temps partiel sont peut-être courts et passagers mais à mon avis excellents, sauf avec quelques uns d'entre eux qui veulent "garder les distances" ; Ce dont elles se plaignent.

Certes également ses rapports avec l'Administration sont plus délicats et elle se doit d'accepter un avis, un conseil, parfois même une réprimande de l'Administration dont elle fait partie et dont elle dépend, puisqu'elle a choisi une activité salariée plutôt que libérale.

Mais cet isolement est un faux problème et il n'existe pas si elle est compétente dans son travail, si elle aime sa fonction, si elle sait prendre des initiatives, si elle sait utiliser aussi bien ses mains pour effectuer les soins que sa tête pour réfléchir et avoir de l'ordre dans ses idées.

Enfin, une autre de ses qualités, c'est d'être femme. Femme simple, sans coquetterie, souriante, aimable, sachant bavarder ou confesser un détenu qui s'épanchera plus facilement et se libèrera de ses fantasmes et non pas agir comme un "adjudant".

Ainsi ajoutera-t-elle à sa panoplie l'expérience du milieu carcéral et avec elle la connaissance psychologi-

que du prisonnier qui feront d'elle l'infirmière par excellence et irremplaçable.

Notons enfin que tant par son physique que par son maintien, dans ce milieu d'hommes qu'ils soient détenus ou surveillants, elle ne doit pas attirer l'attention et savoir rester à sa place et être réservée.

Réservée dans sa conduite, réservée aussi dans ses rapports et ses relations extra-carcérales. Rappelons en effet, et pour terminer, qu'elle se doit au secret médical et qu'elle n'a pas à répondre à la curiosité naturelle et inassouvie du milieu extérieur.

#### PROBLEME A POSER :

Tout soin effectué par l'Infirmière en prison sur un détenu étant sous la responsabilité du médecin de la prison.

Il me paraît absolument nécessaire de préciser dans un texte, si l'infirmière a le droit d'effectuer des soins et en particulier des injections médicamenteuses sur des surveillants alors que ces soins ont été prescrits hors de la prison.

Et de préciser, en conséquence, sur qui reposent les responsabilités encourues en cas d'accident.

COMPTE-RENDU DES TRAVAUX de la 3e COMMISSION qui s'est tenue sur le "ROLE DE L'INFIRMIERE", le 27 Novembre 1981, de 14 à 16 h 45, à laquelle participaient de nombreuses infirmières, médecins, un dentiste, un aide-soignant.

par le Docteur HABIB et Mademoiselle M.J. HOUPLAIN

On ne peut parler des infirmières de prisons en général étant donné la variabilité des situations, le caractère hétérogène des Etablissements Pénitentiaires et la durée du temps de travail de certaines infirmières.

Toutefois, au cours de cette commission ont été évoquées globalement les difficultés inhérentes aux trois aspects de l'activité des infirmières en milieu carcéral :

- le rôle technique
- le rôle administratif
- le rôle de coordination des différents rouages.

#### ROLE TECHNIQUE DES INFIRMIERES

Ces questions sont importantes car elles engagent la responsabilité des infirmières.

Il s'agit de son rôle dans :

- la préparation
- la distribution
- le stockage
- le contrôle des médicaments,
- dans les prescriptions de soins lorsque le médecin est absent ou n'assure qu'une ou deux vacations par semaine,
- lors des urgences en l'absence du médecin,

- dans la tenue des dossiers médicaux et le respect du secret professionnel,
- dans les modalités d'accomplissement des soins : à l'infirmierie et dans les cellules. A ce sujet, si la présence du surveillant est nécessaire chez les malades présentant une certaine agressivité, sa systématisation est un obstacle à la relation soignant/soigné.
- De plus, les relations avec les autres éléments soignants et avec l'extérieur sont souvent difficiles.

#### ROLE ADMINISTRATIF

Pour pouvoir être assumé correctement, ce rôle suppose une harmonisation des relations avec l'Administration Pénitentiaire. C'est seulement dans ce cadre que pourront se développer les actions de prévention visant les aspects divers :

- d'hygiène générale
- de nutrition

De même, la participation des infirmières à la Commission d'Application des Peines est vivement souhaitée dans certains cas.

#### ROLE DE COORDINATION

##### Avec les médecins et praticiens divers

Des difficultés existent et sont liées parfois aux questions d'horaires.

Cependant, cette coordination au sein du service médical apparaît indispensable pour améliorer la qualité des

soins et tout doit être mis en oeuvre pour la faciliter.

#### Avec l'Administration

En particulier pour la diffusion de l'information, des circulaires et tout ce qui concerne l'infirmière en milieu carcéral.

#### EN CONCLUSION

Le particularisme, la spécificité du travail de l'infirmière en milieu carcéral soumis aux règles professionnelles déontologiques et également au Code de Procédure Pénale, doivent envisager une réelle reconnaissance de la fonction de l'infirmière ; ceci implique :

. l'élaboration d'un statut de l'INFIRMIERE EN MILIEU CARCERAL.

. une définition de sa position face aux autres acteurs du service médical et social.

. sa représentation auprès des instances administratives.

Ce particularisme doit également susciter une large information, une formation spécifique à la prise d'emploi, en cours d'emploi pour faciliter l'accomplissement de cette mission.

## LES PROBLÈMES MEDICO-SOCIAUX POSES

PAR LES FEMMES EN PRISON

EN PARTICULIER LA SEXUALITE

par le Docteur MALOU Psychiatre à Fleury Mérogis

Nous aborderons ici la sexualité féminine en milieu carcéral féminin à l'intérieur de la Maison d'Arrêt Femmes de Fleury-Mérogis.

La Maison d'Arrêt Femmes fut ouverte en Mars 1973 en remplacement de la Petite Roquette. Elle a une capacité première de 300 places, capacité qui a dû être augmentée par l'accroissement des incarcérations féminines de ces dernières années. L'architecture y est moderne, les unités de vie comprennent un rez-de-chaussée et un premier étage. Ces unités de vie abritent un quartier de nourrices, des quartiers de détention normale, un quartier disciplinaire, un quartier dénommé "S" signifiant spéciales, regroupant les prostituées, les proxénètes, les homosexuelles. Un quartier est plus particulièrement affecté aux soeurs congréganistes.

Cette Maison d'Arrêt accueille soit les prévenues en attente du jugement, soit les condamnées à de courtes peines.

La privation de liberté a pour corollaire :

- un isolement cellulaire, familial et sentimental avec de nombreuses difficultés d'intégration dans ce milieu carcéral qualifié d'hostile et de totalitaire,
- une inactivité lancinante avec de longues heures à se souvenir, à revenir sans cesse sur les mêmes idées,
- une incapacité totale d'agir, de se faire entendre "de ceux de l'extérieur", véritablement enlisées dans un immobilisme forcé avec perte de tout moyen d'action sur le milieu extérieur,
- une impossibilité de prévoir leur devenir ultérieur aggravant leur sentiment d'insécurité,
- une obligation d'une vie réglée avec sortie de la cellule à ho-

... / ...

raire fixe,

- une absence totale d'hétéro-sexualité.

La Maison d'Arrêt Femmes est d'après les femmes incarcérées décrite, tout comme l'Armée, comme une institution unisexuée, homosexuelle, et profondément misogyne.

Cette population pénale est une population féminine jeune dont la moyenne d'âge se situe aux alentours de 30 années, donc en pleine activité génitale.

Si une incarcération brève, inférieure à trois, quatre mois, ne semble guère poser problème, il n'en est pas de même lorsque la prévention ou la peine deviennent plus longues.

Le problème de la sexualité en milieu carcéral est volontiers occulté. Il ne serait être question d'en parler. Certes, il existe de nombreux chuchotements à ce sujet.

Les détenues demeurent souvent réservées sur leur sexualité qui, au cours des prises en charge, est abordée sous l'angle :

- d'une peur panique de devenir frigide, et de vieillir précocément,
- d'une tentative de sublimation avec quête idéo-affective volontiers érotisée auprès de tous les médecins masculins intervenant en ce lieu,
- d'une pathologie somatique intéressant tout le corps mais plus particulièrement l'appareil digestif uro-génital avec brûlures mictionnelles, cystites, exacerbation des syndrômes prémenstruels, aménorrhée, peur d'être enceinte, d'être ou de devenir stérile,
- d'une grande culpabilité en regard des pratiques masturbatoires réactivant les tabous et les terreurs enfantines,
- d'une découverte de l'homosexualité.

Il est évident que la sexualité au niveau symbolique occupe une place prépondérante et est observée par de nombreux intervenants.

La sexualité est entretenue au niveau fantasmatique par la lecture, par les correspondances avec l'extérieur.

En dehors des jeunes détenues préférant les romans policiers, il n'est pas rare de relever l'attirance des femmes incarcérées pour les livres romanesques où sont décrits avec de nombreux détails romantiques, l'art d'être courtisée, l'attente d'un heureux évènement, la naissance d'un enfant et la vie de couple. De même, la presse dite "de coeur" est très investie par les femmes. La correspondance elle aussi est très investie. On y retrouve volontiers une survalorisation et une idéation de l'être cher et des rapports entretenus avec.

Le corps est lui-même pour nombre de détenues très valorisé ainsi que la présentation.

Une consultation en cabinet médical, une extraction chez leur Juge d'Instruction plus particulièrement quand il s'agit de rencontre avec un homme, est marqué volontiers par une recherche dans la tenue vestimentaire, un soin dans la coiffure et le maquillage.

De même, les observations rapportées par le Professeur de Yoga, de Gymnastique sont intéressantes et montrent une explosion souvent intense de la sexualité à travers les exercices proposés.

En ce qui concerne le problème des interruptions volontaires de grossesse, les méthodes de contraception, les cours d'accouchement sans douleur, le cycle de leur vie génitale, les détenues reçoivent une information faite par Madame HUART.

Les problèmes gynécologiques et les problèmes soulevés par les maternités en milieu carcéral seront abordés par le Docteur Alain BERLEMONT.

Nous aborderons le problème de l'homosexualité en milieu pénitentiaire.

L'Homosexualité en milieu carcéral féminin :

#### Définition et Généralités :

L'homosexualité peut se définir par une attirance érotisée, consciente ou non, ressentie par un individu à l'égard d'autres individus du même sexe que lui.

Nombre d'homosexuelles ont une vie hétérosexuelle possible, sinon toujours heureuse. En effet, beaucoup d'homosexualités apparentes peuvent demeurer passagères ou se limiter à des pensées ne passant ainsi jamais à l'acte.

Il est beaucoup plus difficilement admis que nombre de femmes hétérosexuelles peuvent avoir des aspects homosexuels plus ou moins cachés dans leurs relations affectives. De violentes critiques s'élèvent lorsque l'on suggère que tout être, venant au monde et doué d'un sexe anatomique, porte en lui la marque des deux sexes : celle dont il a hérité génétiquement et anatomiquement et celle de l'autre parent.

Si l'homosexualité féminine est socialement bien acceptée à l'extérieur, elle apparaît source de conflits en milieu carcéral où demeure l'image de la "garçonne" des années 1920 réactivée par les courants idéologiques vectorisant l'émancipation féminine par rapport à la politique du mâle dominateur.

Pour certaines détenues, volontiers immatures, cette homosexualité représente un interdit fascinant entraînant le passage à l'acte.

En milieu carcéral et plus particulièrement chez les jeunes détenues entre 16 et 25 ans, immatures sur le plan idéo-affectif où la révolte pubertaire demeure conflictuelle et non résolue, le passage à l'acte homosexuel n'aboutit pas à une fixation définitive. Ce choix objectal ne devant pas être vécu comme pathologique, apparaît volontiers comme un phénomène temporaire d'adaptation au milieu carcéral unisexué. L'homosexualité prend un caractère de provocation dont la réalisation met en jeu la confrontation à la punition si elles sont prises.

Ces rencontres homosexuelles en dehors du passage à l'acte sont vécues comme une amitié passionnée avec description valorisée d'une première sé-



duction où l'initiation a un effet de fascination fantasmatique, ou comme une réaction en regard d'expériences hétéro-sexuelles malheureuses, avec échec, dégoût sexuel, ressentiment à l'égard de l'homme.

En dehors de l'homosexualité féminine circonstancielle occasionnelle, favorisée par les situations de promiscuité obligée, nous avons noté au cours de notre pratique :

- l'homosexualité chez les prostituées :

La prostitution entraîne chez de nombreuses femmes une péjoration foncière de l'hétéro-sexualité qualifiée de vénale, méprisable, et favorise les rapprochements homo-érotiques.

- l'homosexualité féminine pure :

Certaines femmes homosexuelles considèrent que seule une femme peut satisfaire une autre femme par une connaissance intime de ses besoins.

En dehors de deux jeunes femmes à la présentation délibérément virile dans les attitudes, la démarche, la tenue vestimentaire et la coiffure, les autres femmes que nous avons rencontrées ont un aspect féminin sans ambiguïté et n'étaient pas placées dans le quartier spéciale.

Les attirances homosexuelles entre les femmes se résument la plupart du temps à une relation affective faite de tendresse et de séduction intellectuelle ou esthétique réciproque :

"Elle va du penchant tendre à l'adoption maternelle".

COLETTE.

Pour de nombreux auteurs, l'homosexualité dans un milieu unisexué, se pose avec une particulière fréquence, du fait :

- de la pauvreté des intervenants masculins ; le personnel masculin intervenant à la Maison d'Arrêt Femmes est en effet très réduit,

+ personnel de surveillance habilité à pénétrer en détention lors de

la mise en contention ou lors de travaux,

+ personnel médical, médecins généralistes, dentiste, gynécologue, otorhinolaryngologiste, dermatologue, psychiatres sont littéralement surchargés dans leurs consultations, qui pour 300 femmes sont au nombre de 13 par semaine. Certes, la présence du personnel masculin médical, permet au niveau fantasmatique, un déplacement de la problématique du manque d'hétéro-sexualité.

- du milieu même unisexué : que ce soit le personnel de direction, les assistantes sociales, les éducatrices, le personnel de surveillance, le personnel congréganiste, et de leur promiscuité vitale.

Cette problématique de l'homosexualité en milieu carcéral est source d'interrogations, de malaises, de curiosités parfois, de remises en question de tout sujet intervenant en milieu carcéral féminin.

## LES FEMMES EN PRISON

par Mademoiselle MERCIER - Directrice de la Centrale de RENNES.

En répondant à la demande de Madame le Professeur Solange TROISIER, je ne méconnaissais pas les difficultés d'une telle intervention :

- la première, celle de parler devant une aussi docte assemblée, ce qui ne fait pas partie de mon quotidien,
- la deuxième, de parler (en fin de matinée chargée, alors que les estomacs sont creux  
(à 1'heure de la digestion.)

Mon intervention n'a aucun prétention médicale.

Elle se borne à donner un éclairage sur les conditions de la vie carcérale des femmes, leurs réactions à cette incarcération et les buts recherchés dans la détention.

## LES BUTS

Qu'on ne se méprenne pas.

Notre fonction première est la garde avec les serrures, les clés, la surveillance, les fouilles, mais dans cet environnement coercitif, la fonction seconde et non la moindre est une préoccupation éducative pour une socialisation.

## LE CADRE

Un établissement original dans sa conception hexagonale.

Il couvre 6 hectares.

Oeuvre du grand Architecte : Alfred Nicolas NORMAND.

Mis en service en 1875 et destiné dès lors à être une Maison Centrale pour femmes.

Rénové dans les années 50 selon le principe actuellement prôné des unités de vie de 20 détenues chacune.

Sa capacité est de 340 places. Le plus fort effectif enregistré au cours des vingt dernières années a été de 300 détenues.

Actuellement l'effectif tourne autour de 230 détenues. C'est dire que, non seulement, il n'y a pas encombrement, mais que la population pénale dispose d'espace vital, ce qui n'est pas négligeable pour l'équilibre des gens.

D'ailleurs l'architecture elle-même peut être équilibrante par l'harmonie des formes et des volumes, même si les détenues ne l'apprécient que très rarement.

## LE PERSONNEL ET LES INTERVENANTS DIVERS

Près de 200 personnes oeuvrent dans l'établissement à des titres divers.

pour 2/3 environ le personnel pénitentiaire (137) dont l'âge moyen est de 35 ans 6 mois

pour 1/3 environ des intervenants divers (61), parmi ceux-ci les Médecins et personnel paramédical se répartissent comme suit :

- 1 Médecin Généraliste et 1 Médecin remplaçant pour deux vacations par semaine,
- 3 Psychiatres, chacun une vacation hebdomadaire,
- 2 Infirmières )
- 2 Aides-soignantes ) à temps complet
- 1 Psychologue, à temps partiel
- 1 Dentiste, une visite hebdomadaire
- 1 Ophtalmo
- 1 O.R.L
- 1 Kinésithérapeute, à la demande
- 1 Pédicure, visites bi-mensuelles.

A noter que parmi le personnel et les intervenants une vingtaine d'hommes pénètrent, voire circulent dans l'établissement : Sous-Directeur, Médecin, Aumônier, personnel d'entretien.

## LA POPULATION PENALE

Elle est caractérisée par une grande diversité qui tient :

### - à l'âge

Si la moyenne d'âge est de 36 ans 6 mois  
la plus jeune détenue a 16 ans 1/2,  
la plus âgée 68 ans.

On pourra s'étonner, voire s'inquiéter de voir ainsi mêler des détenues de tous âges. En fait et moyennant quelques précautions rendues possibles par la structure même de l'établissement, il s'avère que les plus âgées, si elles souffrent parfois de la pétulance des plus jeunes, ont cependant sur elles une influence souvent bénéfique dans le sens des rapports mères-filles.

Il arrive inversement que des jeunes détenues recherchent la compagnie de femmes plus âgées qui sont l'image de leur mère.

### - à la région d'origine

S'agissant du seul établissement de longues peines pour toute la France, les détenues viennent de tous les horizons géographiques, avec une prédominance pour la région du Nord et la région Parisienne.

Peu de détenues de BRETAGNE (9).

### - aux pays voire aux ethnies

de la FINLANDE à l'AFRIQUE NOIRE  
et de HONG KONG à l'AMERIQUE DU SUD;  
forte proportion d'étrangères : 20 %

- au milieu socio-culturel

Avec une prédominance pour les milieux socialement défavorisés.

- à la nature de la délinquance

les délits ou crimes contre les personnes,	environ	64 %
les délits contre les biens,	environ	19 %
les infractions à la législation sur les stupéfiants,	environ	16 %

- à la longueur des peines

44 % des détenues ont des peines	<	5 ans
56 % des détenues ont des peines	>	5 ans dont 13 R.C.P.

COMMENT LES FEMMES VIVENT-ELLES LEUR DETENTION ?

Ce serait une erreur de prétendre rendre compte de façon exhaustive de la psychologie des détenues face à leur incarcération car chaque femme réagit de façon unique et personnelle à cette situation difficile.

Néanmoins on peut dire d'une façon générale et schématiquement que :

1) physiquement les femmes qui entrent jeunes en prison conservent longtemps leur apparence de jeunesse, alors que les femmes qui entrent en détention vers la quarantaine accusent plus rapidement leur vieillissement que la normale,

2) les longues peines supportent apparemment mieux la détention que les peines moyennes (1 à 3 ans) toujours prêtes à se lamenter sur leur sort, celles-ci se sentant de passage et leurs réactions sont le plus souvent épidémiques.

Les détenues de longues peines s'installent dans la détention (il n'est que de voir l'aménagement des cellules). Leurs réactions viennent davantage des profondeurs.

Poussons un peu plus loin l'analyse :

A l'arrivée.

Ainsi les détenues arrivent au Centre Pénitentiaire de RENNES avec une grande appréhension, voire une véritable angoisse.

Causes : a) tout changement de prison est généralement mal vécu : on sait ce que l'on quitte, on ne sait pas ce que l'on va trouver. On quitte la Maison d'Arrêt, une "pension de famille" d'une quinzaine de personnes pour un grand établissement dont les proportions impressionnent.

b) l'éloignement de la région d'origine avec les liens familiaux qui souvent y subsistaient. Les parisiennes n'ont pas moins que les autres cet attachement au "clocher".

c) les "on dit"

Les co-détenues récidivistes ou se disant bien informées se font un malin plaisir de faire circuler les informations les plus alarmantes.

Ex : on tond les détenues à l'arrivée.

Le personnel des Maisons d'Arrêt a aussi sa part de responsabilités en brandissant la menace du Centre Pénitentiaire de RENNES aux détenues indisciplinées, comme on parle du Père FOUETTARD aux enfants qui ne sont pas sages.

## VIE - DETENTION

La période d'Accueil : de 2 à 3 mois

- La 1ère partie, en isolement complet, est différemment ressentie

avec anxiété (de se retrouver face à face avec soi-même)

ennui (on ne sait pas s'occuper)

ou apaisement (on a enfin le calme que la Maison d'Arrêt ne procure pas souvent aux longues peines, le personnel de surveillance est attentif et sécurisant, la nourriture est appréciée).

- La 2è partie avec travail et promenade en commun est généralement mieux supportée, mais cependant nouvelle inquiétude : où va-t-on être classée ? En Centre de Détention ou en Maison Centrale ? Selon les critères de la loi de 1975.

A chaque contingent, l'une ou l'autre détenue demande à rester à l'isolement, ce qui traduit l'appréhension de devoir affronter la collectivité mais aussi le fait que l'isolement n'est pas invivable pour tout le monde.

La raison d'être de cette période, dite d'accueil, est la connaissance réciproque de chaque détenue et du personnel, de son dossier, son cas, ses problèmes, son état physique et mental et de jeter les bases de sa réinsertion.

C'est pourquoi, dès l'arrivée, chaque détenue est prise en charge par une Educatrice qui la suivra tout au long de sa détention, quelle que soit son classement et ce, jusqu'à sa libération.

## VIE - DETENTION

### La détention collective

#### Vie psychologique :

La prison est comme une auberge espagnole : on y trouve ce qu'on y apporte.

Et qu'est-ce qu'on y apporte ?

#### a) au sujet du délit

- le poids des échecs successifs dont l'acte délictueux est l'aboutissement,
- le refus de la sanction pénale ou l'idée d'avoir été trop punie donc un sentiment d'injustice,
- l'acceptation de la sanction pénale que sous-tend un sentiment de culpabilité et parfois de remords.

Ainsi pour la Toussaint, une Surveillante notait : "Journée de fête pour certaines, de repli sur soi-même ou de recueillement pour d'autres. Toujours est-il que le repas en commun ne convient pas à tout le monde et que certaines préfèrent jeûner".

#### b) au plan de la personne

- les fluctuations psychologiques
- les tensions et ses pulsions
- les réactions primaires et l'information
- les frustrations affectives
- la fragilité psychologique
- la difficulté d'être
- l'immaturation et l'égoïsme

mais aussi les espoirs, même s'ils sont souvent confondus avec les illusions, mais aussi des comportements dignes et courageux.

Les phases dépressives sont nombreuses mais aboutissent rarement au tragique, 10 tentatives de suicide vraies en 22 ans.

Pour les femmes, cette vie collective est chargée d'affectivité. Dans le quotidien, il y a plus de rapports affectifs que de rapports de force.

Entre détenues : sympathies et antipathies mal contrôlées, le plus souvent des mesquineries sans doute, des élans de générosité aussi, pas de caïdat; mais des influences.

Dans l'ensemble les réactions sont plus individuelles que collectives, mais des mouvements revendicatifs de faible importance numérique et de faible intensité se manifestent parfois depuis 74.

Avec le Personnel : pas d'hostilité systématique, le plus souvent rapports sous-tendus par la sympathie ou l'antipathie.

Les détenues, quel que soit leur âge, mais ayant quelque ancienneté, n'aiment pas le jeune personnel.

Remarque d'une Surveillante :

"A la façon dont une Telle a réagi positivement à mon observation, j'ai compris qu'elle ne me considérait plus comme une nouvelle".

Effort de compréhension du personnel qui oublie vite le délit pour ne voir que la personne humaine.

Maintien des liens de libérées avec l'établissement :

- lettres, cartes de fin d'année, téléphone, visites.

COMMENT PREPARE-T-ON LA REINSERTION SOCIALE, où dans nombre de cas l'insertion sociale.

Rien ne peut se faire sans la coopération des détenues, on a souvent à faire à des "êtres en morceaux" qu'il faut essayer de restructurer.

Par quels moyens

1) Par le travail rémunéré de production ou de formation professionnelle

- cf Avis d'un Président des Assises :

"la faire travailler"

2) Par les entretiens individuels des détenues avec les Educatrices et les Visiteuses. Entretiens qui sont la base de la resocialisation et auxquels, envers et contre toutes les modes, nous restons attachées.

3) Par des activités diverses :

scolaires

physiques

manuelles (poterie, tricot)

culturelles (lecture, Pénélope, musique, photo, loisirs collectifs)

religieuses (offices et réunions de réflexions avec l'Aumônier).

Toutes ces participations sont volontaires. La moitié seulement des détenues s'y intéressent. Les autres ne veulent pas ou ne savent pas utiliser ces possibilités malgré les incitations du personnel éducatif.

4) Par le souci de maintenir la santé physique et psychique.

Je n'ai pas compétence pour entrer dans ce domaine purement médical.

Il convient cependant, au niveau du quotidien, de parler de l'usage des médicaments et d'évoquer les problèmes que pose leur administration :

les neurolytiques et barbituriques sont demandés par la moitié de la population pénale.

Mais des détenues essaient volontairement et souvent maladroitement de s'y soustraire. Telle qui a réussi à se passer de ses "béquilles chimiques" en tire une réelle satisfaction.

A noter aussi qu'une action contre le tabagisme a été entreprise l'été dernier avec le concours de la ligue Vie et Santé avec le plan de 5 jours. Une trentaine de détenues y avaient volontairement participé. 4 ou 5 ont actuellement "tenu le coup" mais résultat non négligeable, on a pu, dans la foulée, faire cesser de fumer pendant les séances de T.V.

Egalement des informations sur la contraception sont données annuellement par le Planning Familial de RENNES.

5) Par le maintien des liens familiaux ou par la création de nouveaux liens :

a) avec le courrier où l'on aime à se plaindre et où l'on excelle à se faire plaindre.

b) avec l'envoi de tricots confectionnés par les détenues pour leur famille, aux mandats envoyés pour aider ces familles ou aux cadeaux.

c) avec les parloirs : à la fois souhaités et

appréhendés. Il y a des exigences vis-à-vis de la famille mais aussi des abnégations.

d) avec les permissions de sortir :

qui mettent en évidence un certain sens de la responsabilité pour soi-même et à l'égard de la collectivité pénitentiaire. Il arrive qu'on ne sorte pas parce qu'on ne se sent pas mûre pour rentrer, où que l'on recule volontairement une permission de sortir en vue d'un évènement familial (communion, Noël) ; aussi pour certaines la crainte des sanctions. De peur d'être en retard, on arrive parfois plus tôt que permis.

On voit encore à notre époque des femmes, pas forcément âgées, qui n'avaient jamais voyagé avant de venir en prison.

Pour les détenues qui n'ont pas du tout de famille ou de famille digne de ce nom, on offre le substitut des familles d'accueil.

Pour celles qui doivent traverser la FRANCE et passer par PARIS, l'aide de la Fraternité des Petites Soeurs de Jésus.

Tutelle diront les uns.

On peut aussi penser "Chaleur humaine" dont bien des détenues ont manqué dans la vie libre.

Cet encadrement bienveillant et aidant, peut expliquer le faible pourcentage

des incidents	1,41 %	pendant les 10 premiers
		mois de l'année
des échecs	0,23 %	" " "

Les permissions de sortir sont très positives dans l'ensemble mais elles n'apportent pas que joie et détente.

Elles replongent parfois les détenues dans leurs difficultés familiales. L'Educatrice ou les Surveillantes recueillent alors, au retour, le trop-plein des soucis.

## COMPORTEMENT PRECOCE DE FEMMES INCARCEREES POUR MEURTRE DE LEUR MARI

### APPROCHE PSYCHO-THERAPEUTIQUE

par Madeleine THIRIEAU-MICHAUT \* - FLEURY MEROGIS

J'ai, de parti-pris, choisi de décrire le cas d'un certain nombre de femmes ayant un comportement particulier au début de leur incarcération. Toutes sont accusées du même délit :

- Ce sont des femmes qui ont un ou plusieurs enfants.
- Enfin, ce sont des femmes qui sont considérées comme responsables aux yeux de la loi, c'est-à-dire conscientes de leur acte au moment du crime.

#### Comment le psychiatre est-il amené à voir ces femmes au début de leur incarcération.

1. Jamais sur leur propre demande. Cette attitude les différencie déjà de la plupart des autres détenues qui cherchent à avoir le maximum de contact avec le personnel médical et para-médical de la prison.
  - soit en raison d'un lourd passé médical : tentatives de suicide, coups et blessures ayant entraîné une ou plusieurs hospitalisations,
  - soit en raison de leur attitude prostrée et de leur détresse évidente lors du premier interrogatoire du Juge.

\* Psychiatre, Maison d'Arrêt des Femmes,  
Fleury Mérogis 91000



3. Mais le plus souvent, ces femmes sont vues à la consultation après que leur comportement ait été signalé par le personnel pénitentiaire et le personnel soignant : comportement de repli, de renoncement, d'inintérêt global pour ceux et celles qui les entourent. (Ce comportement pourrait évoquer une mélancolie, mais tel n'est pas le cas, comme l'évolution rapidement favorable va le montrer).

Lorsque ces détenues sont appelées à la consultation de psychiatrie, elles viennent d'ailleurs sans difficulté, mais sans revendication, ni demande particulière.

Or, on sait bien que rien n'est plus frustrant pour un psychiatre qu'une personne qui ne demande rien ! Il n'est pas question, comme au cours d'une analyse classique, de prolonger le silence, même bienveillant, pour saisir l'émergence d'éventuels fantasmes ou tester la tolérance de la personne à la frustration ; les conditions de l'entretien (le drame, la prison) ne s'y prêtent guère.

Il faut donc se décider à agir seul, tenter d'amorcer le plus petit contact, capter l'attention sans effrayer - surtout, il faut "parler juste". Du fait que nous, médecins, sommes à ses yeux "du bon côté", la détenue s'imagine que nous savons tout, du moins tout ce qu'elle a avoué aux policiers et au Juge. Nous faisons partie, à ses yeux ; des instances pénitentiaires. Or, premièrement, nous ne savons rien, sinon la nature de son délit et, ce que nous voulons savoir, c'est d'elle seule que nous voulons l'apprendre. Deuxièmement, le délit lui-même - le passage à l'acte - nous intéresse bien moins que la trame de la vie quotidienne dans laquelle il s'insère, cette vie secrète qu'elle a toujours essayé de cacher. Troisièmement, nous sommes avant tout des médecins traitants et, comme tels, nous désirons trouver le geste thérapeutique utile qui l'aidera à passer le premier

stade pour établir ultérieurement le dialogue nécessaire à une action psycho-thérapeutique durable. Je pense, par expérience, que ce geste thérapeutique précoce, qui ne peut être qu'un monologue de notre part, consiste à reconnaître ce que, d'ailleurs, elle sait déjà : "Vous êtes encore trop fatiguée pour comprendre ce qui s'est réellement passé. Vous devez reprendre des forces pour bien comprendre, même si vous devez souffrir autant qu'avant. Pour reprendre des forces, il faut dormir, c'est la seule chose que je vous demande".

Il arrive que ces simples phrases déclenchent un torrent de larmes. Dans tous les cas, la détenue accepte de prendre un somnifère, qui sera la première relation thérapeutique - et parfois la seule - pendant plusieurs semaines.

Quel est le comportement de la détenue au cours des mois suivant l'incarcération ?

"L'état de choc" qui a suivi l'acte criminel peut durer plusieurs semaines, mais peu à peu s'amorce un dialogue où la part du psychiatre semble très réduite, la détenue ne demandant qu'une seule chose : qu'on l'écoute et qu'on la croit sans arrière pensée. Avec une sensibilité d'écorchée, elle sent très bien si on la croit et se livre entièrement. Dans de longs monologues entrecoupés de sanglots, elle raconte ses souffrances de femme et de mère, son désespoir, ses tentatives de fuite, de rupture, suivies de retrouvailles ratées, d'espoirs déçus ; sa recherche éperdue d'aide auprès des proches, des médecins, des organismes sociaux (Femmes Battues, Alcooliques anonymes), de la police même, qui ne peut qu'enregistrer ses plaintes pour coups et blessures et la faire hospitaliser. Elle raconte le mari alcoolique, violent, fugeur, destructeur, la battant, la bafouant, la laissant seule élever, supporter des enfants, eux-mêmes très perturbés donc très lourds. Le passé renaît dans

un flot de larmes, de remords, de désir d'expiation, de désir de mort. Il arrive que certaines portent le deuil.

Enfin, l'agressivité ré-apparaît avec les forces retrouvées; dans une structure sado-masochiste de la personnalité. C'est cette agressivité qu'il est urgent d'exploiter, avant qu'elle ne reprenne un aspect destructeur.

Dans l'amélioration du comportement de la détenue, 2 facteurs vont jouer un rôle curatif primordial :

1. la vie carcérale elle-même
2. les entretiens avec le psychiatre

#### Rôle curatif de la vie carcérale au stade précoce de la détention.

Par son isolement, son rythme, son aspect répétitif et monotone, la vie carcérale joue un rôle curatif paradoxal : plus de responsabilités, de conflits, de décisions à prendre, plus de cris ni de peur.

Cette "hibernation" forcée joue un rôle décisif dans la restauration des forces physiques et psychiques de la détenue, dont l'épuisement est à l'origine du passage à l'acte.

#### Rôle curatif des entretiens avec le psychiatre

Il est particulièrement important au stade du retour de l'agressivité, ceci à 2 fins :

1. éviter une auto-agression mortelle
2. tenter de diriger cette agressivité dans un sens constructif.

C'est alors que l'existence de lien maternel, qui garde toute sa force, joue un rôle unique. L'amour pour les enfants vivant au foyer au moment du meurtre, pour les enfants mariés et même pour les petits enfants va - et doit - occuper l'énorme vide affectif laissé par le mort. Le psycho-thérapeute insistera sur la nécessité pour la détenue de se battre - se battre elle connaît bien - pour retrouver la garde de ses enfants provisoirement abandonnés ; de travailler dur - elle connaît bien aussi - pour les élever ; d'être présente pour les soigner, les aider, se dévouer ... elle ne connaît que cela.

Alors, l'ampleur de la tâche est perçue comme une expiation : puisque décidément la vie est si difficile, puisqu'on a besoin d'elle, elle a le droit de vivre.

L'évolution se poursuit de façon satisfaisante, entrecoupée de crises de désespoir provoquées par l'instruction, la reviviscence des souvenirs familiaux, les anniversaires familiaux, les visites des proches. Le rôle du personnel pénitentiaire et du personnel soignant est très important, car il est normal que la détenue s'accroche à ces femmes qui la côtoient et dont elle perçoit que par nature, par expérience personnelle ou professionnelle, elles peuvent la comprendre. Ce rôle est d'autant plus important qu'il est quotidien, alors que les entretiens psychothérapeutiques sont espacés (en général, un entretien par semaine). Un mot de sympathie, un geste suffisent. Dans le dénuement affectif de la vie carcérale, un geste compatissant a un effet thérapeutique considérable.

Pour ce type de détenues, que j'ai volontairement sélectionnées, le fait même que le psychiatre soit une femme n'est pas indifférent. A leurs yeux, toutes les femmes sont concernées par l'expérience caricaturale qu'elles ont vécue, beaucoup sont à même de les entendre sans leur jeter la pierre.

J'ai voulu, dans ce court travail, montrer un problème particulier posé par un certain type de femmes incarcérées. Il s'agit de femmes ayant tué leur compagnon de vie au terme d'une longue vie d'échecs.

Il ne s'agit pas de crimes de jalousie. Le mari a toujours été perçu comme un être sadique et immature qu'il faut comprendre, consoler, aider, aimer comme un enfant. L'idée qu'elle entretient est celle-ci : "je vais être tellement gentille avec lui qu'il va découvrir le bonheur et la joie et qu'il va m'aimer passionnément". Or, l'expérience a prouvé qu'il ne devient jamais heureux et jamais gentil. C'est dans le choix d'un tel compagnon de vie que se situe la faille fondamentale de la personnalité de ces femmes : personnalité forte, sado-masochiste, privilégiant les relations de force et de dépendance dans le couple (étant bien entendu qu'au départ, c'est elle qui se croit la plus forte), justifiant leurs efforts et leurs souffrances par l'irresponsabilité pathologique de leur partenaire. Cette irresponsabilité réelle du compagnon est démontrée en permanence par les faits. Elle explique la force de son attachement à une mère-épouse qu'il finit par détester, mais dont il ne peut se passer. Le crime s'inscrit dans la rupture soudaine de l'équilibre acquis dans le couple. Le motif immédiat en est insignifiant, mais l'épuisement de la femme est alors si total, physique et psychique, que toutes les défenses habituelles sont submergées sauf une : l'instinct de conservation.

#### RESUME ET CONCLUSION

J'ai décrit dans ce travail les étapes successives, vécues par des femmes ayant tué leur mari, au cours des premiers mois d'incarcération, l'importance thérapeutique des relations établies avec d'autres femmes, dont le psychiatre,

l'importance donnée aux enfants dans la reconstruction de leur vie. Aucune action psycho-thérapeutique en profondeur n'a été tentée, mais seulement une restauration de leur personnalité avec d'anciens éléments positifs de leur vie : leurs enfants, leur travail, leur goût ambigu pour le dévouement.

LES FEMMES

par le Docteur Alain BERLEMONT - Maison d'Arrêt de LOOS les LILLE.

En milieu carcéral, ne posent pas de problèmes médicaux particuliers en-dehors de ceux de leur sexe.

Il s'agit essentiellement de l'aménorrhée et des infections génitales, c'est-à-dire d'abord de problèmes gynécologiques.

Je dois dire qu'il me semble que le nombre d'infections génitales est en nette régression, qu'il s'agisse d'infection banale ou de maladie vénérienne. On peut trouver dans les traitements contraceptifs, qui obligent à des examens médicaux répétés et effectués avant incarcération, une explication à cette régression.

C'est ainsi qu'un prélèvement effectué d'une manière systématique cette année sur une cinquantaine de femmes n'a révélé que deux trichomonas et quelques rares cas d'infection à germes banaux.

On s'est alors demandé si ces examens systématiques de laboratoire, nécessaires mais coûteux, étaient absolument utiles et si le seul examen spécialisé d'un gynécologue ne suffisait pas.

A cette question, on répondra par un oui de première intention, dans la mesure où le gynécologue peut disposer du matériel nécessaire et s'il sait prendre ses responsabilités

en ne sollicitant par d'autres examens complémentaires, soit de laboratoire soit radiologique soit, pour être à la mode, échographique, qui d'une part sont coûteux et d'autre part nécessitent des sorties hors de la prison.

Sans nier l'importance de tels examens, je pense néanmoins qu'ils doivent être exceptionnels et ne relever que de cas particulier.

Un autre problème féminin est celui des maternités en milieu carcéral.

A ce sujet, il y a d'une part un problème administratif car assez nombreuses sont les femmes enceintes de plus de trois mois et n'ayant pas encore déclaré leur grossesse, d'où l'intervention de l'assistante sociale.

L'autre problème est médical et je pense que cela fait partie des possibilités du médecin généraliste de pouvoir suivre une grossesse.

Il est à noter que nous avons eu l'expérience d'une grossesse pathologique suivie sur place, tous les jours, par une sage-femme de la maternité du Centre Hospitalier Régional qui se déplaçait au lit de la détenue.

Mais cette attitude ne peut être que passagère dans le temps et il vaut mieux - dès que les risques se font sentir, transférer la future parturiente à FRESNES, avant d'être obligé de l'hospitaliser en urgence à la maternité du Centre Hospitalier Régional de LILLE.

A ce stade de la discussion et puisque nous parlons d'hospitalisation, nous avons parfois conscience de transférer trop prématurément à l'Hôpital de FRESNES des détenus qui auraient pu encore patienter.

Il faut savoir que cette conduite est motivée d'une part, par la crainte d'une aggravation brutale pendant le week-end - aggravation souvent simulée - qui oblige le médecin appelé et non averti à hospitaliser en urgence au C.H.R. et d'autre part, en raison des démarches administratives nécessairement longues ne nous permet pas de transférer rapidement, c'est-à-dire sur l'heure, le détenu.

Et c'est ainsi que nous sommes parfois obligés à ne pas temporiser et peut-être à transférer inutilement.

o

A ce problème des grossesses, fait naturellement suite celui posé par la présence des nouveau-nés qui méritent d'une part une surveillance médicale attentive mais surtout une surveillance alimentaire et d'hygiène. Le personnel non seulement infirmier mais aussi les surveillantes, qui sont souvent elles-mêmes des mères de famille, jouent un rôle très intéressant et bénéfique.

Enfin à ces deux problèmes s'ajoute celui relatif à la psychologie de la détenue.

Je pense que par rapport à l'homme, la femme soit parce qu'elle a plus d'amour-propre ou de pudeur, est beaucoup plus attristée d'être en prison. Elle supporte beaucoup plus mal son incarcération du fait de sa séparation avec le monde extérieur et en particulier de sa famille et surtout

de ses enfants quand elle en a.

Mais aussi, à la différence de l'homme, la détenue manifeste beaucoup plus souvent ses sentiments de détresse, en particulier par des pleurs ou "des crises de nerfs".

Ces extériorisations des sentiments profonds sont à mon avis bénéfiques, d'abord pour la détenue elle-même, ensuite pour le personnel car il s'agit de signes d'appel qui vont motiver sinon l'intervention médicale du moins le réconfort verbal du personnel d'encadrement.

Peut-être est-ce là l'explication de la fréquence moindre du nombre des tentatives d'automutilation chez les femmes. En effet, depuis quinze ans je n'ai jamais vu de suicide réussi, tout juste quelques rares cas de coupures insignifiantes ou d'injection de savon.

SEXUALITE DES FEMMES EN PRISON

par Madame F. HUARD - Sage-femme à FLEURY MEROGIS

Après avoir été un problème auquel on avait donné beaucoup d'importance, la sexualité des femmes en Prison tend à revêtir un aspect de banalité.

Cela tient à plusieurs raisons qui sont :

- la souplesse des moeurs de notre époque, l'essai de compréhension, de dialogue, les anciens tabous tombent,
- l'abaissement de la moyenne d'âge des détenues
  - . elles n'ont plus les mêmes pulsions
  - . les mêmes motivations
  - . beaucoup sont des gamines.
- le fait que la Maison d'Arrêt de Femmes ne constitue pour beaucoup qu'un temps de passage plus ou moins long,
  - . toutefois il subsiste certains facteurs qui peuvent encore donner lieu à certaines observations,
- l'aspect physique de certaines détenues "les garçonnnes" les place immédiatement vis-à-vis des autres dans une catégorie spéciale et fait qu'elles suscitent certains comportements de provocation et partout elles ont tendance à exploiter la situation. De là à dire qu'il y a passage à l'acte, NON. Lorsqu'elles sont très typées, elles sont séparées des autres détenues : on essaie de faire en sorte qu'elles aient peu ou pas de contact avec les éléments très jeunes et très influ-

ençables. Ajoutons que nombre d'entre elles ont ce mode de vie à l'extérieur.

Les autres détenues peuvent rapidement les identifier à l'homme duquel elles sont sevrées. A noter que ces femmes très typées, masculines, sont perçues tout à fait comme des hommes, c'est-à-dire admirées ... certaines détenues vont essayer de se faire remarquer par ces homosexuelles. Il entre dans ce comportement le jeu social érotique normal : les femmes cherchant à attirer, à plaire. Quand elles réussissent, elles disent : "je suis rassurée, je peux encore plaire..." c'est un test pour elles de féminité non touchée par la détention. Cela leur paraît souvent très important mais ne les entraîne pas vers une réelle et profonde homosexualité.

Pour beaucoup de détenues intervient un besoin évident d'affection de contact purement humain qui ne doit pas être assimilé à l'homosexualité. Elles sont souvent très seules, se sentent abandonnées face à tous les problèmes qui les assaillent, et lorsqu'une compagne semble s'intéresser à elles cela constitue un havre de sécurité sur lequel elles se précipitent.

Elles sont avides d'échanges sentimentaux de toutes sortes mais ne sont pas pour autant des homosexuelles.

La promiscuité amène aussi l'épanouissement de certaines pulsions homosexuelles, exploitée ou non par des compagnes de cellule. Ce ne sont bien souvent que des passages sans lendemain, elles disent elles-mêmes qu'à leur sortie elles redeviennent ce qu'elles étaient auparavant.

Il se trouve que nombre d'entre elles ne sont nullement gênées, perturbées par cet état de fait : comme dans tout ce qu'elles font, elles laissent libre cours à leurs

fantasmes et trouvent absolument normal de passer d'un genre à l'autre.

Certaines règlent en prison comme à l'extérieur leur problème sexuel par la masturbation, quelques-unes toutefois deviennent des homosexuelles à la faveur de leur passage en prison mais très souvent parce qu'elles ont eu des aventures très difficiles avec les hommes.

La sexualité des femmes en prison passe aussi par la gynécologie avec tout son cortège de troubles ; dus ou non à l'incarcération : aménorrhée, pertes, anxiété de leur fonctionnement, grossesse nerveuse etc... problèmes de stérilité, anxiété de la stérilité.

Depuis un certain temps la contraception tient une place importante aux yeux de toutes ces femmes. Ce contrôle d'elle-même est aussi une forme de sexualité. Elles peuvent à travers le discours sur la contraception exprimer librement tout ce qui les préoccupe, poser toutes sortes de questions, même très intimes, qui leurs tenaient à coeur, et qui une fois éclaircies, résolues, leurs sont un poids de moins : on a pu parler, lever le voile, on est soulagé ! On peut constater qu'on n'est pas autrement que les autres, qu'on n'est pas unique ; nous avons depuis un certain temps des passages de quelques transexuels.

La sexualité passe aussi, oh combien ! par la grossesse. Ces femmes qui ont souvent vécu des grossesses antérieures comme des mystères, des périodes où quelque chose se déroule sans qu'on sache très bien quoi, sinon qu'on accouchera plus ou moins facilement. Ces femmes vont tout à coup constater que là aussi on peut participer, découvrir plein de choses, savoir enfin.

Pour les très jeunes, c'est aussi tout un pan de mur qui va tomber. Tout sera plus simple puisqu'on y verra

plus clair.

De la sexualité, elles en feront aussi à la nursery au contact de leur enfant. Ce contact est très important car il semble que physiologiquement les femmes aient besoin de ce contact avec leur enfant, tout autant que l'enfant avec sa mère. Cet échange de caresses, d'embrassades, apporte aux mères une certaine plénitude amoureuse, absolument indéfinissable pour qui ne l'a pas connue. Cela entraîne d'ailleurs une "fixation" souvent exagérée sur l'enfant aimé. Cet enfant qu'elles auraient peut-être tendance à considérer comme un jouet, un objet sur lequel on a toute puissance mais que très vite elles apprendront à regarder comme un individu à part entière qui sera un jour l'homme ou la femme qu'elles l'auront aidé à devenir.

Elles manifestent aussi leur féminité à travers la coiffure, le maquillage, la vêtue.

En conclusion, la sexualité des femmes en prison n'est un réel problème que si on veut qu'il en soit un. Parler de leur sexualité avec les détenues elles-mêmes conduit à dédramatiser et à banaliser. Bonne chose, quand on a par ailleurs des problèmes familiaux et professionnels très mobilisateurs et angoissants à résoudre. Il semble que l'ouverture, la compréhension, la surveillance discrète et l'information rendent plus simple un problème longtemps considéré comme insupportable.

RAPPORT DE LA 5ème COMMISSION

par le Docteur LAMOTHE - Psychiatre au C.M.P.R de LYON

Je suis très heureux et très fier d'avoir à vous présenter les activités de la 5ème Commission qui a réuni des praticiens de diverses origines à propos des nouvelles thérapeutiques en prison.

Nouvelles thérapeutiques, davantage par leur introduction nouvelle en prison que par leur nouveauté technique, mais pas seulement : l'exercice en prison est apparu dans ces travaux être l'occasion d'une véritable recherche, dont la pratique extérieure des intervenants bénéficie en retour. Une nouvelle orientation donc en symbiose avec l'expérience s'est dessinée posant en principe de base l'abord de la personne totale avec sa dignité et son identité dans toutes leurs implications.

Il semble que cette orientation soit tellement sensible aux praticiens que l'abondance des propositions de communication sur ce thème devait nous interdire, dès le départ, de débattre utilement.

Quelques collègues, sur le thème de l'accueil et de la relation clinique en milieu pénitentiaire, rejoignent donc la IIe Commission pour le bien de tous.

Qu'ils en soient remerciés comme le Dr. WIRTH qui vous présentera leurs interventions.

Au premier rang de ces techniques nouvelles donc,

figure la psychanalyse avec des nuances depuis la quasi "cure-type" jusqu'aux psychothérapies d'orientation psychanalytiques. On connaît les problèmes de ces pratiques en institutions et on peut penser que la liberté du malade et la possibilité de nouer contrat qu'elles supposent sont tout-à-fait antithétiques de la prison.

Le Docteur BALIER nous a montré au contraire tout le bénéfice que pouvaient tirer les patients détenus de la qualité de psychanalyste de leur médecin aussi bien par l'orientation générale qui s'ensuit dans toute l'équipe, que par la possibilité d'une véritable relation individuelle.

Une authentique possibilité de "fonctionner différemment" est offerte même si il n'en reste que peu de traces apparentes. Une souplesse bénéfique est introduite en favorisant les identifications en aidant à l'élaboration des images parentales, en réintégrant le sujet dans son histoire.

Le Docteur WULFMANN et son équipe et Madame DESSOIS, nous ont rapporté trois prises en charge de patients qui sont bien typiques des réelles possibilités psychothérapeutiques en prison lorsque la neutralité du psychiatre est assurée, mais aussi bien typiques des difficultés que posent les patients dits "médico-légaux" et la réticence des secteurs psychiatriques à assumer la charge de ces malades.

Madame PERRIN, de la Maison d'Arrêt de NANTES, sur le thème de la réinsertion et de la psychothérapie en prison nous a livré un beau texte, plus loin du pragmatisme mais posant bien le problème du temps pour le détenu.

Le prisonnier comme tout homme reste un animal social et le Docteur BARRIO avec sa richesse habituelle a



insisté sur la nécessité d'amortir le bouleversement des thérapies de parole et l'intérêt de l'abord transculturel des patients. Chaque détenu vient en effet à son thérapeute avec un bagage culturel qui va nécessiter un effort de codage pour que la communication soit possible, à moins que l'on s'adresse à un autre niveau.

Enfin, toujours quant aux thérapies verbales, le Docteur PARENTE s'est fait à nouveau le porte-parole des laissés pour compte, qui ne sont stables que dans l'instabilité ; il a souligné l'impossibilité d'escamoter à côté de l'implication individuelle les implications politiques et sociales, même dans la psychothérapie qui s'intéresserait le plus directement à l'inconscient.

Avec Monsieur GREPILLAT nous avons fait la transition avec l'abord du corps : une expérience de relaxation faisant très large place à la parole, autorisant l'interprétation et visant à la remise en marche de l'activité fantasmatique, nous a été rapportée.

La détente n'y apparaissait que secondaire de même que ce n'était pas le but premier de Madame CRUSE qui nous a présenté un texte sur le yoga en prison : elle faisait de sa technique davantage une école de maîtrise et un outil de quête de l'identité.

C'est bien aussi d'identité dont fondamentalement s'occupe Madame ROUSIERE dont l'activité d'esthéticienne, ayant donné ses lettres de noblesse à sa spécialité au sein de la thérapeutique, est maintenant bien connue. Le rôle de l'image de soi dans la réalité comme dans le fantasme pour la restauration du narcissisme ainsi que l'apprentissage de l'autre dans le maquillage mutuel, dont nous parla également Madame PRINCE, ont été soulignés.

Pour notre part à Lyon, nous utilisons beaucoup les techniques de relaxation, en limitant davantage le recours à la parole avec laquelle sont mal à l'aise la plupart de nos patients.

Pratiquée en petits groupes, elle permet un apaisement et un apprentissage de la distance à l'autre, participant à l'amélioration des capacités relationnelles.

Les aspects de la prise en charge globale, psychothérapique et institutionnelle, exposés par le Dr JUSSAUME à propos des toxicomanes, sont venus clore une séance de travail que tout le monde aurait souhaité poursuivre au-delà du temps imparti, tant notre besoin d'échange et le besoin de nos patients étaient grands.

Le Docteur BELAICH rappela, fort brillamment, la nécessaire liaison entre le médecin pénitentiaire et tous les autres intervenants : sans impérialisme, il est capital qu'il soit associé à ce qui se passe même si il n'est pas le maître d'oeuvre de toutes les techniques.

Au total le fil conducteur semble avoir été une nouvelle attitude vis-à-vis du patient, fondamentalement instauré comme sujet, non plus condamné à accueillir passivement le traitement qu'il soit pénal ou médical.

C'est bien là d'ailleurs qu'est apparue la limite de nos possibilités de travail en prison. Tous ont souligné la nécessité de s'expliquer avec les surveillants sur notre action, de s'enseigner et de s'informer mutuellement, sous peine de voir se développer leur propre frustration, voire leur jalousie face au "luxe" offert au détenu ou de voir déconsidérer comme irresponsable l'ensemble des thérapeutes au premier échec.

Le problème qui est posé est celui du plaisir : implicitement pour beaucoup la prison doit être la suppression du plaisir, que ce soit dans l'éprouvé bénéfique d'une séance de relaxation ou que ce soit dans l'exercice par le détenu de "son bon plaisir" dans les seuls choix qui lui restent.

Or, pour ne pas détruire l'identité, l'emprisonnement doit laisser persister quelque chose qui ne dépende que de l'exercice de la volonté du détenu, c'est-à-dire au fond quelque liberté ...

VOCATION HUMANITAIRE DES SOINS ESTHETIQUES EN MILIEU CARCERAL

par Madame R. ROUSIERE - de TOURS

C'est un honneur pour ma profession et pour moi-même de vous entretenir des soins esthétiques en milieu carcéral.

Auparavant, une fois encore, je tiens à exprimer très haut ma chaleureuse reconnaissance à Madame le Professeur TROISIÈRE. Dès notre premier entretien, vous avez, Madame, souscrit avec bienveillance et générosité à ma tentative pilote à la M.A.F. de FLEURY-MEROGIS.

Votre bon sens et votre altruisme vous ont amené à propager ma modeste initiative. Pour plusieurs d'entre nous, vous avez, Madame, ouvert les portes des Maisons d'Arrêt.

Désormais, des esthéticiennes rétribuées exercent régulièrement leur profession à la Centrale de RENNES, à FLEURY-MEROGIS, à LYON, VERSAILLES, ORLEANS et STRASBOURG. Je sais, Madame, combien vous souhaiteriez élargir le champ de notre activité à d'autres établissements pénitentiaires. La profession toute entière vous dit Merci.

En 1978, à DIJON, lors du premier congrès de Médecine Pénitentiaire, je vous avais exposé, Mesdames, Messieurs, le rôle de l'esthéticienne près des femmes incarcérées.

En effet, si l'on veut bien réfléchir que le goût de la parure, le goût de se mettre dans les meilleures conditions vis-à-vis d'autrui est un besoin essentiel chez l'être

humain que l'on relève dans les civilisations les plus primitives comme dans les plus sophistiquées, il était curieux de constater que cette nécessité s'arrêtait brutalement à la porte des prisons.

Or, c'est au moment où l'individu doit faire appel à toutes ses ressources profondes pour lutter contre les difficultés occasionnées par son incarcération, qu'il se trouvait privé de la possibilité d'accorder son paraître avec son être.

Certains ont pu, à très haute voix, dire que la prison signifiait déchéance. Il nous appartient, chacun dans son domaine, de faire qu'il y ait moins d'oubli, plus de solidarité humaine auprès de ceux qui, avant tout, sont enfermés en eux-mêmes.

Si on parle communément de traitement pénitentiaire, on conçoit ce que peut être l'apport humanitaire de soins esthétiques.

Pour nous le mot soin ne saurait signifier traitement médical dans son acception classique ; on peut le dire aussi de la notion de traitement pénitentiaire, mais signifie possibilité pour un être humain stigmatisé par la Société de garder son identité profonde par le truchement de son paraître.

Nous oeuvrons de nos mains, tous sens confondus, pour que le paraître exprime l'Être réconcilié avec ses semblables, parce-qu'en paix avec lui-même.

Par le support des soins de beauté qu'elle dispense, l'esthéticienne tente :

- d'occuper ces désœuvrées. Sa venue brise leur solitude, rompt la monotonie de chaque jour. Elle sait les écouter.

C'est une rencontre humaine, enrichie d'échanges.

Cette communication avec le monde extérieur est aussi un moyen de lutter contre la dépression et l'auto-dépréciation des plus désemparées.

- son aide "professionnalisée" leur permet une prise de conscience de leur physique et de leur corps. C'est la sauvegarde de leur coquetterie souvent disparue. En se reconnaissant comme femme, elles se redécouvrent et, partant, peuvent se reconstruire et progressivement, se prendre elles-mêmes en charge.

- enfin, certaines ont trouvé, dans notre métier, la possibilité d'une formation professionnelle en vue de leur retour à la vie active.

Il ne faut pas oublier que l'entretien et la conservation de son physique exigent de la détenue une discipline quotidienne provenant d'un ensemble de qualités morales :

- volonté, respect de soi, respect des autres.

Consciente des difficultés que pouvait rencontrer l'esthéticienne, et afin qu'elle soit moins déroutée en s'aventurant sur ce terrain très spécial, très délicat, qu'est la population pénale, il m'a semblé logique de la préparer. En collaboration avec une équipe médicale du C.H.U de TOURS, nous avons créé le cours d'Esthétique à Option Humanitaire et Sociale pour les aider, pour leur éviter bien des erreurs psychologiques, bien des maladresses dont les répercussions sont d'autant plus importantes près des femmes isolées et éprouvées.

C'est ainsi que pour la première fois en France,

les portes d'un Centre Hospitalier et Universitaire, celui de TOURS, se sont ouvertes pour toutes les esthéticiennes souhaitant intervenir aussi bien dans des établissements sanitaires que sociaux.

Cet enseignement à caractère original, comprend :

- 60 heures de cours théoriques dispensés par des médecins universitaires. Est également prévue l'intervention d'un psychiatre, titulaire du diplôme de Médecine Pénitentiaire, qui traite des effets comportementaux dus à l'isolement et dont l'un des volets est consacré aux traits de personnalité du toxicomane. De plus, Madame le Professeur TROISIER ne manque pas de nous accorder le privilège de son enseignement.

- 60 heures de stages pratiques dans les différents Services concernés du C.H.U de TOURS :

- . Chirurgie plastique
- . Dermatologie
- . Gériologie
- . Gynécologie
- . Psychiatrie

Cette formation pluri-disciplinaire est sanctionnée par un contrôle des connaissances dans chaque matière. Un certificat de Capacité Socio-Esthétique est délivré par le Doyen de la Faculté de Médecine de TOURS et le Professeur GRECO. Seules les esthéticiennes titulaires de ce diplôme peuvent prétendre à un poste en milieu carcéral.

Des tables rondes sont organisées entre les membres de la profession et les personnes intéressées par ce travail.

Le but de ces rencontres : apporter une information,

une réflexion, une recherche, une remise en cause de l'action entreprise par la confrontation réciproque des expériences vécues par chacune.

Dans un deuxième temps, nous prévoyons de sensibiliser le personnel soignant et pénitentiaire à notre travail : une meilleure compréhension de notre rôle près des marginaux, permettra à l'esthéticienne de s'intégrer plus rapidement dans l'équipe éducative.

Ces esthéticiennes ainsi formées, sont plus compétentes et mieux armées afin de participer à cette gigantesque entreprise qu'est l'humanisation des prisons. En améliorant la qualité de vie de ces délinquantes, nous leur proposons une dimension éducative qui concourt à former leur jugement, à les responsabiliser dans la perspective de leur réinsertion future.

Entreprise difficile, idéaliste, mais pourquoi ne pas espérer de son devoir et ne pas désespérer de son prochain ?

## LE YOGA

par Madame CRUSE - de PARIS

Le yoga dans les prisons est-il un gadget propre à donner bonne conscience aux hommes de coeur désireux d'humaniser l'univers carcéral ? Ou bien s'agit-il d'un élément d'une thérapeutique permettant aux prisonniers de retrouver une dimension personnelle dans un système par définition collectivisé ?

C'est en 1972 qu'en France a commencé l'expérience du yoga en prison. Une jeune femme l'a enseigné dans la Chapelle de la Petite Roquette selon la méthode d'Eva Ruchpaul. Depuis 9 ans, 4 Maisons d'Arrêt et 4 Centrales l'ont adopté. Il pourrait y en avoir plus, mais certains directeurs ou personnels de surveillance s'y sont opposés. Mauvaise information sans doute, on a confondu yoga avec un sport de combat, on craint peut-être qu'une trop grande sérénité rendent les détenus imperméables aux remontrances ... D'une façon générale, on trouve que "c'est bien du luxe".

Bien du luxe d'offrir des cours de yoga, alors qu'il y a déjà partout le sport et la gymnastique. Je voudrais en montrer les points communs et les différences.

Toutes ces techniques passent par un exercice du corps. Le sport et la gymnastique impliquent une concentration de la pensée tournée vers l'extérieur et axée sur l'effort musculaire. Le sport développe, affermit, défoule.

Le yoga implique une concentration de pensée tournée vers l'intérieur et axée sur l'unification et l'harmonie

de la personne. Il regroupe et rassemble grâce à une prise de conscience du corps.

Les exercices de yoga consistent en attitudes, souvent immobiles, tenues pendant quelques minutes. Les textes anciens du yoga qui datent de plusieurs siècles, précisent que ces postures doivent être maintenues "stables et confortables". Ces contractions et élongations musculaires sont suivies d'un repos qui apporte une décontraction bienvenue. Dans le même instant, on demande à l'apprenti d'observer sa respiration et de la rendre petit à petit aussi aisée et longue que possible.

La combinaison de ces deux techniques, amène l'élève à un état de bien-être physique qui entraîne une détente mentale.

Lorsque l'ambiance s'y prête, je fais pratiquer 5 à 10 minutes d'exercices respiratoires dans la position assise. Ces exercices intriorisent un peu plus mes ouailles et se terminent tout naturellement par un moment de silence très bien supporté et même souhaité.

Il y a parfois des atmosphères d'orage, le silence et l'immobilité sont fort mal reçus. A l'enseignant de s'en apercevoir et de glisser un exercice de relaxation, façon Vitoz et Schultz, qui se sont largement inspirés du yoga. - Je guide mes patientes par induction verbale jusqu'à la limite du sommeil. Mais cette passivité est à l'opposé des buts recherchés par le yoga - Les buts du yoga sont d'inciter l'élève à l'autonomie, et lui donner l'envie de renouveler seul un geste gratifiant.

Mes élèves qui ont commencé à prendre conscience de leur corps, qui ont découvert un certain plaisir au silence savent qu'elles ont, à bord, sans l'aide de personne, la

possibilité de se détendre et du coup, de mettre une certaine distance entre elles et les évènements.

Lorsqu'elles me disent : "je ne dormais pas, j'ai fait telle posture, et je me suis endormie" - "j'essaye de diminuer les cigarettes ou les tranquillisants" - "j'ai pratiqué les exercices respiratoires devant le Juge", je pense qu'il s'amorce déjà une évolution.

Souvent, elles posent des questions, réclament des lectures, veulent en savoir plus et pratiquent dans leurs cellules. Un certain nombre d'entre elles continuent à perfectionner leur yoga lorsqu'elles sont retournées dans la vie ordinaire. Ce début de prise en main de soi-même me paraît de bon augure.

Les méthodes de yoga sont très variées. Je cite l'une d'elles, pratiquée à Poissy depuis 6 mois, le Siddha Yoga. Aux exercices déjà décrits, il s'ajoute des récitations silencieuses de courtes phrases en sanscrit et des chants rythmés, à haute voix, suivis d'une méditation. La séance qui dure deux heures se termine par un partage entre les détenus et leurs enseignants où l'on raconte les sensations et impressions perçues pendant la méditation.

Cette méthode est paraît-il très répandue dans les prisons américaines.

J'ai énuméré ce que ressentent ou sont censées ressentir les élèves qui viennent à la Maison d'Arrêt de Fleury-Mérogis, je pourrais parler de ce que ressent et observe le professeur. Je fais souvent des diagnostics comparables à ceux d'un vétérinaire, puisque tout se passe dans le silence.

J'aimerais bien pouvoir confronter mes remarques

avec les médecins, les psychiatres, les éducateurs, ne serait-ce que pour savoir si je ne me suis pas trompée. Peut-être pourrions-nous, les professeurs de yoga, contribuer à une meilleure connaissance de certains sujets, si toutefois cette étude est vraiment recherchée par la médecine pénitentiaire. Il existe à la Santé une très heureuse conjoncture entre le professeur de yoga et le Centre Médico-Pédagogique. Quel dommage qu'un tel exemple ne soit pas plus suivi !

Je profite de l'occasion qui m'est donnée pour souhaiter que ces rencontres se multiplient et que la mise en commun de nos observations soit plus répandue pour le plus grand bien, l'intérêt et l'efficacité de notre travail.

A PROPOS DES SUJETS INCARCERES POUR AFFAIRES DE TOXICOMANIE

EQUIPE DU CENTRE "PORT-BRETAGNE"

par le Docteur Ph. JUSSEAUME<sup>+</sup> de TOURS

INTRODUCTION :

Il ne s'agit pas ici de mettre en question pour la condamner, l'attitude répressive, mais d'apporter des éléments provenant d'une relation susceptible d'éclairer et de mieux comprendre les répercussions d'une sanction carcérale, chez le jeune consommateur de toxiques (mais aussi parfois, et comment ne le serait-il pas, trafiquant ?).

C'est dans un souci d'objectivité, profitant de l'occasion fournie, que les particularités des rencontres avec les toxicomanes incarcérés sont abordées, en tenant compte de l'expérience de chacun.

Rappelons que c'est grâce à l'accord du Directeur de la Région Pénitentiaire, après avoir informé M. DABLANC, Directeur Général de l'Administration Pénitentiaire, de notre souhait d'intervenir à la Maison d'Arrêt, que nous avons pu réaliser certaines prises en charge.

Localement, à TOURS, les thérapeutes de l'équipe pluridisciplinaire de "PORT-BRETAGNE", Centre d'Accueil et d'Information pour Personnes en Difficulté et Toxicomanes, peuvent ainsi, individuellement, rendre visite en Maison d'Arrêt aux Toxicomanes dont l'information du dossier est ouverte au Tribunal de TOURS.

<sup>+</sup> Médecin-Adjoint, Hôpital BRETONNEAU,  
<sup>+</sup> Service de Psychiatrie "B", Docteur MARTIN,

Les toxicomanes sont informés de l'existence du Centre "PORT-BRETAGNE" et de la possibilité de visites, par l'intermédiaire du Service Médical de l'Etablissement Pénitentiaire. C'est seulement lorsqu'ils en ont fait la demande que les rencontres peuvent avoir lieu. Celles-ci se réalisent dans des parloirs avocats, aux heures susceptibles de ne pas alourdir le fonctionnement de l'Etablissement, c'est-à-dire les deux après-midi de la semaine où les familles ne rendent pas visite aux détenus.

Il a été retenu, qu'en aucun cas, des interventions puissent servir de source d'information pour qui que ce soit, ce qui est précisé à l'intéressé d'emblée, afin qu'il n'y ait pas d'interférences au niveau du déroulement de l'instruction.

Ces particularités permettent de mettre le sujet en confiance, ce qui peut l'amener à s'exprimer plus facilement.

Malgré un recul encore faible, notre expérience nous permet, actuellement, d'ébaucher une analyse des incidences de l'incarcération sur le sujet toxicomane.

REFLEXIONS PARMIS D'AUTRES :

On peut constater que grâce à ces rencontres, qui ont pu débuter en Juin 1980, les contacts entre les surveillants et les détenus concernés par des affaires de toxicomanie, ont tendance à s'améliorer. Les brimades ou le mépris avec lequel ils étaient souvent considérés faisant place à une meilleure acceptation.

Certains sujets acceptent, de façon placide, cette incarcération, qui réalise pour eux une période de repos. Pour d'autres, s'ajoute, malgré tout, la réalité d'une période de réflexion le permettant de prendre du recul ou de réfléchir sur la signification profonde de leur attitude dans

la vie courante. La détention, avec la coupure radicale par rapport à un mode d'existence et les rencontres qui en découlent, ébranle parfois la position du sujet, face à la consommation de produit illicite. La demande d'une transition passant par un Centre de Post-Cure n'est pas alors seulement une façon d'échapper à la sanction carcérale, mais exprime parfois un désir réel d'en finir avec la "dop", étant donné, bien entendu que dans ce désir, il est difficile de discerner ce qui revient à la pression sociale et au désir de se conformer aux normes et ce qu'il en est d'une motivation profonde.

Pour les consommateurs revendeurs de cannabis, l'incarcération peut parfois être un rappel de l'existence d'une législation, et par conséquent leur permettre de remettre en question leur position par rapport à la vente de produits illicites.

Des rencontres avec les parents ou les proches ont pu se réaliser. Celles-ci sont quelquefois demandées par les intéressés, qui insistaient, eux-mêmes, pour qu'une telle possibilité de dialogues et d'échanges ait lieu au Centre lui-même, mais parfois aussi, elles sont spontanément demandées par les familles ou les proches.

Bien qu'il s'agisse de lieux communs ne concernant pas seulement le toxicomane, il est possible de souligner :

- La promiscuité liée à l'incarcération,
- L'isolement plus ou moins important qui peut accentuer le sentiment de révolte et d'injustice,
- Les risques liés à la nécessité du recours aux médicaments psychotropes du fait de la fragilité de certains jeunes, en détention,
- Un niveau intellectuel nettement supérieur à la

moyenne des sujets incarcérés et un sentiment de fierté conduisant cette catégorie de sujets à refuser des propositions ou des offres qui paraîtraient logiques à d'autres personnes,

- Parfois, des pulsions plus viles amènent certains sujets à assouvir un désir de vengeance,

Le sentiment de peine, non justifiée (à tort ou à raison), peut amener certains jeunes à un tel état de révolte qu'ils risquent fort, une fois sortis de prison, de passer sans transition à des produits beaucoup plus toxiques, même si jusque-là ils n'avaient été consommateurs que de dérivés du cannabis,

- La lenteur de la procédure et le flou qui l'entoure parfois, est souvent un aspect vécu sur un mode très anxio-gène,

- La rupture avec les proches, parents ou amis, augmente parfois encore plus les risques de dépersonnalisation liés à l'isolement,

- Devant les sommes importantes à payer du fait de la procédure, ou des amendes demandées par les Services des Douanes, pour un sujet isolé ou rejeté de ses parents, le risque de prostitution ou de conduites délinquantes, le plus facile étant parfois le recours au trafic de stupéfiants, est loin d'être à négliger.

#### EN CONCLUSION :

On peut se demander où se situe le rôle thérapeutique de la peine carcérale chez le toxicomane. D'une part, bien souvent, l'incarcération risque de remettre en cause la référence au processus d'identification au père (particulièrement perturbée chez le toxicomane), et ne change rien par rapport à l'affection et à la tendresse dont ils peuvent se sentir frustrés. D'autre part, le toxicomane incarcéré monte pour sa sortie tout un projet qu'il établit hors de la réalité et qui devra s'insérer lors de sa mise en liberté dans une toute autre réalité (dettes accumulées, apprentissage de la délinquance,



rupture avec parents et ami (e) s ...).

La difficulté vient aussi du fait que la réalité du toxicomane se résumait souvent à la recherche du produit.

N'y a-t-il pas un problème quand on sait que, pour reprendre les propos mêmes du Dr. CURTET, les chances de récupération sont grossièrement inversement proportionnelles à la durée de l'incarcération. Ne doit-on pas s'interroger quand on sait que la consommation de substances illicites ne résume pas le problème des toxicomanies, mais que celle d'alcool, associée ou non à d'autres substances, dont bien souvent les médicaments, est à mettre sur le même plan.

#### EN CONCLUSION

#### LE PRIX D'UNE PSYCHOTHERAPIE EN PRISON

par le Docteur PARIENTE - Psychiatre au C.M.P.R Pénitentiaire de PARIS.

Il n'est pas nécessaire d'espérer pour entreprendre  
ni de persévérer pour réussir

G. d'ORANGE

Il nous faut bien l'avouer, dans notre pratique psychiatrique à la prison, les patients qui viennent à notre consultation nous tiennent un discours qui nous est assez rarement destiné, même si au premier rang tout à l'air d'être un appel à l'aide thérapeutique.

Pour le dire d'entrée de jeu et malgré l'affluence du nombre de consultations, la demande du malade est la grande absente, parce qu'il est fort difficile pour les patients d'aborder leur souffrance dans une optique qui ne soit pas directement liée aux canons médicaux habituels. En fait, leurs questions sont le plus souvent d'ordre pratique et concernent leur quotidien.

Répondre alors à leurs questions peut procéder chez nous d'une esprit de facilité. Ceci affirmerait que leurs questions regardent bien notre fonction et leur permettrait de nous mettre dans le fourre-tout dans lequel tous nous rangent.

Répondre à leurs questions c'est fermer le manque qui les conduit à nous parler et permettre ainsi que ceux à qui s'adressent ces questions ne soient pas interpellés.

Parler de psychothérapie c'est supposer possible la mise en oeuvre de leur parole dans un champ spécifique qui est le nôtre et au delà du diagnostic se poser la question du traitement.

Dans tous les cas, nous nous refuserons de lier, de façon hâtive et simpliste, au niveau socio-économique et éducatif de nos patients l'accessibilité possible à la thérapie, à moins de parler de nos propres barrières de thérapeutes qu'elles soient d'ordre idéologique, culturel, moral etc....

LA MISE EN PRATIQUE D'UNE FORME DE RELAXATION

ASSOCIEE A LA MUSICOTHERAPIE AU C.M.P.R de VARGES

par André GREPILLAT, Infirmier

L'organisation du travail dans le service permettant le travail psychothérapique en groupe, il nous a paru intéressant, il y a 2 ans environ, de mettre en route une activité de relaxation, avec l'intention de soulager l'anxiété très forte chez certains patients, d'une part grâce à des techniques visant à la détente, d'autre part en utilisant la verbalisation en groupe comme source de revalorisation narcissique.

Nous avons rapidement été surpris de l'efficacité d'une telle approche, qui peut s'expliquer par la situation d'incarcération, provoquant la reviviscence d'un sentiment d'abandon vécu par les détenus concernés, et empêchant le recours au passage à l'acte (violence ou stupéfiants) pour soulager les bouffées d'angoisse. D'où la nécessité de la structurer davantage :

- formalisation de la technique : il s'est agi d'affiner les moyens utilisés (nombre et durée des séances, teneur des interventions de l'animateur, choix des musiques....), de préciser les indications, de bien définir les buts recherchés (essentiellement permettre à la vie fantasmatique de s'exprimer sans crainte excessive).
- institutionnalisation de l'activité : c'est-à-dire amener à sa reconnaissance (tant par l'équipe médicale que par l'ad-

ministration pénitentiaire), et d'autre part relier ce qui se passe en relaxation et dans la psychothérapie verbale individuelle ; actuellement, en plus des entretiens habituels, trois entretiens spécifiques concernant le groupe de relaxation sont prévus systématiquement : un pour évaluer la demande et passer une sorte de contrat mutuel entre soignants et soigné (portant sur 8 séances et à raison de deux par semaine), un autre après 4 séances, et un dernier où est fait un bilan de la séquence ; y participent le médecin-chef de service, Monsieur BALIER, les soignants qui suivent habituellement le patient concerné, et moi-même en tant qu'animateur de l'activité.

Après 200 séances / individus environ, il est possible aujourd'hui de tirer certains enseignements de notre expérience, concernant soit les résultats thérapeutiques enregistrés, soit une meilleure connaissance de l'activité fantasmatique des 3 sortes de patients que nous avons pu connaître : toxicomanes, psychopathes et psychoses blanches (quoique dans une mesure moindre). La nature du fonctionnement de notre équipe peut nous permettre également de concevoir la relaxation telle que nous la pratiquons comme un indicateur pour mieux comprendre l'économie des transferts multiples dans une équipe de soins.

D'autre part, nous avons institué depuis 6 mois environ un nouveau groupe de thérapie, qui dans une certaine mesure, fait suite à la relaxation.

## PSYCHOTHERAPIES ANALYTIQUES AU C.M.P.R.

par le Docteur C. BALIER - de VARCES

### Résumé :

La pratique des psychothérapies analytiques est d'un grand intérêt pour les patients d'un C.M.P.R, dont la plupart ont comme particularité de recourir à un passage à l'acte pour échapper à une angoisse provoquée par leurs conflits internes. La visée est avant tout une modification de l'économie du fonctionnement mental : passer du niveau de la décharge pure et simple comme soulagement d'une tension, à celui de la réflexion et du plaisir différé.

### - Les conditions favorables :

La coupure brutale avec le monde extérieur provoque un effet dépressif qui amène le sujet à se poser des questions sur lui-même et à percevoir des vécus intérieurs. Il est alors possible de passer du registre : "c'est les nerfs" à celui : "je me sens mal dans ma peau" avec des rapprochements et des comparaisons avec des états antérieurs semblables. Surtout l'incarcération provoque souvent une réactivation d'une angoisse de séparation autrefois vécue chez ces sujets ayant subi d'intenses frustrations : d'où l'émergence d'angoisses accompagnées de cauchemars, premières manifestations utilisables pour un développement de la vie mentale.

Par ailleurs la séparation franche entre la vie institutionnelle régie par l'ordre pénitentiaire et les ac-

tivités thérapeutiques qui dépendent des soignants, permet aux manifestations psychologiques, à travers celles-ci, de se déployer en toute liberté.

- Le recueil du matériel :

Il est réalisé par les entretiens répétés que les patients ont avec un ou deux infirmiers ou infirmières et avec un médecin ou une psychologue. Il est évident que le recueil du matériel constitue déjà un acte thérapeutique. D'une part, il permet d'établir une relation au sein de laquelle transfert et contre-transfert ont un pouvoir mobilisateur. D'autre part le rapprochement entre plusieurs situations et comportements du patient, l'éclairage nouveau qu'apporte la verbalisation de certains faits passés ou des émotions ressenties, le retour sur le passé avec la réintégration du sujet dans son histoire, amène celui-ci à procéder par associations d'idées et donc à lier entre eux plusieurs secteurs de sa vie psychique : de la décharge brutale d'énergie que représente le passage à l'acte, il est donc permis de penser qu'il va être possible de passer à un fonctionnement où l'énergie reste liée aux représentations mentales et les favorisent.

Tout ce travail est aidé par l'utilisation, parallèle aux entretiens, de techniques tendant à développer la vie fantasmatique.

- L'utilisation du matériel :

L'intervention du psychanalyste, dont le rôle de chef de l'équipe soignante le prédispose à représenter une figure paternelle, se fait auprès des patients aussi bien qu'auprès des soignants, au cours d'un entretien récapitulatif avec le patient en présence des soignants, ou seule-

ment avec eux en réunion de synthèse. Avant toute chose elle invite le soignant à entendre le discours latent du patient derrière son discours manifeste qui le cache : par exemple à comprendre que telle réaction d'hostilité ne s'adresse pas forcément à elle, infirmière, mais à la mère qu'elle représente. C'est par la capacité d'aimer, non le sujet qui est là devant soi à l'instant, mais ce qu'il révèle de l'enfant qui est en lui, encore englué dans des réactions désespérées et contradictoires, que le moteur inconscient à des actes apparemment incompréhensibles peut être saisi. Les intuitions et l'empathie du soignant reviennent en feed-back au psychanalyste, l'aidant à comprendre plus vite.

L'interprétation, qui lie transfert et motivation inconsciente, vient parfois révéler au patient le sens de certaines de ses réactions.

- Résultats :

Des exemples concrets permettent de montrer l'acquisition d'un mode de fonctionnement psychologique auparavant inhabituel chez les sujets dont il est question. Ainsi peut-on voir ce que nous entendons par élaboration mentale par rapport au passage à l'acte.

REINSERTION EN PRISON

OU

PSYCHOTHERAPIE EN PRISON

par le Docteur PERRIN - Maison d'Arrêt de NANTES

INTRODUCTION :

Réinsertion, insertion évoque au départ une marginalité, une mise au dehors, par rapport à un ensemble.

Le délinquant est marginal, vit en marge de la Société dont il a transgressé les lois.

La prison est extérieure à la société par son enfermement, ses grilles, barreaux, censure et la coupure d'avec l'environnement que cela suppose, et en même temps, elle est réunion de personnes donc formant aussi une société avec des règles et des lois.

D'un côté, les délinquants sont exclus et de l'autre ils sont inclus dans un milieu fermé et ceci dans un même temps. La prison est donc une exclusion et en même temps une insertion, un châtement et un remède.

Nous essayerons de voir comment la ré-insertion peut commencer dès l'entrée en prison et non à la sortie comme il est d'usage de le faire à travers deux aspects importants :

1) la coupure dedans-dehors qui représente en fait une coupure de la personnalité délinquante,

2) l'immobilité du temps qui tend à annuler l'histoire délinquante.

Ces deux aspects pathologiques pouvant se "ré-insérer" dans un endroit intermédiaire : "l'espace et le temps thérapeutique".

I - COUPURE DEDANS-DEHORS1) Bon-mauvais

A entendre les détenus, ils sont différents à l'intérieur et à l'extérieur de la prison. Ils n'ont pas la même façon de parler ; "ici je ne peux pas faire ce que je veux, dehors, je suis libre". Que veulent-ils dire ? Peuvent-ils avoir une personnalité différente à l'intérieur et à l'extérieur, ou, ne font-ils pas référence à leur Moi intérieur et Moi extérieur et la discordance entre les deux ?

Aucun client ne s'est mal comporté devant moi et il en est de même avec les visiteurs, aucune parole, aucune mimique déplacées. Nous avons affaire à des individus châtiés - châtrés - ? Cependant ils nous laissent entendre que dehors, ce ne serait pas le cas et nous aurions devant nous des hommes convaincants, sûrs d'eux-mêmes selon l'image qu'ils ont de nous, dans une image projective : sûr de vous parce que en prison "vous avez le beau rôle", "dehors, vous seriez moins forte" ; "ici j'ai besoin de vous, dehors, je n'ai plus de problèmes", "dehors, je sais m'arranger tout seul".

Il y a donc une nette coupure entre ce qu'ils disent être dehors : durs, forts et ce qu'ils sont dedans :

faibles et dépendants.

A une époque, je me suis demandée si sa présence devant une personne non emprisonnée entraînait une identification à cette personne.

Le détenu cherche par tous les moyens à sortir de prison, sinon en s'évadant, du moins par des moyens tout aussi problématiques : comme il se tient bien, s'il fait preuve d'un bon comportement, d'un désir de changer certain, il aura des grâces. La grâce suprême serait de sortir tout de suite.

Son désir de changer, d'être sage représente donc son désir de sortir à la façon d'un chantage infantile.

Dur et fort d'un côté, faible et dépendant de l'autre, violent et mauvais dehors, docile et bon dedans, ces dualités représentent les clivages de sa personne. Clivages qui sont une défense contre les sensations pénibles perçues par son Moi et qu'il projette à l'extérieur. Ce qui est le point de départ de troubles morbides importants. Il y a une dichotomie entre le Moi bon qui donne du plaisir et qui plaît et le Moi mauvais qui donne de la douleur et qu'il projette vers l'extérieur et devient le non-Moi mauvais. De telle sorte que le Moi peut se sentir la bonne créature innocente mais toute entourée d'ennemis. En prison, nous retrouvons ces morceaux de Moi persécuteurs dans les yeux accusateurs (oeillottes) qui contiennent les propres souhaits envieux et destructeurs du détenu. Ceci signant la coupure entre le sur-moi accusateur et le Moi tourmenté par lui.

Un jeune de 18 ans qui était en prison pour violence et ce n'était pas la première fois, était venu me voir pour que "vous m'enleviez cette violence" qui lui faisait peur. Au troisième entretien il s'est imaginé qu'être non-violent

serait devenir "mou et faible comme une loque". "Dans ces conditions, ce n'est pas possible" a-t-il dit et il est parti.

En effet, il est extrêmement dangereux de se montrer faible et sans défense car l'autre sur lequel ont été projetés tous les désirs agressifs, le tuerait. Dans cette perspective où l'un est tout bon et l'autre tout mauvais, l'un chassant l'autre, il n'y a aucune possibilité de recourir à un équilibre salubre.

## 2) Manque de peau

Cette distinction entre dedans et dehors que le détenu fait à tous propos devient comme une défense à laquelle il s'accroche signifiant ainsi la confusion qu'il peut y avoir à ce propos et le manque de barrière entre l'un et l'autre : le manque de peau.

Si le monde extérieur du nourrisson est le monde intérieur de la mère, le monde extérieur du détenu est l'intérieur de la prison. Intérieur redouté parce que étouffant (beaucoup souffre de claustrophobie) et la barrière qu'il essaie de bâtir entre extérieur et intérieur est peut-être le désir si redouté de se séparer de la mère et aussi de s'y replonger.

Le désir et l'angoisse d'être enfermé à l'intérieur du corps maternel devenu menaçant, car renvoyant au corps propre du sujet, à ses pulsions orales et anales qui l'habitent et risquent de l'envahir. Prison symbole d'un utérus qui est vécu trop effrayant et étouffant par la projection de son désir d'être aimé, dévorant les objets internes de la mère avec le corollaire d'être dévoré, d'où la peur de s'y installer.

Si pour les uns, le bon se trouve dedans et le mauvais est rejeté au dehors, pour les autres, c'est le mauvais (délinquant) que l'on renferme dedans (prison). Cette non-compréhension est à l'origine d'un malentendu où l'on enferme la prison dans laquelle tout est mauvais, rien de bon ne peut en sortir et où là aussi, la société sépare le bien du mal. Dans ce cas, il ne peut être nullement question de réinsertion, car cela signifierait que du bon peut sortir du mauvais ; par quel miracle ?

### 3) Clivage droite gauche Coupures verticales horizontales

Quel équilibre peut-il y avoir pour ces êtres si instables, qu'ils donnent l'impression d'être en morceaux, écartelés entre la droite et la gauche.

Le droit, n'est-ce pas le juste et le gauche le mal à l'image du Jugement dernier : "les justes à ma droite et les mauvais à ma gauche".

Mais la gauche, c'est aussi le coeur, les sentiments et c'est la rupture ; d'un côté le juste, le droit et de l'autre ses désirs, tous dangereux parce que l'emmenant en prison, comment peut-il s'y retrouver ?

Coupe verticale mais aussi coupe horizontale entre la tête et le corps entre l'esprit et la matière.

Dehors ils agissent sans que leur pensée intervienne, c'est pourquoi beaucoup veulent se trouver irresponsables car ils n'ont pas voulu leur geste, ils ne sont donc pas coupables.

Ils annulent leur corps en prison (à moins qu'ils ne versent dans les symptômes physiques) en face d'une psychologue où la femme est absente parce que projetée en dehors.

"Vous n'êtes pas une vraie femme, ici", "je cherche la femme et elle n'est pas ici" avec le corollaire ; je ne suis pas un homme. "Je ne suis qu'un prisonnier" évoquant le fait de n'être devant moi qu'un morceau de lui comme je ne serai qu'un morceau de moi. L'autre morceau étant resté dehors : "vous êtes une femme-tronc".

### 4) Distorsion entre le haut et le bas

Le détenu est dans le "trou" comme le déprimé est au fond du gouffre. Dans les Mythes, l'enfer est en bas et le Paradis en haut. Dehors, il a une attitude maniaque, il est au 7ème ciel avec la toute-puissance qui lui est liée, c'est aussi la position qu'il nous donne : "descendez de votre piédestal" (où il nous a mis).

De bas en haut, c'est la position de l'enfant au sein de la mère et qui le laisse tomber. Son espace imaginaire va comporter une distance énorme entre lui et les sphères inaccessibles où se meut une mère lointaine. Distance entre l'un et l'autre si effrayante parce que signant son besoin démesuré de rapprochement, besoin si agressif qu'il en a peur. Un détenu, après avoir laissé tomber son briquet à mes pieds, me dit : "Poussez-vous" comme s'il avait peur de me toucher.

C'est la "panthère aux ongles rouges" dont il faut s'éloigner de peur d'être écorché vif, ce qu'il est : la peau arrachée à force de caresses dévorantes. Avec ANGELER-GUES, nous pensons que la fonction des limites rejoint l'im-pératif de l'intégrité.

### 5) Clivage blanc noir

Le détenu est à "l'ombre", ce qui renvoie à la nuit, au noir avec lequel il se confond :

Noir de délits, de choses inavouables. Celui qui vit au soleil est blanc comme le casier judiciaire.

Noir qui cache la misère, qui renvoie à la peur, l'angoisse que provoque la nuit et ce que l'on ne comprend pas, le noir de l'inconscient.

Dans la conception analytique, le blanc est la béatitude présumée du nourrisson satisfait après la tétée avec l'abandon de soi, passivité, engoutissement dans le sommeil.

"Je veux une cure de sommeil", "je passe mon temps à dormir" me disent certains clients qui préfèrent de beaucoup que je les laisse dormir plutôt que de les réveiller avec ce que cela comporte d'angoisses et de courage.

Noir qui permet de se cacher quand on a des désirs inavouables ou dans le cas de masturbation : "Si je vous vois dehors, je me cacherais pour ne pas attenter à votre réputation" comme si sa vue pouvait me salir. C'est en effet à un niveau anal qu'il se situe souvent : "celui qui infeste" par sa cigarette ou par ses pets qui m'empuantissent, "je sens mauvais, il faut ouvrir la fenêtre", "celui qui "emmerde" l'autre. Celui dont l'intérieur est noir comme dans une tombe "j'ai un cimetière en moi" où règne la mort en voie de putréfaction. Le dedans caché est une figure de "règne de morts" et pour ce client, il s'agissait de sa mère morte enfermée en lui et dans sa tombe qu'il avait creusée avec ses mains avec le fantasme de l'avoir tuée par ses délits et qu'il soit tué en représailles.

Le dedans barré par la pierre tombale comme une prison, dedans si attirant, parce que retour à la mère et si dangereux car ce dedans est menaçant et mortel. "Ventre cercueil de la mère".

## 6) Distance

La barrière de la prison est ambivalente car si elle sépare les familles, elle les rapproche aussi.

Combien de prisonniers qui n'ont dehors aucun contact avec leur famille et même leur sont hostiles (parfois mettant un point d'honneur à être le "maudit de la couvée"), arrivent à se rapprocher des leurs ? La séparation obligatoire rapproche. Il est plus facile d'accepter d'avoir besoin des autres si ceux-ci sont loin car le besoin ne deviendra jamais une main mise sur soi puisque la séparation existe. La distance met à jour le danger qu'il peut y avoir devant un désir si intense qu'il peut être engloutissant et mortel surtout pour un criminel qui justement à un moment, a perdu la notion de distance. La distance entre deux êtres est la représentation de la loi, de l'interdit mais elle est aussi angoissante que le rapprochement car elle est synonyme d'abandon et de mort.

BATESON raconte comment les Balinais mettaient entre deux clans rivaux, un no man's land désert entre eux, fréquenté uniquement par les vagabonds et les exilés de telle sorte que la rivalité ne donnait pas lieu à des combats.

C'est la distance qui maintient la "béance" de l'individu, béance souvent projetée à l'extérieur de soi ou bien que l'on comble par n'importe quel moyen.

"Ma femme est partie, et au lieu de boire, je vole pour venir en prison de peur d'être criminel".

C'est le vide intérieur contre lequel il se bat, mais peut-on se battre contre le vide à moins de se suicider.



C'est la distance qu'il faut essayer de rétablir dans une différenciation de ce qui est à moi et non-moi. Un client commençait les entretiens en touchant mes affaires sur la table, cherchant à distinguer ce qui était à moi et non à lui, cherchant une barrière entre le soi et le non-soi, une distinction non ambivalente, un espace où il peut être, lui, séparé de moi.

C'est pourquoi nous avons intitulé cet article "réinsertion" car ce qui doit être réinséré, c'est le mauvais objet projeté à l'extérieur "vous me détestez", le mauvais que l'on rejette.

Si dans l'enceinte de la prison, il peut se sentir accepter, c'est non seulement une partie de son Moi qui est intégré mais lui tout entier.

Nous retrouvons BATESON et sa théorie alcoolique : accepter son alcoolisme à l'intérieur du "soi" pour supprimer le dualisme cartésien : esprit, matière - volonté consciente et le reste de la personnalité. Le délinquant est pris dans cette dualité : dedans-dehors, libre-prisonnier...

Il est intéressant de noter la connotation et l'importance de l'ESPACE où ont lieu les entretiens thérapeutiques : le centre de la prison appelé le ROND POINT où aboutissent tous les couloirs, comme le corps d'une araignée, allongeant ses pattes aux extrémités desquelles sont les cellules et dont l'une conduit à l'extérieur.

Espace appelé par un client le SAS. Espace intermédiaire, de rencontre du dehors et du dedans, ni objet extérieur ni objet intérieur qui n'appartient ni à la psychologue ni au client, mais espace dont il peut se servir, où peut naître une parole.

Espace intermédiaire entre des opposés rigides : blanc-noir, propre-sale, droit-délinquant.

Espace intermédiaire où point de rencontre de deux extrémités où quelque chose pourrait se passer, mais n'est-ce pas interdit ? Que faites-vous en prison ? Cela se peut-il qu'on y vienne volontairement ? Se peut-il que l'inconscient qui fait venir en prison soit aussi une part de lui ?

Endroit intermédiaire avec une grille qui laisse passer ? Grille non pas ininterrompue mais perméable. Lieu de rencontre de deux dualités, dualités entre l'idéal et la réalité. Perméabilité entre conscient et inconscient, trafic à deux voies.

La croissance intervient à l'endroit où les différences se rencontrent, se confrontent et s'interpénètrent.

## II - LE TEMPS

La venue dans cet endroit intermédiaire qu'est l'entretien thérapeutique est liée non seulement à l'espace mais au temps. La relation est étroite entre le temps et l'espace et les perturbations du sens de la durée sont à la base de bien des troubles de la perception de l'espace.

Les détenus étant toujours présents, ils sont supposés être toujours disponibles et on vient les voir sans les prévenir, à n'importe quelle heure et quel jour, ce qui entraîne une "attente" insupportable. Attente de tout et de rien, attente très angoissante. Une certaine façon d'être en suspens, en survie, sur la corde raide, dans un équilibre d'autant plus

précaire qu'ils ne savent de quel côté ils tomberont, puisque, là aussi ce seront les autres qui décideront de leur sort. "C'est un manque de respect" dit l'un.

Temps suspendu, sans histoire, anhistorique. Le temps n'est pas une réalité, d'autant plus que les journées sont répétitives dans leurs moindres événements : lever, repas, promenades, douches, coucher. La répétition des mêmes gestes arrête le cours du temps. Il y a abolition du temps qui devient temps éternel et celui qui le vit immortel. Les murs de la prison sont aussi éternels.

Cet arrêt du temps historique peut être considéré comme une défense contre l'angoisse que la vie puisse continuer sans lui, sans qu'il puisse y imprimer sa marque. Le temps s'arrête en prison, et reprend le jour de sa sortie.

"Je n'ai pas besoin de montre en prison". Si on ne lui accorde pas d'attention, le temps n'existe pas. "Ici il n'y a rien de neuf, c'est toujours pareil". Le temps ne bouge pas, donc aucune transformation, aucun événement irréversible. Tout recommence à son début à chaque instant. Le temps n'a aucune influence sur l'existence. N'est-ce pas la définition de l'immortalité ?

Cette immobilité du temps (correspondant à l'immobilité de l'espace) est aussi une tentative de régénération pour effacer le souvenir des péchés, dit M. ELIADE. Quel est ce péché pour le détenu, sinon le délit dont le souvenir est insupportable. C'est pourquoi, ils ont des "trous de mémoire" : "En prison, on perd la mémoire". Que faut-il oublier, sinon le délit ? Temps arrêté qui annule l'histoire du délit ainsi effacé d'une façon magique. Le détenu n'aurait pas d'histoire, "ce qui ne serait pas sans histoire". Il n'a ni passé (qu'il veut effacer) ni avenir. A-t-il un présent ?

"L'enfant a beaucoup grandi, mais il a perdu toute sa mémoire. Car la sorcière avait empoisonné le fruit. En y mordant, il y avait laissé tous ses souvenirs ? Aussi n'a-t-il plus un bon sentiment" raconte H. BOSCO.

Le détenu voudrait annuler l'histoire à cause de son délit et de ses mauvais sentiments comme un péché, avec un désir de recommencer dans un "éternel retour vers le paradis perdu". Si on se réfère aux primitifs, la perte de mémoire est due à l'absence de l'âme et est une conséquence d'une infraction.

Ce refus opposé à l'histoire trahit la phobie du mouvement et de la spontanéité avec tendance au repos (combien veulent travailler en prison ?) c'est l'immobilité de la mort où le temps disparaît.

"C'est le temps circulaire. L'enfant n'entre dans le temps chronologique qu'avec l'acceptation du double interdit oedipien. Le temps circulaire, figure symbolique du cercle à l'intérieur duquel la mère et l'enfant fusionnent, est le temps d'avant le sevrage, d'avant la séparation de la mère et de l'enfant, le temps de la répétition indéfinie du plaisir de son sein allaitant, de ses soins caressants, de sa mélodie enchanteresse" ANZIEU N.R.P. n° 3 p.192

L'enfant qui vit dans le temps circulaire, le temps de la répétition, se croit immortel.

L'immobilité du temps est aussi une défense contre l'irréalité, ce qui périt est irréel. Si tout est immobile, rien ne se perd et devient réel. Le détenu a soif de réel ; d'être. C'est la terreur de se perdre en se laissant envahir par l'insignifiance de l'existence : insignifiance de ceux qui sont toujours disponibles.

Avoir des rendez-vous fixes, tels que se présentent les entretiens thérapeutiques, représentent alors une certaine importance que certains ne supportent pas (due à l'ambivalence) une sortie hors de l'anonymat : "c'est plus facile de rester anonyme" dans l'obscurité de la foule.

Ces rendez-vous représentent alors des repères dans l'indifférentiation : "J'ai besoin de repères". "Vous coupez la monotonie" repères qui coupent, évènements qui deviennent irréversibles, qui annoncent une histoire, donc provoquent une angoisse, car "chaque jour est le dernier jour" dit le joueur de DOSTOIEVSKI. Avoir des repères, entraîne une prise de conscience de son impuissance, de sa dépendance opposée à sa toute-puissance magique et de sa responsabilité opposée au sentiment qu'il a d'être non coupable et mortel.

La prison avant le jugement n'a aucune valeur éducative dans le sens où le prévenu ne se sent pratiquement jamais coupable. A un client qui me racontait que son père lui promettait la maison de correction quand il était enfant, ce qui n'était jamais arrivé, je rétorquais "la prison ?" - "Non, dit-il la prison n'est pas une maison de correction" ceci se passait avant un jugement aux Assises pour vols qualifiés.

Le procès n'est que la roulette russe. Il risque une condamnation pour l'espoir d'être gracié".

### CONCLUSION

Cette immobilité du temps et l'annulation d'une partie de son histoire, renvoie au chaos, à l'image primitive du monde.

Ce retour vers une image parfaite de lui dans la béatitude est aussi une recherche du Nirvana avec suppression du désir et anéantissement total, entraînant une baisse maximale de tension et un glissement au niveau zéro. (La prison est essentiellement un endroit où le désir est réduit au minimum).

La mort reste donc dans le champ de toutes ces démarches idéales qui se poursuivent dans le rejet de la loi : le délinquant joue avec la mort : agressivité qu'il s'agit de réintégrer et non de la rejeter.

Je finirai par une phrase de LE CLEZIO :

"Dans son regard, on peut deviner ce qu'il attend, ce qu'il cherche. C'est comme si une partie de lui-même était resté au lieu de sa naissance, au-delà des collines de pierres et des montagnes enneigées, dans l'immensité du désert et qu'il devait un jour retrouver cette partie de lui-même pour être tout à fait un".

REFLEXIONS SUR LES POSSIBILITES THERAPEUTIQUES

EN MILIEU CARCERAL POUR DES MALADES MENTAUX CONDAMNES POUR VIOL :

à propos de 4 observations.

par le Docteur WULFMANN

Nous nous proposons de décrire les modes de prise en charge et les thérapies entreprises depuis deux ans au Centre d'observations de Château-Thierry sur des malades mentaux condamnés pour viol et attentats à la pudeur. Nous ne réduisons pas bien entendu le problème du viol à la pathologie psychiatrique. Le Centre d'Observations de Château-Thierry est un établissement pénitentiaire spécialisé relevant uniquement du Ministère de la Justice destiné aux condamnés psychopathes. Par cette vague définition, l'administration pénitentiaire incluait aussi bien les malades mentaux non aliénés que les détenus gênants par leurs troubles du comportement, mais actuellement ne s'y trouvent que des malades mentaux hommes représentant l'ensemble de la pathologie psychiatrique.

La caractéristique essentielle de cet établissement est qu'il ne reçoit que des condamnés, à la différence des centres médico-pénitentiaires régionaux. Donc le jugement a déjà eu lieu, précédé le plus souvent des expertises et examens psychiatriques. La peine prononcée, le condamné connaît son sort, ce qui va influencer sur l'ensemble du processus thérapeutique.

Cependant, même si notre travail se situe après l'intervention de la loi, nous ne pouvons ignorer le cadre médico-juridique dans lequel nos patients ont été condamnés.

Il est indéniable que l'évolution de la psychiatrie publique et l'ouverture généralisée des services hospitaliers

entraîne l'augmentation du nombre de condamnés pour violences sexuelles reconnus responsables, comme de l'ensemble des malades mentaux en milieu pénitentiaire. Ce mouvement ne peut que s'amplifier dans l'état actuel de l'article 64 du code pénal. Certes, il est compréhensible que devant la gravité potentielle de ces troubles du comportement, les psychiatres du service public répugnent à recevoir, dans des services non équipés, désormais pour assurer la sûreté des personnes de tels malades et que les experts en tiennent compte. Mais peut-être peut-on s'interroger sur le plan déontologique sur certaines expertises provenant soit d'anciens médecins traitants, soit des responsables même d'une éventuelle prise en charge psychiatrique.

Ce problème peut être rapproché de celui de l'atténuation de la responsabilité, compte-tenu des troubles mentaux. Logiquement, il en est tenu compte lors du jugement, et la durée de la peine est inversement proportionnelle à la gravité de la pathologie. Mais, cela implique également que des malades mentaux à la dangerosité certaine seront d'autant plus rapidement en liberté totale qu'ils sont plus malades.

L'importance de ces problèmes médico-juridiques apparaît dans notre travail au sujet du devenir post-pénal de nos patients lors des propositions de libération conditionnelle et des libérations définitives. Car, nous avons souvent affaire aux mêmes psychiatres que lors des expertises. Et, nous ne pouvons pas faire abstraction de cette dangerosité de ce risque de récidive ; nos patients et les magistrats non plus !

FONCTIONNEMENT du CENTRE D'OBSERVATION

Mode de recrutement des condamnés pour crimes sexuels.

1. Il s'agit de condamnés présentant des troubles

psychiatriques avérés, souvent déjà suivis sur le plan psychiatrique. Lors de leur incarcération, ils ont été suivis par le C.M.P.R (Centre Médical Pénitentiaire Régional) ou, de plus en plus rarement internés, dès leur condamnation, ils sont adressés aussitôt au Centre d'Observation. Il s'agit le plus souvent de psychotiques et la quasi totalité de leur peine se déroulera en milieu psychiatrique.

2. En prison, comme ailleurs, certains délits ou crimes ne sont pas tolérés, notamment ceux à l'égard d'enfants ; devant ce rejet par les autres détenus de certains criminels sexuels, l'administration pénitentiaire les dirige sur le Centre d'Observation.

A l'exception des expertises et même s'il s'agit de récidivistes, nous constatons qu'ils n'ont presque jamais eu affaire à des psychiatres à l'extérieur, comme en prison. Il s'agit essentiellement de pervers ou de névrosés. Il faut y rattacher quelques détenus, qui d'eux-mêmes ou poussés par leur famille, demandent à être soignés. Ces deux catégories sont les plus fréquentes.

3. Enfin, à l'occasion d'épisodes psychiatriques aigus, dépressifs ou délirants, certains condamnés nous sont adressés.

#### La prise en charge.

L'insuffisance des moyens mis à notre disposition ne nous permet pas encore de faire appel à des thérapies institutionnelles ou à des psychothérapies de groupe. Et compte-tenu des modes de traitement autorisés en France, nous n'avons recours qu'à la chimiothérapie et aux psychothérapies d'inspiration analytique, reprenant diverses expériences tentées dans le monde entier depuis 50 ans.

Les possibilités et les caractéristiques des psychothérapies dans les prisons françaises ont été exposées notamment dans les travaux de P. HIVERT et de ses collaborateurs au C.M.P.R. de la Santé à Paris. Et il nous semble également que ni l'absence de libre choix du thérapeute ni la détention proprement dite ne s'opposent à une relation authentique. Mais le point le plus important qui nous paraît être le moteur ainsi que le garant de ces thérapies est la réapparition d'une neutralité du thérapeute en milieu carcéral. En effet, la condamnation a été prononcée, le détenu sait que sa démarche n'influera pas sur la durée de sa peine, mais que seuls des motivations personnelles peuvent jouer et que le seul bénéfice qu'il pourra en retirer sera sa santé psychique.

En même temps, le thérapeute doit assumer sa frustration, même s'il estime son patient guéri, l'action de la justice se poursuit. Ce sont à la fois les limites et les conditions de notre travail.

Techniquement d'autres points sont à citer :

- Le contre-transfert du thérapeute vis-à-vis de l'horreur de certains crimes a été notamment étudié par M. SCHERRER, mais il est impossible de nier que toutes les prises en charge ne sont pas possibles, et le faible nombre de thérapeutes (3) ne permet pas tout.

- La confiance qu'ont les détenus envers le secret médical mais aussi le fait qu'expertise et jugement ont eu déjà lieu, leur permet souvent des révélations concernant les faits incriminés, aussi nous évitons dans la mesure du possible de prendre des notes.

- Enfin, nous laissons les détenus libres de de-

mander leur transfert vers d'autres lieux de détention, dans la mesure du possible. Compte-tenu de l'archaïsme du règlement et de la vétusté des locaux du C.O., la seule motivation pour y séjourner ne peut être qu'une demande thérapeutique. Et la décision de quitter le centre a fourni souvent l'occasion de terminer les thérapies par une authentique liquidation du transfert, de part et d'autre.

Nous développerons d'autres points à travers les observations cliniques.

. Monsieur R..., 25 ans, originaire d'un département d'outre-mer, de race blanche, dernier enfant d'une fratrie de 8. A la suite du décès accidentel de ses parents, alors qu'il était âgé de 9 ans, il a été confié à la D.D.A.S.S. et placé dans une institution religieuse. Il n'a poursuivi que des études médiocres. Après son service militaire en métropole, il s'est marié, a eu deux enfants et a travaillé dans le bâtiment.

A l'occasion d'un chantier dans une maison particulière, où il y avait deux jeunes filles âgées de 18 et 8 ans, il a, selon les faits incriminés, essayé de violenter la plus jeune et l'aînée étant arrivée, il l'a blessée grièvement après avoir également tenté de la violer. Lors du procès, il a nié les tentatives de viols et accusé l'aînée des jeunes filles de l'avoir provoqué.

L'expertise n'a pas retrouvé d'anomalies mentales mais elle la décrit comme à la limite de la débilité, rusé et pervers. Lors du procès, le procureur lui apprit le décès de son fils aîné, âgé de 4 ans, pour des motifs qui sont encore inconnus. Il fut condamné à 20 ans de R.C. et sa femme obtint le divorce.

Après la condamnation, il a présenté des épisodes d'agitation psychomotrice et des troubles du comportement : auto-mutilation, mais aussi tentative de fuite. Des traitements neuroleptiques et anxiolytiques importants furent administrés en vain. Et il fut adressé au C.O. pour épilepsie incontrôlable à la fin de 1980.

L'examen E.E.G. est normal, cliniquement les crises qu'il présentait à son arrivée était à l'évidence de type hystérique. Tout traitement médicamenteux fut arrêté en quelques jours. Une psychothérapie lui fut proposée, qu'il accepta facilement en raison du rôle culturel reconnu des rêves, et de la possibilité qui lui était offerte pour la première fois d'exprimer son angoisse au sujet de la mort mystérieuse de son fils.

Depuis un an, une psychothérapie est poursuivie à un rythme d'une séance par semaine, dont voici un exemple. Lors d'un entretien, il évoqua un rêve ou un requin l'attaquait ; à partir des dents et du sang, il associa sur un sexe féminin : nous retrouvons ainsi le thème classique du vagin denté. Lors de la séance suivante, il put parler de sa peur des femmes et alors qu'il avait toujours nié son crime, me le raconter en disant qu'il avait fait avant le crime des rêves analogues, associant la mort de ses parents à des images de sexualité. Il rapprocha l'âge de la victime, 8 ans, de son âge lors de la mort de ses parents.

La problématique de ce patient tourna autour du complexe de castration et de l'identification, et on peut discuter du rapport névrose-perversion dans une perspective psychogénétique.

Ce cas que j'ai rapporté en détail n'offre que

peu de particularités sur le plan médico-légal, par contre son pronostic thérapeutique est relativement favorable. Il nous permet d'illustrer les possibilités d'intervention soignante que nous a données la condamnation. La neutralité où nous sommes vis-à-vis de la justice, et la notion de secret médical sont parfaitement perçues par le détenu. Cette prise en charge ne demande que des aménagements techniques mineurs en milieu carcéral, alors qu'elle serait extrêmement difficile en tout autre circonstance.

Le cas suivant pose, lui, certains problèmes médico-légaux.

. Monsieur C., 27 ans, a été condamné à 7 ans de réclusion criminelle pour participation à un viol collectif. Il s'agissait d'un marginal, oscillant entre certaines communautés écologiques et quelques sectes ésotériques, avec de brèves hospitalisations en milieu spécialisé pour épisodes anxio-dépressifs. L'expertise ne reconnut pas le rôle de la prise de toxiques lors du viol mais décrivit une personnalité schizoïde, ce qui lui valut une condamnation relativement légère compte-tenu de la loi de 1980.

Une détention en milieu normal fut impossible, jusqu'au jugement, il fut hospitalisé au C.M.P.R. Puis il fut transféré au C.O. pour bouffée délirante aiguë. Malgré un traitement neuroleptique retard de tels épisodes se reproduisirent. Entre les crises, longtemps il rejeta toute pathologie, attribuant ses troubles à sa toxicomanie, ce qui est désormais un mode de présentation habituel des jeunes psychotiques. Il a toujours refusé un internement en hôpital psychiatrique et une libération conditionnelle médicale, la détention représente pour lui, comme pour beaucoup un dernier critère de normalité.

Sa libération approche et nous projetons de le faire retourner sur le C.M.P.R. de sa ville d'origine plus à même

d'assurer un relai avec le secteur d'hygiène mentale. Même si nous n'avons pas pu traiter l'ensemble de la pathologie de ce patient, il accepte désormais une prise en charge psychiatrique que son état mental et sa dangerosité potentielle exigent. Mais ces soins indispensables lui seront-ils donnés devant le peu d'empressement de la psychiatrie publique à prendre en charge un malade aussi difficile. La difficile conciliation entre le respect de la liberté individuelle et la nécessaire obligation de soins se posent avec acuité : sans traitement, la récidive est probable mais qui le soignera de manière ambulatoire car son état ne justifie ni ne nécessite une hospitalisation.

Le cas suivant pose, lui, la difficile application de l'article 64 et sa nécessaire actualisation.

. Monsieur M., 29 ans, condamné à 7 ans de réclusion criminelle. Il s'agit d'un schizophrène, soigné depuis son enfance en milieu psychiatrique. Dans les mois précédents le viol, il avait été condamné pour attentat à la pudeur avec sursis sous condition d'un traitement médical qu'il n'avait pas suivi.

L'expertise avait confirmé le diagnostic de schizophrénie mais abouti à la conclusion d'une responsabilité partielle. Il n'est pas sans intérêt que l'un des experts ait été le psychiatre traitant de l'enfance et l'actuel responsable du secteur d'hygiène mentale dont dépendait Monsieur M. Le condamné fût aussitôt interné dans l'hôpital psychiatrique départemental pour autisme et le médecin traitant prit contact avec cet expert pour une éventuelle libération conditionnelle médicale. Ce psychiatre refusa en alléguant que ne disposant que de locaux d'hospitalisation ouverts, il ne pouvait assurer la sécurité des personnes. Nous devons constater l'inadéquation de la loi par rapport à l'évolution de la psychiatrie.

L'état de ce patient s'est sensiblement amélioré, et la libération approche. Une offre de libération conditionnelle médicale lui avait été faite sous forme d'hospitalisation dans un service de sûreté, il l'avait refusée. De retour au C.O., interrogé de nouveau sur la signification qu'il accordait à une libération conditionnelle : il l'a défini ainsi : "pouvoir présenter au psychiatre son bulletin de salaire au lieu du Commissaire de Police".

Devant cette négation de l'hospitalisation comme thérapeutique, il y a certes le déni de la pathologie et l'utilisation de la psychiatrie comme moyen de sortie mais plus profondément la problématique du rôle de la loi comme instance organisatrice et protectrice ainsi que la recherche du contenant prison-hôpital.

Dans la pratique, il nous est impossible d'accepter que psychiatrie et justice se renvoient ce patient qui ne peut formuler de demande, et il est probable qu'à la fin de la peine, ce patient étant dangereux pour lui-même et les autres, conformément à la loi de 1838, un internement dans un service de sûreté sera demandé.

Nous terminons sur le cas de Monsieur D., condamné à 10 ans de R.C. pour viol, cet homme de 35 ans avait été déclaré indemne de tout trouble mental lors de l'examen médico-psychologique, et nous avons bien précisé que notre propos ne concernait que les rapports entre viol et maladies mentales, en ne les identifiant pas. Mais il est impossible d'exclure toute dimension pathologique de ce crime et ce cas en est une illustration.

Ce condamné fut adressé au C.O pour état dépressif réactionnel. En fait, les psychiatres du secteur dans un but "humanitaire" avaient voulu le faire interner à proximité de



son entreprise et de son domicile. Ceci fut rapidement éclairci, et pendant le bref intervalle où il séjourna au C.O., il eut plusieurs entretiens avec la psychologue à sa demande, car cette fois-ci l'éloignement l'avait authentiquement déprimé.

Il peut lui dire qu'il avait besoin de rituels pour accomplir l'acte sexuel et que ce n'était pas la première fois qu'il commettait un viol mais qu'en raison de sa position sociale, il avait pu échapper aux poursuites. Ce comportement pervers se retrouvait au niveau de ses affaires (faillites frauduleuses) et qu'il avait interprété la demande d'internement comme le résultat de sa manipulation, renforçant ainsi ses défenses perverses.

Lors du dernier entretien, interrogé sur la signification pour lui de son transfert vers le centre de détention, il répond : "cela permet de ne pas s'attacher à quelqu'un" et il annonce à sa thérapeute sa décision d'entreprendre une psychanalyse à sa libération. Même si on peut s'interroger sur l'avenir de ce projet, son séjour au C.O. aura permis au moins une prise de conscience de ses troubles.



EXPERIENCE DE VIE DE GROUPE EN MILIEU CARCERAL

par l'Equipe d'Animation du C.M.P.R. de PARIS

Voyons d'abord comment s'est effectuée la mise en place des activités de groupe du C.M.P.R de la Prison de la Santé.

Le Docteur P. HIVERT, Médecin-Chef du C.M.P.R., souhaitait depuis longtemps que se déroulent de telles activités au sein de son service. Après l'échec des tentatives faites en 1961 avec des surveillants, puis en 1964 avec une psychologue, il en avait différé l'ouverture faute de local approprié et de personnel spécialisé.

Celle-ci fut à nouveau envisagée quand on put récupérer d'anciennes cellules pour les transformer en ateliers à la suite d'une diminution de l'effectif des détenus du C.M.P.R. de 90 à 50, intervenue en 1974 et lorsque le Ministère de la Justice accepta de créer un poste d'éducateur en 1975.

Michel GUIR, le premier titulaire du poste, démarre seul ces activités qui se développèrent d'abord autour de deux pôles : des groupes de discussion et un atelier de linogravure. Il est bientôt secondé par un psychologue en stage de 3ème cycle au C.M.P.R., Gabriel SCIAMMA. Des entretiens réguliers ont lieu avec Madame GRECO, psychologue du service, pour parler des difficultés rencontrées. Nous verrons plus loin l'importance de ces rencontres hebdomadaires.

En 1977, Michel GUIR obtient du Ministère de la

Justice le recrutement de deux animateurs à mi-temps ; Manuel GALAN, peintre et animateur de théâtre, entre en fonctions en Janvier, Michel GOLDSTYN, potier, en Juin ; une autre psychologue du service, Sylvie CROUZATIER, décide de participer à l'atelier poterie qui vient d'ouvrir.

Quant au financement, il est assuré conjointement par l'Administration Pénitentiaire qui couvre les dépenses de fonctionnement (fournitures diverses : papier, terre etc...) et par des dons d'oeuvres privées qui assurent les dépenses d'équipement (achat du four pour l'atelier poterie etc...). Pour être en mesure de recevoir ces dons, une association loi 1901 est créée, l'Association "APRES".

En Octobre 1977, Michel GUIR démissionne, Gabriel SCIAMMA assure l'intérim, Philippe JACQUETTE, psychologue au C.M.P.R., décide de consacrer une partie de son temps aux activités et anime avec ce dernier les groupes de discussion. En Mai 1978, Jean-Michel LEBOLAIRE succède à Michel GUIR. Enfin, en Janvier 1981, Sylvie CROUZATIER met fin à sa participation à l'atelier poterie.

Voyons le fonctionnement actuel des "activités".

Pour les détenus comme pour le personnel du CMPR, les "activités" désignent tout un ensemble de choses : un lieu précis, des moyens d'expression spécifiques et surtout la possibilité de nouer des rapports humains différents, bref un espace original qui tranche sur le reste de la prison ... Aller aux "activités" ne veut pas dire pour autant qu'on va se livrer à telle activité précise ... Nous en reparlerons. Cela montre simplement que pour tous ceux qui cohabitent ou qui interviennent au C.M.P.R "il se passe quelque chose" d'original dont ils mesurent la singularité et l'importance.

L'équipe comprend donc actuellement : un éducateur, deux animateurs "techniques", un psychologue du CMPR.

Les séances ont lieu quatre matinées par semaine au 1er étage du service. Ce niveau est divisé en deux parties, l'une est occupée par des cellules individuelles qui donnent sur une coursive, l'autre, dont elle est séparée par une grille, est constituée par d'anciennes cellules transformées en ateliers donnant sur une large galerie. C'est dans celle-ci que se tiennent les activités. Cet espace est sous la responsabilité de l'équipe d'animation. Les surveillants n'y pénètrent que si l'équipe le leur demande ou pour chercher un détenu attendu par son avocat, son visiteur etc... Il est aussi tout-à-fait distinct des locaux utilisés par l'équipe Médico-Psychologique qui sont situés au rez-de-chaussée. Il s'agit donc d'un lieu très particulier qui fonctionne habituellement hors de la présence des thérapeutes et des surveillants.

Outre sa participation à la réunion de synthèse hebdomadaire de l'équipe du C.M.P.R., le secteur "animation" se réunit aussi une fois par semaine avec la psychologue, comme le faisait Michel GUIR ; nous montrerons plus loin le rôle primordial joué par cette réunion de l'équipe "animation".

Les activités offertes sont théoriquement : poterie, arts graphiques, discussion, théâtre, musique. Des séances de yoga, des cours de rattrapage scolaire assurés par des personnes qualifiées ainsi que des conférences données par le GENEPI ont lieu dans les mêmes locaux sous la responsabilité de l'éducateur.

Tous les détenus du C.M.P.R. peuvent participer à ces activités. Dès leur entrée dans le service, l'éduca-

teur leur donne des informations matérielles (horaires, contenu des activités etc...) et leur notifie les "règles du jeu" qui permettent leur bon déroulement. Nous les énumérerons plus loin.

Les détenus ne sont pas rémunérés, les objets produits ne sont pas commercialisés, ils appartiennent aux détenus ; mais tout objet laissé aux activités, appartient à l'atelier où il a été produit, c'est-à-dire en définitive au groupe.

Les activités n'ont pas toujours fonctionné suivant les mêmes principes. Durant la première période (avant l'arrivée des animateurs techniques), une ou deux personnes assurant seules le fonctionnement des groupes, les activités, discussion ou linogravure étaient organisées sur un mode très rigoureux : les détenus devaient s'inscrire auprès de l'éducateur. Il existait un numerus clausus. Une participation active était exigée des détenus inscrits. Enfin, ils pouvaient être exclus des groupes en raison soit de leur passivité soit de motifs disciplinaires. Malgré l'enthousiasme qu'elles suscitent d'emblée, les activités vont connaître des débuts difficiles en raison des conflits de pouvoir qui vont éclater : conflits entre détenus, entre détenus "leader" et éducateur, entre éducateur et surveillants, entre éducateur et thérapeutes. Ces conflits larvés ou ouverts aboutissaient parfois à des passages à l'acte violents tant chez les détenus que chez les surveillants ou les thérapeutes. Nous en ferons l'analyse tout à l'heure, En tout cas les rencontres de l'équipe d'animation avec une psychologue du service, intervenant neutre, puisqu'elle ne "montait" pas aux activités devenaient de plus en plus nécessaires pour permettre à l'équipe d'analyser ces conflits et de réfléchir sur les moyens de les résoudre.

Avec l'arrivée des animateurs techniques et le remplacement de Monsieur GUIR par J.M. LÉBOULAIRE, on franchit une nouvelle étape. Le nombre des séances hebdomadaires est augmenté, le numerus clausus est supprimé. Du coup une des causes de tension avec les surveillants et les thérapeutes disparaît : on ne se dispute plus sur le fait de savoir qui peut ou ne peut pas aller aux activités. De même la compétence technique reconnue des animateurs atténue les heurts entre l'équipe d'animation et les détenus.

Celle-ci, par consentement tacite de ses membres, se donne pour but d'amener le maximum de détenus à pouvoir s'exprimer par le biais d'une production (poterie, peinture, dessin, texte écrit, expression verbale) Elle incite les détenus à participer au maximum et "à faire quelque chose", le "forcing" qui caractérise alors les activités est un héritage de la première période. Sans doute l'équipe avait-elle besoin de se rassurer sur son efficacité vis-à-vis d'elle-même et vis-à-vis des autres intervenants du C.M.P.R. Elle devait s'imposer. Elle pensait y parvenir en obtenant des détenus une participation et un rendement exemplaire...

Qu'en est-il aujourd'hui ? les choses ont bien changé. Pour s'en rendre compte, le mieux est encore de décrire comment se passe une séance.

Les détenus arrivent les uns après les autres, les animateurs les accueillent, on se salue, on échange des nouvelles, on plaisante, puis chacun se détermine suivant son désir du moment, quelques uns entrent dans l'atelier poterie ou l'atelier peinture, d'autres viennent consulter les journaux apportés par le psychologue mais beaucoup préfèrent déambuler dans cette galerie qui sert d'agora, seul, à deux ou à plusieurs. Souvent on accoste les animateurs uniquement

pour discuter avec eux. Mais la physionomie des activités change au cours de la matinée, des groupes se font, d'autres se défont, certains quittent une activité pour une autre ou demandent à remonter en cellule. Les activités ressemblent à une mosaïque en mouvement. Les détenus vont et viennent à leur guise, ils sont libres de pratiquer l'activité de leur choix et de s'y impliquer comme ils l'entendent, lieu et degré d'implication sont laissés à leur convenance ; comme ils peuvent, beaucoup ne s'en privent pas, ne rien choisir du tout. C'est si vrai que les personnes qui visitent le service, des stagiaires pour la plupart, en repartent le premier jour avec l'impression que les détenus passent le plus clair de leur temps à parler et les animateurs à les écouter. Au fil du temps une nouvelle activité s'est imposée à l'insu de tout le monde, l'activité "couloir" comme l'ont baptisée les détenus. De loin ce couloir ressemble à la cour de promenade, on marche en parlant mais de près c'est bien différent. Il n'y règne pas la même tension, on ne passe pas son temps à s'éviter ou à se défier, les discussions ne dégénèrent jamais en bagarres. Quelle surprise pour le nouvel arrivant ! Il est rassuré ou quelquefois dépité : Il va être obligé de respecter les règles en vigueur au sein des activités, c'est-à-dire, en premier lieu, bannir de son répertoire la violence physique, apprendre la tolérance etc... bref c'est un changement de mentalité auquel on le convie, en l'invitant à participer aux activités, car ce qui se passe dans le couloir se passe aussi dans les ateliers mais l'activité couloir est peut-être la plus originale et la plus importante. On n'y apprend pas à fabriquer des objets, mais en revanche on y apprend à vivre en groupe. Ce n'est pas pour rien si les détenus ont été les premiers à en souligner la portée.

Mais de notre côté nous avons mis du temps à en voir tout l'intérêt tellement nous étions obsédés par cette

idée qu'il n'y avait point de salut hors l'apprentissage d'une technique et la production effective d'objets culturels. Nous nous sommes découragés à plusieurs reprises devant les difficultés que nous éprouvions à obliger les détenus à se conformer au modèle que nous avions conçu. Nous étions désespérés de les voir errer d'un atelier à l'autre, semblables à des poissons rouges qui se heurtent sans cesse aux parois de leur bocal. Errance identique pour beaucoup à celle qui caractérise leur existence hors de la prison ; toujours à la recherche d'un Graal impossible à atteindre, ils ressemblent à ces clochards qui attendent Godot. Ils sont souvent passifs, ils ont peur en fait de se jeter à l'eau : ils craignent de perdre la face devant leurs codétenus ou devant nous. Beaucoup attendant que nous commencions à travailler pour se mettre au travail, certains se contenteraient de nous regarder travailler. Il faut tout le temps les relancer, les appâter. De plus, comme les enfants, ils se lassent très vite des choses : au début c'est tout beau, la curiosité aidant, tout le monde se précipite puis l'affluence diminue jusqu'à ce que le taux de participation atteigne une palier relativement stable. Comme les parents qui inventent sans cesse de nouvelles histoires pour leur progéniture, il faudrait inventer de nouvelles activités... Devant notre incapacité à satisfaire leur besoin de changement, les détenus ont résolu la question en inventant une activité à leur mesure qui comble en partie ce besoin. Cela s'est fait tout seul, en l'absence de toute concertation. Ils ont eu raison de nous.

Nous avons cessé de nous décourager le jour où nous avons compris que ce n'était pas le vide comme nous le pensions et que l'important, c'était moins les activités en tant que telles que le climat qui y régnait. Nous avons été complètement rassurés sur notre capacité à faire avancer les choses quand nous nous sommes aperçus que la tension

au sein du groupe et les manquements aux règles qui lui permettent de fonctionner selon un schéma quasi congestionnaire, diminuaient à mesure que nous étions moins directifs. Ce qui ne veut pas dire que nous soyons devenus laxistes car en échange nous leur avons demandé d'être encore plus respectueux de la loi. Renoncer à faire des activités une machine à produire, c'était permettre l'éclosion d'une vie de groupe, la création d'un tissu relationnel où la présence des différents animateurs favorise l'expression sans violence, l'apprentissage de la tolérance, du respect d'autrui et d'un minimum de démocratie. Les détenus du C.M.P. peuvent trouver là une possibilité d'expression dans une relation non médicalisée (ce qui ne l'empêche pas d'être thérapeutique) par le biais ou sans biais d'une technique particulière avec l'interlocuteur de son choix (éducateur, potier etc...) avec ou sans la présence de ses codétenus dans un contexte où tout rapport de force est exclu mais où la loi est toujours présente.

Ceci dit, il ne faudrait pas croire que les détenus du C.M.P. aient renoncé à produire des objets, tant s'en faut. Pour s'en convaincre il suffit de rappeler qu'1,7 tonne de terre a été consommée par l'atelier poterie l'année dernière et qu'une exposition des travaux des détenus a été organisée au début de l'année dans une galerie parisienne. Signalons aussi qu'un certain nombre de détenus ont pris l'habitude d'emporter de la terre ou des tubes de gouache dans leurs cellules pour travailler plus au calme, ce sont souvent ceux qui "ne font rien" aux activités. Donc on produit toujours mais plus de la même façon, plus discrètement, signe des temps.

Qu'est-ce qui a permis cette évolution ? C'est sans conteste l'affirmation de l'identité propre de l'équipe du secteur d'animation, face aux autres intervenants du C.M.P.,

surveillants et thérapeutes, face aux détenus, enfin face à elle-même.

Voyons maintenant quels conflits l'équipe d'animation a dû dépasser pour parvenir à s'imposer.

L'ouverture des activités n'a pas été de soi pour le personnel de surveillance. Les surveillants se sont d'abord sentis dépossédés d'une partie de leur territoire : ils étaient obligés de céder pendant une partie de la journée la moitié du 1er étage sur lequel jusqu'alors ils régnaient sans partager. Michel GUIR qui avait eu l'idée d'exposer sur un panneau d'affichage du rez-de-chaussée une aquarelle réalisée par un détenu, en fut pour ses frais, on lui prêta des vue expansionnistes et pour lui faire comprendre qu'on ne se laisserait pas faire, on déchira l'oeuvre en question...

Ils supportèrent mal d'être obligés de partager une partie de leur pouvoir sur les détenus : il était prévu au départ que c'était à l'éducateur de désigner les détenus aptes à participer aux activités. Michel GUIR fut souvent contesté dans ses choix. Cette source de conflits disparut quand on décida, que tous les détenus qui le désiraient, pourraient y venir, comme le permettait l'arrivée de nombreux animateurs.

Plus dure à accepter fut l'éviction des surveillants des activités elles-mêmes. Cela représentait une frustration mais aussi une source d'anxiété : si des incidents se produisaient pendant le déroulement des activités, bien que leur responsabilité ne soit pas engagée n'irait-on pas leur en faire grief ? Pour bien comprendre leur état d'esprit, nous devons rappeler que cela se passait à une époque encore toute récente où l'Administration Pénitentiaire, à tous les

échelons de la hiérarchie, était obsédée par l'impératif de la sécurité. On vivait avec la hantise de l'incident qui tourne mal. On doit dire aussi que les animateurs étaient encore des novices et que les détenus étaient encore plus remuants qu'aujourd'hui, ceci expliquant peut-être cela. Il est de fait qu'à l'époque le personnel de surveillance se demandait si nous étions en mesure de concilier les deux impératifs que nous étions fixés : interdiction de la violence physique et incitation à la création artistique et à la discussion dans un climat de liberté. Beaucoup pensaient que la gageure était impossible à tenir et que les discussions dégèneraient en bagarres, à l'instar de ce qui se passe habituellement dans les cours de promenade ; bref ils étaient convaincus que sécurité et liberté ne font pas bon ménage et qu'elles s'excluent.

Aujourd'hui leurs convictions ont changé, leurs revendications territoriales se sont tues, il n'y a plus de conflits de pouvoir avec eux, ils ont perdu la hantise de l'incident car ils se sont aperçus d'une part que l'équipe d'animation faisait le poids, d'autre part que les détenus pouvaient se comporter différemment ; question de climat.. Maintenant chacun se respecte, s'apprécie, s'entraide. Chacun a appris à connaître l'autre. Nous devons avouer que nous avons été puissamment aidés dans ce travail de reconnaissance mutuelle par le premier surveillant attaché au C.M.P.R. : Monsieur DEBAUVE. Il a tout de suite compris l'intérêt des activités et il a été notre meilleur ambassadeur tant auprès des surveillants du C.M.P.R. que de ses supérieurs hiérarchiques qu'il a su rassurer quand il le fallait, attendrir quand il s'agissait d'obtenir du matériel. Son mérite est aussi d'avoir su emboîter le pas des animateurs, mais sans rien renier des exigences attachées à sa charge, en introduisant dans ses rapports avec les détenus les mêmes astreintes vis-à-vis du respect des règles en vigueur aux activités.

En sachant concilier les impératifs de sécurité avec les visées éducatives, il a permis à ce secteur de subsister contre vents et marées et finalement de s'imposer.

La bonne marche actuelle des activités procède sans conteste de cette identité de discours entre les différents intervenants qu'ils soient surveillants, animateurs ou thérapeutes. Les détenus entendent toujours énoncer les mêmes règles, les mêmes impératifs. C'est rassurant et c'est structurant.

Se faire accepter par des thérapeutes qui avaient, jusqu'à l'instauration du secteur animation, fonctionné sans concurrence dans une relation uniquement duelle, ne fut pas une mince affaire non plus. Le premier éducateur en poste en sut quelque chose.

Brutalement un patient en dehors du temps où il est remis à l'Administration pénitentiaire, cessait d'être le monopole de "son" thérapeute pour être pris en charge par des professionnels d'une autre discipline qui, bien qu'ils utilisent d'autres méthodes et d'autres techniques n'en étaient pas moins partie prenante en ce qui concerne le travail thérapeutique. L'existence du secteur activités souleva un tollé : pas question de partager le pouvoir. Ce refus s'exprima de deux façons ; les uns accusèrent l'équipe d'animation carrément d'usurpation de fonction : "vous faites de la psychothérapie de groupe, or vous n'avez pas la qualification requise, les thérapeutes c'est nous" ; les autres se contentèrent de dénier tout intérêt à ce que nous faisons : "vous les amusez sans plus". Nous devons à la vérité de dire que tous les thérapeutes ne réagirent pas de façon aussi excessive.

Aujourd'hui ils sont revenus de leurs erreurs, les

activités ne sont pas seulement un divertissement, elles ne sont pas non plus de la psychothérapie de groupe au sens strict. Les patients ne se dégradent pas aux activités, nous participons au travail thérapeutique et les patients n'ont pas pour autant déserté les consultations des thérapeutes.

Les réunions de synthèse, les rencontres improvisées autour d'un cas entre le thérapeute responsable et l'équipe d'animation, ont permis, aux uns et aux autres de mieux se connaître et de repérer quels sont leurs champs respectifs d'intervention. Le travail effectué aux activités n'apparaît plus maintenant comme un déplacement du travail thérapeutique mais comme son élargissement.

Réussir à s'imposer face aux détenus ne fut pas non plus chose facile. Au début ils n'ont vu dans les activités qu'une occasion supplémentaire de sortir de leurs cellules, et de se rencontrer ; ils considéraient ces séances comme un surcroît de promenade, et il était entendu dans leur esprit qu'ils seraient libres de s'y comporter comme ils en ont l'habitude dans ce genre de situation, en somme de recréer l'ambiance de la promenade : rapports sado-masochistes sur fond de violence physique. L'équipe ne pouvait pas ne pas entrer rapidement en conflit avec le groupe des détenus car il n'était pas question de les laisser récupérer les activités pour s'y livrer à leurs petits trafics, à leurs petits chantages et y faire régner la loi du plus fort.

Certains opposèrent une résistance farouche et nous mirent durement à l'épreuve ; ils essayèrent par tous les moyens de nous faire céder utilisant tantôt l'intimidation, tantôt le chantage, tantôt la menace mais aussi des armes plus subtiles comme le fait d'exploiter la mauvaise conscience

de certains animateurs en faisant semblant de les assimiler à des surveillants : "vous n'êtes que des matons". Pour eux il n'y avait pas de milieu, ou nous étions du côté des surveillants, ou nous étions des leurs, évidemment. C'était l'époque où certains d'entre nous se posaient avec angoisse la même question : est-il possible que nous ayons une identité propre ? Les détenus qui avaient parfaitement senti le malaise qui régnait au sein de l'équipe, ne faisaient que l'exploiter ; il n'y avait pas de séance sans incident, les détenus multipliaient les manquements aux règles instaurées par nous, dans le seul but de nous faire basculer dans un des deux camps : introduction d'objets proscrits comme les cartes à jouer ou discours virulents contre les surveillants, etc... Il ne fallait à aucun prix tomber dans le piège et nous prîmes le parti de stigmatiser absolument toutes les infractions que nous étions en mesure de constater. Nous fûmes intraitables en ce qui concerne le caïdat. Aux caïds nous mettions le marché en mains : ou vous cessez de jouer les caïds et vous restez dans le service ou vous persistez et nous serons obligés de réclamer votre exclusion.

Ayant échoué dans leur tentative de faire la loi aux activités, ils acceptèrent de se plier à nos exigences mais ils ne donnèrent leur adhésion qu'après s'être assurés que le rapport de force était en notre faveur, nous n'avions cédé à aucune de leurs provocations. Ce besoin d'une référence solide est typique de la plupart des délinquants incarcérés, il n'est qu'une des résultantes de leurs sentiments d'infériorité. C'est pourquoi nous faisions à intervalles réguliers des réunions d'information dont le but était en fait de rappeler au groupe les règles qui devaient régir les rapports entre ses membres. A l'heure actuelle, ce rappel n'est plus nécessaire du moins sous cette forme, il est plus discret et chose étonnante, ce sont souvent les détenus eux-mêmes qui s'en chargent.

Pour arriver à se démarquer des surveillants, des thérapeutes et des détenus, l'équipe d'animation a dû s'interroger pendant longtemps sur le sens qu'elle voulait donner aux activités et sur les méthodes qu'elle comptait appliquer. Mais cette réflexion s'est faite en premier sur les moyens de surmonter les conflits de pouvoir avec les catégories de personnes mentionnées plus haut et le repérage des pièges tendus par elles pour nous forcer à abdiquer et à renoncer à poursuivre le travail entrepris.

Ce travail d'analyse a obligé chaque membre de l'équipe à prendre conscience de ses propres contradictions et à prendre clairement position. Chacun a dû définir sans ambiguïté sa position vis-à-vis de l'autorité et du Pouvoir et dépasser l'éternel dilemme qui se pose aux travailleurs sociaux en général et en particulier à ceux qui opèrent en milieu carcéral, de quel côté se situer ? Du côté des surveillants, symbole de la "répression" ou du côté des détenus, symbole de la "liberté" opprimée ?... Il y eut à l'intérieur de l'équipe des discussions épiques à propos de cadenas ou de clés qu'il fallait apposer ou non sur la porte de certains ateliers, des animateurs refusant d'apparaître aux yeux des détenus comme détenteurs d'une certaine autorité et d'un certain pouvoir (croyant à tort mieux s'en faire aimer) et se déchargeant sur les surveillants. Il a fallu du temps pour que l'équipe comprenne enfin qu'il n'était pas possible de faire régner, au sein du groupe des détenus, les rapports chaleureux qu'elle souhaitait sans lui imposer un ensemble de règles destinées à empêcher que s'instaure la loi de la jungle.

C'est d'ailleurs à partir du moment où l'équipe est parvenue à établir entre ses membres à un consensus sur les règles à faire respecter que la tension est tombée dans le groupe des détenus comme dans celui des surveillants et

des thérapeutes.

En fait l'équipe d'animation a réussi à imposer aux détenus son propre mode de fonctionnement qui repose sur l'établissement de rapports démocratiques entre ses membres, la participation constante à un projet commun, la verbalisation de tous les conflits inter individuels. L'équipe se pose en quelque sorte comme le modèle de ce qui doit se passer aux activités.

Les réunions de l'équipe avec la psychologue qui joue le rôle de "superviseuse" sont capitales. Elles sont le lieu privilégié de confrontation des pratiques et des points de vue de chacun et d'élaboration des règles de fonctionnement des activités. L'analyse à froid des difficultés a sur chacun des animateurs un effet de décompression qui leur permet de reprendre leur travail de façon plus sereine.

La bonne entente qui règne entre les membres de l'équipe et qui repose sur un large consensus acquis au prix souvent de laborieuses discussions est le meilleur garant de la bonne entente au sein du groupe des détenus. Quand l'équipe d'animation va mal, le groupe va mal lui aussi ; par bonheur elle va bien et le groupe va bien, à telle enseigne que l'éducateur en est venu à nous dire "actuellement je m'entends dire par les détenus ce que doit être le fonctionnement des activités et je n'ai rien à redire". A la limite, on pourrait penser qu'ils n'ont plus besoin de nous et qu'ils pourraient faire marcher les activités tout seuls. Ce serait l'idéal, cela montrerait qu'ils sont définitivement tirés d'affaire mais nous ne croyons pas être parvenus à ce résultat. Ils ont encore bien besoin de nous, il suffit pour s'en convaincre de regarder ce qui se passe quand l'un de nous, en particulier l'éducateur, car c'est lui qui détient le plus d'auto-

rité morale, vient à manquer pour une raison ou une autre. La tension au sein du groupe remonte, des incidents minimes se produisent etc... Il ne faut pas oublier que ce groupe est constitué d'individus fragiles. Toute modification substantielle du groupe les affecte profondément. Nous sommes conscients que rien n'est définitivement acquis. Qu'un renouvellement important parmi les détenus ou le personnel interviene et l'équilibre du groupe est rompu, il va régresser. Pour se défendre contre l'angoisse, le groupe va restaurer entre ses membres les rapports de force qu'il avait réussi à bannir de son répertoire.

Ceci dit, nous estimons qu'à l'heure actuelle, seul un cataclysme pourrait détruire tous les acquis que ce groupe a fait depuis qu'il existe. Car il a une histoire et cette histoire est inscrite dans sa mémoire, comme le prouve le fait qu'un certain nombre d'acquis puisse dorénavant être transmis aux arrivants par le groupe lui-même sans que l'équipe ait à le faire. Vis-à-vis des incidents qui se produisent encore quelquefois, par exemple quand un détenu s'agite, vocifère ou pleure bruyamment, le groupe a maintenant tendance à les dédramatiser, bref à les regarder avec un oeil clinique, ce qui a en général pour effet de les clore illico. Ils font ce que nous ou ce que les autres intervenants du C.M.P.R. auraient faits.

Au moment de tirer les conclusions de cette expérience d'animation en milieu carcéral, nous pensons que les détenus ont acquis cette faculté de recul vis-à-vis d'eux-mêmes grâce au climat particulier des activités.

Ils deviennent capables de se conduire en adultes responsables si on leur en donne les moyens. Les activités sont un de ces moyens. Pour arriver à ce résultat il a fallu



leur donner un espace qu'ils revendiquent maintenant comme leur territoire parce qu'ils s'y sentent bien. On ne se comporte pas aux activités comme on le fait en promenade, encore que l'habitude aidant, les détenus ont fini par transposer dans les cours de promenade l'atmosphère plutôt détendue des activités. Au bout d'un temps plus ou moins long passé dans le service, nous avons remarqué que les détenus étaient capables, sur le ton de l'humour, de s'envoyer à la figure des vérités qui, dites dans des cours de promenade auraient déclenché des bagarres. Ils acceptent de respecter les règles qui permettent le bon fonctionnement du groupe parce qu'ils ont compris qu'en échange, ils peuvent trouver dans cet espace appelé "activités" ce qui fait peut-être le plus défaut en prison, la liberté, la vie. Ils considèrent comme leur territoire parce qu'ils en ont la responsabilité. Ils contribuent à sa gestion, à son maintien, les incidents notablement ont diminué quand ils ont compris que s'ils continuaient à en provoquer, cet espace leur serait retiré, faisant ainsi capoter cette expérience d'animation. Dans un univers où on est dépossédé de presque tout, c'est important de posséder un lieu aussi riche de possibilités diverses. Les détenus acceptent de laisser au vestiaire leur panoplie de psychopathe et de se présenter aux activités de façon plus simple, moins théâtrale, plus naturelle en somme, parce qu'ils savent qu'ils n'en auront pas besoin. Les activités ont lieu dans la prison mais elles ne fonctionnent pas comme la prison. Elles fonctionnent comme une contre-prison, espace de liberté et de vie au sein d'un univers concentrationnaire. Cela ne signifie pas que l'on oppose à un univers rempli de contraintes un autre univers qui en serait dépourvu, au contraire nous proposons aux détenus d'autres contraintes certainement plus dures à accepter par eux que celles que leur impose la prison, car elles visent à instaurer des rapports interpersonnels radicalement différents de ceux dont ils sont coutu-

miers sur lesquels s'appuie la prison pour mieux se faire accepter d'eux. Les activités sont vécues comme un refuge contre la prison, les détenus du C.M.P.R n'apprennent peut-être pas tous la poterie, mais ils apprennent quelque chose de plus important, ils apprennent à vivre en groupe, ce qu'ils sont capables de faire pour le groupe, ils sont ensuite capables de le faire pour eux-mêmes, ils apprennent la liberté. C'est le paradoxe des activités, apprendre la liberté en prison.

Alors que sont ces activités ?

Ce n'est pas de la psychothérapie de groupe, bien sûr le but visé est d'ordre thérapeutique mais le but immédiat est de l'ordre du divertissement. Quand l'activité "théâtre" a été proposée aux détenus, ils nous ont prévenus : "nous voulons bien faire du théâtre, pas de psychodrame". C'est la façon dont ce divertissement est conduit qui est thérapeutique.

Elles ne peuvent pas non plus être assimilées à de l'ergothérapie, car elles fonctionnent moins comme un lieu de production que comme un lieu de rencontre et de création à telle enseigne que les animateurs se sont toujours efforcés de mettre au second plan leurs compétences techniques respectives : quand le psychologue "monte" aux activités, il oublie qu'il est psychologue, il y "monte" en tant qu'animateur, le potier n'y "monte" pas seulement en tant que potier mais également en tant qu'animateur. Bien qu'ils n'ignorent pas que nous avons chacun notre compétence propre, ils nous perçoivent d'abord comme des animateurs et dans une certaine mesure, nous sommes devenus interchangeables à leurs yeux. D'ailleurs aux activités le tutoiement est la règle (alors qu'il ne l'est pas au rez-de-chaussée).

Nous sommes là avant tout pour leur faciliter cet apprentissage si délicat de rapports interpersonnels fondés sur une reconnaissance mutuelle des différences sans qu'aucune ne soit l'objet de discrimination.

Alors les activités ? C'est une alternative à la prison.

Ainsi sans le secours de moyens de contentions, de matraquage aux neuroleptiques, de chiens policiers, de brigades spéciales d'intervention, de miradors, il est possible de réunir en un même lieu de "dangereux psychopathes" sans pour autant qu'ils se tuent ou qu'ils cassent la prison. C'est le premier enseignement que nous tirons de cette expérience. Le second c'est qu'il est possible de faire désapprendre la prison et tous les mythes qu'elle entretient (et qui sont encore plus pernicious que les murs à l'intérieur desquels ils éclosent) au sein même de la prison, à condition de "mettre le paquet" (petit effectif, intervenants nombreux, décidés et au clair avec eux-mêmes).

#### CONCLUSIONS DE LA 5ème COMMISSION

par le Docteur LAMOTHE - Psychiatre au C.M.P.R. de LYON

Au sein de la mission de la médecine pénitentiaire, la place de la psychiatrie est très privilégiée : plus que toute autre discipline elle est sollicitée par la souffrance de la personne en prison, mais aussi plus que toute autre elle nécessite notre vigilance face à des ambiguïtés de toutes sortes.

Les Journées Internationales de Médecine Pénitentiaire de PARIS des 27 et 28 Novembre 1981 sont l'occasion de rappeler qu'il n'est pas question d'étendre abusivement son champ jusqu'à considérer toute délinquance comme une maladie mentale, ni de dévier abusivement son but jusqu'à en faire la normalisation du comportement.

Les nouvelles techniques de soins qui sont proposées aux détenus ont au contraire pour but de restaurer et préserver l'intégrité de la personne dans toutes ses capacités d'expression et de relation.

A côté des thérapies "ambitieuses" comme d'authentiques psychothérapies analytiques, permises par la disponibilité de temps de plus en plus grande, des praticiens d'orientations diverses, venus de toute la France ont rapporté des expériences de thérapies de relaxation, de yoga, de soins de corps dispensés par des esthéticiennes, des coiffeurs ... Toutes ces expériences concourent à faire éprouver au détenu un nouveau respect de lui-même.

Il va de soi que cette étape est capitale si l'on attend de lui un nouveau respect des autres dont le choix lui appartient. Ce n'est que comme celà, et comme celà seulement que la psychiatrie et globalement la médecine pénitentiaire participe à la prévention de la récidive.

Il n'y a pas pour autant dichotomie entre la psychiatrie et les techniques d'orientation pédagogique et ceux dont la fonction est plus directement la surveillance ou la réinsertion sociale.

Les psychiatres ne se retranchent pas dans l'indépendance dont ils jouissent statutairement par rapport à l'Administration, ils souhaitent dialoguer en permanence avec le personnel de surveillance aussi bien pour écouter ses questions que pour expliquer le sens de leurs actions de soin.

Rétablir aussi la dignité des surveillants en ne faisant pas d'eux de simples porte-clés mais en rappelant au contraire leur qualité de personne, ayant une relation personnelle avec le détenu, procède du même projet qui seul peut changer l'esprit de la réponse sociale à la délinquance.

## LA MISE EN PLACE DES C.M.P.R

### ASPECTS ETHIQUES, DEONTOLOGIQUES ET MEDICO-LEGAUX

par le Docteur GLEZER - C.M.P.R de MARSEILLE

Si la mise en place des C.M.P.R., et, au-delà, des équipes soignantes psychiatriques dans l'univers carcéral, constitue un évènement récent, il nous est apparu opportun, à cette occasion, de réfléchir aux implications médico-légales multiples qu'il sous-tend, en particulier dans certaines "situations institutionnelles" qui interrogent le psychiatre sur la façon dont il se situe face à sa conscience morale, d'homme et de praticien (c'est-à-dire face à l'éthique médicale) et, d'autre part, face à sa responsabilité professionnelle, devant ses pairs (c'est-à-dire face à notre déontologie) comme devant certaines dispositions réglementaires (contenues en particulier au Code Pénal et au Code de Procédure Pénale).

#### I - LES ASPECTS ETHIQUES

Nous centrerons le début sur "le champ d'action" du psychiatre en milieu carcéral pour l'aborder, non pas tant par une formule creuse, aux limites imprécises (on a parlé de la prise en charge du "fait mental" dans l'univers pénitentiaire), mais plus peut-être à travers les dangers éthiques qui sont creux, au-delà de ses limites, de la "psychiatisation abusive". Il s'agit d'une perversion, d'une déviation, d'une extension regrettable de ce champ d'action du psychiatre et la pression nous paraît à cet égard pouvoir provenir d'horizons variables :

- Une première tentative, dans le registre pénitentiaire, pourrait viser la psychiatisation du désordre et de l'indiscipline en milieu carcéral.

. Elle pourrait prendre appui sur le souci légitime d'interroger le psychiatre sur l'éventualité d'une participation pathologique dans les conduites auto- ou hétéro-agressives surgissant dans l'univers carcéral.

. Ceci d'ailleurs légitime notre intervention, mais, au demeurant, en fixe les limites :

+ ainsi, le rôle du psychiatre n'est certes pas de contenir, voire de neutraliser la violence de certains détenus et, dès lors, d'interférer dans leur adaptation à leur incarcération, et convenons-en à la frustration qu'engendrent les sursanctions qui lui sont associées (carences hygiéniques, oisiveté, promiscuité, incertitudes sur leur devenir pénal, etc...)

+ cette intervention ne pourra poursuivre comme seule finalité que de permettre à ceux d'entre eux qui présentent des difficultés psychologiques voire psychiatriques, de recevoir librement le soutien et la prise en charge que leur état nécessite.

- C'est dans ce contexte que se situe la discussion éthique concernant les conduites suicidaires ou apparentées comme telles :

. Si certains d'entre nous admettent qu'un détenu ait le droit de se suicider en prison, en tant

que "dernier geste libre pour celui qui se sent dépouillé de tout, abandonné de tous", d'autres se sentent, au plan éthique, concernés par les conduites suicidaires émaillant l'évolution de véritables états dépressifs, à texture variable, névrotico-réactionnels ou plus profondément pathologiques (et alors comme expression d'un noyau dépressif évolutif dans la mélancolie, la schizophrénie dysthymique ou plus souvent dans le déséquilibre psychique).

. Cette éthique médicale nous interroge cependant avec plus de nuances face aux conduites dites suicidaires mais à visée purement revendicatrice.

+ Il s'agit de gestes variables (auto-mutilations, ingestion de corps étrangers, et autres grèves de la faim) par lesquels certains détenus utilisant leur corps :-soit comme moyen de pression à l'encontre des instances judiciaires ou pénitentiaires ainsi confrontées à "l'angoisse de mort",

- soit comme moyen d'expression ultime, dans leur inaptitude à faire entendre leurs revendications par rapport à certaines données pénales (par exemple : un statut de coupable ou d'innocent, une sanction démesurée, une instruction prolongée) ou pénitentiaires (au travers de tel ou tel régime de détention).

- Cette tentative à la "psychiatisation abusive", nous venons de l'esquisser, émane également de la population pénale elle-même :

- . En effet, à côté de pseudo-gestes suicidaires se développent ainsi quelquefois des conduites de simulation ou mieux de "sursimulation" à partir de troubles de la personnalité sous-jacents.
- . Les comportements utilitaristes nous paraissent avoir sensiblement régressé avec l'implantation des C.M.P.R. susceptibles de dissuader les buts variables qu'ils poursuivent habituellement. Ainsi, leur mise en observation prolongée rétrécit substantiellement l'impact de ces conduites :
  - + sur les investigations expertales : lors d'une recherche d'irresponsabilisation pénale par application de l'article 64
  - + ou sur les mesures de placement administratif en milieu hospitalier qu'elles visent à susciter.
- . D'une manière générale, une attitude restrictive vis-à-vis de tout pouvoir du psychiatre dans l'institution pénitentiaire (y compris, nous le verrons, vis-à-vis de l'article 398 du Code de Procédure Pénale), est de nature à faciliter le caractère authentique de la relation thérapeutique, car le détenu, parfaitement averti de ce qu'il ne peut attendre du psychiatre, n'a plus à simuler une pathologie mentale.

## II - LES ASPECTS DEONTOLOGIQUES

### A - Le secret médical

- Parmi toutes les difficultés que son respect implique, nous n'insisterons pas sur les nuisances matérielles (exiguïté

des locaux, sonorisation déficitaire, postes téléphoniques communs et autres, que soulignait pourtant un de nos collègues, au nom de nous tous, dans sa communication préparatoire.

- Plus préoccupantes nous apparaissent les circonstances par lesquelles nous sommes amenés à déroger aux obligations du secret médical : ainsi, l'article 378 du Code de Procédure Pénale qui précise les dispositions réglementaires en matière de secret médical et auxquelles sont tenus les praticiens exerçant en milieu pénitentiaire, nous paraît, à cet égard, suggérer des dispositions contraires aux règlements déontologiques (article 11) et pénaux (article 378 du Code Pénal) en matière de secret professionnel et ceci à la fois dans les registres extensifs et restrictifs.

. Ainsi, l'alinéa 1er de cet article stipule :  
 "Le médecin de l'établissement délivre des attestations écrites relatives à l'état de santé des détenus et contenant les renseignements nécessaires à l'"orientation" et au traitement pénitentiaire ou post-pénal de ceux-ci, chaque fois que l'Administration Pénitentiaire ou l'autorité judiciaire en fait la demande".

Il y a une contradiction grave avec les impératifs du secret médical qu'il nous apparaît cependant possible d'aménager de 3 manières :

+ les renseignements pourront être éventuellement adressés, lorsqu'ils sont destinés à l'appréciation de confrères appelés à intervenir dans la prise en charge du malade : cette dérogation, bien que légalement discutable, est en pratique le plus souvent admise au titre du "secret médical partagé".

+ les autres informations, adressées à l'Admi-

nistration Pénitentiaire, seront "traduites" dans une "formule" utile à nos interlocuteurs, mais respectueuse des clauses du secret médical : ainsi, faudra-t-il faire savoir, sans précision diagnostique ou thérapeutique dommageable, que l'état de santé mentale, pour ce qui nous concerne, d'un détenu, rend nécessaire une libération conditionnelle médicale, ou encore est compatible ou non avec la détention, avec tel ou tel transfèrement, etc...

+ enfin, lorsque des informations plus précises apparaîtront souhaitables et hors l'urgence, il faudra savoir susciter une expertise médicale, l'expert étant, nous le savons, délivré des obligations du secret professionnel pour l'objet de sa mission.

. D'autre part, ce même article propose à l'alinéa 2 des dispositions également contradictoires, mais cette fois dans un registre restrictif, aux contraintes du secret médical : "Le médecin ne doit pas fournir de certificats médicaux aux détenus, à leurs familles ou à leurs conseils, à l'exception de certains documents utiles à l'entretien des avantages reconnus par la Sécurité Sociale". En effet, le secret professionnel n'est pas, on le sait, réglementairement opposable au malade puisqu'il en est le seul propriétaire et il paraît dès lors difficile de lui refuser un certificat médical dont il aura fait la demande. Un aménagement des dispositions réglementaires contenues à cet alinéa nous apparaît donc souhaitable d'autant que le risque d'interférences avec le cours de la Justice est largement jugulé par

la possibilité qu'est celle du magistrat de référer à tout instant et dans la mesure où il le juge souhaitable, à l'expertise psychiatrique.

- Une dernière précision en matière de secret professionnel, puisque nous évoquons l'éventualité de l'expertise psychiatrique :

- . il convient de garder une vigilance sans faille sur l'inviolabilité des dossiers médicaux, parfaitement assimilable aux dossiers hospitaliers.
- . il faut par ailleurs garder à l'esprit qu'une saisie judiciaire d'un dossier, dans le cadre d'une expertise psychiatrique, est toujours réalisable dès lors que l'expert aura attiré l'attention du magistrat sur l'intérêt, dans la conduite de sa mission, de certains renseignements médicaux qui pourraient y figurer.

Bien qu'il s'agisse d'une éventualité qui ne s'est encore aucunement présentée dans notre pratique, il nous appartient dès lors de ne pas y faire figurer, et la difficulté n'en est pas négligeable, de renseignements confidentiels obtenus dans l'intimité de la relation médicale et susceptibles d'interférer avec le cours de la Justice.

#### B - Le contrat médical

La relation "médecin-malade", du fait des caractéristiques spécifiques des uns et des autres en milieu carcéral, s'écarte des modalités habituelles du "contrat médical" traditionnel.

- Nous n'insisterons pas sur l'absence d'honorification "directe" du médecin par le malade détenu ce qui n'est pas, à nos yeux, sans conséquence, en particulier sur les difficultés à instaurer entre eux, en matière de psychothérapie, une réelle situation analytique.

- Par contre : 2 autres questions peuvent être ici soulignées :

. 1ère question : le détenu peut-il choisir librement son thérapeute, et dans ce qui nous occupe, son psychothérapeute ?

+ à priori, il faut reconnaître que l'incarcération, dans la sanction de privation de liberté qu'elle sous-tend, implique également une entrave à ce libre choix.

+ cependant en pratique :

- cette restriction existe également sensiblement dans l'ensemble du secteur public puisque, avec les dispositions d'application de la sectorisation psychiatrique, le choix du malade ne se limite en pratique qu'au nombre des membres thérapeutes de l'équipe soignante opérant dans son secteur géographique.

- d'autre part, et pour ce qui concerne le détenu :

. il existe également plusieurs thérapeutes éventuels dans les équipes soignantes des C.M.P.R. (5 à Marseille : 4 psychiatres et 1 psychologue) -

. par ailleurs, ils peuvent demander et parfois obtenir une dérogation en vue de con-

sultations en milieu carcéral auprès de praticiens de leur choix.

. 2ème question : le détenu donne-t-il son consentement "éclairé" aux soins qui lui sont prodigués ?

+ lorsque son état mental lui donne accès au consentement ou au refus "éclairés" de soins, il appartiendra au médecin de respecter scrupuleusement ce droit inaliénable du détenu, dans la mesure, où, nous l'avons vu, sa position ne met pas ses jours en péril : l'abstention fautive de soins, au titre de l'article 63 du Code Pénal, pourrait, en effet alors, outre les dispositions éthiques et déontologiques, lui être reprochée.

+ lorsque son état mental est incompatible avec le libre cours de ce "consentement éclairé" à la thérapeutique, nous verrons que la contrainte de soins sera suscitée, mais hors du milieu carcéral, dans l'univers hospitalier.

### C - L'expertise psychiatrique

Le psychiatre opérant en milieu carcéral peut-il conduire une mission expertale ?

- Certes, le Code Déontologique stipule à l'article 85 que "Nul ne peut être à la fois médecin-expert et médecin-traitant pour un même malade".

Nous remarquons cependant ici :

. que, d'une part, cela implique sans réserve déontologique, que le psychiatre pénitentiaire pour-

rait accepter les missions expertales qui s'adressent à des sujets, détenus ou en liberté provisoire, dont il n'a pas la charge -

- . que d'autre part, au cas où cela était, le "contrat médical" spécifique, passé implicitement entre le malade-détenu et son médecin-psychiatre, s'écarte, nous l'avons vu, dans une large mesure de celui, traditionnel, que vise l'article 85 du Code Pénal.

- A cet égard et d'une manière générale, comme l'a suggéré pertinemment le Professeur ROCHE, nous pensons au contraire que, compte tenu de ses moyens d'investigations puisqu'il dispose d'une observation étalée dans le temps, compte tenu par ailleurs de son champ d'action, plus particulièrement centré sur la délinquance pathologique, sur l'évolutivité des troubles psychiatriques en milieu carcéral, sur le pronostic médico-social des psychopathes, le psychiatre pénitentiaire paraît en mesure d'apporter au magistrat un concours technique particulièrement éclairé en matière de crimino-psychiatrie.

### III - LES ASPECTS MEDICO-LEGAUX

Nous aimerions ici mettre l'accent sur les dispositions médico-légales qui régissent un état "d'aliénation mentale" en milieu carcéral.

- Deux précisions réglementaires peuvent être apportées à leur intention :

- . d'une part, les C.M.P.R. ne sont pas régies par la loi du 30/6/38 : ceci implique en clair que la contrainte de soins, seulement envisageable dans le cadre de l'internement au sein des éta-

blissements régis par cette loi, ne pourrait logiquement être appliquée.

- . le deuxième texte complémentaire est l'article D 398 du Code de Procédure Pénale qui stipule que "les malades mentaux en état d'aliénation mentale" ne relèvent pas de la prison et que, dès lors, ils sont susceptibles d'être transférés dans un établissement régi par la loi du 30/6/38, qu'il soit spécialisé dans la prise en charge de malades mentaux dangereux (catégorie N° 3) ou non.

- L'attitude des C.M.P.R., face à ces malades, varie en fonction de l'interprétation que chacun se fait du concept d'"aliénation mentale".

En pratique : il s'agit en fait habituellement de la pathologie psychotique c'est-à-dire d'un ensemble de troubles engendrant une grave détérioration de l'appréhension de la réalité.

- . Nous pensons que la prise en charge de ces malades peut pourtant être entreprise en milieu carcéral dans deux cas :

+ lorsque, et c'est parfois le cas de par leur psychiatisation ancienne, ils adhèrent au projet thérapeutique témoignant de la relativité de leur "état d'aliénation".

+ ou bien, lorsque, à l'occasion d'une décompensation aigüe, état d'agitation psychomotrice ou vellétés suicidaires structurées, la prise en charge contraignante s'impose "in situ" du fait du "péril", conformément aux clauses de l'article 63 du Code Pénal,



régissant l'assistance impérieuse aux personnes en danger.

Ce n'est que face au refus de soins et hors "péril" que l'application de l'article 398 du Code de Procédure Pénale sera envisagée : ce recours, se fondant sur l'insuffisance des moyens d'assistance au sein des C.M.P.R., sur les effets pathogènes de l'univers carcéral, n'est cependant pas sans appeler certaines remarques.

+ En effet, il s'inscrit à contre courant dans l'évolution du secteur psychiatrique public, résolument tourné vers l'ouverture des services psychiatriques traditionnels, ce qui rend quelquefois problématique la contention de ces détenus hospitalisés, et d'une manière plus générale, l'admission des malades dangereux placés d'office au titre de la loi de 38.

+ Il interroge par ailleurs sur le bien fondé de substituer un enfermement médical à l'enfermement judiciaire, dans une période où la loi de 1838 est notoirement remise en question, et dans des hôpitaux où quelquefois, de l'aveu même des malades, l'univers asilaire apparaît plus rude que le contexte carcéral.

+ Dans les cas peu fréquents en pratique, où ce recours s'impose pourtant clairement : il faut ici dénoncer un hiatus dans les dispositions réglementaires susceptibles de faire procéder à l'hospitalisation contraignante puisque le placement d'office préconisé apparaît ici inadéquat. En effet :

- à l'issue de son incarcération, le malade détenu ne peut être considéré comme dangereux pour autrui ou susceptible de troubler l'ordre public -
- par ailleurs : lorsque son état le rend dangereux pour lui-même, nous sommes fondés, au titre du "péril" et donc de l'article 63 du Code Pénal, d'intervenir sans délai, voire éventuellement par contrainte thérapeutique.

Au total, toute certification de placement d'office (qui, je le rappelle, stipule explicitement : "son état le rend dangereux pour lui-même ou pour autrui") aboutirait dans ces cas où l'hospitalisation s'impose, à un internement arbitraire.

Pour conclure, je dirai que la mise en place des C.M.P.R. et d'une manière générale le développement de la pratique psychiatrique en milieu carcéral incitent, en matière éthique, déontologique et médico-légale, à la plus grande prudence. Nous nous sommes en effet heurtés rapidement à la double nécessité :

- de préciser notre champ d'action, pour le resituer en permanence à l'intérieur des limites qui nous préviennent de la "psychiatisation abusive", quelle que soit l'origine des pressions qui tentent d'y contribuer.

- la nécessité également de revoir certaines dispositions réglementaires initiales :

. soit du fait de leur inadéquation :

- + l'article 378 du Code de Procédure Pénale, restrictif du secret professionnel

- + le placement d'office des malades mentaux

détenus, dans le contexte de la réforme en cours de la loi de 1838 -

. soit du fait de leur imprécision :

l'article 398 du Code de Procédure Pénale.

CREATION ET MISE EN PLACE D'UN CENTRE MEDICO-PSYCHOLOGIQUE REGIONAL

DANS UNE GRANDE MAISON D'ARRET DE PROVINCE

par le Docteur Philippe LOEFFEL

C.M.P.R. de METZ

Depuis près d'un quart de siècle on a pu constater une évolution dans la thérapeutique des maladies mentales par l'ouverture à l'extérieur des établissements publics c'est-à-dire par un éclatement de l'asile traditionnel. C'est l'instauration du placement libre qui marqua cette ouverture et favorisa l'instauration de la politique de secteur ; l'hôpital n'étant plus qu'un élément parmi d'autres.

L'éclatement du champ d'action de la psychiatrie que représente la sectorisation est aussi une extension : de l'hôpital à la cité, des psychopathes dangereux aux normaux en difficulté. L'aire d'intervention de la psychiatrie couvre donc tout le champ social et cette extension la soustrait aux orientations que lui dictaient ses tutelles. Rompant avec son origine qui l'avait commise à soigner les dangereux, elle s'emploie à fonder scientifiquement son originalité par rapport à la justice ; à différencier pathogénie et dangerosité.

Parallèlement en matière pénale se fait jour une évolution qui privilégie et s'efforce de promouvoir des mesures de défense sociale, les peines se révélant ou inefficaces ou insuffisantes. L'accent n'est plus porté sur le délit et le châtement, mais sur la personnalité du délinquant et sur la prévention des actes délictueux. La peine ne fonc-

tionne plus comme un rappel à la raison, elle a perdu sa valeur expiatoire et rédemptrice. Le châtement semble beaucoup plus perçu comme un risque encouru de par l'infraction de la loi que comme la juste conséquence d'une faute volontairement commise. Ce n'est plus tant la gravité de l'acte qui compte que la menace que représente tel ou tel individu pour la société.

La justice cherche moins à punir qu'à prévenir, elle veut détecter la dangerosité potentielle, elle tente de pronostiquer l'avenir.

C'est ainsi que la prison et la psychiatrie peuvent apparaître comme ne poursuivant pas les mêmes buts.

Ces réflexions théoriques, qui ne se veulent pas originales mais qui renvoient à un certain nombre de travaux autour desquels ont gravités beaucoup de réflexions institutionnelles durant ces dix dernières années, ne peuvent être négligées. Elles nécessitent certainement une critique mais c'est peut-être à ce niveau que se situe l'intérêt des centres médico-psychologiques : une confrontation entre un certain nombre de réflexions critiques et une pratique quotidienne.

Dès qu'il a été question de la création d'un centre médico-psychologique régional à METZ, c'est autour de ces réflexions que se sont situées les discussions et les réticences. C'est lors d'une réunion du conseil départemental de santé mentale, suite à une circulaire ministérielle de mars 1977 décidant la création de C.M.P.R. dans chaque région pénitentiaire que fut abordé le problème de la création d'un tel centre à METZ.

De prime abord, cette idée reçue alors un refus

catégorique des psychiatres mosellans. Si l'absence d'information, les problèmes éthiques et la position réservée du syndicat départemental des médecins psychiatres du cadre hospitalier étaient une des raisons de ce refus, l'histoire de la psychiatrie en Moselle en était une autre. Une psychiatrie marquée par l'histoire de ses trois hôpitaux psychiatriques.

- L'hôpital de LORQUIN qui par suite de son passé était vécu comme répressif et au-dessus duquel planait encore des images de lobotomie, de sismothérapie et de surcharge des malades.

- L'hôpital de SARREGUEMINES qui possède la plus importante structure de sûreté de FRANCE.

- Et l'hôpital de JURY-LES-METZ, qui essaie avec beaucoup de difficultés de se démarquer de cette image et qui, au niveau des instances locales, est vécu comme trop permissif.

Dès le départ, avant même la création du service, s'est alors posée une question fondamentale qu'on ne pouvait esquiver, à savoir : quelle peut être la place de la psychiatrie dans le milieu carcéral ?

Les éléments dont nous disposions alors, à savoir la circulaire ministérielle de mars 1977, signifiaient l'exis-

tence d'une double tutelle d'une part le Ministère de la Santé et d'autre part le Ministère de la Justice ; cette double tutelle nous est apparue comme un élément important. L'hôpital de rattachement ayant été défini administrativement en l'occurrence le C.H.S. de LORQUIN, nous avons proposé à la Commission Médicale Consultative que la réflexion sur la création du centre médico-psychologique régional de METZ se situe dans le cadre de cette Commission et c'est ainsi que fut élaboré un projet de fonctionnement.

Nous avons défendu le principe que le C.M.P.R. pouvait être la volonté convergente de la psychiatrie et de la justice de répondre à leurs difficultés autrement que par la multiplication de mesures parallèles de défenses sociales ; et que dans cette perspective la psychiatrie a sa place en tant qu'institution à vocation thérapeutique dans le cadre de l'institution pénitentiaire.

Quel est le fonctionnement de ce centre médico-psychologique régional ? et tout d'abord quel est notre rôle de soignant ?

Il se situe à différents niveaux :

- Tout d'abord la prise en charge des personnes présentant un tableau aigu de décompensation durant leur incarcération.

- La prise en charge des personnes pour lesquelles la réponse pénale n'est pas suffisante dans la perspective d'une prévention de la récidive ou de la réinsertion sociale.

- Un rôle institutionnel vis-à-vis du fonctionnement pénitentiaire avec une sensibilisation des surveillants aux problèmes relationnels en collaboration avec ce qui est organisé dans le cadre de la formation.

- Et un rôle d'intersecteur par une articulation avec les différents vacataires et l'élaboration d'une politique coordonnée et cohérente au niveau de la région.

Pour répondre à ces différents niveaux, voyons comment le service est organisé. L'activité du service revêt trois grands aspects :

- Les visites d'entrée qui ont lieu tous les matins et qui permettent d'assurer un dépistage des troubles psychiatriques majeurs chez les nouveaux arrivants et de parer aux urgences (décompensation, psychotiques, prédélirium, toxicomanes en état de manque ...), de connaître les détenus présentant des antécédents psychiatriques et d'informer les nouveaux détenus de l'existence d'un service psychiatrique au sein de la Maison d'Arrêt.

- Les consultations externes qui s'adressent aux détenus signalés lors de la visite d'entrée, à ceux qui demandent au cours de leur détention à être reçus par un psychiatre et enfin à ceux que l'administration pénitentiaire nous adresse en consultation. Au terme de cette consultation nous estimons s'il y a lieu d'entreprendre une prise en charge du malade en l'hospitalisant dans le service ou en lui proposant de le suivre régulièrement en entretiens.

- Les hospitalisations marquent le caractère régional de ce centre qui accueille en hospitalisation non seulement des détenus de la Maison d'Arrêt de METZ, mais également d'autres Maisons d'Arrêt de la région pénitentiaire.

Les admissions au C.M.P.R. ne peuvent être prononcées que par un médecin du service soit à la suite d'une consultation soit à la demande d'un psychiatre attaché à un établissement pénitentiaire de la région. Le C.M.P.R. accueille alors des détenus prévenus ou condamnés qui au cours de leur incarcération présentent des troubles psychiques quelle qu'en soit la nature ou l'origine à condition que leur degré de gravité n'implique pas un placement d'office dans un hôpital psychiatrique.

Dès l'hospitalisation d'un malade dans le service, l'équipe soignante élabore un projet thérapeutique fondé sur une chimiothérapie et une prise en charge institutionnelle et

individuelle. Outre les entretiens individuels avec les médecins et les psychologues, la prise en charge institutionnelle du malade se fait par des activités proposées par l'animateur et le personnel infirmier en collaboration avec les psychologues.

Un an après la création de ce service et dans l'état actuel de son fonctionnement, nous avons pu observer qu'un certain nombre de sujets répondent médicalement parlant à une nécessité thérapeutique psychiatrique, et que de ce fait la création de ce C.M.P.R. semble donc bien répondre à une demande tout à fait justifiée.

En conclusion nous pouvons dire que c'est à travers des réunions mixtes entre l'administration pénitentiaire et nous-mêmes que se définit progressivement l'articulation entre le service, la structure de tutelle et l'administration pénitentiaire. Ces réunions nous montrent que les tensions qui existent entre le personnel pénitentiaire et le personnel du C.M.P.R. cachent en fait nos propres difficultés de fonctionnement et qu'à ce niveau deux grands problèmes restent posés, à savoir d'une part que le personnel soignant calque dans le cadre de ce service son fonctionnement sur celui de l'hôpital psychiatrique et qu'il apparaît difficile de le faire réfléchir sur l'originalité d'une telle structure ; et d'autre part que les détenus hospitalisés ont du mal à saisir la spécificité du service, les raisons pour lesquelles ils sont hospitalisés et font alors des comparaisons avec

d'autres structures psychiatriques ou pénales.

Il apparaît donc que la question que se posent les deux protagonistes, à savoir les soignants d'une part et les soignés d'autre part, est de savoir quelle est leur place dans une telle structure, et qu'il est trop facile, faute de vouloir se poser cette question, de se tourner alors vers l'administration pénitentiaire.

Il apparaît donc important à ce niveau de maintenir une réflexion institutionnelle permanente dans le cadre du service avec les difficultés que représente une telle réflexion ; difficultés de faire verbaliser et les malades et le personnel.

Je crois que tous les confrères qui ont en charge de tels services se sont également trouvés très vite confrontés à de tels problèmes qui marquent en fait beaucoup plus la réalité conflictuelle d'un service de psychiatrie que les difficultés d'articulation avec l'administration pénitentiaire.

Ce qui ne veut pas dire pour autant qu'il n'existe pas de problèmes avec l'administration pénitentiaire, mais à partir du moment où dès la création du service nous avons défini des réunions de coordination, nous disposons alors d'un lieu qui garantit le pouvoir de chacun et où ces

problèmes peuvent être abordés et, si besoin est, faire l'objet d'une réflexion dans le cadre de la C.M.C. ce qui évite alors de bloquer les choses dans un rapport conflictuel.

Ce type de fonctionnement du C.M.P.R. d'une grande Maison d'Arrêt de province tel que nous l'avions défini avant même l'ouverture du service et tel qu'il a été appliqué, nous a permis d'assumer pleinement nos fonctions de prévention, de soins et d'assistance psychiatriques en milieu carcéral.

SECRET PROFESSIONNEL ET PSYCHIATRIE PENITENTIAIRE

par le Docteur HUBER - Centre hospitalier de ROUFFACH

Le Code de Déontologie médicale dans sa dernière édition, ne prévoit que très peu de dérogations légales au secret professionnel et rappelle son caractère absolu et contraignant.

Cela ne correspond absolument pas à la réalité de la pratique médicale pénitentiaire, telle que la prévoit notamment le Code de Procédure Pénale.

Cette situation de conflit est particulièrement nette en psychiatrie. Seront ainsi évoqués : la participation du Psychiatre aux Commissions d'Application des Peines, la rédaction de rapports destinés à appuyer une proposition de mise en liberté conditionnelle, les propositions de placement en Centres de Détention spécialisés pour psychopathes, sans que cette énumération soit exhaustive.

Le médecin a donc le choix entre soit risquer d'être poursuivi pour violation du secret professionnel, soit rompre pratiquement tout contact avec l'Administration et se cantonner strictement à ses tâches de soin.

Il apparaît donc nécessaire que le rôle du Psychiatre soit défini de façon beaucoup plus précise que ce qu'il est actuellement, en tenant compte de la réglementation propre au corps médical dont il fait partie.

L'ETHIQUE

par le Docteur Alain BERLEMONT - Maison d'Arrêt de LOOS les LILLE

En prison, est un problème important puisqu'il s'agit de l'ensemble des lois morales qui régit une vie communautaire constituée de personnes différentes par leur origine raciale, sociale, culturelle, comprenant à la fois des surveillants et des surveillés évoluant sous un système hiérarchique en vue :

- 1) de vivre ensemble d'une manière provisoire, en harmonie, c'est-à-dire en vue d'un "certain bonheur",
- 2) de faire comprendre à une majorité, c'est-à-dire aux prisonniers - que leur présence en prison n'est que justice et correspond à la réparation d'une faute commise contre la Société,
- 3) et enfin d'essayer d'aboutir à la rééducation du détenu et de l'enfance délinquante en vue d'une réinsertion : ce qui est toute la finalité du monde carcéral.

On peut d'abord se demander s'il existe entre prisonniers des lois morales régissant leur co-habitations.

En dehors de quelques cas particuliers qui peuvent être cités comme de bons exemples, je ne le pense pas.

En effet, les détenus ne sont pas animés de valeurs morales susceptibles de les aider à accepter leur

incarcération comme on peut les rencontrer chez des prisonniers politiques animés qu'ils sont par un idéal.

Ici, en prison, leur seul idéal, c'est de subir leur peine au plus vite quand ils ne la conteste pas - et de sortir !! ...

Ils sont nerveux envers leurs co-détenus, envers les surveillants. Aussi assiste-t-on à des règlements de compte et en général le détenu se sent mal dans sa peau. Il est anxieux et l'on ne compte plus ses affections dites psycho-somatiques ... d'où l'énorme demande d'anxiolytiques et de somnifères.

Quant à savoir si le détenu regrette "son acte", certains peut-être ... Beaucoup font semblant ... ou contestent leur infraction ... ou avouent froidement qu'ils se vengeront...

Et ce sont chez eux que nous trouverons les récidivistes ... ces piliers de prison ... que l'on reconnaît d'année en année...

Et l'on peut alors se demander s'il s'agit de ceux-là même qui n'ont pas pu bénéficier de la rééducation... Pourquoi ??

Est-ce parce qu'ils n'ont rien compris ?

Est-ce parce que la punition n'entraîne pas chez eux l'étincelle intellectuelle qui peut éclairer leur conduite ? Et il faut avouer malheureusement que chez beaucoup d'entre eux le Quotient Intellectuel n'est pas brillant et dans ce cas, pourquoi alors la prison ?? sinon pour les éliminer momentanément d'un circuit.

Est-ce au contraire parce que la punition n'est pas assez importante ?

Mais le martinet, qui fut en son temps un excellent argument d'éducation, n'est plus en vogue. Il est condamné au profit de la discussion, du dialogue ... Mais pour cela, il faut au moins être deux et l'on assiste bien souvent à un dialogue de sourds...

A moins que le détenu ne bénéficie d'une rééducation de valeur - tant dans ses moyens et dans ses méthodes que grâce à un personnel suffisant et qualifié.

Ainsi entrons-nous dans l'éthique carcérale qui ne peut relever que du personnel du haut en bas de l'échelle hiérarchique, et des éducateurs.

Je ne parlerai pas de ceux-ci - trop peu nombreux - qui font ce qu'ils peuvent - et dont je conçois le découragement devant tant de récidivistes mais pour qui la plus petite réussite, la moindre réhabilitation doit être une grande victoire.

Je souhaiterai plutôt mettre en valeur le rôle du surveillant, qui côtoie chaque jour le détenu et qui, en fait, est le seul à bien le connaître.

Une parole ... un geste ... une phrase ... une conversation ... et voilà notre surveillant déguisé en missionnaire en uniforme ... Pourquoi pas ?

Mais en a-t-il les possibilités ?

Possibilités morales et intellectuelles, d'où l'intérêt d'un bon choix dans les candidatures ainsi que



d'un bon stage éducatif.

Possibilités dans son travail, d'où intérêt à être plus nombreux afin d'en avoir le loisir.

On a supprimé la peine de mort mais cela n'évitera pas les meurtres, volontaires ou non.

Une loi ne décide pas de tout ...

Et nos prisons continueront à déborder ...

Seul un travail en profondeur, de longue haleine est susceptible d'améliorer les conséquences d'un climat de violence favorisé par les grands ensembles, le chômage, la liberté des mœurs, et la démission des adultes face à la volonté des jeunes de s'épanouir prématurément ...

Et ainsi de diminuer le nombre de récidives par la réinsertion du détenu dans une Société qui se doit de l'accueillir d'autant mieux qu'il est homme de bonne volonté.

A propos d'une Consultation Intersectorielle à la Maison d'Arrêt de PAU.

Drs J.P. BERNARD, J.B. COUSTE, D. JOUHET,  
J.J. METGE, H. DE VERBIZIER.

o

o

o

La politique de soins psychiatriques en faveur des sujets incarcérés, ne répond pas en France à une doctrine médico-administrative bien précise.

Les pratiques médicales sont diverses et se font dans des cadres institutionnels variés.

L'intérêt de telle réunion nous paraît tout particulièrement résider dans la confrontation de nos modes d'exercices, afin d'en tirer des enseignements qui ne peuvent qu'être favorables à tous.

Nous nous proposons dans un premier temps de résumer la mise en place du cadre dans lequel nous évoluons, puis d'exposer nos expériences et nos choix, à la Maison d'Arrêt de PAU.

I.- Ceux que l'on a appelé successivement : "vagabonds et criminels, criminels aliénés, et aliénés criminels, malades médico-légaux, détenus présentant des troubles mentaux, ont à leurs dispositions, quatre types d'établissements :

- des hôpitaux psychiatriques ordinaires
- des prisons psychiatriques spéciales
- des hôpitaux de sûreté spéciaux
- des prisons recevant des visites de médecins.

Ces quatre types d'établissements existent en France et se sont mis en place progressivement au gré des besoins et des idéologies. Parfois même en contradiction avec la Loi.

Le malade passe très souvent d'une Institution à l'autre sans que la nécessité thérapeutique soit définie.

La Loi du 30 Juin 1838 avait fait de l'asile d'aliénés, devenu Hôpital Psychiatrique en 1938, et Centre Hospitalier Spécialisé en 1970, un lieu de soins et d'assistance rigoureusement spécialisé pour les malades relevant de cette Loi.

En 1876, l'Administration pénitentiaire créa à Gaillon, un quartier spécialisé pour les malades détenus et plus ou moins rejetés par les Hôpitaux Psychiatriques ordinaires. Gaillon fermé, le relais fut pris en 1950 par le Centre d'Observation de Château-Thierry. Bientôt rejoint par le Centre de Réadaptation d'Haguenau pour les courtes peines.

Les premiers asiles de Sûreté furent créés en 1911 à Villejuif sous l'impulsion du Docteur Henri Collin et à Hoerdt en 1912 en Alsace, alors sous contrôle allemand. Leur existence fut en quelque sorte légalisée par la circulaire du 5 Juin 1950 qui conseilla la création d'Hôpitaux Régionaux pour le traitement des malades difficiles de la 3ème catégorie "grands déséquilibrés anti-sociaux, généralement médico-légaux qui ont des troubles du comportement plus graves, avec possibilité de réactions criminelles

préméditées ou complotées". C'est à cette époque, que furent créés les Centres de Cadillac, Mondevergne et Sarreguemine.

A partir de 1960, la mise en route progressive de la politique de Secteur a conduit le médecin, le plus souvent à la demande des autorités, à intervenir dans la Maison d'Arrêt, située dans son Secteur.

Parallèlement, se sont mis en place dans divers centres pénitentiaires ou Maisons d'Arrêt des C.M.P.R. plus ou moins sectorisés.

II. - A PAU, nous avons été amenés à nous pencher sur un mode d'intervention à la Maison d'Arrêt, suite à une demande adressée par le Préfet des Pyrénées Atlantiques aux Psychiatres Publics.

- durant les années qui avaient précédé notre arrivée, plusieurs psychiatres s'étaient succédés à un rythme accéléré. Ils fonctionnaient en étroite relation avec l'administration pénitentiaire et les services sociaux de la Maison d'Arrêt. Ils siégeaient dans les Commissions prévues à cet effet, où une certaine effraction du secret médical était inévitable.

- nous décidâmes, du fait d'une part du peu de notre disponibilité, d'autre part pour mieux arriver à instaurer une neutralité qui pouvait déboucher sur une prise en charge à la sortie de la Maison d'Arrêt, d'intervenir à cinq psychiatres.

Nous avons donc créé une équipe polysectorielle depuis 4 ans.

- nous assurons une consultation hebdomadaire avec deux intervenants. L'un étant remplacé toutes les semaines avec un chevauchement.

- nous ne participons pas aux Commissions.
- nous n'effectuons pas d'expertise, mais devant un tableau psychiatrique patent, il nous arrive de demander à ce que la personne soit expertisée.
- nous n'avons accepté aucun pouvoir administratif de quelque sorte que ce soit.
- nous prescrivons un traitement si cela est nécessaire et lorsque le détenu accepte cette médication.
- nous rédigeons des dossiers que nous classons à l'extérieur de la Maison d'Arrêt pour sauvegarder d'une manière efficace le secret médical.

Malgré ces prises de position, au début de notre fonctionnement et dans un contexte de culpabilisation, il nous a été demandé d'intervenir en urgence. Il nous a semblé que le plus souvent, le médecin généraliste pouvait répondre à cette pathologie, comme le sont, par exemple les tentatives d'autolyse, et dédramatiser la scène efficacement.

Il s'est rarement posé le problème de la dangerosité d'un détenu et lorsqu'elle nous a été retransmise, cela s'est toujours fait par l'intermédiaire d'un patient qui avait peur d'un de ses compagnons de cellule, ou d'une personne qui redoutait ses propres réactions agressives. Nous avons toujours essayé d'envisager le problème dans le cadre de la consultation sans déboucher sur une solution sécurisante, il est vrai, mais à l'extérieur de notre champs de parole.

Nous avons essayé dans notre pratique d'éviter la confusion entre soin médical et système pénal. Le rôle du psychiatre en Maison d'Arrêt est-il en effet de contenir, voire de neutraliser la violence de certains détenus ?

Violence qui s'exprime :

- soit dans certaines conduites agressives et qui sont souvent une réponse à la frustration, à l'enfermement, à la surpopulation.
- soit certaines révoltes comme les grèves de la faim, trop souvent assimilées à des conduites suicidaires alors qu'il peut s'agir de protestations, de revendications, interpellant le fonctionnement même de la prison.
- quant aux auto-mutilations, aux tentatives de suicide, ou aux menaces de tentatives de suicide, il peut s'agir d'un premier réflexe pour échapper à la peine (désir de fuite) ou d'un moyen de pression pour adoucir des contraintes jugées trop sévères.

Et puis nous pouvons admettre qu'un détenu ait le droit de se suicider en prison, dernier geste libre pour celui qui se sent dépouillé de tout, abandonné de tous ?

Nous avons pris l'habitude de refuser, d'intervenir dans ces situations d'urgence, c'est-à-dire à chaud, sur demande de l'Administration pénitentiaire sauf lorsque nous connaissons mieux le détenu après divers entretiens, et que la conduite suicidaire par exemple, révèle une personnalité pathologique :

- soit de type délirant
- soit de type mélancolique

Nous demandons alors une expertise psychiatrique.

Cette attitude de non intervention, critiquable, peut paraître facile et est souvent vécue comme telle ou alors incompréhensible aux autorités et au personnel de la prison.

L'équipe intersectorielle que nous formons, soit 5 intervenants, facilite notre refus de répondre à n'importe quelle demande. Pourrions-nous résister seuls aux pressions de l'administration pénitentiaire ou des détenus ?

Nous souhaitons refuser en quelque sorte de résoudre dans l'immédiat des situations difficiles quand il s'agit de réprimer des comportements jugés pathologiques.

En outre, l'explication de la dangerosité ou non, dangerosité d'un détenu auprès du personnel pénitencier n'est pas dans notre rôle, même si les demandes de la part du Directeur ou des gardiens vont souvent dans ce sens. Nous pouvons comprendre ces demandes de réassurance.

Le prisonnier ne risque-t-il pas en effet de déjouer leur surveillance ?

Mais qu'advierait-il alors de cet espace que nous désirons le plus neutre possible, que nous avons essayé de créer par notre fonctionnement.

- soit nous ne serions plus utilisés que pour calmer des situations de crise,

- soit nous pourrions créer par des explications ou prises de position trop tranchées des situations artificielles, détenus-gardiens, qui ne feraient que renforcer des contrôles ou des interdictions.

Cette pratique explique les difficultés auxquelles nous nous sommes heurtés tout au moins au début. Les gardiens se sentant tenus à l'écart et par là peut être mal considérés.

Ils semblent avoir mieux compris notre désir de neutralité d'autant que devant notre manière d'intervenir ou

plutôt de ne pas intervenir systématiquement sauf si le détenu le souhaite, nous avons noté une baisse considérable des situations critiques (possibilité de décharge de l'agressivité toutes les semaines).

Il ne s'agit donc pas pour nous de refuser d'entendre un appel de détresse. Il nous est arrivé aussi d'intervenir immédiatement et de demander une hospitalisation en milieu psychiatrique d'urgence devant des tableaux de souffrance psychique grave.

Mais nous essayons de créer par cette consultation hebdomadaire un autre type de demande en dehors de toute pression. Nous sommes là pour écouter le malaise de certains détenus (ceux qui le souhaitent, rappelons-le), de faire naître la possibilité d'une rencontre en prison. Dans ce lieu voulu le plus neutre possible, nous ne faisons qu'amorcer le dialogue, ces entretiens de soutien devant déboucher, nous l'espérons, sur un travail psychothérapeutique après la mise en liberté du détenu.

Le bilan des résultats obtenus est assez limité, si nous considérons seulement le nombre de délinquants, de toxicomanes, d'alcooliques qui ont poursuivi des entretiens avec l'un d'entre nous à la sortie.

Il s'avère plus positif pour les détenus qui ont auparavant été traités en milieu psychiatrique avant d'être incarcérés, et qui ensuite reprennent contact soit au dispensaire, soit à l'hôpital.

On évite ainsi à certains psychopathes le rôle coercitif d'une placement volontaire ou d'office au C.H.S.

Nous pensons que l'on peut être à la fois psycho-

pathe ou psychotique et responsable de ses actes à certains moments.

D'autre part, les détenus connaissent les limites de notre intervention. Les demandes pour abréger la durée de détention (liberté provisoire et hospitalisation en milieu psychiatrique pour les prévenus) ou pour améliorer les conditions de détention sont plus rares. Ceux qui viennent avec ce type de demande, sont informés de notre fonctionnement, et le plus souvent reviennent à notre consultation, d'autres parfois partent aussitôt car nous leur servons à rien.

En effet, notre absence de pouvoir dans l'institution pénitentiaire permet un entretien authentique car le détenu n'a pas à simuler une pathologie psychiatrique.

Cette consultation est ouverte à tous les détenus qui demandent, "à voir le psychiatre". A ceux qui sont envoyés par les Assistantes Sociales, les infirmières et plus rarement par les surveillants, nous leur expliquons que nous ne recevons que les détenus qui désirent nous rencontrer, cependant presque tous restent à la consultation et parfois reviennent sur leur demande.

Enfin ce mode d'intervention permet aux détenus d'établir à la sortie une relation avec le psychiatre de leur choix.

Cependant, ce type d'intervention n'est pas sans poser certaines difficultés :

Dans un premier temps, il a été très net aux réactions des surveillants, aux temps d'attente devant les portes fermées, que notre intervention était mal vécue.

Cela nous a d'ailleurs été retransmis depuis le Ministère jusqu'à la C.M.C.

Il semblait assez clair à l'occasion d'un incident qu'un rôle précis était attendu des psychiatres à la Maison d'Arrêt, tant de la part des détenus que des Surveillants :

- nous voyons en consultation une jeune femme, supportant peu les frustrations, qui nous demande de la faire passer en cellule. Nous lui rappelons que nous intervenons à titre de consultants, et que nous n'avons ni ne désirons le pouvoir d'intervenir sur la vie interne de la Maison d'Arrêt; qu'elle doit donc adresser sa demande au Chef de la Maison d'Arrêt.

Ce qui entraîne, après la consultation, une réaction caractéristique violente avec bris d'un maximum de carreaux du couloir.

La consultation étant terminée, nous repartons en estimant ne pas avoir à médicaliser cette action.

Ce qui nous valut une explication difficile avec le Chef de la Maison d'Arrêt, qui aurait souhaité une intervention médicale.

Il est donc net qu'à cette occasion les deux parties souhaiteraient nous voir prendre un rôle précis à l'intérieur de la Maison d'Arrêt pour pouvoir ensuite en jouer.

Ne pas intervenir entraînait une frustration nécessaire pour que se clarifie le rôle des psychiatres.

- un deuxième abcès qui a dû murir, fut celui du local où s'effectuaient les consultations.

Il est attenant par un vitrage en hauteur, en partie ouvert, à une salle d'attente pour la radiologie.

Il nous a semblé difficile pour un détenu de pouvoir parler en sachant qu'un certain nombre de co-détenus dans la salle d'attente profitaient de ses paroles.

Cette notion de la discrétion et du secret médical fut un autre point d'achopement, car il est aussi vrai que les parloirs ne sont pas secrets.

Il devint clair qu'il eut été souhaité une collaboration "dans le but d'évaluer la dangerosité de certains détenus". Après quelques vagues hésitations, le problème fut réglé, les détenus bénéficiaient d'une possibilité de parler en toute liberté.

Que les choses soient claires : il n'est pas question pour un psychiatre en Maison d'Arrêt de basculer ni dans la complicité ni dans la délation, et ce sont pourtant là deux écueils difficiles à éviter.

Il faut laisser un espace libre pour autre chose et ce n'est pas chose facile.

Il nous a semblé que ce mode d'interventions pluri-sectorielle, outre qu'elle nous permet un travail de réflexion et d'échanges entre nous, permet le maintien de cet espace nécessaire.

#### PATHOLOGIE OBSERVEE A LA MAISON D'ARRET DE ROUEN

par le Docteur Michel VIVET - Psychiatre - Maison d'Arrêt/ROUEN.

Bien qu'aucune étude statistique sérieuse ne puisse être faite actuellement en l'absence de secrétariat, on peut dire que le psychiatre est sollicité par 3 types de patients :

I - Ceux, et c'est la majorité, qui ne présentent aucune pathologie psychiatrique stricto sensu, mais qui présentent des manifestations pathologiques réactionnelles aux conditions de détention :

Certains facteurs peuvent être considérés comme difficilement évitables : les "temps forts" de la détention :

- les jours qui suivent l'incarcération
- la reconstitution des faits
- l'expertise psychiatrique
- la clôture de l'instruction
- la période du jugement, surtout lorsqu'il s'agit d'un jugement d'Assises.
- le passage en commission d'application des peines (conditionnelle).
- les dernières semaines avant la sortie ...
- des événements extérieurs : ruptures sentimentales, divorce, deuil
- perte d'emploi
- soucis financiers
- absence ou arrêt des parloirs

Certains facteurs sont peut-être évitables :

- les transferts brutaux de décongestionnement de la région parisienne, vécus souvent par le détenu comme une sanction, imposant un arrêt des parloirs.
- les facteurs liés aux conditions particulières de la détention : surcharge numérique des cellules et problèmes engendrés par la promiscuité, absence d'activités physiques, de promenades dans des lieux suffisamment spacieux (exiguïté des locaux à Rouen) absence de travail, absence de défense au prétoire où, malgré la bonne volonté du personnel pénitentiaire, des passages à l'acte de type psychotique par exemple, seront sanctionnés de la même manière qu'un acte de délinquance commis par un détenu "plus adapté" ; même si le psychiatre est régulièrement alerté, c'est au mitard qu'il doit aller chercher le malade !

Les doléances de ces détenus sont assez stéréotypées :

Le symptôme majeur est l'insomnie. Beaucoup de détenus se plaignent de leur impulsivité, "si vous ne faites rien pour m'aider, je vais faire un malheur", expression même de leur désarroi chez ceux qu'il est convenu d'appeler les psychopathes et tous ces patients dont la pathologie réside essentiellement dans le mode d'expression (gestoses) et que les psychiatres, impuissants, rejettent souvent dans le champ des magistrats alors que ces derniers aimeraient que ceux-ci s'en occupent davantage. Les détenus eux-mêmes demandent qu'on réfrène leur impulsivité qui se traduit soit par une hétéro-agressivité (envers les surveillants ou bien leurs co-détenus), soit par une agressivité et cela va du coup de poing ou de tête contre les murs aux automutilations (tentatives de phlébotomies surtout), aux ingestions de corps étrangers, voire à la grève de la faim ou aux tentatives de

suicide (le plus souvent par pendaison, parfois par ingestions de produits divers toxiques ou supposés tels par le détenu). Puis viennent les phénomènes d'angoisse, parfois des phénomènes phobiques.

2 - Ceux dont la pathologie psychiatrique jusque-là latente ou inexistante apparaît au cours de la détention, celle-ci intervient alors comme facteur déclenchant ou comme révélateur d'une pathologie pré-existante : ceci pose le problème nosologique des psychoses carcérales ...

3 - Ceux dont les antécédents psychiatriques sont déjà lourds mais qui ont été reconnus par les experts comme sensibles ou partiellement sensibles à la sanction pénale.

Ces détenus posent des problèmes particuliers qui diffèrent avec la nature de l'affection en cause.

Dans le premier cas l'intervention du psychiatre sera ponctuelle, le traitement sera léger, ne nécessitera pas de surveillance répétée, toutefois toutes ces demandes doivent être prises en compte puisqu'il n'y a pas d'autre moyen que la consultation psychiatrique pour apprécier la nature du cas.

Dans les deux derniers cas, le traitement chimiothérapique sera souvent plus lourd et il sera souvent nécessaire de le compléter par une psychothérapie nécessitant des entretiens réguliers, ce qui pose souvent des problèmes en raison de l'interférence des demandes des autres patients et des urgences.

### LA PREPARATION DES SORTIES

par le Docteur VIVET

La population psychiatrique de la Maison d'Arrêt est la plus fragilisée, la plus exposée à la récurrence délictuelle à la sortie ; c'est donc cette population qui devrait mériter la plus grande attention, le plus grand soin dans la préparation de la sortie. Pour cela, comme nous l'avons signalé dans une autre communication, l'assistance d'un service social et d'un secrétariat spécialisé serait du plus grand secours pour le psychiatre.

Nous émettons le souhait qu'une information précise sur les dates de libération nous soit systématiquement fournie par l'administration pénitentiaire pour que les sorties puissent s'effectuer dans les meilleures conditions et qu'il soit possible de :

- préparer une éventuelle ordonnance de sortie (surtout pour qu'il n'y ait pas de hiatus thérapeutique, en particulier quand un détenu sort un week-end)
- rédiger une lettre pour le psychiatre ou le médecin traitant, ou celui de l'établissement où doit se rendre le patient à sa libération.
- organiser l'accueil à la sortie par un accompagnateur, qu'il soit infirmier psychiatrique, éducateur, membre de la famille ou ami.

Nous avons pu, avec l'accord de la D.D.A.S.S. de la Seine-Maritime, recevoir hors des murs de la prison dans une consultation de dispensaire, des membres de famille de détenus de manière à compléter l'anamnèse, parfois à essayer d'élaborer un embryon de thérapie familiale et surtout à facilit-

ter la réinsertion du malade dans son milieu familial à la sortie.

Malheureusement cela reste encore des cas d'exception et le plus souvent le détenu malade psychiatrique sera seul à sa sortie, il faudra lui chercher soit un service hospitalier qui veuille bien l'accueillir ; on se heurtera alors souvent à une difficulté supplémentaire : le patient sera dans la plupart des cas considéré comme hors-secteur, la Maison d'Arrêt de Rouen étant elle-même hors-secteur et de ce fait on ne pourra connaître à l'avance le service qui va l'accueillir. Soit un établissement de cure ou de post-cure s'il s'agit d'un alcoolique ou à fortiori d'un usager de drogues illicites et l'on sait la difficulté des recherches, les délais imposés. Soit un foyer qui bénéficie de l'assistance d'un psychiatre attaché à l'établissement ou d'une équipe de secteur.

Dans la plupart des cas, cette recherche devra se doubler d'une prise de contact bien avant la sortie avec une équipe socio-éducative qui pourra participer s'il le faut à la recherche d'un travail et d'un logement.

L'absence d'un secrétariat et d'un service social spécialisé rendent ces démarches pesantes, cela se fait souvent au détriment de l'activité de soin et cela se fait mal.

Nous n'avons souvent aucune nouvelle du détenu à sa sortie mais il n'est pas rare de le retrouver peu de temps après à la Maison d'Arrêt incarcéré pour un délit du même type qui aurait peut-être pu être évité avec une meilleure prise en charge.



PROBLEMES GENERAUX POSES PAR L'EXERCICE DE LA

PSYCHIATRIE A LA MAISON D'ARRET DE ROUEN

I - Conditions faisant obstacle au secret médical

- Bureau séparé, par une porte légère, de la salle d'attente du médecin généraliste, ce qui oblige à parler sur le ton de la confiance si on veut ne pas être entendu de cette salle d'attente, mais à hausser le ton si on veut être entendu du patient lorsque les malades élèvent la voix dans celle-ci : le détenu a peur de parler.

- Bureau sans téléphone. Les communications ayant lieu sur un poste commun avec le médecin généraliste, dans le bureau de celui-ci, le plus souvent en sa présence, ou ce qui est plus grave, en la présence de membres du personnel pénitentiaire ou de détenus.

Il en résulte une grande fragilité dans la garantie du secret et les détenus y sont très sensibles, ce qui atténue la confiance nécessaire à tout travail psychothérapeutique.

II - Conditions de travail difficiles pour le psychiatre :

- Bureau sans éclairage naturel (pas de fenêtre véritable mais ouverture à l'intérieur de la chapelle de l'établissement).
- Absence de secrétariat nécessitant de manuscrite toutes les correspondances.
- Absence d'assistant social directement attaché à la psychiatrie : le service social de la prison étant surchargé, le psychiatre doit souvent rechercher lui-même et contac-

ter les établissements spécialisés et les centres de post-cure pour préparer les sorties.

III - Difficultés dans les prescriptions chimiothérapeutiques.

Nous émettons quelques réticences, tout en comprenant les impératifs de sécurité, en ce qui concerne l'administration : obligatoire de la plupart des médicaments à visée psychiatrique, écrasés ou dilués dans des fioles où, pour des raisons de service, ils sont ainsi préparés parfois plusieurs heures à l'avance : outre le goût et l'aspect particulièrement désagréables pour le détenu de telles mixtures, il me paraît légitime de se poser des questions sur la stabilité de certains médicaments en milieu aqueux, sur les interactions chimiques possibles, et même s'il n'en résulte aucune toxicité, n'y a-t-il pas, pour certains d'entre eux, modification de leur efficacité ?

La fiole du soir est administrée à Rouen au plus tard vers 18 h 30 et c'est le plus souvent celle qui contient un médicament somnifère avec pour conséquence que le détenu "s'endort sur sa soupe" et se réveille après 8 h de sommeil vers trois heures du matin, et vient ensuite se plaindre d'être insomniaque ...!

IV - Problèmes déontologiques.

Outre ceux posés par le fait qu'il soit difficile d'observer strictement le secret médical, deux autres problèmes ont retenu mon attention :

- La présence d'un seul psychiatre à la Maison d'Arrêt exclut pour le détenu la possibilité du choix de son thérapeute, possibilité accordée, théoriquement à tout citoyen.
- L'utilisation nécessaire de la loi du 30 Juin 1838 pour

appliquer l'article 398 D du Code de Procédure Pénale, pose un problème déontologique développé dans la communication ci-jointe.

DEONTOLOGIE, ARTICLE 398 D DU CODE DE PROCEDURE PENALE ET LOI DU 30 JUIN 1838.

Je me suis posé à trois reprises en deux ans un problème déontologique qui concerne l'application de l'article 398 D du Code de Procédure Pénale.

Dans chaque cas, il s'agissait d'un détenu manifestement psychotique. Le premier avait été condamné sans avoir subi au préalable d'expertise psychiatrique et tout laisse à penser qu'il présentait déjà un syndrome délirant au moment du délit. Le deuxième a présenté un syndrome délirant au cours de sa détention, syndrome qui pouvait entrer dans le cadre nosologique des psychoses carcérales. Le troisième était en détention préventive pour un délit effectué vraisemblablement au cours d'un état délirant qui s'est ensuite aggravé pendant l'incarcération.

L'état de ces trois détenus nécessitait des soins et une surveillance spécialisés tels qu'ils ne pouvaient être effectués en milieu pénitentiaire et impliquait l'application de l'article 398 D du Code de Procédure Pénale.

Après information, tant auprès de l'administration pénitentiaire que du Procureur de la République et du Juge d'application des peines, il est apparu que pour appliquer cet article, il était indispensable de faire jouer la loi du 30 Juin 1838 et de faire une demande de mise en placement d'office auprès de l'autorité préfectorale.

Mais cette loi implique :

- que le patient trouble l'ordre public, ce qui semble ne pouvoir être le cas dans un établissement administratif tel qu'une prison,
- que le patient soit dangereux pour lui-même et pour autrui : dans les trois cas observés, un seul patient pouvait être considéré comme dangereux pour autrui et, si tous les trois pouvaient être dangereux pour eux-mêmes, ce n'était qu'en fonction de leur incarcération, en toute autre circonstance leur état aurait seulement nécessité un placement libre en centre hospitalier spécialisé (ce que deux d'entre eux auraient accepté sans problème), ou éventuellement pour le troisième un placement volontaire.

Voilà pourquoi j'ai eu l'impression d'effectuer un abus de pouvoir en demandant ces trois placements d'office, mais ne pas utiliser la loi du 30 Juin 1838 impliquait ne pas observer l'article 398 D du Code de Procédure Pénale et maintenir en détention des malades qui avaient droit à un élargissement et à des soins en milieu spécialisé et dont l'incarcération n'avait aucun sens puisqu'ils se trouvaient dans un état d'aliénation mentale manifeste.

Un autre problème est posé par le fait que l'amélioration de l'état de santé de ces malades amènera de nouveau une incarcération pour qu'ils purgent le reste de leur peine, ce qui a toutes les chances de provoquer une rechute !

P.S. : Deux études de cas peuvent être traitées à l'appui de cette communication.

## SECRET PROFESSIONNEL ET PSYCHIATRIE PENITENTIAIRE

par le Docteur J.P. HUBER

Le Code de Déontologie médicale dans sa dernière édition, ne prévoit que très peu de dérogations légales au secret professionnel et rappelle son caractère absolu et contraignant.

Cela ne correspond absolument pas à la réalité de la pratique médicale pénitentiaire, telle que la prévoit notamment le Code de Procédure Pénale.

Cette situation de conflit est particulièrement nette en psychiatrie. Seront ainsi évoqués : la participation du Psychiatre aux Commissions d'Application des Peines, la rédaction de rapports destinés à appuyer une proposition de mise en liberté conditionnelle, les propositions de placement en Centres de Détention spécialisés pour psychopathes, sans que cette énumération soit exhaustive.

Le médecin a donc le choix entre soit risquer d'être poursuivi pour violation du secret professionnel, soit rompre pratiquement tout contact avec l'Administration et se cantonner strictement à ses tâches de soin.

Il apparait donc nécessaire que le rôle du Psychiatre soit défini de façon beaucoup plus précise que ce qu'il est actuellement, en tenant compte de la réglementation propre au corps médical dont il fait partie.

## MEDECINE PENITENTIAIRE

ET SES RAPPORTS

AVEC LE SERVICE DE PSYCHIATRIE

MEDICO-LEGALE

DE L'HÔPITAL PSYCHIATRIQUE FRANTZ-FANON

DE BLIDA-JOINVILLE

DR B. RIDOUH

Chargé de Cours et Médecin-Chef  
du Service de Psychiatrie Médico-Légale  
de l'H.P.F.F. de Blida

DR M.S. LAIDLI

Maître-Assistant à l'H.P.F.F. de Blida

LES BOULEVERSEMENTS SOCIO ET MEDICO-JURIDIQUES EN ALGERIE -

Au terme de 12 années d'exercices professionnels au titre de Médecin-Légiste et de Médecin Psychiatre, pour la première fois l'occasion nous est donnée de participer à une rencontre sur la Médecine Pénitentiaire.

En fait il ne s'agit pas d'un pur hasard puisque l'un de nous, le Docteur LAIDLI, Médecin-Légiste, destine sa thèse à ce sujet.

Jusqu'à présent nous avons pratiqué une Médecine pénitentiaire "Sauvage". La raison en est simple.

Le pays est confronté à d'autres priorités, la Médecine "tout court" à propos de laquelle des efforts colossaux sont développés, se préoccupe des besoins de santé qui sont encore loin d'être couverts, par des autochtones surtout dans les spécialisations considérées ?

Pour l'opinion publique, prêter soins et Assistance à des prisonniers peut faire sourire ou susciter des sentiments de désapprobation, voire de révolte.

N'y a-t-il pas mieux à faire que prêter secours à cette population fangeuse ?

N'est-ce pas les encourager dans le vice ?

N'est-ce pas une incitation à la récidive ?

Cet humanisme, cet altruisme du Médecin, les autorités préfèrent les voir se tourner là où les besoins réels et de première nécessité existent, tels qu'à l'intérieur du

pays et dans des régions reculées, qui sont encore démunies et sacrifiées aux besoins des grands Centres Urbains.

Se mettre à l'écoute des besoins des prisonniers est alors un luxe, correspond à une démarche surperflue, constitue une attitude peut être dilapidée car le prisonnier, entre ses 4 murs, doit purger sa peine et recevoir le châtiment mérité.

Le terme de Médecine Pénitentiaire est inusité, méconnu de l'Administration Pénitentiaire, de l'Université et de la Santé pour les raisons suivantes et entre autres :

Pour l'Enseignement Supérieur :

1°) La réforme des Etudes Médicales remontent seulement à une dizaine d'années environ, avec suppression du C.E.S remplacé par un Résidanat composé de modules semestriels intégrés.

2°) Abolition du temps plein aménagé pour les Professeurs Docents, Maîtres-Assistants, ce qui est loin de s'être attiré l'unanimité des opinions.

3°) L'Arabisation de la Justice, ne s'est pas réalisée sans connaître une période d'adaptation opaque et houleuse. La présence des Magistrats Francophones formés par une filière de la Faculté de Droit francisée, était insolite dans une justice Arabisée.

Par ailleurs, une formation de magistrats Arabisés était assurée à l'école de Magistrature de Dar-El-Boïda mais représentait une minorité par rapport à la précédente.

Une étape essentielle, révolutionnaire a été franchie par le Ministère de l'Enseignement Supérieur lors de

l'Arabisation des Sciences Sociales et des Sciences Juridiques.

Cette Arabisation de secteurs-clés de l'enseignement ne s'est pas opérée sans dégâts et sans nostalgie mais elle était indispensable pour marquer l'affranchissement de l'Algérie de la Culture Française et recouvrir les valeurs Ara-Islamiques ainsi que l'autonomie de notre personnalité. La langue n'est pas un simple véhicule de termes technologiques comme certains détracteurs ont poussé à le faire croire en amplifiant les difficultés qui certes étaient réelles mais non insurmontables.

4°) La décentralisation décidée il y a quelques années avec la multiplication des Universités à travers le territoire : Tizi-Ouzou

Annaba

Sétif

Tlemcem

Batna

n'a pas été suivie, les volontaires enseignants ne se bousculant pas aux portillons de ces nouvelles facultés.

Les 8/10 des enseignants en Médecine sont regroupés à Alger.

L'instauration de la Médecine gratuite a bouleversé toute la mentalité d'une population pour laquelle consulter un médecin n'est plus un luxe mais est devenu un droit. En effet, soins, hospitalisation, intervention chirurgicale, examens complémentaires, médicaments fournis à l'intéressé, tous ces actes et toutes ces prescriptions étant gratuites.

Cette politique de la Santé a cristallisé toutes les énergies pour obtenir son succès et a polarisé toutes les potentialités, car mettre sur pied un tel programme sur un aussi vaste territoire ne s'est pas fait sans obstacles.

De même, héritière d'une médecine colonialiste, cette médecine à visée socialiste n'a pas été sans rencontrer de difficultés inhérentes à l'absence de potentiel humain et à la carence d'infra-structures et de moyens matériels.

Par conséquent, face à toutes ces priorités la Médecine Pénitentiaire était un Parent bien pauvre et ne pouvait recevoir que la portion congrue.

### SITUATION IPSO FACTO

La Médecine Pénitentiaire n'existe donc pas dans notre pays au sens communément admis dans les pays d'Europe.

Peut-être peut-on dire qu'elle est à ses premiers balbutiements puisque des médecins, attachés aux Etablissements Pénitentiaires, prodiguent des soins aux prisonniers qui présentent des troubles organiques, somato-psychiques et psychiques. Suivant l'importance de l'établissement, un ou deux médecins y travaillent à mi-temps, mais sans grand investissement, faute de formation et de motivation personnelle, obligation leur étant faite d'un mi-temps dans le secteur Public. Là et ailleurs pourquoi pas et peu importe... d'autant plus que les bénéfiques priment sur les inconvénients. Ce n'est pas l'Administration Pénitentiaire qui va les importer et encore moins les détenus, qui, privés de tout moyen d'expression, ne vont pas clamer si le médecin est passé en "courant d'air". De plus, être privé de voir le médecin est une brimade supplémentaire infligée. Donc, ils ont tous intérêt à ne pas manifester leur mécontentement.

Par contre, le médecin sera toujours là, présent pour les cas dont le seuil de la bénignité est dépassé, ou pour des passe-droits (il en existe...) et pour lesquels des problèmes plus graves peuvent se poser.

Ce n'est pas le seul parallèle possible à faire avec l'asile.

Si, le Surveillant-chef ne montre au Médecin que les cas qu'il veut bien.

Là, l'infirmier-chef, véritable détenteur du pouvoir (prescription de quelques pillules euphorisantes ou

Compte-tenu du surencombrement de l'établissement, tous les problèmes sont dilués dans une réalité où priment les nécessités du "faire face à la demande" qui perturbent le beau schéma théorique.

somnifères) et les prisonniers le savent bien !... opère un tri selon ses propres critères qui ne sont pas toujours d'ordre médical.

D'où, possibilité de transfert dans les hôpitaux, ce qui représente en quelque sorte le seul acte médical qui se réduit à une démarche médico-administrative...

L'intervention du médecin "c'est le parapluie pour de gros problèmes" !... qui risquent de survenir ultérieurement.

On se prépare alors à toutes demandes d'explications qui ne manqueraient pas de survenir au cas où ...

Le médecin est rivé à l'infirmerie où il ne reçoit qu'une petite frange de la population carcérale. Il ignore tout du monde carcéral hormis les lits d'hospitalisation de pneumo-phtisiologie (en 81, on a toujours peur de la contamination tuberculeuse, et la ségrégation est toujours de rigueur alors qu'à l'hôpital civil, ces services de pneumo-phtisio se sont vidés) et de médecine générale.

Le compartimentage est de rigueur pour toutes catégories :

- les primaires, seuls,
- les récidivistes, seuls,
- les dangereux, seuls,
- les fous, seuls,
- tuberculeux, seuls,
- les toxicomanes, seuls,
- les homo-sexuels, seuls.

Ce qui sauve l'illusion d'une organisation impeccable alors que, en fait ! ...

#### LES JUMEAUX : PRISON ET ASILE

Comme dans bon nombre de pays, médecins-légistes et médecins-psychiatres apparaissent comme des interlocuteurs privilégiés de la justice.

1°) Le premier, outre ces activités autopsiques, détient le pouvoir de discerner la compatibilité ou l'incompatibilité de l'état de santé avec la détention, la possibilité de placer l'intéressé à l'infirmerie et enfin le constat de coups et blessures ou sévices, survenus à l'intérieur de la Maison de Rééducation.

Il va de soi que le nombre de détenus faisant l'objet de tels égards, constitue une infime partie de la population carcérale qui doit affronter dans sa globalité de nombreux barrages pour accéder à ce droit et faire intervenir défenseurs et magistrats.

2°) Le second, apparaît comme celui qui arrache aux "griffes" de la justice celui qu'elle condamne, celui qui de par ses conclusions, loin d'être le "Conseiller en punitions" au sens de M. FOUCAULT, est bien au contraire celui qui est un Expert en modulation de la peine. Tous les "PSY" ont en effet la réputation d'écouter ou de faire semblant d'écouter mais surtout d'être un interlocuteur valable et considéré aux yeux de la justice.

Le pouvoir médical, s'il est érodé et controversé dans bon nombre de pays, est encore auréolé de prestige chez nous, son pouvoir est exorbitant, lui conférant un rôle quasi-mythique.

Il faut dire qu'un tel respect et un tel engoue-

ment pour l'homme en blouse blanche est à circonscrire entre autre au niveau de l'état de frustration dans lequel "l'indigène" a été maintenu pendant toute la période du colonialisme, la médecine traditionnelle faisant collusion avec les forces coloniales pour maintenir le peuple dans l'obscurantisme = la Science, les appareils sophistiqués aux européens.

Les Talebs et les Marabouts aux "indigènes".

Ainsi s'exprimait en 1976/1977, le médecin-responsable au bureau d'hygiène mentale au Ministère de la Santé, le Docteur BAKIRI.

"Dépassés, les mécanismes traditionnels de prise en charge du malade mental le sont également, Marabouts et Talebs ne sont plus actuellement que les représentants momifiés d'un ordre révolu fait d'obscurantisme et de conservatisme ; à ce seul titre ils sont déjà condamnés, politiquement indéfendables devant l'histoire, leurs propres rôles et images sociales se retrécissent et se dégradent au fil des bouleversements sociaux et économiques auxquels ils devront s'adapter sous peine de disparaître.

Enfin, ils sont davantage les acteurs d'un FOLKLORE désuet que d'une culture véritable".

L'effort gigantesque pour introduire la Médecine dans les douars les plus reculés, associée à l'alphabétisation croissante et concernant toute la jeunesse, contribue au recul de la médecine traditionnelle.

Ces quelques éléments d'explications retenus parmi bien d'autres, suffisent en eux-mêmes à mettre en relief le prestige dont est auréolé le médecin-psychiatre aux yeux de la Justice.

Si le Jargon Lacanien est déjà en voie de déconsidération en France, le langage psychiatrique et psychologique, au sens le plus classique du terme, exerce une véritable fascination et séduit encore... mais pas pour longtemps.

Toute proportion gardée, on en est encore au stade de la "radio-miracle", (surtout celle de la tête), mais le scanner n'est pas loin pour longtemps...

Nos trois grandes villes Universitaires (Alger, Oran et Constantine) pourraient offrir un embryon de Médecine Pénitentiaire.

Or, il n'en est rien.

- Constantine ne possède aucun service d'enseignement de Médecine-Légale.

- Oran, possède un service de Médecine-Légale par l'intermédiaire de son Responsable, qui, outre une formation de Médecine-Légale, assure les expertises psychiatriques et par ce biais s'est intéressé au Centre Régional d'Observation et d'Orientation d'Oran.

- Alger a le rare privilège de compter dans le département de Médecine-Légale deux médecins-légistes dont l'un psychiatre est responsable du service régional de psychiatrie Médico-Légale de l'H.P.F.F. de Blida, et couvrant 1/3 des problèmes psychiatriques Pénitentiaires d'Algérie tels que :

Alger, Blida, Tizi-Ouzou, Sétif, M'Sila, Ech-Chelef, Berrouaghia, Béjaia, Médèa et Ouargla.

Blida, bastion de la folie, se devait d'être le carrefour, des soins des malades dits Médico-Légaux, après non-



lieu, mais aussi de toutes les activités expertales et encore, de tous les problèmes psychiatriques pénitentiaires posés dans les prisons de ces régions.

Blida, pour ne pas faillir à sa bonne réputation, est devenue une bonne succursale de la prison.

Bon gré, mal gré, nous avons donc été mis en demeure de nous occuper de Médecine-Pénitentiaire, Blida représente le ralliement des situations difficiles qui se posent dans les établissements pénitentiaires.

Sans parler des prévenus expertisés et contre expertisés qui nécessitent leur placement pour une durée indéterminée aux fins d'observation, nous recevons toute une gamme de condamnés pour soins :

- Cas sociaux, oubliés du Magistrat Instructeur,
- Ethyliques,
- Toxicomanes,
- et naturellement les psychopates mettant en jeu leur vie, (lacérateurs, auto-mutilateurs, avaleurs de toutes sortes d'objets) ou tellement perturbateurs de l'ordre établi que l'Administration Pénitentiaire lassée de leurs comportements n'a pas d'autres recours que de les adresser à l'H.P.F.F. faute d'annexes psychiatriques.

Tous les "Cas dangereux",

Tous les sujets qui présentent devant le Magistrat après la garde-à-vue, en raison de troubles psychiques présentement constatés, sont directement conduits à l'H.P.F.F., ce qui n'est pas sans poser de problèmes au moment de leur réintégration.

Pour expliquer cette propension, soulignons que

Blida a été de tout temps, sur un mode préférentiel, un lieu de soins fermé, pour longue durée, auquel s'associe une architecture adéquate des services.

De plus un personnel para-médical qualifié et compétent, en nombre suffisant s'est exercé depuis longue date à la prise en charge de cette catégorie de malades.

Par ailleurs, l'Administration notamment le Bureau des Entrées est rodé depuis longtemps à la paperasse administrative pour les hospitalisations de ces détenus escortés de réquisitions de placements faisant référence au Code Pénal, du Code de Procédure Pénale et du Code de la Santé, etc...

Et enfin, une Ergothérapie diversifiée à laquelle est attachée une réputation de longue date et ayant dépassé le Cadre National (le regretté DAUMEZON faisait l'éloge des ergothérapeutes au cours des stages, des C.E.M.E.A. Centre d'entraînement aux Méthodes d'éducation active, qu'il organisait en France).

La confiance et la collaboration des Magistrats, et des Responsables des Maisons de Rééducation surtout d'Alger (4.000 détenus) et de Blida (600 détenus) permettent un règlement rapide des modalités de transfert, l'aspect humain primant sur les formalités administratives.

QUAND LA JUSTICE NOUS LAISSE FAIRE .....

Nous réalisons ainsi une "Prison modèle" au sein d'un Centre Hospitalier. Il nous faut reconnaître toute la mansuétude des Juges à notre égard : et ce ne sont pas les hardiesse qui nous font défaut.

En effet, outre la suppression des mini-tracasseries, sont acceptées : visites sans permis de communiquer, aussi répétées et aussi longues que le désirent les familles.

Organisation autonome à l'intérieur des pavillons, avec auto-gestion et libre organisation des détenus entre-eux.

Activités de plein air sans aucune restriction.

Le port des vêtements personnels, coupe de cheveux et de la barbe, à la demande des intéressés.

Tous ces apports aussi élémentaires puissent-ils paraître, contribuent à la rémission de l'infantilisation et de la regression bien connues chez les prisonniers qui sont soumis à une discipline qui "brime le corps et l'esprit".

La relation avec le médecin se trouve assainie du fait de cette dignité humaine retrouvée du simple fait d'un assouplissement de la discipline telle qu'elle est prévue dans le Code de la Réforme Pénitentiaire qui avilit et bafoue l'homme, par souci d'une sécurité qui pourrait, en 1981, être assurée d'une manière moins humiliante : ainsi stipulent l'Article 17 du Code de la Réforme Pénitentiaire et les Articles 1,2,3 du même Code.

Article 17 : Les détenus doivent être fouillés aussi

souvent que le chef de l'établissement l'estime nécessaire.

Ils le sont notamment à leur entrée dans l'établissement et chaque fois qu'ils en sont extraits et y sont reconduits pour quelque cause que ce soit, ils peuvent également être l'objet d'une fouille avant et après tout parloir ou visite quelconque.

Les détenus ne peuvent être, cependant fouillés que par des personnes de leur sexe.

Article 1 : Il ne peut être installé dans les établissements, après avis du magistrat de l'application des sentences pénales, des récepteurs de radio ou de télévision.

Article 2 : La sélection des programmes s'effectue par le chef d'établissement.

Il est installé, à cet effet, un interrupteur aux dits récepteurs, dans les locaux de la direction de l'établissement.

L'usage de cet interrupteur, qui est réservé au chef de l'établissement ou, en cas d'empêchement de celui-ci, à son remplaçant, sera fait, chaque fois que les émissions risquent de porter atteinte à l'éducation ou à la santé morale des détenus.

Article 3 : Le magistrat de l'application des sentences pénales, peut interdire, à tout moment à un ou plusieurs détenus, d'assister à la diffusion de ces émissions, lorsqu'elles risquent d'exercer sur le ou les intéressés, une influence négative.

Nous sommes conscients que l'affluence des détenus condamnés dans notre enceinte psychiatrique est le résultat d'une carence manifeste de spécialistes (personnels qualifiés), de structures (annexes psychiatriques, hôpital-prison, C.M.P.). Peut-il en être autrement quand on sait que 30 Psychiatres seulement doivent assumer les besoins de tout le territoire.

Il y a une dizaine d'années à l'occasion de l'Union Internationale des Sociétés d'Aide à la Santé Mentale, ayant pour thème : La criminalité, les participants s'étaient étonnés "qu'il y ait un grand nombre de malades mentaux qui constituaient le fond de notre travail". Nous avons attiré l'attention sur ce manque d'infrastructures, cette carence en Médecins Psychiatres, ce qui, à notre sens peut expliquer en partie, l'importance dans notre hôpital, de la présence de malades médico-légaux. En effet, il nous apparaît qu'un bon nombre d'entre eux ne serait pas passé à l'acte s'ils avaient pu faire l'objet d'un suivi régulier. Or comment un sujet peut-il être suivi régulièrement quand sa circonscription domiciliaire est éloignée par exemple de plus de 400 kilomètres, en moyenne ? A cela, s'ajoutent, facteurs non moins importants, les difficultés de transport. Nous avons hérité de la période coloniale, trois grands bastions psychiatriques :

- BLIDA (2 000 lits)
- Oued Athmania, de CONSTANTINE
- et Sidi Chami, d'ORAN.

Ces trois grandes forteresses se trouvent au Nord du Pays, l'intérieur étant complètement démuné. Un gros effort a été prévu pour combler ce désert psychiatrique (cf. Articles 144, 145, 146).

Article 144 : Chaque Wilaya dispose d'au moins un

service hospitalier public, destiné de manière spécifique, à traiter des malades dont les troubles mentaux constituent soit l'unique maladie, soit la maladie principale.

Le traitement des malades mentaux à l'hôpital psychiatrique de Wilaya pourra s'effectuer selon les modèles d'accueil, de séjour et de traitement appropriés suivants :

- hospitalisation selon les dispositions du présent titre,
- hospitalisation à temps partiel,
- traitements ambulatoires,
- consultations simples ou prolongées périodiques,
- occupations à visées thérapeutiques,
- tous autres modes d'accueil, de séjour et de traitement susceptibles d'amener le malade à un état de stabilisation, de sédation ou de guérison de ses troubles.

Article 145 : L'Hôpital Psychiatrique de Wilaya devra avoir pour emplacement la ville chef-lieu de la Wilaya ou de préférence la ville ayant, dans la Wilaya, la plus forte population d'habitants en charge.

L'Hôpital Psychiatrique de Wilaya devra être situé dans les limites géographiques du secteur sanitaire de la ville de son siège ou dans celles du secteur sanitaire principal de cette même ville.

Article 146 : L'Hôpital Psychiatrique de Wilaya est tenu de recevoir et de traiter, selon les modalités visées à l'Article 144, les malades mentaux des 2 sexes.

Il dispose, à cet effet, d'équipements répartis en proportions adéquates fixées par décision du Ministre chargé de la Santé Publique, et révisables par la même autorité.

Si la mise en place des infrastructures matérielles a été réalisée dans une proportion satisfaisante, il n'en va pas de même, hélas pour le personnel médical et encore moins pour le personnel para-médical.

Notre expérience avec les prisonniers, aussi passionnante soit-elle, est temporisée par les évasions qui sans être importantes, ont été suffisantes pour que les services de sécurité et la Justice nous ramènent à l'ordre. Tout en considérant cependant que le positif jusqu'ici l'a remporté sur le négatif. Mais d'ici quelques années, l'inverse ne risque-t-il pas de se produire, cette "incompressibilité" de la nature humaine échappant à la Justice qui fera de nous ses auxiliaires passifs et soumis. Espérons que demain n'est pas la veille !...

Outre le manque de motivation, il existe un véritable tabou pour cette discipline qui ne fait pas encore très scientifique, ni médicale, les troubles psychiques ayant fait pendant trop longtemps et même encore l'application de soins traditionnels d'origine pseudo-religieuse chez les talebs et les marabouts, les zaouias.

On préfère de loin, aux soins psychiatriques plus ou moins assurés de succès, le bistouri du chirurgien qui concrètement démontre, prouve, guérit.

Dans un certain sens, on comprend nos confrères qui répugnent et boudent notre spécialisation quand une seule visite à l'asile vous dégoûte à jamais de vous oc-

cuper de ces malades asilifiés, chronicisés, détériorés, livrés au seul processus de leur déchéance physique et mentale et n'ayant plus d'humain que le nom.

La coopération technique étrangère a été d'un bon secours, elle demeure cependant limitée dans son efficacité, le problème de la langue, la connaissance de la culture étant un handicap certain à la bonne compréhension des problèmes psychiatriques posés.

### LA BOUCLE EST BOUCLEE

Notre double spécialisation de Médecin-Légiste et de Médecin-Psychiatre, prise dans ce "Grand Vide", détermine un exercice illégal de notre profession puisque tout à la fois, nous pratiquons :

- L'expertise psychiatrique pour déterminer la responsabilité de l'inculpé.
- L'examen médico-psychologique (dont l'objectif est différent de l'examen médico-psychologique en Europe puisqu'il opère chez nous, un tri en vue de l'expertise mentale).
- L'autopsie.
- L'examen des auteurs des C.B.V. (Coups et Blessures Volontaires).
- L'examen des victimes des C.B.V. en vue de déterminer une incapacité de travail.
- Examen des prévenus et des détenus pour incompatibilité de leur état avec la détention afin d'obtenir leur placement soit à l'infirmerie d'El-Harrach soit à l'H.P.F.F.

Si une hospitalisation doit découler de nos examens et notamment de l'expertise psychiatrique, il n'existe qu'une seule voie à emprunter :

Le Service de Psychiatrie Médico-Légale de l'H.P.F.F. Pour la moitié des affaires, nous examinons l'auteur ou les

auteurs, la victime (blessée ou décédée) et si l'auteur est décrété irresponsable, c'est nous qui le traiterons.

Peut-on se réclamer de la même neutralité et de la même objectivité, en tant qu'expert-psychiatre, dans l'examen psychiatrique de l'inculpé, quand auparavant, en tant que Médecin-Légiste, on a pratiqué l'autopsie de la victime.

Peut-on avoir une relation thérapeutique avec le malade ayant obtenu son non-lieu, alors que préalablement il a été expertisé par nous et qu'il sait qu'on a pratiqué l'autopsie de sa victime.

Toute cette main-mise d'un seul est en voie de disparition, le nombre de nos jeunes confrères et celui-ci présent est le premier !...

Notre service de Psychiatrie Médico-légale situé à l'intérieur de l'Asile couvrant une capacité de 300 lits, prend en charge tous les malades Médico-légaux du 1/3 du Territoire National ainsi que tous les prisonniers pour soins des différentes Maisons d'Incarcération.

A l'importance de ce chiffre, on peut tenter de donner plusieurs explications :

- Les difficultés à se faire traiter efficacement et à se faire hospitaliser, la rechûte sur un mode Médico-Légal étant l'une des principales "conditions" "à remplir" pour conduire enfin quelqu'un à l'hôpital.

- Le prestige du Médecin-Expert auprès des Magistrats et la confiance de ces derniers.

- Une certaine tendance chez nous à irresponsabi-

liser des cas limités, des cas sociaux, des cas fragiles ayant déjà décompensé à l'occasion de leur incarcération, surtout quand on connaît le manque de prise en charge dans nos prisons.

Les détracteurs des "PSY" auxiliaires de la Justice ont alors la "Partie Belle" quand ils nous accusent de sortir de notre neutralité pour devenir un juge de fait qui décide des destinées du délinquant. M. FOUCAULT ne pourrait pas dire plus à notre sujet "Non pas expert en Responsabilité mais Conseiller en Puniton".

#### A PROPOS DU CODE DE LA REFORME PENITENTIAIRE.

Pour toutes les raisons énumérées ci-dessus, la médecine pénitentiaire se trouve donc transférée dans notre service à l'hôpital.

Peut-être serait-il venu le moment d'étudier ce que disent les textes : dans le Décret numéro A2/36 du 10 Février 1972, portant Code de l'Organisation Pénitentiaire et de la Rééducation, les Articles, relatifs à l'observation et l'orientation des détenus, stipulent :

- Article 1 : Dans le but de personnaliser les peines et d'individualiser les traitements, il est créé, au sein de l'établissement de rééducation d'Alger (El-Harrach), un Centre National d'Observation et d'Orientation.

Il est, en outre créé, au sein de chacun des établissements de rééducation d'Oran et de Constantine, un Centre Régional d'Observation et d'Orientation.

- Article 2 : Le Ministre de la Justice, Garde des Sceaux, peut décider par arrêté, la création d'annexes à ces Centres, lorsque celles-ci s'avèrent nécessaires.

- Article 3 : Le Centre d'Observation et d'Orientation est placé sous l'autorité du Directeur de l'établissement pénitentiaire dans lequel il est créé.

- Article 4 : Un médecin psychiatre et un médecin

de médecine générale, désignés par le Ministre de la Santé Publique, sont attachés aux Centres d'observation et d'orientation.

Un arrêté interministériel fixe le nombre des psychologues, des éducateurs et des assistantes sociales, mis en permanence à la disposition des centres d'observation et d'orientation.

- Article 5 : Les Centres d'observation et d'orientation ainsi que leurs annexes sont dotés d'un équipement d'études et de recherches biologiques, psychologiques et sociales.
- Article 6 : Les condamnés à des peines supérieures à 18 mois et les récidivistes, quelle que soit la durée de leur peine, peuvent être mis en observation, par décision du Ministre de la Justice, Garde des Sceaux, au Centre d'observation et d'orientation.
- Article 7 : Tout Centre peut recevoir aussi pour observation les condamnés proposés au régime de la semi-liberté, au milieu ouvert ou au bénéfice de la liberté conditionnelle.
- Article 8 : Le juge d'instruction, après avoir obtenu l'accord du Magistrat de l'application des sentences pénales, ordonner l'observation d'un prévenu, au Centre, pour une durée qui ne saurait excéder 20 jours, aux fins de l'enquête médico-psychologique prévue à l'Article 68 du Code de Procédure Pénale.
- Article 9 : Il est constitué pour chaque détenu,

préalablement à son admission au Centre d'observation et d'orientation, un dossier comprenant :

- 1°) un extrait de casier judiciaire,
- 2°) un extrait du jugement ou d'arrêt de la condamnation pour laquelle il est détenu,
- 3°) une fiche de situation pénale et de renseignements sur sa conduite en détention, fournis par le Chef de l'établissement dans lequel il est détenu,
- 4°) une fiche sanitaire.

En outre, le Centre peut demander au représentant du Ministère Public qui a requis la condamnation, un exposé succinct des faits ayant motivé la dite condamnation.

- Article 10 : Lors de son séjour au Centre d'observation et d'orientation, le détenu peut être astreint à différents examens et tests.

Il doit notamment se soumettre aux examens biologiques, psychiatriques et psycho-techniques prescrits par les praticiens du Centre.

- Article 11 : Le personnel d'observation doit déposer vingt quatre heures avant l'ouverture de la réunion de synthèse prévue à l'article 14 ci-dessous, un rapport relatif au comportement des détenus lors de leur séjour au Centre.

Dans le même délai, les assistantes sociales attachées au Centre doivent déposer un rapport relatif au milieu familial, professionnel et

social du détenu et aux causes endogènes qui leur semblent avoir incité le détenu à la délinquance.

- Article 12 : A l'issue de chaque stage d'observation, le Directeur du Centre fixe la date de la réunion de synthèse et dresse la liste des cas à examiner.

- Article 13 : La réunion de synthèse, à laquelle assistent le Directeur du Centre, le personnel médical, para-médical et d'observation ainsi que les assistantes sociales, est présidée par le Magistrat de l'application des sentences pénales.

- Article 14 : La réunion de synthèse a pour objet de définir à la lumière du dossier d'observation, le degré et les causes de la délinquance chez le détenu, son état physique et psychique, son aptitude à la rééducation et ses capacités au travail.

Elle a aussi pour effet de prescrire le traitement rééducatif et le régime à appliquer au détenu observé.

- Article 15 : Le Magistrat de l'application des sentences pénales, au vu des travaux d'observation et des rapports de synthèse, suggère au Ministre de la Justice, Garde des Sceaux, l'orientation du détenu vers l'établissement pénitentiaire lui paraissant répondre au traitement du condamné.

- Article 16 : Le Ministre de la Justice, Garde des Sceaux et le Ministre de la Santé Publique sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exé-

cution du présent décret qui sera publié au Journal Officiel de la République Algérienne Démocratique et Populaire.

Ne s'agit-il pas d'un programme d'avant-garde, proposé dans la théorie, mais qui se trouve inconciliable avec les besoins réels et les moyens existants.

Il est difficile d'imaginer une Médecine Pénitentiaire organisée et structurée telle qu'elle vient d'être définie, avec Psychiatres, Psychologues, Assistants Sociaux et Educateurs, quand on sait que ces spécialistes font défaut dans des structures de Santé Publique.

Dans notre Centre National d'Orientation et d'Observation d'El-Harrach, réplique du C.O.O de Fresnes, il ne faut pas s'étonner que seuls, deux Psychologues, font figure de symbole, surtout quand le Centre de Fresnes avec des moyens quantitatifs et qualitatifs autrement appréciables souffre d'une inefficacité dénoncée par de nouveaux magistrats et psychiatres comme le montre ce tableau dans Actes 13/14.

Année	Affectations prononcées au cours de l'année	Affectations après passage au C.N.O.
1973	4 523	774
1974	4 661	663
1975	5 316	638
1976	5 662	643



On ne peut pas passer sous silence, le rôle du Magistrat de l'Application des Sentences Pénales, clé de voûte de la Réforme Pénitentiaire. Comme son homologue, le Juge d'Application des Peines, il est un bouc émissaire, personnage hybride et surtout être fantôme, qui, faute de formation et de préparation, ne remplit qu'un rôle d'actes administratifs (signatures de Placement Provisoire notamment).

Année	Allocations attribuées au cours de l'année	Allocations après passage au C.S.O.
1970	2.800	2.800
1971	2.800	2.800
1972	2.800	2.800
1973	2.800	2.800
1974	2.800	2.800
1975	2.800	2.800

C O N C L U S I O N :

L'ouverture de ce monde fermé qui ne peut être déverrouillé que par la fougue et la jeunesse de jeunes praticiens, universitaires, ne pourra se faire que grâce à un désir de changement authentique.

Dans le cadre du Résidanat de Médecine-Légale, comportant 4 modules de 6 mois chacun obligatoire (Médecine-Légale Judiciaire, Traumatologie Médico-Légale et Droit Médical, Toxicologie Médico-Légale, Psychiatrie Médico-Légale et Criminologie Clinique), nous proposons un module de 6 mois de Médecine Pénitentiaire, obligatoire, ce qui réduirait à 6 mois le module à option.

Les stages pratiqués, s'effectueraient à temps plein dans les Maisons d'Arrêt (les Magistrats devraient faire de même, cela les amènerait à réfléchir deux fois avant de signer les mandats de dépôt pour ne pas oublier que la détention préventive doit être l'exception et la liberté provisoire, la règle), dans les infirmeries, prenant en charge la population pénale d'une manière globale, depuis les cas organiques qui d'ores et déjà sont des cas psychosomatiques, jusqu'aux cas psychiatriques. Et ce, afin d'éviter la marginalisation et le cantonnement dans des cas psychiatriques patents et évidents. L'administration pénitentiaire serait trop heureuse de nous refiler exclusivement ces cas et se débarrasser ainsi de témoins gênants dans ce monde clos.

On peut nous accuser d'être des auxiliaires de la Justice commode, en occultant toutes les contradictions de l'institution, reflet des contradictions sociales, afin de normaliser l'individu et de rendre supportable l'inacceptable, canalisant les tensions et l'agressivité.

Ces critiques sont déjà formulées pour l'Asile Psychiatrique (le nôtre est de taille).

N'en déplaise, il ne s'agit pas de sauter à pieds joints X.... années, courant ainsi le risque de ne pas être suivis.

Notre service de Psychiatrie Médico-Légale, nous en sommes conscients est une soupape de sûreté pour les différents Centres Pénitentiers.

Que nous reste-t-il à faire ?

1°) Attitude suicidaire en refusant tous les problèmes pénitentiers.

2°) Faire la révolution (vouloir tout changer, faire de l'activisme, refuser toutes les compromissions) ce qui ne correspond pas à notre stratégie.

3°) Aller à petits-pas et attendre maturation de la situation pour faire mieux. Il apparaît que notre Pays a dépassé certains stades découlant de la mise en place d'un état moderne après une Indépendance ne remontant même pas à une vingtaine d'années.

L'un d'entre nous s'apprête à soutenir son Docentat (ex. Agrégation) en prenant comme thème d'études :

- La Médecine Pénitentiaire

A lui de poser les jalons d'une Réforme Pénitentiaire concrète et pratique.

## REFLEXIONS TIREES DU CONGRES ET CONCLUSIONS

par le Professeur Solange TROISIER.

Après ces Journées Universitaires Internationales où 30 pays étaient représentés et 400 participants environ, nous pouvons retenir quelques points force.

Dans la première commission se dégage surtout le succès de la chirurgie malgré des moyens parfois inadaptés et des résultats inattendus par leur qualité en l'absence de collaboration efficace avec l'administration, peut-être par manque de moyens.

En médecine il est intéressant de noter, outre l'infection ordinaire et l'importance de la tuberculose, la constatation d'endocardites tricuspidiennes chez les morphinomanes (inoculation septique du côté droit).

Quant aux chirurgiens-dentistes ils souhaitent le rétablissement de la fiche dentaire et la présence d'appareils de radio qui, déclassés, peuvent être achetés à faible prix.

Par la deuxième commission la gérontologie a été discutée et le SERMENT D'ATHENES a été à nouveau évoqué devant les problèmes éthiques se posant chez les sujets âgés, et en particulier lors de la pratique psychiatrique : le manque d'activité, le désengagement ont été signalés.

Les participants ont repris la notion essentielle d'accueil du détenu, sa première écoute au moment où il perd ses racines, écoute qui tient compte de sa réalité mais aussi de sa souffrance morale.

Un rappel sur les problèmes de l'expertise a été intéressant, rappelant la coordination essentielle mais aussi la séparation entre médecins traitants et experts qui doit tenir compte de l'état social du détenu.

Pour la 3ème commission sur les problèmes de l'infirmière en prison, il s'est dégagé une inquiétude sérieuse quant à l'absence de statuts chez cette si capitale auxiliaire médicale. Leur responsabilité est lourde et elles ont quelquefois l'impression d'être abandonnées tant de l'administration que des médecins qui ne viennent qu'un fois par semaine en prison alors qu'elles y sont presque toute la journée.

Il faut insister sur l'importance du rôle de l'infirmière lors de la distribution des médicaments, mais aussi dans tous les domaines.

Dans la 4ème commission, Mlle MERCIER, Directrice du Centre Pénitentiaire de RENNES nous a fait un brillant exposé en ce qui concerne les femmes privées de liberté par de moyennes ou longues peines. Ainsi a été abordée la méthode progressive d'intégration dans ce nouveau lieu carcéral où les condamnés devront effectuer leur peine.

Le travail y est obligatoire, mais la réinsertion sociale semble occuper une place prépondérante par le suivi obligatoire de la même éducatrice et le même personnel de surveillance.

Mme le Dr THIRIAU-MICHAUD, psychiatre à la Maison d'Arrêt des femmes de FLEURY-MEROGIS nous a présenté un intéressant travail accompli sur les femmes meurtrières de leur mari, au bout de 25 ans de vie commune.

Mme HUART, sage-femme dans ce même établissement, a abordé le problème de la sexualité en milieu carcéral féminin.

Le Dr MALOUX, psychiatre à FLEURY-MEROGIS, a interrogé la salle, s'étonnant que soit souvent occulté le problème de la sexualité, que ce soit au niveau symbolique ou au niveau du passage à l'acte.

Pour la 5ème commission, au sein de la mission de la médecine pénitentiaire, la place de la psychiatrie est très privilégiée ; plus que toute autre discipline, elle est sollicitée par la souffrance de la personne en prison, mais aussi plus que toute autre elle nécessite notre vigilance face à des ambiguïtés de toutes sortes.

Les Journées Internationales de Médecine Pénitentiaire de PARIS des 27 et 28 Novembre 1981, sont l'occasion de rappeler qu'il n'est pas question d'étendre abusivement son champ jusqu'à considérer toute délinquance comme une maladie mentale, ni de dévier abusivement son but jusqu'à en faire la normalisation du comportement.

Les nouvelles techniques de soins qui sont proposées aux détenus ont au contraire pour but de restaurer et préserver l'intégrité de la personne dans toutes ses capacités d'expression et de relation.

A côté des thérapies "ambitieuses" comme d'authentiques psychothérapies analytiques, permises par la disponibilité

de temps de plus en plus grande, des praticiens d'orientations diverses, venus de toute la FRANCE ont rapporté des expériences de thérapies de relaxation, de yoga, de soins du corps dispensés par des esthéticiennes, des coiffeurs... Toutes ces expériences concourent à faire éprouver au détenu un nouveau respect de lui-même.

Il va de soi que cette étape est capitale si l'on attend de lui un nouveau respect des autres dont le choix lui appartient. Ce n'est que comme celà, et comme celà seulement, que la psychiatrie et globalement la médecine pénitentiaire participe à la prévention de la récidive.

Il n'y a pas pour autant dichotomie entre la psychiatrie et les techniques d'orientation pédagogique dont la fonction est plus directement la surveillance ou la réinsertion sociale.

Les psychiatres ne se retranchent pas dans l'indépendance dont ils jouissent statutairement par rapport à l'administration, ils souhaitent dialoguer en permanence avec le personnel de surveillance aussi bien pour écouter ses questions que pour expliquer le sens de leurs actions de soin.

Rétablir aussi la dignité des surveillants en ne faisant pas d'eux de simples porte-clés mais en rappelant au contraire leur qualité de personne, ayant une relation personnelle avec le détenu, procède du même projet qui seul peut changer l'esprit de la réponse sociale à la délinquance.

La sixième commission a abordé, à travers l'organisation de la psychiatrie en Maison d'Arrêt, des problèmes capitaux et très différents.

La question très pragmatique bien sûr de l'organisation proprement dite, de la forme de notre réponse aux souffrances

mentales : de ce point de vue les centres médico-psychologiques régionaux se sont montrés capables de s'adapter aux conditions locales et aux options des médecins qui y travaillent.

L'équipe du C.M.P.R. de PARIS a ainsi mis l'accent sur l'intérêt de la vie en groupe pour les détenus. Mais à côté de celà, des problèmes éthiques fondamentaux ont été rappelés et spécialement celui des limites de l'intervention psychiatrique : Quand faut-il respecter la liberté d'expression du détenu jusqu'à prendre le risque de sa mort ? Quand faut-il passer la main et considérer que la prison n'a plus lieu d'être ?

Autant de questions auxquelles il ne saurait y avoir de réponse toute faite.

Les secteurs, de toute façon, ne peuvent ni ne doivent être écartés de nos Maisons d'Arrêt.

La commission a eu enfin le plaisir d'entendre les projets et problèmes de nos amis Algériens.

#### CONCLUSIONS

Au moment où s'achèvent ces deux journées, nous avons plus que jamais le sentiment de la nécessaire continuité de notre action.

La présence du médecin de prison, son éthique, son indépendance, son esprit de service, ne peuvent être remis en cause par personne.

On peut se demander toutefois si le détenu malade

doit se voir offrir sur place toutes les possibilités de soins que nous essayons de mettre en place, ou si au contraire il ne serait pas préférable de limiter à un minimum, d'ailleurs indéfinissable, les actions de soin en prison.

Le respect toujours plus grand que nous devons avoir pour la personne humaine, conduire ceux dont la mission est de réfléchir à l'évolution de la sanction pénale, à des changements.

Pour ne plus détruire l'insertion sociale déjà souvent fragile, du délinquant, les peines substitutives, la semi-liberté, la suppression des très courtes peines, seront développées dans l'avenir.

Toutes ces mesures tendent à externaliser le traitement pénal et on pourrait se demander pourquoi la médecine pénitentiaire ne suivrait pas ce mouvement.

Cette ouverture est heureuse ; cette interpénétration plus grande du tissu social et de ceux à qui il a rappelé sa nécessaire loi est souhaitable et souhaitée par nous tous. Mais la réalité est là aussi.

Et la réalité fait que le budget de l'Administration Pénitentiaire est bien loin de suivre l'évolution des dépenses de santé : sans la médecine pénitentiaire intégrée à la prison, le décalage entre les soins possibles dehors et dedans irait s'accroissant de façon vertigineuse.

La réalité fait aussi que les contraintes qui vont avec le statut du détenu aboutissent volontiers à un double mouvement à l'intérieur des hôpitaux "civils" : la séduction romantique d'abord à l'égard de celui qui a le double malheur d'être malade et prisonnier avec la tentation de lui

offrir quelques jours de paradis supplémentaires en prolongeant inutilement son séjour. Le coût très élevé en sera facturé à l'administration dont le budget est incompressible.

Par compensation il faudra différer par exemple l'aménagement d'un groupe de cellules insalubres ou le rapprochement familial d'un autre détenu pour économiser sur la dotation d'essence.

Cette attitude de fascination se retourne d'ailleurs aussi vite en un rejet brutal de patients volontiers pénibles ou les considérations de caractère viennent parfois prendre le pas sur l'indication médicale proprement dite ...

Les hôpitaux psychiatriques eux-mêmes n'échappent pas à ce mouvement. Leurs structures libres et ouvertes nécessitent des malades polis et ceux dont les troubles du comportement sont trop grands sont vite renvoyés au bras séculier et se retrouvent bien souvent en prison.

Le placement dans les hôpitaux de force aboutit parfois à une véritable déportation du malade loin des quelques racines qu'il a pu garder.

Par ailleurs, le nombre de places limitées de ces établissements les conduit aussi à refuser de plus en plus nos clients.

C'est assez dire que nous ne devons pas relâcher notre effort d'équipement national, pas plus que nous ne relâcherons le tissu de nos relations internationales dont le bénéficiaire final est notre malade.

-----