UNIVERSITE PARIS - VAL DE MARNE

FACULTE DE MEDECINE DE CRETEIL

ANNEE 1975

THESE

pour

LE DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

MARTZLOFF François 1947

Présentée et soutenue publiquement le :

TITRE COMPLET DE LA THESE :

DETENTION PREVENTIVE, MEDICAMENTS PSYCHOTROPES ET PSYCHIATRISATION

(Etude faite à la Maison d'Arrêt de la Santé à Paris)

Président : Monsieur le Professeur BOURGUIGNON

UNIVERSITE PARIS - VAL DE MARNE

Président : Monsieur le Professeur BEAUMONT

FACULTE DE MEDECINE DE CRETEIL

Doyen : Monsieur le Professeur RAPIN

Asseurs : Monsieur le Professeur DUVAL
Monsieur le Professeur Agrégé PORTOS

PROFESSEURS TITULAIRES et A TITRE PERSONNEL

ANATOMIE-PATHOLOGIQUE	Pr GOUYGOU
BIOCHIMIE	Pr GONNARD Pr ROSA
CARDIOLOGIE	Pr HATT
CHIRURGIE GENERALE	Pr GERMAIN
CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE	Pr DEBEYRE
CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE	Pr GALEY
DERMATOLOGIE-VENEROLOGIE	Pr TOURAINE
MEDECINE INTERNE ET HEMATOLOGIE	Pr DREYFUS
MEDECINE INTERNE	Pr BEAUMONT

MEDECINE INTERNE	Pr Ag. CACHIN
	Pr Ag. PORTOS
	Pr Ag. JACOTOT
MEDECINE INTERNE ENDOCRINOLOGIE	Pr Ag. PERLEMUTER
MEDECINE INTERNE ET HEMATOLOGIE	Pr Ag. ROCHANT
NEPHROLOGIE	Pr Ag. WEIL
NEUROLOGIE	Pr Ag. DEGOS
	Pr Ag. GAUTIER
NEURO-CHIRURGIE	Pr Ag. HURTH
NEURO-RADIOLOGIE	Pr Ag. DEBRUN
OPHTALMOLOGIE	Pr Ag. COSCAS
PARASITOLOGIE	Pr Ag. HOUIN
PEDIATRIE	Pr Ag. BARBET
PHARMACOLOGIE	Pr Ag. TILLEMENT
PHYSIOLOGIE	Pr Ag. SEROUSSI
RADIOLOGIE DIAGNOSTIC	Pr Ag. VALETTE
RADIOLOGIE OPT. RADIOTHERAPIE	Pr Ag. BAILLET
REANIMATION MEDICALE	Pr Ag. LE GALL

DELEGUES DANS LES FONCTIONS DE M.C.A.

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE	Pr Ag. BLOCH
HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE	Pr Ag. DHUMEAUX.

MEDECINE INTERNE	Pr HAZARD
NEPHROLOGIE	Pr LAGRUE
NEUROLOGIE	Pr BARBIZET
NEURO-CHIRURGIE	Pr CARON
PHYSIOLOGIE	Pr LAURENT
PNEUMOLOGIE	Pr CHRETIEN
RADIOLOGIE THERAPEUTIQUE	Pr PIERQUIN
REANIMATION MEDICALE	Pr RAPIN
RHUMATOLOGIE	Pr VILLIAUMEY
UROLOGIE	Pr AUVERT

PROFESSEURS SANS CHAIRES ET PROFESSEURS ASSOCIES

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Pr DUVAL
HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE	Pr BADER
HISTOLOGIE	Pr CHEVREAU
PEDIATRIE	Pr LEPERCQ
PSYCHIATRIE	Pr BOURGUIGNON
RADIOLOGIE DIAGNOSTIC	Pr FERRANE

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

ANATOMIE	Pr Ag. KENESI
ANATOMIE-PATHOLOGIQUE	Pr Ag. PINAUDEAU
ANESTHESIOLOGIE	Pr Ag. HUGUENARD
BIOCHIMIE	Pr Ag. BOIGNE

BIOPHYSIQUE	Pr Ag. GALLE
	Pr Ag. HERSZBERG
	Pr Ag. MORETTI
CARDIOLOGIE	Pr Ag. ACAR
	Pr Ag. VERNANT
CHIRURGIE GENERALE	Pr Ag. JULIEN
	Pr Ag. LATASTE
	Pr Ag. MEILLIERE
CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE	Pr Ag. BOMBART
	Pr Ag. GOUTALLIER
CHIRURGIE PLASTIQUE	Pr Ag. GRELLET
	Pr Ag. BARUCH
CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE	Pr Ag. CACHERA
GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Pr Ag. GAUTREY
HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE	Pr Ag. SULTAN
HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE	Pr Ag. BERTHELOT
	Pr Ag. FOUET
	Pr Ag. LE PARCO
	Pr Ag. LE QUINTREC
	Pr Ag. CATTAN
HISTOLOGIE	Pr Ag. POIRIER
MALADIES INFECTUEUSES	Pr Ag. LAFAIX

- A TOUS LES MIENS.

A la mémoire du Dr. FULLY

Médecin Inspecteur Général du Ministère de la Justice

mort tragiquement l'an dernier.

C'est lui qui m'a fait connaître le monde carcéral.
Avec intelligence et patience il a cherché à imposer et maintenir une éthique médicale dans un milieu difficile.

A Monsieur le Professeur BOURGUIGNON

qui m'a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse

qu'il veuille bien trouver ici l'expression de ma profonde gratitude.

A Monsieur le Professeur Agrégé TILLEMENT

Il est pour moi un maître éclairé et attachant et m'a aidé dans ce travail avec une particulière gentillesse;

Qu'il reçoive ici l'expression de ma reconnaissance et de ma fidèle amitié.

A Monsieur le Dr. JEGOU

Médecin Chef de la Maison d'Arrêt de la Santé,

en remerciement de l'affectueuse sollicitude qu'il m'a toujours témoignée.

A Monsieur le Professseur Agrégé SIMON

en remerciement de l'aide efficace qu'il m'a apporté

dans ce travail.

A mes Maîtres dans les hôpitaux :

- Monsieur le Professeur HAZARD
- Monsieur le Professeur Agrégé LAFAIX
- Monsieur le Professeur LAURENT
- Monsieur le Professeur LEPERCQ

P L A N

INTRODUCTION

Le certificat du médecin, qui permet un arrêt de travail, sera reconnu par tous comme un acte médical. Or on ne se rend pas assez compte de la dimension sociale de cet acte où le médecin intervient directement entre l'employé et l'employeur; cela traduit en fait une évolution de ce que représente un travail pour celui qui l'accomplit.

Autrement dit, la technologie et l'uniformité de la production ont crée une dissociation entre l'ouvrier et son produit; il ne s'en considère ni l'auteur ni le responsable.

Le travail n'est plus la réalisation d'une oeuvre mais un certain nombre d'heures consacrées à gagner un salaire.

La Sécurité Sociale s'en remet au médecin pour décider s'il faut interrompre ou non le travail tout en conservant le salaire. Quand on analyse les étapes de ce processus, on s'aperçoit qu'elles sont toutes l'application systèmatique d'un règlement pré-établi, à l'exception de celle où le médecin accorde ou non ce certificat.

Cette possibilité qui appartient au médecin fait qu'il sera consulté dans ce but et qu'il devra ainsi gérer des situations qui n'ont rien à voir avec la bonne et la mauvaise santé des gens (ceci dans un système où la liberté de décision n'est en fait qu'une apparence).

On s'étonnera alors que les médecins fassent de plus en plus de sociologie; ce n'est qu'en comprenant bien le système où ils sont impliqués qu'ils pourront se défendre et dénoncer des fonctions qui leur sont attribuées et qui ne correspondent pas à leurs aspirations de médecin.

Le travail qui va suivre porte essentiellement sur le rôle que prend le médecin dans le fait social qu'est la détention préventive.

Nous avons occupé la fonction d'interne en médecine pendant près de deux ans à la Maison d'Arrêt de la Santé à Paris, et nous avons pu nous rendre compte à quel point le médecin à un rôle déterminant dans le maintient de cette institution.

Quand le médecin est devenu psychiatre il ne s'est trouvé personne pour dire que la folie était autre chose qu'un problème médical. On se rend compte maintenant que cette notion est très contestable.

Nous tenterons de montrer que c'est en étant assimilé au psychiatre que le médecin trouve le plus de pouvoir pour intervenir sur les décisions et les réactions des individus, et que la psychiatrisation d'une institution et de ses médecins peut contribuer à prolonger des faits sociaux aussi anachroniques et scandaleux que la détention préventive telle qu'elle existe actuellement.

A la Santé cette psychiatrisation s'est progressivement réalisée :

- Par l'arrivée de psychiatres dans les murs de la prison.
- Par le rôle de psychiatre et d'incarcérateur que l'on attend du médecin généraliste;
- et par le statut d'aliéné que l'on prête implicitement au détenu.

- Le premier chapitre parlera de la détention préventive en tant qu'institution et y situera la place du médecin.

On ne peut pas parler de détention préventive sans rappeler des lieux communs et nous nous en excusons, mais il faut que le système juridique et social soit bien défini si l'on veut comprendre son fonctionnement et pourquoi ne s'assumant plus, il est obligé d'avoir recours à cette psychiatrisation.

- Le second chapitre sera une étude de la consommation en médicaments psychotropes à la Santé pendant les cinq dernières années; nous essayerons de dégager les principaux motifs de demande de ces médicaments.

- Le troisième chapitre parlera des problèmes qui se posent au médecin en milieu carcéral : problèmes légaux, problèmes d'éthique, problèmes en cas de tentatives de suicide par ces médicaments.

- Le quatrième chapitre parlera du phénomène de psychiatrisation d'une façon générale.

- Nous aborderons dans le cinquième chapitre les diffultés et les possibilités d'une réforme visant à diminuer la détention préventive.

CHAPITRE I - DETENTION PREVENTIVE : L'INSTITUTION

I. - DETENTION PREVENTIVE , ASPECT JURIDIQUE ET SOCIAL

Il existe deux types de prisons en France :

- Les centrales, où sont purgées les peines de plus d'un an.
- Les maisons d'arrêt (dont fait partie la Santé) où sont les prévenus (non encore jugés) et condamnés à des peines de moins d'un an.

A la Santé, il y a une majorité de prévenus.

La loi française est ainsi faite, qu'est reconnu coupable, qui a été jugé coupable; est jugé l'auteur du délit et non le délit lui-même (contrairement aux pays anglo-saxons).

Il en découle :

- qu'avant le verdict le prévenu a un statut d'innocent.
- que le jugement tient compte de la personnalité (donc du passé) de l'individu; ce qui nécessite une enquête souvent très longue.
- quand le délit est évident, il peut être sous le coup de la procédure dite de "flagrant délit" où le jugement à lieu très rapidement.

- quand il existe des litiges, est commis un juge d'instruction chargé d'établir un dossier pour éclairir l'affaire (témoignages, confrontations, vérifications d'alibis ...); la période qui précède le jugement s'appelle l'instruction.

- Il est prévu par la loi que le prévenu peut être mis en prison (détention préventive) pour des motifs très précis et théoriquement exceptionnels :

- individus dangereux

- risques que le prévenu fasse disparaître des preuves, ou fasse pression sur des témoins.

- risque de fuite du prévenu.

- A paris, c'est un Substitut au Procureur de la République qui décide s'il y a flagrant délit ou non et qui désigne le juge d'instruction.

- Vu le temps dont dispose le substitut par individu pour cette décision il est impossible qu'il puisse prendre en considération autre chose que le motif d'inculpation; on peut dire qu'il y a là un premier élément d'arbitraire et que la loi n'est pas prise dans son esprit.

- C'est le juge d'instruction qui décide de la nécessité d'une détention préventive, et qui reconduit celle-ci régulièment (tous les .....) en précisant les raisons. Le juge est à Paris tellement surchargé de travail qu'il ne peut faire autrement que d'utiliser la détention préventive très au-delà des cas prévus par la loi. (Il faudrait beaucoup plus de magistrats et de policiers pour que les preuves et les éléments du dossier soient collectés sans que le prévenu soit mis en prison).

Le juge d'instruction qui doit mener de front plus de 200 affaires est obligé d'immobiliser tous les prévenus en maison d'arrêt puis de faire avancer simultanément les instructions en prenant tantôt une affaire, tantôt une autre. Le temps qui sépare deux examens consécutifs de la même affaire est évidemment très long (souvent plus de trois mois).

Ceci a plusieurs conséquences :

- Mettre très longtemps le prévenu en situation d'expectative dans un milieu où il est coupé de tout lien affectif.

- Faire entrer en prison pour des délits mineurs.

Il est évident que la Société ne peut pas agir avec les réactions passionnées d'un individu et avoir une attitude de vengeance "de règlement de comptes" vis à vis d'un délinquant.

Ainsi la prison n'est défendable que comme un moyen de diminuer la délinquance et la criminalité dans un pays:

- En étant un élément de dissuasion d'un délit éventuel.

- En empêchant de nuir : un individu dangereux en le privant de liberté.

Pour les délits mineurs (qui sont la majorité des motifs d'incarcération), l'effet de la prison est exactement inverse; il provoque une augmentation de la délinquance et rend la récidive pratiquement obligatoire dans la majorité des cas. Ceci pour plusieurs raisons :

- elle n'empêche pas de nuir puisque l'individu sortira tôt ou tard.

- L'individu qui est passé en prison aura les plus grandes difficultés à se réinsérer dans la Société et subvenir à ses besoins d'une façon honnête. Il a le plus souvent perdu son emploi et aura le plus grand mal à trouver un employeur qui ne lui préfère pas quelqu'un qui n'a jamais fait de prison. S'il en trouve, son travail sera presque toujours beaucoup moins satisfaisant qu'auparavant (il est remarquable que l'Etat qui a publié de nombreuses pages sur la réinsertion des anciens détenus confie cette oeuvre au secteur privé puisqu'il ferme la porte de ses administrations à quiconque fait de la prison).

- Par contre, le détenu aura acquis toutes les connaissances et tous les moyens de subvenir largement à ses besoin d'une façon illégale; brassé avec des délinquants plus expérimentés il sortira avec une foule de ''moyens et de bonnes adresses" qui lui feront gravir un échelon dans la délinquance (c'est un lieu commun que de répéter que la prison est la meilleure école du crime).

Actuellement, la peine de prison est une attente passive qui coûte à la Société; en aucun cas elle ne peut être vécue comme la réparation d'un délit.

Cette dissociation entre la peine et le délit fait confondre justice et malchance, et l'ancien détenu n'aura pas de scrupules à commettre de nouveaux délits; il aura appris à être plus prudent.

Comme nous le disions pour les petits délits, l'effet de dissuasion de la prison est contre balancé par des effets beaucoup plus déterminants; et la prison accroît la délinquance.

- Faire franchir à quelqu'un les portes de la prison est grave.

Le système de la détention préventive est ainsi fait et appliqué. 80 000 personnes sont entrées en maison d'arrêt en 1973 :

- Nombre d'entre elles aurait bénéficié d'un surcis.

Ce chiffre est impressionnant quand on sait qu'il concerne une fourchette d'âge réduite (population jeune mais ayant plus de 18 ans.

Il est vrai que les conditions qui ont fait commettre un délit ont des chances de se reproduire chez un même individu; mais dans la récidive il faut aussi tenir compte de l'influence déterminante du premier passage en prison.

- Juridiquement, la détention préventive n'est pas assimilable à une peine. Elle l'est de fait, car elle est déduite de la peine jugée. Il arrive que de longues préventions aboutissent à un non-lieu. Souvent, la peine faite en prévention dépasse celle normalement attribuée au délit. Dans ce cas, la peine jugée est augmentée jusqu'à celle subie en prévention et le détenu sort "à la barre".

- Lors d'une réunion avec de nombreux magistrats (notamment des juges d'instruction), nous avons demandé s'il avait été fait

une étude pour savoir dans quelle mesure le nombre et la durée des détentions préventives pourraient être réduits si l'effectif des magistrats et des policiers était rendu suffisant.

Il nous fut répondu qu'aucune étude n'avait été faite; nous en avons conclu qu'au niveau de la magistrature, il n'était pas envisagé que l'ordre des choses puissent changer.

- Il existe un formulaire imprimé qui est envoyé par le juge d'instruction au prévenu pour reconduire sa détention préventive à la fin du délai légal. Sur ce formulaire est mentionné l'ensemble des raisons qui nécessitent la prolongation d'une détention. Le juge a simplement à cocher les raisons qu'il retient ou fait une accolade devant la totalité.

Le côté systématique de ce formulaire nous semble le fait le plus significatif de la façon dont est tournée la loi et comment, d'exceptionnelle dans les textes, la détention préventive devient le moyen habituel, quasi obligatoire, d'instruire une affaire.

II. - ADMINISTRATION PENITENTIAIRE, SA BONNE VOLONTE, SON IMPUISSANCE, PLACE QUE PREND LE MEDECIN DANS CETTE ADMINISTRATION.

Ce n'est qu'en vivant dans la prison que l'on peut comprendre la vie carcérale.

L'administration pénitentiaire ressent les conséquences désastreuses de la détention préventive sur l'individu, et en conçoit (le plus souvent sans s'en rendre compte), une mauvaise conscience. Or, cette administration est parfaitement impuissante puisque ce sont les magistrats et non elle qui détiennent les clefs. Son seul pouvoir est d'aménager la détention. Or, comme nous le verrons, plus la détention est aménagée et adoucie, plus elle est dégradante et mal vécue.

L'administration essaye de se débarasser de la "faute" qu'on lui impute et sur laquelle elle ne peut pas agir.

Cela se traduit par une fuite permanente, un rejet de responsabilité (existant dans toute administration mais plus particulièrement évidante ici).

Sentant que de nombreux détenus sont dans une situation anormale et sachant ne rien pouvoir empêcher aux dégâts que cela entraîne, elle se limite à son rôle d'incarcération; c'est-à-dire de maintenir un temps donné un certain nombre de personnes dans un endroit clos; ceci dans les meilleures conditions de confort et de sécurité.

Sa bonne volonté est certaine, mais le problème est ailleurs.

Au niveau individuel la consigne est le meilleur reflet de la fuite des responsabilités: le surveillant est porteur d'une consigne (ouvrir une porte.... fouiller une cellule.... vérifier la présence ou l'absence d'individus dans un local). L'ensemble des consignes forme un système cohérent de détention.

L'individu disparaît totalement derrière sa consigne et n'a de compte à rendre que sur elle. (Il lui en est même implicitement donné l'ordre et le fait qu'un surveillant se lie d'amitié, ou même converse avec un détenu est très mal vu par l'administration).

De même, pour des raisons de sécurité, les surveillants sont régulièrement changés de poste afin de limiter leurs relations avec les détenus.

On ressent au niveau des surveillants un sentiment de frustration devant leur inexistance. (9)

On pourrait penser que les surveillants puissent acquérir une formation et un rôle d'éducateur, mais ce n'est envisageable que pour des détenus jugés; en détention préventive, l'expectative et l'incertitude sont trop grandes, les maisons d'arrêt ne pourront jamais être autre chose que des réservoirs à hommes avec des consignes de sécurité.

Pour les membres de l'administration, la seule façon de "n'y être pour rien" est de ne pas exister, fantômes porteurs de consigne, agis et n'agissant pas.

Le médecin s'il accepte sa condition, ne peut pas adopter cette attitude; il se doit d'assurer des soins efficaces et des soins réglementaires.

Relativement en marge des consignes de sécurité et de détention pour "raison médicale", il a le droit de se lier aux détenus, de faire admettre à l'infirmerie de faire transporter certains d'entre eux à l'hopital.

Il est un des rares à agir pour un résultat et non en vertu d'un réglement; ceci lui doit de se voir attribuer des responsabilités qui manquaient d'acquéreurs.

Prenons un exemple : Les prévenus qui sont pratiquement privés de toute possibilité d'expression verbale avec les juges d'instruction (et à un moindre degré avec l'administration pénitentiaire) adoptent un langage pervers (donc efficace) où ils mettent en jeu leur propre santé, voir même leur propre vie en faisant la grève de la faim, ou des tentatives d'auto-mutilations et de suicide. En effet, le détenu qui a avalé des clous ou des comprimés, qui a eu une insuffisance rénale après trente jours de grève de la faim, qui s'est ouvert l'artère humerale, met en cause son juge d'instruction et le rend responsable de son éventuel décès en lui disant, dans son langage

quelque chose que l'on pourrait traduire par : 'tu vois ce que tu m'as fait".

Si ces comportements ne leurs étaient pas adressés, on comprendrait alors mal la hantise qu'ils suscitent chez les magistrats et dans l'administration.

Or, dans cette relation bizarre, intervient le médecin. Une fois les comprimés pris, les clous avalés, l'artère ouverte ou la grève de la faim alarmante, le fait que ce soit une initiative du détenu adressée à un juge ou à l'administration disparaît complètement; restent un malade et son médecin. Si le détenu meurt, c'est que le médecin était mauvais.

Son rôle est de perfuser le gréviste, d'empêcher la perforation intestinale, de recoudre la phlébotomie.

Dans les faits, il supprime la provocation du détenu, et prend sur lui toute la relation.

D'une façon générale, dès que quelque chose n'est pas résolu par le règlement (ce peut être un détenu que l'on n'arrive pas à faire taire), la seule issue est d'appeler l'interne de garde qui pourra résoudre le conflit(notamment administrer des sédatifs) en prenant des initiatives pour raison médicale.

La possibilité qu'à le médecin de dépasser le règlement est très bien comprise par les détenus qui donnent toujours à leur langage pervers un impact médical.

Nous avons donc d'un côté une institution qui par la force des choses fuit, de l'autre le médecin qui professionnellement se doit de prendre ses responsabilités.

Nous terminerons ce paragraphe par un exemple significatif.

- Pour les détenus très agités, il existe un lit de contention (où le détenu est maintenu par des sangles). Ce lit de contention est mal vu et rarement utilisé (il rappelle trop la contention brutale des anciens cachots).

Quand un détenu est mis en contention, c'est une décision de l'administration (assimilable à une mesure disciplinaire) ; mais il ne peut être détaché que sous ordre ou contrôle médicale. Le médecin doit signer le cahier où est fait le rapport de contention en mentionnant si des soins ont été prodigués.

- c'est-à-dire qu'il est appelé au cours d'une situation qu'il n'a pas déclanchée et est obligé d'apposer le sceau médical à son dénouement. Le médecin se voit imposer dans les faits la responsabilité d'une apparente " raison médicale" à la contention (la détention n'assume plus la contention).

A ce propos, nous parlions de la contention brutale des anciens cachots, inacceptables dans les moeurs actuelles. Nous envisagerons la contention douce des nouvelles prisons, acceptée, voulue par le détenu lui-même, celle des tranquillisants et des neuroleptiques.

III. - STRUCTURES MEDICALES ET PSYCHIATRIQUES A LA SANTE

Quand on parle de la psychiatrisation d'une institution, il importe de décrire de façon précise les structures médicales et psychiatriques en place.

Nous expliquerons ensuite l'influence que peut avoir une division psychiatrique dans un univers clos comme la Santé, et comment on arrive à une psychiatrisation de la médecine somatique.

- Structures médicales à la Santé.

Un médecin chef consulte le matin; quatre internes se relayent à tour de rôle. Ils ont une consultation l'après-midi et assurent les urgences 24 heures sur 24.

- Des Spécialistes (dépistage et soins prophylactiques, ophtalmologie et O R L) assurent une consultation une à deux fois par semaine.

- Les soins dentaires et le dépistage antituberculeux ont lieu tous les jours.

- 9 infirmières dépendant d'une infirmière en chef, se chargent des soins, de la distribution des médicaments et de l'organisation du service médical (avec l'aide de 2 sécrétaires médicaux).

- Une infirmerie de trente lits reçoit les détenus ayant besoin de soins particuliers mais ne nécessitant pas une hospitalisation.

- Structures psychiatriques à la Santé.

Il a été créé (à titre expérimental) en 1966 le C M P (Centre Médico -psychologique, qui occupe une "division" (une aile des bâtiments de la Santé).

- Ce centre de 80 lits environ est animé par 8 psychiatres et 2 psychologues vacataires.

- Dans ce centre, les soins sont administrés par des surveillants (tenant lieu d'aides-soignants).

- Les psychiatres et psychologues prennant en charge les détenus de cette division et assurent les consultations de psychiatrie pour l'ensemble de la prison ainsi qu'un dépistage psychiatrique de chaque nouvel arrivant à la Santé.

Nous reparlerons à la fin de ce chapître du vent de folie que peut provoquer des structures psychiatriques importantes dans un milieu comme la Santé.

Pour l'instant, nous nous contenterons de dégager quelques états de fait.

- Un dépistage psychiatrique systématique chez des gens, qui, le plus souvent, n'avaient jamais eu l'idée de faire appel au psychiatre, peut susciter une demande dans ce sens et être ainsi un élément de psychiatrisation.

- La présence de psychiatres dans l'établissement ne dépasse pas 6 heures sur 24. Le reste du temps (notamment la nuit) c'est à l'interne en médecine de faire face aux nombreuses urgences de cette division psychiatrique.

De fait, il sera un être double considéré plus comme un psychiatre que comme un médecin somatique, et sera abordé comme tel par l'administration et par l'ensemble des détenus.

- Il existe de fréquentes permutations entre la division psychiatrique et le reste de la détention (nombre de détenus ont passé quelque temps en division psychiatrique).

D'autre part une grosse proportion des détenus sont suivis par des psychiatres.

- Par exemple au 20 Mai 1974 à la Santé, total des détenus : 1724

371 ont consulté au moins une fois un psychiatre (en dehors du dépistage systématique) soit 21%.

Parmi ces 371 , 80 d'entre eux sont à la division psychiatrique.

Il n'est pas question pour nous de défendre l'idée que soient exclus des gens suivis par des psychiatres; bien au contraire, nous pensons que le maximum doit être fait pour qu'ils soient réinsérés dans la Société et pour que celle-ci les accepte.

Cependant, en prison le problème est différent. Nous sommes dans un milieu où la promiscuité est inévitable et un détenu ne peut pas échapper à l'influence de ses camarades de cellule.

D'autre part, la demande latente d'être psychiatrisé est très forte chez le plus grand nombre.

Introduire dans l'ensemble de la prison des détenus ayant une très forte habitude de la psychiatrie ne va pas manquer de donner à cet ensemble un certain style.

Dans le langage psychiatrique le plus sophistiqué, les détenus vous expliquent qu'ils sont des malades irresponsables et que c'est à vous de les prendre en charge.

D'autre part, les détenus suivis par les psychiatres reçoivent des traitements importants, cela fait entrer dans les moeurs l'habitude d'une surconsommation de médicaments psychotropes et les autres détenus demandent des traitements analogues.

IV. - CONDITIONS DE VIE DU DETENU A LA SANTE

Ce paragraphe ne sera qu'une énumération sans ordre très particulier; nous signalerons les changements récents dans le mode de vie du détenu et nous concluerons en relevant les faits qui nous paraissent les plus importants.

La Santé se divise en 2 quartiers :

- La majorité des détenus sont au quartier "haut" à 4 par cellule.

- Une minorité sont au quartier "bas", seuls dans des cellules plus petites.

Le quartier "bas" contient également l'infirmerie, l'annexe psychiatrique, le quartier cellulaire(cellules de punition) et depuis peu un quartier de haute surveillance.

Le mode de vie au quartier haut est sensiblement le même que celui du quartier bas.

- Les détenus vivent donc à quatre dans une cellule d'environ 4m x 4, éclairée par une lucarne et le soir, par une ampoule éclectrique.

Au centre de cette cellule se trouve une table, de chaque côté 2 lits superposés et près de la porte, la cuvette des WC sur laquelle est placé un robinet d'eau froide pour boire et pour la toilette; (les détenus ont droit à une douche chaude 2 fois par semaine).

La nourriture, qui jadis était très insuffisante et de mauvaise qualité, est actuellement acceptable et copieuse quoique trop glucidique. Elle est apportée à la porte de la cellule.

- Les détenus peuvent recevoir et renvoyer des lettres, toutes ces lettres étant lues par l'administration pour des raisons de sécurité.

Ils ont droit à la visite de leur famille dans les "parloirs" (petit box où le détenu est séparé du ou des visiteurs par une grille). ces visites durent 20 minutes et ont lieu à peu près deux fois par semaine.

- La messe est dite tous les dimanches; les cultes protestants et israélites sont également assurés.

- des scéances de cinéma sont organisées; les détenus peuvent y aller tous les 15 jours.

Ils ont le droit d'afficher des photos sur les murs de leur cellule, de faire entrer des journaux, et récemment des lecteurs de "mini-cassette" qui ont été très rapidement et très habilement transformés en récepteur de radio.

Depuis, un changement assez récent, ils ont le droit de s'allonger sur leurs lits pendant la journée.

Les détenus qui le demandent peuvent travailler en cellule pour des ''concessionnaires"; il s'agit de travaux simples (enfiler des étiquettes, fabriquer des sacs en papier) et peu rénumérés : entre 15 et 20 Fr pour un travail de 8 à 10 H.

D'autre détenus sont "classés", c'est-à-dire qu'ils travaillent pour l'administration (cuisine, manutention, électricité, plomberie, comptabilité).

Il ne circule pas d'argent en prison, mais les détenus ont en comptabilité un "pécule" alimenté par leur travail et des mandats venus de l'extérieur. Le fait de "cantiner" consiste à faire entrer des marchandises (dont le prix est retenu sur le pécule). On peut cantiner :

- de la nourriture (fruit, légumes, lait, eau minérale,
- des plats cuisinés améliorant l'ordinaire
- des cigarettes (dont le nombre n'est plus limité depuis peu).
- de la bière (limitée à 3 boîtes pour 2 jours)
- des journaux etc.....

Il s'est installé un système de troc entre les détenus dont les monnaies d'échange sont surtout :

- des comprimés de médicaments psychotropes
- des cigarettes
- des boîtes de bière
- des timbres.

Le troc a rétabli des différences sociales et le détenu, qui, par exemple est assez riche pour faire entrer un grand nombre de paquets de cigarettes, obtiendra à peu près tout ce qu'il désire en biens (notamment en médicaments psychotropes ou en services).

Quand on examine ces conditions de vie, celles qui ont le plus d'incidence psychologique sont à notre avis :

- Fait que la présence en cellule peut atteindre 22 H 30 par jour puisque le temps de promenade, qui était de 1 heure a été récemment porté à 1 H 30 (les promenades ont lieu dans les "préaux" espace de 11 pas sur 5 limités par 3 murs et 1 grille; il y a 5 à 10 détenus par préau).

- Fait que les détenus dorment, mangent et défèquent en cellule.

- Possibilité qu'à le détenu de se procurer une quantité suffisante de médicaments psychotropes pour être d'une permanente dans un état d'indifférence et de somnolence.

- Possibilité d'être observé à chaque instant par un oeilleton sans voir celui qui vous regarde.

- possibilité d'être fouillé ainsi que ses affaires personnelles à n'importe quel moment.

Au total :

Le détenu ne peut pas retrouver en prison l'attitude narcissique qui l'équilibrerait. (2)

-violation de l'intimité : fouille, lecture du courrier, observation par l'oeilleton (en argot, le surveillant est appelé "maton"; mater veut dire regarder, en insistant sur le côté voyeur de celui qui regarde). Le "jeton de mate" donnait droit, dans les maisons closes, à voir ce qui se passait dans les chambres à travers les glaces sans tain.). (15)

- suppression de tout ce qui peut vous distinguer extérieurement d'autrui.

- impossibilité de s'exprimer.

Ces frustrations, et l'absence de moyens pour les surmonter, se traduisent par un morcellement de la personnalité; le détenu petit à petit a du mal à se reconnaître lui-même dans son enveloppe corporelle (qu'il mutile d'ailleurs volontiers). (2) (4)

D'un autre côté (cela sera l'objet d'un paragraphe), l'augmentation du confort, la consommation excessive de médicaments psychotropes, le fait que les concessions se multiplient et que la règle disparaisse, favorisent les attitudes d'abandon en en faisant le moyen priviligié de s'adapter au système.

V. - ELEMENTS QUI FONT DE LA DETENTION PREVENTIVE UN MILIEU PARTICULIEREMENT PATHOGENE

Nous avons déjà énuméré ceux qui sont dus au mode de vie du détenu; nous parlerons maintenant des aspects nocifs de l'institution elle-même par les situations qu'elle crée.

Nous aborderons sucessivement :

1º - Situation d'expectative prolongée en détention préventive.

2º - Disparition de la loi rigide mais rassurante.

3º - Régression orale et fait que le système favorise les attitudes d'abandon en en faisant le meilleur moyen de s'adapter pour le détenu

4º - Carence affective chez une population particulièrement immature.

5º - Psychiatrisation et vent de folie.

Nous nous contenterons de rappeler :

- L'absence de moyen d'expression qui fait se créer un langage pervers sans développer plus amplement ce point.

1º - Situation d'expectative prolongée en détention préventive.

Nous pensons que c'est la principale cause des problèmes qui se posent en détention préventive.

Le délinquant condamné sait à peu de chose près la date de sa sortie. Chaque jour qui passe réduit d'autant sa peine.

Le prévenu, lui, vit dans une double expectative; il ne connaît pas la durée de sa peine et ne sait pas non plus quand il sera jugé. Chaque jour, il se demande combien de mois il va passer en prison mais aussi dans combien de mois il connaîtra le montant de cette peine.

Cette attente, cette incertitude, quand elles se prolongent, sont des sentiments insupportables. La peine du prévenu est indéfinie puisqu'il n'en connaît pas l'issue et de ce fait, elle est vécue comme étant infinie.

Ceci se traduit par des faits déjà signalés.

- les tentatives de suicide et les actes d'auto-mutilation, les crises "hystériques" se voient dans l'immense majorité des cas chez des prévenus et non chez des détenus jugés.

- dès qu'ils sont jugés (même s'ils sont condamnés à des peines beaucoup plus lourdes que celles qu'ils envisageaient), on ressent chez les détenus un profond soulagement: ceci est bien connu des surveillants qui savent que le détenu le plus agité sera calme sitôt qu'il aura son verdict.

- à durée de temps égal, la peine vécue par un prévenu et celle vécue par un détenu condamné n'ont rien de commun.

- l'attente pour une personne libre est vécue dans un contexte dynamique. Elle peut par son action, par des démarches, influer (ou avoir l'impression d'influer) sur son issue Sans qu'elle s'en rende compte c'est cette action et ce sentiment

de modifier son destin qui lui rend l'attente supportable.

Le prévenu attend dans l'inaction la plus totale, occupé uniquement par ce sentiment d'expectative..... Il attend qu'on l'appelle; plusieurs mois ..... plusieurs années.

Si l'on considère les chiffres :

- population pénale au 1er Juillet 1974 (France)

prévenus	:	12 771
jugés	:	16 165

Ce chiffre des prévenus est presque égal à celui des jugés; c'est-à-dire que presque la moitié des peines se passe en détention préventive.

Le caractère exceptionnel de la détention préventive n'existe bien que dans les textes.

- La loi prévoit que le prévenu doit être vu au moins une fois tous les trois mois par son juge d'instruction. Or il est fréquent que cette clause ne soit pas remplie; cela montre l'immobilité du système judiciaire, immobilité due à sa surchage.

- Le prévenu ne sait jamais à l'avance quand son juge l'appellera pour lui dire ou en est son instruction.

S'il ne dispose pas de moyens financiers considérables, le détenu aura le plus souvent pour se défendre un avocat très désinvolte qui négligera de le voir ou qui oubliera ses rendez-vous.

Or, le prévenu jalonne son attente de dates où il devrait se passer quelque chose:

- réponse à une lettre qu'il a envoyée à son juge d'instruction.
- visite de l'avocat.
- réponse à une demande de liberté provisoire.

etc .....

A la date prévue il ne se passe le plus souvent rien, ou la réponse qu'il reçoit est négative. Il s'ensuit une période d'effondrement d'autant plus forte que le prévenu avait espéré un résultat.

2º - Disparition de la loi rigide mais rassurante.

Il s'agit de la fuite du père, phénomène bien général mais intolérable en prison où il s'avère que l'on ne pouvait pas faire cette économie.

Il fut un temps où le surveillant était un tortionnaire, la nourriture infecte, et le règlement draconien. On se battait pour un morceau de pain, les punis mangeaient un jour sur deux; les passages à tabac étaient monnaie courante et les mesures disciplinaires tombaient pour un battement de cils.

Le détenu pouvait à loisir détester son géôlier; il était l'objet de multiples stimulations agressives et utilisait toute son ingéniosité à éviter les sévices et se procurer à manger.

Le fait de détourner le règlement même d'une façon infime, était considéré comme une grande victoire.

Actuellement, le détenu, convenablement nourri se trouve devant une administration neutre, voire bienveillante, qui cherche avant tout à éviter le scandale et multiplie les concessions. Les brutalités de la part des surveillants sont formellement interdites et les punitions exceptionnelles.

Le règlement peut ne pas être observé avec la plus grande facilité.

C'est alors que l'on se rend compte que le détenu, (surtout le prévenu) ne pouvait supporter ses problèmes et la privation de liberté que dans la très forte relation sado-masochiste qu'il avait avec l'administration; les sévices physiques et les agressions dont il était l'objet, étaient pour lui le moyen de supporter son angoisse et d'échapper à l'ennui.

Actuellement devant une administration gratifiante, qui ne supporte plus d'être détestée et qui lui demande d'accepter sa propre détention, il se trouve face à lui-même et n'à qu'à s'en prendre qu'à lui. Ce qu'il fait en s'automutilant, en faisant la grève de la faim, en se détestant lui-même, en se suicidant.

Il est forcé d'assurer le rôle du sadique et celui du masochiste s'il veut retrouver l'ancienne relation qui lui permettait de s'équilibrer. Cela fait beaucoup pour un seul homme, surtout quand il est immature comme l'est la majorité des détenus, et on conçoit que cet équilibre soit des plus fragiles.

Il ne faut pas se tromper, l'aménagement de la détention est impossible; tout progrès social en détention passe par la suppression de celle-ci. Pour la prison, c'est être l'ancien cachot moyennageux ou ne pas être. La cage dorée est pire que tout.

3º - Régression orale et fait que le système favorise les attitudes d'abandon en en faisant le meilleur moyen de s'adapter pour le détenu

Une cellule est un milieu clos avec une porte.

La porte s'ouvre pour :

- distribuer la nourriture
- envoyer le détenu à la douche
- distribuer les médicaments
- envoyer le détenu chez l'avocat, le médecin, où à un parloir de famille.
- recueillir les détritus

etc.....

La vie du détenu est scandée par l'ouverture de cette porte par laquelle on lui distribue des choses et on lui dit ce qu'il doit faire.

Toute initiave, toute démarche pour se procurer quelque chose disparaît de la vie du détenu et rapidement, il perd cette idée qu'il faut agir pour avoir. Il se produit une régression au stade oral où il consomme ce qu'on lui présente, nourriture et médicaments (l'ingestion de corps étrangers traumatisants : clous, lames de rasoir ... est un mode d'expression d'une exceptionnelle fréquence en prison, où le détenu avale ce qui va lui faire du mal).

- Actuellement à la Santé, les médicaments psychotropes sont encore distribués sous forme de comprimés. Le détenu peut à loisir s'abstenir de les prendre ou non, se suicider avec.

On envisage pour des raisons de sécurité, de les distribuer dilués, la prise ayant lieu devant un surveillant; ce sera un nouveau pas de franchi dans cette régression orale).

Parallèlement à cette régression les attitudes d'abandon et de fuite vont en augmentant.

- Etat de léthargie permanente; le détenu est de plus en plus allongé et consomme de plus en plus de somnifères et de tranquillisants; il est fréquent d'être obligé de réveiller un détenu en pleine journée pour apprendre qu'il vous a appelé pour faire renouveler son traitement de somnifère.

- Diminution des demandes de travail en cellule.

- Accroissement des actes d'auto-mutilation et des tentatives de suicide où le détenu confie son sort, d'une façon ambigüe, aux mains de son médecin.

- Crises clastiques et "hystériques" où le détenu exprime sans se contenir son exaspération.

- Fait de s'en remettre au psychiatre et de demander l'indulgence que l'on prête aux déments.

En ce qui concerne les actes d'auto-mutilation, les tentatives de suicide et les crises nerveuses, ces actes désespérés ne donnent pas lieu à des sanctions. Au contraire, considérés comme des éléments de trouble dans l'institution, leurs auteurs voient leurs revendications aboutir; l'administration pensant ainsi obtenir un retour au calme. (Le résultat est inverse car ces actes deviennent ainsi la meilleure façon d'obtenir).

On voit mal pourquoi le détenu ferait des efforts de dignité quand tout est fait pour qu'il se laisse aller.

4º - Carence affective dans une population immature

Nous avons déjà vu que toute relation humaine entre surveillants et détenus est impossible et implicitement interdite par le règlement.

D'autre part, il s'établit très rarement des liens d'amitié solides entre les détenus: ceci pour plusieurs raisons :

- on ne peut se supporter dans une cellule toute la journée qu'en gardant des distances.

- Il existe toujours une méfiance et le mythe du "mouton" est très fort (le mouton est celui qui espère une libération anticipée en fournissant à la police des renseignements sur ses coodétenus).

- les changements d'affectation des détenus sont fréquents.

La prison est donc un désert affectif où chacun est voué à la solitude; or les truands sont une population qui frappe par la médiocrité de son niveau intellectuel et sa grande immaturité.

Ceci se voit surtout à l'attachement maladif qu'ils portent à leur mère, et aux réactions infantiles qu'ils adoptent en cas de conflit.

L'entrée en prison, en les sortant brutalement de leur milieu et en cassant les liens qui leur permettaient de s'équilibrer est souvent la cause d'une décompensation brutale pous des gens qui ne sont pas armés pour supporter la solitude comme le seraient des intellectuels comme par exemple les bénédictins.

5º - Psychiatrisation et vent de folie

C'est reprendre une vieille polémique que de dire qu'il n'y aurait pas de fous s'il n'y avait pas de psychiatres; ceci dépasse probablement la vérité, mais on est obligé de remarquer que le fou est la raison d'être du psychiatre, et que cela rend souvent l'inverse vrai. (3)

A la Santé, on conçoit que les gens aient des problèmes et qu'ils soient dans une situation psychologiquement insupportable.

Il est tentant dans ce cas de fuir en basculant dans l'incohérence et l'irresponsabilité du dément.

En entrant dans la prison, les psychiatres ont donné un statut au dément; ils lui ont permis d'exister en tant que tel (puisqu'ils sont là pour cela).

La proximité du psychiatre est donc nocive car elle apporte l'option de la fuite qui n'existait pas avant; on envisage facilement que l'on reste sain d'esprit beaucoup plus longtemps quand on n'a pas les moyens d'être fou.

Ce problème a un autre aspect. Comme nous l'avons vu, une grosse proportion des détenus sont suivis par des psychiatres et il y a de fréquents échanges de détenus entre la division psychiatrique et le reste de la prison. Si bien que l'étiquette d'aliéné s'étend implicitement à l'ensemble des détenus.

Ils sont abordés comme des aliénés et peu à peu répondent comme tels.

Au total, nous constatons à la Santé une aliénation croissante et nous en rendons en partie responsable l'extension des structures psychiatriques.

R E M A R Q U E

L'idée que le fait d'être fou permette une libération anticipée ou un passage en hôpital psychiatrique (permettant de s'évader) est très forte chez les truands.

Ce mythe existe depuis très longtemps et a même donné une expression d'argot ''battre la folie" pour parler de celui qui simule la démence à ces fins.

Cette demande particulière est particulièrement lucide de psychiatrisation de la part du détenu, n'est en aucun cas imputable aux psychiatres mais la présence de ceux-ci en grand nombre et de façon organisée augmente le nombre de détenus qui choisissent cette option.

CHAPITRE II - DEMANDE ET CONSOMMATION DE MEDICAMENTS PSYCHOTROPES A LA MAISON D'ARRET DE LA SANTE PENDANT LES ANNEES 1969, 1970, 1971, 1972 et 1973.

A) RAISONS DE LA DEMANDE D'UNE FORTE CONSOMMATION DE MEDICAMENTS PSYCHOTROPES PAR LES DETENUS VUE SOUS L'ANGLE :

- du détenu lui-même
- de l'Administration
- du médecin.

1º) - Demande du détenu

Nous nous proposons donc de dégager les principales causes de demandes en médicaments psychotropes par le détenu à la Santé :

- L'état de neurotonie extrême des détenus est un des faits les plus marquants que l'on rencontre dans l'exercice de la médecine dans cet établissement. Ceci donne à cette médecine un tour particulier :

- à l'examen, les gens sont contractés, les abdomens tendus; il faut longtemps pour obtenir une certaine relaxation

- les manifestations de l'angoisse (douleurs précordiales, dyspnée, tachycardie sinusale) sont parmi les motifs les plus fréquents de consultation.

- fréquence des crises d'agitation de détenus au paroxysme de l'exaspération et que l'on a trop facilement tendance à qualifier "d'hystériques" (dans ce cas, on remarque que la prison abaisse considérablement le seuil de l'hystérie). (6)

- Fréquence également des troubles psycho-somatiques notamment les ulcères gastro duodénaux. (1)

Nous attribuerons cette neurotonie avant tout à la situation d'expectative prolongée du prévenu et à un moindre degré; à la présence en cellule 22 heures sur 24.

Quoiqu'il en soit, elle se traduit par une véritable douleur physique, et nous comprendrons à quel point le tranquillisant en levant cette crispation, peut être vue comme un soulagement. Les détenus dans cet état de nervosité ne peuvent pas s'endormir sans tranquillisant ou sans somnifère.

- Les médicaments psychotropes (tranquillisants et somnifères) diminuent le temps ressenti. Or la peine de prison se traduit par une durée (c'est la condamnation à l'ennui pendant un certain temps). Les détenus, de plus en plus tournent le problème en transformant leur passage en prison en cure de sommeil (certains dorment 20 heures par jour). Il faut remarquer que cela n'est possible que depuis la modification récente du règlement permettant aux détenus d'être allongés pendant la journée.

- Les médicaments psychotropes sont utilisés fréquemment lors de tentatives de suicide. Leur stockage et leur dissimulation peut être vu comme une marque d'indépendance vis à vis de l'administration qui fouille régulièrement les cellules. De même la tentative de suicide est un mode d'expression pervers et efficace (chapitre I).

L'idée de mort est très proche de l'idée de sommeil (qui est une mort temporaire); on a l'impression que le détenu qui prend une dose massive de comprimés ne fait pas la distinction entre la mort temporaire (qu'est un très long sommeil) et son éventuel décès (qui est un sommeil définitif), et s'en remet au hasard. (De toute façon, celui qui dit vouloir mourir ne sait pas ce qu'est sa mort et la définie par l'absence de ce qu'il ressent être son existance.

En dehors des tentatives de suicide comme mode d'expression, la prison prête au suicide dans ce sens que l'on s'y ennuie, que l'existance des gens est suffisamment éteinte, et leurs personnalité suffisamment morcelée pour que l'idée de la mort n'évoque pas un changement trop angoissant.

- Les comprimés de médicaments psychotropes sont le principal moyen de troc à l'intérieur de la prison et permettent d'obtenir notamment des paquets de cigarettes.

L'approvisionnement en cigarettes n'est plus limité et le détenu qui a des moyens suffisant peut se procurer autant de comprimés qu'il le désire (notamment une dose léthale ou des doses quotidiennes telles qu'elles entraînent une véritable toxicomanie).

De même les détenus démunis demandent un traitement de somnifères uniquement pour se procurer des cigarettes.

On s'était rendu compte à un moment que :

1 comprimé de Mérinax[R]	équivalait à	2 paquets de cigarette
1 comprimé de Valium 10	équivalait à	1 paquet de cigarette
1 comprimé de Seresta 50	équivalait à	1 paquet de cigarette

1 comprimé de Mogadon[R] n'est échangeable contre rien.

2°) - Demande de l'administration en ce qui concerne la consommation des médicaments psychotropes par les détenus.

Cela semble paradoxal mais, privée de moyens brutaux de contention, l'administration ne peut perpétuer la détention qu'en la faisant accepter au détenu lui-même. Cela passe forcément par une psychiatrisation douce ou féroce.

- psychiatrisation douce : Le détenu gavé de tranquillisants accepte ses barreaux; il est adapté à la détention dans un état permanent d'euphorie. La psychiatrisation est douce parce que c'est le détenu lui-même qui demande les tranquillisants.

- psychiatrisation féroce : Faire administrer impérativement par le médecin une dose massive de sédatifs dans les cas de rebellion; jadis justiciables de brutalités (nous évoquerons les problèmes que cela pose au médecin).

L'administration sait que le système tient grâce à une large diffusion de sédatifs.

Au médecin de se rendre compte du rôle qu'il prend en prescrivant.

3º) - Demande du médecin en ce qui concerne la prescription de médicaments psychotropes aux détenus

Le plus souvent, le médecin est parfaitement conscient que ces prescriptions sont à long terme un agent de régression qui adapte le prévenu à la détention et permettent la survie d'un système néfaste.

Cela n'empêche que le plus souvent il prescrit (ou plutôt il répond à la demande du détenu car c'est très rarement lui qui prend l'initiative;et les doses qu'il prescrit sont le plus souvent en dessous de celles qui lui sont demandées).

Il ressent l'angoisse, l'ennui, l'exaspération de son patient et il lui est difficile de refuser des médicaments qui soulagent à court terme pour des considérations théoriques à long terme.

D'autre part, une fois qu'un traitement de sédatif est accordé à un détenu, il est délicat d'établir les raisons qui feront refuser au médecin le même traitement à un autre détenu.

Refuser un traitement le met en situation de conflit intense avec son patient; il ne lui est pas possible d'assumer ce type de relation avec l'ensemble de ses malades.

Remarquons enfin qu'au dehors n'importe qui obtient le traitement sédatif qu'il désire (ne serait ce qu'en changeant de médecin si celui-ci refuse) et il n'y aurait qu'en prison qu'il en serait autrement (le malade n'ayant pas le choix de son médecin).

Au total, même en connaissant leur novicité il est très difficile au médecin de refuser les sédatifs qui lui sont demandés; cela vient du fait que c'est le détenu lui-même qui demande au médecin des moyens de supporter l'incarcération.

Conclusion. -

De même que l'invention de l'automobile a rendu impossibles les voyages en diligence et celle de l'électricité a supprimé l'éclairage à la bougie, l'invention des médicaments psychotropes rend impossible leur consommation raisonnable c'est-à-dire limitée et réduite.

Tout progrès technique donne lieu à une facilité plus grande, et de se créer un nouveau mode de vie, un nouvel équilibre, incluant cette facilité nouvelle.

Tout retour en arrière est du domaine de l'effort gratuit, c'est-à-dire possible pour quelques uns, impossible pour une population (on envisage mal par exemple que les français se remettent à la bougie sans qu'on leur coupe l'électricité).

Il existe des médicaments qui suppriment l'angoisse et l'ennui; et l'existence même de ces substances rendent l'angoisse et l'ennui insupportables; leur consommation devient impérative.

Le progrès ne laisse pas le choix et c'est une utopie de penser qu'un jour les choses n'aillent plus dans le sens de ce "progrès" c'est-à-dire de la facilité.

B) CONSOMMATION EN MEDICAMENTS PSYCHOTROPES A LA MAISON D'ARRET DE LA SANTE.

ETUDE PORTANT SUR LES ANNEES 1969,1970,1971,1972 et 1973.

L'intérêt de cette étude est d'étayer de façon quantifiable des faits qui sont exposés par ailleurs.

Nous établirons dans un premier temps la consommation annuelle de chaque spécialité par une population fixe ramenée arbitrairement à 1 000 détenus (consommation de 1 000 détenus année).

A partir de ces chiffres, nous dégagerons des notions plus globales de consommation.

Nous adopterons le plan qui suit :

- qui prescrit et qui distribue.
- Période étudiée
- Liste des médicaments retenus dans cette étude.
- consommation annuelle de chaque spécialité, documents utilisés, méthode de travail, unités retenues.
- nécessité de définir des posologies quotidiennes moyennes pour faire des équivalences entre les médicaments d'effet voisin, intérêt de distinguer les médicaments à action plus particulièrement sédative, résultats.
- nombre de traitements distribués en moyenne chaque jour de l'année pour 1 000 détenus pendant la période étudiée.
- interprétation des résultats.

Qui prescrit ?

Théoriquement seuls les médecins, les psychiatres et les internes en médecine prescrivent; toutefois il arrive que quelques comprimés soient donnés par des surveillants sans qu'il y ait prescription médicale, cela reste pour l'instant exceptionnel.

Qui distribue ?

Les médicaments sont distribués par les infirmières et les infirmiers de l'établissement dans des sacs préparés à l'avance, en principe,à la Santé, les surveillants ne distribuent pas de traitement.

Pour des raisons de sécurité les barbituriques ne sont pas distribués sous forme de comprimés (aisément stockables), ils sont donnés dilués ou en suppositoires.

Période étudiée (1969,1970,1971,1972 et 1973

Notre étude porte sur la consommation de tous les détenus, y compris ceux de la division psychiatrique; étant donné les nombreuses permutations de détenus entre cette division et le reste de la détention, il n'a pas été possible de définir deux populations distinctes. (10)

Il est certain que l'existance d'une annexe psychiatrique au sein de la Santé modifie la proportion des détenus justifiant un traitement psychotrope. Cette annexe a été crée en 1966, soit trois ans avant la période que nous étudions.

De 1969 à 1973 les structures médicales et psychiatriques sont restées identiques et on peut penser que les critères de recrutement des détenus n'ont pas varié pendant ce temps.

Médicaments retenus dans cette étude

Nous n'avons pas retenu les médicaments qui tout en possédant une action psychotrope ne sont pas utilisés dans ce but comme par exemple : le Phénergan^{R} (prométhazine).

De même ne sera pas étudié la consommation de médicaments anti comitiaux : Gardénal^{R} (phénobarbital), Di-Hydan^{R} (diphénylhydantoïne) Arténal^{R} (phénobarbital + amphétamine), Depakine^{R}, Tegretol^{R} ..... car ils sont censés traiter une affectation somatique précise.

Les médicaments que l'on associe habituellement aux médicaments psychotropes : Artane^{R} (trihexyphénidyle), Hept-A-Myl (heptaminol) ne seront pas étudiés non plus, car ce sont des adjuvants d'un traitement neuroleptique.

Les médicaments que nous gardons seront donc ceux qui ont une action exclusivement psychotrope ou qui sont utilisés dans ce seul but. Par exemple le Théralène^{R} (alimémazine) qui est un antihistaminique n'est utilisé à la Santé que pour ses vertues hypnotiques.

Liste des médicaments psychotropes utilisés à la Santé entre 1969 et 1973, retenus dans cette étude.

- Neuroleptiques sédatifs

Nozinan^{R} (lérométpromazine)

Largactil^{R} (chlorpromazine)

Melleril^{R} (thioridazine)

Neuleptil^{R} (propériciazine)

Dogmatil^{R} (sulpiride)

- Neuroleptiques Incisifs

Dipipéron^{R} (pipamperone)

Halopéridol^{R} (butyrophénone)

Moditen^{R} (fluphénazine)

Tripéridol^{R} (Triflupéridol)

Terfluzine^{R} (Trifluopérazine)

Majeptil^{R} (Thiopropérazine)

Droleptan^{R} (Dropéridol)

- Tranquillisants

Seresta^{R} (oxazépam)

Valium^{R} (diazépam)

Librium^{R} (chlordiazépoxide)

Tranxène^{R} (chlorazépate)

Atarax^{R} (hydroxyzine)

Equanil^{R} (méprobamate)

- Hypnotiques non barbituriques

Mérinax[R] (hexapropymate)

Mandrax[R] (methaquatone + diphénhydramine)

Théralène[R] (alimémazine)

Mogadon[R] (nitrazépam)

Mépronizine[R] (méprobamete + acéprométazine)

- Hypnotiques barbituriques

Nembutal[R] (mébobarbital)

Imménoctal[R] (secobarbital)

Supponoctal[R] (amobarbital + secobarbital)

Supponeryl[R] (butobarbital)

Eunoctal[R] (amobarbital)

Binoctal[R] (amobarbital + secobarbital)

- Anti dépresseurs

Anafranil[R] (clomipramine)

Tofranil[R] (imipramine)

Surmontil[R] (triméprimine)

Laroxyl[R] (amitriptyline)

Elavil[R] (amitriptyline)

Quitaxon[R] (Doxépine)

Mutanxion[R] (perphénazine + amitriptyline)

Insidon[R] (opipramol)

Remarque. -

Ce travail étant destiné à des médecins, pour plus de simplicité nous ne conserverons par la suite que les noms commerciaux des médicaments.

Consommation annuelle de chaque spécialité;
Documents utilisés, méthode de travail.

La consommation sera déduite de la quantité de médicaments qui sont entrés à la Santé à différentes époques.

Il a été en effet impossible de calculer directement la consommation des détenus.

Celle-ci sera donc légèrement inférieure aux chiffres trouvés pour deux raisons principales :

- Une partie sera détournée par le personnel, mais cela est peu important car les médicaments sont distribués par les infirmières et les infirmiers; et tous les médicaments psychotropes sont enfermés pour des raisons de sécurité.

- Une partie sera distribuée et non consommée; cela est également infime, les comprimés de médicaments psychotropes étant un moyen de troc. Ils atteignent tôt ou tard un consommateur. (La prescription étant inférieure à la demande, les médicaments psychotropes sont des denrées avidement recherchées par les détenus et en prison beaucoup moins qu'ailleurs il n'y a de gaspillage dans ce domaine).

- On peut donc penser que la consommation réelle des détenus est très voisine de la quantité commandée par l'administration pour fournir les traitements prescripts par les médecins.

- D'autre part, si l'on admet que la quantité perdue ou détournée est proportionnelle à la consommation, les taux de variation des commandes d'une année sur l'autre donnent une idée à peu près exacte des taux de variation de la consommation réelle.

- Comme nous l'avons déjà dit, il n'a pas été possible de distinguer la consommation des détenus de l'annexe psychiatrique de celle de l'ensemble de la prison, car les passages d'un milieu à l'autre sont très fréquents.

- Pour connaître la consommation annuelle des différents médicaments nous nous sommes servi des registres où sont relevées chaque jour les commandes et les factures de pharmacie.

Les factures émanantes des laboratoires prouvent qu'il a été donné suite à la commande de la Santé et que les médicaments sont rentrés. D'autre part en faisant correspondre les quantités commandées et le montant payé nous avons pu nous assurer qu'il n'y avait pas eu d'erreur de transcription de chiffre.

Ces divers recoupements ont permis de faire ce travail de relevé avec exactitude.

- Dans un premier temps nous avons retenu toutes les commandes de médicaments psychotropes répondant aux critères précédemment définis; ceci sur une année.

- Dans un deuxième temps nous avons fait la somme des quantités commandées de chaque spécialité dans l'année en convertissant tout en mg de principe actif ou en comprimé-unité, ce qui revient au même.
(soit par exemple en comprimés de Valium® 10, en faisant :
1 comprimé Valium® 10 = 2 comprimés Valium® 5 = 5 comprimés Valium® 2 = 1 ml de sol à 1% = 10 mg de Diazépam).

Les quantités commandées pendant les années étudiées ne pouvaient pas donner lieu à des comparaisons d'une année sur l'autre, puisque l'effectif de la Santé variant chaque jour, on n'avait pas affaire à une population fixe.

Quand on étudie une consommation l'effectif moyen pour une année est obtenu en faisant une moyenne arithmétique; c'est la somme du nombre de journées -détenus d'une année (qui n'est autre que la somme de tous les effectifs quotidiens de l'année) divisée par le nombre de jours de l'année soit :

Effectif moyen pour une année :

$$= \frac{\text{Somme des 365 (ou 366) effectifs quotidiens de l'année}}{365 \quad (\text{ou } 366)}$$

Nous avons relevé les effectifs de chaque jour sur les registres de l'administration.

On obtient ainsi :

- Effectif moyen de la Santé :

en 1969 : 2 365 détenus

en 1970 : 2 188 détenus

en 1971 : 2 060 détenus

en 1972 : 2 164 détenus

en 1973 : 1 789 détenus.

(La diminution des effectifs est due à l'ouverture progressive de la prison de Fleury Mérogis).

La consommation annuelle pour 1 000 détenus sera donc obtenue par une règle de trois.

Consommation annuelle par 1 000 détenus =

$$\frac{\text{Consommation par la totalité des détenus pendant l'année}}{\text{Effectif moyen de la Santé cette année}} \times 1000$$

(Comme nous l'avons dit, nous n'avons pu faire cette étude qu'en assimilant la consommation par la totalité des détenus pour une année à la quantité commandée et livrée cette même année).

- Raisons qui nous ont fait prendre l'année comme unité de temps dans la période étudiée.

- L'année est un cycle climatique rituel (fêtes de Noël, Pâques etc ....) et social (vacances des magistrats .....).
On s'aperçoit que le climat, les fêtes et tout ce qui influe sur le déroulement des instructions est ressenti de façon très vive dans un univers clos comme la prison et où tout ce qui peut évoquer des souvenirs prend une dimension considérable.

Ceci à une incidence sur la demande et la consommation en médicaments psychotropes.

Si nous prenons comme unité de temps la totalité du cycle; c'est-à-dire l'année complète, nous n'aurons pas à tenir compte de ces facteurs de variation de consommation.

- L'étude porte sur les commandes de médicaments et non sur la consommation réelle : il existe donc un stock avant la première et après la dernière commande étudiée.

La différence entre ces deux stocks ne devient une erreur négligeable que si elle est répartie sur une durée suffisamment longue (elle est inversement proportionnelle à la durée). Les commandes sont suffisamment fréquentes pour que les stocks soient peu importants.

- Raisons qui nous fait étudier la consommation annuelle de 1 000 détenus.

Ceci est évidemment un artifice et cette consommation n'est autre que 1 000 fois la consommation moyenne d'un détenu-année.

Parler de la consommation d'individu-année impliquait trop que chaque individu est un consommateur. Dans le cas que nous étudions, il s'agit d'une population dont seulement une certaine fraction (que nous ne pouvons pas évaluer) est faite de consommateurs. (Si 20% des détenus, par exemple, consomment des médicaments psychotropes, leur consommation moyenne sera 5 fois plus forte que la consommation moyenne d'1 détenu-année).

Nous avons choisi une population de 1 000 détenus pour simplifier.

Consommation approximative en médicaments psychotropes par 1 000 détenus de la Maison d'Arrêt de la Santé à Paris pendant les années 1969,1970,1971,1972 et 1973.
(étant supposé que la quantité commandée et la quantité consommée sont voisines).

- Neuroleptiques sédatifs.

Quantité annuelle pour 1000 détenus exprimée en milligrammes.

	1969	1970	1971	1972	1973
Nozinan[R]	222.940mg	710.695mg	741.505mg	641.175mg	897.848mg
Largactil[R]	565.540mg	1.177.445mg	655.340mg	554.530mg	518.446mg
Melleril[R]	3.383mg	462.523mg	198.058mg	129.390mg	290.665mg
Neuleptil[R]	10.571mg	91.636mg	206.553mg	23.105mg	55.897mg

Le Dogmatil[R] est étudié séparément du fait de ses indications plus particulières.

	1969	1970	1971	1972	1973
Dogmatil[R]	25.370mg	179.388mg	1.033.980mg	381.238mg	1.140.302mg

- Neuroleptiques incisifs.

Quantité annuelle pour 1 000 détenus exprimée en milligrammes.

	1969	1970	1971	1972	1973
Dipipéron[R]			81.560mg	212.560mg	223.600mg
Halopéridol[R]	13.368mg	22.281mg	34.466mg	33.133mg	
Moditen[R]		36.563mg	48.544mg	18.484mg	22.359mg
Tripéridol[R]			486mg		
Terfluzine[R]			87.378mg		
Majeptil[R]				92mg	
Droleptan[R]				462mg	

- Tranquillisants.

Les tranquillisants seront convertis en comprimés les plus fortement dosés qui serviront d'unité.

(Par exemple 5 Seresta 10 = 1 Seresta 50).

	1969	1970	1971	1972	1973
Seresta[R] en comprimés de Seresta 50 (50mg)	2.469cps	32.655cps	61.044cps	76.044cps	76.300cps
Valium[R] en comprimés de Valium 10 (10mg)	41.569cps	38.812cps	46.141cps	40.642cps	83.801cps
Librium[R] en comprimés de Librium 10 (10mg)	1.057cps	343cps	1.700cps	1.155cps	1.118cps
Tranxène[R] en comprimés de Tranxène 10 (10mg)				531cps	5.310cps
Atarax[R] en comprimés					950cps
Equanil[R] en comprimés de (400mg)	2.940cps	4.296cps	3.786cps	4.275cps	1.400cps

- Hypnotiques non barbituriques.

La consommation sera exprimée en comprimés à l'exception du Théralène qui sera exprimé en mg.

	1969	1970	1971	1972	1973
Merinax R en comprimés		6.931cps	22.621cps	20.795cps	81.189cps
Mandrax R en comprimés			1.845cps	54.529cps	
Théralène R en mg	106.765mg	845.521mg	1.392.718mg	739.371mg	898.546mg
Mogadon R en comprimés			146cps	924cps	19.843cps
Mepronizine R en comprimés					2.236cps

- Hypnotiques barbituriques.

Le Binoctal[R] sera exprimé en comprimés, les autres en suppositoires; le Nembutal[R] qui a deux dosages sera exprimé en suppositoires de 120mg.

	1969	1970	1971	1972	1973
Nembutal[R] suppositoires (120mg)	3.032supp.	1.394supp.	1.092supp.	462supp.	3.758supp
Imménoctal[R] suppositoires	1.184supp.	1.737supp.	146supp.		
Supponoctal[R] suppositoires	1.522supp.	4.268supp.	1.019supp.	1.525supp.	
Supponéryl[R] suppositoires	2.960supp.	2.834supp.			
Eunoctal[R] suppositoires	1.268supp.	274supp.			
Binoctal[R] comprimés	1.991cps	437cps		693cps.	

- Anti-dépresseurs

La consommation sera exprimée en comprimés, le Quitaxon[R] qui a plusieurs dosages sera converti en comprimé fort (50mg)

	1969	1970	1971	1972	1973
Anafranil[R] comprimés (25mg)			36.408cps	11.553cps	58.692cps
Tofranil[R] comprimés (25mg)		1.714cps		24.261cps	
Surmontil[R] comprimés (25mg)		28.336cps	6.068cps	22.181cps	69.871cps
Laroxyl[R] comprimés (25mg)	27.061cps	77.011cps		43.323cps	469.536cps
Elavil[R] comprimés (25mg)	31.712cps	571cps			71.269cps
Insidon[R] comprimés (50mg)					5.590cps
Quitaxon[R] comprimés (50mg)			1.432cps	2.914cps	11.626cps
Mutanxion[R] comprimés		1.417cps	2.160cps	2.311cps	1.118cps

Nécessité de définir des posologies quotidiennes moyennes
Pour faire des équivalences entre des médicaments d'effet voisin.
Intérêt de distinguer les médicaments à action plus particulièrement sédative.

Résultats. -

Il faut reprendre les chiffres précédemment établis si l'on veut avoir une idée plus générale de l'évolution de la consommation en médicaments psychotropes à la santé.

Le moyen le plus clair nous semble de définir des posologies quotidiennes moyennes de chaque spécialité afin d'établir des correspondances entre les différents médicaments.

Ceci est tout à fait artificiel puisque les doses réellement prises sont très variables d'un détenu à l'autre et que du fait du troc des médicaments, il y a une redistribution qui fait qu'on ne peut pas connaître le nombre de consommateurs ni l'importance de leurs prises (car elles ne correspondent pas aux prescriptions).

Il serait donc illusoire de vouloir déduire la proportion de détenus qui consomme effectivement des médicaments psychotropes à partir des chiffres que nous allons donner.

Nous voulons seulement établir combien environ de traitements quotidiens moyens de chaque spécialité sont distribués chaque année pour 1 000 détenus.

Ensuite nous pourrons faire la somme des traitements d'effet qualitativement et quantitativement semblables et nous en déduirons combien de traitements quotidiens moyens d'un type donné sont distribués pour 1 000 détenus chaque année; ou en moyenne chaque jour (en divisant par le nombre de jours de l'année).

C'est le P. SIMON (responsable du Service de Pharmacologie au CHU de la Pitié à PARIS), qui nous a fixé les posologies moyennes et les équivalences entre chaque médicament. (14)

Les posologies des médicaments ayant un effet plus particulièrement sédatif (Neuroleptiques sédatifs, tranquillisants et parmi les anti-dépresseurs : le Quitaxon^{R} et le Mutanxion^{R}), seront calculées en fonction d'un effet sédatif analogue; cela permettra par la suite de regrouper les traitements par ces médicaments en une seule rubrique. En effet, il nous a semblé intéressant d'étudier séparément ces médicaments que l'on peut assimiler à un moyen chimique de détention et d'adaptation passive du détenu à la prison.

NEUROLEPTIQUES SEDATIFS

- Traitements quotidiens moyens équivalents retenus : (tableau 1)

- 50mg de Nozinan^{R} soit 50mg de Leromépromazine
- 50mg de Largactil^{R} soit 50mg de Chlorpromazine
- 100mg de Melleril^{R} soit 100mg de Thioridazine
- 10mg de Neuleptil^{R} soit 10mg de Propériciazine

Résultats. - (Tableau 2)

Nombre de traitements quotidiens moyens équivalents précédemment définis, distribués pour 1 000 détenus à la Maison d'arrêt de la Santé pendant les années 1969,1970,1971,1972 et 1973.

	1969	1970	1971	1972	1973
Nozinan[R]	4.459	14.214	14.830	12.823	17.957
Largactil[R]	11.311	23.549	13.107	11.091	10.369
Melleril[R]	34	4.625	1.980	1.294	2.907
Neuleptil[R]	1.057	9.164	20.655	2.310	5.590
Total...	16.861	51.552	50.572	27.518	36.823

Tableau 3.-

Le Dogmatil[R] (sulpiride) ne sera pas inclus dans les médicaments à effet particulièrement sédatif.

	1969	1970	1971	1972	1973
Dogmatil[R]	5.127	897	5.170	1.906	5.707

NEUROLEPTIQUES INCISIFS

- Traitements moyens quotidiens équivalents retenus. (Tableau

3 comprimés	de Dipipéron[R]	soit 3 fois	40mg de Pipamperone
2 mg	de Halopéridol[R]	soit	2mg de Butyrophénone
50 mg	de Moditen[R]	soit	50mg de Fluphénazine
3 mg	de Tripéridol[R]	soit	3mg de Triflupéridol
30 mg	de Terfluzine[R]	soit	30mg de Trifluopérazine
4 mg	de Majeptil[R]	soit	4mg de Thiopropérazine
50 mg	de Droleptan[R]	soit	50mg de Dropéridol

Résultats. - (Tableau 5)

Nombre de traitements quotidiens moyens équivalents précédemment définis, distribués pour 1 000 détenus à la Maison d'Arrêt de la Santé pendant les années 1969,1970,1971,1972 et 1973.

	1969	1970	1971	1972	1973
Dipipéron[R]			680	1.771	1.863
Halopéridol[R]	6.684	11.140	17.233	16.566	
Moditen[R]		731	971	370	447
Tripéridol[R]			162		
Terfluzine[R]			2.913		
Majeptil[R]				23	
Droleptan[R]				9	
Total....	6.684	11.871	21.959	18.739	2.310

TRANQUILLISANTS.

(Les doses quotidiennes moyennes retenues ont un effet sédatif analogue à celui des traitements de Neuroleptiques sédatifs précédemment définis).

- Traitements moyens quotidiens équivalents retenus. (Tableau 6)

3 comprimés Seresta 50R soit 3 fois 50 mg d'Oxazépam

3 comprimés Valium 10R soit 3 fois 10 mg de Diazépam

3 comprimés Librium 10R soit 3 fois 10 mg de Chloridiazépoxide

3 comprimés Tranxène 10R soit 3 fois 10 mg de Clorazépate

3 comprimés AtaraxR soit 3 fois 25 mg d'Hydroxyzine

3 comprimés EquanilR soit 3 fois 400 mg de Meprobamate

Remarque : Le ValiumR et le SerestaR représentent à eux deux :

92% des traitements de tranquillisants en 1969
94% " " en 1970
95% " " en 1971,1972,1973.

Résultats. (Tableau 7)

Nombre de traitements quotidiens moyens équivalents précédemment définis, distribués pour 1 000 détenus à la Maison d'Arrêt de la Santé pendant les années 1969,1970,1971,1972 et 1973.

	1969	1970	1971	1972	1973
SerestaR	823	10.885	20.348	25.655	25.433
ValiumR	13.856	12.937	15.380	13.547	27.934
LibriumR	352	114	567	385	373
TranxèneR				177	1.770
AtaraxR					317
EquanilR	980	1.432	1.262	1.425	467
Total...	16.011	25.368	37.557	41.189	56.294

HYPNOTIQUES.

- Les barbituriques sont peu utilisés car, distribués sous forme de suppositoires(pour éviter des prises massives), ils sont rarement demandés par les détenus.

- Nous ne ferons pas de distinction entre les hypnotiques barbituriques et non barbituriques.

- Le Mogadon[R] est moins actif que les autres spécialités mais comme il ne représente qu'une très faible proportion des hypnotiques distribués à la Santé, le fait de le faire équivaloir aux autres, introduit une erreur négligeable.

- Traitements moyens quotidiens équivalents retenus. (Tableau 8) (soit 1 unité par jour).

1 comprimé	de Mérinax[R]	soit 400mg d'Hexapropymate
1 comprimé	de Mandrax[R]	soit 250mg de Métaqualone
20 gouttes	de Théralène[R]	soit 20mg d'Alimémazine
1 comprimé	de Mogadon[R]	soit 5mg de Nitrazépam
1 comprimé	de Mépronizine[R]	soit 400mg de Meprobamate + 10mg d'Aceprométazine
1 suppositoire	Nembutal[R]120	soit 120mg de Mébobarbital
1 suppositoire	Imménoctal[R]0,10	soit 100mg de Sécobarbital
1 suppositoire	Supponoctal[R]	soit 100mg d'Amobarbital + 100mg de Secobarbital
1 suppositoire	Supponéryl[R]	soit 200mg de Butobarbital
1 suppositoire	Eunoctal[R]	soit 200mg Amobarbital
1 comprimé	de Binoctal[R]	soit 50mg d'Amobarbital + 70mg de Secobarbital.

Résultats. (Tableau 9)

Nombre de traitements quotidiens moyens équivalents précédemment définis, distribués pour 1 000 détenus à la Maison d'Arrêt de la Santé pendant les années 1969,1970,1971,1972 et 1973.

	1969	1970	1971	1972	1973
Merinax[R]		6.931	22.621	20.795	81.189
Mandrax[R]			1.845	54.529	
Théralène[R]	5.338	42.276	69.636	36.968	44.927
Mogadon[R]			146	924	19.843
Mépronizine[R]					2.236
Nembutal[R]	3.032	1.394	1.092	426	3.758
Imménoctal[R]	1.183	1.737	146		
Supponoctal[R]	1.522	4.268	1.019	1.525	
Supponeryl[R]	2.960	2.834			
Eunoctal[R]	1.268	274			
Binoctal[R]	1.991	437		693	
Total...	17.295	60.151	96.505	115.896	151.953

ANTI-DEPRESSEURS.

Du fait de leur action anxiolytique et tranquillisante le Quitaxon[R] et le Mutanxion[R] seront repris dans les traitements à effet sédatif aux doses quotidiennes de :

3 comprimés de Quitaxon[R] 50 et 3 comprimés de Mutanxion[R]

- Traitements moyens quotidiens équivalents retenus :(Tableau10)

3 comprimés Anafranil[R]	soit	3 fois	25	mg	de Clomipramine
3 comprimés Tofranil[R]	soit	3 fois	25	mg	d'Imipramine
3 comprimés Surmontil[R]	soit	3 fois	25	mg	de Triméprimine
3 comprimés Laroxyl[R]	soit	3 fois	25	mg	d'Amitriptyline
3 comprimés Elavil[R]	soit	3 fois	25	mg	d'Amitriptyline
3 comprimés Insidon[R]	soit	3 fois	50	mg	d'Opipramol
3 comprimés Quitaxon[R]	soit	3 fois	50	mg	de Doxépine
3 comprimés Mutanxion[R]	soit	3 fois	4	mg	de Perphénazine
		+	10	mg	d'Amitriptyline.

Résultats.- (Tableau 11)

Nombre de traitements quotidiens moyens équivalents précédemment définis, distribués pour 1000 détenus à la Maison d'Arrêt de la Santé pendant les années 1969,1970,1971;1972 et 1973.

	1969	1970	1971	1972	1973
Anafranil[R]			485	154	783
Tofranil[R]		23		324	
Surmontil[R]		378	81	296	232
Laroxyl[R]	361	1.027		591	6.260
Elavil[R]	423	8			950
Insidon[R]					1.863
Quitaxon[R]			477	971	3.875
Mutanxion[R]		472	720	770	373
	784	1.908	1.763	3.106	14.036

TRAITEMENTS A EFFETS SEDATIFS.

Cette rubrique regroupe donc : (Tableau 12)

- Les Neuroleptiques sédatifs : (excepté le Dogmatil^R)
- Tous les tranquillisants
- Parmi les anti-dépresseurs : le Quitaxon^R et le Mutanxion^R

Les doses quotidiennes moyennes avaient été définies dans les précédentes rubriques en fonction d'un effet sédatif voisin. Nous les conserverons donc et en ferons la somme. ($ Tableaux 1, 6 et 10).

Résultats.- (Tableau 13)

Nombre de traitements quotidiens moyens équivalents précédemment définis, distribués pour 1 000 détenus à la Maison d'Arrêt de la Santé pendant les années 1969,1970,1971,1972 et 1973.

	1969	1970	1971	1972	1973
Neuroleptiques sédatifs.....	16.861	51.552	50.572	27.518	36.823
Tranquillisants	16.011	25.368	37.557	41.189	56.293
Quitaxon^R			477	971	3.875
Mutanxion^R		472	720	770	373
Total.....	32.872	77.392	89.326	70.448	97.364

Nombre de traitements distribués en moyenne chaque jour de l'année pour 1 000 détenus pendant la période étudiée.

Nous arrivons à cette notion beaucoup plus parlante pour l'esprit mais qui a été l'objet de généralisations et par ce fait même n'est qu'une image de la réalité.

Les chiffres qui vont suivre n'ont pu être établis, rappelons-le, qu'en négligeant des facteurs d'incertitude et en faisant des moyennes :

- La consommation annuelle des détenus est supposée voisine de la quantité commandée et livrée pour ceux-ci pendant l'année;
- La différence entre les stocks du 1er Janvier et du 31 Décembre suivant est supposée négligeable si elle est répartie sur l'année.
- On ne peut pas déduire des "posologies quotidiennes moyennes" définies des consommations individuelles réelles ni la proportion des consommateurs; il s'agit en fait d'une unité de consommation de l'ensemble qui permet de faire des équivalences entre des médicaments différents.
- La consommation moyenne d'une journée n'est que la consommation annuelle divisée par le nombre de jours de l'année (365 ou 366); cela supposerait que cette consommation est la même tous les jours, ce qui est évidemment faux.

Tableau 14.-

Nombre de traitement a effet plus spécifiquement sédatif distribués en moyenne chaque jour de l'année pour 1 000 détenus pendant la période étudiée.

Définition qualitative et quantitative d'un traitement quotidien moyen : ($ Tableau 12)

Résultats : Il s'agit des totaux du tableau 13 divisés par 365 (ou 366)

1969	1970	1971	1972	1973
90 ==	212 ===	245 ===	192 ===	266 ===

Traduction graphique de ces résultats.

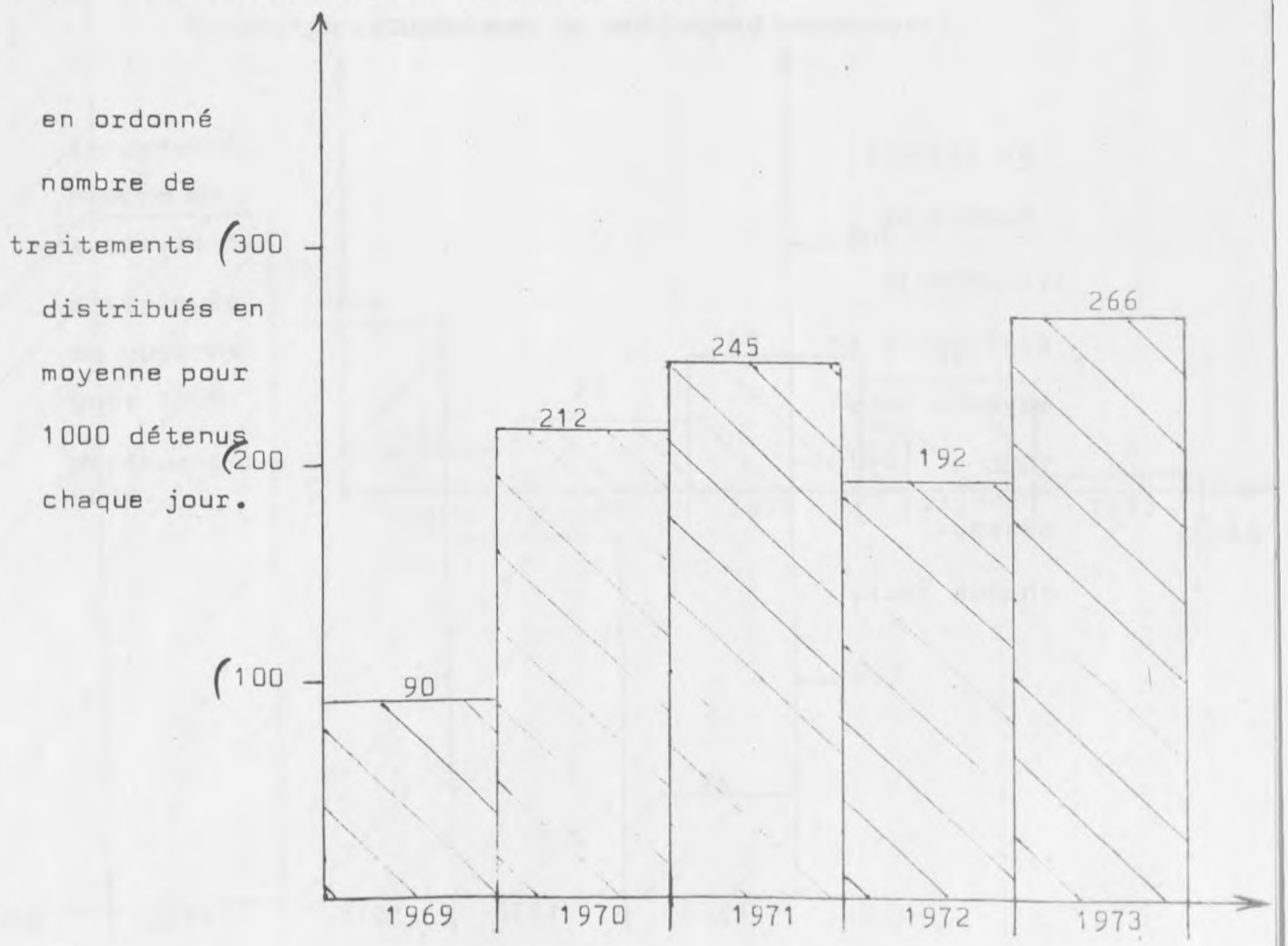


Tableau 15.-

Nombre de traitements hypnotiques distribués en moyenne chaque jour de l'année pour 1 000 détenus pendant la période étudiée

Définition qualitative et quantitative d'un traitement quotidien moyen : ($ Tableau 8)

Résultats : Il s'agit des totaux du Tableau 9 divisé par 365(ou 366)

1969	1970	1971	1972	1973
47	165	264	317	416

Traduction graphique de ces résultats.

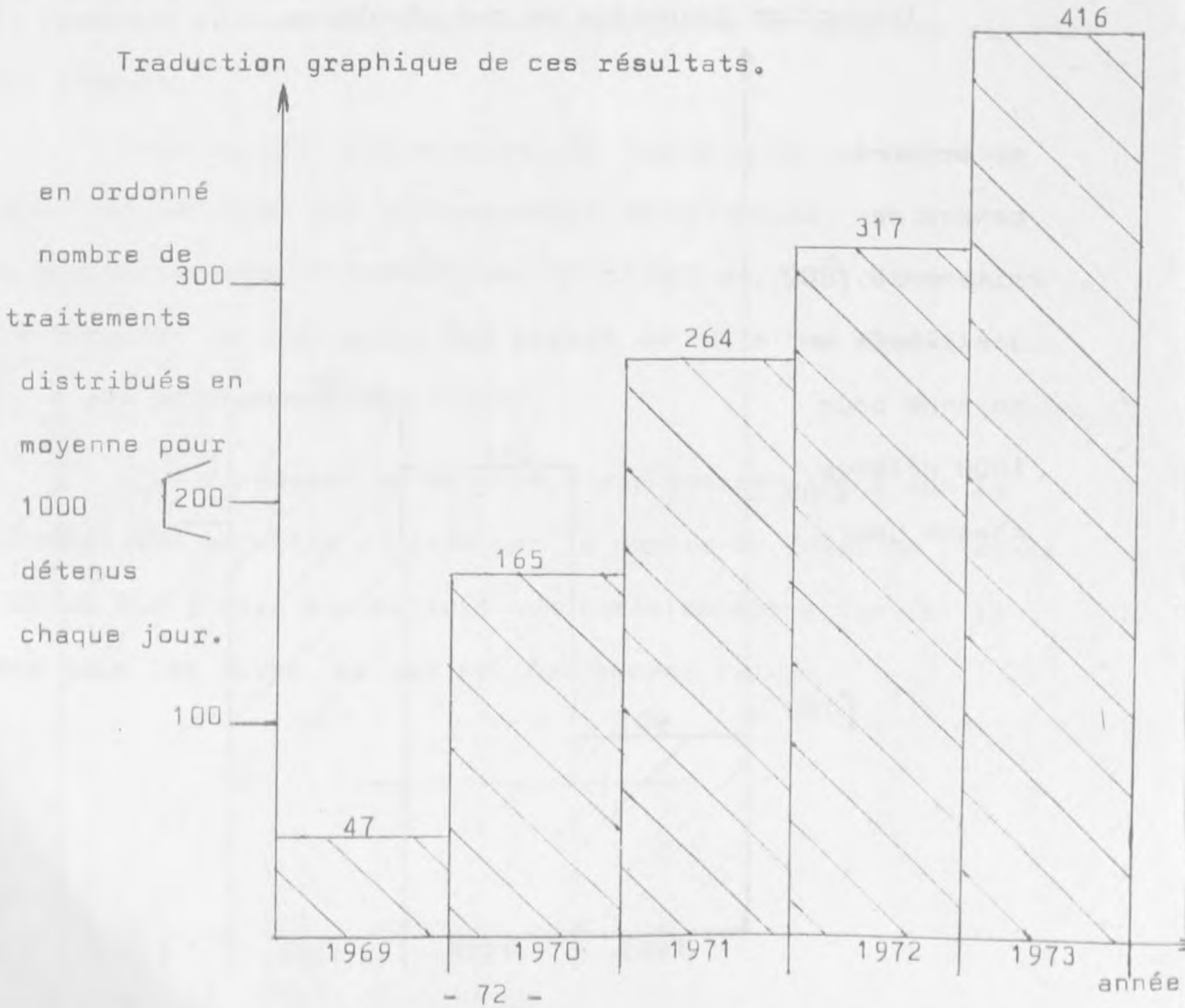


Tableau 16.-

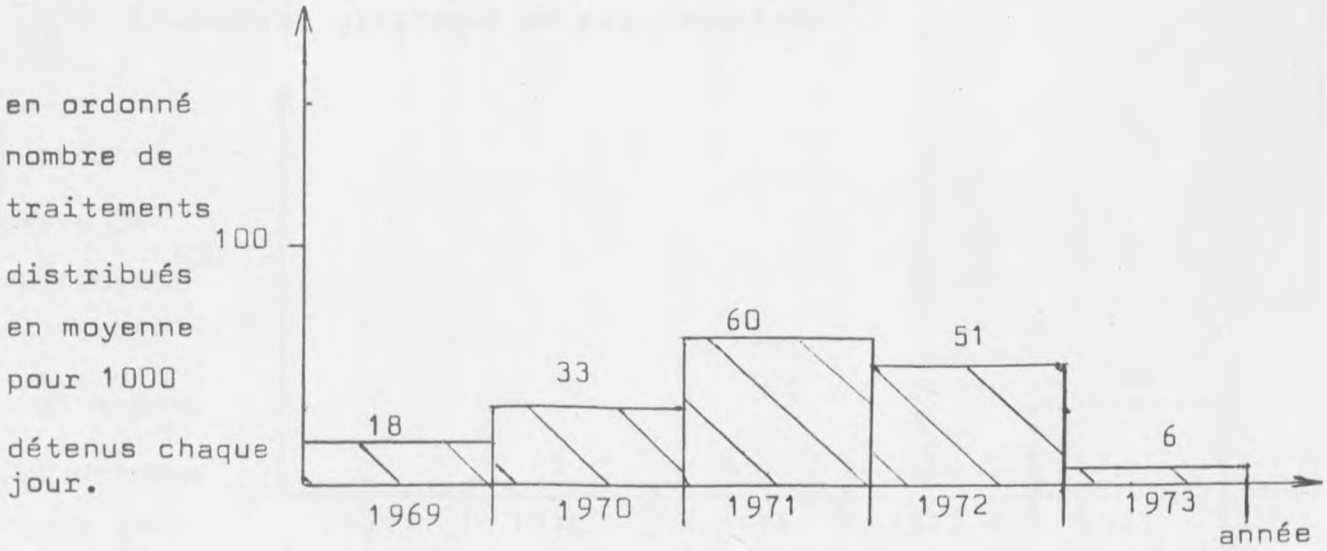
Nombre de traitements de Neuroleptiques Incisifs distribués en chaque jour de l'année pour 1 000 détenus pendant la période étudiée.

Définition qualitative et quantitative d'un traitement quotidien moyen ($ Tableau 4)

Résultats : Il s'agit des totaux du tableau 5 divisés par 365 (ou 366)

1969	1970	1971	1972	1973
18 ==	33 ==	60 ==	51 ==	6 =

Traduction graphique de ces résultats.



REMARQUE .-

Les médicaments qui sont étudiés dans un des trois précédents tableaux (14, 15, et 16) ne figurent dans aucun des deux autres.

Il n'en sera pas de même pour le tableau suivant (Les anti-dépresseurs) puisque le Quitaxon[R] et le Mutanxion[R] auront déjà été inclus dans le Tableau 14 (les sédatifs).

Tableau 17.-

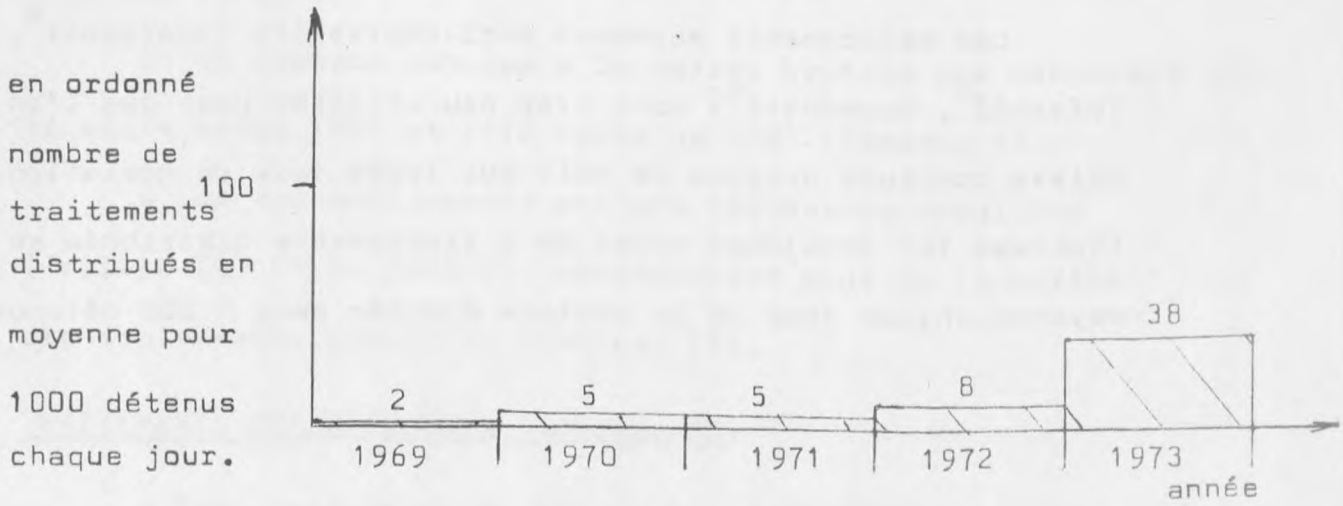
Nombre de traitements Anti-Dépresseurs distribués en moyenne chaque jour de l'année pour 1 000 détenus pendant la période étudiée

Définition qualitative et quantitative d'un traitement quotidien moyen ($ Tableau 10).

Résultats : Il s'agit des totaux du Tableau 11 divisés par 365 (ou 366

1969	1970	1971	1972	1973
2	5	5	8	38

Traduction graphique de ces résultats.



INTERPRETATION DES RESULTATS

LES ANTI-DEPRESSEURS.- (Tableaux 10, 11 et 17)

Les chiffres restent faibles en valeur absolue (tableau 17); ils seront donc très modifiés par les facteurs d'incertitude inhérants au stock (il suffit d'une commande un peu forte pour que la quantité utilisée soit très inférieure à la quantité commandée).

Le pic que l'on observe en 1973 est essentiellement dû au Laroxyl^{R}, au Quitaxon^{R}, à l'Insidon^{R}, et à l'Elaril^{R} (tableau 11). Or ces malécules ont un effet sédatif important; comme on ne peut pas discerner s'ils ont été utilisés pour leurs vertues anti-dépressives ou sédatives; le pic de 1973 n'est pas significatif d'une augmentation des anti-dépresseurs utilisés comme tel.

Les médicaments purement anti-dépressifs (Anafranil^{R}, Tofranil^{R}, Surmontil^{R}) sont trop peu utilisés pour que l'on puisse conclure quoique ce soit sur leurs taux de variation. (tableau 12) (toujours moins de 5 traitements distribués en moyenne chaque jour de la période étudiée pour 1 000 détenus).

LES NEUROLEPTIQUES INCISIFS.- (Tableau 16)

- Chiffres faibles en valeur absolue; donc importance des facteurs d'incertitude.

- Pic en 1971 suivi d'une baisse (surtout en 1973).

- Chiffres difficiles à interpréter mais ne pouvant en aucun cas laisser penser que la consommation de ces médicaments est l'objet d'une croissance régulière.

TRAITEMENTS A EFFET SEDATIF.- (Tableaux 12,13 et 14).

- Chiffres élevés en valeur absolue, donc moindre importance des facteurs d'incertitude inhérants aux stocks (commande fréquemment renouvelées, importance relativement faible des stocks par rapport aux consommations annuelles.

- Croissance de 1969 à 1973 avec une cassure en 1972 (Tableau 15).

Cette cassure est due à la baisse brutale des neuroleptiques sédatifs entre 1971 et 1972 (près de 50%) (Tableau 13).

- Les tranquillisants ont une croissance régulière (Tableau 13) et en 1973 ils représentent plus de la moitié des traitements sédatifs. (Tableau 13).

TRAITEMENTS HYPNOTIQUES.- (Tableau 15)

- Très rapidement on arrive à des chiffres très élevés en valeur absolue, donc grande fiabilité des résultats.

La courbe qui suit le tableau 15 n'a pas besoin d'être commentée.

AU TOTAL :

- Pas d'augmentation significative des médicaments spécifiques d'affection psychiatrique très particulières (Neuroleptiques incisifs, médicaments à acction purement anti-dépressive...).

- Augmentation considérable de la consommation de médicaments passe-partout qui calment et qui font dormir (hypnotiques, tranquillisants).

- La consommation globale est devenue largement suffisante pour que l'on puisse penser que le comportement de l'ensemble des détenus s'en trouve modifié (notamment sur le plan de l'agressivité); le médecin est alors impliqué directement dans le processus de détention, ceci est grave surtout quand on admet que la détention de prévenus répond à des circonstances arbitraires.

Pour finir une anecdote :

Il a été commandé en 1973 à la Sannté plus de Valium[R] qu'à Sainte Anne la même année.

CHAPITRE III - PROBLEMES POSES AU MEDECIN PAR LA PRESCRIPTION DE MEDICAMENTS PSYCHOTROPES EN MILIEU CARCERAL PREVENTIF

PROBLEMES D'ETHIQUE MEDICALE

1º) - Administration de sédatifs à un individu jugé sain d'esprit contre son gré.

L'interne de garde est fréquemment appelé pour des "crises" nerveuses; il s'agit de détenus qui hurlent, s'agitent, se révoltent ou se roulent parterre.

Si on estime qu'après un certain temps la condition de prévenu est psychologiquement insupportable, il n'y a pas de raison de penser que ce détenu soit plus fou ou plus hystérique que n'importe qui. Cette crise n'étant que l'expression d'une exaspération et d'une révolte devenues insoutenables.

Or, le médecin se trouve devant un état de fait : il est appelé pour un détenu agité, et tout doit être rentré dans l'ordre quand il partira. Le moyen le plus simple pour lui est de faire maintenir le détenu, et de lui administrer impérativement une injection sédative puissante; en un quart d'heure, le calme est revenu.

En agissant ainsi, le médecin doit être conscient de deux choses :

- en étouffant la révolte de quelqu'un qu'il pense être dans une situation anormale, il se rend complice du système qui permet à cette situation d'exister.

- Il commet un délit puisqu'il administre un traitement sans son consentement à quelqu'un qui n'est ni sous placement volontaire, ni sous placement d'office, donc légalement sain d'esprit. Le fait qu'il ne sera pas poursuivi tient uniquement à l'ignorance du détenu et à son absence de recours en prison (c'est l'administration qui protège tacitement le médecin contre son patient). (5)

Lors de ces appels pour "crises nerveuses" des surveillants nous ont fait plusieurs fois remarquer ironiquement qu'il s'agissait de la "nouvelle méthode" pour calmer ces crises; jadis quand les surveillants avaient le droit de se livrer à des brutalités sur des détenus, on les calmaient avec "une bonne branlée" (sic).

Le médecin n'a donc aucune illusion à avoir sur la signification de son acte s'il se soumet à la pratique de ces injections impératives.

Toute psychiatrisation du milieu carcéral en donnant au détenu un statu d'aliéné, fera admettre cette brutalité chimiothérapique qui remplace la brutalité physique de la contention.

Rappelons que dans les pays de l'Est, les détenus politiques sont mis systématiquement en asile psychiatrique; ce fait dénonce une tendance générale qu'il ne faut pas ignorer.

A ce propos, il faut souligner le danger des projets donnant le titre "d'aides soignants" à des surveillants et permettant à ceux-ci de faire des injections.

L'ambiguïté de bi-appartenance de ces membres du personnel (administration pénitentiaire et corps médical) pourrait faire échapper l'initiative de la prescription reservie au seul médecin, ceci dans un univers clos où toute vérification est difficile.

Quand il est appelé pour un agité, le médecin a souvent du mal à sauvegarder sa liberté d'action et la pression morale qui lui est faite pour qu'il procède à une injection sédative dépasse parfois la simple suggestion pour devenir véritablement un ordre, ceci en présence du détenu. Dans ces cas, il y a violence d'autant plus que le médecin, qui est un jeune interne, se voit dicter sa conduite par un surveillant de haut grade beaucoup plus âgé que lui.

Le médecin devra perpétuellement se définir vis à vis de l'administration et faire valoir les droits inhérants à son métier, il comprendra d'autre part que l'administration puisse se sentir démunie devant une situation qu'elle ne peut résoudre qui est intolérable; et le fait qu'elle fasse appel au médecin comme un moyen de coercission, s'il n'est pas défendable, s'explique aisément.

Appeler un médecin pour quelqu'un d'agité n'est pas une chose évidente, ce n'est licite que si l'agité est présumé n'être pas sain d'esprit, sinon cela relève du domaine de la discipline. On comprend bien que l'administration se refuse à prendre des mesures disciplinaires pour quelqu'un de désespéré, mais appeler le médecin, c'est lui faire assumer une situation anormale.

2º) - Prolongation d'un système socialement caduque par des subtances sédatives distribuées régulièrement.

Le problème rejoint le précédent, mais de façon beaucoup moins aigüe.

Il se pose d'une façon insidieuse car c'est le détenu lui-même qui demande au médecin les médicaments qui lui feront supporter la situation qu'il subit.

Au chapitre II, nous avons montré le degré d'imprégnation en sédatifs à la Santé. Nous ne possédons pas les chiffres pour établir les comparaisons mais nous pensons que cette consommation est élevée par rapport à celle des autres prisons. (ceci étant du en partie à la présence de structures psychiatriques et à l'habitude progressivement prise par les détenus et les médecins de traitements importants.

En été 1974 lors des épisodes de révolte dans le milieu carcéral, on remarque que tout est resté calme à la Santé. Cette absence d'agressivité des détenus peut être imputée en partie à cette chimiothérapie abondante et continue. (7)

Sans être systématiquement subversif; on peut penser qu'il y a suffisamment d'obstacles à une réforme saine du système judiciaire pour que celle-ci ne se fasse que contrainte par un état de fait.

Comme nous le verrons, ces obstacles se situent surtout au niveau de l'opinion publique et de la non connaissance du milieu carcéral par les magistrats.

Le médecin doit être conscient de sa responsabilité dans le maintien d'une situation anormale en empêchant celle-ci d'éclater.

3º) - <u>Les médicaments psychotropes, élements de régression des détenus, car moyen facile de fuite et d'adaptation à la prison</u>

En prison, le prévenu est dans une situation complexe; il doit organiser sa défense, essayer de préserver l'intégrité de sa personnalité dans un univers morcelant, et surtout conserver par tous les moyens des liens affectifs à l'extérieur avec ceux qu'il laisse le plus souvent sans ressources et qui ont tendance à se détourner de lui. Brutalement confronté à tous ces problèmes, on comprend son désir de les fuir dans l'indifférence, l'euphorie et le sommeil que procurent les médicaments; or, c'est en adoptant cette attitude passive qu'il sera le plus vulnérable, l'abandon de toute tentative de solution et progressivement de tout narcissisme, feront rapidement de lui un individu "adapté" à la détention, c'est-à-dire résigné et dénué de toute affectivité.

On a dit à juste titre que les détenus "récupérables" pour la Société étaient les plus révoltés en prison; ceux qui posaient le plus de problèmes de discipline.

Celui qui va trouver son équilibre et des petites satisfactions au sein d'un monde aussi pathologique que l'univers carcéral ne sortira plus jamais dans ce sens que même dehors, il ne pourra plus recouvrer sa liberté.

Nous avons connu un grand nombre de ces détenus qui avaient organisé leur existance en fonction de la prison et arrivaient à jouir au prix d'une perversion savante et complexe de chaque geste, à chaque instant. Ils consacraient leur temps à manoeuvrer leur co-détenus (les faire punir par exemple), à mettre dans des situations absurdes et insolubles l'administration, le médecin etc..., tout en restant un détenu modèle particulièrement calme et bien vu de ses geôliers (en cas d'émeute par exemple).

On peut penser qu'un détenu restera toute sa vie détenu quand, après un certain temps d'incarcération, il aura réussi à faire coïncider les limites de sa cellule avec celles de sa propre cage métaphysique; la clostrophobie qu'il aura éprouvée à son entrée, va progressivement s'éteindre et naîtra une peur du vide à l'idée d'une éventuelle sortie. (nombre de très longues peines se finissant par un suicide à quelques jours de la date de libération).

Les substances psychotropes, adaptent en tuant la clostrophobie et la révolte. (8)

C'est l'opium qui permet au fumeur d'opium de supporter la fumerie d'opium et de faire qu'il ne sortira jamais plus de celle-ci.

Les rapports entre les substances psychotropes et la prison sont de cet ordre.

PROBLEMES POSES PAR LES TENTATIVES DE SUICIDE EN MILIEU CARCERAL PREVENTIF, NOTAMENT CELLES DUES A LA PRISE MASSIVE DE MEDICAMENTS PSYCHOTROPES

PROBLEMES QUE POSENT LES MESURES TENDANT A LIMITER CES TENTATIVES

On s'ennuie profondément en prison, et l'existence des gens y est suffisamment éteinte pour que l'éventualité d'une disparition totale n'évoque pas un changement angoissant au point d'empêcher le passage à l'acte.

Outre le désir de ne plus exister, il est d'autres motivations qui sont plus spécifiques de la condition de prévenu.

- Les tentatives de suicide sont un moyen d'expression qui mobilise efficacement l'administration et les magistrats qui inquiète et permet de se faire écouter.

Elles sont souvent la fuite d'une situation exaspérante et insoutenable, le moyen de remettre son sort entre les mains du médecin sans avoir à en décider soi-même.

Les tentatives de suicide par absorption massive de médicaments psychotropes posent au médecin des problèmes particuliers.

Quand on ne connaît ni l'heure, ni la nature, ni la quantité de la prise il est difficile de présager l'évolution d'un coma léger ou même d'une simple obnubilation. Si le médecin s'entoure de toutes les précautions et dirige systématiquement ces détenus vers un centre de réanimation (avec le concours des pompiers), il va provoquer immédiatement une recrudescence de ce type de suicide.

S'il dirige le détenu vers l'hopital pénitentiaire le plus proche, il prend de gros risques, car les premiers soins seront différés d'une heure environ et le transport sera fait sans surveillance médical.

S'il garde le détenu il prend également le risque de voir l'état de son patient s'aggraver brutalement de façon incontrôlable.

Les conditions qui font naître chez le détenu le désir de se suicider sont souvent inhérantes à l'institution judiciaire et pénitentiaire; les raisons qui font que ce désir ne débouche pas sur un acte ou que cet acte n'entraîne pas de décès sont dues aux mesures de sécurité et à l'efficacité des soins d'urgence.

Ce n'est que sur ce deuxième volet que l'administration et les magistrats comptent jouer pour limiter les suicides. Ceci est un leurre, comme toutes les mesures qui visent les effets et non pas les causes.

Les mesures tendant à empêcher les suicides sont multiples, nous énumérerons les principales :

- Recherches au cours d'un dépistage psychiatrique systématique à l'entrée des "tendances suicidaires".

En admettant que de telles tendances puissent être découvertes lors de ce bref examen, on voit mal comment cela pourrait donner lieu à des mesures efficaces empêchant l'acte de se commettre. Par contre, cela peut être un élément de prise de conscience de ces tendances chez un individu.

- Fouilles des cellules, recherche des stocks de comprimés dissimulés. L'ingéniosité du détenu qui n'a que cette préocupation dépassera toujours la perspicacité du surveillant qui accomplit sa besogne fastidieuse. Ce ne sont pas ces quelques fouilles qui empêcheront les stocks de se constituer.

- Rondes de nuit; surveillance : les tentatives de suicide ont lieu dès qu'une ronde est passée, donc longtemps avant la suivante.

- Présence dans les murs de l'interne en médecine 24 heures sur 24, afin d'avoir une intervention plus rapide.

- Création de cellules de "surveillance médicale" pour les détenus ayant des "tendances suicidaires"; la surveillance y est accrue et la fouille plus minutieuse. Il faudrait pour que cela ait une efficacité, découvrir (à chaque instant) les individus ayant de réelles intentions de se suicider à un instant donné. Or ceux qui en font état ne sont jamais ceux qui passent à l'acte.

Ce qui frappe dans ces mesures c'est qu'elles n'ont pas les moyens d'être efficaces et qu'elles ont l'inconvénient d'exister.

Si l'on considère ces tentatives de suicide comme un moyen d'expression, le fait d'y répondre par une série de mesures tendant à les empêcher, montre que cette expression est prise en considération, transforme le monologue et permet à celles-ci de se perpétrer dans un dialogue.

Si l'administration affichait la plus totale indifférence vis-à-vis des suicides des détenus, ceux-ci seraient probablement moins nombreux.

La présence sur place de l'interne en médecine et de matériel de réanimation donnent une certaine illusion de sécurité aux tentatives de suicide et est une des raison de leur grande fréquence.

Il est une mesure de sécurité qui pourrait réduire notablement les suicides par médicaments psychotropes. Cette mesure consisterait en la distribution sous forme diluée de ces médicaments par des surveillants, la prise ayant lieu devant le surveillant.

A la Santé, il n'a pas pu en être ainsi faute de personnel, mais cela est appliqué dans de nombreuses prisons.

En fait, ce mode de distribution a des aspects redoutables.

Le médicament est un objet de relation entre le médecin et son patient. Si l'administration s'en empare et le distribue, cela fait passer le médecin du côté des incarcérateurs.

La distribution à heure fixe avec prise immédiate des substances sédatives et hypnotiques est (comme nous l'avons déjà dit), une étape de plus franchie dans la régression orale qui s'opère chez les détenus; il est encore plus privé d'initiative et amené à subir son sort.

CHAPITRE IV - PHENOMENE DE PSYCHIATRISATION

Les individus sont normalisés comme ils ne l'avaient jamais été et on observe un besoin impératif d'éliminer quiconque s'éloigne du mode de vie stéréotypé de l'ensemble.

On peut voir dans cette intolérance singulière une attitude de défense d'une population d'individus en fuite vis-à-vis d'eux-même qui ne peuvent pas accepter la remise en cause qu'occasionne le déviant.

Autrement dit, moins on trouve la raison d'être à sa façon d'exister, moins on peut tolérer que quelqu'un existe d'une autre façon que la vôtre.

Le phénomène de psychiatrisation répond à ce besoin de normalisation et d'élimination des déviants :

- Dans un premier temps il a consisté en la médicalisation des déviants particuliers que sont les fous.

- Actuellement il consiste en l'extension du statu d'aliéné à tous les déviants (qui se trouvent par le fait médicalisés)

Nous tendons à un monde peuplé d'individus identiques, les autres étant des malades.

Il est important que le médecin prenne conscience du rôle qu'il joue dans ce processus de rejet.

Donc notre civilisation n'a plus les moyens de rejeter (ou d'accepter) les déviants en vertu de ses valeurs propres (car ces valeurs n'arrivent plus à se présenter de façon satisfaisante et cohérente). D'un autre côté, il est vital pour elle d'éliminer ou d'éloigner ces déviants.

Assimiler ces déviants à des malades est le seul biais qui lui permette de les rejeter sans se mettre elle même en cause; en effet, ce n'est plus en raison de leur déviance à un système, mais à cause d'un mal qui frappe aveuglément. (la maladie). Ceci indépendamment de la Société et du déviant lui-même.

On ne peut pas mieux assimiler quelqu'un à un malade qu'en le mettant entre les mains d'un médecin, et, en devenant psychiatre, le médecin a créé le malade mental. Le fou s'est vu dissocié de son contexte relationnel et social pour devenir un cas pathologique.

Cette façon d'agir amène à penser que la folie est le reflet de désordres organiques sans que cette affirmation soit de quelque façon démontrée (mais le but initial est atteint).

On peut penser que la folie est seulement pour certains la gestion la plus économique du mal de vivre; si cette hypothèse n'est pas plus fondée que la précédente, elle ne l'est pas moins et dans cette optique, le fou est un problème social, relationnel, métaphysique..... mais en aucun point médical.

Ainsi en acceptant le rôle de psychiatre le médecin s'est vu assumer deux fonctions nouvelles pour lui :

- une fonction d'élimination sociale du fou, dissociant celui-ci de l'ensemble en invoquant la maladie et en le médicalisant.

- une fonction de normilation, c'est le problème de la thérapeutique de la folie (le médecin doit par ses soins guérir une déviance, faire rentrer dans des normes celui qui en était sorti).

La psychiatrisation de médecins répondait trop à des impératifs sociaux pour ne pas avoir lieu tôt ou tard.

Il est d'autres raisons; les fous et autres déviants ne sont pas assez nombreux pour expliquer l'étonnant essor de la demande et de la consommation psychiatrique.

En fait de plus en plus on en appelle au psychiatre, psychologue ou psychanalyste à chaque fois qu'une situation n'est pas assumée; en effet ils détiennent, par leur science, la connaissance des causes de l'échec et si ils ne vous mettent pas forcément sur le chemin de la réussite et de la responsabilité, ils vous procurent toujours la satisfaction de connaître les raisons qui font que de toute façon vous ne pouviez pas assumer, que cela est indépendant de vous.

Une explication n'est pas toujours inefficace car elle peut tuer des mythes. Le mythe du père (le fait d'assumer) est mort du discours sur les mouvements de l'esprit : Dès qu'un comportement s'explique par une succession de causes à effet, la responsabilité d'un acte (ou d'une absence d'acte) ne peut plus se rapporter à un individu (qui serait défini comme une entité irréductible) et elle se trouve déplacée sur les circonstances qui ont eu une influence sur celui-ci. Elles deviennent les seules causes; l'individu lui en sort irresponsable, sa bonne volonté est sauve; il n'agit plus, il est agi.

Le père était un mythe mais c'était un mythe efficace. Le fait d'assumer sans expliquer ni se justifier est souvent une condition indispensable à l'action, la proximité de celui qui "explique" donne le choix d'être ou de ne pas être quand il est déjà si diffile d'exister.

Donc le psychiatre par son discours a tué le père, ses explications ont fait naître un sentiment d'accéder au réel aussi illusoire que l'ancien mythe; il s'agit en effet d'un mythe nouveau, celui du psychiatre; solution plus gratifiante et plus facile qui se détourne de l'action.

La facilité de cette solution fera que quand le choix se présentera elle sera adoptée, et cette option de fuite, une fois qu'elle est prise, aura besoin de l'approbation permanente du psychiatre pour rester convaincante. (pour exister d'une certaine façon il faut un monde où cette façon existe).

Au total on peut voir le psychiatre comme étant deux fois la réponse à une fuite :

- La fuite d'une collectivité qui n'assume plus ses déviants,
- La fuite d'invidus qui n'assument plus leurs actes.

Dans le monde carcéral ce double aspect est particulièrement ressenti :

- Les délinquants ne sont pas directement assimilés à des malades mais ils sont de plus en plus l'objet de soins de psychiatres qui sont des médecins. (Le malade social fait suite au malade mental).

- La fuite individuelle des détenus qui reprennent l'argumentation psychiatrique pour se dégager de leurs délits et qui n'assumant plus la détention s'en remettent totalement aux médecins, aux psychiatres et à leurs médicaments dans une attitude de total abandon.

CHAPITRE V - APERCU DES POSSIBILITES ET DES DIFFICULTES D'UNE REFORME JUDICIAIRE VISANT A LIMITER LA DETENTION PREVENTIVE

Ce chapitre sera volontairement bref. Il évoque un problème social qui dépasse la compétence du médecin.

Sans contester la détention dans les deux rôles que l'on peut être en droit de lui demander :

- protéger la société des méfaits d'individus dangereux
- être le moyen de dissuasion d'un délit éventuel.

Elle pourra probablement toujours exister sans que l'on ait à demander au médecin d'y faire de l'euthanasie mentale, si elle se limite à l'incarcération d'une population déjà jugée dans un milieu centré sur une activité (par exemple une usine) comme cela se fait dans certains pays de l'Est.

La peine serait dans la mesure du possible rapprochée du délit, et prendrait la signification d'une réparation.

De toutes façons, la détention préventive comme elle existe actuellement ne pourra pas se perpétrer de nombreuses années ou ce sera au prix d'une psychiatrisation telle que le scandale deviendrait flagrant.

Si l'initiative d'un changement ne vient pas du gouvernement et des magistrats, ce changement se fera de toutes façons car il s'opère d'un renversement du rapport de forces entre les prévenus et l'administration pénitentiaire qui est déjà obligée de multiplier les concessions et de faire appel au médecin.

(Il suffit d'une prise de conscience des détenus pour que ce renversement s'opère). Les réformes se feront alors dans la hâte, contraintes par un état de fait.

En aucun cas on arrivera à résoudre le problème par un aménagement de la détention préventive. Nous avons vu au contraire que cela rendait plus invivable cette détention.

La seule solution possible est l'application rigoureuse de la loi qui limite l'incarcération des prévenus à ceux qui :

- sont dangereux
- peuvent faire pression sur des témoins
- peuvent faire disparaître des preuves
- risquent de fuir,

sans que ces critères soient complaisamment étendus à des gens qui n'y répondent pas réellement.

Cette incarcération devra être limitée au minimum de temps; les prévenus devront être régulièrement informés et ne pas se trouver dans la situation d'expectative actuelle.

D'une façon générale le temps qui sépare le verdict du délit devrait être le plus bref possible; seuls des motifs de sécurité, de l'information et d'approfondissement de l'enquête devraient pouvoir faire différer un jugement.

Ceci n'est matériellement possible que si on accroît considérablement le nombre des magistrats (à Paris il faudrait presque multiplier le nombre des juges d'instruction par dix), et que l'on mette en place aux ministères de l'Intérieur et de la Justice des structures suffisantes pour que les instructions se fassent sans que l'on ait recours à la détention préventive, ou que celle-ci se limite à un temps très court.

La difficulté de telles réformes tient à deux raisons essentielles :

- L'opinion publique est férocement incarcératrice et rejette quiconque a franchit la porte de la prison. En aucun cas elle ne veut envisager si l'incarcération est justifiée ou non, et si le détenu pourra retrouver ultérieurement une place dans la Société.

Ce rejet se traduit souvent par le souhait verbalisé d'une liquidation physique de tous les délinquants. La délinquance se définit pour l'ensemble de la population par le passage en prison et non pour les raisons qui y ont amené. (S'il est là c'est bien pour quelque chose).

On oublie trop souvent que si chaque français avait été pris sur le fait pour les petits délits qu'il a commis dans son existence, il passerait plusieurs années de sa vie en prison (en supposant que la justice ne soit pas particulièrement bien disposée à son égard).

Ceci dit, le commun des gens se démarque totalement du délinquant, il le jette en prison et demande que celle-ci coûte le minimum d'argent.

Quel gouvernement pourra mettre en place ces réformes onéreuses aussi impopulaires et aussi contraires à l'opinion de l'électorat ?

On ne pourra jamais faire admettre que le délinquant est un membre de notre société et que les mesures qui viseraient à l'y intégrer reviendraient à long terme moins cher que celles actuelles, qui le rejette.

- D'un autre côté, nous l'avons déjà dit, on ne comprend bien ce qui se passe en prison qu'en y séjournant longtemps. L'administration pénitentiaire ainsi que quiconque ayant une fonction dans la prison, ressentent directement l'incidence désastreuse de la détention préventive sur l'individu. Or cette administration n'a aucun pouvoir. Les magistrats et les hauts fonctionnaires qui, eux, pourraient faire évoluer les choses, ne connaissent la prison que par ce qu'on leur dit (ce ne sont pas leurs brèves et épisodiques visites qui pourront leur faire connaître l'univers carcéral).

L'expérience prouve que l'on n'agit que sur ce que l'on ressent directement et quels que soient les cris d'alarme que lancent ceux qui connaissent bien la prison, les situations que crée la détention préventive resteront pour ces magistrats et ces hauts fonctionnaires une spéculation intellectuelle ne débouchant pas sur des décisions voulant être réellement efficaces.

Il y a probablement dans cette analyse succinte, des erreurs et des excès, mais notre but n'est pas tant de trouver la solution parfaite au problème social, que de montrer que c'est socialement et juridiquement que le problème se pose.

Il est évident que d'autres que nous pourront examiner cette situation de façon beaucoup plus sagace; il faut que ce travail soit fait.

Nous insisterons cependant sur la complexité de la situation actuelle et que si ne sont pas traitées les causes profondes, il est aléatoires de penser que les mesures superficielles de temporisation puissent résoudre quoi que ce soit.

En détention préventive, le médecin a le choix entre deux alternatives :

- Il accepte le rôle de psychiatre qu'on lui propose, et il devient l'incarcérateur dans les faits.

- ou bien il refuse et il devra pour justifier son refus, dépasser l'argumentation médicale et faire entrevoir le problème social qui se pose.

CONCLUSION

On peut considérer qu'une institution est pathogène, quand elle crée des circonstances qui ne sont vivables qu'au prix de la perversion de ceux qui y sont astreints.

Dans ce cas, le fait social est a lui seul la "maladie" puisqu'il impose aux individus un comportement anormal.

Il est alors redoutable de considérer l'individu lui-même comme un malade car tous les soins qui lui seront prodigués contribueront à l'adapter à ce milieu pathogène, et ceci de façon difficilement réversible (il ne retrouvera pas forcément l'autonomie qu'il avait avant de rencontrer ce milieu malade.)

La détention préventive est en France l'exemple type d'une institution pathogène :

- Le prévenu incarcéré est mis dans une situation d'expectative qu'il ne pourra supporter qu'un temps limité (il ne sait pas à quelle peine il sera condamné, ni même quand il aura connaissance de cette peine; ceci dans des lieux exigus et dans la plus totale inactivité).
- L'administration pénitentiaire, qui ressent particulièrement cette situation anormale mais qui n'a aucun pouvoir pour agir sur les causes; adopte une attitude de fuite; elle refuse d'être considérée comme l'incarcératrice et de faire régner un climat de rigueur et de sévérité agressive.

Cette neutralité presque bienveillante ne fait que désemparer encore plus le prévenu qui n'arrive pas à trouver dans ses géoliers un objet de ressentiment. Il arrive souvent à un état d'exaspération insoutenable, qu'il exprime par des actes d'auto-mutilation, des tentatives de suicide, des crises clastiques, des épisodes d'agitation.

Ces comportements "anormaux" ne sont pas l'objet de mesures de discipline de la part de l'administration pénitentiaire qui a trop conscience de leur côté inéluctable. Ils se voient donc confiés aux médecins et aux psychiatres qui ont le pouvoir d'apaiser et de faire rentrer les choses dans l'ordre grâce notamment aux médicaments sédatifs et hypnotiques, ceux-ci utilisés ainsi, deviennent un moyen de non-existance dans des circonstances où chaque instant de la vie est devenu insupportable.

Le médecin peut difficilement refuser ces médicaments en vertu de considérations théoriques et générales quand il est confronté à la demande des individus en particulier et quand il ressent leur degré d'angoisse et de neurotonie.

Nous avons étudié la consommation de médicaments psychotropes à la Maison d'Arrêt de la Santé pendant les années 1969-1970-1971-1972 et 1973. Nous avons traduit les chiffres en nombre de traitements quotidiens moyens distribués chaque jour de l'année pour 1000 détenus.

- Les traitements hypnotiques sont passés de 47 par jour en 1969 à 416 par jour en 1973 et cela, de façon régulièrement croissante chaque année.

- Les traitements sédatifs sont passés de 90 par jour en 1969 à 266 par jour en 1973 (le traitement moyen quotidien défini correspond à 3 comprimés de Valium R 10 ou 50 mg (50 gttes) de Nozinan R).

Les médicaments choisis sont de moins en moins spécifiques d'affections pyschiatriques particulières et sont de plus en plus des médicaments passe-partout qui calment et qui font dormir.

La consommation globale est devenue largement suffisante pour que l'on puisse penser que le comportement de l'ensemble des détenus s'en trouve modifié (notamment sur le plan de l'agressivité).

Le médecin est alors impliqué directement dans le processus de détention, ceci est grave surtout quand on admet que la détention des prévenus dépend souvent des circonstances aléatoires.

Donc le médecin devient un incarcérateur quand les médicaments psychotropes qu'il prescrit sont déterminants (du fait de leur quantité) dans le maintien d'un type de détention. Ceci s'est développé progressivement et de façon ambigüe puisque ce sont les détenus eux-mêmes qui demandent au médecin des médicaments pour supporter leur détention.

L'attidude du médecin sera sans ambiguité s'il fait une injection sédative à un détenu agité sans l'accord de celui-ci. Son acte devient alors une véritable violence qui remplace la violence physique qui était utilisée jadis dans ce cas. D'autre part le médecin commet un délit puisqu'il administre sans son consentement un traitement à un individu légalement sain d'esprit.

D'une façon générale on peut considérer le phénomène de psychiatrisation comme étant la réponse à une double fuite.

- Fuite d'une population qui pour ne pas se définir par rapport à ses déviants à besoin que ceux-ci soient des malades.
- Fuite d'individus qui n'assumant plus, ont besoin des justifications que fournit le psychiatre et de l'indifférence que procure ses médicaments.

La psychiatrisation des délinquants les aliène dans un statut de malade sans que la société ait à se mettre en cause et permet de les maintenir en prison sans avoir recours à la brutalité. (3)

D'autre part les délinquants eux-mêmes font appel au psychiatre pour se dissocier de leur délit et ne plus assumer la détention en se réfugiant dans le sommeil et l'euphorie que procurent certains médicaments.

Cette tendance répond donc à des impératifs sociaux comme cela avait déjà été le cas lors de la psychiatrisation des fous.

Il faut s'attendre à une extention de l'encadrement psychiatrique dans le milieu carcéral (surtout en prévention). A la maison d'arrêt de la Santé on peut se rendre compte à quel point ce processus est avancé.

La détention préventive (incarcérer quelqu'un sans qu'il soit jugé coupable) est prévue par la loi pour répondre à des cas tout à fait exceptionnels et pour une durée aussi brève que possible.

La loi est donc détournée puisque cette juridiction est utilisée de façon anormalement fréquente et prolongée (en France presque la moitié de la population pénale n'est pas jugée).

L'absence de magistrat en nombre suffisant et de structures adaptées provoque un engorgement de la machine judiciaire qui est la cause de ce recours intempestif à la détention préventive, et du temps très long qui sépare le jugement du délit.

Les mesures qui viseraient à limiter la détention préventive seront difficiles à mettre en place parce que onéreuses et mal comprises de l'opinion publique.

Les magistrats eux-mêmes sont rarement convaincus du bien fondé de telles mesures car ils sont assez éloignés de la réalité carcérale et de ses conséquences.

Le plus souvent sont prises des mesures plus faciles de temporisation qui ne consistent pas à réduire la détention préventive mais à l'aménager et la rendre confortable.

Pour différentes raisons cette attitude s'avère néfaste et la psychiatrisation ainsi que la distribution des sédatifs est la façon la plus scabreuse d'aménager la détention préventive.

En bref, il faut combattre l'idée que la détention préventive est le lieu d'une "haute morbidité psychiatrique" et que la création et le développement des "structutes psychiatriques nécessaires" est un "progrès souhaitable". (12) (13)

Car, même si cette haute morbidité psychiatrique existe, la fait de la nier rendra impérative la mise en place d'une solution sociale au problème de la détention préventive et ce ne sera que socialement que ce problème pourra trouver une solution.

Les soins, en empêchant l'éclatement d'une situation scandaleuse deviennent un facteur de maintien de cette situation.

Les soins, en adaptant les individus à une institution pathogène peuvent être responsables d'une régression parfois irréversible de ces individus.

TABLEAU RAPPELANT LES CHIFFRES DE CONSOMMATION EN

MEDICAMENTS PSYCHOTROPES A LA MAISON D'ARRET DE LA SANTE PENDANT

LES ANNEES 1969,1970,1971,1972 et 1973

(Chapitre II)

Les résultats sont exprimés en nombre de traitements moyens distribués quotidiennement pour 1000 détenus.

	1969	1970	1971	1972	1973
Traitements à effet sédatif	90	212	245	192	266
Traitements hypnotiques....	47	165	264	317	416
Traitements de neuroleptiques incisifs.....	18	33	60	51	6
Traitements anti-dépresseurs.	2	5	5	8	38

B I B L I O G R A P H I E

1.- AMBROGIANI (J.C.), POULAIN (C.)
(Maison d'Arrêt Baumettes, Marseille).
Sulpiride et pathologie carcérale.
Sem. Hôp. Thérapeut., Fr, 1974, 50, nº 1, 49-50

2.- BUFFARD (S)
Le Froid pénitentiaire
Collection "Esprit" Edition du SEUIL 1973

3.- COOPER (D)
Psychiatrie et Anti-Psychiatrie
Collection "Le champ freudien" Edition du SEUIL

4.- COOPER (H.H.A.) (Law. Sch. New-York, N.Y.)
Self-mutilation by Peruvian prisoners.
(L'auto-mutilation chez les prisonniers péruviens)
Internation J. Offender Thérapy, G.B.
(1971) 15, nº 3, 180-188, bibl. (8 réf.), rés. Fr. allem.esp.

5.- D'ASSIER (S.P.L.A.)
Quelques mots sur la médecine légale et sur la liberté morale
Thèse Paris 1829.

6.- FELLION (G.), Duflot (J.P) Cailleteau (Y.)
Ambiance carcérale et troubles psycho-névrotiques
Ann. medico-psychol, Fr., (1972), 2,nº 1, 94-105,
bibl. (16 réf.)

7.- FOX (V). Prison riols in a democratic society. (Emeutes en milieu carcéral dans une société démocratique).
Police, U.S.A. (1972), 16, nº 12, 35-41, bibl. (17 réf).

8.- FRYDA (Y.), Khayat (J.)

(Hôp. cent. prison de Fresnes).
Le leptryl en milieu carcéral
Psychol. méd. Fr. (1972), 4, nº 6, 1197-1202

9.- GOUZY (J.)

Contribution à la connaissance de surveillant des prisons.
"Le complexe de la pénitentiaire".
Approche phénoménologique.
Thèse doct. univ. Claude Bernard LYON, 1971, S.L., (s.d.)

10.- MERCIER (N.)

La consommation de médicaments psychotropes de quelques services hospitaliers psychiatriques.
Facteurs de variation qualitatives et quantitatives.
Leurs significations psychiatriques.
Thèse Paris-Val de Marne 1973.

11.- MOUTIN (P.)

(Hôp. Percy F., 92140 Clamart)
Problèmes de psychologie médicale en prison.
Psychol. méd., Fr., (1973), 5, nº 1, 121-125
rés. ang.

12.- ROTH (L.H.) ERVIN (F.R.)

Massachusetts gen. hosp., Boston, Mass;)
Psychiatric care of Federal prisonners.
(Soins psychiatriques pour les prisonniers fédéraux).
Amér. J. Psychiatry, USA. (1971), 128, nº 4, 424-430,

13.- SCHMIDT (F.K)

(Sussex cty ment. health cent, Newton, N.J.)
The jail as a treatment center.
(La prison comme centre de traitement).
Police, USA (1971), 16, nº3, 19-22.

14.- SIMON P. COLONNAT L.

Mieux connaître et mieux prescrire les psychotropes
Edition PIL 1973

15.- SIMONIN A.

"Petit Simonin illustré par l'exemple"
Collection N.R.F.
Edition Gallimard 1968.

Vu

et Permis d'imprimer

LE RECTEUR

M. CASEDEVALLE

VU,

Le Président de thèse

VU,

LE DOYEN

M. RAPIN