

MINISTÈRE DE LA JUSTICE
DIRECTION DE L'ADMINISTRATION PÉNITENTIAIRE

**LE SERVICE MÉDICAL
EN MILIEU PÉNITENTIAIRE**

COLLECTION "ÉTUDES ET DOCUMENTATION"
"ÉTUDES ET DOCUMENTATION"

1964



L'organisation du Service clinique en milieu pénitentiaire

COLLECTION "ÉTUDES ET DOCUMENTATION"

SÉLECTION D'ÉTUDES
SUR LES PROBLÈMES DE LA PEINE PRÉSENTÉE
PAR LA DIRECTION DE L'ADMINISTRATION PÉNITENTIAIRE
AU MINISTÈRE DE LA JUSTICE

N° 11

AVANT-PROPOS

Les 26 et 27 avril 1963, ont eu lieu à Paris, au siège de la Confédération des syndicats médicaux, deux Journées de médecine pénitentiaire consacrées à l'organisation du service clinique en milieu pénitentiaire.

Cette manifestation — la première en son genre — qui s'est déroulée sous la présidence de M. Jean FOYER, Garde des Sceaux, Ministre de la Justice, a bénéficié du concours actif de l'Association pour le développement de l'action pénitentiaire et postpénale.

M. Paul AMOR, Avocat Général près la Cour de cassation, Membre du Conseil supérieur de la Magistrature, Vice-Président de l'Association, M. le Procureur Général SCHMELCK, Directeur de l'Administration pénitentiaire au ministère de la Justice, et M. Pierre ORVAIN, Procureur de la République près le Tribunal de grande instance de la Seine, ont bien voulu tour à tour honorer les débats de leur présence.

Cette réunion a groupé près d'une centaine de praticiens, généralistes et spécialistes, exerçant à temps complet ou partiel dans les établissements pénitentiaires. Ceux-ci ont pu confronter à cette occasion leurs difficultés et rechercher une harmonisation de leurs méthodes dans le cadre de l'Administration pénitentiaire.

Il nous a paru utile de réunir dans ce numéro d'Etudes pénitentiaires les principaux rapports qui ont été présentés au cours des débats ainsi que de dégager les problèmes essentiels qui ont été évoqués. L'ensemble constitue un bilan intéressant de l'état sanitaire de nos prisons.

Allocution d'ouverture du Docteur Fully

Médecin Inspecteur Général de l'Administration pénitentiaire

MONSIEUR LE GARDE DES SCEAUX,

MONSIEUR L'AVOCAT GÉNÉRAL,

MONSIEUR LE PROCUREUR GÉNÉRAL,

MONSIEUR LE PROCUREUR DE LA RÉPUBLIQUE,

MESDAMES, MESSIEURS,

MES CHERS COLLÈGUES,

Je tiens tout d'abord à remercier Monsieur le Garde des Sceaux du grand honneur qu'il a bien voulu nous faire en venant ce matin présider cette séance des journées de médecine pénitentiaire. Votre présence ici, Monsieur le Ministre, est le témoignage de l'intérêt que vous portez aux problèmes qui intéressent l'exercice de la médecine dans les prisons. Ces problèmes sont multiples et les exposés, les discussions, de la seule journée d'hier n'ont fait que le confirmer.

Cette confrontation entre magistrats, médecins et fonctionnaires de notre administration, se déroule dans un climat de collaboration et de sympathie réciproque, chacun apportant sa contribution à la recherche de solutions possibles. Je me permets d'insister sur le fait qu'une assemblée générale des médecins pénitentiaires pour un travail en commun est la première du genre. Je n'ai pas retrouvé trace dans les archives de notre département d'une initiative semblable.

Je suis convaincu que cette réunion nous aura, non seulement permis de nous mieux connaître et de mieux comprendre les problèmes qui nous préoccupent mais aussi de faire avancer d'un pas l'évolution de la médecine pénitentiaire.

Monsieur l'Avocat Général, je vous remercie à un double titre. Tout d'abord vous êtes ici en tant que Vice-Président de l'Association pour le développement de l'Action pénitentiaire et postpénale. Vous avez bien voulu avec Monsieur le Premier Président DAMOUR nous assurer spontanément du concours de votre association et prendre en charge certains frais d'organisation matérielle. Cette sollicitude nous vaudra également tout à l'heure une brillante réception à la Chancellerie.

Vous avez accepté également, Monsieur l'Avocat Général, de nous faire bénéficier au cours des importantes discussions qui vont avoir lieu ce matin, de votre immense expérience. Vous avez été le Directeur de l'Administration pénitentiaire après les années sombres de la guerre, et au cours de celle-ci vous avez connu, comme moi d'ailleurs et comme tant d'autres, la condition de détenu. Depuis, vous n'avez cessé de contribuer par votre autorité et votre savoir à l'amélioration de la vie pénitentiaire et ce matin encore vous nous aiderez à faire la synthèse de nos travaux.

MONSIEUR LE PROCUREUR GÉNÉRAL,

Nous avons été quelques-uns parmi les médecins qui sont ici, à faire votre connaissance à Alger dans les circonstances que vous savez et alors que vous exercez les fonctions particulièrement délicates de Procureur Général d'Alger. Ceux qui vous ont connu alors ont apprécié, autant que votre calme et votre sang-froid, la chaleur de votre accueil.

Depuis que vous êtes Directeur de l'Administration pénitentiaire, j'ai la chance de travailler en étroite collaboration avec vous et je dois dire que j'ai toujours rencontré auprès de vous la plus grande compréhension pour tout ce qui concerne les problèmes médicaux pénitentiaires.

Votre souci constant d'apporter des éléments nouveaux à l'organisation pénitentiaire dont vous avez la charge, votre dynamisme, sont réconfortants pour nous médecins qui aspirons à travailler, non seulement dans des conditions dignes de notre métier, mais surtout dans l'intérêt des malades quels qu'ils soient.

MONSIEUR LE PROCUREUR DE LA RÉPUBLIQUE,

Vous avez accepté, très gentiment, comme toujours d'ailleurs, de venir ce matin participer à nos travaux. J'en suis personnellement très heureux et je vous en remercie. Il n'y a pas si longtemps, vous étiez au cœur même de nos problèmes, et en tant que Directeur de l'Administration pénitentiaire, vous les avez toujours examinés avec le plus bienveillant intérêt.

Depuis que vous avez quitté notre Administration pour rejoindre le Parquet de la Seine, vous n'avez cessé de vous préoccuper de toutes les difficultés concernant la médecine de la prison et la médecine légale judiciaire.

Votre expérience pénitentiaire, m'avez-vous dit, vous est particulièrement utile et vous a souvent permis de corriger certaines appréciations d'expertises médico-judiciaires.

Votre avis nous sera précieux lorsque nous évoquerons dans un instant cette question.

Je voudrais, en terminant et en votre présence, Monsieur le Garde des Sceaux, rendre hommage publiquement à tous mes confrères qui dans

les moments particulièrement difficiles qu'a connus l'Administration pénitentiaire, au cours de l'affaire algérienne, ont fait preuve du plus grand dévouement et d'une conscience professionnelle rare. Ils ont tous été mis à rude épreuve lors des grèves de la faim, notamment, et ils ont dû souvent engager gravement leur responsabilité.

Aucun n'a jamais failli à sa tâche.

En dehors de ces circonstances exceptionnelles, le rôle du médecin pénitentiaire reste difficile. Le médecin pénitentiaire doit travailler encore trop souvent dans des conditions très précaires, très insuffisantes, dans des locaux incompatibles avec une médecine décente, pourvue d'une assistance médicale insuffisante.

Il est souvent harcelé par des difficultés administratives auxquelles il s'habitue mal. L'autorité judiciaire aussi bien que l'Administration pénitentiaire exigent beaucoup de lui. Je crois qu'il fallait le dire ici.

C'est précisément dans le but d'aboutir à un meilleur fonctionnement de la machine médico-administrative pénitentiaire que nous avons organisé ces journées d'études.

Nous souhaitons seulement avoir fait ainsi œuvre utile.

**

Je dois maintenant excuser M. MAZEAUD, chargé de mission au Cabinet de M. le Garde des Sceaux, qui, retenu par un déplacement outre-mer, n'a pu être de retour à temps pour participer à ces journées.

En son nom et au mien, je vous souhaite à tous, et plus particulièrement à nos confrères de province souvent lointaines, une cordiale bienvenue. Je remercie tous ceux qui sont ici présents d'avoir bien voulu faire l'effort de venir participer à ces journées. Je n'ignore pas que pour beaucoup d'entre vous cet effort a été particulièrement conséquent : déplacement coûteux, problèmes de remplacement, manque à gagner, etc.

C'est pourquoi votre participation à ces journées est d'autant plus méritoire.

Je tiens à remercier également les magistrats et les fonctionnaires de l'Administration pénitentiaire qui ont accepté d'apporter leur collaboration à ces journées.

Leur présence ici montre tout l'intérêt qu'ils portent à l'organisation des services médicaux dans les établissements pénitentiaires.

M. PICCA, chef du bureau d'études et de documentation a largement partagé avec moi les soucis de l'organisation matérielle.

Je dois remercier tout particulièrement l'équipe médicale des prisons de Lyon, qui a été à l'origine de cette réunion et qui, sous la direction de M. COLIN, s'est mise à mon entière disposition pour la préparation de ces journées et a fourni un travail considérable.

Je me plais à saluer une fois de plus l'homogénéité et de dynamisme de cette équipe volontaire et sympathique.

Enfin, je remercie les laboratoires de produits pharmaceutiques qui ont répondu à l'appel que nous leur avons lancé en nous apportant leur soutien financier.

Cette aide nous permettra de faire bénéficier à ceux d'entre vous qui viennent de province d'une indemnité compensatrice modeste, certes, mais plus tout de même que symbolique.

Je voudrais enfin souligner le fait important que constitue cette réunion dans les annales du ministère de la Justice, car elle est la première du genre. Jamais auparavant un tel regroupement des médecins pénitentiaires n'avait été effectué. Il importait tout de même de le dire ici.

Si vous le voulez bien, nous entrons tout de suite dans le vif du sujet car ces deux journées, je le crains, seront trop courtes pour nous permettre d'épuiser les sujets évoqués.

Voici de quelle façon nous avons envisagé de conduire nos travaux au cours de ces journées.

Vous avez tous reçu un questionnaire que la plupart d'entre vous a bien voulu remplir et nous retourner.

Ce questionnaire portait sur un certain nombre de points que je vous rappelle :

- A Consommation médicale;
- B Hospitalisations et consultations hospitalières;
- C Problème des urgences;
- D Sécurité sociale;
- E Personnel infirmier;
- F Hygiène de la prison;
- G Médicaments — Régime,;
- H Soins dentaires;
- I Equipe médico-sociale;
- J Expertises judiciaires;
- K Milieu ouvert.

Le dépouillement des réponses a été fait d'une façon aussi méthodique que possible et c'est l'équipe lyonnaise, avec les Dr COLIN, MEGARD, HOCHMANN, GONIN et BROUSOLE, qui a bien voulu se charger de ce travail de bénédictin.

Nous allons vous donner très brièvement les résultats de cette enquête.

Ensuite nous nous répartirons en trois groupes de travail. Nous avons pensé que cette formule des groupes de travail était celle qui permettait le mieux à chacun de s'exprimer et d'apporter son point de vue.

Elle évite de transformer la grande majorité des participants en simples spectateurs ou auditeurs complaisants inactifs.

Elle permettra également des contacts plus étroits et des échanges plus précis entre fonctionnaires de l'Administration pénitentiaire et médecins. Car si j'ai demandé à mes collègues de la place Vendôme de se joindre à nous c'est avec l'intention bien arrêtée de les faire travailler au sein des groupes de travail !

Chaque groupe aura la charge de se désigner un rapporteur et éventuellement un président.

Les résultats de l'enquête seront remis à chaque groupe qui aura ce matin à reprendre les différents points du questionnaire et à faire une brève synthèse sur chacun d'eux.

Au cours des débats de cet après-midi et de demain, nous nous efforcerons de suivre d'aussi près que possible le programme qui vous a été remis. Les questions ont été sérieuses et, au moment où elles seront discutées, chaque rapporteur viendra à ce micro exposer brièvement les conclusions de son groupe. Un seul rapporteur pourrait éventuellement, pour les questions les moins controversées, faire un rapport d'ensemble, après en avoir fait une synthèse avec ses collègues.

Je pense que vous voudrez bien adopter cette méthode de travail et sans plus tarder je vous donne connaissance des résultats de l'enquête effectuée auprès des médecins de l'Administration pénitentiaire dans toute la France.

Le questionnaire suivant avait été adressé à chacun des quelques 300 médecins exerçant à un titre quelconque dans les prisons.

NOM :

Prénom :

Adresse :

N° de téléphone :

Date de naissance :

Date d'entrée en fonction auprès de l'Administration pénitentiaire :

Nom de l'établissement auprès duquel vous exercez :

Spécialité exercée dans le cadre pénitentiaire :

Titres :

Avez-vous une autre activité libérale ?

Avez-vous une autre activité salariée ?

A. — CONSOMMATION MEDICALE.

- 1° Quel est le chiffre moyen atteint par la population pénale de l'établissement auquel vous apportez votre concours ?
- 2° Combien de séances de travail assurez-vous chaque semaine ? Ou chaque mois ?
- 3° Quel est en moyenne le nombre de consultants à chaque consultation ?
- 4° Considérez-vous vos séances comme suffisantes ou insuffisantes ?
- 5° Dans ce dernier cas, quel horaire optimum préconisez-vous ?

B. — HOSPITALISATIONS ET CONSULTATIONS HOSPITALIERES.

- 1° Comment est résolu, dans votre établissement, le problème des hospitalisations ?
 - Existe-t-il à proximité un hôpital pénitentiaire ou un quartier pénitentiaire d'hôpital général ?
 - Hospitalisez-vous les détenus à l'hôpital général le plus proche ?
 - Avez-vous des relations avec le corps médical hospitalier, ou existe-t-il un problème de liaison avec l'hôpital ?
- 2° Combien de détenus hospitalisez-vous en moyenne par mois ? Par année ?
- 3° Existe-t-il dans votre établissement des spécialistes consultants ? Dans quelle spécialité ?
- 4° Avez-vous recours aux consultants hospitaliers ? Dans quels cas ?
- 5° Quels aménagements préconisez-vous ?
 - Création d'un hôpital pénitentiaire à proximité ?
 - Création d'un quartier pénitentiaire à l'hôpital général ?
 - Multiplication des consultants spécialistes en milieu pénitentiaire ?
 - Recours facilité aux consultations extérieures, en particulier hospitalières ?

C. — PROBLEME DES URGENCES.

- 1° Comment est résolu, dans votre établissement, le problème de l'urgence ?
 - Existe-t-il un tour de garde entre médecins de l'établissement ?
 - Existe-t-il un ou plusieurs internes ?
 - Fait-on appel au médecin omnipraticien du quartier ou au médecin de garde de l'agglomération ?
- 2° Rencontrez-vous des difficultés dans l'extraction d'urgence d'un détenu en cas d'affection aiguë (appendicite ou delirium par exemple) ?
- 3° Quels aménagements préconisez-vous ?

D. — SECURITE SOCIALE.

- 1° Estimez-vous normal (ou au contraire anormal) qu'un détenu perde ses droits aux prestations de l'assurance maladie un mois après son entrée en prison ?

- 2° Considérez-vous favorablement le maintien de la prise en charge par la Sécurité sociale de la population pénale ?
- 3° En cas de réponse affirmative à la précédente question, pensez-vous que les prestations sociales en milieu pénitentiaire modifieraient vos relations :
 - avec l'Administration ?
 - avec les malades ?

E — INFIRMIERE — PERSONNEL INFIRMIER.

- 1° Y-a-t-il une infirmière dans votre établissement ?
- 2° Répond-elle à vos besoins ?
- 3° De quel personnel infirmier disposez-vous ?
 - est-il suffisant ?
 - est-il insuffisant ?
- 4° Considérez-vous comme possible l'emploi de détenus dans le service médical ?

F. — HYGIENE DE LA PRISON.

- 1° Jouez-vous auprès de l'Administration un rôle d'hygiéniste ?
- 2° Quelles sont, dans ce domaine, vos possibilités d'action ?
- 3° Quelles seraient celles que vous souhaitez ?
- 4° Estimez-vous satisfaisante la nourriture reçue par les détenus de votre établissement ?

G. — MEDICAMENTS — REGIME.

- 1° Rencontrez-vous des problèmes dans votre approvisionnement en médicaments ?
- 2° Faites-vous souvent des *demandes de dérogation* pour des produits pharmaceutiques non admis à l'usage des collectivités ?
- 3° Quelles sont les modalités de distribution de médicaments aux détenus ? (Influence des préoccupations de sécurité sur le choix des médicaments, son mode de distribution, ses voies d'introduction) ?
- 4° La prescription des régimes alimentaires soulève-t-elle des difficultés ?

- 5° Est-il possible, dans votre établissement, de prescrire un régime diététique ?
- 6° En prescrivez-vous souvent ?
- 7° Quelles réformes préconisez-vous dans ce domaine ?

H. — SOINS DENTAIRES.

- 1° Le service dentaire fonctionne-t-il convenablement ?
- 2° Quel est son mode de fonctionnement ?
- 3° Préconisez-vous une réforme ?

I. — EQUIPE MEDICO-SOCIALE.

- 1° Quelles sont vos relations avec les autres cliniciens de l'établissement, spécialistes, psychologues, médecins généralistes, assistantes sociales, infirmières ?
- 2° Estimez-vous nécessaire de les rencontrer, de rester en étroit contact avec eux ?
- 3° Pensez-vous que le travail en équipe puisse contribuer à résoudre vos problèmes particuliers ?

J. — EXPERTISES JUDICIAIRES.

- 1° Vous arrive-t-il d'être nommé comme expert pour l'examen de détenus ?
- 2° Vos relations avec les médecins-experts posent-elles des problèmes ?
- 3° Avez-vous des relations avec l'autorité judiciaire et posent-elles des problèmes ?

K. — MILIEU OUVERT.

- 1° Considérez-vous qu'il existe un problème de l'assistance médicale en milieu ouvert ? (Conditionnels, probationnaires, postpénaux) ?
- 2° Pensez-vous que cette assistance doit être assumée par l'équipe clinique de la prison ou souhaitez-vous qu'elle soit confiée à une autre équipe ?
- 3° Envisagez-vous favorablement la création de dispensaires postpénaux où vous seriez appelé à exercer ?

- 4° Avez-vous des problèmes avec les détenus malades qui arrivent en fin de peine, ou sont libérés inopinément avant leur guérison ? Dans l'affirmative, comment les résolvez-vous ? Comment souhaitez-vous les voir résolus ?

L. — CONCLUSIONS.

- 1° Quel autre genre de problème souhaiteriez-vous voir abordé dans le cadre de l'organisation du service clinique en milieu pénitentiaire ?
- 2° Quel type particulier de réforme vous paraît particulièrement urgent ?
- 3° Vous chargeriez-vous, le cas échéant, d'un travail (étude ou rapport) sur tel ou tel point particulier touchant à l'organisation du service clinique pénitentiaire ?

I

**Enquête sur les problèmes
soulevés par l'organisation
du Service clinique
en milieu pénitentiaire**

Le dépouillement des réponses au questionnaire a permis de faire tout d'abord une étude statistique et démographique sur les médecins pénitentiaires et de connaître l'opinion de ceux-ci sur les problèmes posés concernant l'exercice de la médecine pénitentiaire.

I. — LES MEDECINS PENITENTIAIRES

ASPECT DEMOGRAPHIQUE DES MEDECINS EXERÇANT AUPRES DE L'ADMINISTRATION PENITENTIAIRE

Les résultats portent sur 164 réponses reçues.

I. — POPULATION PÉNALE

- 46 % des médecins ayant répondu au questionnaire exercent leur activité auprès d'un établissement comprenant moins de 100 détenus;
- 34 % auprès d'un établissement comprenant de 100 à 300 détenus;
- 10 % auprès d'un établissement comprenant de 300 à 500 détenus;
- 7 % auprès d'un établissement comprenant de 500 à 1.000 détenus;
- 3 % auprès d'un établissement comprenant plus de 1.000 détenus.

II. — PYRAMIDE DES AGES DES MÉDECINS.

Les médecins ayant de 30 à 40 ans représentent 21 % de ceux qui ont répondu à cette question (14 n'ayant pas répondu).

Les médecins ayant de 40 à 50 ans sont les plus nombreux avec 33 % du total.

Les médecins ayant de 50 à 60 ans viennent ensuite avec 26 % du total.

Enfin, les médecins ayant plus de 60 ans sont à égalité avec le premier groupe, avec 20 % du total.

III. — DURÉE DE LA FONCTION AUPRÈS DE L'ADMINISTRATION PÉNITENTIAIRE.

42 % des médecins exercent depuis moins de 10 ans auprès de l'administration pénitentiaire;

41 % entre 10 et 20 ans;

11 % entre 20 et 30 ans;

6 % enfin, exercent depuis plus de 30 ans.

Notons que 16 médecins n'ont pas répondu à cette question.

IV. — SPÉCIALITÉS EXERCÉES DANS LE CADRE PÉNITENTIAIRE.

Les médecins exerçant au titre de généralistes sont évidemment les plus nombreux, représentant 73 % du total.

Les neuro-psychiatres viennent en deuxième position avec seulement 11 % du total.

Les dermato-vénérologues sont très près d'eux avec 8 %.

Les pneumo-phtysiologues ne représentent que 3 %.

Un dernier ensemble, classé « divers » comprenant des spécialités telles que l'électro-encéphalographie, neurologie, la gastro-entérologie, l'électroradiologie et la chirurgie, représentent 4 %.

3 médecins seulement n'ont pas répondu à cette question.

V. — TITRES PRÉSENTÉS PAR LES MÉDECINS.

86 médecins, soit près de 50 % du total, présentent des titres hospitaliers ou universitaires.

Les anciens externes des hôpitaux représentent 30 %.

Les anciens internes des hôpitaux (y compris les internes des hôpitaux psychiatriques), représentent 23 %.

Les assistants et chefs de clinique 17 %.

Les médecins des hôpitaux et professeurs de Facultés 20 % (en comprenant les médecins des hôpitaux psychiatriques).

Enfin, une dernière catégorie, groupée sous le titre de « divers », représente 10 %.

VI. — ACTIVITÉS LIBÉRALES OU SALARIÉES EXERCÉES EN DEHORS DE L'ADMINISTRATION PÉNITENTIAIRE.

40 % des médecins exerçant auprès de l'administration pénitentiaire ont, par ailleurs, une activité libérale et une activité salariée;

45 % n'ont qu'une activité libérale;

15 % enfin, n'exercent qu'une activité salariée en dehors de celle exercée auprès de l'administration pénitentiaire;

21 médecins n'ont pas répondu à cette question.

II. — LES PROBLÈMES DE LA MÉDECINE PÉNITENTIAIRE

CONSOMMATION MÉDICALE

Les réponses à l'enquête font apparaître l'importance de la consommation médicale : en effet, en moyenne, pour l'ensemble des 166 médecins qui ont répondu, 24,1 % des détenus consultent le médecin généraliste chaque

semaine. A ce chiffre s'ajoutent les consultants des spécialistes éventuels. L'enquête ne permet pas de déceler si cette population consultante est une population de malades chroniques qui, dans leur ensemble, retournerait chaque semaine chez le médecin et représenterait le 1/4 de l'effectif total ou si, en un mois, tous les détenus vont consulter.

77 % des 166 médecins se déclarent satisfaits de leur nombre de séances, malgré le gonflement de certaines consultations. Il faut faire remarquer que beaucoup disent passer plus de temps à la prison que leur vacation théorique. On doit noter que 4% des médecins voient plus de 20 détenus par séance.

HOSPITALISATIONS

En dehors de Paris et Marseille (hôpitaux pénitentiaires)

Les hospitalisations se font le plus souvent à l'hôpital civil le plus proche; de la ville même ou d'une ville proche (Nice pour Grasse — Lyon pour Trévoux — Lille pour Loos — Troyes pour Clairvaux — Nancy pour Érouves, etc.).

Seuls les malades non urgents sont inscrits pour Fresnes ou les Baumettes. Mais il apparaît que l'éloignement de Paris ou de Marseille influe sur la fréquence d'utilisation des hôpitaux pénitentiaires. C'est du moins ce que paraît se dégager de l'enquête.

De nombreux médecins se plaignent de la longueur des délais d'admission à Fresnes.

De nombreux hôpitaux possèdent un quartier pénitentiaire :

- soit, salles aménagées en service autonome (dans les centres importants : Clermont-Ferrand, Nice etc.);
- soit, chambres aménagées : mais certaines expressions employées laissent entendre que l'insertion de ces chambres ou cellules dans le service hospitalier fait probablement problème.

D'ailleurs la qualité des locaux hospitaliers laissés à l'usage des détenus malades est un problème soulevé par plusieurs confrères qui relèvent soit le manque de place (Périgueux — Lyon) soit l'état déplorable des lieux (La Rochelle — Valence).

Il apparaît donc là, sans qu'il soit expressément formulé, qu'il y a un problème de l'hospitalisation dans la mesure où, dans un hôpital général, il faut concilier la nécessité de la sécurité (surveillance du détenu), le fait qu'il s'agit d'un homme malade, souffrant, alors que sa qualité de détenu et ses implications le font un peu apparaître comme un corps étranger dans le roulement normal des services.

Il semblerait que le problème est le plus facilement résolu dans les villes où le médecin de la prison est en même temps chef du service médical hospitalier (une dizaine de villes).

Sur 41 réponses nettes : 22 médecins demandent la création d'un quartier pénitentiaire — 19 répondent non à la question.

Seuls, dix médecins, dans leurs réponses se plaignent de la difficulté des relations avec le corps médical hospitalier. L'ensemble des médecins est satisfait du type de relations qu'ils entretiennent avec les médecins traitants de l'hôpital.

En divers lieux les obstacles soulevés vis à vis de l'hospitalisation des détenus malades par les services de police locale chargés alors de la surveillance de ceux-ci, semblent être une réalité qui paraît retentir parfois sur l'indication médicale d'hospitalisation.

Il y a certainement là un problème à régler entre l'administration pénitentiaire et les polices locales auxquelles la surveillance des détenus malades hospitalisés posent en effet des problèmes d'effectifs.

Si bien que plusieurs médecins demandent la création d'une infirmerie à l'intérieur de la prison, infirmerie suffisamment bien aménagée et équipée dans laquelle ils pourraient traiter une partie des malades pour lesquels il semble que l'hospitalisation soit requise :

- non pas tant parce qu'un problème diagnostique, la surveillance médicale de leur état, une thérapeutique chirurgicale ou spécialisée, la justifient ;
- mais plutôt parce que la vétusté ou l'insalubrité des locaux pénitentiaires les y conduit.

Les motifs d'hospitalisation n'apparaissent pas au travers de l'enquête. Mais en dehors des affections médicales aiguës ou chirurgicales, ils semblent en grande partie liés à la plus ou moins grande possibilité d'utilisation des services de consultants spécialistes à l'intérieur de la prison.

CONSULTATIONS

En dehors de quelques villes où les radioscopies systématiques de dépistage se font au dispensaire de la localité, la plupart des consultations se font, soit en prison même, soit à l'hôpital.

Dans la majorité, sinon toutes les prisons dépassant un effectif d'une cinquantaine de détenus, viennent sur place : un dermato-vénérologue, un O.R.L., un ophtalmologiste. Plus rarement, consultent à l'intérieur de la prison : un psychiatre, plus exceptionnellement : un phtisiologue, un cardiologue.

Mais, quarante médecins, de petites maisons d'arrêt en général, déclarent ne disposer d'aucun spécialiste à l'intérieur de la prison.

Le recours aux consultants hospitaliers est donc assez général. Les services requis les plus souvent cités étant ceux de la chirurgie en premier lieu, de la radiologie, de l'urologie, de la phtisiologie, de la cardiologie, et évidemment : O.R.L., Ophtalmologie — Neuropsychiatrie, quand ils n'existent pas en prison.

Sur 58 avis exprimés, 19 seulement se déclarent pour avoir plus de facilités de recours aux consultants spécialistes à l'intérieur de la prison, alors que 39 répondent non à cette possibilité.

Par contre, 37 médecins demandent plus de facilités pour obtenir des consultations à l'extérieur de la prison, cependant que 22 se déclarent soit satisfaits par les possibilités actuelles, soit préférer faire appel à des spécialistes à l'intérieur de la détention.

Quant au problème de l'urgence, il ne paraît pas soulever de problèmes majeurs : la grande majorité des médecins de l'administration se déplacent quand il est fait appel à eux en urgence. En cas d'impossibilité ou d'absence il est fait appel à leur remplaçant ou à un médecin de garde.

L'extraction d'urgence ne paraît pas dans l'ensemble soulever de problèmes majeurs avec l'administration pénitentiaire.

Seuls les placements d'indication psychiatrique demandent souvent de trop longs délais à cause des lenteurs administratives (Préfectures).

PROBLEME DE LA SECURITE SOCIALE DU DETENU

La question s'est posée de savoir s'il était opportun de maintenir au détenu les dispositions qui suppriment les droits à la sécurité sociale — ou si, au contraire, il devait continuer à bénéficier des garanties de la sécurité sociale pendant toute la durée de sa détention.

A cette question posée à tous les médecins des prisons de France, 39,2 % ont répondu oui sans hésitation et 24,4 % ont répondu non.

Il faut *ajouter* à ces chiffres 9 % qui ont apporté une approbation avec réserves, ce qui permet de totaliser 48,2 % d'avis favorables à la sécurité sociale du prisonnier.

D'autre part, 11,2 % se retrouvaient pour tempérer leur non de quelques nuances, ce qui donnait 35,6 % de réponses défavorables à la sécurité sociale.

Enfin, le pourcentage d'abstention était de 23 % parmi les médecins s'estimant mal informés ou ne croyant pas devoir prendre parti sur cette question.

Certains, parmi les promoteurs de la sécurité sociale pénitentiaire, estimaient qu'une telle réforme modifierait leur rapport avec l'administration, soit en l'améliorant en diminuant ses griefs de grever son budget, soit en créant de nouvelles occasions de conflit, ou un surcroît de formalités administratives. L'argument le plus fréquemment invoqué en faveur de la sécurité sociale était le maintien des garanties de la sécurité sociale au conjoint et aux enfants du détenu.

D'autres soulignaient également l'amélioration des rapports médecin-malade par le maintien d'un droit qui allait dans le sens de la réhabilitation du délinquant et de la reconnaissance de son sens de la responsabilité.

MEDECINS PENITENTIAIRES — MEDECINS EXPERTS

Interrogés sur le point de savoir si les médecins des prisons faisaient des expertises pour le tribunal, 30,7 % ont répondu oui, sans que cela paraisse entraîner pour eux des difficultés particulières.

Plus de la moitié, 57,3 % ne font pas d'expertises (dont certains paraissent le regretter), les 12 % restant d'abstention devant également être considérés comme ne faisant pas d'expertise.

Dans l'ensemble les rapports avec les experts ne paraissent pas soulever des problèmes bien particuliers, certains se plaignant plus volontiers du retard apporté au dépôt des rapports, que de divergences de points de vue entre cliniciens. Plus nombreux sont ceux qui se plaignent d'être sollicités en particulier par les magistrats instructeurs, pour déposer des avis, en justice, sur l'état de santé d'un de leurs patients; et les mêmes déplorent l'absence de relations plus étroites, avec les instances judiciaires, autrement que par le truchement de quelques notes laconiques.

MILIEU OUVERT — ASSISTANCE POSTPENALE

34,2 % des médecins estiment qu'il y a un problème d'assistance médicale des délinquants en milieu ouvert. Parmi les 23 % qui répondent non, beaucoup précisent qu'ils n'ont pas l'expérience des probationnaires, libérés, conditionnels ou semi-liberté.

La question de savoir si c'est la même équipe clinique ou une autre équipe que celle de la prison, qui suivrait les délinquants à l'extérieur, les avis sont très partagés : 25,1 % dans un cas et 24,4 % dans l'autre. Beaucoup d'arguments explicites sont avancés en faveur de la prise en charge de la population pénale « externe » par les circuits sanitaires communs au reste de la population.

Néanmoins la nécessité d'une liaison pour assurer le service de suite se fait sentir, et en tout premier lieu pour l'assistance psychiatrique des « délinquants anormaux mentaux ». C'est ainsi que le 1/3 des médecins interrogés (33,5 %) serait d'accord pour assurer des consultations cliniques en milieu ouvert.

Quant à l'assistance clinique postpénale, elle est le plus souvent résolue par le recours au médecin traitant, par l'hospitalisation, ou la prise en charge par l'A.M.G., les dispensaires, grâce aux liaisons assurées par le service social. Certains font remarquer seulement que, n'étant pas avertis suffisamment tôt de la date de libération de leurs patients, ils n'ont pas toujours la possibilité de prendre les dispositions nécessaires.

HYGIENE DE LA PRISON

1° A la question : *Jouez-vous auprès de l'administration un rôle d'hygiéniste ?*

83 % des médecins ont répondu qu'ils étaient conscients d'en jouer un, même minime parfois;

17 % ont affirmé n'en pas jouer pour différents motifs;

34 médecins n'ont pas répondu à cette question.

2° A la question : *Quelles sont, dans ce domaine, vos possibilités d'action ?*

63 % ont noté qu'ils avaient peu, ou même pas, de possibilités d'action (ce pourcentage est évidemment calculé seulement sur le nombre des médecins ayant répondu oui à la question précédente);

37 % notent, eux, que leurs possibilités d'action sont satisfaisantes.

3° A la question : *Quelles seraient celles que vous souhaitez ?*

59 % des médecins ont émis des souhaits d'améliorations matérielles particulières, telles que : réfection des locaux, installation de lavabos, sanitaires, cuisines, etc.;

25 % ont émis en réponse des suggestions visant plus particulièrement l'amélioration des possibilités d'action d'hygiénistes, sur le plan administratif par exemple;

16 % ont stipulé qu'il n'y avait pas de souhait pour différents motifs tels : bâtiments modernes, compréhension parfaite de l'administration etc.;

Il faut noter que la majorité des médecins (100 au total) n'ont pas répondu à cette question.

4° A la question : *Estimez-vous satisfaisante la nourriture reçue par les détenus de votre établissement ?*

66 % des médecins ont répondu qu'elle leur semblait satisfaisante;

15 % ont répondu qu'elle était satisfaisante globalement avec cependant des restrictions concernant soit la quantité, soit la qualité, soit l'équilibre diététique;

8 % se sont déclarés extrêmement satisfaits;

7 % par contre, ont trouvé la nourriture exécrable;

5 % ne connaissent pas la qualité de la nourriture servie aux détenus;

31 médecins n'ont pas répondu à cette question.

MEDICAMENTS REGIME

Seuls 8 % des médecins ont des problèmes d'approvisionnement en médicaments, ce sont essentiellement les psychiatres que se plaignent des lenteurs à obtenir les nouveaux neuroleptiques. Certains complètent la pharmacie avec leurs échantillons personnels. 23 % des médecins disent réclamer et rarement des dérogations. Quelques-uns ne le font pas par crainte de se faire éconduire alors que d'autres obtiennent à tout coup satisfaction. Donc, peu de problèmes sur ce chapitre.

Sur le plan des mesures de sécurité qui président à la distribution des médicaments, il semble que la plus grande variété règne. 24 % des médecins suivent de très près un règlement draconien et obligent le détenu à absorber les médicaments préalablement dissous devant l'infirmière. 33 % confient la surveillance au personnel pénitentiaire (gardiens). 36 % ne mentionnent

aucune préoccupation de sécurité dans leurs distributions. 17 % enfin usent de moyens mineurs, préférence donnée aux injections et aux suppositoires etc.

Notons que de nombreux médecins se plaignent des horaires de distribution (barbituriques à 16 h), et de l'irrégularité de cette distribution, oublis, pas de médicaments le dimanche.

71 % des médecins disent prescrire un régime, 12 % n'en prescrivent pas et précisent que c'est impossible. 31 % rencontrent des difficultés dans la prescription. Sur les 119 médecins qui disent prescrire un régime, 31 en prescrivent souvent (2 précisent que c'est à 10 % de la détention), 78 en prescrivent rarement, 10 exceptionnellement. 31 % des médecins préconisent une réforme dans ce domaine et proposent en particulier une cuisine spéciale annexée à l'infirmerie (voir la création d'établissements diététiques).

SOINS DENTAIRES

130 médecins ont répondu à ces questions. 56 % sont satisfaits du fonctionnement du service, 44 % sont mécontents. Les satisfaits ne le sont qu'à demi puisque 56 % préconisent une réforme.

Le système des soins gratuits avec dentiste vacataire est souvent proposé.

55 médecins font appel à un dentiste de ville que celui-ci vienne avec son matériel ou que l'on conduise le malade chez lui; 59 médecins expliquent que dans leur établissement le dentiste dispose d'un cabinet plus ou moins bien équipé. 6 médecins envoient leurs malades au service hospitalier de stomatologie le plus proche.

EQUIPES MEDICO-SOCIALES

1° A la question : *Quelles sont vos relations avec les autres cliniciens, de l'établissement, spécialistes, psychologues, médecins généralistes, assistantes sociales, infirmières ?*

80 % ont répondu que ces relations existaient et qu'elles étaient excellentes;

Sur ce total, 4 % ont cependant précisé que ces relations n'existaient qu'avec une partie de l'équipe;

20 % affirment ne pas avoir de relations avec les autres cliniciens ou très rarement, 3 % de ces derniers spécifiant d'ailleurs qu'ils sont seuls.

2° A la question : *Estimez-vous nécessaire de les rencontrer, de rester en étroit contact avec eux ?*

78 % trouvent que ce contact est indispensable;

8 % estiment que ces contacts ne sont nécessaires que parfois et dans des cas bien particuliers;

13 %, enfin, estiment que ces contacts ne sont absolument pas nécessaires; 60 médecins n'ont pas répondu à cette question.

3° A la question : *« Pensez-vous que le travail en équipe puisse contribuer à résoudre vos problèmes particuliers ? »*

57 % ont répondu qu'il les résolvait ou qu'il pourrait les résoudre si l'équipe fonctionnait bien;

10 % ont répondu que ce travail en équipe ne pouvait résoudre ces problèmes qu'occasionnellement ou en partie;

33 %, enfin, ont répondu que ce travail n'avait aucune utilité pour résoudre leurs problèmes particuliers;

71 médecins n'ont pas répondu à cette dernière question.

CONCLUSION

Dans la conclusion, les médecins réclament une solution à des problèmes particuliers : aménagement d'une infirmerie, équipement radiologique, ou abordent des problèmes plus généraux : la rémunération des médecins, la liaison meilleure entre médecins pénitentiaires (transmission plus régulière du carnet de santé, journées régionales), le problème des transferts en hôpital pénitentiaire. Souvent, nos confrères reviennent sur certains points de l'enquête comme celui de la Sécurité sociale, des soins dentaires, des hospitalisations, de l'hygiène. Certains souhaitent une meilleure formation du personnel pénitentiaire (secourisme). Enfin, cette conclusion fourre-tout sert à de nombreux médecins pour exprimer leurs idées sur des problèmes extramédicaux : architecture pénitentiaire, travail des détenus, etc.

Notons que 20 % des médecins acceptent de se charger d'un travail touchant à l'organisation du service clinique pénitentiaire. L'un d'eux souhaite même, et cela montre l'intérêt que les médecins de prisons prennent à leur travail, la création d'un véritable service de santé pénitentiaire.

II

Travaux des groupes

Composition des groupes de travail

GRUPE I	GRUPE II	GRUPE III
MM. ADAM	Mlle BADONNEL	Mlle DECAUDIN
COUDERC	M. BRUN	MM. DE LA TOUR
CRESP	Mme BUFFARD	DESPINOY
ESPEROU	MM. COZETTE	FERRAND
FULLY	COLIN	GHERSTENSTEIN
GOUSSEAU	HENROTTE	GONIN
GUYOT	LAPORTE	HOURCQ
Mlle HERTEVENT	LE BOUFFANT	JEGOU
MM. HIVERT	MANS	LACASSAGNE
HOCHMANN	MASSON	LAFFONT
MARTY	POULAIN	LEDoux
PETITJEAN	REMY-NERIS	Mme MARIANI
PICCA	Mme VEIL	M. PERDRIAU
THOMAS		

GROUPE I

Le groupe I a ouvert ses travaux en désignant un président, M. MARTY, directeur des prisons de Fresnes, et deux rapporteurs, les Drs CRESP, d'Ajaccio, et HOCHMANN, de Lyon.

CONSOMMATION MEDICALE

1° Un premier point admis par le groupe a été le fait qu'il n'y avait pas de petits consultants, pas de consultants pour rien. Tout consultant réclame une consultation :

- soit que le détenu n'ait rien, mais pour le savoir il faut l'examiner et la démarche négative prend souvent plus de temps que la découverte des signes de morbidité;
- soit que le problème soit autre que purement somatique. Les membres du groupe passent alors en revue les motivations possibles de la demande de consultation : découragement, problème au travail, déclassement, besoin de relations humaines. Le médecin joue là un rôle capital qui n'est en rien inférieur à son rôle de médecin du corps et qui lui prend beaucoup de temps.

Toutefois, un certain nombre de consultants peuvent être vus plus rapidement : il y a ceux qui viennent pour un « papier », ceux qui viennent pour s'inscrire à la visite d'un spécialiste (encore qu'à l'examen le généraliste découvre souvent ici un problème de sa compétence).

Il y a aussi ceux que l'on connaît bien et pour lesquels il n'est pas besoin de recommencer l'interrogatoire à la base. En effet, il semble que un tiers des détenus reviennent avec une grande régularité aux consultations : il y a ceux qu'on voit et ceux qu'on ne voit jamais. Le pourcentage de ces « fidèles » du médecin est très supérieur chez les Algériens mais peut-être est-ce là le besoin du médecin qui est plus grand. La situation est très différente en maison d'arrêt et en maison centrale. En maison d'arrêt, le détenu ne reste parfois que 15 jours, le *turn over* est beaucoup plus rapide et la clientèle se renouvelle plus vite, ce qui met plus souvent le médecin en face d'inconnus qu'il faut examiner et interroger à fond.

2° On cherche alors les moyens d'améliorer la disparité entre le nombre de vacations du médecin et le nombre de consultants qui entraîne des consultations pléthoriques.

Un premier remède proposé est de reprendre, en prison, l'institution de la « consultation non motivée ». Les membres du groupe s'opposent à ce remède. En fait, une consultation est toujours motivée, il y a toujours un motif, même si ce motif n'est pas « classique ». De toute manière, avant d'insérer « consultation non motivée » sur son registre et d'appeler sur son client une sanction, le médecin doit examiner consciencieusement. Par ailleurs, des gens authentiquement malades risquent de se refuser à aller voir le médecin de crainte d'être punis si d'aventure le praticien ne décelait pas leur mal.

Il apparaît plus réaliste de réclamer une augmentation du nombre des vacations. Les membres du groupe pensent nécessaire l'établissement de normes. Ces normes pourraient être établies en fonction de la quantité mais aussi de la qualité (M.C. M.A.) de la population pénale. On propose de retenir des normes voisines de celles de la médecine du travail : 1/4 d'heure par consultant. Certains réclament beaucoup plus mais d'autres beaucoup moins. Pour les spécialistes, on pourrait appliquer le principe des coefficients de la Sécurité sociale. Il apparaît nécessaire aussi d'augmenter le nombre des médecins. Ainsi, dans une maison centrale de 3.500 habitants, il n'y a qu'un médecin !

3° Tout le monde est d'accord pour dissocier le problème de la visite systématique des entrants. Cette visite est rapide. Il y faut cependant du temps.

EQUIPE

L'assistante sociale se fait l'interprète de ses collègues en réclamant des visites à heures et jours fixes qui permettent de meilleures relations entre les différents praticiens de la prison. Les contacts confraternels sont en général bons mais plus étroits dans les petits établissements qu'à Paris, par exemple, où les différents médecins se voient peu. La réunion d'équipe semble intéressante aux membres du groupe qui souhaitent la voir s'institutionnaliser dans leurs établissements.

EXPERTISE

Deux problèmes sont discutés :

Le médecin de prison peut-il être désigné comme expert ? N'y a-t-il pas là conflit avec sa position de médecin traitant ?

Pour certains, on ne peut pas être désigné comme expert, il faut se récuser. Pour d'autres, à l'inverse, la notion de médecin traitant n'est pas valable en prison. Il n'y a pas libre choix, le médecin n'est pas un médecin traitant mais un médecin « soignant » imposé. D'autres, enfin, soutiennent que, expert ou pas, soignant ou traitant, imposé ou choisi librement, le médecin est avant tout médecin, et, en conclusion, les membres du groupe pensent que c'est au médecin de voir lui-même s'il doit ou peut faire l'expertise. C'est là, selon le groupe, une affaire de conscience professionnelle et personnelle.

L'expert devrait s'informer auprès du médecin traitant à la prison, ce qu'il ne fait pas toujours. Ce manque de liaison est regrettable, car le médecin expert ne sait souvent pas quels sont les soins qui peuvent être dispensés en prison et a tôt fait de conclure à l'incompatibilité avec la détention. Le médecin des prisons devrait intervenir dans l'expertise pour donner un avis technique sur les soins qui peuvent être dispensés en milieu carcéral. C'est encore lui qui connaît le mieux le détenu. C'est donc l'intérêt du malade comme de la justice qu'il y ait un rapport étroit entre le médecin de prison et le médecin expert.

SOINS DENTAIRES

Trois problèmes :

- équipement : un équipement plus correct apparaît souvent nécessaire;
- rémunération des dentistes. Ils sont actuellement payés à l'acte sur le tarif de responsabilité des caisses de Sécurité sociale;
- les soins dentaires, autres que les extractions, sont payants pour les détenus et l'administration ne prend à sa charge que les extractions des indigents. Il y a là quelque chose d'anormal. L'évolution doit se faire vers la gratuité des soins (sauf les prothèses de luxe). Les dentistes devraient être payés comme les médecins à la vacation.

HOSPITALISATIONS ET CONSULTATIONS HOSPITALIÈRES

On se plaint de la longueur des délais d'hospitalisation à Fresnes. Il semble que l'encombrement de Fresnes soit dû au fait que cet hôpital reçoit en priorité les urgences des établissements de la région parisienne. Les urgences de province sont absorbées par les hôpitaux généraux locaux. La nécessité d'agrandir Fresnes se fait sentir. Se pose aussi le problème de la création d'autres hôpitaux pénitentiaires régionaux (Lyon, Bordeaux). On remarque alors qu'il est peut-être plus intéressant de créer des quartiers pénitentiaires dans les hôpitaux régionaux disposant de toute l'infrastructure technique d'un hôpital moderne, plutôt que d'organiser de toute pièce des hôpitaux pénitentiaires qui exigent la mise en place d'une nouvelle infrastructure pour un nombre insuffisant de consommateurs. Si à Fresnes l'hospitalisation revient moins cher qu'à l'A.P., à Marseille, elle revient plus cher aux « Baumettes » qu'à la Conception. On cite en exemple le cas de Clermont-Ferrand où le médecin de la prison est le chef du service des détenus à l'hôpital général. Là, viennent consulter les autres praticiens. Les relations avec le corps hospitalier en sont facilitées, et les hospitalisations abusives évitées. A Lyon, le médecin-chef des prisons étant assistant des hôpitaux civils, une telle solution pourrait intervenir.

On déplore aussi le fait que les frais d'hospitalisation soient prélevés sur le fonds d'entretien des détenus.

MILIEU OUVERT

On demande la possibilité pour le médecin de prisons d'aller contrôler chez lui, et soigner, le semi-libéré qui ne réintègre pas la prison et garde le lit à son domicile. Le Comité postpénal et de probation voudrait entrer en contact avec le médecin des prisons. Les assistantes sociales sentent là une carence. En fait, tout est à créer.

PERSONNEL INFIRMIER

D'emblée, l'ensemble des membres de notre groupe a manifesté son hostilité quant à l'utilisation des détenus en qualité d'infirmiers, de même il n'a pas jugé souhaitable le jumelage entre les fonctions d'infirmière et d'assistante sociale. Après avoir rappelé que dans les petits établissements une infirmière était mise à la disposition de l'administration par la Croix Rouge à raison de six heures par semaine, notre groupe a estimé qu'il fallait augmenter le nombre d'heures de travail de ces infirmières.

De même, la discussion a fait apparaître qu'il n'était pas souhaitable d'utiliser des « surveillants infirmiers » après leur avoir fait suivre des cours de secouristes.

Toutefois, en ce qui concerne les infirmiers psychiatriques, le Dr HIVERTE a précisé qu'il souhaitait que l'on permette aux surveillants de suivre une formation psychiatrique ce qui leur permettrait par la suite d'obtenir une situation équivalente; il faudrait pour cela que l'administration pénitentiaire puisse détacher certains de ses agents pour suivre cette formation qui leur permettrait d'accéder à fonction après avoir satisfait aux examens.

Il est souhaitable que le Secrétariat médical soit effectué par l'infirmière plutôt que par un surveillant.

A ce propos, à la question posée par un de nos confrères, de savoir si, d'une façon générale, le surveillant devait ou ne devait pas assister à la visite, l'ensemble des membres de notre groupe s'est prononcé contre la présence de ce surveillant, même si cette présence n'avait qu'un but de sécurité. Il a été proposé à ce moment-là l'installation d'une sonnerie d'alarme, ce qui résoudrait le problème en garantissant le secret médical tout en calmant les inquiétudes du gardien.

HYGIÈNE DE LA PRISON

Après avoir entendu le Docteur FULLY rappeler qu'il y a environ trois ans les dispositions suivantes avaient été prises : augmentation de la ration de viande, diminution de celle des féculents, suppression du vin, l'ensemble des membres de notre groupe a d'emblée dégagé les deux aspects qui dominent la question de la nourriture en milieu pénitentiaire.

Tout d'abord, le problème majeur paraît être celui de l'installation technique de la cuisine. Le deuxième aspect, lié au premier, et lui aussi

très important est celui du cuisinier. Certains ont suggéré qu'il soit édité un « Manuel du parfait cuisinier pénitentiaire »; l'ensemble des membres de notre groupe a recommandé fortement l'utilisation de surveillants ayant suivi une formation technique. Le vœu suivant a été émis : à savoir que, dans toutes les maisons d'arrêt, des surveillants soient désignés pour faire un stage à l'issue duquel ils seraient affectés à poste fixe à la cuisine.

M. le Directeur de la prison de Fresnes a ensuite suggéré que, tout au moins en ce qui concerne les établissements pénitentiaires de l'agglomération parisienne, la responsabilité des achats incombe à un chef d'établissement qui pourrait effectuer ces achats aux Halles et qui aurait ensuite la charge de les répartir dans les différents établissements.

D'autre part, l'ensemble des membres de notre groupe a estimé souhaitable que la périodicité des menus soit échelonnée, non pas sur une semaine, mais sur un mois; en diversifiant ainsi l'alimentation, il est certain que le baromètre de la prison que constitue la nourriture, serait le plus souvent au beau fixe.

En ce qui concerne l'hygiène des locaux, il est bien de l'avis de tous les membres de la commission que le médecin se doit de jouer le rôle d'hygiéniste et qu'il doit, pour y satisfaire, bénéficier d'une vacation supplémentaire à l'issue de laquelle il doit pouvoir présenter ses observations et ses suggestions dans un rapport.

POSSIBILITE D'AFFILIATION DES DETENUS A LA SECURITE SOCIALE

Concernant le problème de l'affiliation éventuelle des détenus à la Sécurité sociale, trois points se sont dégagés d'emblée dans la discussion :

- 1° Possibilité pour le détenu d'avoir le libre choix de son médecin;
- 2° Remboursement des frais médicaux (ceci pourrait intéresser au premier chef l'administration);
- 3° Les prestations familiales.

La discussion sur les deux premiers points a été abandonnée en raison du fait qu'elle risquait de s'éterniser sans pouvoir permettre, semble-t-il, d'apporter une réponse valable en raison même de la situation toute particulière du détenu. Un de nos confrères a précisé que, le plus souvent, le problème des prestations familiales était résolu par le fait que la mère travaillait elle-même. Toutefois, un de nos confrères a fait remarquer alors, que n'ayant pas cotisé pendant toute la durée de son incarcération, à sa sortie de prison le détenu n'avait aucun droit. Le bénéfice de l'A.M.G. pouvait lui être accordé évidemment en cas d'intervention chirurgicale, mais, en cas d'apparition d'une affection de longue durée, il lui était impossible de bénéficier de ce régime auprès de la Sécurité sociale.

A ce moment là, la question suivante a été posée : est-il normal qu'un détenu qui travaille en prison ne cotise pas, ainsi que son employeur, et qu'il ne se trouve pas de ce fait en règle à sa sortie ?

Résoudre le problème que pose cette question est évidemment trancher le débat en ce qui concerne l'affiliation éventuelle du détenu à la Sécurité sociale. Toutefois, dans le cas où l'administration ne pourrait envisager de prendre à sa charge les cotisations ou, dans le cas où le détenu ne travaille pas (prévenu), ne pourrait-on assimiler ce détenu à un chômeur, ce qui lui permettrait de conserver l'intégrité de ses droits.

En fin de discussion, l'ensemble des membres de notre groupe a émis le vœu qu'une conférence au sommet (selon l'expression consacrée), soit tenue entre les hautes instances de la Sécurité sociale et l'administration pénitentiaire. En d'autres termes, il a été demandé que le régime existant actuellement pour les A.T. soit généralisé, et que, par ce fait même, cesse d'être « pénalisée » la famille du détenu qui, comme chacun sait, perd ses droits après une détention de un mois.

MEDICAMENTS ET REGIMES

L'ensemble des confrères du groupe I admet qu'il n'y a aucun problème concernant la prescription des médicaments, et que, si certains d'entre eux ont eu l'occasion de demander des dérogations, rares il faut le dire, elles ont toujours été obtenues.

En ce qui concerne la modalité de distribution, la discussion s'anime davantage et le vœu suivant réunit l'unanimité des membres de notre groupe, à savoir qu'il est souhaitable que la distribution des médicaments soit effectuée sous le contrôle du personnel infirmier; dans ce cas particulier, il est recommandé de ne pas avoir recours au détenu infirmier et encore moins à l'infirmier détenu.

A ce propos, notre groupe estime souhaitable que le nombre de vacations de l'infirmière (actuellement 6 heures dans une petite maison d'arrêt), soit augmenté pour lui permettre d'assurer au moins une distribution de médicaments chaque jour. Le contrôle de la distribution et de la prise de médicaments pose deux problèmes selon qu'il s'agit du détenu ou du prévenu; il est bien certain que la surveillance et la vérification absolues sont de règle en prévention, alors qu'en détention on peut être amené à avoir une attitude plus souple.

Certains confrères rappellent que le mode d'administration des médicaments dans certains établissements (solutions complexes) aboutit quelquefois à des cocktails assez peu appétissants.

En ce qui concerne le problème des régimes, il semble que seul le régime diabétique puisse soulever des difficultés dans son administration. Notre groupe estime souhaitable la création de cuisines diététiques annexées aux grands établissements.

En ce qui concerne la cantine, il est rappelé que celle-ci ne doit pas

servir au détenu pour assurer son régime alimentaire, elle ne peut constituer qu'un élément d'appoint pour lui permettre d'acheter quelque chose qui n'est pas strictement indispensable.

Il serait souhaitable que soient codifiés quelques grands régimes (néphrétique, cardiaque, etc.) sur le plan national. L'ensemble du groupe est d'accord pour reconnaître que, en diversifiant au maximum la nourriture, le médecin n'aura que très peu souvent l'occasion de prescrire un régime. S'il est souhaitable que le régime prescrit par le médecin soit effectivement suivi, il n'en reste pas moins vrai que l'administration a le plus souvent des difficultés pour réaliser ce régime prescrit, et que, par conséquent, il serait nécessaire de présenter sur le plan national des régimes types (cardiaques, rénaux, diabétiques, etc.), et de diversifier au maximum la nourriture sur le plan géographique et saisonnier.

GRUPE III ⁽¹⁾

Le groupe a examiné les questions dans l'ordre proposé par le questionnaire envoyé à chacun des participants avant ces « Journées ». Ces questions sont groupées sous sept grands chapitres.

I. — LA CONSOMMATION MEDICALE EN MILIEU PENITENTIAIRE

Tous les participants sont d'accord pour admettre que, quel que soit le genre d'établissement, cette consommation est importante. Il ressort, en effet, que le médecin a à examiner trois catégories de détenus :

- a) les entrants, qui sont vus systématiquement;
- b) les consultants, qui peuvent se subdiviser eux-mêmes en trois groupes :
 - 1° les malades atteints d'une affection semblable à celles contractées au dehors;
 - 2° les malades présentant une affection particulière consécutive à leur incarcération;
 - 3° les simulateurs, pour certains, ou les petits déséquilibrés psychiques, pour d'autres.
- c) enfin, la masse des détenus qui viennent voir le médecin de leur propre chef ou, sur les directives de l'administration, du juge ou du procureur pour obtenir des certificats divers ou des papiers quelconques.

Le groupe constate qu'il est impossible de diminuer l'importance de l'une ou de l'autre de ces catégories et, en particulier, chacun souligne très vivement cette nécessité absolue d'examiner systématiquement tous les entrants.

Le médecin spécialiste d'électro-radiologie de l'hôpital pénitentiaire de Fresnes précise, pour sa part, qu'il ne peut réduire le nombre des examens demandés car la proportion d'affections importantes dépistées est de plus en plus grande, en particulier les ulcuses gastro-duodénaux, l'ostéoporose, etc.

Si le chiffre de consultants augmente, le médecin ne peut, sous peine de déprécier l'acte médical, accélérer indéfiniment le rythme des visites. Le simulateur demandera, plus qu'un autre, un examen approfondi pour aboutir à un diagnostic précis et décourager les tentatives ultérieures.

(1) Les conclusions du groupe II ne sont pas parvenues en temps utile pour les inclure dans ce document. Elles sont du reste sensiblement identiques à celles des autres groupes.

Les membres du groupe, donc, se mettent d'accord pour reconnaître les normes de la Sécurité sociale, soit 6 à 8 consultants au maximum par heure.

II. — LES HOSPITALISATIONS

Le groupe constate, tout d'abord, que l'hospitalisation d'un détenu comporte un certain nombre de difficultés dont les deux plus importantes sont :

- a) des difficultés d'extraction du détenu de la prison;
- b) des difficultés et des retards de placement à l'hôpital pénitentiaire de Fresnes.

Les membres du groupe appartenant à l'administration pénitentiaire s'accordent pour dire, qu'en effet, l'hospitalisation présente, pour eux, de grosses difficultés. M. PERDRIAU résume cette opinion en disant que l'hospitalisation est, pour l'administration, un mal, nécessaire bien sûr, mais un mal en raison des risques de sécurité encourus, de l'argent dépensé, etc. L'idéal serait donc, pour lui, la création d'hôpitaux-prisons qui présenteraient l'avantage important de maintenir le détenu sous la coupe de l'administration pénitentiaire. La création de ces hôpitaux n'étant pas possible partout, il faut envisager alors la création d'infirmes régionales dans les prisons importantes pouvant recevoir des praticiens compétents donc, dans une ville de facultés, par exemple.

Mais ces infirmeries ne présentent pas les mêmes avantages que les hôpitaux avec leurs différents services spécialisés. Il est impossible de faire venir, avec leur matériel, des spécialistes de chaque discipline. Il faut donc toujours revenir, pour un certain nombre de cas, à la consultation hospitalière externe, avec les difficultés d'extraction et de surveillance, en particulier, qu'elle comporte.

A ce propos, M. PERDRIAU annonce que, bientôt, vont paraître deux nouvelles circulaires particulièrement importantes et répondant aux préoccupations alors exprimées, à savoir :

- 1° les extractions des détenus en vue des consultations seront désormais confiées entièrement à l'administration pénitentiaire qui fournira le véhicule et l'escorte. Le processus sera donc beaucoup plus souple.
- 2° les femmes détenues et hospitalisées ne seront plus gardées pendant la durée de leur hospitalisation.

LES CONSULTANTS SPECIALISTES

Un médecin généraliste du groupe demande alors, pour combler une grave lacune, que soient imprimés et diffusés les droits et devoirs du médecin pénitentiaire. L'administration en prend bonne note : elle fera imprimer les indications concernant le médecin pénitentiaire, contenues dans le Code

de procédure pénale. D'autre part, ce même médecin pose la question de savoir quelle est la responsabilité respective du médecin consultant et du médecin généraliste pénitentiaire.

Les vues de l'administration sur le rôle du consultant sont très claires. Il ne doit pas y avoir de liens directs détenu-médecin consultant. Le consultant doit seulement donner un avis au médecin généraliste, qui en fait ce qu'il veut, car il porte seul la responsabilité de toute thérapeutique effectuée à l'intérieur de la prison.

Cette notion de responsabilité unique est très controversée par les membres médecins du groupe. En effet, le généraliste peut n'être pas averti des modalités particulières du traitement spécialisé. Les Docteurs LAFFONT et MEGARD précisent que, spécialistes eux-mêmes en clientèle, ils doivent très souvent donner de grandes précisions et insister beaucoup auprès de leurs confrères généralistes pour que leurs traitements soient appliqués dans leur originalité entière.

Mais d'autres pensent que le médecin pénitentiaire, lui, a l'habitude du détenu malade, du mode d'administration des médicaments, en particulier heures et présentations en fonction de la sécurité et que c'est dans cette mesure que le généraliste peut adapter les prescriptions du spécialiste.

III. — LA SECURITE SOCIALE EN MILIEU PENITENTIAIRE

Le groupe croit savoir que les détenus ont droit normalement à un mois de prestations après la date de leur arrestation. En fait, personne n'a constaté que ces droits leur étaient conservés pendant un mois. Immédiatement, les détenus sont pris en charge par l'administration pénitentiaire et seule leur famille bénéficie de ce mois de prestations. Par la suite, ces familles n'auront plus que la ressource de demander l'assistance médicale gratuite.

Serait-il donc souhaitable que la Sécurité sociale continue à assurer les détenus ?

La réponse est positive d'emblée et l'accord général, en particulier, sur deux points :

- a) Lorsqu'il s'agit d'un détenu en maladie de longue durée;
- b) Pour la famille, irresponsable, et qui n'a pas à être pénalisée indirectement par cette mesure.

Le groupe évoque alors le problème important des cotisations. Ce problème n'apparaît pas insoluble si l'on considère le petit nombre de détenus à absorber (environ 28.000 actuellement) par rapport à l'extension récente de la Sécurité sociale au monde agricole. Ce régime particulier aurait des

précédents, il suffit de citer celui des étudiants. De toute façon, c'est là un problème tout administratif et à débattre par des autorités compétentes.

Certains médecins s'inquiètent pour leur part du contrôle médical qu'exercerait alors la Sécurité sociale. Seraient-ils soumis aux décisions d'un médecin-conseil mal informé du problème pénitentiaire ? La majorité des médecins présents objecte qu'en fait le médecin-conseil ne peut, dans de nombreux cas, qu'épauler son confrère et la Sécurité sociale pourrait peut-être contribuer, grâce au fonds d'action sanitaire et sociale, à l'installation d'infirmières plus modernes.

En conclusion, le groupe est d'accord, et à l'unanimité, pour le principe de l'affiliation pour l'ensemble des détenus à la Sécurité Sociale.

IV. — LE PERSONNEL INFIRMIER.

Le groupe constate que le personnel infirmier est souvent insuffisant en nombre. Mais il apparaît très vite que ce manque est encore plus nettement ressenti pour le personnel spécialisé. En effet, il est constitué exclusivement par des contractuels, souvent instables, et seulement aidés par des surveillants de l'administration qui ne peuvent obtenir la formation nécessaire et n'ont aucun avantage matériel à effectuer le travail demandé.

Ceci est particulièrement sensible au service d'électro-radiologie de Fresnes où, sur 4 employés, il n'y a qu'un contractuel manipulateur-radio diplômé, les 3 autres étant des surveillants qui ont appris un peu, au contact du premier, mais auxquels on ne peut confier les incidences un peu délicates et qui, de plus, ne veulent pas courir le risque d'absorber des rayons, aucune indemnité particulière ne leur étant allouée pour ce risque supplémentaire.

Mlle la pharmacienne gérante de Fresnes souligne également qu'elle ne peut compter, à sa pharmacie, sur aucun préparateur diplômé et que l'on est obligé de faire appel à de simples détenus pour faire des mélanges parfois délicats.

Il s'agit donc là d'un problème statutaire; les médecins pensent qu'il est nécessaire que le surveillant qui le désire ait la possibilité de suivre des cours pour obtenir des diplômes de spécialiste et que cette spécialisation doit lui permettre d'obtenir un avancement au sein de l'administration.

Les représentants de l'administration pensent qu'il sera bien difficile de trouver des surveillants ayant un niveau scolaire suffisant pour prétendre suivre ces cours que, les diplômes obtenus, le secteur privé leur offrira des situations autrement intéressantes et qu'ils seront perdus pour l'administration pénitentiaire. Par ailleurs, il paraît que les syndicats sont très opposés à cette promotion de quelques-uns des leurs.

Abordant un autre problème, le groupe est unanime à souhaiter que les détenus ne participent pas au service infirmier et surtout que le médecin détenu soit absolument mis en dehors du circuit médical.

V. — HYGIENE DE LA PRISON.

Chacun s'accorde pour dire que le rôle d'hygiéniste du médecin est nécessaire, mais difficile : parfois parce qu'il est mal reconnu par les autorités locales et toujours parce qu'il manque d'efficacité du fait de la petitesse des crédits. Les représentants de l'administration centrale disent qu'il leur semble que ce rôle d'hygiéniste est, à leur avis, un peu perdu de vue par le médecin pénitentiaire qui en a pourtant l'obligation stricte. En effet, il arrive fort peu de lettres de réclamation de la part de ceux-ci à l'administration centrale. Les médecins répondent que, s'ils n'écrivent pas plus souvent, c'est par méconnaissance de leurs possibilités d'action. Que, par ailleurs, leur temps de vacation ayant été réduit l'an dernier, alors que le nombre de consultants est resté identique, il leur est bien difficile de consacrer encore une partie des heures passées à la prison en inspections d'hygiène et en directives auprès des responsables locaux. Il serait nécessaire de prévoir des vacations supplémentaires uniquement consacrées à ce rôle d'hygiéniste.

A la question d'un des médecins, concernant le problème des vêtements, l'administration répond qu'un prévenu peut toujours garder ses vêtements personnels sauf s'ils sont par trop déficients, auquel cas, sur avis médical, ils doivent lui être changés sans difficulté. Il est précisé, par ailleurs, que de nouveaux vêtements, plus seyants et mieux finis, sont en cours de fabrication pour hommes et femmes. Ils sont actuellement réservés, en priorité, aux prisonniers politiques mais il est prévu que, petit à petit, à mesure que cette dernière catégorie de détenus diminuera, ces nouveaux vêtements seront attribués à l'ensemble de la population pénale.

LA NOURRITURE DES DETENUS

L'ensemble des médecins du groupe trouve que, si la nourriture est suffisante en quantité, elle est nettement insuffisante en qualité et pas assez variée. Il y a beaucoup trop de féculents et de matières grasses, pas assez de légumes frais, de fruits. Si le minimum journalier calorique est respecté, et souvent dépassé, l'équilibre diététique est très perturbé et la carence vitaminique se fait particulièrement sentir. Cette nourriture est à l'origine de la proportion exceptionnelle de gastralgies, de troubles carenciels des gencives etc.

L'administration est, en principe, d'accord avec ces vues médicales mais répond que les médecins ont eu tort de ne pas l'avoir suffisamment éclairée sur ces problèmes de diététique. Elle souhaite donc qu'un petit

travail effectué par des praticiens pénitentiaires, et portant sur ces problèmes nutritionnels, lui apporte des éléments précis. Pour sa part, elle s'engage à poursuivre, en priorité, son programme de modernisation des cuisines. Elle voudrait pouvoir compter sur du personnel fixe et compétent à savoir des surveillants chefs de cuisine.

Le problème des régimes alimentaires de prescription médicale est délicat. Il est difficile, dans les conditions matérielles actuelles, de faire une série de régimes appropriés à chaque cas pathologique mais, les représentants de l'administration affirment très vigoureusement que le médecin peut et doit pouvoir prescrire sans entrave les régimes qu'il juge indispensables à la santé du détenu. Elle souligne, en particulier, que les directeurs de prisons ne peuvent s'opposer, de quelque manière que ce soit, à l'obtention d'un régime prescrit par le médecin, quel que soit le détenu et sa situation financière. L'argent au compte du détenu, et dont il peut disposer librement, n'est en aucun cas destiné à suppléer l'administration et à fournir un régime par le biais de la cantine qui n'a pas été instituée dans ce but. Le régime alimentaire, de prescription médicale, fait partie des soins pris en charge par l'administration. Cependant, pour rendre cette prescription plus facile, il est souhaité que les médecins s'accordent pour codifier, avec précision, quelques régimes (4 ou 5 au maximum) qui seront institués dans toutes les prisons du territoire d'une façon uniforme. Il est demandé aux médecins qu'il soit fait rapidement des propositions concrètes dans ce sens.

VI. — LES SOINS DENTAIRES

Les participants constatent une anomalie flagrante; les soins médicaux, sans exception, sont gratuits, mais les soins dentaires identiques en leurs besoins et en leur signification, sont payants. Seules, les extractions sont gratuites, ce qui apparaît comme une pénalisation supplémentaire pour le détenu sans pécule qui est conduit progressivement à se faire arracher toute dent malade, alors que le détenu recevant des mandats peut faire effectuer les soins, quels qu'ils soient, même ceux considérés comme un luxe. Cette situation est donc à la fois une monstruosité sur le double plan médical et social. L'administration fournit les raisons de ce qu'elle considère également comme une anomalie. Dans la plupart des cas, il a été très difficile de trouver les dentistes qui veulent bien venir en prison où ils avaient l'impression de perdre leur temps, délaissant leur cabinet surchargé. Il fallut donc rétablir cet équilibre financier en lui permettant de recruter à l'intérieur de la prison une clientèle un peu semblable à celle du cabinet et payant à l'acte.

Il est souhaité, à l'unanimité, que les soins dentaires soient gratuits et que, pour ce faire, les dentistes soient payés à la vacation comme le sont les médecins.

L'affiliation de tous les détenus à la sécurité sociale pourrait peut-être apporter une solution à ce problème.

VII. — RELATIONS DES MEDECINS PENITENTIAIRES AVEC LES AUTRES MEMBRES MEDICAUX OU PARA-MEDICAUX S'OCCUPANT DU DETENU

A. — Relations avec les autres membres de l'équipe médico-sociale.

Tous les médecins présents s'accordent pour dire que les relations avec leurs confrères consultants sont excellentes et souvent fort utiles. Ces relations sont souvent plus difficiles et plus sporadiques avec l'assistante sociale; il est à noter que peu d'établissements ont véritablement une équipe médico-sociale du fait du manque de personnel et de temps.

B. — Relations avec les experts.

Peu de participants sont experts eux-mêmes de façon habituelle et ils ne le souhaitent pas.

L'ensemble des médecins affirme qu'il n'a pratiquement pas de relations avec les experts, et chacun le regrette. Le médecin de la prison connaît mieux les détenus qu'il a eu l'occasion de voir souvent plusieurs fois à son cabinet, dont l'assistante sociale ou l'infirmière ont pu lui parler, sur lesquels il a pu lire les rapports des surveillants, etc.

Mais, le problème de cette coopération souhaitable entre le médecin de la prison et l'expert se déplace sur le plan déontologique. Le médecin pénitentiaire a-t-il le droit de renseigner l'expert alors que ce dernier est seul commis à cette expertise ? Les avis sont très partagés : pour certains, la réponse est affirmative et cela sans problème car le médecin pénitentiaire est, avant tout, médecin de l'administration, et il doit lui apporter son concours sans restriction.

Pour d'autres, certes le médecin est engagé par l'administration pour soigner les détenus mais il devient alors le véritable médecin traitant des prisonniers. Ceux-ci, bien sûr, n'ont pas le libre choix mais il doit leur rester au moins, pour que l'acte médical garde tout son caractère, la possibilité du colloque singulier supposant toute liberté d'expression. Cette possibilité lui serait refusée si le détenu ne voyait dans le médecin pénitentiaire qu'un agent spécialisé de l'administration. Certains notent, de plus, que le secret professionnel existe entre médecins, quoiqu'en pense l'administration.

Done, s'il est admis que l'expert ne devrait pas avoir à se passer de l'avis du médecin traitant, chacun est d'accord pour condamner énergiquement l'expertise, telle qu'elle est actuellement conçue. Pour être valable, une expertise devrait être confiée à une équipe où non seulement l'expert désigné et le médecin de prison participeraient mais aussi les infirmières, l'assistante sociale, l'éducateur ou le surveillant, et ce n'est que dans cette perspective officiellement reconnue que le médecin pénitentiaire pourra jouer utilement son rôle.

C. — *Relations avec le milieu ouvert.*

La plupart des médecins du groupe se déclarent peu avertis de ces problèmes de milieu ouvert. Il lui paraît cependant souhaitable que le médecin de prison soit délégué dans les comités de probation où il pourra apporter le point de vue médical. De même, il serait bon, surtout dans les petites villes où la chose est beaucoup plus facile, que le médecin pénitentiaire puisse prendre contact parfois avec le juge à l'application des peines.

Les liaisons avec le médecin traitant à la sortie de prison ou avec le service hospitalier qui recueillera le détenu libéré ne paraissent pas présenter de difficultés. Il faudrait peut-être avoir la possibilité de transmettre des dossiers résumés ne portant pas l'en-tête de l'établissement pénitentiaire.

CONCLUSIONS.

A la fin de cette réunion, l'ensemble des médecins de ce groupe III souhaite que soit enfin constitué un statut du médecin pénitentiaire qui assurera son avenir.

Il est souhaité que ce statut s'étende d'ailleurs à l'ensemble des médecins, pharmaciens, et des professions para-médicales, psychologues, infirmiers, etc.

III

Principaux rapports présentés

Le Service médical en Maison d'arrêt

par le Docteur Louis CRESP

Médecin de la Maison d'Arrêt d'Ajaccio

Le médecin de la maison d'arrêt voit le prévenu à son arrivée ou le détenu qui se présente à la visite sous le triple aspect physique, psychologique et social.

Il n'est pas superflu de préciser que dans les circonstances actuelles, il est assez mal placé pour mener à bien ce triple rôle.

Sur le plan physique, il arrive à dépister, et c'est là sa fonction première, les troubles dont le sujet est ou a été atteint (dans le cas de la maison d'arrêt dont nous avons la responsabilité, cette partie de notre activité est celle qui est essentielle; et nous n'omettrons pas de souligner que nous avons un service de dépistage antituberculeux par camion-radio tous les trois mois).

Toutefois et dès ce stade d'examen physique, notre tâche n'est guère facilitée, et cela, non pas tellement du fait d'une certaine tendance de la part du détenu, à l'exagération des symptômes, voire à la fabulation, mais surtout en raison de ce que le détenu nous assimile ou du moins nous associe à l'appareil judiciaire. Il nous y associe tellement, qu'il attend de nous d'emblée, et cela tout au moins sous notre latitude, une hospitalisation, une hospitalisation qui atténuera le caractère infamant de sa situation, qui adoucira ses conditions matérielles de vie, par un confort supérieur, par un régime de parloir peut-être plus souple, bref qui constituera sinon l'équivalent, du moins une compensation ou une consolation pour celui auquel les magistrats auront refusé une liberté provisoire ou infligé une privation de liberté. Dès lors, et vu sous cet angle, il est évident que le médecin de la maison d'arrêt n'a qu'un rôle thérapeutique restreint et purement symptomatique à jouer, et j'ajouterai même, à la lumière de nombreuses expériences personnelles dans ce domaine et en m'excusant auprès des nombreuses personnalités ici présentes, que c'est le magistrat et le magistrat seul qui détient la *panacée universelle*.

Quant à l'examen du détenu sur le plan purement psychologique, ce que je viens de vous dire me dispense d'insister sur ce point. Je voudrais néanmoins préciser que le psychiatre, qui n'intervient que pour un examen psychologique ou une expertise psychiatrique, a pour but essentiel d'aider les juges à mieux comprendre le comportement et la personnalité du prévenu.

Dans ce rôle, le médecin reste surtout un auxiliaire de la justice, et c'est essentiellement en tant que tel, c'est-à-dire, aide du juge d'instruction, que les visites médicales sont subies par le patient.

C'est ainsi que le sujet se confiera moins volontiers, sera plus réticent et ne permettra pas, dans la plupart des cas, une approche médicale véritable, réalisée par exemple, lorsque la consultation est demandée par l'intéressé.

Quant à l'aspect social du détenu, disons tout de suite qu'il se borne le plus souvent à un dépistage antivénérien, avec les réticences et les tergiversations que cela implique.

De tout le reste, personne ne s'en préoccupe, qu'il s'agisse des enfants, de la femme ou de la mère, le milieu social, familial du détenu est un monde à part, extérieur, ô combien ! à l'établissement pénitentiaire. Et il semble que nul ne puisse s'étonner que le détenu ait, lui, le privilège de ces préoccupations, et que son psychisme en soit profondément affecté.

Quant aux surveillants, au demeurant très humains et qui sont tous de très braves gens, ils font ou croient faire leur métier en ne maltraitant pas les détenus, en ne les tracassant pas plus qu'il ne faut pour qu'une juste discipline subsiste. Il faut ajouter aussi qu'ils sont, le plus souvent, en nombre insuffisant, et que les conditions de travail laissent à désirer.

En résumé donc, la tâche du médecin de maison d'arrêt consiste à *dépister à l'entrée*, à veiller sur l'état d'hygiène et de propreté des locaux, à s'assurer que la nourriture est convenable, à prescrire une thérapie symptomatique, à faire quelques interventions officieuses, en collaboration avec l'assistante sociale, pour venir en aide à une famille qui est toujours digne d'intérêt et quelquefois, il faut bien le dire aussi, refuser une hospitalisation qui ne s'impose pas. Et quand tout cela est fait il ne semble pas que le rôle du médecin de maison d'arrêt soit rempli.

Il y a plus, il y a beaucoup mieux à faire, surtout à une époque qui est la nôtre et où la moyenne d'âge des détenus n'a jamais été aussi peu élevée.

Il semble que le médecin généraliste puisse et doive être le noyau de ce que le Professeur LAFON a appelé la psycho-pédagogie médico-sociale.

Les Services médico-chirurgicaux des prisons de Marseille

par le Docteur Charles POULAIN
Médecin-Chef des prisons de Marseille

SITUATION DES BAUMETTES.

Les prisons de Marseille sont composées de trois bâtiments.

Le plus important G.B. groupe :

- les services administratifs;
- une aile réservée aux prévenus;
- une aile réservée (4 étages) aux condamnés;
- une aile réservée aux ateliers ;
- une aile réservée aux condamnés à mort et à la chapelle.

Un bâtiment plus petit P.B.

Enfin la prison-hôpital des Baumettes sur laquelle nous reviendrons.

ORGANISATION DU TRAVAIL

1° PERSONNEL.

- médecin-chef;
- psychiatre;
- 1 chirurgien attaché à l'établissement;
- 2 internes, dont l'un logé par les soins de l'administration à proximité de l'hôpital;
- 9 infirmières;
- 1 radiologue;
- 1 manipulateur radio;
- 1 dentiste;
- 1 biologiste.

De plus, nous faisons appel à :

- 1 urologue;

- 1 O.R.L.;
- 1 ophtalmologiste.

2° LOCAUX ET MATÉRIEL.

P. H. B.

P.H.B. composé d'un bloc central flanqué de deux ailes dont l'une est occupée par la détention femme.

Nous disposons actuellement de 52 cellules, dont 39 pour malades et 13 cellules réservées aux services généraux.

Un bloc chirurgical moderne avec stérilisation semi-automatique.

Une salle de réanimation, 4 chambres à deux lits pour les opérés.

3 infirmeries dont :

- 2 infirmeries au G.B.

- a) l'une de 37 lits;
 - cabinet médical;
 - cabinet dentaire moderne;
 - salle de radioscopie et dépistage;
 - salle de laboratoire-radio.

- b) l'une de 18 lits.

- 1 infirmerie au P.B., comprenant 14 lits.
- 1 centre psychiatrique : 14 places réparties en :
- 6 cellules ordinaires;
- 1 dortoir à 5 places;
- 3 cellules de force.

ORGANISATION ET TECHNIQUE DU TRAVAIL

- Médecine;
- Chirurgie;
- Psychiatrie;
- Vénérologie;
- Spécialistes;
- Expertises.

MEDECINE

Un dépistage quotidien est pratiqué dans chaque cellule et le nom du détenu malade est relevé par le surveillant ou le gameleur.

Un premier triage est pratiqué par l'infirmière qui donnera les premiers soins.

Un deuxième triage est assuré par l'interne et enfin le détenu malade est présenté à la consultation du médecin chef, consultation qui a lieu trois fois par semaine.

Chaque individu arrivant en prison subit un interrogatoire médical et une fiche médicale est établie. Cette fiche médicale est conservée aux archives et un duplicata suit le détenu lors des transferts.

Tout malade suspect d'affection sérieuse est dirigé sur le P.H.B. où des examens complémentaires sont pratiqués.

Exceptionnellement certains malades sont dirigés sur les hôpitaux civils, soit :

- a) par ordre du parquet ou à la suite d'une expertise;
- b) malades relevant d'un service de neuro-chirurgie;
- c) femmes en fin de grossesse.

Pour vous donner des chiffres, durant l'année écoulée on a dénombré :

- 6.014 visites médicales;
- 355 admissions au P.H.B.;
- 20.887 journées d'hôpital;
- 371 admissions aux infirmeries;
- 11.615 journées d'infirmerie.

La proportion des journées d'hôpital par rapport aux journées de détention est de 4,80 %; celle des journées d'infirmerie, de 2,36 %.

Dans les hôpitaux civils, 70 admissions ont été dénombrées mais les 3/4 sont des admissions directes de l'extérieur, c'est-à-dire que l'individu qui est arrêté est souvent placé à l'hôpital sans être passé au préalable aux Baumettes.

4 admissions dans les hôpitaux militaires, 120 consultations dans les hôpitaux civils, 4 décès, 3 suicides.

Il y a peu de temps encore, les détenus relevant des spécialistes étaient adressés dans les services hospitaliers civils. D'où :

- difficultés de transfert;
- frais d'accompagnement;
- immobilisation du personnel.

En accord avec le directeur nous avons donc décidé de faire venir au P.H.B. un certain nombre de spécialistes tels :

- un urologue;
- un O.R.L.;
- un ophtalmologiste;
- et bientôt un cardiologue.

Cette initiative a réduit les demandes des détenus pour qui le déplacement jusqu'à l'hôpital représentait surtout un motif de promenade et a entraîné, de ce fait, une importante économie pour l'administration et évité des évasions.

LE SERVICE CHIRURGICAL

Le service chirurgical est assuré par un chirurgien attaché à l'administration.

Les malades présentant des affections qui nécessitent une opération sont adressés au médecin-chef qui juge de la nécessité ou de l'urgence de l'intervention en tenant compte de la situation pénale des détenus.

Le chirurgien, de son côté, après examen du malade, est tenu d'établir une demande d'autorisation qui est visée par le médecin-chef et par le médecin inspecteur général de l'administration pénitentiaire.

85 interventions chirurgicales ont été pratiquées :

- 5 chirurgie urologique;
- 3 chirurgie ophtalmologique;
- 9 chirurgie O.R.L.

Soit une centaine d'interventions.

UN SERVICE DE PNEUMOPHTISIOLOGIE

Ce service existe depuis 1951. J'en assume depuis sa création la responsabilité.

85 tuberculeux ont été soignés en 1962, 453 radioscopies pulmonaires, 350 radiographies pulmonaires ont été effectuées.

Les détenus tuberculeux condamnés à une peine supérieure à 6 mois sont dirigés sur le sanatorium de Liancourt.

PSYCHIATRIE

Mon confrère le Dr DESPINOY vous exposera demain les données de ce problème :

- 2382 sujets ont été dépistés;
- 282 consultations de psychiatrie;
- 475 sujets ont été réceptionnés à l'annexe.

Il a été pratiqué : 37 cures de désintoxication, 25 E.E.G., 20 admissions à l'hôpital psychiatrique.

En tout, on relève 1270 journées d'hospitalisation.

RADIOLOGIE

Ce service est assuré à la fois par un radiologue, pour les examens des viscères, et par moi-même pour les poumons et osseux.

Cette solution a été adoptée pour assurer des examens plus rapides. 1.047 radiographies ont été effectuées à l'hôpital, 86 à l'extérieur.

SERVICE VENEREOLOGIQUE

Ce service est assuré par deux médecins de la Santé et une assistante sociale.

2667 examens sérologiques ont été pratiqués, 575 malades ont été soumis à un examen approfondi en matière de vénéréologie.

SERVICE DENTAIRE

Ce service dispose d'un cabinet moderne aux Grandes Baumettes et d'un autre cabinet en voie d'aménagement aux Petites Baumettes;

1618 détenus ont été soumis à la consultation du dentiste.

Enfin, à côté du service médical proprement dit, il faut souligner l'importance du service des expertises ordonnées par le parquet.

Ces expertises sont actuellement de 780.

L'absence d'un appareil E.E.G. impose trop de sorties dans les hôpitaux.

Pour terminer, il me faut exposer brièvement les difficultés rencontrées dans l'exercice de mes fonctions et les projets à venir.

Dans sa conception actuelle, le service médical des prisons de Marseille est parfaitement adapté à l'importance de l'établissement. On peut traiter aux Baumettes toutes les maladies à l'exception du cancer et des interventions de neuro-chirurgie.

L'hôpital est trop petit pour recevoir actuellement les malades du sud-est.

En raison du peu de malades traités, le prix de revient de l'hôpital est trop onéreux.

Il faut absolument évacuer la prison des femmes pour lui rendre sa capacité normale. Alors, à ce moment, nous pourrions drainer les malades de toute la région.

Le contact des pulmonaires et des opérés ne devrait pas se produire.

Il y a encore trop de consultations extérieures en raison du manque de spécialiste cardiologue et l'absence d'un appareil E.E.G. et E.C.G.

L'installation des femmes dans un autre bâtiment s'impose ainsi que la réorganisation de la nursery.

Le fait que ces bébés soient élevés en cellule est inadmissible et honteux. Une nursery devrait être mise à notre disposition. Le problème des crédits pour une telle demande ne devrait pas être discuté.

J'attache une importance toute particulière à la question des intoxiqués internés. A mon avis, leur place n'est pas en prison. Ce sont des malades et trop souvent de graves malades. Tout détenu suspect d'intoxication (90 % à l'héroïne) est placé d'office au P.H.B. où une cure de désintoxication est pratiquée. Des résultats sont très encourageants, mais malheureusement, à leur sortie, ces individus ne sont pas suivis et retombent dans leur vice.

Pour terminer cet exposé, je voudrais dire un mot sur les demandes de libertés médicales devant certaines affections incurables : leucémie, cancer. Il est du devoir du médecin d'en informer l'administration centrale, cette dernière a toujours montré une parfaite compréhension lorsque les documents accompagnants la demande de liberté sont irréfutables.

Le fonctionnement du Service médical de la Maison centrale de Loos-les-Lille

par le Docteur DEBARGE

La maison centrale de Loos-lès-Lille est, depuis le départ des détenus nord-africains, en voie de réorganisation. Elle accueille actuellement les jeunes détenus de 18 à 25 ans, et devient une prison-école.

L'effectif, en 1962, était de 241 jeunes pour 88 adultes affectés aux services généraux et l'effectif est, en 1963, de 275 jeunes pour seulement 46 adultes.

La plupart des jeunes ont une occupation scolaire et une centaine d'entre eux sont actuellement employés dans divers ateliers.

Les locaux dont nous disposons sont vastes et bien aménagés. Ils consistent en :

- 2 grandes salles de 6 lits;
- 6 cellules d'infirmerie individuelles;
- 1 cellule occupée par le détenu infirmier;
- 1 pièce de secrétariat réservée à l'infirmière;
- 1 petite salle d'urgence où sont pratiquées les petites interventions;
- 1 salle de soins;
- 1 salle d'attente et 1 bureau médical.

A ces locaux sont annexés : une salle de bain, deux w-c, enfin, le dentiste dispose d'un local complètement indépendant pour ses consultations et ses soins.

Le personnel de l'infirmerie est composé de la manière suivante :

- un médecin généraliste assure deux fois par semaine les consultations, les soins médicaux et pratique occasionnellement de petites interventions. Il est secondé par une infirmière diplômée d'Etat occupée à plein temps et par deux surveillantes affectées à l'infirmerie;
- un détenu infirmier sélectionné par le Centre national d'orientation seconde l'infirmière. Suivant les qualités et la formation technique de ce détenu, cette aide est plus ou moins réelle;
- un chirurgien-dentiste assure les consultations et les soins dentaires deux fois par semaine;

Des spécialistes sont en outre attachés à l'établissement :

- un dermato-vénérologue, assisté d'une infirmière spécialisée, vient une fois par semaine;
- un O.R.L., un ophtalmologiste et un psychiatre assurent des consultations en fonction des besoins.

Suivons, si vous le voulez, un détenu malade.

Après avoir rempli une demande de *visite médicale* sur laquelle il indique le motif de cette consultation, il est présenté par son surveillant à l'infirmière et au surveillant d'infirmier; ceux-ci jugent s'il est nécessaire de le retenir pour la prochaine visite du médecin ou s'il est justiciable de soins simples, qu'eux-mêmes peuvent lui donner; s'il n'y a pas d'urgence (auquel cas l'infirmière ferait appel immédiatement au médecin), il recevra un traitement d'attente jusqu'à la prochaine visite médicale.

Examiné au cours de cette visite, s'il se plaint d'une affection banale, des soins simples seront prescrits et assurés par l'infirmière, le surveillant, rarement par le détenu infirmier, soit à l'infirmier, soit dans sa cellule; ces soins s'accompagneront souvent de prescription de repos en cellule et assortis d'un régime de complément ou de remplacement qui viendront modifier le régime spécial que touchent déjà les jeunes détenus.

Si l'affection qu'il présente est du ressort d'un *spécialiste* attaché à l'établissement, il sera présenté à celui-ci et recevra ses soins sous la surveillance du médecin généraliste.

Lorsqu'il est nécessaire de faire pratiquer des *examens complémentaires*, nous adressons notre détenu aux services spécialisés du Centre hospitalier universitaire de Lille, qui l'examineront en *consultation externe* et feront pratiquer les examens radiologiques et de laboratoire nécessaires; en 1962, nous avons ainsi envoyé 203 détenus en radiologie et 65 détenus en consultation dans des services de neurologie, de voies digestives, des voies urinaires, de cardiologie ou de stomatologie. Après cette consultation, le détenu nous revient généralement avec un traitement médical qu'il est possible d'appliquer soit à l'infirmier, soit même en détention.

Parfois, sont nécessaires une *intervention chirurgicale* ou une hospitalisation, et c'est là que le problème se complique notablement. Il nous est impossible, en effet, d'hospitaliser nos détenus au Centre universitaire sauf extrême urgence; aussi, après avoir pratiqué les examens complémentaires nécessaires, transmettons-nous un dossier de demande d'admission à l'hôpital central des prisons de Fresnes, il ne nous reste plus alors qu'à attendre la décision et l'autorisation de transfert du malade, ce qui — si nous avons jugé qu'il s'agit d'un cas assez urgent — demande au moins un mois et, dans tous les autres cas, plusieurs mois; cette période d'attente est bien entendu toujours riche en incidents thérapeutiques, en difficultés, et parfois il est nécessaire de transférer d'urgence le malade au Centre hospitalier régional, avant que ne revienne la réponse de Fresnes. Par ailleurs, il faut noter que cette façon de faire indispose assez fréquemment les chefs de service du Centre hospitalier qui, après avoir débrouillé

un malade, après avoir pratiqué des examens plus ou moins nombreux, le voient disparaître avant que les dernières investigations ou l'intervention n'aient pu être réalisées.

Il en est pratiquement de même lorsqu'un détenu doit être transféré dans un centre de traitement spécialisé comme celui de Liencourt, de l'île de Ré ou d'autres établissements de soins pour détenus; les délais d'admission sont toujours considérablement prolongés, et gênent considérablement la mise en route d'un traitement correct.

Au retour de ces établissements, nous retrouvons notre détenu avec son dossier souvent succinet, et nous déplorons que dans plusieurs cas il nous ait été très difficile de connaître le résultat d'examens complémentaires pour lesquels nous avions envoyé le malade.

En dépit de ces difficultés, nous estimons qu'actuellement, les détenus reçoivent tous les soins que nécessite leur état. Nous ne nous sommes jamais limités au traitement de maladies mettant leurs jours en danger, mais nous avons toujours cherché à améliorer leur état physique, à corriger les troubles qui seraient susceptibles de gêner par la suite leur réadaptation à la vie normale. Nous devons dire également que nous avons toujours bénéficié de la plus grande *liberté dans la prescription médicale* et en particulier dans le choix et la conduite des thérapeutiques.

Un autre problème se pose, et nous n'avons pas la prétention de le résoudre ici; il n'est pratiquement pas de consultation pour laquelle le *problème du secret médical* se pose. Il s'agit en effet de savoir si le médecin de prison doit être considéré comme le médecin traitant du détenu, auquel cas celui-ci a droit au secret, ou bien si le médecin de prison est uniquement un employé de l'administration à laquelle il doit un compte rendu exact et fidèle de toutes les constatations qu'il pourra faire au cours de ses fonctions. Il s'agit là, nous semble-t-il, d'un problème comparable à celui qui se pose pour le médecin militaire, et, dans la pratique, il ne manque pas de nous préoccuper souvent.

Bien que nous ayons la conviction que le fonctionnement du service médical de la maison centrale de Loos soit actuellement satisfaisant, nous pensons qu'il est possible de l'améliorer.

En particulier, nous souhaitons que chaque fois que les *délais d'admission à Fresnes* ou dans un autre établissement doivent être supérieurs à un mois, nous puissions être autorisés à confier notre malade au Centre hospitalier régional voisin où existe d'ailleurs une salle fermée réservée aux détenus. Il serait peut-être intéressant de comparer le coût du transfert à Fresnes et du prix journalier dans cet établissement avec le coût de l'hospitalisation au Centre hospitalier universitaire. En dehors de ces considérations financières, nous pensons que le risque couru pendant la période d'attente, l'éventuel transfert à l'hôpital central des prisons, justifie grandement une hospitalisation dans un établissement plus proche. Il est également dommage que ne puissent être exploitées scientifiquement, de façon valable, les observations souvent fort intéressantes concernant les

détenus et la pathologie qui leur est propre. C'est ainsi que nous regrettons de n'avoir pas le temps suffisant pour approfondir le cas d'une cinquantaine de nos jeunes détenus qui se plaignent de troubles dyspeptiques et dont un certain nombre présentent des lésions radiologiques manifestes. C'est en pensant à cet intérêt que nous avons suggéré la création d'un poste d'interne en médecine à la maison centrale de Loos, cet interne assurant par ailleurs, avec une plus grande sécurité, les urgences.

Nous espérons également voir bientôt se constituer une *équipe médico-sociale* comportant en particulier le médecin généraliste, le psychiatre, le psychologue, et voir cette équipe participer activement à la rééducation de nos jeunes.

Le fonctionnement du service médical de la maison centrale de Loos nous a montré qu'il était possible, dans le cadre de la médecine de prison, de traiter les malades dans des conditions au moins identiques à celles qu'ils trouveraient à l'extérieur; nous nous félicitons à ce propos de la compréhension de l'administration pénitentiaire et en particulier de la direction de la maison centrale de Loos qui ont toujours facilité nos conditions de travail.

Quelques améliorations sont encore susceptibles de parfaire la qualité des soins et par conséquent d'aider indirectement à la réinsertion de ces jeunes délinquants dans la société.

Organisation du Service médical dans les prisons de Lyon

par le Docteur Marc MEGARD

LES CHIFFRES

Les établissements pénitentiaires de Lyon sont au nombre de trois : une maison d'arrêt (effectif moyen en 1962 : 525), une maison de correction (effectif moyen 1962 : 187), la prison de Montluc où existe le quartier des femmes (effectif moyen 1962 : 85 détenus).

LE SERVICE CLINIQUE

Ce service assure la consultation de médecine générale dans chaque établissement — une infirmerie centrale — le fonctionnement de l'annexe psychiatrique — des consultations de spécialistes.

Consultations de médecine générale :

- un médecin assure trois vacations par semaine à la maison d'arrêt de Saint-Paul. Il est chargé, pour cet établissement, de l'ordonnance de thérapeutiques et des examens de dépistage des entrants;
- un autre médecin est chargé du dispensaire de soins et des examens des entrants pour les deux autres établissements. Ce même médecin a également la charge de l'infirmerie, unique pour les deux maisons d'arrêt et de correction. Cette infirmerie (241 admissions en 1962) comprend 25 lits en dortoir et 6 lits d'isolement utilisés pour le traitement des malades tuberculeux contagieux : soit prévenus, soit condamnés à de petites peines ou attendant leur transfert en sanatorium pénitentiaire;
- des radioscopiques pulmonaires systématiques de dépistage (50 à 60 par semaine) qui ne sont donc pas assurées par un phthisiologue désigné par l'inspection départementale de la Santé. L'appareil de radioscopie situé dans un local annexe de l'infirmerie est unique pour tous les cabinets médicaux des trois prisons de Lyon.

La multiplicité de ces tâches, eu égard au nombre de vacations, à la surcharge des consultations, notamment à la maison d'arrêt, fait que souvent les examens systématiques des entrants sont obligatoirement réduits

à une simple enquête sur les antécédents pathologiques pour les sujets entrants signalés par le personnel infirmier.

L'annexe psychiatrique — dont le Pr agrégé COLIN vous détaillera le fonctionnement — comprend trois médecins titulaires, un certain nombre d'assistants médecins psychiatres, une psychologue spécialisée. L'admission est toujours prononcée après examen par un des psychiatres attachés à l'annexe.

Les consultations de spécialistes à l'intérieur de la prison sont diverses :

- le dépistage systématique et les soins éventuels de vénéorologie sont assurés une fois par semaine dans chaque prison par un spécialiste qui donne également les consultations de dermatologie demandées par les médecins de médecine générale;
- il n'y a pas de pneumologue attaché aux établissements;
- une consultation d'O.R.L. est assurée régulièrement tous les 15 jours. Le chiffre des consultants varie de 3 à 20 détenus adressés par le dispensaire de soins;
- une consultation d'ophtalmologie est organisée une fois par mois en moyenne en groupant les indications, sauf les urgences assurées sur demande;
- un proctologue est venu quelquefois sur notre demande; une consultation régulière nous paraîtrait utile à créer car il s'agit d'une pathologie relativement fréquente.
- un service dentaire comporte : la consultation d'un dentiste qui traite les malades payants, la consultation d'un élève de l'école dentaire qui assure, sur indication du médecin et après avis du directeur des prison (montant du pécule) les extractions des détenus indigents.

L'harmonisation des rapports entre les divers praticiens et entre les médecins de l'administration est institutionnalisée par des réunions médico-administratives.

Ces réunions ont lieu régulièrement, une fois par mois. Elles rassemblent d'une part le directeur des prisons et les surveillants-chefs des établissements, d'autre part, l'ensemble du personnel clinique : médecins, généralistes et spécialistes, infirmières, assistantes sociales. Elles permettent des échanges sur le fonctionnement du service médical et du service social et sur les incidences médicales de la détention.

LE PERSONNEL INFIRMIER

Ce service comprend :

- une infirmière à mi-temps pour la maison de Montluc;
- trois infirmières, pour la maison d'arrêt (deux) et pour la maison de correction (une attachée également à l'infirmerie). L'une d'entre elles est plus particulièrement affectée au service vénéorologique mais pratique également aux soins généraux.

Il n'y a pas de surveillance médicale à l'infirmerie entre 18 heures et 8 heures 30;

- l'annexe psychiatrique comprend de son côté : une assistante sociale — infirmière qui participe aux thérapeutiques — quatre surveillants infirmiers qui peuvent ainsi assurer une présence continue par roulement.
- nous employons des détenus comme « servants » d'infirmerie; ils aident à assurer une partie bureaucratique du travail (inscription des consultants pour la visite, préparation des fiches, tenue des registres...) et participent à diverses tâches matérielles simples que peuvent leur confier les infirmières.

L'HOSPITALISATION DES DETENUS

Nous adressons des malades à l'hôpital de Fresnes mais assez rarement en fait à cause de l'éloignement et de la longueur des délais d'admission.

Les détenus tuberculeux sont, dès leur condamnation définitive, adressés au sanatorium pénitentiaire de Liancourt. Mais le traitement des tuberculeux prévenus nous pose souvent des problèmes. Leur nombre à l'infirmerie varie de 3 à 8 : ils sont répartis dans les deux ou trois cellules d'isolement dont nous disposons car il s'agit, le plus souvent, de malades contagieux. Les difficultés d'hospitalisation proviennent de ce que le quartier pénitentiaire de l'hôpital général ne comporte pas de lits d'isolement, des réticences de l'administration devant des séjours hospitaliers fatalement prolongés, donc à incidences budgétaires accusées, des réticences des services de police qui doivent assurer une garde continue dans des hôpitaux spécialisés très éloignés car situés en grande banlieue, des réticences enfin des chefs de services hospitaliers pour qui il est toujours difficile d'admettre la présence permanente d'une garde policière à l'intérieur de leur service. Or, du fait de la longueur des instructions judiciaires, il s'agit souvent de garder en milieu d'infirmerie à l'intérieur de la prison, en leur donnant des soins de type hospitalier, des prévenus malades pendant plusieurs mois. Les difficultés psychologiques et les revendications devant lesquelles nous nous trouvons souvent dans de telles conditions sont faciles à imaginer !

Le quartier pénitentiaire dans un hôpital général de la ville ne comporte que 9 lits pour une population pénitentiaire de 750 à 800 détenus. Dans un cadre peu avenant, cette salle commune est placée sous la responsabilité théorique d'un chef de service hospitalier, mais pratiquement sous celle de son interne qui change tous les six mois et n'a pas toujours le goût pour la médecine pénitentiaire. L'hôpital où se situe le quartier pénitentiaire comporte presque toutes les spécialités médicales ou chirurgicales, ce qui est un avantage certain.

Le poste de police chargé de la surveillance des détenus hospitalisés, du convoiement pour toutes les consultations externes et pour les urgences, a son siège à côté de ce quartier pénitentiaire.

Les urgences chirurgicales ou médicales sont hospitalisées dans les

hôpitaux généraux qui possèdent un service d'urgence (après-midi et nuit) mais ce ne sont pas les mêmes que celui où est placé le quartier pénitentiaire hospitalier où les malades sont alors dirigés secondairement après le traitement initial urgent

En matière de visite urgente, il est fait appel à un médecin des prisons, ou, s'il n'est pas libre, à un praticien de la ville. Les difficultés rencontrées en matière d'hospitalisation urgente proviennent du fait que les services de police n'acceptent d'envoyer le convoi nécessaire qu'au vu du certificat médical attestant la nécessité d'hospitalisation urgente, ce qui réclame une série d'aller et retour parfois préjudiciables au malade. Pour les urgences de nuit, l'administration pénitentiaire a recours à une ambulance privée qui se livre à ces trajets multiples : venir chercher le certificat, aller le montrer au policier responsable, ramener l'escorte, emmener le malade...

En dehors des hospitalisations, des extractions sont demandées par les médecins pour diverses consultations de spécialistes. Les délais entre la demande de consultation et cette dernière sont ordinairement de 8 à 15 jours. Il s'agit surtout :

- de demandes d'avis auprès des phthisiologues;
- de soins chirurgicaux (plâtres, indications opératoires...);
- de consultations de gastro-entérologie (y compris surtout la proctologie);
- de soins stomatologiques pour les malades indigents, l'élève de l'école dentaire n'ayant l'autorisation de pratiquer que des extractions;
- surtout des examens radiologiques : pulmonaires, digestifs en particulier, parfois osseux. Une source de difficultés provient du fait que, entre la date de la demande d'examen, la réalisation de celui-ci, le retour des radiographies, il n'est pas rare que s'écoule un délai de quinze jours à trois semaines !

Quant aux soins et traitements ordonnés par le médecin, ils sont, comme partout, inscrits sur un cahier. Après chaque consultation, ce cahier est contrôlé et visé par le directeur des prisons.

La distribution des médicaments est assurée par les infirmières qui vont ainsi deux fois par jour dans les bâtiments de détention à la maison d'arrêt. A la maison de correction, l'infirmière assure la distribution du matin, la seconde est faite à 17 heures par un surveillant attaché au service médical et à la pharmacie. Comme les consignes de sécurité obligent les détenus à absorber sur le champ, devant le distributeur le médicament prescrit, l'horaire d'absorption n'est pas toujours adéquat pour l'efficacité thérapeutique : par exemple, les somnifères sont absorbés à 17 heures !

L'indication médicale des régimes alimentaires est contrôlée par l'administration qui soumet la distribution du régime alimentaire au montant du pécule du détenu, l'administration estimant que c'est au détenu lui-même qu'il appartient de modifier l'ordinaire de la prison, même sur indication médicale, s'il en a la possibilité financière.

L'organisation du Service médical à la Maison centrale de Clairvaux

par le Docteur MASSON

Je dois remercier M. le docteur FULLY du plaisir qu'il me donne en m'offrant de vous parler de Clairvaux.

Une centrale un peu ignorée, située au cœur d'une grande forêt, aux confins de la Bourgogne et de la Champagne. Un hameau de 400 habitants, à plus de 60 km de toute grande agglomération. Ceci donne à Clairvaux un caractère qui lui est propre, le rend très attachant, mais n'est pas toujours pleinement goûté par les fonctionnaires qui y sont nommés et encore moins, et cela est plus étonnant, par les détenus qui y sont transférés.

Je vous parlerai :

- 1° Tout d'abord de nos malades;
- 2° de nos moyens;
- 3° de nos espoirs et de nos souhaits.

Les détenus, nos malades.

Ils sont un peu plus de 500, population très fluctuante, une cinquantaine fixes depuis plusieurs années, le reste renouvelé pour les 2/3, chaque année.

Un fait semble certain, la morbidité y est plus élevée que dans une collectivité autre de même âge; quelques chiffres valables pour l'année 1962 situeront exactement cette morbidité :

Sur 500 sujets :

400 ont reçu des soins une ou plusieurs fois au cours de l'année pour des affections traumatiques ou non.

116 détenus ont présenté des symptômes d'affection organique dûment diagnostiquée et encore n'est-il pas fait état dans cette courte statistique, ni des affections psychiatriques, ni des troubles fonctionnels, ni des traumatismes récents, mutilations, blessures involontaires et accidents du travail de plus en plus fréquents.

Ces 116 malades peuvent être répartis dans les catégories suivantes :

Les malades digestifs :

- 17 ulcères en traitement;
- 5 séquelles de gastrectomie ou d'opération de Dragsted;
- 5 dysenteries amibiennes;
- 2 hernies diaphragmatiques.

Les sujets atteints d'hémorroïdes, côlites, constipation chronique n'ont pas été retenus dans cette statistique, faute de critères suffisants, mais ils sont particulièrement nombreux.

Fait important, près du 1/20^e de nos détenus sont porteurs d'ulcère gastrique.

Les affections rhumatologiques :

- 10 sciatiques, dont 2 paralysantes;
- 7 amputations ou arthrodèses d'une articulation des membres inférieurs;
- de nombreuses arthroses vertébrales;
- 1 affection méniscale radiologiquement diagnostiquée;
- 2 hydarthroses récidivantes;
- de multiples périarthrites.

La syphilis :

- 16 spécificités traitées (1/30^e de la population pénale) dont 2 cas de syphilis nerveuse.

Les affections pulmonaires :

- 12 tuberculoses stabilisées;
- 3 tuberculoses évolutives traitées sur place pendant une période de 1 à 4 mois en attendant un placement sanatorial;
- les asthmes vrais et les asthmes intriqués particulièrement nombreux, parmi lesquels un état de mal asthmatique. Le climat semble devoir être retenu comme circonstance aggravante de l'asthme.

Les affections cardio-vasculaires ne tiennent pas à Clairvaux une place prépondérante :

- 2 coronarites (à noter que l'infarctus du myocarde me semble assez exceptionnel en milieu carcéral);
- 3 artérites dont une maladie de Buerger;
- 4 hypertensions artérielles sévères;
- 1 rétrécissement mitral.

Puis vient la comitialité avec des critères d'organicité plus difficiles à obtenir :

- 9 cas sont retenus.

Les affections cutanées :

- le psoriasis est assez fréquent, 2 cas de grand psoriasis généralisé dont l'un associé à un rhumatisme psoriasique;
- le zona est très fréquent (1 cas par mois environ).

Les otites chroniques : fréquemment réchauffées dans les premières semaines de leur séjour à Clairvaux; l'humidité du climat étant là encore en cause.

Enfin 6 grévistes de la faim ont nécessité une hospitalisation en général fort longue, et 3 un transfert à l'hôpital central.

Voici les malades auxquels nous devons nos soins :

- ulcères gastriques;
- syphilis et tuberculose;
- affections psychiatriques, sont, je pense, les maladies carcérales par excellence. Rhumatismes et asthme sont plus spécialement fréquents à Clairvaux et je pense que le climat ainsi que l'humidité de certains locaux actuels en sont responsables.

Devant ces malades, quel est le personnel et le matériel ?

L'équipe :

- un médecin, seul médecin de la localité et des environs proches;
- depuis peu, deux infirmiers très capables mais peu rôdés au milieu pénitentiaire;
- un pharmacien gérant;
- un chirurgien-dentiste effectuant deux séances de soins par semaine;
- 2 consultants : un psychiatre, médecin chef de l'établissement psychiatrique de Brienne-le-Château et un vénérologue : le docteur LETURQUE, effectuant chacun environ 6 vacations annuelles.

Font défaut actuellement :

- une assistante sociale;
- un embryon de secrétariat médical;
- d'autres consultants, notamment en chirurgie et phtisiologie.

Locaux et matériel :

- 3 pièces à usage d'infirmier;
- 4 salles d'hospitalisation totalisant 18 lits;
- un poste de radioscopie et de radiographie osseuse (puissance maxima : 20 M.A.);
- un petit matériel très restreint;
- un mobilier des plus simples...

Ces divers locaux sont situés à des étages différents, aucun n'occupe le rez-de-chaussée. Ils ne donnent accès à aucune cour ni jardin, interdisant de ce fait toute sortie à certains malades chroniques isolés, notamment pulmonaires.

Enfin une salle de désencombrement serait utile en période d'épidémie ou d'affection saisonnière.

Le mobilier et le petit matériel devraient en être plus importants et permettre des interventions de petite chirurgie sur place, surtout en traumatologie.

En effet, l'aide extérieure à l'établissement, pour importante qu'elle soit, est grevée d'un handicap distance très sérieux : il s'agit essentiellement :

- pour les actes de radiologie autres que ceux mentionnés comme étant effectués sur place, d'un cabinet de radiologie distant de 15 km;
- pour les consultations externes et l'hospitalisation présentant un caractère d'urgence, nous avons recours au Centre hospitalier de Troyes, à 65 km et qui offre à nos malades 4 lits à partager avec ceux de la maison d'arrêt de Troyes.

Il va sans dire que les soins spécialisés (O.R.L., OPH., urologie, etc.) sont réduits par la force des choses.

De plus, les relations avec les services et les médecins hospitaliers s'avèrent très difficiles. Tout contact direct faisant défaut.

Pour les hospitalisations qui ne présentent aucun caractère d'urgence, les établissements hospitaliers pénitentiaires nous ouvrent leurs portes avec parcimonie qui n'est plus à décrire.

Dans de telles conditions beaucoup de malades graves sont traités sur place ainsi que tous les blessés légers.

Avec ces moyens qu'offrons-nous à nos malades :

- théoriquement, 130 vacations annuelles;
- en fait, chaque semaine :
 - une séance de soins, petite chirurgie et radiologie;
 - deux consultations de 2 à 3 heures au cours desquelles, outre 15 à 20 consultants à examiner, il convient d'effectuer un travail de secrétariat et de liaison toujours abondant, la visite des malades hospitalisés, la visite du quartier disciplinaire, ainsi que les examens systématiques : arrivants, punis, grévistes de la faim.

A ce rythme, au cours de l'année 1962 :

- 2972 consultations furent effectuées, dont 171 en dermato-vénérologie et 20 par le psychiatre (chiffre évidemment très insuffisant);
- 257 détenus furent hospitalisés sur place totalisant 2.347 journées d'hospitalisation;
- 42 autres furent hospitalisés à Troyes;
- 20 le furent à Fresnes;
- enfin 3 dans des établissements psychiatriques, notamment à Sarreguemines.

Le médecin de l'établissement assiste aux consultations de vénéréologie et de psychiatrie, la liaison étant établie directement et efficacement dans ces disciplines.

Une séance annuelle de dépistage de la tuberculose (micro-films) remplace, combien insuffisamment une consultation de phthisiologie. Il est à noter que beaucoup de sujets, du fait de la mouvance des effectifs, échappent à cette investigation pourtant indispensable ! Des graphies standard assez nombreuses complètent ces lacunes.

Chaque jour, les soins infirmiers sont prodigués dans la matinée, de 9 h à 11 h, puis, dans l'après-midi, au quartier.

Les distributions de médicaments s'effectuent pour certains toxiques à l'infirmerie, pour la plupart des autres produits, dans les ateliers, matin et soir, sous forme de solution pour certains d'entre eux, notamment les barbituriques. Cette distribution préparée par l'infirmier est effectuée par un surveillant qui, dans la mesure du possible est habitué à cette fonction et s'en acquitte avec soin. Il est à noter que, depuis 7 ans, aucun cas d'intoxication médicamenteuse volontaire n'a été relevée à Clairvaux, si ce n'est une intoxication, d'ailleurs peu grave, par ingestion d'aspirine dérobée en dehors des distributions habituelles de médicaments.

Les soins dentaires sont effectués avec compétence et très régulièrement 2 fois par semaine, dans un cabinet à équipement assez moderne, mais manquant de petit matériel.

En plus des consultations et des soins, on prescrit à Clairvaux des régimes qui ne semblent pas coïncider en quantité et en qualité avec ceux décernés dans d'autres établissements et c'est là un des griefs que beaucoup de détenus formulent à Clairvaux :

- régime n° 1 de suralimentation;
- régime n° 2 pour les gastriques. La viande reste, malgré tous nos efforts, fournie à cette catégorie importante de malades, sous forme de viande hachée plus ou moins digeste;
- régime n° 3 pour les hépatiques, la ration hyperprotidique étant parfois bien difficile à obtenir;
- régime n° 4, régime déchloruré.

Outre ces régimes, il nous est possible de prescrire du repos :

- repos à l'infirmerie, limité par définition;
- repos à l'isolement médical concernant certaines catégories de mentaux notamment;
- repos avec simple arrêt de travail, généralement refusé par les bénéficiaires qui doivent demeurer inactifs dans les ateliers soumis aux bruits et aux odeurs de ces lieux de travail et astreints à l'immobilité.

Un local pour cette catégorie d'oisifs forcés devrait être prévu.

Nous obtenons, pour les soins et les examens, toute l'aide voulue de la direction de l'établissement. Des impératifs budgétaires nous interdisent,

semble-t-il, des dépenses moins indispensables mais très utiles et surtout généralement minimales.

Des réunions régulières commencent depuis peu à permettre un contact entre les autorités responsables, directeur, économiste d'une part et le personnel médical et para-médical d'autre part. Débutées dans une atmosphère de compréhension, nous en attendons des résultats tangibles.

Nous concluons en émettant des vœux :

- tout d'abord nous souhaitons des vacances plus nombreuses, ceci est désormais indispensable;
- L'établissement d'un service social inexistant depuis 2 ans;
- une hospitalisation des malades chirurgicaux et médicaux graves dans un hôpital proche où pourraient aussi être effectuées bon nombre de consultations spécialisées;
- l'unification des régimes et une amélioration qualitative de la nourriture en général, obtenue par une préparation plus soignée de la cuisine et par le respect intégral du cahier des charges imposé à certains fournisseurs;
- les dossiers médicaux devront suivre chaque détenu sans le moindre retard permettant la poursuite sans hiatus de certains traitements majeurs (anticoagulants ou antibiotiques par exemple) évitant de renouveler des examens complémentaires onéreux ou pénibles, un certificat médical détaillé pourrait même être remis au détenu à sa libération;
- enfin les soins d'hygiène et le sport ne semblent pas à Clairvaux pouvoir être pratiqués dans les locaux actuels, nous attendons avec beaucoup d'espoir la fin des travaux entrepris, le sport individuel et même d'équipe sous la direction de moniteurs spécialisés, devrait améliorer très notablement le climat moral d'une maison centrale.

La chirurgie en milieu pénitentiaire pose des problèmes particuliers et nous avons demandé au docteur Jacques PETIT qui dirige avec une compétence et un dévouement sans pareil, les services médicaux des prisons de Fresnes, de nous faire un rapport et de nous exposer ses idées sur le fonctionnement de son service de chirurgie de l'Hôpital Central et sur les problèmes qui s'y posent.

La chirurgie en milieu pénitentiaire

par le Docteur Jacques PETIT

(Médecin-Chef des Prisons de Fresnes)

MONSIEUR LE GARDE DES SCEAUX,

Dans un passé récent, vous avez bien voulu accepter d'inaugurer, à l'hôpital de Fresnes, le bloc opératoire Fernand MASMONTTEIL. Aujourd'hui, en présidant ces premières journées de médecine pénitentiaire, dues à l'initiative de mon collègue et ami, le Docteur FULLY, vous manifestez une nouvelle fois l'intérêt que vous portez au corps médical de l'administration pénitentiaire. Soyez-en très respectueusement remercié. Votre présence parmi nous est tout à la fois un honneur et un encouragement.

MONSIEUR LE PROCUREUR GÉNÉRAL,

Votre courtoisie agissante rend les contacts si faciles que je ne redoute jamais de vous exposer tel ou tel problème épineux. Vous en trouvez toujours la solution heureuse et équitable. Nul doute que ces journées d'études auxquelles vous apportez l'appui de votre haute autorité, soient bénéfiques pour tous.

Je vous remercie, personnellement, de bien vouloir y assister.

MESDAMES,

MESDEMOISELLES,

MESSIEURS,

MES CHERS CONFRÈRES,

S'il est habituel et bien classique de distinguer la chirurgie civile d'une part, la chirurgie militaire d'autre part, j'affirme qu'il n'est point

insensé de réserver une place spéciale à la chirurgie en milieu pénitentiaire.

Notre malade, avec sa pathologie « volontairement déformée » et son comportement si particulier, les conditions d'exercice de notre art où les impératifs administratifs se mêlent aux exigences cliniques, font que la chirurgie pénitentiaire revêt un aspect qui ne se retrouve ni dans les maisons de santé privées, ni dans les hôpitaux militaires.

Mon expérience en la matière est relativement récente (elle ne date que de quatre ans), obligatoirement limitée puisqu'elle se résume à l'activité de mon service à l'Hôpital Central des prisons de Fresnes. J'aurais pourtant aimé enrichir ma documentation en visitant le service de chirurgie des Baumettes que dirige mon confrère marseillais le Docteur FLEURY. Le temps m'a manqué. J'aimerais également découvrir les réalisations de l'étranger en matière de chirurgie des prisons. Ce programme d'avenir ne m'empêchera pas pour autant de rester objectif et de vous dire ce que je fais, ce que je vois, ce que je souhaite.

Le prisonnier malade est un être à part. Quel que soit son âge, du J 3 au vieillard, il n'est trop souvent qu'une épave recherchant, dans l'atmosphère de l'hôpital, un dérivatif à sa vie monotone, une échappatoire à la punition qu'il vient d'encourir pour sa mauvaise conduite. Une fois condamné, il faut bien passer le temps ! Pourquoi ne serait-ce pas à l'hôpital plutôt qu'en détention. Bon gîte, bonne table, sourires compatissants de jeunes infirmières accortes et dévouées, voilà qui change avantageusement de la soupe réglementaire, des cellules surchargées, des éclats de voix monocordes de nos braves surveillants. Certains même de nos clients — les eseroes en particulier — voient dans leur admission à l'hôpital une heureuse façon de solutionner gratuitement le petit problème chirurgical qui empoisonne leurs augustes personnes. Après tout, il n'est pas tellement désagréable de se faire traiter « à l'œil » une timide hernie congénitale que l'on traîne depuis son enfance, d'offrir au stripping une saphène interne incontinent et provocatrice de varices, elles-mêmes vieilles comme le monde, de se débarrasser d'hémorroïdes affligeantes !

Par définition donc, votre interlocuteur est un filou. A filou, filou et demi, et le chirurgien se doit d'agir avec une prudente circonspection, particulièrement en chirurgie d'urgence. A Fresnes, plus que partout ailleurs, l'interprétation des signes physiques prend toute sa valeur. Les signes fonctionnels, comme les signes généraux, peuvent être volontairement trompeurs et tenus comme tels. Il m'arrive encore, et je le reconnais très volontiers, de me laisser abuser, d'ouvrir un ventre qui ne le méritait pas. Ces ventres « bidons » sont monnaie courante chez nous et le scénario est parfois si habilement monté par son auteur, que le pauvre chirurgien, acculé dans ses derniers retranchements, applique l'ultime recommandation héritée de ses Maîtres « Dans le doute, ne jamais s'abstenir, mieux vaut aller voir ».

Nous avons cependant de vrais malades, de grands malades aux conditions physiques très diverses. La maigreur l'emporte sur l'obésité,

et de cette constatation, les chirurgiens se réjouissent. D'une façon générale, la résistance des organismes à l'agression opératoire est excellente. Je reste surpris par la simplicité de nos suites opératoires. Je dirai même qu'à Fresnes les courbes thermiques sont plus régulières, moins élevées qu'en pratique de ville. Nous enregistrons à Fresnes moins d'accidents vasculaires, moins de phlébites et moins d'embolies qu'à ma clinique de Bourg-la-Reine. Les conditions d'asepsie y sont pourtant moins scrupuleusement respectées du seul fait d'allées et venues considérables inhérentes à la surveillance, à la distribution par les services généraux de l'alimentation ou des objets de cantine. Mais alors, quelle explication pouvons-nous donner ? Eh bien ! je crois qu'il y a une différence fondamentale entre le système neuro-végétatif de la mère de famille, du travailleur, ou de l'homme d'affaires, contraints par la maladie à s'arrêter brutalement avec tous les soucis que cela comporte sur le plan social, familial et financier, et celui du prisonnier qui, lui, est momentanément délivré des mêmes soucis. L'origine de nos hospitalisés de Fresnes n'est pas la même que celle de nos hospitalisés de Bourg-la-Reine, l'intensité et la qualité de leur stress ne sont pas superposables. Parlons plutôt d'anxieux en pratique civile, de petits mentaux en pratique pénitentiaire. Les premiers font le lit des accidents thrombotiques beaucoup plus que les seconds. A mes collègues neuro-psychiatres d'infirmier ou de confirmer ce raisonnement. Qu'ils sachent du moins que leur collaboration reste essentielle à mes yeux car, dans notre recrutement chirurgical pénitentiaire, il n'est pas de malade qui ne relève plus ou moins de leur spécialité.

La pathologie carcérale revêt-elle un aspect très spécial dans sa traduction chirurgicale ?

Contrairement aux hôpitaux civils pour lesquels la spécialisation de chaque service s'affirme d'année en année, nous voyons défiler à l'hôpital de Fresnes toute la pathologie externe. Ici, il n'est pas question de se limiter à telle ou telle discipline, cependant nos statistiques font apparaître la nette prédominance de certains prévenus morbides qui constituent en quelque sorte la spécialité de la maison.

Les ulcères gastro-duodénaux sont monnaie courante. Nous les soumettons à des traitements sévères et prolongés, et nos indications opératoires ne sont portées que devant l'apparition de complications ou la certitude d'un échec du traitement médical. Depuis deux ans, et tout particulièrement chez les prisonniers algériens porteurs d'ulcères duodénaux, nous avons abandonné la classique gastrectomie des 2/3 au profit de l'opération de DROYSTEIL : section des deux pneumo gastriques au niveau de l'œsophage abdominal associée à une gastro-entérostomie de dérivation. Nos résultats sont excellents. Ils seront très prochainement rassemblés dans la thèse de notre interne BERTAUD, thèse que notre maître et ami le professeur Lucien LEGER veut bien nous faire l'honneur de présider.

Les corps étrangers du tractus digestif sont pour nos prisonniers le moyen idéal d'empoisonner l'administration... et les chirurgiens. Leur

diversité, la répétition du geste chez un même sujet étonnent et stupéfient le médecin non averti. Grâce aux traitements classiques, nous favorisons la migration de cette véritable foire à la ferraille par les voies naturelles. Les plus volumineux résistent, et nous aussi, je dois le dire, car l'expérience prouve que l'estomac s'accommode fort bien de ces hôtes indésirables; le duodénum est plus réticent. Depuis quelque temps, j'ai pris pour habitude d'exiger de l'aveur, avant que je ne l'opère pour la première ou la n^{me} fois, un engagement sur l'honneur et avec signature (n'est-ce pas un leurre !) qu'en aucun cas je ne réinterviendrai s'il lui prend la fantaisie de récidiver. J'attends les résultats. L'un des intéressés a purement et simplement refusé de signer...

Les hémorroïdaires nous encomrent. Je me réjouis chaque jour de l'excellente collaboration de mon ami le docteur Bourgin, gastro-entérologue du service, qui traite médicalement avec beaucoup de succès les nombreux candidats jusque là tentés par la chirurgie.

Les variqueux sont légion. Beaucoup sont opérés par stripping après ligature de la cuisse de la saphène interne et de ses collatérales. Ils récupèrent vite et complètement.

Bien entendu, les hernies sont notre pain quotidien. Nous restons surpris par la fréquence des hernies de la ligne blanche réputées douloureuses. En pratique civile, le sujet n'y prête guère attention. En détention, il semblerait qu'il ait tout loisir pour procéder à l'inventaire de son anatomie, et cette petite tuméfaction, plus ou moins sensible, l'inquiète à tel point qu'il n'hésite guère à en réclamer la suppression.

Il n'est pas inintéressant de noter que le cancer sévit peu en milieu pénitentiaire, population relativement jeune il est vrai. Certains chercheurs pourraient trouver chez nous un vaste champ d'études pour discuter de l'influence des conditions de milieu sur le développement du cancer chez l'homme, développement basé sur l'évaluation de la cancérogénicité des additifs alimentaires. Les femmes sont proportionnellement plus touchées que les hommes. Ne disposant ni de radium, ni de radiothérapie ou de cobalt-thérapie, nous restons en liaison très étroite avec l'Institut Gustave ROUSSY pour le traitement de nos cancéreux.

Les cas de chirurgie thoracique sont dirigés vers le centre Marie-Lannelongue et opérés par mon ami, le docteur LE BRIGAND qui ne ménage ni son temps ni son talent pour traiter nos malades. Je l'en remercie très cordialement.

Depuis le décès de notre regretté collègue, le docteur TROTOT, les neuro-chirurgicaux sont examinés dans le service par le docteur DALLOZ et, si l'indication opératoire est portée, ils sont évacués vers le service du docteur GUILLOT, neuro-chirurgien de l'hôpital Foch.

Dans l'ensemble, les urgences chirurgicales (appendicites aiguës, hernies étranglées, occlusions intestinales) ne sont pas fréquentes. On peut en dire autant de la grosse traumatologie qui a généralement pour origine une défenestration. Par contre, nous touchons en seconde main de grosses

fractures et de grands blessés thoraco-abdominaux par balles, traités sur le champ à la salle Cuseo de l'Hôtel-Dieu.

Notre recrutement est essentiellement assuré par les trois prisons parisiennes : Fresnes — La Santé et La Roquette qui groupaient, au 1^{er} janvier 1961 : 5 140 détenus hommes et femmes. Nous drainons également tous les cas chirurgicaux en provenance des prisons de la région de Paris (2 332 détenus). Enfin, et pratiquement, nous pouvons dire — sans vouloir froisser en quoi que ce soit nos excellents collègues des Baumettes — que toutes les prisons de France et de Navarre dirigent vers nous la plupart de leurs blessés ou malades chirurgicaux dont l'état ne réclame pas une intervention d'urgence.

Pour répondre à ces besoins, nous disposons d'un bloc opératoire et de cellules d'hospitalisation.

Le bloc opératoire ultra-moderne, inauguré officiellement en juin 1962, fonctionne depuis le 10 avril de cette année. Il a été conçu par mon prédécesseur, le docteur Fernand MASMONTTELL, dont le nom est inscrit au frontispice de cet ouvrage, juste hommage envers cet éminent chirurgien auquel beaucoup de prisonniers doivent la santé et la vie.

Toute la grande chirurgie peut désormais être pratiquée avec le maximum de sécurité et dans des conditions techniques idéales. Ce bloc opératoire constitue un outil de travail remarquable réalisé en grande partie par les services techniques du ministère de la Justice, avec la main-d'œuvre pénale. Les deux salles d'opération, entièrement stérilisables, avec leurs deux salles de réveil, permettent un débit accéléré. Elles sont le cœur même de cet ensemble qui comprend encore :

- une vaste salle de préparation avec la stérilisation automatique;
- un laboratoire de radiologie pour le développement pré-opératoire des clichés;
- une salle de plâtre;
- une salle de pansement;
- de nombreux bureaux;
- et enfin 4 cellules de réanimation dotées d'aspiration par le vide et d'arrivée de fluides.

L'hospitalisation proprement dite se répartit entre les 84 lits d'hommes groupés en 42 cellules et les 30 lits de femmes du pavillon René-Leriche; soit, au total : 114 lits d'hospitalisation. Nous pourrions très facilement augmenter ce chiffre en plaçant trois prisonniers par cellule. Ce n'est absolument pas souhaitable pour de multiples raisons.

Nos statistiques de l'année 1962 font ressortir 272 interventions de grosse chirurgie. Ce chiffre sera nettement dépassé en 1963 maintenant que nous possédons notre nouveau bloc opératoire. Pour ma part, j'ai dispensé 515 consultations.

A la tête de ce service, votre serviteur est efficacement épaulé par un chirurgien-adjoint, mon excellent collègue et ami, le docteur LESUR. Nous

nous partageons les responsabilités et sommes de garde alternativement une semaine sur deux.

- Parmi nos collaborateurs les plus immédiats, je me dois de citer :
- nos deux anesthésistes réanimatrices : Mesdames les docteurs COUINAUD et LESUR;
 - le docteur REMY-NERIS, O.R.L.;
 - le docteur SCHERRER, cardiologue;
 - le docteur DECAUDIN, ophtalmologiste;
 - le docteur BOURGIN, chargé de la gastro-entérologie médicale;
 - le docteur DALLOZ, neurologue;
 - les docteurs DE LA TOUR et PAGANI, radiologiste et radiologiste-adjoint;
 - nos deux internes : MM. ESQUIROL et PHILIPPE;
 - M. VAN STEEN, masseur-kinésithérapeute chargé de la rééducation.
- Le personnel soignant comprend :
- une infirmière-major;
 - quatre infirmières soignantes dont une religieuse;
 - une infirmière panseuse;
 - deux détenus classés garçons de salle d'opération.

PREMIER PROBLÈME

Le personnel

Il va de soi que la marche d'un tel service appelle certaines réflexions :

Il est primordial. Si nos deux internes sont, en nombre, suffisants, il est éminemment souhaitable que leur recrutement soit assuré par concours, et ceci afin d'éviter l'engagement de jeunes gens insuffisamment formés, incapables de solutionner en sécurité les problèmes d'urgence qui leur sont soumis durant leurs gardes. Le docteur LESUR, en étroite liaison avec le docteur FULLY s'est attaqué à ce problème. Il nous laisse espérer, dans un avenir assez proche, le rattachement à l'ancien internat B de la région de Paris, de l'internat des prisons de la région parisienne.

Notre personnel infirmier, dont je me plais à louer la compétence et le dévouement, est en nombre insuffisant. Les exigences de la période post-opératoire sont énormes en chirurgie moderne. Nous n'en sommes plus à la prise de température, à la distribution de tisanes ou de purges, par une fille de salle. Nous demandons à nos infirmières d'être des techniciennes, de manipuler des médicaments efficaces mais dangereux, de surveiller des perfusions, d'apprécier les variations d'une courbe de tension artérielle, de détecter un choc. Il est très beau, très fascinant d'opérer dans un bloc moderne, mais quel rendement, quelle sécurité peut avoir le chirurgien s'il est seul ? Le chirurgien isolé a vécu. Il doit être le chef d'une équipe,

d'une équipe et non d'un squelette, ce qui m'autorise, je pense, à demander la création de trois nouveaux postes :

- deux d'infirmières soignantes;
- un de panseuse.

DEUXIÈME PROBLÈME

Le regroupement ou la création de certaines disciplines chirurgicales et annexes

Il serait logique que la neuro-chirurgie comme la chirurgie thoracique soient réalisées sur place dans le cadre de ce service. Je n'en fais nullement une question de prestige personnel, et c'est à des collaborateurs qualifiés que je confierais la responsabilité de ces deux départements qui, sur le plan financier en adoptant la formule consacrée, reviennent fort chers au Trésor et indisposent plus ou moins les directeurs d'hôpitaux civils qui n'ont pas la vocation de géôliers. En contre partie, il faut bien se persuader que la surveillance de ces opérés, la qualité des soins à leur dispenser nécessitent un personnel infirmier hautement spécialisé. Le jeu en vaut-il la chandelle ? Je me donne quelque temps pour proposer la solution idéale au docteur FULLY.

La radiothérapie profonde, à défaut de cobalthérapie serait d'une utilité certaine et nous supprimerait les transferts onéreux sur Gustave Roussy.

Enfin, je trouverais très souhaitable que l'homme blessé par balle au cours de son arrestation ou par arme blanche au cours d'une rixe, et d'une façon générale que tout individu blessé et en délicatesse avec les services de police soit automatiquement amené en urgence au service de chirurgie de Fresnes. Ce serait en somme la suppression de la salle Cuseo du service du professeur PATEL à l'Hôtel-Dieu. Il nous faudra connaître la position de M. le Directeur de l'Administration pénitentiaire, celle de M. le Préfet de police. A priori, les difficultés à vaincre ne me semblent pas très grandes.

TROISIÈME PROBLÈME

L'articulation du service de chirurgie avec l'administration et avec ses « fournisseurs » c'est-à-dire nos confrères, les médecins de prison

Je rêvais depuis longtemps d'un secrétariat actif qui permette un échange de correspondance rapide et efficace. Après avoir beaucoup pleuré, j'ai obtenu gain de cause, c'est-à-dire la nomination d'une secrétaire sténodactylo qui conjuguera ses efforts avec ceux de mon secrétaire actuel chargé du classement des dossiers.

Je veille très scrupuleusement aux demandes d'admission. Que mes excellents confrères des prisons et maisons d'arrêt de province ne m'en

veillent pas lorsque je leur réclame des précisions cliniques ou radiologiques sur tel ou tel malade.

Les transferts vers la capitale représentent des frais considérables. Il est indispensable qu'ils soient justifiés médicalement et administrativement. Médicalement, rien n'est plus facile qu'une consultation chirurgicale avec le spécialiste du lieu lorsque le diagnostic est hésitant, l'indication opératoire discutable. Administrativement, aussi. Et, dans mon service, il s'agit de détenus proches de leur libération qui espèrent vivre dans le confort de l'hôpital leurs derniers mois de prisonniers, et de rusés qui veulent se faire offrir par l'administration, et donc gratuitement, la cure chirurgicale de telle ou telle petite misère. Il est donc capital que les demandes d'admission soient rédigées avec le maximum de détails. Cette sévérité, dont j'endosse totalement la responsabilité, a pour but essentiel de trier opportunément. Si je n'appliquais pas cette tactique, nous serions très rapidement submergés par les faux chirurgicaux qui sont légions et qui retardent d'autant les admissions justifiées.

L'administration a ses exigences, et c'est bien normal. De date récente, elle réclame chaque quinzaine un état récapitulatif des détenus hospitalisés dans le service. Ce délai est trop court. Il deviendrait raisonnable en adoptant les trois semaines que nous connaissons, en pratique privée, avec les caisses de Sécurité sociale. Faut-il encore que cette mesure ne soit pas une mascarade, c'est-à-dire une signature jetée sur une quelconque fiche, mais une réponse motivée médicalement et adressée au médecin-inspecteur sous pli cacheté respectant le secret professionnel. Nous touchons là l'un des problèmes les plus litigieux de nos rapports avec l'Administration pénitentiaire, et c'est pourtant notre devoir essentiel de faire respecter le secret médical, précisément à l'époque où l'on parle tant de dignité humaine, de respect de la personnalité.

QUATRIÈME PROBLÈME

Le devenir de nos opérés

Un service de chirurgie, fut-ce celui des prisons de Fresnes, est analogue à toute maison de santé chirurgicale. Opératoirement guéri, le client doit quitter les lieux pour faire place aux suivants. Il aborde la période de convalescence qui se déroule soit au domicile du malade, soit en maison spécialisée. Dans le cadre pénitentiaire, rien n'est prévu à cet effet; nous hospitalisons beaucoup trop longtemps nos appendicites ou nos hernies, pour ne citer que ces deux exemples, car nous n'avons qu'une seule voie d'évacuation : la division. J'aimerais que nous puissions regrouper tous ces convalescents en une maison d'arrêt prévue à cet effet et qui accueillerait également tous nos opérés digestifs aux régimes spéciaux, pourquoi pas également nos traumatisés aux longs mois de rééducation.

Tel est, Mesdames, Messieurs, mes chers confrères, le bref tour d'horizon que je m'étais promis d'effectuer avec vous. Il est très incomplet, j'en

conviens. Du moins pourra-t-il servir ultérieurement de base à des échanges d'idées. Sachons gré au docteur FULLY d'avoir organisé ces premières journées médicales pénitentiaires qui ont permis aux médecins et aux magistrats de se mieux connaître. Pour ma part, j'en tire un enseignement certain et je me propose, en tant que responsable des services médico-chirurgicaux de Fresnes, d'apporter certaines modifications à nos habitudes et à nos routines. J'ai le très ferme désir que le service de chirurgie devienne un centre important, à la disposition de nos collègues parisiens et provinciaux. Cette réalisation demande une étroite collaboration. Elle est souhaitable et possible car, suivant la forte expression de Clemenceau, « *La clé de tous les problèmes n'est pas dans la grandeur, mais dans l'harmonie.* »

Les annexes psychiatriques des grandes maisons d'arrêt rendent les plus grands services à l'Administration pénitentiaire et leur fonctionnement pose également des problèmes souvent difficiles aux médecins psychiatres qui en ont la charge.

Le docteur HIVERT, médecin de l'annexe psychiatrique de la M.A. de La Santé, le docteur DESPINOY, médecin de l'annexe psychiatrique de la prison des Baumettes, à Marseille, et le professeur COLIN, médecin de l'annexe psychiatrique des prisons de Lyon ont bien voulu exposer leurs difficultés et leur façon de voir dans des rapports distincts.

Le Service psychiatrique de la Maison d'arrêt de la Santé

par le Docteur HIVERT

Nous relatons ici les résultats des deux premières années de fonctionnement de l'Annexe psychiatrique de la maison d'arrêt de la Santé depuis sa création en janvier 1961.

Cette expérience encore brève s'est déroulée dans des conditions trop imparfaites pour que l'on puisse en tirer des données définitives. Toutefois, il nous a semblé intéressant d'en rapporter un premier bilan pour dégager dès maintenant certains principes directeurs qui doivent orienter notre travail ultérieur.

A travers ce qui a pu paraître quelquefois comme une aventure, nous avons pu redécouvrir les options essentielles qui ont guidé l'évolution historique des problèmes psychiatriques.

Partant de rien, nous avons pris conscience plus nettement des exigences fondamentales que requiert la prise en charge authentique des problèmes de santé mentale d'une population pénale.

Malgré la misère de nos moyens actuels, les résultats positifs déjà obtenus nous ont permis d'être très ambitieux dans l'avenir sur les objectifs que nous devons nous fixer et sur les moyens nécessaires à leur réussite.

OBJECTIFS FONDAMENTAUX DU SERVICE PSYCHIATRIQUE.

/ Les tâches qui incombent au service psychiatrique s'orientent autour de deux pôles./

Tout d'abord, une tâche non spécifique qui est celle d'assumer toutes les responsabilités concernant l'hygiène mentale de la population pénale. Responsabilités qui comprennent les temps indissociables de pré-cure et postcure. Elles englobent donc les stades de prévention, de dépistage, d'observation, de traitement et de réadaptation. / + cela = l'ensemble de l'act

Pour satisfaire cet objectif, le service doit s'appuyer sur un équipement hautement qualifié, nullement inférieur à celui dont on dispose en milieu normal, mais au contraire très spécialisé en raison des exigences toutes particulières que soulèvent les conditions de travail en milieu pénitentiaire. / Non des mêmes conditions normales -

Nous en rappelons quelques-unes :

1° L'existence d'une surpopulation pénale. L'effectif de base de la maison d'arrêt de la Santé oscille autour de 3.500 détenus, avec des chiffres de pointe voisins de 4.000, à certaines périodes. La présence de 6 à 7 détenus par cellule crée une promiscuité très pathogène et une situation favorable à la « contamination délinquante ». De plus la rapidité de rotation des détenus (30 à 50 entrées par jour) aboutit à un volume réel de sujets en charge que l'on peut situer autour de 15.000 par an. C'est sur cette base que l'on doit estimer nos besoins réels en équipement. /

2° Cette population est particulièrement fragile au point de vue mental. Elle est sensibilisée au fait psycho-pathologique, parce que déjà constituée au départ d'inadaptés, de petits caractériels, de névropathes, de sociopathes et même de vrais psychopathes. /

3° Les conditions de vie de la prison réalisent presque expérimentalement une situation stressante contre la personnalité et favorisent sa décompensation lorsque son équilibre est précaire. Nous pensons particulièrement à ceux pour qui la prison est la première expérience, survenant souvent après un délit mineur et parfois occasionnel. Ces détenus vont se trouver brutalement plongés en milieu carcéral : privés de leur liberté, soumis à la contrainte de l'entourage, humiliés jusque dans l'intimité de leur personne, assujettis à la promiscuité d'une population encore étrangère. /

Toutes ces raisons nous expliquent la forte morbidité psychologique en milieu maison d'arrêt et donnent une idée de l'importance de la tâche qui incombe à un service d'hygiène mentale et qui dépasse de loin celle d'un service de secteur. /

En dehors de cette tâche générale, le service psychiatrique a un rôle spécifique à jouer dans l'étude des problèmes de criminologie clinique (observation et traitement du délinquant). L'intérêt de cette recherche est ici de tout premier ordre. Nous avons à faire le plus souvent à des délinquants

primaires, frappés de courtes peines, pour lesquels la maison d'arrêt risque de devenir le chemin de la récidive et l'antichambre de longues peines. Il est donc capital d'apporter à ce niveau le maximum de moyens pour réadapter le délinquant en liaison avec le milieu ouvert. On remarquera que l'on a tendance jusqu'à maintenant à ne se pencher que sur les peines les plus graves et de négliger l'entrée dans la délinquance, peut-être parce que le nombre et le manque de temps laissaient peu de possibilités d'agir.

Le stade de la maison d'arrêt apparaît pourtant en fait comme le moment le plus fécond pour une action curative.

EQUIPEMENT ACTUEL DU SERVICE.

LES LOCAUX

Le service est implanté à l'extrémité d'une division proche du secteur qui reçoit les entrants. Nous disposons là de locaux refaits à neuf, clairs, très corrects, bien équipés, mais insuffisants par le nombre.

Au départ, il avait été prévu 12 lits, capacité que nous avons pu, grâce à l'obligeance de l'administration locale porter à 26, ce chiffre reste encore ridiculement insuffisant en regard de nos besoins.

Chaque détenu admis dans le service, dispose pour lui d'une cellule. Elles sont réparties sur deux niveaux : au rez-de-chaussée, 12 cellules, dont 4 de sécurité, au premier étage, 14 cellules. Ceci permet une ébauche de sélection des malades : ceux requérant le plus de soins et de surveillance médicale sont admis au rez-de-chaussée, et les autres qui échappent d'ailleurs en partie au contrôle du personnel infirmier, peuvent séjourner au premier étage.

L'équipement est complété par un cabinet médical, une salle de soins, un bureau d'infirmiers et le sanitaire nécessaire (douches).

Ceci fait immédiatement ressortir :

- 1° L'insuffisance du nombre de lits dont nous disposons en regard du volume de la population en charge;
- 2° La difficulté de différencier au sein du service des secteurs de niveau d'adaptation différents ainsi que le nécessite l'évolution du malade au cours de son traitement;
- 3° L'absence de locaux communs permettant des activités de groupe de types divers.

LE PERSONNEL

L'équipe de travail ne comprend encore qu'un médecin et 5 infirmiers.

Il n'est prévu pour le médecin qu'une vacation hebdomadaire. Dans la pratique le simple abord des problèmes les plus urgents demande en fait sa présence plusieurs fois par semaine.

L'armature de base repose sur 5 surveillants « convertis » en infirmiers, qui fonctionnent par équipes de 2 dans la journée. Ils ont été recrutés sur volontariat après un stage de formation accélérée en milieu hospitalier psychiatrique et poursuivent actuellement leur promotion par une formation « sur le tas » encore insuffisante.

Nous tenons à souligner le dévouement et l'intérêt porté par ce personnel à sa tâche, malgré l'indifférence ou l'hostilité même de certains de leurs collègues. Il a su tirer de son expérience une meilleure compréhension des conduites du détenu et reconvertir profondément son attitude malgré un long conditionnement pénitentiaire.

Ceci permet de penser que le service médico-psychologique pourrait participer à la formation active du personnel de surveillance, par l'organisation de stages périodiques avec séances de travail en groupe.

L'ACTIVITE DU SERVICE PSYCHIATRIQUE.

Le service a donc en charge annuellement une population réelle de plus de 15.000 détenus, chiffre auquel il faut ajouter un certain nombre venus des prisons de la région parisienne à la demande des autorités administratives ou des services médicaux.

Le service fonctionne en fait comme un véritable Centre psychiatrique régional.

Notre action s'exerce par 2 moyens :

- la consultation;
- l'hospitalisation.

LES CONSULTATIONS

Nous avons pu assurer, en 1961, 234 examens; en 1962, 429 examens.

Ce nombre a donc presque doublé en un an alors que le nombre des malades pris en charge a peu évolué : 205 en 1961; 289 en 1962.

Ceci s'explique parce que notre pouvoir d'absorption s'est trouvé vite saturé et que nous avons dû réserver nos soins aux cas déjà pris en charge.

Ces consultations régulières ne permettent d'effectuer qu'un dépistage grossier : dans l'état actuel de notre équipement il ne peut être systématique, mais uniquement déclenché sur demande.

Les signalements émanent des différents services de la prison et même quelquefois de l'extérieur (famille, avocat...). L'évolution des sources et des motifs de ces signalements montre la place que tend à prendre le service psychiatrique et son acceptation par la collectivité.

Ces signalements proviennent de l'autorité administrative ou judiciaire, du service médico-social, des détenus eux-mêmes, de son entourage, ou du service lui-même pour contrôle thérapeutique.

Au cours de la première année, ils sont venus pour :

- 40 % de l'autorité administrative;
- 30 % des services médico-sociaux;
- 15 % des détenus eux-mêmes.

Au cours de la seconde année on observe une stabilisation en valeur absolue des signalements demandés par l'administration; par contre, ceux déclenchés par le service médico-social ont plus que doublé et ceux demandés par les intéressés ont subi la même évolution.

Nous observons donc une orientation plus médicale donnée aux signalements. En effet ceux-ci étaient le plus souvent déclenchés pour des motifs disciplinaires : on fait appel au psychiatre plutôt que d'avoir recours aux sanctions. Cette perspective nouvelle permet souvent de dédramatiser les situations et de dissoudre certaines charges agressives.

Nous devons noter les conditions techniques particulièrement anormales de notre travail en maison d'arrêt à cause de la pénurie des informations dont nous disposons au moment de l'examen. Trop souvent les renseignements fournis par les rapports, peut-être valables pour motiver une sanction, ne nous éclairent pas sur le comportement du détenu. Nous avançons à tâtons dans un complet isolement, ignorant pendant la phase de l'instruction, tout du contexte bio-social et du détail des faits retenus contre le prévenu.

Le diagnostic s'échafaude sur des hypothèses, des intuitions, nous ne disposons que d'un mandat de dépôt, d'un visage, des propos du détenu.

Peut-on penser qu'un psychiatre ainsi « parachuté » puisse valablement travailler ?...

L'HOSPITALISATION

Le service d'hospitalisation a reçu en 1961, 92 malades; en 1962, 104 malades.

La durée moyenne de séjour s'est située autour de 2 mois.

Cette durée a été plus élevée au cours de la deuxième année en raison des difficultés à trouver des modalités de sortie compatibles avec le niveau d'adaptation du malade, isolement en particulier. Ainsi nous avons dû garder l'un d'eux pendant près de 2 ans.

Pendant l'hospitalisation les possibilités thérapeutiques restent assez larges malgré notre sous-équipement. La plupart des traitements biologiques peuvent y être appliqués sous le contrôle des infirmiers à l'exception de quelques techniques (électrochocs, insulinothérapie) devenues moins importantes avec la chimiothérapie.

L'action psychothérapique n'a pu se réaliser qu'au cours d'entretiens souvent trop brefs.

Les conditions de la détention paraissent un obstacle à la réalisation de psychothérapie en profondeur.

Par contre les activités de groupe représentent un mode d'abord thérapeutique particulièrement efficace. Dans ce cadre nous avons pu organiser un service d'ergothérapie, malheureusement implanté dans le hall central desservant les cellules, au milieu du service. Nous envisagerons la possibilité de l'installer dans un local spécial.

Enfin, nous étudions la possibilité d'appliquer la « group-thérapie » tant aux malades qu'aux délinquants en général.

QUELQUES ASPECTS PSYCHO-PATHOLOGIQUES.

L'étude des 500 premiers cas examinés met en valeur un certain nombre de notions.

1° La gamme des malades que nous pouvons rencontrer en prison est en principe aussi variée que celle vue en secteur d'hygiène mentale habituel. Elle va du simple trouble d'inadaptation aux psychoses les plus profondes.

2° Dans cette population dans laquelle l'avis du psychiatre est sollicitée, il existe une forte saturation en troubles psycho-pathologiques « marginaux », les états psychotiques graves y paraissent relativement moins fréquents, encore qu'un dépistage systématique nous révélerait la présence d'authentiques psychopathes ignorés parmi les prévenus jugés en flagrant délit.

Nous nous trouvons surtout devant des troubles dits « réactionnels » : manifestations caractérielles, épisodes névropathiques, troubles psychosomatiques, psychoses brèves et réversibles...

3° La dynamique de la maladie mentale dans les conditions originales et spécifiques de la vie carcérale fait subir un remodelage à la symptomatologie, des éléments nouveaux interviennent (opposition, utilisation du trouble).

4° Une destinée nouvelle est donnée au trouble mental par son accessibilité aux thérapeutiques biologiques. Ces moyens font éclater les cadres rigides dans lesquels on voudrait enfermer le malade, dans cette alternative « il est fou ou il n'est pas fou ». Le grand désordre mental, « l'aliénation » quitte sa position magique et terrifiante pour devenir une maladie comme les autres en perpétuel mouvement.

La notion de responsabilité ou d'irresponsabilité devient très théorique. L'aliéné conserve presque toujours, hormis les vrais déments, suffisamment de liberté pour que ses actes l'engagent en tout ou en partie.

Il faut dépasser cet aspect du problème pour rechercher les méthodes

les plus adéquates au traitement du délinquant. Cet homme en rupture avec la société doit être réconcilié avec les autres et souvent avec lui-même.

5° Enfin nous avons pu vérifier l'importance du contingent d'alcooliques pour lesquels le brutal sevrage de la prison est souvent l'occasion d'accidents de décompensation. L'abord thérapeutique de ces buveurs réclame un équipement spécialisé et différencié au sein du service.

Enfin 2 chiffres permettent de situer déjà nos possibilités d'action, ce sont ceux des malades que nous n'avons pu traiter dans le service et qui ont dû être dirigés sur l'infirmerie psychiatrique aux fins d'un internement.

Sur l'ensemble des malades examinés en 1961, 9 (soit environ 4,5 %); en 1962, 8 (soit moins de 3 %) ont été internés dans les hôpitaux psychiatriques.

Il n'est pas douteux que si l'équipement médical du service était plus poussé, nous serions en mesure d'utiliser pleinement les moyens thérapeutiques existants et de réduire encore le nombre des malades à interner.

RELATIONS AVEC LES AUTRES SERVICES.

Pour que notre action soit efficace, nous avons recherché toutes les occasions de prendre contact avec les autres secteurs du milieu pénitentiaire.

I. — L'ADMINISTRATION

A l'échelon le plus élevé, chaque fois que cela a été nécessaire, nous avons pu rencontrer tant auprès des autorités centrales que régionales, une compréhension de nos problèmes; nous tenons ici à leur rendre hommage.

Une mention particulière doit être adressée au docteur FULLY, médecin inspecteur général, qui a su être l'interprète éclairé de nos besoins auprès de l'autorité administrative; nous nous permettons de le remercier de sa confiance.

C'est à l'échelon local que notre dialogue avec l'administration a été le plus constant, le plus utile et le plus fructueux. Rien n'aurait pu être réalisé sans une collaboration étroite avec la direction, animée par son directeur M. BRIN. Celui-ci nous a toujours apporté avec gentillesse une aide efficace pour résoudre nos problèmes. Nous lui réservons un témoignage sincère de notre gratitude.

Cet esprit de coopération ne s'est jamais démenti dans le dialogue médico-administratif. Il est appelé à trouver dans l'avenir, un cadre organique.

Nos relations avec le personnel de surveillance sont souvent épisodiques, elles ne s'établissent pas d'une façon systématique et nous le regrettons.

C'est surtout à l'échelon de nos surveillants infirmiers que se nouent les relations avec leurs collègues. Celles-ci ont soulevé dès le départ des difficultés inhérentes à la situation particulière faite aux surveillants affectés dans le service psychiatrique. Ils ont ainsi partagé les préjugés habituels à l'égard du fait mental.

Historiquement il n'est peut-être pas indifférent que cet affrontement ait existé, car il leur a permis de mieux prendre conscience de leur raison d'être et d'établir entre eux une certaine cohésion.

Toutefois il est souhaitable que dans l'avenir nous dépassions rapidement ce stade pour voir tout le personnel de surveillance concerné par les problèmes d'hygiène mentale posés en détention.

2. — LE SERVICE MÉDICAL

Nos relations avec le médecin généraliste ont toujours été fonctionnellement étroites et sans heurts. Le service psychiatrique a été d'emblée accepté dans l'équipe médicale au même titre qu'un quelconque service spécialisé. Seule l'insuffisance de notre équipement n'a pas permis de jouer pleinement notre rôle de responsable d'hygiène mentale. Nos relations sont encore trop souvent épistolaires, sans contact direct.

Les internes du service de médecine générale ont toujours assuré avec efficacité leur rôle de médecin de garde, ce qui nous a grandement aidé dans la surveillance des malades en traitement.

Nous avons pu bénéficier de l'équipement spécialisé de l'hôpital central de Fresnes pour tous nos examens spéciaux. *a l'heure EGA. +*

Seul l'E.E.G. soulève dans la pratique quelques difficultés. Cet examen fait partie des investigations de base systématiques et du contrôle de certains traitements. L'éloignement nous rend tributaire des transports. Le temps est trop grand entre la demande et le résultat. Nos besoins dans ce domaine justifieraient la présence d'un appareil d'E.E.G. à la maison d'arrêt.

3. — LE SERVICE SOCIAL

En dépit d'un désir commun et d'une nécessité fonctionnelle, nos relations n'ont jamais pu s'établir en profondeur. Le manque de temps n'a pas permis d'établir des liens réguliers entre le service psychiatrique et le service social.

Il est très vite apparu que les exigences dépassaient les possibilités que pouvait lui apporter ce service, déjà submergé par ses propres tâches. Cela fait ressortir de façon très nette la nécessité de posséder dans l'équipe médico-psychologique un service social spécialisé et autonome articulé avec celui de l'établissement. *7*

4. — LES MÉDECINS EXPERTS

Les rapports avec les médecins experts sont plutôt inexistantes. Le psychiatre de prison et l'expert n'ont pas pris l'habitude de dialoguer.

L'expert est encore peu familiarisé avec les possibilités que pourrait lui offrir un véritable centre médico-psychologique et social dans l'étude de la personnalité du détenu. Les conditions d'observation dans ce service seraient pourtant meilleures que celles d'un examen instantané, puisque étalées dans le temps.

5. — LE MILIEU EXTÉRIEUR

Enfin, pour terminer, il faut signaler nos contacts avec le milieu extérieur, particulièrement avec les services d'hygiène mentale. Peu encore connu de ces services, le service psychiatrique de la Santé tente d'établir une liaison systématique à la sortie du délinquant pour assurer la post-cure.

REALISATIONS SOUHAITABLES POUR L'AVENIR.

A la lumière de notre courte expérience, nous allons tenter de dégager quelques principes directeurs qui doivent guider notre tâche future.

Il paraît préférable de pousser au maximum de ses possibilités l'équipement technique d'un service existant pouvant remplir ses fonctions à l'échelon régional.

Ce service doit devenir :

- un centre d'hygiène mentale complet, grâce à son équipe médico-psychologique et social;
- un centre de criminologie clinique articulé avec la Chaire de médecine légale, orienté vers la recherche et l'enseignement.

L'EQUIPEMENT MATERIEL.

Le service devra disposer d'un nombre de lits suffisant (75 à 100) au regard de la population en charge et compte tenu de la morbidité particulière du milieu pénitentiaire.

On pourra différencier des unités de soins qui correspondront à des niveaux d'adaptabilité différents et destinées à des fonctions distinctes.

Chaque unité aura une capacité maxima de 25 lits.

Le service comprendra, en dehors des cabinets médicaux, des salles de soins et un secrétariat, tous les locaux nécessaires à l'application de méthodes thérapeutiques particulières (atelier d'ergothérapie, salles de relaxation, de group-thérapie, de gymnastique rythmique, etc.) des laboratoires d'E.E.G., de psychologie clinique et d'anthropologie, etc.

L'EQUIPEMENT EN PERSONNEL.

L'équipe médico-psycho-sociale sera l'élément de base de toute l'activité du service. Elle doit avoir ce double caractère d'unité fonctionnelle et de polymorphisme dans sa composition.

Elle bénéficiera d'une formation psychiatrique orientée vers les problèmes criminologiques.

Elle assurera une permanence médicale pour réaliser la continuité thérapeutique.

Autour du chef de service, un ou plusieurs médecins-adjoints animeront et coordonneront le travail de l'équipe. Des médecins attachés seront chargés de tâches particulières (recherches ou thérapeutiques).

Un service social spécialisé établira la liaison indispensable avec le milieu social extérieur.

Le personnel infirmier devra acquérir une formation spécialisée d'un niveau équivalent à celui des infirmiers des hôpitaux psychiatriques, sous la direction d'un infirmier chef qualifié et expérimenté. On comptera un infirmier pour dix malades par équipe, avec un effectif complémentaire du 1/3 pour satisfaire au repos hebdomadaire et aux congés annuels.

Un assistant de psychologie clinique, averti des problèmes psycho-pathologiques et criminologiques, coopérera avec les médecins à la mise en œuvre des techniques d'investigation de la personnalité.

Enfin un secrétariat médical aidera à la tenue des dossiers, à l'exploitation des enquêtes, à la correspondance administrative et médico-sociale etc.

CENTRES D'ACTIVITE A DEVELOPPER.

Les tâches essentielles du service médico-psychologique et social seront :

1° La mise en place d'un organisme de dépistage systématique de tous les entrants pour déceler les sujets justiciables de mesures thérapeutiques et pour recueillir des données utiles à la recherche. La maison d'arrêt est le lieu de choix pour l'approche de certains thèmes (courtes peines, flagrants délits, jeunes adultes, récidives).

2° Le développement de toutes les thérapeutiques biologiques, la mise en place d'autres techniques psychiatriques (psychothérapie individuelle, group-thérapie, etc.), et l'organisation de l'ergothérapie dans des conditions de plus en plus proches du milieu réel auquel le sujet devra s'adapter.

3° Le rôle à jouer dans les relations humaines à tous les niveaux. Elle sera prête à animer toute recherche pour faciliter ces relations et réduire les tensions à l'intérieur du groupe et entre les groupes. Elle s'efforcera d'harmoniser ses rapports avec le reste du service médical, de maintenir le dialogue médico-administratif, d'établir sur un mode nouveau la relation surveillant détenu. Loin de « psychiatiser » tous les problèmes, l'équipe deviendra la conseillère disponible et capable d'apporter sa compétence technique dans le domaine des relations inter-humaines.

4° Son action dépassera le cadre de la détention. L'isolement pénitentiaire stériliserait vite son travail. Pour maintenir la qualité de son œuvre, elle devra bénéficier de l'apport d'autres disciplines.

Ce service ne peut vivre sur lui-même mais doit devenir le carrefour de rencontres nécessaires à la pratique de la criminologie clinique où viendront travailler non seulement des psychiatres criminologues mais encore des médecins légistes, des psychologues et des juristes.

Il faut d'abord réaliser fonctionnellement puis plus tard organiquement des articulations avec les milieux intéressés hors de la prison :

- avec les hôpitaux psychiatriques, en intéressant de jeunes internes, futurs psychiatres, au fait criminologique;
- avec la Chaire de médecine légale, en offrant un matériel et l'équipement pour la recherche, en donnant aux élèves du diplôme un moyen de formation criminologique théorique et pratique;
- avec la Chaire de psychologie clinique en apportant un champ de recherche et un moyen de formation de praticiens et d'éducateurs;
- avec la Faculté de droit, le service offrirait aux juristes une expérience clinique qui faciliterait le dialogue médico-judiciaire.

Ainsi l'annexe psychiatrique, devenue un lieu de rencontre de chercheurs et de thérapeutes, fera place à ce Centre médico-psychologique et social ou Centre de criminologie clinique.

Réflexions à propos de l'activité du Centre d'observation psychiatrique des Baumettes

par le Docteur M. DESPINOY

Nous ne présentons pas ici une étude détaillée du fonctionnement de l'annexe psychiatrique des Baumettes. Nous nous proposons simplement d'en indiquer les caractéristiques principales en évoquant les difficultés rencontrées et en recherchant quelles améliorations pourraient être envisagées dans le cadre des institutions actuelles.

Rappelons que le centre des Baumettes a été créé il y a douze ans et qu'il permet de placer 14 détenus. Le personnel de surveillance est constitué par deux surveillants travaillant en équipe le jour. Il n'y a pas de surveillant spécialement détaché la nuit, mais les rondes y sont faites avec un soin particulier. Une infirmière diplômée d'Etat est chargée de ce centre depuis plusieurs années. Deux vacations par semaine sont prévues pour les consultations de psychiatrie, mais une seule de ces vacations est assurée actuellement.

Le centre fonctionne comme un service de détection des détenus présentant des troubles psycho-pathologiques et comme service d'hospitalisation.

LES CONSULTATIONS A L'ENTREE

Il n'est malheureusement pas possible au psychiatre de voir chaque détenu à son arrivée.

La sélection est assurée dans un premier temps grâce à l'infirmière qui établit des fiches médico-psychologiques en principe pour tous les nouveaux détenus. Il faut souligner l'énorme travail ainsi accompli par cette employée qui possède heureusement de sérieuses qualités de bon sens, de la perspicacité et de l'expérience. Sur plus de 2 000 sujets étudiés chaque année, elle doit mettre de côté, pour examen par le médecin, les cas lui paraissant nécessiter une étude particulière. Environ 250 détenus nouveaux sont ainsi examinés par le psychiatre chaque année.

Même au cours d'un examen en somme assez superficiel, puisqu'il ne s'appuie que sur très peu d'éléments objectifs d'appréciation du comportement, il est très rare que les détenus ainsi présentés nous apparaissent

exempts de troubles. Nous ne ferons pas ici une analyse des affections psychiques plus fréquemment rencontrées.

Ils posent le problème général des relations entre les délinquances et les anomalies psychiques.

Les névrosés, les troubles caractériels, les épileptiques sont soumis à un traitement dès leur arrivée.

Des placements au centre sont décidés en présence de troubles graves, psychose caractérisée par exemple.

CONSULTATIONS APRES L'ENTREE

Il est banal de signaler que l'incarcération entraîne toujours des troubles d'adaptation même chez des sujets normaux. Chez les sujets névrosés ou ayant des troubles caractériels, les réactions psycho-pathologiques sont généralement mises à jour par l'incarcération. Si on excepte les psychoses caractérisées dont l'évolution est généralement antérieure à l'entrée, la majorité des troubles psychiques pourrait donc être qualifiée de réactionnelle malgré toutes les réserves que ce terme peut susciter au point de vue théorique.

On apprécie de plus en plus l'importance de l'action du milieu de vie sur le psychisme, et les maisons d'arrêt constituent un ensemble strictement fermé dont l'action est particulièrement importante et, on doit le dire, pathogène.

Je ne voudrais citer ici qu'un problème, celui des relations du détenu.

Ces relations sont rétrécies. Les contacts humains sont limités aux codétenus et aux gardiens, ils sont imposés et non choisis librement comme dans une partie de la vie normale. Ces relations deviennent d'autant plus actives sur le psychisme qu'elles sont plus rares.

De toute façon, un tel rétrécissement menace l'intégrité psychique. Il serait donc nécessaire pour éviter des troubles, corriger des réactions inquiétantes, d'agir sur le milieu, de modifier ces rares mais hautement significatives relations.

Mais ici on se heurte à la structure même de la prison, placée sous le signe de la discipline, de la peine, de la rigidité « exemplaire ».

Dans ce milieu, les troubles présentés sont généralement interprétés comme des fautes susceptibles de sanctions. Le choix de la présentation des détenus en consultation se fait donc sur des critères de différence entre des fautes de conduite, des indisciplines et des troubles, et ce choix est fait essentiellement par des gardiens qui sont eux-mêmes impliqués dans la genèse des réactions psychiques.

Dans un tel réseau on peut agir en consultation sur l'intensité des réactions passagères en donnant des tranquillisants. On ne modifie pas la situation. On ne modifie pas une attitude d'un gardien, on ne modifie pas le milieu pénitentiaire, on ne modifie le sujet (ici très bien nommé).

THERAPEUTIQUES APPLIQUEES EN DETENTION

L'application régulière des neuroleptiques pose des problèmes nouveaux à l'administration pénitentiaire. En effet, il s'agit de traitements de longue durée qui représentent par conséquent une masse considérable de médicaments à distribuer. Cette servitude inhabituelle entraîne des difficultés et actuellement ce sont les surveillants du centre d'observation qui consacrent plus de deux heures par jour à cette distribution.

Des cures à l'antabuse avaient été organisées par le docteur MERLAN au début de la création du centre et nous les avons poursuivies ainsi que le docteur BAUDRY. Cependant, comme la surveillance que nous exerçons sur les cures n'est pas immédiate, les doses prescrites sont très faibles et d'une façon générale les conditions d'application de ces traitements sont très peu satisfaisantes. Il faut ajouter que cette cure est considérée par certains détenus comme un moyen pour donner une impression favorable.

LES PLACEMENTS AU CENTRE

Les détenus placés au centre d'observation ont généralement des troubles psychopathiques plus manifestes à l'exception de ceux qui y attendent des expertises.

La structure architecturale du centre est identique à celle des autres locaux de détention, cependant, on dispose d'un dortoir de 5 lits, obtenu en abattant les cloisons de cellules contiguës. Les malades sont sortis en promenades deux fois par jour pendant une heure. Aucun travail n'est en principe autorisé au centre d'observation.

Le paradoxe de ce centre c'est qu'avec cette même structure architecturale que le reste de la prison, à peu près le même personnel, il exerce une action radicalement différente sur le détenu. Sa vie se passe encore en cellule, le temps de promenade est comparable. Mais est modifié le type de relations gardiens détenus. La perspective de la discipline n'est plus dominante, un élément plus souple, plus humain est admis dans les relations et cela suffit pour modifier le cours des réactions pathogènes. On peut dire que l'univers de la sanction s'arrête à la porte du centre d'observation et ce petit îlot est un monde à part. Cette atténuation suffit à lui donner, par contraste une valeur thérapeutique.

Pourtant, quand il s'agit de réactions psychotiques vraies, apparaissent toutes les imperfections d'un centre qui n'a d'observation que le mot — à moins que le judas ne soit un mode d'observation. L'absence de lieu de réunion et de travail est un obstacle considérable à une véritable analyse des comportements pathologiques — indispensable pour détecter d'éventuelles sursimulations par exemple. De plus notre activité thérapeutique s'en trouve considérablement réduite.

Nous nous efforçons, cependant, de traiter des malades rapidement et nous évitons ainsi de nombreux internements. Il convient, à ce propos, de distinguer les problèmes posés par les prévenus et par les condamnés.

Quand un prévenu n'a pas encore fait l'objet d'une expertise on peut éprouver quelques scrupules à modifier rapidement un tableau clinique précieux pour l'expert et dont la constatation peut avoir des conséquences importantes pour l'appréciation des responsabilités. L'attitude d'abstention thérapeutique paraît cependant difficilement défendable. Pour ces malades, une tenue précise des observations du comportement est nécessaire et une liaison entre l'expert et le médecin du centre devrait être assurée.

Qu'un détenu soit condamné ou prévenu, il soulève parfois un point de droit difficile, quand il refuse l'application d'un traitement psychiatrique. Le délirant halluciné, l'impulsif ou le déprimé avec tendance au suicide, refusent parfois énergiquement un traitement. Par ailleurs, ces psychoses, qui sont quelquefois saisies à leur début, sont susceptibles de céder rapidement à un traitement intense. Il est regrettable de devoir faire appel à des internements qui pourraient être évités si les traitements psychiatriques pouvaient être considérés comme des mesures d'urgence (même si elles doivent être prolongées) et si on était autorisé à les appliquer malgré l'absence de consentement du sujet. Des précautions particulières pourraient être prises au préalable : certificat adressé à l'administration par deux médecins par exemple. Une telle suggestion avait été faite à une précédente réunion et mériterait peut-être une étude particulière.

LES AMELIORATIONS SOUHAITABLES

Après avoir ainsi rapidement indiqué les grandes lignes du fonctionnement du centre des Baumettes et quelques problèmes que la pratique soulève, nous voudrions indiquer quelles transformations paraissent souhaitables.

La capacité même du centre devrait être augmentée. Une unité de 30 lits ou deux unités de 15 lits permettraient d'éviter bien des difficultés dans les locaux de détention. Les traitements pourraient être appliqués d'une façon plus intensive à des malades qui pourraient être momentanément placés au centre au début de la thérapeutique.

La structure même du centre d'observation doit être reconsidérée. Il conviendrait de disposer de deux dortoirs de 4 lits pour un groupe de 15 malades. L'architecture de type cellulaire paraît inévitable d'autant plus qu'il ne serait pas sans danger d'améliorer trop considérablement les conditions de vie par rapport à ce qui existe en détention, mais on doit prévoir l'existence d'une salle de réunion et de travail.

Il est surtout important de considérer qu'un centre d'observation, pour mériter son nom, devrait entraîner d'autres types de relations entre les gardiens et les malades que ceux qui peuvent s'établir à travers un judas ou pendant les transferts de la cellule à la cour. Il n'est pas possible d'envisager cependant de placer des détenus malades dans une sorte de salle commune sans occupation et d'ailleurs, cette disposition représenterait un médiocre progrès ou plutôt une source de conflits. Cette question

soulève le problème de l'organisation du travail dans le centre d'observation. Le travail représente le meilleur prétexte pour observer des comportements tout en constituant une véritable thérapeutique. On pourrait soulever le problème plus général de l'utilisation du travail dans une maison d'arrêt, mais ceci est hors de notre propos et passablement utopique. Mais dans la mesure où le centre d'observation est un « isolat » au sens sociologique du terme, il est possible d'y introduire une discipline particulière sans compromettre l'équilibre général de l'organisation de la maison d'arrêt. compromettre l'équilibre général de l'organisation de la maison d'arrêt.

Il ne faut pas dissimuler qu'une telle organisation entraîne des dépenses d'aménagement et, d'autre part, exigerait de la part des surveillants une compétence particulière. Les surveillants désignés pour le centre devraient constituer une équipe stable afin de leur permettre de se familiariser avec le comportement des malades. Ils devraient, par ailleurs, faire quelques stages en hôpital psychiatrique. Ceci avait d'ailleurs fort bien été compris au moment de la création du centre, puisque quelques surveillants avaient à l'époque effectué un stage.

Le fréquence des vacations psychiatriques devrait atteindre le nombre de trois par semaine. Cette fréquence paraît nécessaire pour donner quelque temps libre au médecin, une fois réglées les questions cliniques urgentes, afin d'établir les relations indispensables avec d'autres services. On pourrait ainsi définir les exigences de coordination auxquelles un centre d'observation devrait satisfaire.

Le coordination devrait être assurée avec le médecin chargé des traitements physiques, afin d'assurer un accord sur le plan thérapeutique et aussi sur le plan des attitudes envers les détenus. En l'absence d'une telle coordination, le détenu peut profiter de divergences pour échapper à une thérapeutique suivie.

Des relations étroites devraient être maintenues entre le psychiatre et ses collègues experts. La confusion du rôle entre le médecin du centre d'observation et l'expert paraît aller dans le sens de la réforme qui introduit l'expertise médico-psychologique. Ce type d'expertise introduit une dimension thérapeutique et pronostique, le médecin chargé de traiter le malade au centre d'observation est particulièrement habilité pour établir de telles expertises. Cependant, si on se refuse à cette confusion de l'activité thérapeutique et de l'activité d'expertise, il n'en est pas moins vrai que l'expert doit pouvoir disposer des informations relatives au comportement des détenus au centre. Une coordination entre les experts et les médecins chargés du centre est donc nécessaire.

La procédure nouvelle de l'application des peines et des sorties en probation justifie une étude psycho-pathologique préalable des détenus. Le centre d'observation psychiatrique dispose souvent d'éléments utiles pour le comité de probation. Inversement, les deux services pourraient utiliser en commun l'activité de techniciens tels que psychologues et spécialistes d'orientation professionnelle, assistantes sociales.

Enfin, une coordination qui existe d'ailleurs toujours en fait doit

être assurée. Nous faisons allusion aux relations entre la direction et les médecins du centre. Dans un sens, la direction peut indiquer la nature des troubles créés par un comportement, dans l'autre sens, les médecins peuvent indiquer, à la sortie du centre, quelles précautions particulières paraissent nécessaires. Il faut dire que les possibilités de modifications de la règle commune sont réduites et il faut regretter que les relations médico-administratives ne soient pas institutionnelles.

CONCLUSION

Un centre d'observation psychiatrique doit être un milieu séparé de l'univers disciplinaire de la prison.

On devrait disposer dans ce centre d'un personnel compétent afin de traiter la plupart des réactions psychopathiques aiguës sur place. Le travail devrait y être admis et organisé comme un facteur thérapeutique.

Le travail dans un centre d'observation devrait être fait en équipe avec le médecin généraliste, les experts et les auxiliaires médicales telles qu'assistantes sociales et psychologues. Les rencontres régulières de cette équipe avec la direction et avec les représentants du service de probation devraient être organisées.

On pourrait aussi émettre le vœu qu'apparaisse parallèlement à la notion d'hygiène de la prison, celle d'hygiène mentale. Le médecin de la prison est chargé de signaler les infractions aux règles de l'hygiène à la direction. L'équipe médico-psychiatrique pourrait faire valoir bien des éléments d'hygiène mentale qui seraient bénéfiques à l'ensemble de cet univers fermé où les lois de la psychopathologie sociale sévissent aussi implacablement que les épidémies.

Le Professeur Agrégé Marcel COLIN a présenté un exposé sur le fonctionnement de l'Annexe psychiatrique des prisons de Lyon.

Le texte de sa communication, n'ayant pas été dactylographié, n'a pu être remis à l'imprimeur, mais le Professeur Agrégé COLIN nous a fait savoir que le sujet traité faisait actuellement l'objet d'une thèse de doctorat en médecine de l'un de ses élèves, M. BEDAT — (à paraître prochainement).

IV

Vœux présentés à l'issue des débats

Au cours d'un débat de clôture présidé et dirigé par Monsieur le Procureur Général SCHEMELCK, assisté de Monsieur le docteur FULLY, et des magistrats sous-directeurs de l'Administration Pénitentiaire, des idées furent échangées et des suggestions proposées, toutes visant à apporter des améliorations au fonctionnement des services médicaux pénitentiaires.

Un certain nombre de vœux ont été émis qui tendent à améliorer l'organisation du service médical dans les prisons et à assurer une coordination encore plus efficace entre les différents services intéressés à la sauvegarde de la santé physique et mentale des condamnés pendant et après leur détention.

Ces vœux présentés à l'unanimité ont été les suivants :

1° *Amélioration de l'équipement des services cliniques pénitentiaires;*

2° *Amélioration des conditions de travail des médecins et du personnel médical :*

a) dans le cadre de la médecine générale :

- nécessité d'établir des normes de travail en fixant le rythme des examens à 4 ou 6 détenus à l'heure;
- calcul des vacations d'après ces normes;
- attribution de vacations supplémentaires devant permettre au médecin de tenir son rôle d'hygiéniste de la prison;
- augmentation du temps de présence des infirmières à temps partiel dans les maisons d'arrêt;

b) dans le cadre des annexes psychiatriques :

- mise en place d'un personnel suffisant et compétent, convenablement rémunéré;

c) tout le personnel clinique devra jouir d'un statut uniformisé et être informé des réglementations le concernant;

3° *Amélioration de l'alimentation des détenus :*

- nécessité d'une alimentation équilibrée et diversifiée;
- nécessité d'une préparation meilleure par un personnel spécialisé;
- adoption, à l'échelon national, de quelques régimes médicaux types uniformisés;
- création, dans la mesure du possible, de quelques cuisines diététiques.

4° *Les expertises judiciaires.*

— nécessité, dans le cadre de l'expertise, d'une collaboration indispensable entre médecins experts et médecins de l'administration pénitentiaire, ceux-ci devant intervenir officiellement dans les conclusions de l'expertise.

5° *Maintien aux détenus du droit à la Sécurité sociale.*

— Les médecins des prisons souhaitent l'affiliation des détenus à la Sécurité sociale dans un régime qui reste à étudier par une commission médico-administrative mixte.

6° *Amélioration des quartiers pénitentiaires dans les hôpitaux régionaux.*

7° *Assimilation de certains établissements sanitaires pénitentiaires aux hôpitaux publics correspondants.*

8° *Les soins dentaires aux détenus doivent être assurés dans les mêmes conditions que les autres soins médicaux.*

9° *Pour le milieu ouvert, nécessité d'un service clinique de suite qui soit en liaison étroite avec le service médical pénitentiaire, les organismes postpénaux et les dispensaires de la Santé.*

A l'issue de cette dernière séance, Monsieur SCHEMELCK, Directeur de l'Administration pénitentiaire, tirait les conclusions de ces très intéressantes journées, remerciait les participants et les organisateurs et terminait en souhaitant que des rencontres semblables et aussi fructueuses se reproduisent dans l'avenir.

ANNEXE

INAUGURATION DU NOUVEAU
BLOC OPÉRATOIRE DE L'HOPITAL
DES
PRISONS DE FRESNES

Le 16 juin 1962 le nouveau bloc opératoire de l'Hôpital Central des Prisons de Fresnes était inauguré par Monsieur Jean FOYER, Garde des Sceaux, Ministre de la Justice.

A ce bloc opératoire moderne a été donné le nom du docteur Fernand MASMONTTEIL, ancien médecin-chef des Prisons de Fresnes.

Nous reproduisons ici le texte des allocutions prononcées à cette occasion par Monsieur le Garde des Sceaux, Monsieur le docteur Jacques PETIT, médecin-chef des Prisons de Fresnes et Monsieur le docteur DIAMANT-BERGER.

Allocution prononcée par Monsieur le Garde des Sceaux

MESSIEURS,

Lorsque Monsieur SCHMELCK m'a parlé pour la première fois de cette manifestation, qui nous réunit ici ce matin, je dois avouer que je ne pensais pas qu'elle eût pour objet une réalisation de cet intérêt.

Il est dans la nature des services pénitentiaires d'inspirer dans le public une crainte — qu'il faut espérer salutaire — mais ce sentiment bien légitime s'accompagne trop souvent d'une ignorance et d'une incompréhension qui nuisent aux initiatives les plus souhaitables de leurs responsables.

J'ai pu me convaincre, depuis que je suis Place Vendôme, des progrès accomplis par l'administration pénitentiaire dans la voie de l'amélioration des conditions de détention et, s'il en était besoin, ces modernes installations en porteraient opportunément témoignage.

Je suis convaincu que c'est là une voie non seulement généreuse mais réaliste car s'il est de notre devoir de veiller parfois au respect de l'ordre social par l'application de peines justes, cette application ne doit jamais cesser d'être humaine.

Ce n'est qu'à cette condition que vous pourrez espérer le succès des méthodes que vous appliquez et vous contribuerez en même temps à maintenir sa dignité à la Justice de ce pays.

C'est bien volontiers que je m'associe aux paroles qui ont été prononcées en hommage au Docteur MASMONTEIL. L'administration pénitentiaire qui a toujours trouvé en lui un collaborateur précieux ne peut que regretter son départ prématuré. Nous ne pouvons oublier, en effet, que c'est bien souvent dans des conditions difficiles que le Docteur MASMONTEIL a su faire preuve de la ténacité et de l'esprit d'entreprise dont nous avons aujourd'hui un exemple.

Je me réjouis de voir dans cette réalisation non seulement le succès de ses efforts mais encore le résultat de la confiance qui préside aux rapports de l'administration pénitentiaire avec les médecins qui collaborent avec elle.

Qu'il me soit permis, à cette occasion, de remercier en la personne du docteur PETIT, médecin-chef des prisons de Fresnes, qui a mis au service de l'administration pénitentiaire une compétence professionnelle unanimement reconnue et un constant dévouement, tous les médecins et le personnel de cette administration.

Allocution prononcée par le Docteur Petit

MONSIEUR LE GARDE DES Sceaux,

Au milieu des multiples traces de votre lourde charge, vous avez bien voulu distraire quelques instants pour présider cette cérémonie, Soyez-en respectueusement remercié.

Par votre présence, vous donnez à cette manifestation un caractère officiel dont nous nous réjouissons, et dont nous apprécions toute la valeur. Celui que nous honorons aujourd'hui a bien mérité de l'administration pénitentiaire. Au-delà de sa retraite il laisse à ses successeurs un outil de travail remarquable.

Cette réussite exigeait un parrainage inhabituel, le vôtre, celui du Ministre de la Justice, dont les éminentes qualités trouvent dans les tragiques circonstances actuelles l'occasion de se manifester. Votre constant souci de rester humain, et ce mot si banal a, pour l'heure, une valeur considérable, ne peut que réjouir les médecins et chirurgiens dont la mission quotidienne est de panser, de soulager, de guérir. Vauvenargues n'a-t-il pas dit : « On ne peut être juste si on n'est pas humain. »

MONSIEUR LE DIRECTEUR GÉNÉRAL DE L'ADMINISTRATION PÉNITENTIAIRE,

En d'autres circonstances, sous d'autres climats, à l'occasion d'une délicate mission, j'ai eu le privilège d'apprécier la chaleur de votre hospitalité. Je suis donc spécialement heureux de vous accueillir aujourd'hui et fier de vous présenter une réalisation à laquelle la contribution de vos services a été primordiale.

Le corps médical de Fresnes a lieu de se montrer satisfait de la transformation des locaux où il exerce son art. Il fallait, je vous assure, toute l'habileté de Monsieur MASMONTEIL pour mener à bien des interventions délicates exécutées sous un éclairage dont la timidité convenait mieux à une nécropole qu'à une salle d'opérations. La chirurgie moderne réclame des moyens considérables, sans cesse en évolution. C'est vous dire, Monsieur le Directeur Général, que le médecin-chef, fort de la confiance de ses collègues, viendra encore souvent frapper à votre porte. Soyez assuré du moins que le corps médical de Fresnes, conscient des responsabilités qui lui incombent, vous apportera, sans restrictions, le concours que vous attendez de lui.

MONSIEUR LE DOCTEUR FULLY,

MON CHER CONFRÈRE,

Médecin-Inspecteur de l'administration pénitentiaire tel est votre titre officiel. Si je voulais trouver votre équivalent en chimie, je parlerais de substance tampon ou bien encore d'amortisseur, en mécanique automobile.

N'êtes-vous pas, en effet, l'intermédiaire entre le Corps médical et l'administration ? Votre position n'est guère enviable, car elle oblige à la recherche continuelle de l'équilibre. Je me plais à reconnaître que vous remplissez ce rôle avec infiniment de tact et de compréhension. Ensemble, nous avons déjà beaucoup travaillé. Il nous reste de nombreux problèmes à solutionner. Vous avez toujours défendu l'indépendance du Corps médical, mais il faudra un jour établir le statut de ces praticiens dont on a, dans l'ensemble, amélioré le sort sans leur avoir offert pour autant la juste redevance à laquelle ils ont droit de par leurs titres, leurs compétences, leurs activités.

MONSIEUR,

Devant cette illustre assemblée, devant Monsieur le Garde des Sceaux, devant vos amis et vos pairs, devant vos anciens collaborateurs et vos élèves, c'est pour moi un immense privilège que de m'adresser à vous et de dévoiler dans quelques instants ce qui témoignera à tout jamais de votre activité et de votre dévouement en ces lieux.

Mais avant de parler de l'homme et du chirurgien, je voudrais m'acquitter d'une dette personnelle et dire publiquement tout ce que je vous dois.

Si mes souvenirs sont exacts, c'est en 1947 que se situe notre première prise de contact. Tout frais émoulu de l'Internat, Chef de Clinique de mon vénéré et regretté Maître MONDOR, je posais ma candidature à la Société des Chirurgiens de Paris dont vous étiez l'un des animateurs les plus écoutés. Je fus élu.

Dès lors, le premier et le troisième vendredi de chaque mois j'eus la privilège d'assister à votre activité scientifique. Ponctuel à souhait, en dépit de vos obligations harassantes, il était exceptionnel que votre silhouette, jeune et toujours élégante, ne se dessinât salle Pasteur. Vous preniez souvent la parole. Vos interventions étaient fortement appréciées. Quelquefois, le ton montait, la discussion s'envenimait. Votre âme de lutteur s'accommodait bien de ces joutes oratoires et les jeunes, dont j'étais, redoutaient votre argumentation toujours solide et pertinente.

En 1951, vos collègues unanimes vous portèrent à la Présidence de la Société des Chirurgiens dont j'étais devenu entre temps le Secrétaire général. Notre collaboration fut, j'ose le dire, agréable et féconde. Nos tempéraments, apparemment très éloignés l'un de l'autre, se complétaient plus qu'ils ne s'opposaient. C'était en quelque sorte l'heureux amalgame de la fougue limousine et de la douceur angevine.

A la même époque, notre tandem unissait ses efforts au sein d'un certain syndicat des chirurgiens de la région de Paris. Vous le présidiez avec autorité. J'étais un secrétaire très novice. Je me souviens encore de ces longues soirées, de ces réunions, parfois tumultueuses qui aboutirent à la création d'une Union des Chirurgiens groupant à la fois les Chirurgiens des hôpitaux et les autres, les petits, les obscurs, les sans grades. Vous étiez le défenseur passionné de ces derniers et si, pour ma part, je n'adoptais pas entièrement votre façon de voir, je ne pouvais m'empêcher d'admirer la sincérité de vos arguments.

Mais c'est à l'Île d'Oléron, dans le cadre coquet d'un petit bistrot du port de la Cottinière qu'une rencontre fortuite amorga l'état de fait actuel. Pour la petite histoire, et pour le plus grand bien de nos bulbes duodénaux respectifs et ulcérés, je préciserai que nos retrouvailles provinciales furent accompagnées d'un timide quart Vittel, crime inqualifiable au pays du Cognac et du Pinot.

Vous étiez le continental venu excursionner quelques heures sur cette île où fleurit le mimosa; j'étais l'insulaire en vacances pascales, l'habitué de ces lieux si propices à la méditation, aux rêves, et à l'oubli des tracassés de tous genres.

Mais quand un chirurgien rencontre un autre chirurgien, fut-ce en vacances, de quoi parle-t-il ? De chirurgie évidemment.

La réorganisation de votre service des Prisons vous souciait. Vous recherchiez un adjoint qui exerçât à proximité, capable d'assurer les urgences et d'alléger la lourde tâche qui vous incombait. A votre aimable invitation de collaborer, je répondis par l'affirmative et, un mois plus tard, j'entrais en fonction.

L'atmosphère si spéciale du milieu pénitentiaire ne m'était pas inconnue. En tout bien tout honneur, j'avais fréquenté dans ma prime jeunesse médicale, la centrale de Fontevault dont mon père fut durant de longues années le spécialiste O.R.L. C'est même très certainement sous les voûtes de cette vénérable abbaye que j'ai incisé mes premiers abcès, ausculté mes premiers malades, tenté d'arracher, je dis bien tenté, la première mais aussi la dernière des dents que le médecin-chef, le docteur LATRILLE abandonnait à mon inexpérience de carabin.

Rien ne laissait prévoir un arrêt de votre activité. Nous savions simplement que vous attendiez la finition de ce bloc pour envisager une retraite bien gagnée. Puis ce fut l'accident brutal de l'automne 1960, la lutte contre le mal, les heures d'angoisse pour ceux et celles qui vous entouraient. Ce n'est ni le lieu, ni le moment d'évoquer certaines soirées où notre inquiétude s'ajoutait aux réserves formulées par vos amis médecins. Au fil des jours, l'espoir se dessina, se confirma et enfin, soulagement définitif, on lança le mot de convalescence. Vous aviez triomphé, Monsieur, grâce à votre robuste constitution, grâce aux soins éclairés qui vous furent prodigués, grâce à la vigilance de celle qui ne cessa nuit et jour de vous apporter affection et réconfort.

Il n'était plus question de vous replonger dans le cycle infernal de votre vie professionnelle. Ainsi se trouvait posé le problème de votre succession à Fresnes. J'étais certes votre collaborateur le plus direct, mais élu de fraîche date. Sur votre recommandation et sur votre insistance, mon nom fut lancé. Le docteur FULLY, médecin-inspecteur de l'administration, se chargea du reste. C'est ainsi que je fus appelé à reprendre le flambeau que vous aviez tenu contre vents et marées vingt-trois années durant.

Qu'il me soit permis aujourd'hui, Monsieur, de vous remercier publiquement, de vous assurer de ma fidèle reconnaissance. Il me tardait de m'acquitter de cette dette, mais je désirais avant tout que ce « règlement de compte personnel » coïncidât avec l'inauguration officielle de ce bloc chirurgical conçu par vous, réalisé suivant vos plans, et auquel j'ai tenu que fût donné votre nom. A défaut d'autres honneurs, bien mérités cependant, mais dont l'attribution me dépasse, cette plaque gravée témoignera que vous fîtes un serviteur zélé, avisé et désintéressé.

Aussi surprenant que cela puisse paraître, beaucoup ignorent l'existence de cet hôpital central des prisons de Fresnes qui doit assurer le service sanitaire d'une population pénitentiaire de 5.000 personnes. La région de Paris, bien entendu, fournit le plus gros contingent de malades et de blessés mais, en pratique, les admissions sont prononcées également à partir d'autres régions et en particulier celles de Dijon, Lille, Lyon, Rennes, Strasbourg.

Grâce à votre sagacité, Monsieur, grâce au rayonnement de votre personnalité, ce qui n'était à l'origine qu'une infirmerie, est devenu un véritable service hospitalier groupant environ 300 lits. Toutes les disciplines médico-chirurgicales sont ici représentées. A leur tête vous avez placé des collaborateurs de choix qui assurent régulièrement consultations et interventions. Médecin-Chef, vous avez été l'intermédiaire écouté et respecté entre le corps médical hospitalier et l'administration. Chirurgien, vous avez œuvré avec succès. Pour vous, la technique n'a aucun secret. Si vous êtes un chirurgien généraliste de haute qualité, c'est à la chirurgie ostéo-articulaire que vont vos prédilections. A Fresnes, vous avez pu développer cette branche, et je reste admiratif quand je vois vos résultats, car, avouons-le, les moyens dont vous disposiez n'étaient guère à la mesure de votre talent. Il suffit de mettre en parallèle votre admirable installation de la Clinique du Landy, et la modeste salle d'opérations de Fresnes pour comprendre qu'ici la tâche n'était pas aisée. Aussi, votre plus grand mérite sera d'avoir légué à vos successeurs cet outil de travail dont vous n'aurez pas profité vous-même.

Désormais, le bloc chirurgical Fernand-MASMONTEIL sera l'une de ces réalisations techniques que l'on viendra admirer et visiter.

On y pénètre par une porte centrale qui mène à la salle de lavage des chirurgiens. Sur cette salle s'ouvrent, de chaque côté, par des portes coulissantes à pédale, les salles d'opérations n° 1 et 2, ayant chacune une superficie de 32 m² 50 et dont la stérilisation et le conditionnement d'air sont fournis par un météo-aseptiseur. Le météo-aseptiseur Rex 53, assure

simultanément l'asepsie et la climatisation du milieu ambiant par le procédé de nébulisation. C'est un procédé breveté, procédé MASMONTEIL-FLICOTEAUX. La température comme le degré d'humidité sont facilement réglables. Un euphorimètre rend compte de l'ambiance optima. Au sol, à la disposition des anesthésistes-réanimateurs, sont scellées les arrivées d'oxygène, de protoxyde d'azote et de vide, provenant d'une centrale d'alimentation située au sous-sol. La lumière est largement diffusée par un scialytique Optotal muni d'un éclairage de secours automatique et d'une télécommande d'orientation. Un négatoscope à trois plages lumineuses permet l'observation constante des clichés. Deux guichets de communication servent, l'un à faire pénétrer le matériel stérile rassemblé dans le hall stérile attendant à la salle de lavage, l'autre à évacuer le matériel souillé vers la salle de nettoyage et de préparation. Sur l'une des parois se trouve scellé le tableau de commande des appareils électriques et en particulier du bistouri électrique. Contigu à la salle d'opérations n° 2, un laboratoire de développement. C'est dans cette salle que se font toutes les interventions nécessitant l'appoint de la radiographie (chirurgie osseuse, chirurgie des voies biliaires, recherche de corps étrangers). A cet effet, notre choix s'est porté sur un poste mobile du type Chirurgix 100.

Chaque salle d'opérations est doublée d'une petite salle dite d'anesthésie et de réveil alimentée en fluide et en vide.

Enfin, tout au fond du bloc se trouve une grande salle, dite de préparation avec un appareil de stérilisation Normos automatique accéléré, double face, et un stérilisateur à instruments par coction.

L'ensemble des locaux a été prévu et disposé pour permettre une circulation rationnelle et séparée du patient, des chirurgiens et des aides.

Nous trouvons encore au voisinage immédiat de la cellule opératoire proprement dite une salle de plâtre, une salle de pansements, une salle d'attente, une petite réserve d'appareillages divers, deux installations sanitaires avec douches, sept bureaux destinés au personnel médical et soignant. Enfin, quatre chambres d'isolements ont été prévues. Elles recevront les grands opérés, les blessés graves, les brûlés, les choqués. L'alimentation en fluides et en vide est assurée dans chacune de ces chambres.

Vous avez été, Monsieur, le cerveau, l'instigateur de cette réussite. Pour la mener à bien, il fallait des techniciens éprouvés et des bonnes volontés. Il me plaît de souligner que la maçonnerie, la carcasse de ce bâtiment comme ses fondations, les plâtres, la menuiserie, le carrelage, la peinture ont été intégralement réalisés par la main-d'œuvre pénitentiaire. Sous la haute direction de Monsieur GILQUIN, ingénieur en chef chargé du service de l'exploitation industrielle, des bâtiments et des marchés, grâce à la volonté et au dynamisme de Monsieur MERIEUX, toujours affable et compréhensif, un groupe d'ouvriers spécialisés aidés de détenus est parvenu en quelques mois à élever cette bâtisse. Dans la stricte technicité, nous avons eu le privilège d'entrer en contact avec deux maisons dont la renommée dépasse nos frontières : j'ai cité la maison ALEXANDRE et les établissements

FLICOTEAUX, BOUTET et FLEUROT. Que tous soient assurés de ma vive reconnaissance.

Si j'ai parlé, et très imparfaitement, du savant, du chirurgien, du chercheur, du technicien, je voudrais également dire un mot de l'homme. Par crainte de blesser votre modestie, Monsieur, je serai bref.

Comme beaucoup d'hommes de votre génération, vous, avez connu par deux fois les affres de la guerre. Celle de 14-18 vous a marqué dans votre chair. La médaille militaire et le ruban rouge, bien gagnés, ont récompensé l'héroïsme du jeune médecin auxiliaire que vous étiez. Après la déroute de 1940, on vous retrouve à Fresnes. Pour qui connaît votre droiture et votre intransigeance, il est facile d'imaginer qu'il vous fallut une bonne dose de courage, à défaut d'un ange gardien vigilant, pour vous maintenir au contact de l'occupant sans tomber à votre tour entre ses mains sanglantes. Ce miracle s'est accompli. Une fois de plus vous avez sauvé de nombreuses vies humaines et il ne vous sera pas indifférent, je pense, de retrouver aujourd'hui au sein de cette assemblée quelques-uns de ces hommes qui vous doivent d'être encore sur cette terre. Votre ami mon ami, le docteur Lucien DIAMANT-BERGER, ancien président de la Société des Chirugiens de Paris, est de ceux-là. Bistouri éprouvé, écrivain délicat, il s'est plu à rappeler, dans un livre d'une belle envolée, quel fut votre comportement. Vous avez été résistant à votre façon, et de quelle façon !

Ainsi donc il m'appartient désormais de suivre le chemin que vous m'avez tracé et d'utiliser au mieux les moyens que vous m'avez légués.

Cette tâche, je la crois relativement aisée par un travail en équipe où chacun donne le meilleur de lui-même.

Je suis certain d'avoir trouvé auprès de notre directeur des Prisons, Monsieur MARTI, l'aide et la confiance indispensables. L'estime que je lui porte s'est affirmée au fil des jours. Notre communion de pensée sur bien des points est très étroite. Monsieur THOMAS, directeur de l'hôpital, cheville ouvrière de cette cérémonie inaugurale, peut compter sur moi comme je compte sur lui. Que tous mes collègues médecins, chirurgiens et spécialistes de cet hôpital soient assurés de trouver en moi l'ami et le porte-parole de leurs justes revendications plutôt qu'un chef distant et impénétrable. Puissent-ils reporter sur moi l'attachement qu'ils manifestaient à mon prédécesseur. A nos internes, dont j'aime partager la jeunesse et l'enthousiasme, je ne cesserai de répéter cette parole de Pierre Benoît « Le travail, la seule chose qu'on ne regrette jamais ». Ils trouvent à Fresnes une manipulation de malades que beaucoup d'internes seraient en droit d'envier. Ils ont toute latitude pour étendre le champ de leurs connaissances scientifiques, mais en retour ils se doivent de cultiver ici, plus que nulle part ailleurs, l'humanisation hospitalière.

Cette humanisation n'est-ce pas la spécialité de nos aumôniers, confidents inestimables du dernier souffle, si discrets dans leur apostolat ?

Cette humanisation n'est-elle pas la spécialité de notre personnel soignant auquel je veux rendre le juste hommage qui lui est dû. Que ce soit nos religieuses de Marie-Joseph ou nos infirmières civiles, que ce soit notre infirmière major ou la plus timide de ses subordonnées, toutes ces femmes en blanc ont droit à notre gratitude et à notre admiration. Dans ce concert de louanges, je m'en voudrais de ne pas citer nos techniciens manipulateurs, radiologues, laborantines, nos secrétaires médicaux, nos surveillants de l'Administration Pénitentiaire, sans oublier notre chef-cuisinier et son équipe, qui, à défaut d'être cité au guide Michelin, vous fera apprécier dans quelques minutes la réelle valeur de son talent qu'il a pu déployer grâce à la générosité de Monsieur l'économiste, toujours discret et compréhensif.

Monsieur, avant que je me taise, veuillez accepter ce souvenir qui vous est offert par vos collaborateurs, vos amis, vos élèves. Puisse-t-il apparaître à vos yeux comme le témoignage de la reconnaissance et de l'affectueuse sympathie porté au chef vénéré que vous fûtes.

Allocution prononcée par le Docteur Lucien Diamant-Berger

MESDAMES,

MONSIEUR LE GARDE DES SCEAUX,

MONSIEUR LE DIRECTEUR DE L'ADMINISTRATION PÉNITENTIAIRE,

MESSIEURS,

Ce n'est pas sans une vive émotion que j'adresse ces quelques mots au docteur Fernand MASMONTTEIL.

Je le fais d'abord en mon nom propre, et en tant que son très vieil ami, car nous nous connaissons depuis près de 40 ans. En effet, c'est en 1924 que, jeune interne, j'entrai à l'hôpital Bichat dans le service de notre vieux maître Raoul BAUDET, dont il était l'assistant; si bien que MASMONTTEIL est un de ceux qui ont guidé mes premiers pas en chirurgie.

Mais je le fais surtout en qualité d'ancien détenu de cette prison, où j'ai séjourné plus de deux ans, de mai 1941 à juillet 1943, date à laquelle les Allemands m'ont déporté.

Et je parle aussi au nom de tous mes compagnons de captivité qui, pendant ces deux années ont partagé mes souffrances et mes angoisses.

Je pense d'abord à tous ceux qui ne sont plus. Je pense à ceux, pardonnez mon émotion, qui ont quitté ces lieux, les menottes aux mains, pour le Mont-Valérien, où ils devaient être fusillés. A Léon-Maurice Nordmann, dont une rue de Paris porte le nom, à Soutumier, à Hébert et à tant d'autres dont j'ai oublié les noms...

Je pense à ceux qui ont été déportés et qu'on n'a jamais revus, à Todesco, à Diligent, à Partouche, à ceux aussi qui sont revenus de là-bas pour succomber chez eux, comme Steiner ou Grimal...

D'autres, libérés d'ici, sont morts sur le front, tels Charbonneau ou Pimpault...

Je pense aussi à ceux qui ont disparu depuis; et d'abord à cette extraordinaire figure qu'était le pasteur Durrlemann, qui vaticinait contre les Allemands dans la cellule qu'il partageait avec le chanoine Lancrenon, curé de la Trinité, disparu il y a peu de temps.

Je pense à Bernard Desplas, notre maître et ami, que la vie en cellule avait si profondément marqué, disparus aussi Famin, Méral, Lherbier, Barbaray, le commandant Chalandre, Parmentier, Stiot, Weisbach, Coquelet, Erel, Bernouard, etc..., etc.

Heureusement, il est des survivants parmi ceux que j'ai pu toucher. Certains se sont excusés de ne pouvoir être des nôtres aujourd'hui, tels que le colonel MICHAUT ou Charles FLON.

Mais nous avons la joie d'avoir parmi nous le colonel SARNIGUET, qui a longtemps commandé les Sapeurs-Pompiers de Paris; et Camille ESTIVAL, qui a eu la chance de rendre visite, la semaine dernière, à la Sœur JOSÉPHINE, dans le couvent de Daurat où elle s'est retirée.

Car la Sœur JOSÉPHINE, qui se joint à nous par la pensée, fut une très grande figure de la résistance, par son extraordinaire dévouement, son abnégation et son intelligence. Elle a fait l'impossible pour seconder MASMONTTEIL dans la tâche très difficile qu'il accomplissait pendant cette époque tragique.

La Sœur JOSÉPHINE avait un esprit de répartie étonnant, et je me souviens d'une scène à laquelle j'ai assisté un jour au cours d'une violente discussion avec un officier allemand; celui-ci la menaçait de la faire fusiller: « Quelle importance, lui répondit-elle, je n'en serai que plus vite au paradis !... » Et l'Allemand, désarmé, est resté coi !

Car on ne s'imagine pas l'habileté, le courage et le dévouement dont MASMONTTEIL a fait preuve pour soigner les détenus des autorités allemandes, les A.A., comme on les appelait, et pour les garder le plus longtemps possible, envers et contre tous, dans cette sorte de havre qu'était cet hôpital. Et quels risques surtout il courait, car si les Allemands, à qui il faisait des sourires, avaient su le dévouement dont il faisait preuve envers nous, il aurait au moindre soupçon pris place à nos côtés.

Cela, il le savait et, passant outre, il faisait son devoir.

Aidé dans cette tâche suprêmement délicate par la Sœur JOSÉPHINE, ainsi que par toutes les autres religieuses de la Communauté, il l'était également par l'élite du personnel de la prison.

Car il faut le dire, et je l'ai écrit dans mon livre, il faut rendre justice au personnel pénitentiaire et aux gardiens de prison, qui sont en général injustement décriés, mais décriés par la clientèle habituelle de ces établissements...

On peut dire, au contraire, que dans cette période affreusement difficile où ils étaient pris entre deux devoirs, celui d'obéir et celui de résister, ils ont agi avec le plus d'humanité possible, et je charge le directeur de cette prison de dire à ses subordonnés qu'il y a bien des détenus de cette période qui se souviennent et qui leur sont reconnaissants.

Mon cher Fernand, il est bien certain que c'est la dernière fois

aujourd'hui que nous nous trouvons ensemble dans ces lieux, où ton souvenir sera perpétué par cette plaque.

Ce bloc opératoire, qui est ton œuvre, prouve entre autres que l'administration pénitentiaire n'a pas pour objet principal de faire des prisons une géhenne ou un enfer, mais que, poursuivant un but humanitaire et considérant que les détenus sont le plus souvent des malades ou des anormaux, elle cherche à les récupérer et à en faire des hommes comme les autres, pour les remettre ensuite en circulation dans la société.

Bref, le but poursuivi peut se définir par le même mot que celui qui est l'objet principal de notre activité médicale : la guérison des malades.

Et je fais confiance à notre confrère et ami, le docteur PETIT qui te succède, car je sais qu'il marchera sur tes traces et saura continuer ton œuvre...

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS.

Allocation d'ouverture de M. le docteur FULLY	5
I. ENQUÊTE SUR LES PROBLÈMES SOULEVÉS PAR L'ORGANISATION DU SERVICE CLINIQUE EN MILIEU PÉNITENTIAIRE	15
II. TRAVAUX DES GROUPES	27
III. RAPPORTS PRÉSENTÉS.	
Le service médical en maison d'arrêt	47
Les services médico-chirurgicaux des prisons de Marseille	49
Le fonctionnement du service médical de la maison centrale de Loos	55
Le service médical des prisons de Lyon	59
L'organisation du service médical de la maison centrale de Clairvaux	63
La chirurgie en milieu pénitentiaire	69
Le service psychiatrique de la maison d'arrêt de la Santé	78
Réflexions à propos du centre d'observation psychiatrique des Baumettes	89
IV. VŒUX PRÉSENTÉS A L'ISSUE DES DÉBATS.	95
ANNEXE :	
<i>Inauguration du bloc opératoire Fernand MASMONTTEIL à l'Hôpital de Fresnes, le 16 juin 1962</i>	99

Les laboratoires

BOUILLET, CLIN-BYLA, DELALANDE, GEIGY,
LUMIÈRE, LATEMA, ROUSSEL, SUBSTANTIA,
SANDOZ, THERAPLIX et WANDER,

qui ont consenti à apporter leur concours
matériel à cette manifestation voudront bien
trouver ici les remerciements du Comité
d'organisation.