

MINISTÈRE DE LA JUSTICE
DIRECTION DE L'ADMINISTRATION PÉNITENTIAIRE

DEUXIÈMES
JOURNÉES EUROPÉENNES
DE MÉDECINE PÉNITENTIAIRE

Université de Bordeaux II
12, 13 et 14 décembre 1975

ÉTUDES ET DOCUMENTATION

1975

10/10

F 7 F 4



DEUXIÈMES JOURNÉES INTERNATIONALES de MÉDECINE PÉNITENTIAIRE

Université de Bordeaux II
12, 13 et 14 décembre 1975

Organisées par :

- Le docteur DUTASTA, médecin-légiste, médecin-chef de la maison d'arrêt de Gradignan ;
- La Direction régionale des services pénitentiaires de Bordeaux ;
- Le docteur Solange TROISIER, médecin-inspecteur général de l'Administration pénitentiaire ;
- L'Administration centrale de l'Administration pénitentiaire à Paris.

AVEC LA PRESENCE EFFECTIVE DE :

- Mme Hélène DORLAC.
Secrétaire d'Etat à la Condition pénitentiaire.
- M. Jacques CHABAN-DELMAS
Ancien Premier Ministre, maire de Bordeaux.
- M. Daniel DOUSTIN
Préfet de région, préfet de la Gironde.
- M. le professeur BRICAUD
Président de l'université de Bordeaux II.
- M. Jacques MEGRET
Directeur de l'Administration pénitentiaire.
- Mlle MAMELET
Sous-directeur de la Protection sanitaire à la Direction générale de la santé.
- Mme EZRATTY
Magistrat, chargé de mission au cabinet de Madame le Ministre de la Santé.
- M. PAOLI
Contrôleur général à l'inspection générale des services de la Police nationale.
- M. CUBAYNES
Commissaire divisionnaire à la Direction centrale de la sécurité publique.
- M. Jean-Marc ERBES
Sous-préfet, sous-directeur du personnel à l'Administration pénitentiaire.
- M. CHARLES
Magistrat, inspecteur général de l'Administration pénitentiaire.
- M. DAESCHLER
Magistrat, chef du bureau des Affaires financières et du Contentieux de l'Administration pénitentiaire.
- M. DINTILHAC
Magistrat, représentant M. BEAUVOIS, sous-directeur de l'exécution des peines de l'Administration pénitentiaire.

M. GUEUDET

Magistrat du bureau des méthodes et de la réglementation de l'Administration pénitentiaire.

M. CAMPINCHI

Directeur régional des services pénitentiaires de Bordeaux.

M. GOUJON

Directeur régional des services pénitentiaires de Toulouse.

M. CHAZELAS

Directeur régional des services pénitentiaires de Marseille.

M. BRIN

Directeur régional des services pénitentiaires de Paris.

Ainsi que de nombreux directeurs et chefs d'établissements pénitentiaires de la région de Bordeaux ayant tous été, à un certain moment, à la maison d'arrêt de Bordeaux-Gradignan.

**PARTI DES PARTICIPANTS
ONT ASSISTE A CE CONGRES
LES PERSONNALITES SUIVANTES :**

- le Premier président de la cour d'appel de Bordeaux ;
- le Procureur général ;
- le Bâtonnier de l'Ordre des avocats ;
- le Directeur du Centre national d'études judiciaires ;
- de nombreux juges d'application des peines ;
- le Directeur général de la Sécurité sociale ;
- le Médecin inspecteur régional de la santé ;
- le Directeur départemental de l'Action sanitaire et sociale ;
- des officiers de gendarmerie ;
- des officiers de police ;
- et de très nombreux médecins pénitentiaires, environ 120, venus de France et de l'étranger.

Le congrès est ouvert à 9 heures par M. BRICOUD, président de l'université de Bordeaux II.

pour
tous vos malades
vasculaires

SOLURUTINE - PAPAVERINE F. RETARD

protecteur vasculaire complet et permanent

posologie : 4 à 6 comprimés par jour selon le poids du malade

Composition : Morpholinyléthylrutoside 0,075 g, Acide ascorbique 0,075 g, Chlorhydrate de Papavérine 0,100 g, pour un comprimé dragéifié. **Indications :** Hypertension artérielle - Fragilité capillaire. La maladie artérielle sous toutes ses formes, surtout si elle s'accompagne de fragilité capillaire, insuffisance circulatoire chronique, cérébrale, rétinienne, coronarienne, périphérique / En dehors des cas d'insuffisance respiratoire en voie de décompensation, l'administration de Solurutine-Papavérine F. Retard ne présente pas de contre-indications. Toutefois, une hygiène alimentaire attentive devra être instituée chez certains vieillards prédisposés à la constipation chronique. **Présentation :** Tube de 30 comprimés dragéifiés à défillement progressif. Tableau A - Prix public 18,15 F + 0,25 F - Remboursé par la Sécurité Sociale - Coll. - Admis à l'Assistance Publique - A.M.M. 309,76/90

LABORATOIRES DAUSSE 60, RUE DE LA GLACIERE 75621 PARIS CEDEX 13 - TEL. 70.723.79

vogalène[®] 5
métopimazine soluté buvable

Régulateur de la sphère digestive

- corrige les troubles fonctionnels,
- agit à tous les étages de l'appareil digestif,
- se manifeste par une action rapide et prolongée.

Nausées et vomissements, Pyrosis, hoquets, Sensations de pesanteur, de barre épigastrique, Ballonnements et brûlures épigastriques, Troubles dyspeptiques, Dyskinésies hépato-biliaires, Complément au traitement des : hernies hiatales, gastrites et gastro-duodénites, ulcères gastro-duodénaux, colopathies, Intolérances médicamenteuses, Radiologie digestive.

Adulte : 2 cuillérées à café, 3 fois par jour, avant les repas, soit 30 mg.

Enfant : 2 à 6 cuillérées à café par jour, selon l'âge.

Nourrisson : 1 mg par kilo par jour, soit 1 cuillérée à café par 5 kg.

Flacon de 150 ml de soluté buvable dosé à 0,1 % de métopimazine. 1 cuillérée à café = 5 mg.

Tableau C - S.S. (70 %) - Coll. - A.P. - Prix : 16,50 (P.C.A. 72-58/P) - A.M.M. 317.148-1


théraplus

48-52, rue Albert
75640 PARIS cedex 13
Tél. 583.07.44 et 583.07.64

14. JUILLET

15. AOUT

16. SEPTEMBRE

17. OCTOBRE

18. NOVEMBRE

pour
tous vos maux
vasculaires

SOLURUTINE - PAPAVERINE ET RETARD

protecteur vasculaire complet et permanent

protège les artères et les veines de la thrombose et de l'artérite

protège les artères et les veines de l'athérome et de l'infarctus

protège les artères et les veines de la sclérose et de l'angor

protège les artères et les veines de la spasmophilie et de l'hypertension

protège les artères et les veines de la diabète et de l'obésité

protège les artères et les veines de la grossesse et de l'allaitement

- à l'origine de tous les maux vasculaires
- à l'origine de tous les maux cardiaques
- à l'origine de tous les maux nerveux
- à l'origine de tous les maux hormonaux
- à l'origine de tous les maux digestifs
- à l'origine de tous les maux respiratoires
- à l'origine de tous les maux génitaux

Protège les artères et les veines

vogalène 5
soluté buvable

Pharmacie

123

45678

90123

45678

90123

45678

90123

45678

90123

45678

90123

45678

90123

45678

90123

45678

90123

45678

90123

45678

JOURNÉES INTERNATIONALES
de
MÉDECINE PÉNITENTIAIRE

Vendredi 12 décembre 1975

M. le professeur BRICAUD. — Les pouvoirs publics, la magistrature, la médecine se sont donnés rendez-vous à Bordeaux à l'occasion de ce Congrès international.

C'est un privilège, le dernier de mon mandat de président, que de vous accueillir, Madame le Ministre et chers confrères, et si vous me le permettez de souhaiter la bienvenue à tant d'éminentes personnalités, aux participants de ce congrès et plus particulièrement aux représentants des pays amis.

Notre université dispose d'un centre d'informations et de recherches j'en remercie Mme l'inspecteur général Solange Troisier. Dynamique, nous l'avons tous voulu ainsi cette université surtout largement et délibérément ouverte vers l'extérieur, perméable à tous les grands problèmes actuels qui engagent le devenir d'une génération et dans tous les aspects de toutes les disciplines.

Comptant six UR médicales dont une UR de psychiatrie, unité d'enseignement et de recherche de sciences humaines, un département de médecine légale au sein de l'Institut de médecine du travail.

Notre université dispose d'un centre d'information de recherche pour toutes les questions se rapportant à ce domaine et dispense d'ailleurs un enseignement que suivent, en particulier, les élèves de l'Ecole nationale de la magistrature dont notre ville s'enorgueillit.

Une telle implantation n'était-elle pas naturelle au pays de Montaigne et de Montesquieu !

Ces structures se complètent d'un centre de constatation de médecine légale sociale destiné à effectuer des constatations au service de la justice, de la police et des justiciables, des organismes sociaux, des assistés sociaux et des travailleurs, c'est dire que notre université s'intéresse directement aux préoccupations qui peuvent être celles de la magistrature, de la police et du corps pénitentiaire.

Soigner, prévenir, réinsérer éventuellement dans la vie quotidienne, tel est le rôle du médecin, rôle complémentaire dans cette optique de celui du magistrat ; cette apparente simplicité faite de nombreuses et d'énormes difficultés, en ce domaine les impératifs médicaux sont confrontés à la complexité inhérente à l'imbrication des règlements

et des lois en matière judiciaire et pénitentiaire. Déterminer les rapports de la médecine en milieu pénitentiaire, ceux de la médecine et de la justice et par là ééfinir le rôle particulier du médecin pénitentiaire ; examiner les problèmes propres aux hospitalisations psychiatriques dans la thérapeutique de liaison et surveillance post-pénale : tels sont les grands thèmes que vous allez aborder aujourd'hui.

L'université de Bordeaux II s'est donnée pour vocation dominante l'étude de l'homme et de son milieu naturel, de sa place dans la société, de sa santé et de sa vie matérielle. Elle est donc très attentive aux progrès de vos travaux.

C'est à un appel généreux et volontairement optimiste que répondent aujourd'hui tant de femmes et d'hommes de bonne volonté, venus d'horizons, de régions diverses, qui sont venus débattre avec lucidité, désintéressement et hmanité de toutes les grandes options à adopter pour la plus grande efficacité de la médecine pénitentiaire et, par là même, l'amélioration de la condition pénitentiaire.

Au nom de notre université, je formule les meilleurs vœux de succès pour votre réunion et je vous remercie d'être venus ici à Bordeaux. (*Applaudissements.*)

Mme DORLAC. — Je vous remercie, monsieur le Président, de vos paroles de bienvenue et de toute l'aide que vous-même et vos services avez apportée à ceux qui ont assumé la lourde tâche d'organiser ce congrès et je tiens à vous dire que c'est un honneur pour moi d'être accueillie au sein de votre université.

Mais si nous revenons ainsi sur les bancs d'une faculté, nous avons le plaisir de la faire dans une de nos plus belles villes de France, grâce à l'hospitalité qu'a bien voulu nous offrir son maire ici présent, et dont je le remercie vivement.

Nous savons tous, monsieur le Maire, à quel point vous aimez Bordeaux, dont vous avez pu dire dans un récent ouvrage « qu'elle était la source de vos meilleures joies ».

Si l'un de vos illustres prédécesseurs, élu par des jurats bordelais, Michel De Montaigne, disait par boutade ne vouloir que se « prêter » à sa ville, afin de ne pas « avoir l'âme cruellement agitée par la trasserie publique », vous vous êtes, depuis bientôt trente ans, donné sans réserve afin que l'essor économique et culturel de Bordeaux soit digne de son passé prestigieux.

Je pense, Mesdames, Messieurs, me faire également votre interprète en disant notre reconnaissance à celle qui nous a permis d'être

réunis aujourd'hui, Mme le docteur Troisier. Votre modestie dut-elle en souffrir, j'ajouterai, chère confrère et amie, que je suis particulièrement heureuse que, outre l'organisation de ce congrès, vous ayez accepté d'en être l'un des principaux animateurs. Votre foi et votre enthousiasme, illustrés par une conduite exemplaire dans la résistance, votre expérience et votre compétence, fruits de la vie parlementaire et d'une réussite professionnelle des plus brillantes, vous ont permis de rendre à l'Administration pénitentiaire des services dont j'ai pu, dans l'exercice de ma mission, apprécier le courage et la juste valeur.

J'espère que grâce à vous et à ceux qui nous ont prêté leur concours — je pense notamment aux rapporteurs des commissions — nos travaux permettront d'apporter des solutions constructives aux problèmes auxquels nous sommes confrontés.

Mes chères confrères, c'est aujourd'hui, en tant que membre du gouvernement et en tant que médecin, que je vais vous parler et je tiens à vous souligner combien il m'est agréable après dix-huit mois de rupture professionnelle de me retrouver parmi mes condisciples.

Comme membre du gouvernement, il m'appartient de m'entretenir avec vous de la finalité de votre action. En tant que médecin, je crois pouvoir partager vos préoccupations et comprendre les difficultés de votre tâche. Nous étudierons ensemble, avec l'aide des représentants de la Chancellerie et de Mlle Mamelet, qui représente ici Mme Simone Veil, ministre de la Santé, toutes les suggestions que vous serez amenés à faire dans le domaine de la médecine pénitentiaire, partie intégrante de la réforme pénitentiaire dont Monsieur le Président de la République m'a confié la mission, et dont récemment encore lors d'un Conseil des ministres il m'a renouvelé l'intérêt particulier qu'il portait à la conduite de l'action médicale au sein des prisons françaises.

Dans le cadre de la condition pénitentiaire, deux postulats nous ont guidé dans notre étude des réformes à entreprendre. En l'état actuel de nos connaissances, la peine d'emprisonnement, lorsque des substituts ne peuvent lui être trouvés dans certains cas, est encore le seul moyen de défense de la société contre les conduites déviantes graves. Mais, il nous appartient, si nous voulons rester fidèles à nos principes d'humanité et de libéralisme, de faire en sorte que cette privation de liberté, non seulement ne porte pas atteinte à la dignité humaine des détenus, mais doit encore, dans la mesure du possible, être mise à profit pour tenter de préparer leur future réinsertion sociale. Car, comme le dit Valéry Giscard D'Estaing lui-même : « la peine n'est que la privation du droit d'aller et de venir », toute brimade supplémentaire est injuste et inutile.

Mais quelle que soit l'ampleur des décisions déjà prises dans l'amélioration des conditions de détention et des diversifications des

régimes, de nombreux aspects de la vie carcérale requièrent encore toute notre attention. Il en est ainsi de la médecine pénitentiaire.

Certes, mes chers confrères, je ne doute ni de votre dévouement, ni de votre compétence et je le soulignais encore l'autre jour devant l'Assemblée nationale à l'occasion de la discussion sur le budget.

Il serait néanmoins indigne de nous de ne pas reconnaître que beaucoup reste à réaliser, en particulier dans l'amélioration des conditions matérielles, si nous voulons accomplir ce qui est simplement notre devoir, c'est-à-dire ménager à ceux que notre collectivité, pour sa défense, a dû isoler pendant un temps plus ou moins long, un système de protection sanitaire comparable à celui dont bénéficie l'ensemble de nos concitoyens.

L'exercice de vos fonctions en milieu carcéral revêtira toujours certains aspects particuliers. Il n'y aura notamment jamais de libre choix du médecin par le malade détenu, ce qui serait incompatible en l'espèce avec nos règles de droit et les règles de l'Administration pénitentiaire, mais vous n'en avez que plus de mérite à exercer, dans un milieu où règne, vous le savez, une grande misère physique et surtout morale, une médecine fondée sur la confiance et l'espoir.

La médecine pénitentiaire s'exerce dans un cadre spécifique et dans un milieu particulièrement pathogène sur des malades dont la psychologie et les réactions sont souvent très différentes de celles des malades ordinaires. Vous devez en prison faire face à une exigence morale d'assistance et de problèmes humains et sociaux.

L'importance de votre mission réside dans le fait que votre approche de l'être n'est motivée par aucune idée de sanction. Vous restez en dehors du délit, et c'est en cela que votre appréciation objective du sujet est une aide importante et unique que vous pouvez apporter aux juges dans l'individualisation de la peine, qu'il s'agisse d'une décision de libération conditionnelle ou de réduction de peine.

Mais pour être en mesure d'assurer toutes ces fonctions, la médecine pénitentiaire doit disposer des moyens indispensables. Elle s'adresse à une population pénale nombreuse qui, tôt ou tard, devra se réinsérer dans la société. Cette médecine doit donc s'intégrer autant que possible dans l'ensemble du dispositif médico-social de la communauté nationale, ou tout au moins être aussi proche que possible de celle dont bénéficie l'ensemble du corps social. Et je puis vous assurer que Madame le ministre de la Santé est tout à fait disposée à nous apporter son aide dans ce domaine.

M. Megret, l'actif et compétent directeur de l'Administration pénitentiaire, va vous exposer tout à l'heure le détail des orientations

arrêtées en liaison avec le cabinet du ministre de la Santé publique pour apporter des solutions concrètes.

Il vous fera le bilan de ce qui a été fait et de ce qui reste à faire en matière de médecine préventive, notamment pour des maladies mentales où les contacts pris avec le ministre de la Santé doivent permettre la mise en place dans chaque prison de consultations d'hygiène mentale assurée par les services locaux de la Direction de l'action sanitaire et sociale. Il abordera également les solutions à l'étude pour doter l'administration des moyens en personnel et en équipement indispensables à sa politique. Vous connaîtrez à cette occasion la position de la Chancellerie sur les améliorations qu'elle souhaite voir apporter au fonctionnement des services médicaux pénitentiaires.

Je pense enfin que vous porterez intérêt à la nécessité du développement des équipements sanitaires.

Quant à l'enseignement de la médecine pénitentiaire, je souhaite personnellement le voir progressivement se développer, car du fait, d'une part, du rajeunissement et de l'évolution de la population pénale, et, d'autre part, des contraintes de l'univers carcéral, des connaissances spécifiques seront de plus en plus souhaitables.

Pour ma part, je suivrai vos travaux avec le plus grand intérêt, persuadée que les conclusions sur lesquelles vos travaux déboucheront contribueront à rendre plus efficace l'action que vous menez dans l'exercice de votre tâche commune.

Gardez-vous, mes chers confrères, de perdre votre indépendance, gardez-vous des pressions, n'oubliez pas que vous êtes médecins et que vous ne devez de compte qu'à votre seule conscience.

Vos rapports avec les détenus sont privilégiés, ils doivent trouver en vous le médecin dans le sens étymologique du mot, sans compromission ni faiblesse, insensible aux pressions de tout ordre, ce qui demande parfois de votre part beaucoup de courage et d'abnégation.

Vous devez pouvoir exercer votre profession dans des conditions matérielles dignes de la médecine. La médecine pénitentiaire ne doit pas souffrir dans sa qualité des murs, des grilles et des clefs.

Je voudrais ajouter que votre mission est d'autant plus belle que vous vous occupez d'exclus pour lesquels vous êtes souvent le seul espoir, et votre rôle est loin de se borner à soigner les symptômes habituels, mais il est souvent celui de savoir écouter avec patience et avec cœur.

Mesdames, Messieurs, j'ai tenu à vous parler la première afin de définir devant vous le sens dans lequel devrait, à mon avis, se faire

l'évolution de la médecine pénitentiaire et je cède maintenant la parole au docteur Dutasta. (*Applaudissements.*)

M. le docteur DUTASTA. — Madame le Ministre, Monsieur le Directeur général, Mesdames, Messieurs,

C'est un grand honneur pour Bordeaux d'avoir été choisi comme lieu de ces Journées internationales de médecine pénitentiaire.

Je dois tout d'abord remercier M. le président Bricaud de nous recevoir.

Ce rassemblement de l'élite médicale pénitentiaire n'a pu être possible que grâce à la participation de M. Chaban-Delmas, maire de Bordeaux, de M. Doustin, préfet de la Gironde, de l'Administration pénitentiaire et des laboratoires médico-pharmaceutiques qui nous ont aidés à la réalisation matérielle de ces journées.

Je remercie également Monsieur le Premier président de la cour d'appel de Bordeaux, Monsieur le Procureur général, Monsieur le Président du tribunal de grande instance de Bordeaux, Monsieur le Procureur de la République et tous les magistrats, d'être venus rehausser par leur présence l'éclat de ces Journées internationales de médecine pénitentiaire.

Permettez-moi aussi de remercier Monsieur le Président régional de l'Ordre des médecins ainsi que Monsieur le Président départemental de l'Ordre des médecins.

Il me faut encore témoigner ma reconnaissance à toute l'équipe pénitentiaire qui s'est dévouée pour la réalisation de ces journées.

Ce n'est pas sans une certaine émotion que je vous vois tous ici présents pour assister et participer à ces Journées internationales de médecine pénitentiaire auxquelles tenait tant le docteur Fully, notre regretté maître pour beaucoup d'entre nous.

Sans le dynamisme infatigable de notre nouveau médecin inspecteur général, le docteur Solange Troisier, ces journées n'auraient pu avoir lieu.

Je sais qu'à chacun il a fallu faire un effort pour s'arracher à la vie quotidienne et venir ici à Bordeaux. Soyez-en tous remerciés. J'espère que ce séjour vous sera agréable et nous allons essayer de faire au mieux pour y parvenir.

Après la séance inaugurale de ce matin, nous serons reçus à midi à la mairie de Bordeaux par M. Chaban-Delmas.

Cet après-midi, les commissions de travail continueront leur étude sur les hospitalisations en milieu psychiatrique et sur les rapports médecine-justice.

Demain matin, samedi 13 décembre, nous reprendrons les travaux dans les commissions et la séance de clôture aura lieu vers 11 heures.

L'après-midi, pour ceux qui le désireraient, une visite de la maison d'arrêt de Bordeaux-Gradignan sera organisée et il y aura des commissions libres.

Mme Troisier donnera le détail de ces journées.

Dimanche matin, 14 décembre, nous irons à Saint-Emilion rendre visite à la Jurade et déguster des vins célèbres. Le tout sera suivi d'un repas gastronomique dans le cadre d'un château mis gracieusement à notre disposition par le président de la Jurade.

Je vous remercie de votre attention et je donne la parole à notre médecin inspecteur général, le docteur Solange Troisier. (*Applaudissements.*)

Mme le docteur Solange TROISIER. — Madame le Ministre Monsieur le Président et Monsieur le Maire de Bordeaux, Monsieur le Président de l'université de Bordeaux II, mes chers confrères pénitentiaires et tous mes amis de cette grande famille pénitentiaire,

Comme il est difficile pour moi de venir vous souhaiter la bienvenue à l'aube de ces Journées internationales de médecine pénitentiaire de Bordeaux, car succéder à mon ami Georges Fully est un peu une gageure tant il était aimé et considéré.

Depuis plus de deux ans j'ai essayé, comme médecin, comme administrateur, comme femme responsable, d'assumer les lourdes charges de médecin inspecteur général. Je l'ai fait avec ma connaissance de la nature humaine que mon expérience de médecin m'a apportée, tant à l'hôpital qu'en clientèle privée. Mon ami Fully m'avait chargé, il y a bientôt quinze ans, de diriger le service de gynécologie à la Petite Roquette, c'est dire que je connais un peu la médecine pénitentiaire.

J'ai toujours essayé de m'effacer devant les problèmes des malades et de leur apporter ma chaleur humaine et ma connaissance du milieu carcéral.

Trouver des solutions à leurs problèmes médicaux n'est pas chose simple mais à force de chercher, de développer des contacts tant avec les médecins de Paris et surtout de province qu'avec les infirmières, les juges de l'application des peines, les procureurs, les directeurs

d'établissement, le surveillants-chefs, en un mot avec l'Administration pénitentiaire, allant des prisons de haute sécurité aux établissements de détention simple, ne négligeant pas la province, j'ai commencé à me rendre compte de la difficulté et de l'ampleur de la tâche à laquelle on m'avait appelée.

Laissez-moi vous remercier, Monsieur le Président de l'université de Bordeaux II de l'hospitalité que vous nous faites dans votre magnifique faculté. Nous savons votre dynamisme, votre enseignement est connu outre-Atlantique, votre compétence en médecine fait honneur à votre Bordeaux et à l'école que vous dirigez avec une telle maestria.

Les amphithéâtres qui nous accueillent, l'organisation de ces journées de travail, votre grande générosité, me font pressentir tout l'intérêt que vous attachez à cette médecine pénitentiaire que je voudrais tant revaloriser et tant élever au niveau qu'elle mérite. Car il s'agit bien de soigner des malades, de sensibiliser les médecins à cette médecine si spécifique, de faire connaître à l'opinion le dévouement inlassable de ces praticiens de la « Pénitentiaire » que j'ai l'honneur de représenter ici et avec qui je ne fais qu'un ; je dirais une et indivisible.

Au nom de l'Administration pénitentiaire, de la cohorte de médecins venus de toute la France et de l'étranger, en mon nom personnel, je vous dis mon amitié et ma reconnaissance pour la noble tâche que vous accomplissez.

Monsieur le Premier ministre et aussi Monsieur le Maire, permettez-moi d'ajouter mon cher Jacques, venir à Bordeaux, chez vous, dans cette merveilleuse Aquitaine, parler de la médecine pénitentiaire, de la revalorisation des actes chirurgicaux, médicaux, ou de dentisterie, de l'amélioration du sort des infirmières et du statut de mes confrères, qui aurait pu le prévoir il y a quelques années lorsque je travaillais avec vous ? Mais vous m'avez donné le goût de la lutte, de la fraternité dans les combats, pour l'amélioration des injustices sociales et votre fougue, votre ardeur, ont été pour moi, dans la vie difficile que j'essaie de bien mener, un exemple et un stimulant. Merci mon cher Jacques de nous accueillir dans votre belle ville, dans votre mairie chaleureuse qui, comme une ruche d'abeilles, permet à votre région de rayonner hors de nos frontières.

Le maire de Bordeaux peut être fier de sa ville, à chaque tournant, dans chaque quartier, des plus pauvres aux plus cossus, votre griffe est là, humaine, éloquente dans sa sobriété et dans sa grandeur. Merci de nous y accueillir avec votre cœur et avec votre classe.

Monsieur le Préfet de région, préfet de la Gironde, et je dirai mon cher Daniel, c'est une joie pour nous tous de venir tenir nos Journées internationales dans votre région et de vous voir présider aux destinées

de l'administration de cette grande province française. Je connais vos qualités d'administrateur depuis bientôt dix-sept ans où, jeune médecin, je vous ai connu au Tchad avec Mme Doustin. Vous y aviez remarquablement réussi ; j'ai suivi votre prestigieuse carrière parfois un peu mêlée à la pénitencière, et l'amie fidèle que je suis se réjouit, pour Bordeaux et sa région, d'avoir un tel préfet dynamique, sportif, efficace, réaliste, diplomate et indulgent pour ses amis.

Si nous avons choisi Bordeaux, Jacques Megret, directeur de l'Administration pénitentiaire, et moi-même, c'est aussi, Monsieur le Directeur du Centre national d'études judiciaires, pour témoigner à l'endroit de la magistrature, notre attachement, notre estime et notre désir de totale collaboration.

J'ai pensé qu'en prenant comme thème de congrès les rapports de la justice et de la médecine nous étions au vif du sujet à Bordeaux, à cette époque où tout est mouvance et parfois contestation.

Je suis sûre, Monsieur le Directeur, que vous nous serez d'un précieux secours, avec le concours de nombreux de vos auditeurs de justice pour nous apporter la contradiction. Nous sommes là pour y répondre avec vigilance.

En effet, qu'il s'agisse du procureur, du premier président, du juge d'instruction, du juge de l'application des peines, de l'avocat, de l'expert, le médecin de prison est constamment en rapport avec l'un de ces représentants de la justice.

Je souhaite que toute incompréhension, toute méconnaissance de nos positions respectives, toute incompatibilité d'humeur, toute mésentente disparaissent pour faire place à une totale harmonie et qu'un mariage parfait soit consommé entre nous grâce, bien souvent, aux chefs d'établissement, que je salue ici, et pendant la commission des juges de l'application des peines.

Monsieur le Maire de Pessac et cher confrère, je tiens ici à vous saluer d'une façon plus particulière car je sais que cette magnifique université est en grande partie sur vos terres et que vous n'avez rien négligé pour permettre l'élaboration de cette faculté si moderne.

Avec l'aide de Jacques Chaban-Delmas, vous avez là, dans votre belle Aquitaine, une réalisation dont vous pouvez être fiers.

Je tiens à remercier chaleureusement le représentant du ministre de la Santé, Mlle Mamelet, sous-directeur de la Protection sanitaire à la Direction générale de la santé. Sa compétence, son acharnement au travail, son égalité d'humeur n'ont d'égale que sa patience à l'endroit des médecins et vous allez avoir à distribuer « des trésors » à ceux-ci. Les psychiatres vous attendent comme le messie : c'est vous

qui avez en main leur destinée dans les centres médico-psychologiques. Notre décloisonnement psychiatrique avec votre présence va, j'en suis sûre, marcher grand train. Soyez mon interprète auprès de Mme Veil pour la remercier chaleureusement de vous avoir déléguée à notre congrès.

Quant à MM. Paoli et Cubaynes, je tiens à leur témoigner ma gratitude d'être venus à Bordeaux mandatés par leur ministre et par M. Pandraud, directeur général de la Police nationale. Nos relations avec la police sont quotidiennes, souvent excellentes et je me plais à reconnaître la diligence de vos agents et la bonne amitié qui existe entre nos directeurs ou chefs d'établissements avec les commissaires de police de leur ville.

Parfois nos rapports sont un peu tendus et houleux mais toujours loyaux.

Si j'ai insisté pour qu'un représentant du ministre de l'Intérieur soit présent à nos journées, c'est pour que nous progressions dans un domaine qui me tient très à cœur ; celui des hospitalisations en milieu ouvert, un des thèmes de notre congrès, y rattachant les extractions pour consultations à l'hôpital ou dans un dispensaire. Il faudrait que nous fassions un grand pas en avant au cours de nos travaux pour qu'une motion finale soit proposée aux représentants de la police à Paris et en province et pour que des normes d'hospitalisations soient définies. Je suis sûre que vous serez de bons interprètes auprès de vos services et que vous nous aiderez, comme je m'engage, dans la mesure de nos possibilités, à restreindre nos hospitalisations en milieu ouvert en favorisant celles-ci en milieu pénitentiaire et en essayant de créer « des chambres de force », de sécurité plus exactement, dans tous les hôpitaux des villes où existe une prison.

J'essaie, dans toute la mesure de mes moyens, de majorer les lits d'hospitalisation dans les infirmeries de nos centrales et de nos maisons d'arrêt pour éviter les hospitalisations et les extractions. J'ai demandé à tous mes confrères de faire venir des spécialistes sur place : cardiologue, O.R.L., ophtalmo, etc.

En attendant que notre statut de médecin pénitentiaire soit promulgué par décret, j'ai demandé à nos services d'augmenter les vacations des spécialistes pour éviter les extractions qui récemment, à Nîmes, ont été l'occasion d'une évasion et d'une rixe où nos agents ont payé les frais.

Je souhaite également que des installations de radioscopie et de soins dentaires soient mises sur pied dans toutes nos prisons et je m'y emploie actuellement, en fonction, naturellement, de nos crédits. Mais déjà de gros progrès ont été réalisés depuis un an.

J'avais assisté, soit au siège de l'Assistance publique, à Paris, soit à la préfecture de police, à plusieurs réunions dont le but était de nous permettre d'hospitaliser dans un hôpital précis de l'Assistance publique nos détenus malades ayant besoin de soins de haute spécialité (neuro-chirurgie, chirurgie cardiaque, bilan chez un thyroïdien, chez un diabétique, chez une femme au cas gynécologique complexe).

Naturellement, hospitalisation implique surveillance et sécurité. Or nous avons, à l'heure actuelle, un peu dans tous les hôpitaux de la région parisienne, des détenus envoyés sans discrimination autre qu'un « copinage » ou qu'une place vacante. Dès qu'un détenu est hospitalisé, cela implique au minimum 6 agents de police mobilisés dans des conditions désagréables pour eux et pour le personnel médical. Et je sais, Monsieur le Préfet, que, comme tous vos collègues, vous ne nous aimez guère avec nos détenus envahissants.

Aussi l'hospitalisation à la salle Cusco, à l'Hôtel-Dieu remise à neuf et très confortable, sera réservée en priorité aux gardés à vue mais aussi aux détenus, prévenus et condamnés, nécessitant des soins que nous ne pouvons leur prodiguer soit à Fresnes, à la Santé ou à Fleury.

Ces hospitalisations auront lieu, soit dans les services des spécialités ou de réanimation de l'Hôtel-Dieu, dans des conditions de sécurité parfaites et adaptées à nos malades, soit à la salle Quentin, à la Salpêtrière au cas où le nombre des gardés à vue soit trop élevé à Cusco. Dans cette deuxième salle, des chambres de sécurité sont parfaitement conciliables avec une très bonne médecine et une sécurité facile à assurer.

L'Assistance publique se plaignait du remplissage de ses lits à 50 % pour les gardés à vue. Aussi, cette mesure, grâce à la compréhension de la police, nous enchante-t-elle et fera de la salle Cusco et de la salle Quentin une espèce d'hôpital central en milieu ouvert sans que la police n'ait trop de gardiens à distraire pour les surveiller.

Pour nous, Administration pénitentiaire, le pas en avant est considérable. J'ai obtenu cette décision après un long combat et j'en remercie les deux représentants de la police.

Maintenant, mes chers confrères, c'est à vous que je vais m'adresser, à la fois comme médecin, comme vous, qui a fait ses classes dans la pénitentiaire et qui a gravi les échelons de la vie carcérale depuis quinze ans et comme amie. Mais si je suis ici aujourd'hui, c'est parce que mon ami Georges Fully a été lâchement assassiné voilà bientôt trois ans. J'essaie de le remplacer en faisant de mon mieux, en suivant son exemple, en pensant à lui chaque jour, retrouvant son

souvenir partout où je vais, évoquant ses bons mots avec le personnel qui l'aimait tant, retraçant son œuvre créatrice dans nos prisons où rien n'existait ou presque avant lui, continuant l'enseignement de la médecine pénitentiaire et perpétuant ces Journées européennes qu'il avait créées.

Tout ceux qui ont connu son intelligence, son courage, son dévouement pour les détenus, sa joie de vivre, son insouciance, sa séduction ne peuvent avec moi que le pleurer et rendre hommage au grand français, le plus jeune déporté de France, au grand médecin et à l'homme tout court qui a su conquérir le cœur et l'amitié de tous ceux qui l'ont approché.

Mon propos ne serait pas complet si je ne vous parlais pas non plus du rôle capital du docteur Charles Poulain, aux Baumettes, à Marseille.

Dès que je l'ai retrouvé, il y a deux ans, quand j'ai pris mes fonctions de médecin inspecteur général, j'ai vu sur son visage ce masque qui ne trompe pas. A peine six mois ont suffi à terrasser notre ami et sa mort a endeillé la pénitentiaire. Son œuvre a été immense ; il avait, à l'hôpital prison des Baumettes, créé un centre de désintoxication des drogués incarcérés, le seul en France.

A l'hôpital Salvator existe une annexe de l'hôpital de l'Assistance publique où une équipe mixte, pénitentiaire et hospitalière, prend en charge les drogués en état de manque, les traite, les rééduque. Poulain a fait de nombreux travaux et son action dans une ville où la drogue régnait et règne encore en maître a été pionnière.

Sa personnalité était exceptionnelle, d'une grande autorité, d'une parfaite courtoisie ; remarquable praticien, sa disparition précoce a été pour nous tous un grand drame. Il a laissé un grand vide.

Mes chers confrères pénitentiaires, médecins, pharmaciens, dentistes, que vous soyez médecin de Paris ou de la région, d'Aquitaine ou de Toulouse, de Marseille ou de Lille, en passant par la Lorraine ou la Bretagne, sachez que j'ai pour vous la plus grande admiration et une solide fraternité. Votre dévouement, votre désintéressement, votre science, sont au-dessus de toute éloge. Aussi, en prenant mon bâton de pèlerin et parcourant la France, j'ai essayé de bien vous connaître sur place, dans vos maisons d'arrêt, dans vos centrales, dans vos hôpitaux. Allant vous voir sur votre lieu de travail, j'ai appris à bien vous situer, vous diagnostiquer et à bien vous aimer aussi.

Avec le directeur, le chef de votre établissement, vous faites partie de cette grande famille pénitentiaire où n'entre pas qui veut. Nous avons nos lettres de noblesse et nous y tenons.

Aussi, ici, je ne saurais rester muette devant le dévouement, les qualités morales de ce personnel qui nous aide souvent beaucoup dans notre tâche.

Ces visites longues et pénibles, ces urgences inopinées en pleine nuit, ces demandes exagérées de soins, de médicaments, cet envahissement de notre vie privée, font partie souvent de notre vie quotidienne de médecin carcéral.

Nos détenus ne sont pas des malades comme les autres, ne sont-ils pas tous un peu atteints ? Aussi, certaines fois, sommes-nous plus attentifs à leurs problèmes que pour nos autres patients. Parfois ils nous émeuvent, d'autres fois nous rebiffent ou nous agacent par leurs excès ou leurs violences, aussi certains d'entre vous sont-ils un peu parternalistes, je ne le reprocherai pas, d'autres plus coercitifs. Mais je vous ai toujours trouvés ouverts aux problèmes qui vous sont exposés.

Nous sommes certes des êtres privilégiés pour les prisonniers. Notre discrétion, notre rigueur morale, notre sens du secret professionnel font que nous sommes leurs confidents naturels, muets et sûrs. Nous assistons avec calme à leur turbulence et à leurs désespoirs, peut-être sommes-nous leurs meilleurs alliés et on nous a un peu oubliés dans la réforme jusqu'ici.

Mais grâce à vous, Madame, nous avons fait un grand bond en avant.

Nous appliquons à notre vie professionnelle carcérale la rigueur morale qui est la nôtre dans la vie tout court et cela, je suis là pour le rappeler.

Aussi, je me dois de faire devant vous le bilan des deux années de présence au poste de médecin inspecteur général.

D'abord vous connaître dans votre lieu de travail, votre infirmerie, votre cabinet médical, votre pharmacie puis juger de l'importance de vos besoins en matériel : instruments, installation de radio, installation dentaire. Puis prendre des contacts avec le préfet pour faire respecter le Code de procédure pénale quant à la médecine préventive : recherche de la syphilis, détection de la tuberculose et prise en charge par la D.A.S.S. des consultations d'hygiène mentale. Enfin, assurer auprès du procureur, du président du tribunal, du juge de l'application des peines, des contacts à la fois courtois et rigoureux pour combler le fossé qui existe entre la justice et la médecine bien souvent, voici mon modeste rôle.

J'ai inspecté, sur les 175 prisons de France et d'outre-mer, environ 150 établissements, y restant longtemps, y retournant parfois, essayant

par tous nos moyens de remédier à l'absence ou à l'insignifiance de votre confort.

Déjà l'an dernier, M. Megret — et je l'en remercie de tout cœur — a largement dépassé les crédits qui m'étaient alloués ; cette année je vais arriver au million de nouveaux francs, le double. Sachez que me battre pour vous me stimule et me donne du courage.

Dans une deuxième étape, j'ai continué la voie tracée par mon ami Fully : revaloriser la médecine pénitentiaire, non pas en la décloisonnant vers la Santé publique, car nous serions totalement absorbés par celle-ci et nous perdrons notre caractère spécifiquement pénitentiaire, mais en l'ouvrant vers les normes des hôpitaux de deuxième catégorie.

Avec MM. Erbes et Alozy nous avons étudié, par un règlement intérieur, ce que sera la médecine pénitentiaire de demain ; non plus une médecine vacataire, anarchique, désuète, humiliante et ne respectant plus les normes sociales les plus élémentaires mais en créant des postes de médecins, de dentistes, de spécialistes, de pharmaciens à temps partiel, doublés d'assistants et d'attachés.

Seul le décloisonnement pour la psychiatrie a été établie par Mme Veil et ses services et je lui suis particulièrement reconnaissante de cette décision essentielle. Depuis un an et demi je répète mes appels et souligne nos inquiétudes au ministre de la Santé ; elle n'est pas restée sourde et son amitié m'a été précieuse au cours de ce combat.

Toute la médecine psychiatrique, qu'il s'agisse des maisons d'arrêt ou des centrales, sera complètement prise en charge par les D.A.S.S. et les centres médico-psychologiques seront totalement gérés par la Santé publique. Le psychiatre ne dépendra plus de notre administration, seuls les locaux, le gardiennage, la nourriture seront notre lot. M. Nicot a lutté pendant de longues années pour arriver à ce résultat, qu'il en soit remercié.

Je suis persuadée que tous nos psychiatres ne peuvent que s'en réjouir ; ils seront rattachés au secteur de région et la psychiatrie dépendra du Directeur de l'Action sanitaire et sociale et du préfet.

Enfin, pour conclure, je vous dirai que mon troisième combat a été la revalorisation du traitement des infirmières pénitentiaires, car comment faire fonctionner un hôpital, une infirmerie de centrale ou de maison d'arrêt sans qu'une infirmière soit présente, dévouée, compétente et je dirai aussi bien payée. Or, nos fidèles collaboratrices avaient, je dis bien avaient, un traitement de misère, sans aucune prime, ni celle accordée par Mme Veil, ni la prime de risque (celle-ci

était presque inexistante alors qu'on connaît les dangers courus et les drames qui peuvent arriver — Clairvaux est encore trop présent à nos mémoires pour que nous puissions éternellement les négliger).

Depuis un an, j'ai frappé à toutes les portes, j'ai lutté dans le noir. Il fallait qu'une telle injustice sociale soit réparée ; j'en ai parlé à Mme Dorlac, j'ai alerté les finances, j'ai demandé l'arbitrage du Premier ministre et le premier pas est franchi ; j'ai pu obtenir leur alignement sur celui des hôpitaux de l'Assistance publique et des hôpitaux civils.

Ce n'est qu'un début : les primes vont être attribuées à ces agents, constamment au chevet des malades (prime Veil), revalorisation aussi, pour 1977, de 20 % environ, des primes de risque ; tout cela est encore insuffisant. Ce combat a été indispensable, ces infirmières avaient besoin que l'on se penche sur leur cas.

Enfin les finances vont créer une petite carrière aux infirmières contractuelles, les intégrant ainsi dans la fonction publique dès cette année ; carrière semblable en ce sens aux avantages alloués aux assistantes sociales.

Mon propos ne serait pas complet si je ne parlais pas ici d'une réforme que nos confrères chirurgiens, dentistes et radiologues ne cessent d'évoquer lors de nos fréquentes rencontres.

Avec vous, madame le Ministre et chère amie, j'en ai parlé souvent : c'est la revalorisation des lettres R., D. et Z.

Ces lettres clés n'ont pas été revalorisées, à l'Assistance publique, depuis 1969 mais les médecins y sont payés au mois et non à l'acte. N'est-il pas indécent qu'une appendicite opérée en prison soit payée 50 F et qu'une néphrectomie, ablation d'un rein, opération lourde de conséquences pour le chirurgien, soit évaluée à 100 F ?

Quant au D. pénitentiaire, acte de dentisterie, il mérite qu'on s'y arrête quelques instants. Il est payé à 1,77 alors que la Sécurité sociale le rembourse à 6,66. Certains de nos confrères dentistes sont vraiment des saints, d'autres font trop d'extractions ou pratiquent l'entente directe avec le détenu, certains travaillent comme à Brest, gratuitement, beaucoup sont désespérés, mais tous font de leur mieux.

Avant que nos statuts soient définitivement appliqués, ne pourrait-on, avant de payer un odontologiste chef de service à temps partiel, au moins revaloriser d'une façon transitoire le D. et appliquer le tarif des hôpitaux en consultation externe aux environs de 4,64. Sans cela, nous n'aurons plus de dentistes. Je touche du doigt là un problème aigu, de même que la revalorisation du Z, pour les radiologues. Mais

le médecin inspecteur que je suis, défendant ses médecins, ne peut qu'alerter l'administration sur cette grave injustice.

Enfin, pour terminer, je voudrais remercier le docteur Dutasta, éminent médecin légiste bordelais, médecin de la maison d'arrêt de Gradignan, qui m'a permis, à Bordeaux, grâce à son inlassable dévouement, à son activité débordante, à son efficacité, de mettre sur pied un congrès aussi représentatif de la médecine pénitentiaire de France et de l'étranger.

Et je voudrais saluer, en guise de péroraison, les nobles étrangers, nos confrères européens qui sont venus ici nous apporter leur expérience, leur compétence et j'espère qu'ils trouveront en Aquitaine à la fois la science, l'accueil et le bon vin qui coulera selon la tradition bien française, à flots lors de ces journées de travail et de détente, journées qui ont été organisées avec l'aide de toute l'Administration pénitentiaire de Bordeaux, de Paris et de nombreux laboratoires qui m'ont aidée pour cette organisation matérielle que l'intellectuelle que je suis sais fort mal mettre sur pied.

A mes deux collaborateurs, Mme Beche et Mme Madera, je tiens à leur dire merci en votre nom et au mien pour l'immense travail de préparation qu'elles ont accompli. Elles n'ont ménagé ni leur peine, ni leur sommeil. Quelles soient assurées de mon affection fidèle.

Mes chers amis, je vous remercie de m'avoir si longuement écoutée. Ma dernière phrase sera pour vous dire, madame le Ministre, la joie que j'ai à vous trouver à mes côtés pour les durs combats où, avec votre parfaite connaissance de la condition pénitentiaire et avec votre dynamisme, j'ai trouvé une alliée exceptionnelle.

Ensemble, je suis sûre, nous arriverons, avec votre ténacité, à enfin redonner à la médecine pénitentiaire sa place et sa dignité. (*Applaudissements.*)

M. MEGRET. — Au risque de fatiguer l'auditoire, de blesser la modestie de ceux qui ont organisé ces journées, je ne voudrais pas commencer mon intervention sans donner mes remerciements aux diverses personnalités et à Mme Troisier d'abord, notre inspecteur général des services médicaux pénitentiaires, dont je me réjouis d'être aujourd'hui l'hôte, qui assume la responsabilité de ces journées, à l'autorité préfectorale et universitaire et plus généralement à tous ceux qui ont accordé avec générosité leur appui à cette entrevue.

Je voudrais dire aussi que je me réjouis d'être l'invité des médecins des services pénitentiaires, je me réjouis des possibilités de contact avec vous, de tout ce qui en résultera pour moi.

Je n'ai pas l'intention de centrer mon intervention sur les thèmes spécifiques qui font l'objet de ce congrès et qui vont être débattus par vous dans quelques minutes au sein des commissions. Non pas que ces thèmes ne soient directement liés à l'action de l'administration que j'ai l'honneur de diriger et qu'à bien des égards ils ne constituent les aspects particulièrement délicats de votre action quotidienne. J'imagine, cependant, que vous attendez, à ce moment précis, autre chose de moi et que mon devoir est d'essayer de répondre à vos interrogations implicites sur le devenir de la médecine pénitentiaire et c'est ce que je vais essayer de faire.

La médecine pénitentiaire a pour mission de prendre en charge une population marginale qui échappe largement au système de protection sanitaire mis en place par les Pouvoirs publics.

A cet égard, la médecine pénitentiaire, par conséquent, ne se différencie que par la faiblesse de ses moyens de la médecine pratiquée en milieu libre, qu'elle soit une médecine de prévention ou de soin.

Mais, à cette mission générale, s'ajoute une demande particulière provoquée par le monde pathogène que constitue le monde carcéral et la médecine pénitentiaire a une spécificité propre et il est inutile que j'ajoute que le médecin pénitentiaire doit enfin répondre à une exigence d'assistance morale des détenus face aux problèmes sociaux et humains auxquels ceux-ci sont très souvent confrontés.

Ces fonctions diverses et complexes, vous les exercez, Mesdames et Messieurs, malgré les difficultés et les contraintes que vous rencontrez nécessairement pour l'exercice de ces fonctions du fait du monde carcéral. Vous les exercez avec dévouement, avec une conscience auxquels, en ma qualité de directeur de l'Administration pénitentiaire, je suis heureux de rendre, aujourd'hui, hommage. Vous l'exercez malgré l'insuffisance des moyens dont vous êtes dotés par l'administration et la faiblesse des rémunérations qui vous sont allouées.

L'administration, je veux le dire très clairement, très franchement, est pleinement consciente de cette situation et de son caractère anormal.

Nous nous efforçons d'y remédier et nous espérons que dans un temps relativement proche nous serons à même d'y apporter un certain nombre d'améliorations substantielles sur des points importants.

Ces aménagements, nous entendons les réaliser aux trois niveaux suivants :

— au niveau des personnels ; au niveau des équipements et aussi, bien sûr, au niveau du fonctionnement général du service.

Au niveau du personnel tout d'abord, qu'il s'agisse du personnel médical ou para-médical. Le régime sous lequel est placé, en règle

générale, le médecin des établissements pénitentiaires résulte de clauses et conditions générales qui ont été adoptées d'un commun accord entre l'administration et le syndicat des médecins, il y a un peu plus de trois ans.

Ce texte constituait à l'époque, sans aucun doute, un progrès sensible sur la situation existante alors.

Mais nous sommes tout à fait convaincus, vous et moi, que de nouveaux progrès doivent être faits aussi bien, d'ailleurs, dans l'intérêt de l'administration que dans celui des médecins.

De nouveaux progrès doivent être faits de manière, d'une part, à donner une base plus réaliste au mode de calcul de réalisations aligné sur le taux de rémunération des services de prévention sociale, terme de référence particulièrement inadéquat. En tout état de cause, vous pratiquez essentiellement une médecine de soin.

Progrès qui doivent être réalisés, également de manière à conférer une assise juridique plus solide à la situation des médecins, à préciser leur statut à l'égard de l'administration.

Nous pensons, par ailleurs, que cette recherche d'une amélioration de votre situation doit être l'occasion de mieux intégrer le corps médical pénitentiaire dans l'ensemble du dispositif médico-social national ; c'est pourquoi notre réflexion s'est orientée vers l'exploration des possibilités offertes par la loi du 31 décembre 1970 portant sur la réforme hospitalière et de ses décrets d'application par le biais d'une assimilation des services d'infirmerie pénitentiaire à des unités médicales pour pratique courante des hôpitaux pénitentiaires aux hôpitaux publics vraisemblablement de deuxième catégorie.

L'extention aux médecins pénitentiaires de solutions comparables à celles adoptées pour les attachés d'hôpitaux, présenterait l'intérêt de vous doter d'un statut, je crois, nettement plus attractif mais surtout d'aligner vos rémunérations sur celles des attachés d'hôpitaux, certes leur niveau n'est pas très élevé, mais qui présenterait en tout état de cause l'immense avantage de vous assurer d'un point de référence solidement accroché au point de la fonction publique.

Tel est, pour l'essentiel, l'état de nos réflexions en ce qui concerne le corps médical.

En ce qui concerne vos infirmières, je ne vais pas entrer profondément dans l'examen de cette question. Mme Troisier en a parlé longuement, elle vous a exposé que l'administration et plus spécialement notre inspecteur général des services médicaux pénitentiaires a obtenu l'alignement du régime indemnitaire, réserve faite d'un problème parisien, sur celui de leurs collègues des hôpitaux publics. En outre,

un certain nombre d'aménagements aux règles qui régissent le recrutement et la position du personnel infirmières contractuelles ont été consentis, aménagements qui vont d'ailleurs nous faciliter, je pense, le recrutement d'agents en activité.

Mais l'action de l'administration ne saurait bien évidemment se limiter à aménager les statuts et à améliorer le sort des personnels.

Notre action porte en second lieu sur les équipements mobiliers et immobiliers.

L'administration met en œuvre actuellement un programme général d'aménagement et de modernisation des établissements pénitentiaires qui touche un très grand nombre d'entre eux. Beaucoup de ces opérations ont été engagées ou seront engagées au début de l'année prochaine et se poursuivront au cours des années à venir.

Nous espérons ainsi être en mesure de disposer dans un délai de trois à quatre ans d'un ensemble d'établissements, non pas sans doute parfaitement adaptés à nos besoins et aux conceptions pénitentiaires contemporaines, mais sains, propres et suffisamment rénovés et modernisés pour que nous n'ayons plus à en rougir.

Il est évident que dans ces aménagements qui portent, je tiens à le dire, au titre du plan de soutien de l'économie, sur 55 millions et au titre du budget 1976 sur une vingtaine de millions, les services médicaux ne sont pas négligés.

De même, les crédits ouverts pour le matériel médical, qu'il s'agisse du matériel d'examen, de soin, des appareils de radiographie ou de dentisterie, ont été considérablement augmentés ; ils passent de 500 000 F en 1975 à 1 million en 1976.

Cet effort que nous entendons poursuivre d'ailleurs va nous permettre de mettre à votre disposition, assez rapidement, l'ensemble de l'équipement mobilier auquel vous avez droit.

Je ne voudrais pas clore ces éléments d'informations sans vous indiquer, au terme d'un accord qui est sur le point d'être signé par le ministre de la Justice et son collègue de la Santé, ce dernier département ministériel a accepté de prendre en charge le traitement, dans des centres médico-psychologiques régionaux, de détenus atteints de troubles psychiques dont l'état de santé ne justifie pas l'admission à l'établissement psychiatrique proprement dit.

Troisième point : nous souhaitons améliorer les services médicaux ; la modernisation des locaux et la diversification de l'équipement sanitaire mais aussi par une meilleure coordination des fonctions au sein des établissements, compréhension réciproque de ces diverses missions

de la part de ceux qui concourent de près ou de loin à leur accomplissement.

Cette meilleure compréhension doit essentiellement se situer au niveau des relations qui nécessairement doivent s'instaurer entre vous-mêmes, d'une part, médecins pénitentiaires et, d'autre part, les magistrats, le personnel pénitentiaire, l'Administration préfectorale, les services des établissements hospitaliers classiques.

Les discussions que vous aurez sur ces problèmes aujourd'hui et demain nous éclairerons, j'en suis certain, sur la nature, l'apport des mesures à prendre pour les développer.

Pour conclure, je dirai que l'Administration pénitentiaire entend donner à la médecine pénitentiaire les moyens de s'affirmer comme une médecine moderne et efficace répondant aux soucis de ceux qui l'exercent. Mais, ce faisant, nous souhaitons à la fois préserver sa spécificité et l'ouvrir sur la médecine non carcérale, c'est-à-dire répondre à ses besoins propres sans pour autant l'enfermer dans un ghetto.

Je ne me dissimule pas que même si nous réussissons, et je l'espère, au cours des prochains mois à atteindre ces objectifs, certains des problèmes de la médecine pénitentiaire n'en seront pas pour autant réglés.

Je comprends vos difficultés et à certains égards vos hésitations et vos incertitudes. Je ne me permettrai pas d'apporter ma réponse d'administrateur en quelque sorte à ces problèmes délicats, je vous dirai simplement, qu'à mon sens, l'ambiguïté de votre situation dans le système carcéral ne vous est pas propre, cette ambiguïté touche, à mon sens, l'ensemble des personnels pénitentiaires et je crois qu'elle ne peut être levée que par une appréciation des fonctions pénitentiaires inspirées à la fois par la nécessité de préserver la société, c'est-à-dire le groupe social, et par le souci de défendre les valeurs spirituelles et individuelles. (*Applaudissements.*)

M. CHABAN-DELMAS. — Naturellement, tout à l'heure, à la mairie de Bordeaux, je vous dirai en deux mots la satisfaction et la joie du maire de savoir ce congrès international et très important se tenir dans sa ville.

Mais je voudrais saisir cette occasion qui m'est donnée, non seulement de formuler les quelques observations sur des sujets qui vous occupent, avec naturellement beaucoup de modestie et de prudence mais aussi, dire au président de cette université, au docteur Bricaud, lui dire que cette dernière occasion que nous avons, les uns et les autres, les unes et les autres, de le rencontrer dans l'exercice de ses

fonctions de président m'atteint sur un plan personnel et atteint certainement aussi l'université.

Il y a en effet cinq ans que le président Bricaud est en fonction et son mandat expire ces jours-ci et je voudrais vous dire à tous et toutes venus ici à Bordeaux, que si cette université est devenue une des plus dynamiques que nous connaissons en France, c'est véritablement à cet homme qu'elle le doit ; d'abord le remercier de ce qu'il a fait et vous demander de l'en remercier en lui faisant confiance. *(Applaudissements.)*

Ce congrès, je l'ai bien compris et je l'avais d'ailleurs compris il y a un certain nombre de mois, lorsque l'inspecteur général était venu me parler de l'éventualité de tenir ce congrès à Bordeaux, chère Solange, ce congrès ne s'est tenu ici, évidemment, que par cette volonté farouche qui l'anime et qu'elle ne dissimule d'ailleurs pas.

Il faut donc l'en féliciter grandement et l'en remercier.

Sous l'occupation, j'ai eu la chance de ne pas rencontrer ni connaître l'univers carcéral si bien que ma rencontre avec cet univers s'est faite de manière indirecte, intellectuelle, administrative et gouvernementale. Je veux dire, lorsque pendant trois ans j'ai été à la tête du gouvernement de la France, je me suis efforcé de déclencher un mouvement si possible irréversible vers ce que j'ai appelé, ce que j'appelle toujours, une nouvelle société, et, naturellement, lorsque l'on veut transformer la société de son pays on ne peut négliger aucun domaine, dans lesquels les hommes et les femmes se rencontrent et vivent. De la même manière qu'il fallait préparer une nouvelle société militaire, une nouvelle société judiciaire, de la même manière il fallait aussi préparer une nouvelle société pénitentiaire. Ce sont les instructions que j'avais données au garde des Sceaux de l'époque, René Pléven, qui était d'ailleurs tout à fait apte à entendre ce genre d'instructions car, il les avait conçues et c'est à cette époque que nous avons tenté de déclencher un mouvement, une action vers l'humanisation des prisons.

Lorsque nous avons employé ce terme, d'ailleurs, nous avons été considéré comme de doux rêveurs ou même, peut-être, comme des agitateurs inconscients, mais, néanmoins, je persiste à penser que c'est la voie dans laquelle il faut poursuivre et ce que j'ai entendu ce matin et notamment de votre bouche, madame le Ministre, ce que j'ai entendu m'a confirmé dans la satisfaction que j'avais éprouvée lorsque le président de la République a semblé donner à ce problème une importance particulière, non seulement par des déclarations, par des visites, mais également par la création d'un secrétariat d'Etat qui permet, si je puis dire, de spécifier les recherches et de donner davantage de

chance, quelle que soit la grande valeur des fonctionnaires en cause et leur dynamisme, donner davantage de chance à ces recherches et à cette volonté d'aboutir.

En écoutant, tout à l'heure, M. Megret, j'ai retrouvé cette rigueur, cette précision dans la pensée et dans le dessein que je lui connaissais et naturellement tout ce qui concerne le statut des personnels, tout ce qui concerne les travaux immobiliers, d'outillage, tout ce qui concerne le fonctionnement des services, tout cela est nécessaire mais, comme vous le savez, comme il vous l'a dit, n'est pas suffisant.

En réalité, ce que nous avons cherché à déclencher il y a quelques années, c'était la création d'un état d'esprit de la part de tous ceux qui, à l'intérieur de la prison, n'étant pas les prisonniers, ont à former une équipe pour, précisément, faire en sorte que l'humanisation de la vie pénitentiaire puisse être atteinte ; et telle convention qui a été citée tout à l'heure entre l'administration et le syndicat des médecins était l'un des jalons qui était posé sur cette route, un jalon seulement ; je le cite parce qu'il a été rappelé et je crois savoir que de grands progrès ont été faits mais, chacun comprend d'ailleurs combien il est difficile de marier les contraires, à n'en pas douter, très fréquemment, peut-être quotidiennement, dans l'exercice, j'allais dire, de votre apostolat, car c'en est un, ce n'est pas seulement une mission médicale. Dans l'exercice de votre apostolat vous devez vous heurter à des impératifs qui sont contraires aux vôtres et c'est pourquoi la constitution d'une équipe est absolument indispensable.

Je ne vais pas parler davantage pour vous laisser maintenant travailler, mais ce qui me paraît essentiel c'est qu'à partir du moment où il est entendu qu'il ne s'agit pas de supprimer les prisons, et à peu près personne ne le demande bien que l'on puisse trouver quelques personnes proposant de supprimer les prisons, et après tout c'est la liberté d'opinion — à partir du moment où c'est un moyen inévitable pour réprimer, à partir du moment où l'on admet que ce moyen inévitable de réprimer et de protéger la société doit en même temps être considéré comme un moyen de prévenir la récidive et de réinsérer dans la société celui qui à un moment s'est mis en rupture de ban avec elle. A partir de ce moment là on prend en charge réellement l'homme, l'être humain, ce qui est en définitive la question des questions, et par conséquent on prend en charge la prise en considération de sa dignité, ce qui pour l'homme est réellement la question des questions.

Ce que j'espère, c'est que ces équipes, à l'intérieur de nos prisons, qui sont en liaison étroite, naturellement, avec ceux qui travaillent avec elles, je pense essentiellement aux services préfectoraux, à la police ; et ce que j'espère, c'est que si des hommes et des femmes ont oublié le devoir qu'ils avaient non seulement vis-à-vis de la société

mais vis-à-vis de leur propre dignité, ce que j'espère du fond de mon cœur c'est que dans les prisons il sera possible de leur faire retrouver le sens de leur devoir vis-à-vis d'eux-mêmes et pas seulement vis-à-vis de la société et que dans la mesure où vous leur donnez le sentiment que vous prenez, vous-même, en considération leur propre dignité, alors vous leur donnerez les plus grandes chances de la retrouver cette dignité. Dans ce domaine là, le rôle des médecins, j'en suis sûr, est un rôle essentiel et c'est pourquoi votre congrès, aujourd'hui, déborde singulièrement des limites de toutes les recherches administratives, financières, statutaires, réglementaires et que vous êtes là des pionniers et je leur souhaite bonne chance. (*Applaudissements.*)

Mme TROISIER. — Nous allons aller rapidement. Je vais demander à tous les rapporteurs de venir à la tribune les uns à la suite des autres présenter leur rapport.

Nous ouvrirons la discussion dans les commissions cet après-midi.

M. le docteur FORGET donne lecture de son rapport :

— Les rapports médecins pénitentiaires et magistrats.

M. le docteur DUTASTA donne lecture de son rapport.

M. le docteur BANNEL donne lecture de son rapport :

— Les hospitalisations psychiatriques en milieu ouvert.

M. le docteur GRANDMONTAGNE donne lecture de son rapport.

M. le docteur HIVERT donne lecture de son rapport :

— Le détenu malade mental.

La séance est levée à 12 heures.

BRONCHOPNEUMOPATHIES

ne masquez
pas un BK

Coli-Péni

toujours aussi efficace
aux mêmes doses
après 13 années
d'utilisation

COLIMYCINE PENICILLINE
ROGER BELLON

en **intramusculaire** :

- 1 à 2 flacons matin et soir chez l'adulte
- demi-dose chez l'enfant,
- le sujet âgé et l'insuffisant rénal.
- au-dessous de 6 ans :
1/2 à 1 flacon par jour.

Flacon-ampoule contenant :
colistine méthane sulfonate
de sodium 1.000.000 U.
pénicilline G sodique 1.000.000 U.
avec ampoule de solvant.

Visa 25-20106 - Coll., A.M.G., S.S.
prix public : 8,35 F Tableau C


Laboratoire ROGER BELLON
159, avenue du Roule, NEUILLY/PARIS

FRANCE N° 1 R.B. 7401 EX

LES RAPPORTS MEDECINS PENITENTIAIRES ET MAGISTRATS

par le docteur D. FORGET

médecin à la maison centrale de Nîmes

Les médecins pénitentiaires sont perpétuellement en rapport avec l'administration et les magistrats qui s'inquiètent ou s'enquièreent de l'état de santé des détenus, soit pour les affecter à une destination pénale particulière, soit à la suite d'une plainte, pour insuffisance de soins.

Pour l'administration, l'existence de notre médecin inspecteur, interlocuteur privilégié, nous simplifie la tâche.

Les rapports avec les magistrats sont différents suivant qu'il s'agit d'une maison d'arrêt ou d'une centrale ; ils sont compliqués par la présence d'experts et d'avocats. C'est pourquoi il est nécessaire d'essayer d'établir les bases d'un esprit d'équipe entre médecins pénitentiaires et magistrats.

LES MEDECINS DE CENTRALE

Les médecins de centrale ont peu de rapport avec les magistrats. Ils sont en rapport fréquents et constants avec :

- le juge de l'application des peines ;
- L'avis médical est utile au juge de l'application des peines dans deux circonstances :

- les libérations conditionnelles pour raisons médicales assorties d'hospitalisation ou de placement en hospice ;

Le médecin agit en tant que conseiller technique, il est souhaitable qu'une réelle compréhension s'instaure entre le médecin et le juge de l'application des peines.

- les autorisations de sorties.

Le médecin juge de la validité des certificats médicaux présentés ou du bien fondé d'une demande de permission de visite à un parent malade hospitalisé.

Les rapports sont essentiellement des rapports oraux. Il est bon toutefois que le médecin chef ait recours à l'avis de confrère spécialisé (degré de gravité d'une artérite, de séquelles d'infarctus, etc.) pour éventuellement réclamer son avis.

Le parquet.

Il s'agit généralement d'un substitut du procureur à l'occasion de la commission d'application des peines, lors de l'examen des demandes de libération conditionnelle.

A l'occasion des multiples plaintes en défaut de soins, il s'agit alors de rapports écrits que leur multiplication rend parfois fastidieux. Une copie du dossier mentionnant le nombre de consultations, le nom des spécialistes consultés et la date des différents actes médicaux suffit si les rapports sont bons ou si des contacts personnels ont été établis entre médecin et le parquet.

En cas de litige, un expert est commis même sans que le médecin-chef incriminé ait été avisé. Il serait bon qu'avant qu'une procédure de ce genre soit entamée un contact soit pris entre le parquet et le médecin-chef. Les rapports personnels sont toujours souhaitables et profitables en cette matière.

*
**

LES MEDECINS DE MAISONS D'ARRRET

Les rapports des médecins de maisons d'arrêt avec les divers magistrats sont beaucoup plus complexes du fait de la présence d'un pourcentage important de prévenus dans la population pénale.

Les rapports avec le juge de l'application des peines

Il s'agit de rapports identiques à ceux des médecins de centrale, le juge de l'application des peines ne s'occupe que des condamnés.

Les rapports avec le parquet

Les rapports sont des rapports à double sens - parquet-médecin et médecin-parquet.

Ce que le parquet attend du médecin

Des renseignements concernant les plaintes des détenus (CCF centrale).

Les rapports sur l'état de santé des détenus.

Les grévistes de la faim : un certificat régulier suffit à la demande du parquet ou du parquet général suivant qu'il s'agit d'un inculpé ou d'un appelant.

L'état de santé des détenus malades hospitalisés et leur aptitude à comparaître à la date fixée.

Ce que le médecin attend du parquet

Ce sont essentiellement les autorisations de transferts en milieu hospitalier pénitentiaire.

Les événements récents et certaines évasions retentissantes ont bien montré qu'il était souhaitable de limiter les hospitalisations en milieu libre au profit des hospitalisations en milieu pénitentiaire. Il serait souhaitable que dans l'esprit du parquet, l'hospitalisation pénitentiaire soit la règle et l'hospitalisation en milieu libre l'exception.

Les rapports avec le juge d'instruction

Les rapports du médecin-chef d'une maison d'arrêt et du ou des juges d'instruction sont extrêmement complexes et, à la limite, il faut considérer qu'il s'agit d'un travail d'équipe, notion que beaucoup de juges d'instruction devraient saisir.

Les rapports se situent à plusieurs niveaux

A L'ENTREE DU DETENU.

Les échanges doivent se faire dans le sens juge d'instruction, médecin-chef. En effet, le juge a souvent la notion, par expertise ou enquête, que l'état de santé d'un inculpé qu'il place sous mandat de dépôt est du ressort et nécessite la surveillance du service médical pénitentiaire. Il s'agit le plus souvent d'un éthylique, d'un drogué ou d'un malade mental.

Les rapports avec le juge des enfants sont identiques sur ce point. Il peut s'agir d'un inculpé blessé lors de son arrestation : il est nécessaire d'attirer l'attention du service médical dès l'entrée avec des renseignements précis.

Les rapports directs sont toujours préférables mais une petite note, une photocopie de rapport d'expertise sont du plus haut intérêt pour un médecin-chef et permettent de demander ou de prescrire sans tarder un traitement psychiatrique, médical ou spécialisé.

DURANT LA DETENTION.

Le médecin-chef, tout en respectant le secret médical, peut servir de conseiller technique à un détenu malade qui est sous mandat de dépôt, pouvant être placé sous contrôle judiciaire à l'hôpital ou dans un centre de désintoxication si l'emprisonnement n'est pas absolument indispensable.

Les grèves de la faim : il serait souhaitable que les juges d'instruction comprennent les problèmes énormes que nous posent les grèves de la faim qui dépassent vingt jours. Sans bien sûr céder à ce chantage, il serait souhaitable qu'ils coopèrent avec les médecins-chef dans la mesure, bien sûr, ou les causes déclenchantes de la grève concernent l'instruction.

Les hospitalisations : l'autorisation du juge d'instruction est nécessaire pour transférer un détenu dans un hôpital pénitentiaire. L'expérience montre que bien souvent les juges d'instruction ignorent les possibilités de l'Administration pénitentiaire. Là encore, les rapports personnels tout en précisant toutes les notions permettent d'aplanir toutes ces difficultés.

Les lettres d'avocats : pour de nombreuses raisons, les avocats sont extrêmement inquiets de la santé de leurs clients et pour certains, le moindre rhume se transforme en pneumonie nécessitant une mise

en liberté médicale, etc. Ce point de vue est parfaitement défendable ! Il en résulte une lettre de l'avocat au juge d'instruction, cette lettre est répercutée sur le médecin-chef, ce qui nécessite à chaque fois une réponse, ce qui, lorsque l'on connaît le nombre de secrétaires médicales pénitentiaires, représente un travail énorme pour le médecin chef.

Les magistrats d'une part, les médecins d'autre part, ont une haute conscience professionnelle.

Les malentendus surviennent le plus souvent par méconnaissance des obligations et des conditions de travail réciproques.

Les visites que font les auditeurs de justice dans les prisons sont nettement insuffisantes pour qu'ils se rendent compte des problèmes des services médicaux pénitentiaires.

Dans tous les cas il est souhaitable que s'établissent des rapports personnels téléphoniques ou oraux.

C'est dans la notion d'un travail d'équipe, magistrats et médecins, que doivent s'établir les rapports mutuels.

COMMISSION MEDECINE JUSTICE

par le docteur DUTASTA

médecin à la maison d'arrêt de Bordeaux-Gradignan

INTRODUCTION

Tout d'abord nous limiterons le sujet aux rapports de la médecine pénitentiaire et de la justice, à trois niveaux : Administration pénitentiaire, magistrature, ministère, tel que le voit un médecin de maison d'arrêt.

Nous avons tous pris conscience de l'évolution de la législation actuelle et des rapports médecine-justice. Nous ne parlerons pas de la transformation de la procédure d'expertise qui ne concernerait que quelques médecins pénitentiaires. Nous aborderons successivement : le rôle du médecin dans l'Administration pénitentiaire, les rapports du médecin avec les magistrats, nous évoquerons les principales modifications ressenties par les médecins pénitentiaires, nous en évoquerons les limites et nous aborderons les améliorations souhaitables.

A. — Le rôle du médecin dans l'Administration pénitentiaire

L'Administration pénitentiaire attend du médecin de l'établissement, principalement, qu'il fasse d'abord l'aptitude à la détention du prévenu ou du condamné, qu'il soigne les détenus malades et qu'il coopère au groupe pénitentiaire.

Tout nouveau détenu doit être examiné par le médecin dans la semaine de l'incarcération. Le médecin doit soigner tous les détenus malades et venir, si besoin, de jour comme de nuit, tous les jours de la semaine, dimanches et jours de fête compris. Le médecin doit participer aux commissions administratives prévues par le code et donner un avis consultatif au directeur de l'établissement chaque fois que cela est nécessaire. Cet avis est le plus souvent confirmé par un certificat mais le médecin ne doit en aucun cas informer une personne étrangère à l'administration.

B. — Le rôle du médecin par rapport aux magistrats

Le médecin pénitentiaire semble être à la disposition des magistrats pour les informer le plus rapidement possible sur l'état de santé d'un détenu, quand ils en ont besoin, et cela par l'intermédiaire d'un certificat qui est remis par le médecin au directeur de l'établissement.

Parfois le médecin est convoqué par le juge d'instruction pour avoir des renseignements complémentaires et cela bien entendu bénévolement et sans l'aide d'aucun personnel de l'Administration pénitentiaire. De plus, le magistrat ignore souvent le médecin pénitentiaire et désigne des experts qui n'ont même pas l'obligation de consulter le médecin de l'établissement.

Le juge de l'application des peines demande au médecin pénitentiaire de participer à la commission de libération conditionnelle, à la commission de la semi-liberté et à la commission de remise des peines. Le médecin donne un avis consultatif avec les autres membres de la commission constituée par le directeur de l'établissement, le surveillant-chef, le surveillant principal, les représentants du service éducatif et du service social.

C. — Le rôle du médecin par rapport au ministère

Le plus souvent, le médecin pénitentiaire est désigné par le garde des Sceaux et a la possibilité de communiquer directement avec le médecin inspecteur général de l'Administration pénitentiaire en cas de difficultés ou de cas particuliers. Toujours conseillé utilement, il se sent soutenu par les plus hautes instances. L'enseignement de la médecine pénitentiaire qui avait été commencé par le docteur Fully est poursuivi par le docteur Solange Troisier avec le dynamisme que nous connaissons tous.

Par l'intermédiaire des directions régionales, nous recevons dans nos services les circulaires nous informant des principales modifications législatives.

Grâce aux journées médicales pénitentiaires, nous pouvons faire connaissance avec les principaux représentants du ministère.

**D. — Les principales modifications
ressenties par les médecins pénitentiaires
depuis les dernières journées internationales
de médecine pénitentiaire**

Elles concernent surtout les détenus.

— Les soins dentaires gratuits ont été accordés aux détenus, à la satisfaction générale des médecins.

— Le bénéfice de la Sécurité sociale pour les familles des prévenus.

— La création de la commission de l'application des peines dans les maisons d'arrêt, pour la semi-liberté, la libération conditionnelle, les remises de peine, sous la présidence du J.A.P. Le médecin est consulté et donne un avis consultatif. Cela lui permet d'avoir des contacts avec un magistrat et de s'exprimer.

— Les permissions de sortie pour le maintien des liens familiaux.

Toutes ces mesures ont un caractère positif. Il n'en est pas de même pour certaines applications du respect de la liberté individuelle. En dehors de la contagion manifeste par les poux visibles pour tout le monde, il n'est plus possible de faire respecter certaines règles d'hygiène élémentaire telles que la propreté corporelle et l'hygiène du cheveu.

La transformation de la mission des centres de jeunes pose des problèmes difficiles à résoudre, elle a modifié l'esprit de l'équipe éducative.

Au début, les centres de jeunes étaient destinés à recevoir des condamnés à de courtes peines, de moins de vingt et un ans, et des prévenus de moins de vingt et un ans, susceptibles de recevoir un enseignement et une préformation professionnelle pendant des cycles de deux à trois mois environ.

Actuellement, lorsqu'on met dans ces centres des détenus de moins de vingt et un ans pour une période de quelques jours, toute l'équipe est perturbée et d'autant plus qu'il y a parfois des caractéristiques et même des sujets dangereux.

E. — Les limites

Si la création de la commission de l'application de la peine dans les maisons d'arrêt a été bénéfique, elle a entraîné en retour, à l'échelon local, la suppression des comités d'orientation du centre des jeunes qui, sous la présidence du directeur de l'établissement, donnaient un avis consultatif pour la classification et l'orientation des divers détenus ainsi que pour l'admission au centre des jeunes. Cet avis était donné par toute l'équipe qui avait l'impression de travailler à la réinsertion sociale du détenu. Le manque de temps empêchant ces réunions, il en est résulté une dislocation de l'équipe qui a l'impression de travailler à vide, ne se sentant pas soutenue par des textes législatifs.

Le manque de personnel qualifié et consciencieux entraîne un surcroît de travail pour chacun. Le manque de temps libre qui en résulte empêche la réunion des groupes de travail qui en arrivent à s'ignorer. Le manque de moyens financiers empêche la poursuite de recherches sur le traitement de la délinquance.

F. — Les améliorations souhaitables

Dans le cadre de l'Administration pénitentiaire.

Les médecins ont besoin d'infirmiers et d'infirmières, de jour et de nuit, tous les jours de la semaine, dimanches et jours fériés compris. Dans certains établissements, il serait nécessaire d'avoir des internes, ce qui posera de difficiles problèmes avec l'Education nationale. Il faudrait la création d'un secrétariat médical pour aider le médecin à l'établissement des fiches et des certificats médicaux.

Il faudrait créer des centres d'observation psychiatrique en relation directe avec l'Administration pénitentiaire, avec un personnel spécialisé, mais qui aurait un statut spécial permettant d'imposer un traitement à un malade mental, en cas d'urgence, et d'attendre le placement psychiatrique. Ce service devrait être distinct de l'infirmierie de l'établissement. Un malade non psychiatrique avec une maladie contagieuse ne doit pas cohabiter avec un sujet désirant se suicider.

Il faut continuer à développer l'esprit d'équipe pour faciliter l'intégration et la compréhension de tout le personnel pénitentiaire et cela en liaison avec les magistrats.

Dans le cadre des magistrats.

Pour faciliter la compréhension médecine-justice, il serait utile que le médecin pénitentiaire ait des contacts plus fréquents avec les

magistrats. Les auditeurs de justice viennent actuellement, dans le cadre de l'Ecole de la magistrature, faire un stage au greffe de l'établissement. Aucun d'entre eux ne prend contact avec le service médical. Il serait pourtant nécessaire qu'un futur magistrat s'intègre partiellement au service médical pour la connaissance de l'état dangereux.

Dans le cadre du ministère.

L'ensemble des médecins aimerait être consulté avant l'élaboration d'un texte législatif les concernant.

Ils aimeraient connaître l'orientation et le rôle de l'incarcération dans la société actuelle ainsi que l'orientation nouvelle des établissements pénitentiaires.

CONCLUSION

Ce tour d'horizon est forcément incomplet et volontairement restrictif. Dans le cadre de l'Administration pénitentiaire, la médecine et la justice sont imbriquées. Une compréhension réciproque à tous les niveaux est indispensable afin de parfaire le traitement pénal. Comme disait Guillaume d'Orange : « il n'est pas nécessaire d'espérer pour entreprendre ni de réussir pour persévérer ».

LES HOSPITALISATIONS PSYCHIATRIQUES EN MILIEU OUVERT

par le docteur BANNEL

médecin-psychiatre

Tel est le titre qui a été proposé. Sous son apparence insignifiante, cette question recouvre de nombreux problèmes que j'essaierai de résumer le plus clairement possible.

Trois parties sont indispensables pour appréhender dans son ensemble cette importante question :

- 1° la position du psychiatre dans l'établissement pénitentiaire, son rôle, les circonstances de son intervention, les différentes décisions qu'il peut être appelé à prendre ;
- 2° la complexité administrative qui découle de l'intrication inévitable des règlements judiciaires, des règlements pénitentiaires, des règlements préfectoraux, et d'impératifs médicaux ;
il est parfois extrêmement difficile de concilier ces différents éléments avec l'intérêt immédiat du détenu.
- 3° les problèmes propres à l'hospitalisation psychiatrique avec, non seulement les problèmes thérapeutiques, mais également les problèmes de liaison et de surveillance post-pénale qui en découlent.

Dans une quatrième partie, j'essaierai de tirer quelques conclusions pratiques de mon expérience personnelle et d'aboutir à quelques propositions concrètes qui d'ailleurs n'ont rien de nouveau.

PREMIERE PARTIE

Quelle est donc d'abord la situation du psychiatre dans l'Administration pénitentiaire et quels sont les problèmes qu'il aura à résoudre ?

Il ne faut jamais perdre de vue que trois facteurs entrent en jeu de manière permanente :

— la situation pénale du détenu, la décision ne pourra en effet pas être la même s'il s'agit d'un prévenu, d'un condamné, ou d'un sujet en transfert.

De même, il sera indispensable de connaître le passé médical, social et judiciaire de l'intéressé.

Pour ne citer qu'un exemple, il est fréquent qu'un délinquant nouvellement arrivé à la maison d'arrêt, nous informe qu'il a déjà séjourné dans un hôpital psychiatrique, soit à la suite d'un non-lieu judiciaire, soit sans rapport avec sa délinquance. Le plus souvent, le psychiatre doit s'en remettre à la bonne foi de l'intéressé (toujours douteuse), car nous n'avons aucun moyen de contrôler les déclarations faites. Ceci est d'autant plus difficile, que les délinquants sont extrêmement itinérants, et que les hôpitaux psychiatriques dans lesquels ils ont séjourné, sont le plus souvent très éloignés de la région où ils sont incarcérés. Il faudra donc examiner le délinquant le plus tôt possible après son entrée. Cet examen ne sera pas toujours immédiat du fait que la plupart des psychiatres des établissements pénitentiaires agissent dans le cadre de l'hygiène mentale et ne dépendent que par courtoisie de l'Administration pénitentiaire. Il y a là encore une première anomalie qui crée parfois des difficultés généralement effacées par une compréhension réciproque mais qui pourrait dans certains cas engendrer des conflits.

S'il s'agit d'un prévenu, l'examen est parfois impossible du fait d'une mise en liberté provisoire dont le psychiatre n'est jamais avisé. Parfois, le prévenu est extrait pour se rendre à l'instruction et son examen est renvoyé à la visite suivante.

Sur le plan médical pur, le problème est rendu difficile car nous ne possédons que des renseignements très parcellaires pour ne pas dire inexistantes sur la nature du délit, sur les circonstances qui l'ont accompagné ou précédé. Nous devons donc fonder notre diagnostic sur le seul comportement de l'intéressé. Les surveillants nous donnent bien certains éclaircissements sur ce point, mais n'étant pas spécialisés, ils peuvent mal interpréter certaines attitudes ou certains propos. Il appartiendra donc au psychiatre de se fier à sa seule compétence pour déterminer l'état morbide ou non du détenu qui lui est présenté.

Les tableaux que nous pouvons rencontrer sont extrêmement variés. Nous ne citerons que pour mémoire les déments facilement dépitables, les délirants dont le diagnostic peut se préciser en un ou deux examens.

Plus difficile, est le diagnostic de l'épilepsie, qui ne peut se faire que sur le vu d'une crise authentique.

Enfin, nous assisterons à certains tableaux psychotiques aigus, par dysthymie, soit sous forme d'excitation maniaque, soit plus fréquemment sous forme dépressive.

Ces formes dépressives peuvent poser plusieurs problèmes qui débouchent sur des décisions diverses.

S'il s'agit d'une dépression réactionnelle à l'incarcération, une thérapeutique simple faite sur place, amène le plus souvent la disparition des troubles. Il est pourtant quelquefois indispensable de déclarer ce sujet inapte à l'incarcération. Il appartiendra alors au juge d'instruction ou au juge de l'application des peines de décider, soit de la mise en liberté provisoire, soit d'une hospitalisation temporaire.

Mais il peut s'agir également d'une mélancolie authentique chez un cyclo-thymique. La connaissance du passé pathologique du sujet est là presque indispensable. Cette mélancolie pourra s'accompagner soit du refus d'alimentation, soit de tentative d'autolyse, ou même de suicide réussi.

Dans ce cas, la responsabilité du psychiatre et de l'Administration pénitentiaire se trouve directement engagée, et il serait indispensable qu'il soit possible de prendre une décision immédiate de transfert dans un établissement spécialisé.

Malheureusement, entre la décision et la réalisation, il peut s'écouler pour des raisons diverses, un délai tel que le sujet mettra fin à ses jours entre-temps.

Un exemple récent survenu à la prison de Gradignan illustre clairement mon propos.

Enfin, certains sujets, délinquants d'habitude, habitués des prisons, et de toutes les roueries qu'ils peuvent mettre en œuvre, pourront se livrer, soit à une simulation pure et simple, pour se faire transférer en établissement hospitalier, soit à du chantage au suicide.

Dans le second cas, l'hospitalisation s'accompagnera d'une tentative d'évasion, trop fréquemment réussie. Là encore, notre responsabilité se trouve directement engagée, et l'on pourra nous reprocher, tantôt d'avoir préconisé à tort une hospitalisation, tantôt d'avoir tardé à décider cette hospitalisation.

Dans quel cas le psychiatre sera-t-il appelé à examiner un malade détenu ?

Il peut s'agir tout d'abord d'un examen systématique qui devrait se faire le plus tôt possible après l'incarcération. Malheureusement, le manque de temps, les va-et-vient incessants des détenus qui entrent et sortent parfois en 24 ou 48 heures, ne nous permettent pas ces examens systématiques dans tous les cas. Le plus souvent, ce sont les surveillants qui détecteront dans les quelques jours qui suivent l'incarcération, des troubles du comportement du nouveau venu. Ils le signaleront alors, et le sujet sera convoqué à la consultation. Parfois aussi, le détenu lui-même demandera la consultation, soit pour ne pas interrompre le traitement institué avant son arrestation, soit pour signaler les troubles qui le gênent (en particulier l'insomnie). Dans ces cas, on peut constater chez les délinquants récidivistes, qu'ils auront à chaque incarcération demandé des consultations, et que dès leur remise en liberté, ils auront cessé tout traitement, jusqu'à l'incarcération suivante.

N'y a-t-il pas là, sur le plan médico-social, un travail de surveillance médicale susceptible d'éviter un certain nombre de récidives ?

Sans chercher à la résoudre, je pense que la question doit être posée. Nous pourrions également être appelés à examiner un sujet par l'un de nos confrères à la suite d'une consultation de médecine générale. Il nous est déjà plus facile d'avoir des renseignements, mais la décision ne sera pas toujours en harmonie avec les nécessités du traitement général. Il faudra donc, d'un commun accord, déterminer la conduite à tenir dans les deux cas.

Mais il peut arriver également que, sans qu'il s'agisse d'une expertise à proprement parler, le magistrat instructeur ou le juge de l'application des peines, demande un avis psychiatrique sur tel inculpé ou tel détenu, afin de prendre la décision pénale la mieux adaptée. C'est ainsi que nous avons à apprécier la possibilité pour un sujet de bénéficier d'une libération conditionnelle ou d'une semi-liberté, ou

de dire au juge d'instruction s'il est ou non nécessaire de considérer l'inculpé comme présentant des troubles psychiques.

A ce tableau rapidement brossé, des problèmes purement médicaux qui se posent à nous, il faut ajouter le pain quotidien de la maison d'arrêt : savoir les déséquilibrés, les inadaptés et les caractériels qui peuvent nécessiter des traitements transitoires pour éviter des incidents pendant l'incarcération.

Quelles sont donc les décisions que pourra prendre le médecin psychiatre dans la situation actuelle ?

Dans un premier temps, on peut se contenter de prescrire à l'intéressé un traitement quotidien à suivre dans le cadre de la maison d'arrêt. La distribution de ces médicaments plus complexe encore dans un établissement cellulaire, moderne, que dans les anciennes prisons, impose des précautions qui nécessitent l'immobilisation d'un surveillant pendant plusieurs heures. Il faut en effet, ne prescrire les médicaments que sous des formes non dissimulables pour éviter les tentatives de suicide par stockage. Il faut également s'assurer que le médicament est absorbé, ce qui ne serait pas toujours le cas si on n'y prenait pas garde ; et si l'on tient compte que cette distribution doit avoir lieu deux à trois fois par jour, on saisit la perturbation administrative qui peut en découler.

Dans certains cas, soit à la suite d'une affection réelle, soit à la suite d'une tentative de suicide, soit pour obtenir des examens complémentaires impossibles à pratiquer à la maison d'arrêt dans l'état actuel des choses, on se trouve contraint d'adresser le malade dans un hôpital public. Il en découlera des risques d'évasion, d'autant plus évidents que le corps médical et les infirmiers des établissements hospitaliers ne sont pas accoutumés au comportement des délinquants et à leurs ruses.

C'est le cas en particulier des avaleurs d'objets métalliques divers qui, par ce procédé, espèrent échapper aux rigueurs de la justice.

Nous avons ainsi connu un détenu qui a subi quatre gastrectomies après avoir avalé à chacune de ses incarcérations des objets métalliques et en particulier des cuillères. C'est dire qu'avant de décider le transfert, il faudra s'assurer de la présence de corps étrangers dans le tube digestif et ne décider de l'hospitalisation qu'à bon escient.

La troisième décision qui s'impose au psychiatre peut être le transfert direct à l'hôpital psychiatrique. Ce transfert ne peut se faire, en l'état actuel des choses, qu'après accord du juge d'instruction s'il s'agit d'un inculpé, de l'Administration pénitentiaire s'il s'agit d'un

condamné, et dans les deux cas de la préfecture, d'où un délai plus ou moins long pendant lequel nous serons contraints d'assurer une surveillance attentive du malade.

Enfin, dans certains cas nous pourrons à l'occasion d'un examen à la prison constater l'existence d'un tableau psychiatrique méconnu jusque-là et nous devons à ce moment, s'il s'agit d'un inculpé, signaler les faits au magistrat instructeur pour provoquer une expertise mentale.

Cette éventualité pourra également se présenter quelques fois à la demande du défenseur du détenu qui aura constaté des anomalies du comportement au cours des entretiens avec son client.

Ces différentes décisions entraînent évidemment des problèmes administratifs et judiciaires que nous étudierons ultérieurement mais dès maintenant, nous insistons sur le fait que chaque cour d'appel devrait être équipée d'une annexe psychiatrique des prisons, dans laquelle l'observation serait facilitée, la surveillance médicale et la thérapeutique mieux adaptées, et les risques de suicide ou d'évasion nettement moins nombreux.

Tels sont les problèmes strictement techniques qui se posent au médecin psychiatre.

Il suffit de lire cette énumération succincte pour en comprendre la complexité, mais celle-ci n'est pas seule en cause et il existe également des impératifs administratifs que nous allons essayer de résumer dans une deuxième partie.

DEUXIEME PARTIE

Comme nous l'avons déjà signalé, cette complexité administrative vient d'une véritable intrication entre les autorités judiciaires, les autorités pénitentiaires et les autorités préfectorales. Il est facile de comprendre que le magistrat instructeur, désirent poursuivre ses interrogatoires, préfère garder l'inculpé à sa disposition à la maison d'arrêt. Il est également normal qu'il ressente à certains moments la nécessité d'un avis médical, ne serait-ce que pour préciser si l'intéressé peut, ou non, être maintenu en détention.

Enfin, le magistrat instructeur reste le seul compétent pour décider d'une expertise psychiatrique avant de conclure à un non-lieu pour irresponsabilité médicale. Il est donc impossible au psychiatre de

la maison d'arrêt de prendre des décisions sans référer au magistrat instructeur. Ceci est évidemment le cas pour les inculpés. Lorsque nous avons à faire à des condamnés, ces derniers bénéficient de mise en liberté provisoire, de remise de peine, de libération conditionnelle. Ces décisions dépendront du juge de l'application des peines ou du ministère, et trop souvent, le détenu sera libéré, sans que le service médical en soit avisé, et, par conséquent, sans qu'il soit possible d'envisager une thérapeutique de sortie ou une psychothérapie et une surveillance médico-sociale post-pénale.

Certains détenus peuvent présenter, après quelques mois ou quelques années de détention, des troubles psychiques plus ou moins aigus et nécessiter, par conséquent, une hospitalisation. Cette hospitalisation doit obligatoirement être signalée aux autorités judiciaires et accompagnée d'une autorisation avant de s'accomplir.

Mais si ces problèmes judiciaires peuvent paraître assez simples par eux-mêmes, ils s'ajoutent à des problèmes pénitentiaires.

Il est évident que l'établissement pénitentiaire doit être régi par de règlements disciplinaires. Il est non moins évident que le psychiatre ne peut pas, de par sa fonction, se permettre de perturber la bonne marche de la maison d'arrêt, d'où l'obligation de respecter les heures d'appel, de respecter certaines contraintes avant d'examiner un détenu, et toujours d'aviser la direction de l'établissement chaque fois qu'une décision d'hospitalisation est envisagée pour le malade. Cette hospitalisation entraîne, non seulement la nécessité d'un transfert, mais également la surveillance pendant ce transfert. Les services de police ou de gendarmerie sont parfois amenés à assurer cette surveillance, d'où les démarches nécessaires et un certain retard apporté dans l'exécution de l'hospitalisation.

Enfin, il ne faut jamais oublier que les hospitalisations sont effectuées aux frais de l'Administration pénitentiaire, s'il s'agit d'un condamné. Mais là ne s'arrête pas la difficulté : s'il s'agit d'un malade mental qui doit être interné d'urgence en hôpital psychiatrique, le transfert ne peut être assuré qu'après autorisation des services préfectoraux de santé. Il s'en suivra donc un nouveau délai qui nécessitera une surveillance accrue du malade pour éviter des incidents regrettables.

Il est facile, par conséquent, de comprendre que, dans de nombreux cas, le médecin psychiatre hésite à demander l'hospitalisation d'un malade et préférerait pouvoir, sur place, donner les soins nécessaires. Malheureusement, l'exiguïté des locaux, la méconnaissance psychiatrique des surveillants sur le comportement à adopter en face des malades, rendent cette solution pratiquement impossible. C'est une des raisons qui plaide en faveur des annexes psychiatriques des prisons.

Il est enfin un cas un peu particulier que nous n'avons pas évoqué jusqu'ici : c'est celui des toxicomanes et des alcooliques.

Il s'agit là de déterminer l'existence d'un état de besoin, de dépister le début d'un *délirium tremens* et d'y apporter immédiatement le remède nécessaire.

L'expérience prouve que dans ce domaine, avec un peu d'habitude, on peut aboutir à des résultats valables sans hospitaliser le sujet. Mais la loi fait obligation de les adresser à des centres spécialisés pour désintoxication et surtout pour psychothérapie secondaire. Si donc il s'agit d'une intoxication grave, le malade doit être hospitalisé d'urgence.

Tels sont les problèmes administratifs qui gênent habituellement l'exécution rapide des décisions médicales. Et ceci nous amène à formuler un autre vœu ; c'est d'assurer une plus large possibilité de décisions aux psychiatres de prison, c'est-à-dire de leur faire davantage confiance.

Nous avons pu récemment connaître un cas regrettable où le détenu, suicidaire évident, devait être hospitalisé sans retard. Le certificat médical était transmis rapidement à l'autorité préfectorale qui jugeait bon de charger un médecin psychiatre du secteur, de venir vérifier l'état du malade. Cette vérification faite trois semaines plus tard était suivie d'une confirmation de l'hospitalisation, mais le malade se suicidait avant réception de l'autorisation préfectorale.

Il semble que, dans de tels cas, les contrôles auraient pu être assurés, à postériori, à l'hôpital psychiatrique. Mais les problèmes administratifs ne sont pas les seuls, et l'hospitalisation psychiatrique elle-même pose des problèmes.

TROISIEME PARTIE

Si nous suivons un détenu à sa sortie de maison d'arrêt pour entrer à l'hôpital psychiatrique, nous pouvons constater que le plus souvent le transfert est assuré sans que le psychiatre en soit prévenu, d'où l'impossibilité d'assurer une liaison avec l'hôpital intéressé pour préciser certains détails du comportement, et surtout la thérapeutique mise en œuvre avant l'hospitalisation. Cette liaison, nécessaire dans le sens prison-hôpital, serait plus nécessaire encore dans le sens de retour de l'hôpital à la maison d'arrêt. Or, le plus souvent :

- ou bien le malade a bénéficié d'un non-lieu, et sera perdu de vue définitivement, jusqu'à nouvelle incarcération, le médecin de la prison ne saura jamais le traitement et le diagnostic appliqués à l'établissement psychiatrique ;
- ou bien étant condamné, il rejoint la prison parfois avec une ordonnance sans autre éclaircissement, parfois sans aucun renseignement. Il n'est pas dans notre intention de reprocher ce fait à nos confrères des hôpitaux psychiatriques mais nous sommes contraints de constater l'absence quasi totale de liaison sur le plan d'une thérapeutique coordonnée.

Ceci est plus sensible encore lorsque le sujet quitte les services pénitentiaires à la fin de sa peine. Sa libération se fait sans préavis, le psychiatre ignore le plus souvent la destination du sujet et le lieu où il se retire. Il ne lui est donc pas possible d'adresser ce malade à une consultation d'hygiène mentale, à un service de postcure, ou à un hôpital de jour. Il lui est également impossible de remettre à l'intéressé une ordonnance qui éviterait un hiatus regrettable dans la thérapeutique. Or, c'est actuellement un lieu commun que de reconnaître chez la plupart des délinquants, l'existence de difficultés psychologiques et psychosociales. La sortie thérapeutique postpénale nous paraît être à l'heure actuelle l'une des grandes lacunes de l'attitude suivie à l'égard des délinquants. Il y a certainement là l'explication de nombreuses récidives.

Ceci n'est d'ailleurs pas exclusivement le fait des services médicaux ou pénitentiaires. Il ne faut pas se dissimuler que dès leur sortie, nombreux sont les délinquants qui abandonnent volontairement toute thérapeutique et se dérobent systématiquement à tout contrôle psychosocial. Nous avons personnellement tenté à plusieurs reprises de conseiller à des délinquants de venir nous revoir à l'une de ces consultations d'hygiène mentale. Ces conseils ont été exceptionnellement suivis d'effet positif. Il serait donc indispensable que tout détenu, ayant fait l'objet de soins psychiatriques, soit systématiquement signalé aux services préfectoraux d'hygiène mentale et aux services postpénaux pour assurer presque malgré eux, une surveillance nécessaire. De tout ceci, il découle, comme nous l'ont bien montré A. Garabédian et S. Mickiewicz, « la nécessité que les liaisons et les actions concertées de multiples organismes et personnes puissent assurer une coordination qui aboutirait à la sauvegarde et à la protection des intéressés ». Ce qui existe actuellement pour les alcooliques devrait être également imposé aux délinquants à leur sortie, soit de l'établissement pénitentiaire, soit de l'établissement hospitalier.

Si nous insistons sur ces problèmes de liaison, c'est qu'il arrive trop souvent, en milieu carcéral, de voir revenir au bout d'un bref délai, les mêmes délinquants, porteurs des mêmes troubles.

La plupart des intéressés sont porteurs d'anomalies psychopathologiques et devraient relever d'une psychothérapie régulière et prolongée. Celle-ci ne peut pas être mise en œuvre dans le cadre même des services pénitentiaires tels qu'ils sont actuellement conçus.

Il est donc indispensable de prévoir une surveillance postpénale qui, pour le moment, est exceptionnelle et presque impossible.

Cette impossibilité est plus nette encore depuis la création de la sectorisation psychiatrique qui aboutit à des situations paradoxales. A Bordeaux, la maison d'arrêt est située dans un secteur et l'hôpital psychiatrique de Cadillac, équipé pour recevoir les détenus, se trouve dans un autre secteur.

En outre, à sa sortie de l'hôpital ou de la maison d'arrêt, chaque délinquant relève de secteurs différents et se trouvera dans l'obligation de reprendre à la base une psychothérapie qui aura été commencée, soit dans l'établissement pénitentiaire, soit dans l'établissement de soins. Et si l'on pense que les consultations d'hygiène mentale sectorielles sont trop souvent assurées par des psychiatres en formation qui n'ont pas une connaissance suffisante des délinquants, on comprend la difficulté d'imposer à celui-ci une discipline librement consentie.

Tels sont rapidement brossés les grands problèmes qui se posent aux médecins psychiatres pénitentiaires.

Dès lors, il faut tirer quelques conclusions pratiques de l'ensemble de ces considérations.

Tout d'abord, il semble indispensable que soit précisée la situation des psychiatres pénitentiaires. Il est anormal que la plupart dépendent de l'hygiène mentale, alors qu'ils sont amenés fréquemment à donner des avis aux administrations judiciaires ou pénitentiaires qui sortent largement du cadre de l'hygiène mentale.

Si cette situation ne provoque pas de difficultés, c'est parce que le médecin et l'administration intéressée mettent au premier rang de leurs préoccupations, l'intérêt des détenus. Il est également indispensable de prévoir, pour le psychiatre pénitentiaire, une plus large autonomie de décisions si elles s'avèrent urgentes. Il est souhaitable de prévoir dans chaque cour d'appel, une annexe psychiatrique des prisons. Celle-ci aurait de multiples avantages :

- éviter la cohabitation de malades et de détenus ;
- assurer une observation correcte, de durée variable, avant de prendre une décision ;

- pratiquer sur place certains examens (E.E.G. par exemple) et certains traitements en évitant les transferts et leurs risques (risques d'évasion en particulier) ;
- faciliter le fonctionnement du service médical en centralisant la distribution des médicaments dans une partie seulement de l'établissement ;
- permettre enfin la création d'un secrétariat qui pourrait rédiger une observation complète du détenu, et en assurer la communication, soit à l'établissement intéressé, en cas d'hospitalisation, soit à un autre établissement pénitentiaire, en cas de transfert judiciaire.

La même observation pourrait, au moment de la sortie, être adressée au service d'hygiène mentale chargé de suivre l'ancien délinquant. Peut-être, d'ailleurs, pourrait-on prévoir une consultation d'hygiène mentale hors secteur, réservée aux anciens délinquants et assurée sous le contrôle des psychiatres pénitentiaires.

Enfin, dernier enseignement à tirer de ces quelques réflexions, c'est la nécessité d'une liaison constante et rapide entre le médecin pénitentiaire et les différentes administrations. Un simple transfert dans un hôpital psychiatrique devrait pouvoir se faire en quelques jours, les différents contrôles administratifs n'ayant lieu qu'ultérieurement.

Sans doute pourrait-on développer davantage chacun des chapitres de cet exposé, mais il s'agit là d'une question complexe qui nécessiterait une étude pluridisciplinaire ; elle implique en effet des conséquences médicales, sociales, pénitentiaires, judiciaires et administratives. Il n'est donc pas possible de prévoir une solution sans discussion.

Puissent nos travaux aboutir à un éclaircissement de ces problèmes.

Nous concluons sur une note d'espoir, car une prise de conscience se fait progressivement et la meilleure connaissance de la psychopathologie et de la psychosociologie, amènera tôt ou tard une organisation plus harmonieuse des services psychiatriques pénitentiaires.

PSYCHOPATHE ET COLLECTIVITE

par le docteur GRANDMONTAGNE

psychiatre des hôpitaux

Notre propos n'est pas de parler du délinquant bénéficiant de l'article 64 du Code pénal, ni de celui qui, au cours de sa détention, fait un épisode psychotique. En effet, en dehors de questions proprement administratives, son intégration momentanée ou plus prolongée dans une population psychiatrique pose peu de difficultés sur le plan médical. Par contre, il n'en est pas de même du psychopathe dont le comportement associatif s'accorde mal à une vie collective quelle qu'elle soit (pensionnat, armée, hôpital, prison, etc.). Ces réactions à l'entourage dont nous avons eu un aperçu au printemps et en été 1974, en raison de leur aspect particulièrement violent et spectaculaire, ont remis à l'ordre du jour un problème socio-médical jusqu'à présent resté sans solution ou résolu d'une manière bâtarde, insatisfaisante.

Nous n'avons pas la prétention d'y apporter une solution, mais seulement de reposer ce problème vu par un psychiatre des hôpitaux, chef de service dans un hôpital psychiatrique, chargé d'une consultation en milieu pénitentiaire, sans oublier l'expérience acquise depuis plus de douze ans comme expert judiciaire.

Peut-être, avant d'ébaucher cette question, est-il nécessaire de situer le psychopathe ? Le définir est à peu près impossible, si ce n'est en décrivant les traits caractéristiques qui lui sont propres : ceux-ci se ramenant essentiellement en anomalies du comportement et en difficultés relationnelles avec l'entourage immédiat, d'abord avec le milieu familial, puis avec le cadre social dans lequel il évolue habituellement.

Cliniquement, le diagnostic de psychopathe ne peut se poser qu'à partir de critères très précis, à savoir :

- étude des antécédents et du curriculum vitæ, marqué par des échecs, des attitudes d'opposition, etc. ;
- une instabilité tant dans le domaine affectif que professionnel et sur un plan géographique se traduisant par un besoin incessant de changement favorisant les échecs successifs plus ou moins bien vécus par lui et entraînant des réactions antisociales de gravité variable dont la fréquence et la répétition conditionnent la notion de dangerosité sociale.

Plusieurs facteurs psychologiquement traumatisants ou perturbants à un niveau variable marquent l'histoire du psychopathe : ils n'ont certes pas un rôle déterminant dans l'élaboration de ce type de personnalité, mais ils y jouent un rôle non négligeable. D'une manière succincte, nous citerons :

- la carence éducative et affective d'un milieu familial déstructuré ; le placement très jeune de l'enfant pour des motifs variables (absence du milieu parental ou milieu parental pathologique ou trop perturbant...) en dehors d'un encadrement affectif stable ;
- au cours de l'adolescence, attitude d'opposition à l'entourage sous forme de fugues, d'actes d'indiscipline, de revendications ou encore absence de contraintes laissant l'adolescent livré à lui-même trop jeune au point qu'il est amené à rechercher à l'extérieur des compensations destinées à surmonter l'insécurité qu'il ressent, d'où l'apparition de réactions antisociales qui peuvent parfois provoquer un placement par le juge des enfants dans un centre spécialisé dans lequel il s'intègre mal ou très partiellement ;
- à l'âge adulte, la délinquance devient en grande part la conséquence de l'immaturité, de l'instabilité, de l'impulsivité — voire de la perversité. Le rejet des responsabilités sur « autrui » est alors habituel, soulignant l'absence de freins moraux, le manque d'auto-critique, l'indifférence envers les lois sociales, le peu d'intimidabilité du sujet, l'incapacité à satisfaire des désirs égocentriques, faciles, momentanés.

A peu près toutes les formes de délits et de crimes sont rencontrés. Il s'agit d'une polydélinquance de valeur différente. Depuis quelques années, la délinquance, d'emblée grave, de certains psychopathes n'a pas été sans inquiéter tous ceux qui les côtoient : magistrats, éducateurs, psychiatres, criminologues, sociologues, etc.

Nous les retrouvons à un moment ou à un autre en milieu pénitentiaire avec un même potentiel de dangerosité, certes, mais encore avec une exagération de leurs difficultés relationnelles créées par la promiscuité inévitable d'une collectivité « fermée », vivant en vase clos. Dans l'incapacité de résoudre leurs propres problèmes, ils sont dans

l'impossibilité d'affronter ceux qui sont dûs à une vie en commun, majorés par suite du peu d'influences extérieures authentiques qui y sont perçues. L'exacerbation de l'impulsivité tantôt dirigée contre autrui, tantôt contre eux-mêmes se traduisant par des réactions d'opposition, de libération de l'agressivité, de chantage dont le chantage au suicide est habituel, allant jusqu'au passage à l'acte. Sans doute est-ce là des manifestations très perturbantes dans un milieu carcéral qu'il s'agisse d'une maison d'arrêt ou d'une maison centrale. Certes, ces tentatives de suicide ne peuvent qu'inquiéter l'entourage, sensibilisé d'autre part par l'exploitation de tels incidents par une presse toujours avide de faits divers. En outre, elles répondent à une sorte d'appel de la part de délinquants qui en jouent pour des motivations diverses, souvent utilitaires, à moins qu'elles ne soient un des signes d'un épisode dépressif momentané auquel n'échappent guère les psychopathes. Il est évident que le libéralisme plus apparent que réel du milieu carcéral, l'attitude démissionnaire de certains face aux délinquants contrastant avec des contraintes « pontiformes » mal tolérées et peu comprises contribuent à créer un climat d'insécurité pour des individus aussi peu structurés. Celui-ci est d'autant plus profondément perçu qu'ils sont désœuvrés, ce désœuvrement étant lié à l'absence de travail due au peu de demandes extérieures ou à un refus systématique de se livrer à une activité.

L'intolérance de leur entourage exacerbe leurs revendications ; rejetants, ils sont eux-mêmes rejetés et ils extériorisent avec plus ou moins de violence leur exaspération face à ce monde clos.

Leur transfert en hôpital psychiatrique, répondant à des motivations plus ou moins précises, est-il un moyen de solutionner provisoirement la situation ainsi créée ? Chacun d'entre nous sait parfaitement que de tels individus sont peu accessibles à une thérapeutique ; nous sommes sans illusion sur le pronostic.

Outre l'inefficacité de la thérapeutique, ils se retrouvent certes dans des conditions différentes mais qui n'en sont pas moins celles d'une collectivité d'un autre type constituée de malades se caractérisant de par leur affection mentale ou par leur attitude asociale. Très vite, ils reprennent leur attitude antérieure, sachant tirer parti des avantages et des faiblesses du groupe qui les entoure, le perturbant de par leur comportement. Leur potentiel de dangerosité demeure inchangé.

Les structures d'un établissement psychiatrique ne permettent plus de prendre en charge ces délinquants qui exigent des mesures de surveillance spécifiques qui sont sans rapport avec la surveillance médicale et qui sont incompatibles avec les méthodes thérapeutiques actuelles, l'ouverture vers l'extérieur de cette institution. La dangerosité sociale des psychopathes place le soignant dans une position parti-

culièrement ambiguë ; le rôle de protecteur de la société qui avait été dévolu au psychiatre public n'est plus de mise et le personnel infirmier a une formation médicale de plus en plus approfondie qui ne lui permet pas de se substituer à un surveillant du milieu pénitentiaire dont le comportement professionnel est motivé par des facteurs qui sont sans relation avec celui d'un soignant.

La surveillance que le personnel paramédical est contraint d'exercer à l'égard du délinquant psychopathe s'exerce au détriment des malades sans que le psychopathe n'en tire un bénéfice thérapeutique valable.

Le besoin de se valoriser, d'attirer l'attention par n'importe quel moyen, d'extérioriser leur attitude de rejet face à une institution qu'ils ne peuvent que contester, s'observe d'une manière identique dans un milieu carcéral et dans un établissement psychiatrique.

Tout au plus faut-il voir dans leur passage dans ce dernier qu'un pis-aller bien insatisfaisant qui ne résoud en rien le problème social posé par des psychopathes ; ils demandent outre des méthodes de surveillance particulières, une approche thérapeutique qui ne peut se faire que dans des conditions privilégiées, mieux adaptées à leur comportement antisocial.

LE DETENU MALADE MENTAL

par le docteur HIVERT

médecin-chef du centre médico-psychologique de la maison
d'arrêt de la Santé

PRISON OU HOPITAL

Le statut du détenu et plus généralement celui du délinquant malade mental pose un problème à la prison et à l'hôpital.

Chaque institution y répond selon sa dynamique et son économie propre. Toutefois, une attitude commune se dégage : le rejet ; exclusion du « psychopathe » de la prison, difficulté à faire admettre le détenu malade à l'hôpital psychiatrique.

L'acuité du problème a déjà provoqué la réunion de nombreux groupes de travail, tant au ministère de la Santé qu'à celui de la Justice et, plus récemment, à l'O.M.S. Nous prendrons référence à ces travaux.

I. — Les bases juridiques

Elles émanent essentiellement de deux sortes :

- d'une part, le Code pénal et le Code de procédure pénale ;
- d'autre part, le Code de la santé publique.

Le Code pénal et le Code de procédure pénale : l'article 64 du C.p. soustrait à l'action judiciaire celui qui était « dément » au temps de l'action pour le confier, éventuellement, à l'institution soignante.

L'article D. 398 du C.p.p. rappelle que les détenus en état d'aliénation mentale ne peuvent être maintenus dans un établissement pénitentiaire.

Sur proposition du médecin de la prison, le préfet fait procéder à l'internement du malade. Cette admission peut être réalisée d'urgence, s'il est dangereux pour lui-même ou pour autrui.

Enfin, d'autres dispositions du C.p.p. organisent des services d'hygiène mentale et des services psychiatriques (C.M.P.) dans les prisons.

Le Code de la santé publique : les articles 343 et suivants, qui intègrent les dispositions de la loi du 30 juin 1938, fixent les modalités du placement d'office à l'hôpital psychiatrique par l'autorité administrative.

Des « services de sûreté » ont été prévus pour recevoir des malades mentaux difficiles. C'est à tort que ces services sont appelés « médico-légaux ».

L'organisation du « secteur psychiatrique » tend à mettre à la disposition d'une population géographique donnée, le plus près possible de ses conditions de vie, une équipe psychiatrique et un appareil soignant diversifié, dont l'hôpital ne devient qu'un élément du système.

II. — Les références cliniques

De quel malade mental parle-t-on ?

- A un pôle, le « dément », l'aliéné, le psychotique...;
- à l'autre pôle, l'« anormal », le psychopathe, le sociopathe...

Le champ de la psychopathologie est vaste autant on s'accorde généralement sur l'identification du « grand » malade mental, autant le terrain frontière des anomalies mentales soulève des difficultés d'interprétations qui nous renvoient au degré de tolérance du milieu.

III. — Positions respectives des institutions

LA PRISON.

Par l'expertise, on a d'abord demandé au psychiatre de faire le partage entre l'aliéné non responsable et les autres relevant de la justice. C'est la loi du tout ou rien.

L'expert, auxiliaire de justice, est un intervenant occasionnel dans le système pénal. Un avis technique lui est demandé, mais il ne participe pas au traitement pénal.

L'intervention du psychiatre dans l'institution pénitentiaire est relativement récente. D'abord consultant, il n'a été sollicité que pour éliminer le malade mental de la prison.

Progressivement, il s'impose comme le responsable de la santé mentale de la collectivité pénale. A travers la souffrance du détenu, il relève les troubles relationnels au sein de la collectivité, en décryptant le symptôme maladie.

Plus toléré qu'intégré, ainsi qu'en témoigne la précarité de son statut, le psychiatre ne dispose que d'un équipement insuffisant, ne lui permettant pas d'assurer des soins authentiques. Trop fréquemment son intervention ne peut être que ponctuelle.

L'institution pénale lui rappelle à tout moment ses impératifs (sécurité) ses finalités (sanction) qui s'opposent à celles du thérapeute.

Face au psychiatre, l'institution est ambivalente, parfois agressive. Accepté s'il est celui qui soustrait « le fou » à la prison (expert) ou s'il contribue à réduire les troubles du comportement (chimiothérapie), il devient vite indésirable lorsqu'il apparaît comme révélateur du malaise de l'institution.

Le psychiatre peut être accepté, pour autant qu'il est « ailleurs ».

L'HOPITAL PSYCHIATRIQUE.

Historiquement, il a d'abord été un lieu « d'enfermement » peu différent par son régime, de celui de la prison. Tous deux, instruments de la sécurité.

L'asile est devenu hôpital, structure soignante. Il a éclaté pour s'ouvrir sur l'extérieur. L'équipe psychiatrique a pris place dans la cité. En travaillant dans le milieu de vie du malade, le psychiatre contribue à restaurer une communication altérée.

Au fur et à mesure que l'hôpital s'ouvre sur l'extérieur, il se libéralise et les problèmes de sécurité se posent en d'autres termes. L'existence même de services de sûreté est contestée par certains psychiatres. L'hôpital se distance de plus en plus de la prison.

La présence du détenu malade devient inacceptable à l'hôpital par les impératifs de sécurité qu'il pose et ceci d'autant plus que son comportement le rend peu désirable dans la collectivité thérapeutique.

IV. — Analyse des situations concrètes

L'analyse des cas cliniques nous guide dans la recherche de solutions.

Dans cette évaluation, il faut prendre en compte :

- la situation pénale :
 - prévenu ou condamné,
 - procédure accélérée,
 - procédure habituelle ;
- la nature du trouble psychique :
 - psychose, névrose...,
 - psychopathologie carcérale ;
- la qualité de la réponse, l'équipement psychiatrique pénitentiaire :
 - psychiatre consultant ou équipe médico-psychologique,
 - permanence ou non de la structure soignante.

LES PERSPECTIVES ET LEURS EXIGENCES.

Devant une telle situation « bloquée », le « décloisonnement » de la médecine pénitentiaire, au-delà d'une formule magique, peut représenter un début de réponse.

Plusieurs choix sont possibles selon les recommandations de l'O.M.S. :

- 1° présence psychiatrique en prison ;
- 2° prison hôpital psychiatrique ;
- 3° service de sûreté à l'hôpital ;
- 4° service psychiatrique dans le cadre du secteur.

La formule 2 recrée un troisième lien ségrégatif et ne fait que déplacer et étudier le problème pour la meilleure économie de la prison et de l'hôpital.

La formule 3 devient de plus en plus contestée par les psychiatres.

La solution semble devoir être recherchée dans le cadre des formules 1 et 4.

Si le psychotique relève indéniablement de l'institution psychiatrique, le trouble psychique, expression de la pathologie carcérale doit trouver sa solution au sein de la communauté pénitentiaire.

Le droit à la santé est un droit imprescriptible du détenu, si ce n'est le premier. Le groupe social doit y pourvoir, avec l'aide des instances responsables de la Santé publique. La prison et l'hôpital doivent rechercher, dans chaque cas, la solution la mieux adaptée. Elles ne peuvent la réaliser que dans une articulation étroite et souple entre les psychiatres des deux institutions. Des rôles complémentaires doivent se dégager, au-delà des oppositions.

Dans cette perspective, le secteur doit répondre à la totalité des demandes de soins, sans exclusive ; et le psychiatre, par ailleurs, doit être présent en prison, comme en tout autre lieu, prêt à assumer la pathologie carcérale avec ses contradictions.

Quel que soit le niveau d'intervention du psychiatre, celui-ci participe à une action thérapeutique, et, à ce titre, dans le cadre de son contrat de soins, l'intérêt de son malade doit prévaloir sur tout autre. Dans sa démarche thérapeutique, le psychiatre doit respecter la volonté de son patient et ne jamais passer outre à sa demande. Cette attitude pourrait faire confondre son rôle avec les exigences de l'institution répressive.

Révéléateur de la souffrance de l'homme détenu, le psychiatre est comptable de la demande de soins de son patient face à la collectivité et il se doit de participer, à côté d'autres disciplines, à la recherche des solutions bénéfiques à l'homme.

Enfin, une dernière remarque, le chimicien en prison doit rester vigilant. Il peut recevoir demain un statut et un équipement satisfaisant, son action échouera, s'il se laisse à nouveau enfermer dans un ghetto confortable mais coupé de la réalité pénitentiaire.

Un nouveau cloisonnement se serait créé.



LES HOSPITALISATIONS EN MEDECINE ET CHIRURGIE EN MILIEU OUVERT

par le docteur J. PETIT

chirurgien des hôpitaux pénitentiaires,
médecin-chef de l'hôpital central des prisons de Fresnes

et le docteur L. TOSTI

médecin-chef de la maison d'arrêt
des Baumettes-Marseille



À la mémoire de nos amis, les docteurs
Georges FULLY et Charles POULAIN
prématurément disparus

*« Heureux celui qui trouve sa joie dans
les devoirs de sa charge »*

GOETHE.

Le rapport qui nous a été confié et que nous avons l'honneur de vous soumettre, comporte un intitulé très précis : les hospitalisations en médecine et chirurgie en milieu ouvert.

Pour bien situer notre sujet, il convient d'abord de le définir.

Les hospitalisations en milieu ouvert engloberont toutes les hospitalisations, hors de nos deux hôpitaux pénitentiaires (Fresnes et les Baumettes), des détenus malades ou blessés, médicaux ou chirurgicaux à l'exception des détenus relevant de la psychiatrie et qui constituent un monde vraiment à part. Nous avons cru devoir adjoindre à l'étude des hospitalisations celle des consultations en milieu ouvert, estimant que nous aurions ainsi une meilleure vue d'ensemble de la question.

Le risque était grand de rassembler en un catalogue insipide des chiffres et des pourcentages barbares. Se limiter à ce travail de compilation eut été, en effet, d'un piètre intérêt à moins qu'il ne servit de préliminaire à une étude générale de l'avenir de la médecine et de la chirurgie pénitentiaires. C'est effectivement l'objectif que nous nous sommes imposé.

En traitant notre sujet dans cet esprit, nous avons voulu élever le débat. S'il est vrai qu'aux dires de nos hommes politiques une nouvelle société est née, nous savons qu'en prison, car nous en sommes les témoins journaliers, une nouvelle clientèle carcérale est apparue avec ses exigences et ses brutales réactions.

*
**

Nul n'ignore que l'effectif de la population pénale française n'a cessé de décroître depuis deux ans.

Le nombre total des détenus est passé de :

30 306 individus au 1^{er} janvier 1973,

à

27 870 individus au 1^{er} juillet 1973,

pour atteindre

27 100 individus au 1^{er} janvier 1974,

et

26 039 individus au 1^{er} janvier 1975.

Par voie de conséquence, nous avons enregistré une baisse identique et parallèle dans le nombre des journées d'hospitalisation, dans celui des consultations et des interventions.

*
**

Quel est le potentiel hospitalier dont dispose l'administration avec ses deux hôpitaux, celui de Fresnes et celui des Baumettes à Marseille ?

L'hôpital central des prisons de Fresnes (infirmerie annexe comprise) a un effectif total de 511 lits, dont :

— 39 lits femmes ;

— 472 lits hommes ;

qui se répartissent de la façon suivante :

- chirurgie 198 lits ;
- médecine générale 84 lits ;
- spécialités (urologie, O.R.L., stomaco, oph.) 38 lits ;
- pneumologie, cardiologie, dermatologie 152 lits.

Détail surprenant mais affligeant : 74 classés sont logés dans notre hôpital... Restent donc 437 places pour nos malades.

Non moins instructif est le calcul du coefficient d'occupation de nos lits. A la date du 21 mai 1975, nous constatons que :

- 185 lits d'hommes sont occupés sur 437, soit : 42,33 %
- 19 lits de femmes sont occupés sur 39, soit : 48,72 %

Aux Baumettes, nous dénombrons 82 lits sans aucun lit d'hospitalisation féminine.

Une première conclusion s'impose : les hospitalisations en milieu ouvert ne sont pas la conséquence d'une pauvreté de l'Administration pénitentiaire en lits d'hospitalisations.

De surcroît, le coefficient d'occupation étant inférieur à 50 %, et la population carcérale épousant une courbe décroissante, il n'y a pas lieu d'envisager pour l'avenir une augmentation de la capacité des locaux d'hospitalisation. Cette réflexion est sans doute moins valable pour Marseille qui est à l'étroit avec ses 82 lits.

Par contre, une meilleure répartition des services est fort souhaitable. C'est ainsi que depuis longtemps nous avons préconisé à Fresnes l'intégration des disciplines pneumologiques, cardio-vasculaires, et dermatologiques au sein même de l'hôpital central lui-même, ainsi conçue la libération de l'infirmier annexe permettrait l'implantation idéale d'un centre neuropsychiatrique qui fait tant défaut à cette région parisienne.

*
**

Ayant démontré que la capacité de nos hôpitaux était suffisante pour accueillir les détenus blessés et malades, il nous faut maintenant analyser les motifs des admissions et consultations à l'extérieur, c'est-à-dire en milieu ouvert, et ce, par comparaison avec nos propres activités. Les références seront empruntées aux années 1973 et 1974.

TABLEAUX DES ACTIVITES DE FRESNES

<i>Nombre de consultations</i>	1973	1974
Chirurgie	3 124	3 378
Psychiatrie	716	444
O.P.H.	969	893
O.R.L.	808	712
Urologie	385	310
Neurologie	289	355
Gastro-entérologie	4 624	5 541
Cardiologie	731	460
Phtisiologie	946	684
Stomatologie	50	66
Chirurgie osseuse	240	150
Total	12 882	12 993

Nombre d'interventions	1973	1974
Chirurgie	486	468
O.P.H.	2	-
O.R.L.	33	40
Urologie	11	4
Orthopédie	16	9
Stomatologie	5	8
Total	<u>553</u>	<u>529</u>

Nombre de « Z » radiologiques

en 1973 : 15 202

en 1974 : 13 108

Nombre de « Z » radiologiques

en 1973 : 93 397 Z 4 358 malades

en 1974 : 91 826 Z 3 936 malades

Journées d'hospitalisation

en 1973 : Hommes 73 203

Femmes 9 784

en 1974 : Hommes 66 276

Femmes 9 930

TABLEAUX DES ACTIVITES EXTERIEURES
CONSULTATIONS EN MILIEU HOSPITALIER CIVIL SANS HOSPITALISATION
ANNEE 1973

HOPITAUX	HOMMES	FEMMES	ENFANTS	TOTAL	DEPENSES
Boucicaut	1			1	
Beaujon	2			2	
Broussais	2			2	
Paul Brousse	3			3	
Claude Bernard	1			1	
Cochin	3			3	
Foch	1			1	
Garches	2			2	
Gustave Roussy	120	5		125	
Hôtel Dieu	48			48	
Lariboisière	5			5	
Laennec	9			9	
Mondor	40	6		46	
B.M. Montrouge	21			21	
Necker	1			1	
Pitié	4			4	
Salpêtrière	80	3		83	
Begin	1			1	
Saint-Louis	21			21	
Saint-Maurice		1		1	
Saint-Joseph	9			9	
Saint-Vincent-de-Paul	2		1	3	
C.A. Valenton	9			9	
M. Bruneau Charpentier	4			4	
Rotschild	1			1	
Tenon	1			1	
Neuilly		1		1	
Ort. Fayt	3			3	
Proth. Oblet	3			3	
Intercommunal Créteil	3			3	
Totaux	400	16	1	417	88 305,98

ADMISSIONS EN MILIEU HOSPITALIER CIVIL — ANNEE 1973 —

HOPITAUX	HOMMES	FEMMES	ENFANTS	NOMBRE de JOURNÉES	DEPENSES
Beaujon	2			29	
Bichat	2			7	
Broussais	4			130	
Claude Bernard	9			313	
Cochin	8	1		122	
Fernand Widal	9	1		32	
Foch à Suresnes	1			21	
Garches	1			29	
Gustave Roussy	4	1		29	
Hôtel Dieu	9	1		143	
Lariboisière	3			27	
Laennec	3			82	
Marie Lannelongue	5			52	
Mondor Intercommunal					
Mondor Chenevier	43	2	1	775	
Necker	1	2	1	22	
Pitié	5			93	
Salpêtrière	18		1	362	
Saint-Louis	2			33	
Saint-Joseph	7			117	
Sainte-Anne	1			1	
Saint-Maurice			1	23	
Hôpital de Neuilly		2	1	13	
Ambroise Paré	2			10	
Fondation P. Parquet			1	38	
Saint-Vincent-de-Paul			1	104	
Total	139	8	7	2 607	1 542 770,09

**CONSULTATIONS EN MILIEU HOSPITALIER CIVIL SANS HOSPITALISATION
ANNEE 1974**

HOPITAUX	HOMMES	FEMMES	ENFANTS	TOTAL	DEPENSES
Beaujon	3			3	
Bichat	1			1	
Broussais	2			2	
Cochin	12			12	
Garches R. Poincaré	5			5	
Gustave Roussy	85			85	
Hôtel Dieu	25			25	
Lariboisière	4			4	
Laennec	2	1		3	
Marie Lannelongue	15	2		17	
Mondor	38	3		41	
Necker	20			20	
Pitié	9			9	
Salpêtrière	5			38	
Saint-Antoine	38			5	
Saint-Louis	8			8	
Saint-Joseph	8			8	
Tenon	1			1	
Begin	1			1	
Ivry	4			4	
Quinze-vingts	1			1	
B.M. Montrouge	11			11	
Prothèse Oblet	1			1	
Orth. Fayet	2			2	
Orth. Ets Brumier & Cie	1			1	
Oculariste Bruneau Ch.	1			1	
Oculariste Chapron & Cîrot	1			1	
Totaux	304	6		310	

ADMISSIONS EN MILIEU HOSPITALIER CIVIL — ANNEE 1974 —

HOPITAUX	HOMMES	FEMMES	ENFANTS	NOMBRE de JOURNÉES	DEPENSES
Ambroise Paré	1			4	
Beaujon	2			26	
Boucicaut	3			16	
Broussais	1			20	
Paul Brousse	3			4	
Claude Bernard	3			42	
Cochin	9			60	
Fernand Widal	13			46	
Gustave Roussy	13			210	
Hôtel Dieu	6			68	
Lariboisière	6			43	
Laennec	2			46	
Marie Lannelongue	13			246	
Henri Mondor	24	1		261	
Intercommunal	2			86	
Chenevier	2			111	
Necker	4			144	
Pitié	4			38	
Salpêtrière	15	1		146	
Saint-Antoine	1			1	
Tenon	1			19	
Neully-sur-Seine		3		13	
Clamart	1			1	
Saint-Vincent-de-Paul			1	2	
Saint-Joseph	7			161	
Hôpital de Bicêtre	2			6	
Hôpital d'Ivry	1			7	
Rueil Malmaison	1			2	
Totaux	140	5	1	1 829	1 157 298,42

L'analyse de ces différents tableaux autorise les remarques suivantes :

- 1° les hospitalisations en milieu ouvert ont eu lieu par ordre décroissant :
 - 75 fois à l'hôpital Henri-Mondor, pour des cas chirurgicaux, des malades cardiaques, des digestifs, des problèmes de réanimation,
 - 35 fois à La Salpêtrière (neurologie et neurochirurgie),
 - 23 fois à Fernand Widal (intoxication),
 - 18 fois à Gustave Roussy (cancérologie),
 - 18 fois à Marie Lannelongue (thoraciques),
 - 16 fois à l'Hôtel Dieu (chirurgie générale, vasculaires, ophtalmologie),
 - 14 fois à Saint-Joseph (chirurgie vasculaire) ;

- 2° les consultations, sans hospitalisation, en milieu ouvert, ont eu lieu :
 - 210 fois à Gustave Roussy (cancérologie) on retrouve ici les nombreux traitements ambulatoires par radiations,
 - 121 fois à la Salpêtrière (neurologie),
 - 87 fois à Henri-Mondor (dans ce chiffre, une grande proportion d'examen endoscopiques),
 - 73 fois à l'Hôtel Dieu (toutes disciplines).

Bref, pendant que le corps médical de Fresnes assurait 24 715 consultations, 727 avis consultatifs étaient demandés à l'extérieur soit un pourcentage global de 2,94 % (3,42 % en 1973 et 2,47% en 1974).

TABLEAU DES ACTIVITES DES BAUMETTES A MARSEILLE

Nombre d'interventions :

- en 1973 : 67
- en 1974 : 113

Nombre de journées d'hospitalisation :

- en 1973 : 24 723
- en 1974 : 19 665

Nombre de consultations en milieu ouvert :

- en 1973 : 119
- en 1974 : 103

Nombre d'admissions en milieu ouvert :

- en 1973 : 145
- en 1974 : 125

Tous ces chiffres parlent d'eux-mêmes et peuvent servir de support justificatif à l'organisation sanitaire que nous préconisons depuis longtemps et que nous ne désespérons pas de voir prendre corps dans un avenir rapproché.

Un choix s'offre à nous entre l'ouverture et le décloisonnement. Nous dirons « oui » à l'ouverture car à nos yeux l'ouverture est une aide. Nous dirons « non » au décloisonnement car le décloisonnement sera un abandon.

Reste à justifier ce choix.

Les hôpitaux pénitentiaires doivent rester la propriété du ministère de la Justice. La sécurité l'exige. N'oublions pas que nous hospitalisons de grands criminels. La gravité de leurs maladies ou de leurs blessures n'amenuise pas leur coefficient de dangerosité.

Si l'Administration pénitentiaire doit maintenir la discipline, elle n'a pas vocation sur le plan technique. Elle doit abandonner ses prérogatives au ministère de la Santé ou du moins recueillir les avis de ce dernier. Une commission mixte justice-santé a été créée. Nous y avons été conviés et différents projets à l'étude nous ont été présentés. Les travaux avancent lentement. Pour notre part, nous préconisons, sous l'égide du ministère de la Santé, le rattachement des hôpitaux pénitentiaires au groupe des hôpitaux publics de deuxième catégorie avec :

- *pour nos médecins* : un statut de temps partiel ;
- *pour nos internes* : une accession à un concours reconnu par le ministère ;
- *pour nos infirmières* : une parité de traitement avec celles de l'Assistance publique, ce qui mettrait fin à cette inégalité monstrueuse qui paralyse totalement le recrutement et nous met en porte à faux dans le respect des normes hospitalières.

Il ne s'agit pas là de révolution, mais de réforme.

Les situations acquises doivent être reconnues et protégées. Dans l'avenir, les nominations des chefs de service seraient décidées conjointement par le médecin inspecteur général de l'Administration pénitentiaire et le ministère de la Santé. Il doit exister un corps de santé pénitentiaire, comme il existe un corps de santé militaire, à cette différence près que nous sommes opposés à la création d'emplois à plein temps qui nous mèneraient à être dépendants du ministère de la Justice, alors que nous voulons rester des praticiens libres et indépendants aux yeux de notre clientèle carcérale.

Toutefois, il n'est pas question de vivre en circuit fermé et de nous enfermer dans notre tour d'ivoire. Nous souhaitons très vivement une ouverture.

L'ouverture est une nécessité car certaines disciplines ne peuvent être exercées dans nos hôpitaux pénitentiaires. Nous voulons parler de la neurochirurgie, de la chirurgie thoracique, de la chirurgie cardiaque, de la réanimation en unité de soins intensifs, des traitements par radiation.

Mais l'ouverture est aussi une « couverture ». Nous sommes parfaitement conscients que la médecine moderne réclame des thérapeutiques et des investigations de plus en plus compliquées, que les exigences de nos détenus, de leurs avocats, de leurs familles sont de plus en plus précises, que notre responsabilité est de plus en plus attaquée à la radio, à la télévision, dans la presse écrite. Notre devoir est de confondre nos détracteurs en leur prouvant qu'en prison on est aussi bien soigné qu'ailleurs et que, si la nécessité l'exige, les portes de la détention peuvent s'ouvrir facilement vers l'extérieur.

Cette ouverture doit être motivée, circonstanciée. Nous entendons par là qu'elle implique un choix et qu'il serait regrettable que, par paresse ou incompetence, le corps médical de nos hôpitaux pénitentiaires dirige avec une facilité humiliante un trop grand nombre de détenus sur les hôpitaux extérieurs.

Enfin, cette ouverture doit être prévue et structurée. L'organisation actuelle est pour le moins compliquée. Elle nous a valu à Fresnes, les doléances de la préfecture de police, celles de nos collègues des hôpitaux extérieurs et même celles des détenus. Responsable de la garde des prisonniers il en résulte pour la préfecture de police une charge très lourde en personnel de surveillance et des frictions assez fréquentes avec le personnel hospitalier tant médical que paramédical. Quand il s'agit d'obtenir une place dans un hôpital, notre infirmière-chef ou nos internes s'épuisent en conversations téléphoniques, se font renvoyer d'un service à un autre.

Après un entretien avec notre excellent collègue, le Dr. Cariou, médecin chef de la préfecture de police, suivi d'une réunion avec le

directeur adjoint du cabinet du préfet de police et du directeur du cabinet du directeur général de l'Assistance publique il a été décidé qu'une expérience serait tentée en octobre 1975.

A cette date, tous les détenus de Fresnes, pour lesquels nous sollicitons une hospitalisation en milieu ouvert, seront dirigés : soit vers Cusco, à l'Hôtel-Dieu, soit vers Quentin à la Pitié-Salpêtrière, où ils seront rassemblés dans des chambres de sûreté (24 au total), sous la garde de la police municipale.

Nous verrons à l'usage les résultats de cette expérience dans laquelle nous nous engageons sans trop d'enthousiasme. Son but est de supprimer l'éparpillement. Certes, nos collègues des hôpitaux se réjouiront de la disparition du policier de leur service, mais accepteront-ils volontiers de se transporter aux chambres de sûreté pour distribuer leurs soins dans des cellules inadaptées. Pour le détenu, c'est psychologiquement une défaite. Parions qu'un sondage parmi nos détenus attribuerait plusieurs étoiles à l'hôpital central au détriment de Cusco et de Quentin !

Situation identique à Marseille où nous disposons au sein de l'hôtel-Dieu d'une salle de consignés avec 9 lits « hommes » et 1 lit « femme ». Ce cube de béton, où le jour ne pénètre que par des soupiraux, est indigne de notre conception de la détention.

Parvenus au terme ultime de ce travail, nous voulons en extraire deux idées maîtresses.

La première, c'est que l'ouverture bien comprise et bien dosée peut et doit profiter aux détenus qui ont droit à une assistance médicale non pas figée mais évolutive et adaptée aux progrès incessants du monde et des techniques médicales.

« La prison est un service publié au même titre que les autres » a dit Jean Taittinger en 1974 quand il était garde des Sceaux.

Cette ouverture, nous la désirons, nous la souhaitons, car nous savons qu'elle est indispensable.

La seconde, c'est que le corps médical pénitentiaire, très conscient de posséder des installations hospitalières valables, réclame avec insistance qu'une véritable « charte médicale » lui soit octroyée afin de rendre « opérationnel » l'instrument qu'il détient.

Tolérer dans les cellules l'introduction des transistors et des journaux, multiplier les permissions, nous en sommes d'accord, mais n'est-il pas encore plus urgent :

— de créer un département de réanimation à l'échelle de nos besoins ;

- d'embaucher des infirmières en nombre suffisant pour travailler dans les normes de sécurité ;
- d'augmenter le nombre de nos internes ;
- et, disons-le très simplement, d'honorer dignement toutes celles et tous ceux qui travaillent pour l'amélioration de la condition pénitentiaire et qui revendiquent l'honneur de mettre quotidiennement en pratique cette maxime que l'on verrait très bien inscrite en lettres d'or sur la page de garde de la réforme pénitentiaire.

« En notre temps, la seule querelle qui vaille est celle de l'Homme... »

C'est l'homme qu'il s'agit de sauver, de faire vivre et de développer. »

elle est signée : Charles de GAULLE

COMPTES-RENDUS DES COMMISSIONS

COMMISSION I

RAPPORTS DES MEDECINS AVEC LA JUSTICE

Le débat a été ouvert sur le contrôle, par le médecin, des conditions de travail, notamment dans le cadre du centre pénitentiaire de Fleury-Mérogis.

Ce problème particulier, qui constitue sans doute l'une des missions du médecin pénitentiaire, n'étant pas directement dans le thème de la commission, a été renvoyé aux communications libres prévues samedi après-midi.

Schéma des rapports médecins-justice

Selon l'expression du Vice-président de la commission, l'appareil judiciaire « fait peur » ; il est nécessaire d'en connaître la structure, de se faire connaître et d'établir des relations personnelles avec les magistrats.

Cette double nécessité d'information et de relation fait apparaître l'importance de la participation des médecins aux commissions de l'application des peines.

Cette participation apparaît souvent difficile en raison de problèmes matériels et d'une méconnaissance réciproque des impératifs de chacun.

Ces difficultés matérielles doivent être réglées localement, l'important est de déterminer la mission du médecin au sein de cette commission.

Deux orientations se dégagent

- pour les uns, le médecin ne doit intervenir au sein de la commission de l'application des peines que pour les seuls problèmes médicaux relevant de sa compétence ;
- pour d'autres, il doit s'intégrer à part entière à cette commission dans sa mission de resocialisation, sans se limiter à l'aspect strictement médical.

Après discussion, il apparaissait que la mission du médecin devait dépasser sa spécialité, mais le temps et les moyens dont il disposait actuellement le limitent à cet égard.

Le vœu était exprimé que chaque médecin reçoive les textes réglementaires qui définissent sa mission et sa place dans la vie de la prison.

Un magistrat s'étonne de l'incompréhension qui semble se manifester entre magistrats et médecins. Cette situation semble propre aux établissements parisiens où les relations sont rendues difficiles par l'importance du nombre des interlocuteurs.

Un chef d'établissement pénitentiaire indique qu'il ne faudrait pas oublier les relations entre médecins et personnel pénitentiaire.

En réalité, pour le médecin, la justice comprend non seulement les magistrats, mais également l'Administration pénitentiaire et tous ceux qui collaborent au traitement des détenus.

Spécificité de la médecine pénitentiaire

Pour le détenu, la rencontre avec le médecin est plus qu'une demande de soins. Aussi le médecin pénitentiaire ne peut-il concevoir sa fonction comme à l'extérieur.

A Fleury-Mérogis, en dehors de l'examen systématique à l'entrée, 10 % des détenus environ consultent au cours d'une année.

Le médecin est un témoin privilégié, il doit pouvoir se faire entendre par l'administration et par la justice : « nous serions coupables si nous nous taisions », mais il est nécessaire qu'il soit entendu.

Un médecin suisse, psychiatre à l'établissement de la Plaine-de-l'Orbe, ne comprend pas les difficultés rencontrées par ses confrères français. Il indique qu'il se sent parfaitement intégré à l'équipe de direction et notamment qu'il participe au recrutement du personnel.

Il faut que l'antagonisme, qui peut exister du fait de l'individualisme traditionnel des médecins et des magistrats, fasse place à une concertation dans le cadre des structures existantes.

Le médecin pénitentiaire et l'expert

L'unanimité s'est faite pour dénoncer l'utilisation actuelle des expertises pratiquées, sans aucune liaison, avec les médecins de l'établissement qui pourtant suivent les détenus et connaissent le milieu pénitentiaire.

Souvent aussi l'expertise est ressentie comme un contrôle, voire une suspicion, à l'égard du médecin pénitentiaire.

Contrairement à ce qui a été dit par certains, il est précisé que rien n'empêche les experts de prendre contact avec le médecin de l'établissement. Cette rencontre apparaît indispensable, par contre *la simple communication du dossier médical doit être exclue.*

Le médecin pénitentiaire, conformément au serment d'Hippocrate, est, en prison plus qu'ailleurs encore, le médecin de l'homme total.

Il n'y a pas à faire la distinction entre le somatique et le psychique. Lorsqu'un détenu fait appel il faut répondre, même s'il n'y a pas de problème médical.

Le médecin doit être au côté de la justice et sur le même plan.

Il doit rester avant tout un médecin...

COMMISSION II

LES HOSPITALISATIONS EN MILIEU EXTERIEUR

Les problèmes posés par les hospitalisations en milieu extérieur ont fait l'objet d'un large échange de vues entre tous les participants qui se sont attachés à souligner les difficultés et à dégager des éléments de solution.

Les débats se sont orientés dans deux directions : hospitalisations psychiatriques extérieures et hospitalisations de médecine générale ou de spécialité.

A. — Les hospitalisations psychiatriques extérieures.

Très vite, la commission a été amenée à réexaminer l'ensemble des problèmes que pose le traitement des détenus atteints de troubles psychiques et nécessitant une prise en charge psychiatrique, en tenant

compte des accords réalisés entre l'Administration pénitentiaire et le ministère de la Santé concernant la mise en place de consultations d'hygiène mentale dans chaque maison d'arrêt et l'implantation de centres médico-psychologiques régionaux dans lesquels sera assuré le concours médical des services départementaux de l'Action sanitaire et sociale.

Le dépistage des détenus devrait permettre de déceler plus rapidement les troubles psychiques dont certains d'entre eux pourraient être atteints et les centres médico-psychologiques pourront assurer le traitement prescrit, le cas échéant. Cette prise en charge plus rapide devrait éviter une brusque détérioration de l'état mental de ces détenus et, par là même, éviter une hospitalisation en milieu spécialisé.

Il est cependant apparu aux participants que, quelles que soient les structures de soins dont pourra se doter l'Administration pénitentiaire, il sera toujours indispensable d'hospitaliser en milieu spécialisé les grands malades psychotiques qui ne peuvent être traités en milieu carcéral, même dans un C.M.P. ou dans un établissement spécialisé tel que Château-Thierry ou Haguenau, qui sont des services libres où il n'existe aucune obligation de soins. Aussi les psychiatres de ces établissements se sentent-ils complètement désarmés lorsqu'ils se heurtent à un refus de soins individuel ou collectif de la part des détenus.

Or, par suite de la libéralisation et de la politique d'ouverture des hôpitaux psychiatriques, par suite de la mise en œuvre de nouvelles méthodes de traitement, il est devenu de plus en plus difficile pour les psychiatres pénitentiaires, ou les psychiatres chargés de la consultation d'hygiène mentale, d'obtenir un placement d'office en application des dispositions de la loi de 1838 reprises par le Code de la santé publique.

Actuellement, il n'est plus possible, dans une vingtaine de départements, d'admettre un détenu dans un hôpital psychiatrique.

Par ailleurs, là où il existe encore des possibilités, les délais d'admission sont trop longs, environ trois semaines, et le psychiatre est obligé de mettre en œuvre, dans de mauvaises conditions, une thérapie d'attente préjudiciable au malade. Le problème peut se poser encore avec plus d'acuité en cas d'urgence, à la suite d'une crise chostique par exemple.

A cet égard, le docteur Speed, médecin anglais, a fait une intéressante communication, en souhaitant que l'expérience de son pays puisse guider les congressistes dans la recherche d'une solution. Elle a indiqué que la politique d'ouverture des hôpitaux psychiatriques depuis 1959 a conduit aujourd'hui à la création de trois hôpitaux psychiatriques

de sûreté dans lesquels sont traités 3 500 malades dangereux, qu'ils soient ou non médico-légaux. Tout en soulignant les dangers de telles institutions particulièrement ségrégatives, elle estime que cette évolution est contraire à l'intérêt même de ces malades qui sont en quelque sorte devenus des exclus quasi définitifs.

Sensibilisés par cette expérience étrangère, conscients également des dangers que comporte l'institution psychiatrique pénitentiaire, les participants souhaitent que puisse être maintenu et amélioré le système d'admission en milieu spécialisé, sans vouloir cependant négliger le développement des structures de soins pénitentiaires.

Afin d'améliorer le système d'admission en milieu spécialisé, il serait souhaitable que les médecins, notamment ceux de la D.A.S.S. ne soient plus soumis à un contrôle rigoureux du directeur de la D.A.S.S. et puissent faire diriger, dans les plus brefs délais, ces malades sur les services spécialisés.

Par ailleurs, il a été souhaité que soient développées les équipes médicales au sein des établissements pénitentiaires spécialisés, dans la mesure où il a été constaté que la présence d'une équipe structurée permettait naturellement d'assurer une meilleure qualité de soins, mais également de régler de nombreuses difficultés telles que celles engendrées par les refus de soins.

Il a été également indiqué qu'il faudrait que les équipes du C.M.P. travaillent en étroite collaboration avec les autres services médicaux de l'établissement pénitentiaire afin d'éviter le cloisonnement des services au sein de la prison. La notion d'équipe médicale pluridisciplinaire a été évoquée et il serait souhaitable que cette notion soit intégrée dans les dispositions réglementaires qui régiront ces centres.

Enfin, d'une manière générale, les médecins pénitentiaires souhaitent pouvoir s'ouvrir sur l'extérieur et entretenir avec les médecins hospitaliers les liens indispensables à l'accomplissement de leur mission.

Le problème des malades mentaux chroniques dépistés après condamnation est très préoccupant et la loi ne prévoit qu'une hospitalisation en milieu spécialisé d'un détenu qui conserve cette qualité durant son hospitalisation qui risque de se poursuivre au-delà de la peine. La Chancellerie devrait étudier de nouvelles dispositions légales pour régler le sort de ces sujets qui ne devraient plus être détenus à partir du moment où le diagnostic de psychose chronique a été porté.

B. — Les hospitalisations extérieures en médecine générale ou en spécialité.

Quelle que soit la qualité des soins assurés aux détenus à l'intérieur des établissements pénitentiaires et malgré l'existence d'établissements

spécialisés, il est fréquemment nécessaire de transférer sur les hôpitaux extérieurs les détenus dont l'état de santé nécessite des soins qui ne peuvent être donnés dans des conditions satisfaisantes en prison ou qui, en raison de l'urgence, ne peuvent être transférés sur un établissement pénitentiaire équipé pour les assurer.

Or, ces hospitalisations en milieu extérieur soulèvent de nombreuses difficultés qui tiennent à la méconnaissance par les médecins hospitaliers des problèmes pénitentiaires, à la nécessité de faire assurer la garde de ces détenus par les services de police et aux délais d'admission dans le service spécialisé qui accepte de prendre en charge un détenu.

Pour faire face à ces difficultés, les participants souhaitent d'abord que soient développés les équipements médicaux des infirmeries des établissements spécialisés (hôpital de Fresnes — hôpital des Baumettes). Parallèlement il serait nécessaire que le temps de présence médicale soit accru, et que l'équipe médicale soit renforcée, notamment par un personnel infirmier à temps complet.

A cet égard, les projets de l'Administration pénitentiaire concernant le statut des médecins pénitentiaires, le renforcement des équipes médicales dans les hôpitaux, la revalorisation de la rémunération du personnel infirmier et la rénovation des infirmeries des établissements doivent permettre une amélioration très sensible.

Il reste que, néanmoins, l'Administration pénitentiaire n'a pas les moyens de doter tous ces établissements de structures de soins hospitalières et il convient d'admettre qu'en raison des progrès de la médecine et de la spécialisation accrue de certains services médicaux hospitaliers extérieurs, des hospitalisations dans de tels services seront toujours nécessaires pour les cas les plus graves et les plus difficiles.

Les participants se sont alors attachés à rechercher, dans un souci très louable de concilier les nombreux intérêts divergents, quelles seraient les conditions les plus favorables pour une hospitalisation en milieu extérieur.

C'est ainsi qu'ont été étudiés les mérites et les inconvénients des services de sécurité réservés aux détenus dans les hôpitaux (salle des consignés de l'hôtel-Dieu de Marseille — section pénitentiaire de l'hôpital de l'Antiquaille à Lyon — salle Pélagie à l'hôpital départemental de Clermont-Ferrand). Suivant les villes, ces salles sont diversement appréciées par les médecins qui en ont la charge, certaines sont très satisfaisantes, d'autres non. Cependant l'Administration pénitentiaire, en accord avec la préfecture de police et l'Assistance publique, envisage, à titre d'expérience, pour une durée de six mois, le réaménagement de la salle Cusco, pour médecine, chirurgie et spécialités

et de la salle Quentin pour la neuropsychiatrie et chirurgie cardiovasculaire. Cependant, en cas d'urgence vitale nécessitant des soins immédiats spécialisés, la possibilité d'envoyer directement le malade sur le service idoine persiste.

Afin de résoudre les problèmes de garde, lourds et onéreux, soulevés par les représentants de la police, la possibilité de convocation d'une commission interministérielle Justice-Santé-Intérieur a été vivement souhaitée.

DISCUSSIONS ET INTERVENTIONS DE NOMBREUX MEDECINS SUR LES HOSPITALISATIONS

Docteur VERBE (M.A. Nantes). — Le docteur Petit a surtout évoqué les problèmes de Paris et Marseille mais les problèmes se posent surtout dans les petites maisons d'arrêt de province. Les détenus ne sont pas acceptés par le milieu hospitalier extérieur et se posent les problèmes de garde des détenus. Comment concevoir quelque chose de mieux ? Ne faudrait-il pas créer un hôpital pénitentiaire par région ?

Docteur TROISIÈRE. — Il faudrait établir les normes des chambres de sûreté pour chaque hôpital où est implantée une prison. Il faudrait définir ces normes de façon à assurer dans de bonnes conditions d'hébergement une meilleure qualité des soins tout en maintenant une sécurité suffisante.

L'exemple de Paris, concernant l'expérience en cours de réalisation à la salle Cusco, pourrait donner une impulsion à la province.

Docteur G. PETIT (assistant au C.H.U. de Clermont-Ferrand. —

L'expérience faite à Clermont-Ferrand pourrait être reprise dans d'autres C.H.U. Un service de 20 lits a été créé pour recevoir les condamnés ou les prévenus lorsque leur état de santé nécessite des soins hospitaliers.

L'activité est double. En ce qui concerne les soins, 150 à 160 personnes ont été traitées cette année, dont les deux tiers en médecine (50 % de psychotiques) et un tiers en chirurgie.

Cette unité de soins comprend un chef de service, un attaché et le personnel infirmier.

Ce service permet de résoudre les conflits et a un rôle d'information auprès des collègues médecins des hôpitaux. Il s'agit d'un problème de relation et de personnes. Il faut établir des contacts personnels et expliquer les nécessités de sécurité.

Le problème est ainsi réglé pour les maisons d'arrêt de Cusset, de Riom et de Clermont-Ferrand, et pour le centre de détention de Riom. Il pourrait très bien s'étendre à d'autres établissements un peu plus éloignés.

D'une manière générale, personne ne veut s'occuper des détenus dans les hôpitaux. En raison du nombre peu élevé de cas qui se présentent dans chaque hôpital les médecins ne sont pas sensibilisés à ces problèmes.

Ce n'est pas en créant et en construisant des hôpitaux pénitentiaires que le problème sera réglé. Il faudrait développer des structures identiques à celles de Clermont-Ferrand, dans les C.H.U., dans chaque ressort de cour d'appel.

Docteur TROISIÈRE. — L'expérience du docteur Petit pourrait être une solution d'avenir.

Docteur J. PETIT (médecin-chef de l'hôpital de Fresnes). — Cette expérience est magnifique mais reste isolée. On peut craindre que l'on ne retrouve pas le même enthousiasme dans les autres C.H.U. de province.

Docteur VERBE. — Cela revient à créer en quelque sorte une section pénitentiaire dans un C.H.U.

Docteur BARDIER (Muret). — Le problème est plus complexe et on se heurte à des difficultés administratives. Par exemple, pour l'oto-rhino, les malades incarcérés dans les chambres de sûreté ne peuvent recevoir les soins que nécessite leur état de santé car les infirmières d'oto-rhino ne peuvent aller les traiter dans les chambres de sûreté qui ne disposent pas de l'appareillage médical indispensable.

Il ne pourra jamais y avoir dans les chambres de sûreté tous les services spécialisés.

Docteur GONIN (de Lyon). — Il existe également une section pénitentiaire à l'hôpital de l'Antiquaille à Lyon. Mais les hospitalisations sont déplorables pour des raisons matérielles et la qualité des soins n'est pas satisfaisante. Les locaux sont insuffisants et ne correspondent plus aux normes de sécurité et aux normes sanitaires. Il n'y a que 6 ou 7 places pour toute une région et il arrive fréquemment que l'on adresse des malades importants qui doivent y être hospitalisés. Le service hospitalier est trop occupé et il est parfois impossible d'y envoyer les détenus.

Par ailleurs, ces locaux sont placés dans un hôpital où il n'y a que quelques spécialités, ce qui entraîne des transferts difficiles et des risques pour la police.

Les médecins n'ont aucune notion de médecine pénitentiaire et n'ont que peu d'intérêt médical pour cette médecine.

Il serait nécessaire que ces services aient à leur tête des médecins motivés, intéressés par la médecine pénitentiaire et qu'ils fassent partie d'une équipe pénitentiaire. Il faudrait qu'ils soient également bien introduits au C.H.U. Il doit y avoir une liaison indispensable entre la prison et le C.H.U. et les malades devraient pouvoir y être suivis par le médecin traitant.

Docteur TROISIER. — Ces relations pourraient être améliorées par la mise en place du nouveau statut.

Docteur PREVOT (Vesoul). — Il faudrait que les médecins hospitaliers puissent venir à la prison pour éviter des allées et venues inutiles et dangereuses, et pour sensibiliser le personnel médical aux problèmes pénitentiaires. Il faudrait également donner à tous les médecins des informations sur les résultats des travaux du congrès, comme cela s'est fait à Vesoul à l'issue des journées de Strasbourg, où tous les médecins de la ville ont pu être tenus au courant de ces travaux et ont pu, à cette occasion, visiter la maison d'arrêt.

Docteur TROISIER. — Le cabinet médical du docteur Prévot est remarquable, moderne, confortable et les détenus y sont bien traités. Le cabinet du médecin doit être un lieu privilégié de rencontres avec le médecin.

Docteur MORIN (Lorient). — La prison de Lorient est une verrue jaunâtre. Les conditions de détention y sont lamentables. Il y a un bureau médical qui sert pour l'assistante sociale, l'infirmier et l'aumônier. On y célèbre le culte. Il se pose un problème psychiatrique. Les responsables de l'hôpital civil, dans lequel se trouvent des chambres de sûreté, ne veulent pas recevoir de malades mentaux. Ils sont alors envoyés dans un hôpital psychiatrique ouvert d'où ils peuvent s'évader comme ils veulent.

Les syndicats du personnel veulent faire grève si l'on construit des chambres de sûreté dans cet hôpital. Quelle est la solution ?

Docteur TROISIER. — La maison d'arrêt de Lorient est effectivement dans un état lamentable, et elle figure dans la liste des établissements à désaffecter en priorité.

La création d'une centre médico-psychologique régional dans la nouvelle maison d'arrêt de Nantes, prévue au budget 1976, permettra de résoudre les problèmes d'admission à l'hôpital psychiatrique.

Docteur WETTA (Haguenau). — Il y a une frange de grands malades psychotiques à Haguenau et demeure le problème des hospitalisations à l'extérieur. Haguenau n'est pas soumis à la loi de 1838. Que faut-il faire des malades psychotiques en prison ? Les détenus sont de plus en plus conscients de leurs droits et ils commencent à refuser les traitements médicaux, sans qu'ils puissent être obligés de les prendre par la contrainte. On peut craindre pour l'avenir des refus collectifs de soins.

Mlle MAMELET. — Le problème est celui d'une meilleure pénétration du psychiatre au sein des établissements pénitentiaires. Il faut faire une consultation d'hygiène mentale dans toutes les maisons d'arrêt. Un certain nombre de troubles vont apparaître chez certains sujets et il est alors indispensable de créer dans chaque région pénitentiaire un C.M.P.R. avec une équipe psychiatrique à plein temps prise en charge au niveau de l'Action sanitaire et sociale. Ce système améliorera les problèmes soulevés. Un certain nombre de sujets pris en charge assez tôt évitera une brusque détérioration de leur état mental.

Pour un certain nombre de sujets, il y aura toujours lieu à internement dans un service de sûreté ou dans un centre hôpital. Les établissements publics doivent accepter les malades difficiles qu'ils soient ou non médico-légaux. Il y a toujours des périodes dans l'évolution de la maladie où les malades sont dangereux pour eux-mêmes ou pour autrui.

Haguenau devrait pouvoir les placer à l'hôpital psychiatrique.

Docteur HIVERT. — La prison est un service libre — il n'y a aucune obligation de soins — seul l'hôpital psychiatrique peut y répondre.

Les délais d'admission trop longs devraient pouvoir être réduits grâce à une concertation au niveau local.

Il y a une vingtaine de départements où il est impossible de faire interner.

Docteur WETTA. — En raison de la longueur des délais d'admission se repose le problème des détenus qui refusent un traitement.

Docteur BROUSOLE. — Lorsque l'équipe s'organise un peu plus, les refus de soins baissent. La venue d'une infirmière, en psychiatrie par exemple, peut faire reculer le refus de soins.

Docteur VERBE. — Ce qui compte, c'est la structure en milieu pénitentiaire. A Nantes, il y a un médecin-chef, un médecin-adjoint, un psychiatre, un psychologue, un pneumologue, un dermatologue, un dentiste, une infirmière à temps complet, une assistante sociale.

Docteur GONIN. — En effet, cela marche beaucoup mieux avec une équipe structurée. Il faudrait, à cet égard, que l'équipe du C.M.P. soit structurée et qu'elle ne soit pas coupée des autres services de médecine. Il est préoccupant de voir s'instaurer des structures séparées en médecine psychiatrique et médecine généraliste alors que le tout est très lié. Il ne faut absolument pas que la médecine pénitentiaire soit cloisonnée à l'intérieur d'un établissement.

Docteur SPEED (médecin anglais). — Il ne faudrait pas que l'on suive en France les errements constatés en Angleterre à la suite de l'ouverture des hôpitaux psychiatriques qui s'est faite dès 1959. On constate que de 1960 à 1975 la population des prisons a presque doublé et que les psychotiques sont passés de 4 à 15 %. Les hôpitaux ouverts n'acceptent plus les psychopathes. Or, trois hôpitaux de sûreté pour 3 500 malades dangereux traitent ceux d'entre eux qui ne peuvent être soignés dans les hôpitaux ouverts. Il est indispensable que la prison puisse dégager ses malades psychotiques sur ces établissements. L'évolution de la médecine psychiatrique en Angleterre ne s'est pas faite dans l'intérêt même des malades.

Docteur BROUSOLE. — Il faut insister sur l'organisation des relations entre le généraliste et le psychiatre et la réglementation concernant les C.M.P. devrait l'inscrire.

Docteur HIVERT. — Nous n'en sommes pas encore à ce qui se passe en Angleterre mais nous y arrivons. On court actuellement le risque de créer en milieu pénitentiaire un lieu psychiatrique qui va se refermer sur lui-même et qui risque d'y enfermer le psychiatre au détriment de la population pénale.

UN INTERNE de Fresnes. — Que faut-il faire en cas de problèmes psychotiques aigus à Fresnes, lorsqu'un détenu devient brusquement dangereux pour lui-même et pour autrui et qu'il n'est pas possible de le faire interner ?

Docteur HIVERT. — L'interne en médecine est qualifié pour rédiger un certificat détaillé d'envoi à l'infirmerie psychiatrique de la préfecture de police où il peut être admis dans les vingt-quatre heures.

A une certaine époque tous les placements devaient transiter par le C.M.P. de la Santé, mais ce n'est plus le cas actuellement.

Il y aura un C.M.P. à Fresnes dans les années à venir.

Docteur PARIENTE. — On ne peut tout de même pas déclencher l'application de la loi de 1838 pour une simple crise clastique au cours d'une nuit.

Docteur BANNEL. — Les délais d'internement sont trop longs, deux à trois semaines en moyenne. Il faudrait laisser au psychiatre de la maison d'arrêt une plus grande autonomie pour faire admettre un malade à l'hôpital psychiatrique surtout pour les médecins de la D.A.S.S. qui ne devraient pas avoir à subir un contrôle de la part du directeur.

Par ailleurs, tous les détenus malades dangereux doivent être systématiquement envoyés sur l'hôpital de sûreté de Cadillac. Or, actuellement, on les envoie tantôt à Cadillac tantôt à Libourne. Pourquoi envoie-t-on les malades n'importe où ?

Mlle MAMELET. — Cadillac est fait uniquement pour les pervers médico-légaux et pour les malades relevant d'un des départements ayant passé convention avec cet hôpital. Les autres types de malades doivent aller dans d'autres établissements.

UN MEDECIN. — Le problème est de savoir si on ne peut revenir sur la situation juridique des détenus hospitalisés condamnés qui sont devenus des malades mentaux graves nécessitant des soins intensifs. N'y aurait-il pas la possibilité d'avoir un article 64 du Code pénal pour ces personnes ?

Docteur PARIENTE. — Dès qu'un malade est hospitalisé et qu'il va mieux, il faut qu'il retourne à la prison.

Docteur TROISIÈRE. — On pourrait revenir aux problèmes posés par les hospitalisations de médecine générale ou de spécialiste, en demandant à des chefs d'établissements pénitentiaires d'indiquer les difficultés.

M. CHIROL (directeur de Saint-Martin-de-Ré). — Les malades de Saint-Martin-de-Ré sont hospitalisés à La Rochelle et l'évacuation se fait en cas d'urgence par hélicoptère. Le problème se pose pour les urgences survenues la nuit et, à cet égard, les détenus sont placés à la même enseigne que le reste de la population de l'île.

Il n'y a qu'une seule infirmière Croix-Rouge de soixante-trois ans, à plein temps, et une infirmière de la Croix-Rouge à mi-temps.

M. MONTEIL (directeur de Fleury-Mérogis). — Les problèmes se posent en cas d'urgence de jour et de nuit. Il serait sage d'organiser des rencontres entre les ministères de la Justice, de la Santé et de l'Intérieur de façon à ce que le surveillant qui découvre un blessé et ensuite le service médical, puissent diriger sans perte de temps le malade sur l'hôpital adéquat.

Un dispositif d'urgence, surveillants, escorte de police, garde à l'hôpital, devrait pouvoir être mis en place très rapidement et être en état d'alerte pour conduire et surveiller les malades à l'endroit prévu.

Un autre problème est celui des psychopathes dangereux. On finit par ne plus savoir où les mettre et c'est le personnel pénitentiaire qui reste le seul à en avoir la charge.

Docteur PETIT (médecin-chef de l'hôpital de Fresnes). — En principe, si l'hôpital était mieux équipé, s'il avait un service de réanimation, les détenus de Fleury-Mérogis pourraient y être admis rapidement. Seuls les intoxiqués devraient continuer à être admis dans un hôpital extérieur.

M. PAOLI (du ministère de l'Intérieur). — Il se félicite que les médecins se penchent sur les détenus malades. Le médecin a certes des rapports privilégiés avec les détenus malades mais il ne faut pas oublier qu'il s'agit de détenus.

La garde se fait sous la seule responsabilité de la police, par de simples gardiens de la paix qui ne sont pas formés à ces tâches et qui, en cas d'évasion, encourent des sanctions administratives et judiciaires.

Est-ce que les problèmes de garde par la police sont résolus pour autant à la salle Cusco ? Le personnel de police est-il qualifié pour garder des détenus malades ou cette tâche ne relève-t-elle pas plutôt de l'Administration pénitentiaire ?

70 fonctionnaires sont utilisés en permanence pour la garde des détenus à Marseille. Le coût de l'opération est très important.

Il faut essayer au maximum de réduire le temps de garde des détenus, et réduire le nombre de fonctionnaires.

La garde d'un détenu dans un hôpital doit être exceptionnelle et, à cet égard, le détenu malade devrait rester à l'hôpital strictement le temps nécessaire à sa guérison.

La police éprouve, en effet, de nombreuses difficultés à faire assurer la garde et à faire respecter dans un hôpital la réglementation

pénitentiaire qui continue à s'appliquer à un détenu(visites, colis, etc.). Ce qu'il faut, c'est faire en quelque sorte que les détenus malades sortent le moins possible de prisons.

Il faut également que l'on crée des chambres de sûreté ou des quartiers de sécurité dans les hôpitaux.

Il faut enfin une étroite collaboration entre médecins de l'hôpital public et de l'Administration pénitentiaire dans l'intérêt même du malade.

Docteur TROISIÈRE. — Il faudrait créer une commission de travail pour définir les normes applicables aux chambres de sûreté.

Docteur TOSTI (médecin-chef de la prison-hôpital des Baumettes). — L'expérience de la salle des consignés à l'hôtel-Dieu de Marseille est un échec. Il faut envisager une solution différente.

En fin de compte, le fait d'avoir une salle des consignés est une solution de facilité pour le médecin pénitentiaire. On sait que tout sera préparé pour l'accueil du détenu et on ne s'en préoccupera plus.

Dans aucun cas une salle des consignés ne peut traiter les cas d'urgence. Par ailleurs, le service médical en place, quasiment inexistant, et le fait pour le médecin pénitentiaire de ne plus s'occuper de la situation des malades, rendent la qualité des soins aléatoires.

Après quelques mois la salle des consignés de l'hôtel-Dieu est court-circuitée. L'hôpital de garde accueille maintenant les détenus pour leur donner des soins intensifs ; ces détenus sont conduits à l'hôpital par le médecin pénitentiaire ou l'interne de garde qui pourront ainsi établir des relations et conserver le contact avec les médecins ou internes des hôpitaux. Dès stabilisation de leur état les détenus réintègrent l'hôpital des Baumettes.

M. CUBAYNES. — Les services de police, notamment de sécurité publique, qui doivent garder les détenus malades sont chargés de régler au mieux les problèmes de sécurité qui peuvent se poser.

Par ailleurs, les services de police doivent assurer la conduite des détenus aux soins. On vise, pour les soumettre à cette obligation, un circulaire qui, concernant les détenus de catégorie A, continue à s'appliquer de nos jours.

La garde des détenus hospitalisés est extrêmement coûteuse.

En 1974, il y a eu 4 734 détenus hospitalisés, ce qui fait à peu près le sixième de la population pénale et cela paraît très élevé.

L A B O R A T O I R E

CHOAY

46, avenue Théophile Gautier - Paris 16^e

Une semaine de garde des détenus hospitalisés revient à 1 240 000 AF et une journée de garde à 178 000 AF.

A ce prix, il serait possible d'équiper les établissements pénitentiaires en matériel médical pour éviter au maximum les hospitalisations.

Il faudrait réduire au maximum les mesures de surveillance pour les détenus placés dans des salles en commun ou dans des services ouverts et consacrer les mesures de surveillance aux seuls détenus les plus dangereux.

Docteur TROISIÈRE. — Il faut savoir qu'il passe 100 000 détenus environ dans les établissements pénitentiaires chaque année et la proportion des détenus hospitalisés doit être rapportée à ce chiffre et non à celui des 28 000 qui est la population statique.

L'Administration pénitentiaire n'est pas d'accord sur un certain nombre de points, mais ce problème pourrait être traité par les membres d'une commission Justice-Intérieur-Santé qui devrait être réunie.

Docteur G. PETIT. — Il rappelle l'expérience de Clermont-Ferrand qui devrait être étendue et souligne que les détenus d'autres maisons d'arrêt pourraient être utilement envoyés à Clermont-Ferrand. Ce qui éviterait les problèmes soulevés.

Docteur TROISIÈRE. — Il ne faut pas négliger les problèmes que posent les prévenus. Les juges d'instruction ne souhaitent pas, en général, qu'ils soient éloignés du siège de la juridiction.

JOURNÉE DU 13 DÉCEMBRE

La séance est ouverte à 9 h 30, sous la présidence de Madame le docteur Troisier.

Mme LA PRESIDENTE. — Mes chers amis ! Je pense que nous allons maintenant, pendant une petite heure, continuer à évoquer un certain nombre de problèmes qui vous tiennent à cœur. Ensuite les deux rapporteurs pourront venir à la tribune lire leurs conclusions. Je pense que ce sera d'abord le docteur Forget qui était, avec le docteur Dutasta, rapporteur de « *Médecine et Justice* », ensuite le docteur Petit.

A la suite de ces conclusions nous discuterons les motions qui seront présentées.

Mademoiselle Decaudin, voulez-vous nous parler des problèmes de pharmacie de l'hôpital de Fresnes. Nous écoutont vos réflexions.

Mlle DECAUDIN. — Pharmacien, directeur du laboratoire d'analyses médicales des prisons de Fresnes, il m'a semblé utile d'apporter ma contribution à l'information de ce qu'est la pharmacie et le laboratoire d'analyses médicales en milieu pénitentiaire.

J'ai donc l'honneur de vous présenter ces deux aspects de mon activité, dans le cadre plus particulier des prisons de Fresnes. Voyons tout d'abord *le laboratoire d'analyses médicales*.

Le laboratoire que j'ai créé en 1952 et dont je suis le directeur depuis cette date est le seul que possède jusqu'à présent le ministère de la Justice.

C'est M. le docteur Masmonteil, alors médecin-chef des prisons de Fresnes, qui jugea nécessaire un laboratoire d'analyses médicales à cet établissement.

Ce laboratoire devait permettre d'exécuter sur place les examens jusqu'alors envoyés dans un laboratoire extérieur, solution peu pratique et trop onéreuse.

Nous avons donc débuté modestement avec l'aide d'une seule laborantine ; il est vrai que le nombre des examens demandés était

peu important (quelques urées, glycémies, cholestérols, quelques numérations globulaires et formules sanguines, un peu de bactériologie et de parasitologie). Progressivement le nombre des examens a augmenté, les techniques se sont diversifiées et compliquées, le matériel est devenu plus sophistiqué : du personnel supplémentaire a été nécessaire.

Actuellement sont effectués au laboratoire de l'hôpital des prisons de Fresnes les examens de biochimie, de bactériologie, d'hématologie et de parasitologie.

Le travail est accompli par l'équipe du laboratoire composée, outre du directeur, d'un pharmacien assistant de biologie, d'un interne en biologie et de quatre laborantines. Je précise que de plus nous assurons seules, tout le secrétariat qui est considérable.

Du point de vue matériel, le laboratoire est équipé d'une façon moderne ; nous disposons :

- d'un compte globules Coulter pour les numérations globulaires ;
- d'un nouveau photomètre de flamme qui permet d'effectuer rapidement les dosages de sodium, potassium ;
- d'un spectrophotomètre permettant la lecture dans le visible et dans l'ultra violet ;

appareils que nous avons pu obtenir grâce à Mme le docteur Troisier.

L'activité du laboratoire est en progression constante, je n'en veux pour preuve que le nombre des examens effectués depuis ces trois dernières années.

1973	.....	14 070 examens	qui représentent	312 803 B
1974	.....	16 740 examens	qui représentent	352 000 B
1975	.....	18 000 examens	qui représentent	400 000 B

(1975 étant calculé sur les onze premiers mois.)

Ce qui correspond, compte tenu de la valeur du B à un chiffre d'affaires de :

- 306 000 francs pour 1973 ;
- 370 000 francs pour 1974 ;
- 460 000 francs pour 1975 (46 millions d'anciens francs).

En 1975, l'accroissement de l'activité du laboratoire a été de 12 % par rapport à celle de l'an dernier, aussi, je pense qu'il est nécessaire de prévoir une augmentation de l'effectif du laboratoire.

LA PHARMACIE DES PRISONS DE FRESNES

La pharmacie des prisons de Fresnes fournit et assure la distribution dans les différents services : des médicaments, des objets de pansement, du petit matériel chirurgical, des films radiologiques, des produits dentaires.

Les différents services correspondent d'une part à un hôpital de 511 lits et à une population pénale de 2 000 détenus.

Près d'une cinquantaine de personnes : médecins, spécialistes, internes, dentistes, prescrivent des médicaments et formulent des préparations magistrales.

L'activité de la pharmacie des prisons de Fresnes n'a cessé de croître chaque année ; personne n'ignore la quantité de médicaments psychotropes actuellement prescrits et distribués.

- en 1975 plus de 200 000 comprimés de tranquillisants divers ,
 - en 1975 plus de 120 000 comprimés de neuroleptiques ;
 - en 1975 plus de 250 000 comprimés d'hypnotiques,
- ont été délivrés.

Indépendamment de cette énorme consommation il faut noter la progression dans les dosages et l'on ne peut s'empêcher de poser la question : jusqu'où ira l'escalade thérapeutique ?

Depuis 1974, une décision a été prise par Mme le docteur Troisier, médecin inspecteur général, à savoir :

- 1° l'approvisionnement et l'achat des médicaments uniquement à la pharmacie centrale des hôpitaux de Paris ;
- 2° la limitation de l'éventail des médicaments à la liste de l'Assistance publique.

Je dois dire que cette décision, que nous avons suivie intégralement, a eu pour effet, en 1974, de montrer un tassement des dépenses pharmaceutiques ; le montant des achats de médicaments en 1974 a pratiquement été le même que celui de l'année précédente, c'est-à-dire de 1973.

Montant du budget pharmaceutique :

- 1973 : 1 000 910 francs ;
- 1974 : 1 040 123 francs (100 millions d'A.F.).

Quant au budget de 1975 il sera, je pense, inférieur à celui de 1974. L'économie réalisée sera vraisemblablement de l'ordre de 10 %.

A titre indicatif je vous citerai quelques prix très significatifs :

- le coton hydrophile en paquet de 500 g :
 - prix hôpital 7,75 francs,
 - prix à la pharmacie 5,17 francs ;
- le suppositoire eucalyptol composé :
 - au laboratoire 0,26 franc,
 - à l'A.P. 0,12 franc ;
- le comprimé de seccobarbital :
 - au laboratoire 0,09 franc,
 - à l'A.P. 0,05 franc.

Cette décision a encore le mérite, du fait de la restriction de l'éventail des spécialités, de diminuer le nombre des médicaments périmés : le stock tournant plus vite.

En contrepartie, ce mode d'approvisionnement direct à la pharmacie centrale des hôpitaux présente quelques inconvénients pour le service lui-même, à savoir : accroissement sensible du travail pour le personnel de la pharmacie, surveillance constante du stock, renouvellement plus fréquent des commandes qui ne sont pas intégralement honorées du fait des ruptures fréquentes de stock au niveau de la pharmacie centrale des hôpitaux.

A la pharmacie des prisons de Fresnes, je suis aidée par deux préparateurs en pharmacie titulaires du brevet professionnel et par un surveillant chargé de la comptabilité.

Il y a un aspect de la pharmacie que je veux évoquer : celui de la manipulation des médicaments dans les divisions. A titre indicatif, je mentionnerai qu'actuellement près de 800 traitements comportant des substances vénéneuses, c'est-à-dire des produits appartenant au tableau A ou au tableau C, sont quotidiennement distribués, outre les 400 distributions journalières de médicaments courants.

Je vous laisse à penser le temps que nécessite une telle préparation qui, faute de personnel suffisant à la pharmacie, est faite dans les divisions par un aide-préparateur secondé par deux détenus (qui se retrouvent seuls pour la manipulation lorsque le préparateur est absent).

Cette situation est anormale ; aussi je pense qu'il est nécessaire de prévoir le recrutement de personnel qualifié supplémentaire, en l'occurrence des préparateurs en pharmacie.

A cette occasion, je crois utile de rappeler les articles L. 584 et L. 587 du Code de la santé publique concernant la pharmacie. Il serait donc urgent que l'Administration pénitentiaire recrute un certain nombre de préparateurs en pharmacie.

Docteur TROISIÈRE. — Je remercie Mlle Decaudin pour le travail considérable qu'elle fournit et je tiens à l'assurer de mon amitié et de mon admiration.

Je voudrais vous présenter Mme Ezratty, qui est au cabinet de Mme Veil, que je suis très heureuse d'accueillir parmi nous.

Mme EZRATTY. — Je ne voudrais pas que vos débats se prolongent mais je veux dire que ma présence montre tout l'intérêt que nous prenons à ces journées.

Je sais qu'hier il a été évoqué que les deux ministères travaillent depuis un certain nombre de mois dans le souci commun de parvenir à l'amélioration et au développement de la médecine pénitentiaire, chacun apportant ce qu'il peut : le ministère de la Justice ayant évidemment la responsabilité de l'ensemble des établissements, le ministère de la Santé apportant la collaboration technique nécessaire car la médecine, où qu'elle s'exerce, reste la médecine.

Nous portons une attention toute particulière au problème de la médecine pénitentiaire parce qu'elle s'exerce dans un cadre particulier, avec des impératifs pénitentiaires qu'il ne faut pas négliger et par lesquels elle est rendue parfois plus difficile, en tout cas plus complexe.

Si nous avons une parfaite communauté de vues sur les solutions à apporter ce n'est pas le fait du hasard : le docteur Troisième a beaucoup fait pour réaliser cette unité de vues ; je pense aussi que les interférences, disons de personnes, le travail en commun, ont favorisé l'amorce de solutions que nous sommes bien décidés à développer et je crois aussi que sur ce point nous sommes également d'accord.

On a dit le mot « décloisonnement ». Cela peut englober beaucoup de choses et je crois que c'est très bien ainsi car les uns et les autres nous avons le souci de nous montrer réalistes, de tenir compte de ce qui existe, des possibilités réelles de l'ensemble des contraintes ou, au contraire, des moyens qui sont donnés.

Vous m'avez posé, disons, presque un traquenard, en me demandant de parler du laboratoire de Fresnes.

D'abord, sur le plan technique, je ne suis ni médecin ni pharmacien, j'ai écouté ce qui a été dit ; nous avons des problèmes également au ministère de la Santé sur le plan des techniques des laboratoires d'analyses. J'ai comparé les normes et je crois, en tout cas dans le domaine des analyses que je connais, que ce laboratoire de Fresnes apparaît tout à fait bien équipé et dans les normes.

M. SOPENA (interne à Fleury-Mérogis). — Nous verrons des exemples : un détenu nord-africain est mort d'un arrêté d'expulsion. Il aurait pu mourir d'une infection virale, non il est mort pour avoir volé deux cents francs. Et lorsque je dis que les détenus meurent au mitard, ce sont des cas ponctuels.

Docteur TROISIÈRE. — Vous avez déjà évoqué ce problème en commission. Je suis désolée mais le problème de Fleury-Mérogis n'est pas à l'ordre du jour. Nous parlons du problème des laboratoires. Je voudrais que l'on parle essentiellement de cas ponctuels et ne pas faire la philosophie des prisons, nous l'aborderons une autre fois.

M. SOPENA. — Je parlerai donc du problème des consommations médicamenteuses. Madame la responsable de la pharmacie de Fresnes nous a dit qu'il y avait une inflation thérapeutique de psychotropes dans sa prison.

Je crois que c'est le cas dans toutes les prisons et nous devons nous interroger sur cette inflation...

D'où vient cette consommation et pourquoi prescrivons-nous à des gens qui ne sont pas directement malades tous ces médicaments ? Nous sommes coincés entre deux sollicitations qui vont dans le même sens :

- d'une part, le détenu qui, supportant mal sa détention, rêve de dormir ;
- d'autre part, l'administration qui, pour éviter d'avoir des incidents, lorsqu'un détenu excité est tendu, nerveux, suicidaire nous dit : « est-ce que vous ne pourriez pas faire quelque chose ? ».

On s'aperçoit que cette inflation médicamenteuse qui est effectivement une espèce d'alchimie, a remplacé la ceinture de contention. Elle est effectivement poussée par deux facteurs externes et les détenus qui, les uns comme les autres, poussent à son augmentation et nous, médecins, si nous pouvions, si nous en avons le temps, la disponibilité, nous pourrions remplacer par une écoute plus longue, par une approche psychologique — pour reprendre un terme à la

mode — ces prescriptions et tenter de trouver une solution à ce problème difficile.

Mais nous ne sommes pas toujours disponibles. Je dis qu'au plan thérapeutique nous ne prenons pas les moyens humains, les moyens de temps qui nous permettraient d'éviter cette énorme consommation de médicaments.

Je terminerai en disant que nous avons une responsabilité lorsqu'on connaît les conséquences à long terme que peuvent avoir les médicaments que nous prescrivons ; ce n'est pas une critique que je fais, c'est une constatation ; c'est une responsabilité que je partage. Nous sommes tous gros prescripteurs de psychotropes parce que c'est une solution facile, au lieu de nous interroger sur les raisons de cette situation et sur la façon dont nous pourrions tenter de l'améliorer. Personnellement je ne suis pas entièrement satisfait de la manière dont j'exerce la médecine.

Le problème est que nous sommes tous dans la même maison : le directeur, les détenus et le médecin passent parfois leurs nerfs sur les surveillants et, chacun dans cette prison passe ses nerfs sur quelqu'un... Effectivement nous sommes tous sur le même bateau et il faudrait essayer de faire évoluer favorablement les conditions et non pas se contenter de prescrire des médicaments sous la contrainte de la pression, d'un côté ou de l'autre... On doit convoquer une commission de l'application des peines.

M. DAESCHLER. — Je suis un peu étonné car j'étais venu ce matin en pensant que nous allions discuter les rapports d'hier, c'est-à-dire l'hospitalisation et les rapports entre la médecine et la justice. A-t-on modifié le programme ? La communication sur les laboratoires de Fresnes est très intéressante mais elle ne semble pas se placer tout à fait dans le programme.

Docteur TROISIÈRE. — C'est ce que j'ai dit à M. Sopena. La communication de Mlle Decaudin était en fonction de l'autre partie de l'assistance (les commissions de travail n'ayant pas encore fini). Nous allons maintenant parler des rapports.

M. MARY (interne à Fresnes). — J'aurais voulu demander au docteur Troisième, et ça concerne Fresnes, les Baumettes et Liancourt, de nous préciser les modalités de la réforme qu'elle se propose d'appliquer et son sentiment dans l'orientation de la médecine hospitalière.

Docteur TROISIÈRE. — M. Megret en a parlé hier. Nous avons créé une commission de travail et nous avons commencé à évoquer un certain

nombre de solutions. On vous a dit qu'en principe les médecins des maisons d'arrêt, des centrales, seraient rattachés à la fonction publique, ils auraient le statut d'attachés et pour les hôpitaux pénitentiaires, qu'il s'agisse des Baumettes ou de Fresnes, nous aurons vraisemblablement des statuts semblables aux hôpitaux de deuxième catégorie, des médecins à temps partiel, des chefs de service qui seraient chirurgiens, gastro-entérologues, ansthésistes-réanimateurs, stomatologistes et un certain nombre d'assistants de toutes les spécialités : dermatologie, urologie, orthopédie...

Il y aura des internes semblables à ceux des hôpitaux de deuxième catégorie avec vraisemblablement un concours d'entrée à vocation pénitentiaire. Vous aurez la possibilité de faire sous forme de C.E.S. la formation de médecin pénitentiaire. Je mets au point les conditions d'obtention du diplôme.

Il y aura des solutions de transition car il ne peut être envisagé de mettre à la porte tous les médecins qui pratiquent depuis longtemps et qui n'ont pas obligatoirement le certificat de médecine pénitentiaire.

Nous avons commencé cette mise au point et je pense que d'ici peu de temps l'administration pourra vous donner ces statuts d'une façon définitive. Nous avons pris le problème en main et je crois que vous serez bientôt à même de savoir exactement comment cela va se préciser, toujours avec des mesures de transition aussi bien pour les médecins que pour les spécialistes.

Docteur DURAND DE BOUSINGEN. — Je tiens tout d'abord à remercier le docteur Troisier.

Nous nous posons un problème important et intéressant pour nous tous, médecins pénitentiaires, à savoir la consommation médicale.

C'est un problème difficile ; nous en avons déjà parlé au congrès de Strasbourg. Je souhaite qu'à la prochaine réunion on puisse en débattre longuement. Cela nous intéresse tous : à quoi sert le médicament dans les prisons, que colmate-t-il, que permet-il ? C'est certainement cette réflexion que nous nous faisons, nous médecins pénitentiaires qui passons notre temps à nous laisser « piéger » par le médicament.

Docteur TROISIER. — Ce sont les questions d'actualité et je crois qu'en effet il est important d'évoquer ce que nous souhaiterions discuter dans deux ans au prochain congrès. Ce problème de la consommation des médicaments est très important et il faut en discuter, aussi bien entre chefs de service qu'avec les internes.

Passons maintenant au rapport sur « *Médecine et Justice* ».

Docteur DOVONOU. — Il ne s'agit pas d'un rapport exhaustif. J'ai repris l'ensemble des discussions qui ont été faites hier au sein de la deuxième commission.

Relations justice et médecins : le débat était ouvert sur les conditions de travail à l'intérieur des prisons, notamment à Fleury-Mérogis. Il nous semblait que ce problème était particulier, mais n'étant pas directement le thème de la commission, il a été renvoyé aux communications libres de cet après-midi.

Selon les propos de notre vice-président, l'appareil judiciaire fait peur ; il est nécessaire d'en connaître la structure, de se faire connaître et d'établir des relations personnelles avec les magistrats, de se tourner vers l'information et de paraître aux réunions de l'application des peines, tout au moins dans les maisons d'arrêt.

Cette participation est souvent difficile en raison des problèmes matériels et d'une méconnaissance des impératifs de chacun. Les difficultés matérielles doivent être réglées localement ; l'important est de définir la mission du médecin au sein de cette commission.

Deux orientations se sont dégagées :

- pour les uns, le médecin ne doit intervenir au sein de la commission de l'application des peines que pour les problèmes médicaux relevant de sa compétence ;
- pour les autres, on doit siéger à part entière dans cette commission sans se limiter à la pratique médicale.

Après discussion il apparaît que la mission du médecin doit dépasser sa spécificité mais le temps et les moyens dont il dispose ont leurs limites.

Nombreux sont encore les médecins qui, dans leurs rapports avec la justice, ignorent les textes et la réglementation. Aussi un vœu a été exprimé : celui de remettre à chaque médecin de définir sa mission et sa place dans la commission.

Un magistrat s'étonne de l'incompréhension qui semble se maintenir entre magistrats et médecins. Cette situation semble propre à Paris où cela s'explique peut-être par le nombre des interlocuteurs et la dimension des établissements.

Une des choses importantes qu'il ne faut pas oublier c'est les relations entre médecins et personnel pénitentiaire. En réalité, pour le médecin, la justice comprend non seulement les magistrats mais

l'Administration pénitentiaire et tous ceux qui collaborent au traitement du détenu.

Le médecin apparaît, à l'intérieur de la prison, comme un témoin privilégié. Il doit se faire entendre par l'administration et par la justice et l'un d'entre nous a dit que nous serions coupables si nous nous taisions. Mais le tout n'est pas de s'exprimer, encore faut-il que nous soyons écoutés.

Un de nos confrères suisses présent ne comprend pas la difficulté rencontrée par ses confrères français. Il indique qu'eux sont parfaitement intégrés et participent aux réunions du personnel pénitentiaire.

Une qualité meilleure de nos relations avec la justice doit se faire par une concertation dans le cadre des structures existant actuellement.

Un problème nous a paru particulièrement important : c'est celui du médecin pénitentiaire face au médecin expert, médecin à part entière mais désigné et lié à l'appareil judiciaire auquel il doit rendre compte. De ce fait le médecin expert nous est apparu comme un écran entre le médecin pénitentiaire et la justice en milieu carcéral. L'unanimité s'est faite pour dénoncer l'expertise pratiquée sans aucune liaison avec le médecin qui, pourtant, suit le détenu et le connaît bien.

Souvent l'expertise est ressentie comme un contrôle, voire une suspicion, à l'égard du médecin pénitentiaire.

Contrairement à ce qui a été dit par certains, il est précisé que rien n'empêche le médecin pénitentiaire de prendre contact avec le médecin expert, et cette rencontre paraît même indispensable.

Mais par contre, la simple communication du dossier médical doit être exclue.

En conclusion, le médecin pénitentiaire, conformément au serment d'Hippocrate, et plus en prison qu'ailleurs, est le médecin du total dévouement. Il doit être écouté de la justice. Il doit rester avant tout médecin de l'homme entier.

Docteur TROISIÈRE. — Une discussion très courte peut s'engager pour préparer une motion avant le deuxième rapport. Chaque orateur aura une ou deux minutes car il faut préparer la motion avant la séance plénière. Madame le ministre va arriver avec le Préfet, il faut que nous soyons prêts pour parler de nos motions finales.

M. MARY. — Je n'ai pas assisté à la commission n° 2 d'hier. Pourquoi a-t-on décidé que la communication du dossier devait être

exclue ? Il me semble que le dossier représente un argument de choix. Je me place dans l'optique du détenu ; il est bien évident que l'expertise, comme les choix que nous sommes amenés à prendre, sont pris dans l'intérêt du détenu. Alors pourquoi ne pas communiquer le dossier médical au médecin expert ?

Docteur DOVONOU. — C'est le problème du secret professionnel posé par certains médecins et je dois dire que nous avons constaté, dans la majorité des cas, que le médecin expert n'a aucune relation avec le médecin traitant et bien souvent il fait son travail dans un temps trop limité pour des conclusions importantes en ce qui concerne la vie du détenu.

M. MARY. — La question du secret médical ne joue pas de médecin à médecin.

Docteur TROISIER. — Le secret médical est la base de tout. Il ne faut jamais communiquer un dossier médical. Je suis médecin légiste, je puis vous certifier que jamais nous ne devons communiquer un dossier au médecin expert. Nous devons lui parler mais pas lui donner le dossier. Il y a des jurisprudences sur ce sujet capital.

Docteur HIVERT. — Je crois qu'il faut rappeler la fonction de l'expert, comment il se situe par rapport au médecin traitant et au secret professionnel.

La fonction du médecin expert est une fonction très différente du médecin traitant et il ne doit pas y avoir communication d'informations uniquement entre médecin traitant et médecin expert. La communication n'existe qu'entre médecins concourant au traitement d'un malade mais absolument pas avec un médecin expert investi d'une mission conférée par la magistrature. Il est certain que c'est une position de principe et nous avons le sentiment que nous, médecins pénitentiaires, avons quand même quelque chose à apporter aux médecins experts.

Il n'est pas question de communiquer ce qui pourrait porter préjudice au détenu : rien du dossier médical ne doit être communiqué à l'expert. Ce devrait être la règle.

Mais c'est peut-être dans ce sens là que nous pourrions trouver une solution et créer une dynamique ; il serait souhaitable qu'il y ait des contacts entre médecins experts et médecins traitants, à charge pour eux de communiquer ce qu'ils pensent pouvoir communiquer aux médecins experts. Ils doivent pouvoir dire ce qu'ils estiment utile au niveau de la relation thérapeutique.

C'est dans ce sens là qu'on peut faire un travail utile. Il n'y a pas de règle très stricte, c'est une modalité, une espèce de jurisprudence qui peut, peut-être un jour, amener à faire évoluer cette notion de secret professionnel dans laquelle il ne faut pas non plus s'enfermer d'une façon trop rigide, comme nous avons tendance à le faire.

Nous avons quelque chose à apporter ; c'est à nous de savoir traduire, de savoir ce qu'on peut dire ou ne pas dire, et de concourir toujours — ce qui est notre rôle essentiel — à l'intérêt du malade.

Docteur TROISIÈRE. — Mon ami Hivert a résolu parfaitement le principe et c'est toujours comme cela que ça se passe. Nous n'avons pas, en principe, à communiquer les dossiers ; si nous avons connaissance de choses importantes, dans l'intérêt du malade, nous les communiquons oralement.

Docteur BERGER (de Poissy). — J'ai été très étonné tout à l'heure d'entendre que tous les établissements de la région parisienne avaient été mis en cause. Je suis en activité à la centrale de Poissy et je n'ai jamais eu de problème avec l'administration ou la direction. Je ne pense pas que le psychiatre, le docteur Laurans, en ait eu.

Docteur GONIN (de Lyon). — Je voudrais revenir sur le problème de l'expertise et souligner un aspect particulier ; quand il s'agit de décider de la compatibilité ou de l'incompatibilité de la détention, ce n'est pas au juge d'instruction de décider si la santé du détenu est précaire et de s'interroger sur la poursuite de la prévention et ce n'est pas à un médecin expert de décider seul, sans les éléments que nous possédons, d'arrêter la détention ou au contraire de la faire poursuivre.

Il me semble que le médecin traitant, puisqu'il concourt à aider le malade, doit aider l'expert en apportant tout ce qui a valeur médicale. Il me semble que là, l'expertise ne peut se défaire d'une fonction thérapeutique.

Je ne vois pas comment un médecin, même expert, pourrait travailler et se détacher d'une fonction thérapeutique essentielle.

Je pense qu'il est intéressant d'introduire un peu de cette dimension dans le débat.

Le médecin expert, au niveau du secret professionnel, est tenu lui aussi à un certain secret. Nous en avons débattu à Lyon avec les magistrats. S'il découvre un élément dans sa relation avec l'expertisé, il est tenu au secret ; il n'a pas à donner tous les éléments mais seulement ceux nécessaires. Il n'a pas à tout dire et je suis entièrement d'accord avec ce que vous venez de dire.

On peut avoir des contacts assez larges avec l'expert, et cela pour deux raisons :

- 1° même si notre parole est un peu imprudente, l'expert est tenu à un certain secret ;
- 2° il y a la fonction thérapeutique de l'expertise qui doit être mise en valeur. Je pense en particulier au problème de l'incompatibilité ou de la compatibilité de la détention.

Cela me paraît fondamental.

Docteur TROISIER. — Je pense tout de même que la mission de l'expert n'est pas une mission thérapeutique.

Docteur GONIN. — Si. Dans le troisième alinéa de la mission il nous est toujours demandé si une action d'amendement est possible en fonction de divers traitements ou programmes thérapeutiques. Cela rétablit la fonction de l'expert au service de l'homme ; c'est une fonction thérapeutique un peu plus large que la prescription médicale.

Docteur TROISIER. — Je peux vous dire qu'au cours de missions on demande si une thérapeutique peut améliorer un détenu, mais c'est davantage dans la fonction de l'expertise que de la thérapeutique.

Docteur GONIN. — Moi je peux vous dire qu'on m'a demandé : que fait-on actuellement pour le sujet ? Quelle est l'attitude des médecins face à lui ? Il y a là une préoccupation médicale donc thérapeutique.

Docteur TROISIER. — C'est peut-être une position lyonnaise.

Docteur HIVERT. — Il y a une notion à laquelle je tiens beaucoup, où le partage entre médecin expert et médecin traitant paraît théoriquement infranchissable ; en fait, quand on parle de la mission qui est confiée, je pense qu'on fait surtout référence à l'expertise psychiatrique.

Docteur GONIN. — Oui, mais l'incompatibilité c'est une expertise exclusivement médicale.

Docteur HIVERT. — Il convient de préciser que l'expertise joue un rôle thérapeutique, qu'on le veuille ou non car le magistrat demande un certain nombre d'indications, d'orientations dans le traitement, de mesures à prendre ; c'est donc déjà un certain engagement thérapeutique.

Il y a, surtout dans le cadre de la psychiatrie, toute une série de situations affectives chez l'intéressé, de choses qui sont de

l'ordre de la relation thérapeutique et, qu'on le veuille ou non, il se passera quelque chose pendant le temps plus ou moins long que durera l'expertise. Il se passera quelque chose qui aura une résonnance thérapeutique et, dans ce sens, il y a des experts qui réussissent leur travail et d'autres qui sont de mauvais experts, qui ont raté leur relation.

Quand on entend dire que l'expertise n'a duré que cinq minutes, c'est le temps vécu par l'intéressé et, par rapport au temps réel, c'est là que l'expertise est ratée.

Docteur TROISIER. — En tant que chirurgien je n'ai jamais de mission de ce genre, ma mission n'est jamais thérapeutique.

Docteur HIVERT. — Il est parfois demandé si l'intervention est nécessaire ou pas, et cela joue un rôle sur le consultant en ayant une influence sur le devenir du malade.

Docteur TROISIER. — Nous allons demander au docteur Ledoux de dire quelques mots.

Docteur LEDOUX (de Poitiers). — Je ne sais pas si cela est réalisable. Ne pourrait-on pas, sur le problème de l'incompatibilité de l'état de santé et de la détention, si le juge d'instruction demande une expertise, confier celle-ci à un médecin qui, s'il n'est pas médecin de l'Administration pénitentiaire, ait au moins le certificat d'études médicales pénitentiaires ? Cela éviterait quelques frictions avec de jeunes confrères, absolument pas au courant des problèmes pénitentiaires et qui traitent ceux-là comme n'importe quel problème de régime général.

Docteur TROISIER. — Je suis tout à fait d'accord avec vous.

Intervention d'un médecin congressiste. — Il y a un point, dans la commission justice-médecine, dont je veux parler, c'est le fait que les rapports entre la médecine et la justice s'organisent le plus souvent dans l'optique de la sortie prochaine de l'individu et qu'à ce titre il faudrait s'occuper des prises en compte postpénales et que les médecins puissent avoir la possibilité de continuer, dans le cadre des dispensaires, à assurer la prise en charge. De cette manière il n'y aurait pas de décroissement. De même, l'éducation en milieu fermé puis l'éducation en milieu libre permettraient de préparer cette sortie.

Il y a un deuxième point dont nous avons parlé : l'éducation de la fonction qu'il faudrait donner aux médecins pénitentiaires sur les problèmes juridiques ou même les tribunaux.

Il y a également une méconnaissance totale des magistrats sur les problèmes médicaux. Je peux citer un président de chambre qui avait dit, en parlant d'un détenu opérable : « Pouvez-vous le faire en milieu pénitentiaire ? ». Ce qui prouve une certaine méconnaissance.

Il semble qu'il y aurait quelque chose à faire du côté des magistrats.

HOSPITALISATIONS EN MILIEU PSYCHIATRIQUE OUVERT

Docteur LAURANS (Poissy). — Les problèmes posés par les hospitalisations en milieu extérieur ont fait l'objet de discussions entre tous les participants qui se sont attachés à souligner les difficultés et à essayer de dégager des éléments de solution. Les débats se sont orientés dans deux directions :

- les hospitalisations psychiatriques extérieures ;
- les hospitalisations extérieures également, en médecine générale et en spécialités.

En ce qui concerne les hospitalisations psychiatriques en milieu extérieur, il faut parler d'une espèce de spécificité de la psychiatrie et d'un certain malaise, et également de la psychiatrie en milieu pénitentiaire.

Ce malaise, en psychiatrie plus qu'ailleurs, est dû à l'absence de lésions authentifiables car si le psychotique ne pose pas de problème parce qu'il est inconscient de sa pathologie, le porteur de névroses, lui, n'est pas reconnu car il est conscient de sa pathologie.

Tout se joue à ce niveau : la psychiatrie a un rôle à jouer seulement si nous sommes tous conscients qu'il peut y avoir maladie au sens de souffrance, sans support organique de type lésionnel authentifiable.

Cette psychiatrie ne peut être opérationnelle que si le corps médical pénitentiaire lui reconnaît cette particularité, ce qui ne semble pas être toujours le cas.

Très vite, la commission a été amenée à réexaminer l'ensemble des problèmes que pose le traitement des détenus atteints de troubles psychiques et nécessitant une prise en charge psychiatrique.

En tenant compte des accords réalisés entre l'Administration pénitentiaire et le ministère de la Santé, concernant la mise en place de consultations d'hygiène mentale dans chaque maison d'arrêt et

l'implantation de centres médico-psychologiques régionaux dans lesquels on s'est assuré le concours médical des services de la D.A.S.S., le dépistage des détenus devrait permettre de déceler plus rapidement les troubles psychiques dont certains d'entre eux pourraient être atteints. Les centres médico-psychologiques pourraient assurer le traitement dans nombre de cas. Cette prise en charge plus rapide devrait éviter une détérioration de l'état mental de ces détenus et, par là même, éviter autant que faire se peut, une hospitalisation psychiatrique en milieu extérieur.

Il est cependant apparu aux participants que, quelles que soient les structures de soins dont pourrait se doter l'Administration pénitentiaire, il sera toujours indispensable d'hospitaliser en milieu spécialisé le grand malade psychotique qui ne peut être traité en milieu carcéral, même dans un centre médico-psychologique ou dans un établissement spécialisé tel que Château-Thierry ou Haguenau qui sont des hospices libres où il n'y a pas d'obligation de soins.

Le docteur Hermann a rappelé que, légalement, on n'a pas le droit d'appliquer de force un traitement psychiatrique à Château-Thierry ou à Haguenau car ce ne sont pas des services régis par la loi de 1938.

Par suite de la libéralisation et avec la possibilité de pratiquer une psychiatrie plus ouverte dans les hôpitaux psychiatriques, par suite également de la mise en œuvre des méthodes nouvelles de traitement, il est devenu de plus en plus difficile, pour le psychiatre pénitentiaire ou par ceux chargés d'une consultation d'hygiène mentale, d'obtenir un placement d'office en application de la loi de 1938, reprise par le Code de la santé publique.

Actuellement, une vingtaine de départements disent qu'il n'est plus possible de placer un détenu en hôpital psychiatrique du fait de l'opposition, très souvent, de certains chefs de service.

Par ailleurs, là où il existe encore des possibilités, c'est-à-dire souvent dans les départements qui ont passé convention avec les services psychiatriques, les délais d'admission sont trop longs, environ trois semaines et le psychiatre est obligé de mettre en œuvre, dans de mauvaises conditions, une thérapeutique d'attente, préjudiciable finalement au malade.

Le problème peut se poser encore avec plus d'acuité dans les cas d'urgence, par exemple, à la suite d'une crise ou d'une tentative de suicide.

Le docteur Folter, en Suède, a cité l'expérience de son pays, puisque les congressistes semblaient à la recherche d'une solution face à la politique des hôpitaux psychiatriques. Depuis 1959, la politique

des hôpitaux psychiatriques a conduit son pays à créer aujourd'hui trois hôpitaux psychiatriques de cure dans lesquels sont traités 3 500 malades dangereux, qu'ils soient ou non psychotiques.

Les participants estiment que cette évolution est contraire à l'intérêt même de ces malades qui sont, en quelque sorte, devenus des exclus bien que ce ne soit pas définitif. Sensibilisés par cette expérience étrangère, conscients également des dangers que comporte l'institution psychiatrique pénitentiaire, ils souhaitent que puisse être maintenu et amélioré le système d'admission actuel.

Interruption du rapport, présenté par le docteur Laurans, par l'arrivée de Mme Hélène Dorlac et de M. Doustin, préfet de région.

Docteur LAURANS. — Donc les participants souhaitent que puisse être maintenu et amélioré le système d'admission en milieu spécialisé, sans vouloir cependant négliger le développement de structures de soins pénitentiaires.

Afin d'améliorer le système d'admission en milieu spécialisé, il serait souhaitable que les médecins, notamment ceux des D.A.S.S., ne soient plus soumis à un contrôle rigoureux des directeurs de l'Action sanitaire et sociale et puissent faire diriger, dans les plus brefs délais, les malades dans les services spécialisés.

Je dois rappeler qu'un confrère nous avait dit que le contrôle qui avait été exercé par le directeur de la D.A.S.S., à propos d'un de ses malades, avait occasionné, par les délais entraînés par ce contrôle, le suicide du malade.

Par ailleurs, il est souhaitable que soient développés les centres médico-psychologiques au sein des établissements pénitentiaires spécialisés, dans la mesure où il a été constaté que la présence d'une équipe structurée permettait naturellement d'assurer une meilleure qualité de soins, mais également de régler de nombreuses difficultés administratives.

Il a été également indiqué qu'il faudrait que les équipes de C.M.P. se trouvent en étroite collaboration avec les autres services médicaux et les services de l'Administration pénitentiaire pour essayer d'éviter le cloisonnement au sein de la prison.

La notion d'équipe médicale pluridisciplinaire a été envisagée et il serait souhaitable que cette notion soit intégrée dans les dispositions réglementaires qui régiront ces centres.

Enfin, d'une manière générale, les médecins pénitentiaires souhaitent pouvoir s'ouvrir sur l'extérieur et entretenir avec les médecins hospitaliers les liens indispensables à l'accomplissement de leur mission.

Il faut dire un mot également du problème des malades mentaux chroniques, après leur condamnation, car il est très préoccupant et la loi ne prévoit une hospitalisation en milieu spécialisé que pour un détenu dont la maladie risque de se poursuivre au-delà de la peine.

La Chancellerie devrait étudier de nouvelles dispositions légales pour régler le sort de ces sujets qui ne devraient plus être détenus à partir du moment où le diagnostic de psychose chronique a été porté.

La commission a poursuivi ensuite l'étude du problème des hospitalisations extérieures en médecine générale et en spécialité ; quelle que soit la qualité des soins assurés au détenu à l'intérieur des établissements pénitentiaires et malgré l'existence d'établissements spécialisés, il est vraiment nécessaire de transférer sur les hôpitaux extérieurs les détenus dont l'état de santé nécessite des soins qui ne peuvent être donnés dans des conditions satisfaisantes en prison ou qui, en raison de l'urgence, ne peuvent être transférés sur un établissement pénitentiaire équipé pour les recevoir.

Or, ces hospitalisations en milieu extérieur soulèvent de nombreuses difficultés qui tiennent de la méconnaissance, par les médecins hospitaliers, des problèmes pénitentiaires, à la nécessité de faire assurer la garde de ces détenus par les services de police et aux délais d'admission dans le service spécialisé qui accepte de prendre en charge un détenu.

Pour faire face à ces difficultés, les participants souhaitent que soient développés les équipements médicaux, les infirmeries d'établissement, ce qui est le premier degré en quelque sorte, et que soient renforcées les structures des établissements spécialisés tels que l'hôpital de Fresnes ou des Baumettes. Parallèlement, il serait nécessaire que le temps de présence médicale soit accru et que l'équipe médicale soit renforcée, notamment par un personnel infirmier à temps complet qui devrait bénéficier de conditions identiques à celles des hôpitaux publics.

A cet égard, les problèmes de l'Administration pénitentiaire concernant le statut des médecins pénitentiaires, le renforcement des équipes médicales dans les hôpitaux, la revalorisation et la rémunération du personnel infirmier ainsi que la rénovation des infirmeries d'établissements, qui sont actuellement à l'étude, devraient permettre une amélioration très sensible.

Il reste néanmoins que l'Administration pénitentiaire n'a pas les moyens de se doter de tous ces équipements, de ces structures de soins hospitaliers et il convient d'admettre qu'en raison des progrès de la médecine et des spécialités accrues de certains services médicaux, les hospitalisations dans de tels services seront toujours nécessaires pour les cas les plus rares et les plus difficiles.

Les participants se sont encore attachés, dans un souci très louable, à concilier les nombreux intérêts divergents, à voir quelles seraient les conditions les plus favorables pour une hospitalisation en milieu extérieur. C'est ainsi qu'ont été étudiés les mérites et les inconvénients des « services-sécurité » réservés aux détenus dans les hôpitaux.

Ont été évoqués les cas de la salle des consignés de l'hôtel-Dieu de Marseille, de la section pénitentiaire de l'hôpital de l'Antiquaille à Lyon, de la salle Pélagie à l'hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand. Et, suivant les villes, ces salles sont diversement appréciées par les médecins qui en ont la charge. Certaines sont très satisfaisantes, d'autres non.

L'Administration pénitentiaire, avec la Préfecture de police et l'Assistance publique de Paris envisage, à titre expérimental et pour une durée de six mois, le réaménagement de la salle Cusco qui, jusqu'à présent, était réservée aux malades et aux blessés placés en garde à vue, et pourrait donc devenir une salle pour les détenus condamnés éventuellement, et elle serait utilisée pour les services de médecine, de chirurgie et de certaines spécialités. Cela pour l'Hôtel-Dieu de Paris.

Pour le groupe hospitalier de la Salpêtrière, ce serait la salle Quentin qui, jusqu'à présent, était une salle d'isolement de cas généraux. Elle serait utilisée pour la neurochirurgie, la chirurgie urinaire et éventuellement la chirurgie cardio-vasculaire pour lesquelles il existe des services spécialisés dans le C.H.U. en question.

Cependant, en cas d'urgence vitale nécessitant des soins immédiats et spécialisés, la possibilité d'envoyer directement le malade sur le service idoine persiste.

Afin de résoudre les problèmes de garde à vue lourds et onéreux soulevés par les représentants du ministère de l'Intérieur, la possibilité d'une convention, d'une mission interministérielle Justice-Santé-Intérieur a été vivement souhaitée.

Voilà ce que j'avais à vous dire sur le rapport de cette commission.
(Applaudissements.)

Docteur TROISIÈRE. — Je vais ouvrir un court débat, comme nous l'avons fait pour le rapport précédent.

Docteur BANNEL. — Je voudrais attirer votre attention sur deux choses :

— d'une part, j'avais insisté sur le système déficient des liaisons entre les différents services médicaux, entre les différents établissements pénitentiaires et je crois qu'il serait bon de prévoir un système de liaison beaucoup plus souple qui permette au dossier médical de suivre le détenu dans tous ses déplacements non pas avec deux ou trois mois de retard mais au fur et à mesure qu'on le demande.

C'est une question à étudier. Je ne sais pas comment on peut la résoudre mais il y a actuellement une question de liaison entre les différents services médicaux.

— d'autre part, c'est qu'il est également souhaitable, on l'a dit à l'instant au point de vue des rapports santé et justice, d'étudier un service d'assistance médicale postpénale, au moins sur le plan psychiatrique, car il est anormal de remettre en liberté, sans aucun support et sans aucune surveillance, un malade qui vient de subir plusieurs mois ou années d'un traitement psychiatrique ou psychothérapeutique en milieu pénitentiaire ou en milieu psychiatrique. Il faudrait prévoir, pour ces malades, une assistance postpénale, des contrôles par les services postpénaux ou les agents de probation.

Voilà les deux choses que j'ajouterai aux travaux de la commission.

Docteur TROISIÈRE. — Je vous remercie.

Le commissaire divisionnaire Cubaynes va peut-être venir nous parler des problèmes qu'il a résumés dans une motion qui nous intéressera beaucoup.

M. CUBAYNES. — Les représentants du ministère de l'Intérieur, en particulier de la Direction générale de la police nationale que vous avez eu l'obligeance de convier à vos travaux, désireraient, à l'heure des motions, vous faire part de leur sentiment et de leur opinion sur les points qui les concernent.

Le texte que je vais vous proposer n'est pas une motion, car nous estimons que nous n'avons pas à en proposer, mais nous pensons que l'occasion doit être saisie par nous de préciser notre sentiment. Nous vous demandons simplement de bien vouloir en prendre acte dans la forme qui vous paraîtra convenable. Voilà le texte que nous avons rédigé.

Les représentants du ministère de l'Intérieur souhaitent :

- a) la poursuite des efforts pour l'équipement de locaux hospitaliers, aménagés conformément à la réglementation pour la garde des détenus, à défaut d'installations suffisantes dans les établissements pénitentiaires ;
- b) la réduction la plus grande possible des hospitalisations en milieu externe de détenus malades, car la garde est trop onéreuse et place les fonctionnaires dans l'obligation d'assumer des tâches auxquelles ils ne sont pas préparés et qui sont, en outre, de nature à engager leur responsabilité administrative et pénale ;
- c) l'étude des possibilités d'allègement des servitudes de garde en faveur des détenus ;
- d) les soussignés souhaitent que l'ensemble de ces problèmes fasse l'objet de concertations régulières entre les médecins de l'Administration pénitentiaire et les administrations concernées. (*Applaudissements.*)

Docteur TROISIER. — Je ne peux que vous remercier. C'est également le vœu que nous formulons et je vous promets que je mettrai tout mon dynamisme à ce que ces réunions interministérielles se fassent rapidement et que nous arrivions à avoir quelque chose de très positif.

M. CUBAYNES. — Je n'en doute pas et je vous en remercie.

Docteur PAYOT (Versailles). — A propos des centres de sécurité, je pense que, pour qu'ils soient efficaces, il faudrait dans les services, une autorité de milieu pénitentiaire. Dans ces centres où seront des détenus, les chefs de service sont occupés à de multiples tâches tandis que, s'il y avait, avec l'accord du chef de service, un attaché de l'Administration pénitentiaire qui soit responsable, sous couvert du chef de service de ce centre de sécurité, je pense que les détenus seraient mieux soignés et les centres seraient ainsi plus efficaces.

D'autre part, je pense que pour ces centres de sécurité, l'Administration pénitentiaire pourrait demander aux différents hôpitaux et à l'Assistance publique leur participation à la vie du service.

Docteur TROISIER. — C'est un point intéressant qu'il faut insérer dans les statuts des médecins pénitentiaires. Il faudrait que nos médecins soient agréés pour aller dans l'hôpital civil voisin, qu'il s'agisse de la province ou de Paris. Il faudrait que les rapports entre médecins civils et pénitentiaires s'améliorent.

Nous avons évoqué avec le docteur Tosti, pour Marseille, les rapports hôpital-prison, mais c'est un peu partout la même chose ; c'est

très important. Il faut arriver à obtenir des conditions harmonieuses de travail et un accueil aimable. C'est ce que je souhaite. Mais nous sommes reçus souvent comme des « chiens dans un jeu de quilles », que ce soit par les médecins, par la police et même par les préfets. Nous ne sommes pas toujours bien vus, mais c'est notre rôle.

L'Administration pénitentiaire a décidé de développer les hospitalisations sur place de façon à ce que nos malades soient mieux soignés et dans de meilleures conditions.

UN MEDECIN. — Je me rends toujours à l'hôpital voir, une ou deux fois pendant son séjour, le détenu, ce qui a pour but de lui rappeler que le médecin existe, qu'il est là. C'est un apport psychologique considérable et j'ai remarqué que ces détenus, quand ils reviennent en prison, sont considérablement améliorés sur le plan des rapports entre eux et moi.

Docteur TROISIÈRE. — Je vous remercie. Beaucoup de nos confrères vont en effet rendre visite à leurs malades hospitalisés, ne perdant pas l'occasion de montrer à quel point ils s'intéressent à leur mission.

M. SOPENA. — Je trouve que du point de vue du ministère de l'Intérieur, il est important de faire la part entre le prévenu et le condamné.

Le prévenu est présumé innocent. L'attitude vis-à-vis de sa santé doit être la même que s'il était à l'extérieur. Je crois que c'est l'un des problèmes de la garde des détenus qui finalement est peu différente, qu'ils soient ou non condamnés.

Cette notion de différence de risque est fondamentale ; je pense que si on considérait comme une évasion de prison celle de l'hôpital, on aurait peut-être pas besoin de surveillance attentive pour des détenus qui prendraient six mois alors qu'ils n'encourent que trois mois.

Docteur TROISIÈRE. — Cette notion est en effet importante ; elle nous permettrait d'hospitaliser des malades à l'extérieur avec prise en charge de la Sécurité sociale. Nous pourrions donner aux prévenus et aux petits condamnés le même type de soins que s'ils étaient encore en liberté.

M. PAOLI. — Je voudrais dire qu'à l'occasion d'une enquête relative à l'évasion d'un détenu, à Marseille, on avait demandé la responsabilité médicale de la salle des consignés. Je ne sais pas comment on pourrait la confier au médecin de l'Administration pénitentiaire ; cela

existe pour l'hôpital Salvador où ça ne pose aucun problème : le docteur Tosti en est chargé. Si la même chose intervenait pour les autres salles de sûreté, ce serait parfait.

Docteur TROISIÈRE. — C'était ce qui pouvait arriver de mieux à cette salle de Salvador où le docteur Tosti a fait quelque chose de remarquable : les détenus incarcérés sont pris en charge dans un hôpital et ce n'est pas une prison. Ils sont naturellement gardés, mais la police est discrète et c'est dans le fond ce que nous souhaiterions : c'est que les détenus malades n'aient pas l'impression qu'ils sont en prison. A la salle Cusco, à Paris, nous aurons des garanties pour la sécurité, pour notre confort professionnel et pour les détenus en même temps.

C'est ce que nous avons l'intention de développer. Il faut avoir des chambres réservées à nos détenus dans les hôpitaux civils et le moins de policiers possible pour les garder.

M. Michel GONSITO (de la D.A.S.S.). — J'ai été très intéressé par la notion de centres médico-psychologiques régionaux et je voudrais avoir plus de renseignements. On a dit que ces centres allaient être confiés à l'administration des D.A.S.S. et je voudrais savoir quelles sont les équipes qui devront les animer : spécialistes, psychologues émanant des hôpitaux ou issus de la médecine pénitentiaire ? Quelle va être l'articulation avec la psychiatrie de secteur ?

Je ferai une remarque quant à l'assistance postpénale des malades mentaux et rappellerai qu'il s'agit de secteurs et, dans la mesure où le malade a un diagnostic officiel — ce qui n'est pas toujours le cas — il est évident qu'on peut quelquefois faire quelque chose, mais quand le malade dépend d'un secteur et que l'hôpital psychiatrique est situé dans un autre secteur, on ne peut guère intervenir.

Docteur TROISIÈRE. — Il sera facile à Mme Ezratty de répondre à cette question, étant donné qu'elle a surtout travaillé, avec Mme Veil, à ces problèmes de santé psychiatrique.

Mme EZRATTY. — Nous avons travaillé en commun avec l'Administration pénitentiaire et c'est d'ailleurs pour cela que je suis là. Il est bien certain que ces centres médico-psychologiques vont avoir un personnel médical inséré dans la psychiatrie de secteur. C'est bien par ce moyen là que nous pourrions fournir l'équipe médicale.

C'est l'équipe médicale pluridisciplinaire complète, y compris le personnel infirmier éventuel. Mais il est non moins certain que puisque ces centres se tiendront à l'intérieur du milieu carcéral qui est sous

la responsabilité de l'Administration pénitentiaire, il y aura, je ne peux parler de cogestion, mais chacun aura sa propre responsabilité. Notre but est justement qu'à travers règlements et organisation, des liaisons puissent se faire de façon harmonieuse et complète.

Bien sûr, disons que le personnel médical ne sera pas coupé de l'équipe de secteur ; c'est le moyen de résoudre le problème de l'assistance postpénale évoqué tout à l'heure par un autre intervenant. Je crois que justement cela permettra une meilleure suite dans la mesure où les médecins et l'équipe médicale seront partie prenante du secteur.

Mais l'Administration pénitentiaire conservera la responsabilité des problèmes de sécurité et de ce qu'on peut appeler en général l'hébergement.

Docteur TROISIÈRE. — Je vous remercie, Mme Ezratty, mais je pense que vous serez très bientôt à même de pouvoir vous rendre compte des réalisations, en particulier dans cette région, que vous avez promises.

Nous avons en effet, M. Goujon que je salue ici, qui est l'ancien directeur régional de Bordeaux maintenant à Toulouse, et moi-même pensé que nous pourrions mettre en place un centre médico-psychologique régional à la maison d'arrêt de Poitiers.

Nous, Administration pénitentiaire, prendrions en charge les locaux, le gardiennage, la nourriture et aussi la pharmacie. Les D.A.S.S. prendraient le reste. Elles auraient la responsabilité de la bonne marche de ces centres médico-psychologiques régionaux en prenant en charge les soins, à la fois médicaux, infirmiers, psychologiques et thérapeutiques.

C'est naturellement une question de budget, on ne peut pas le faire d'une façon massive. Il existe déjà quelques centres régionaux. Nous avons fait une planification pour la création de nouveaux C.M.P.R. avec le concours du ministère de la Santé. Dans quelques années, toute la France sera prise en charge. Ces médecins du secteur psychiatrique ne seront plus du tout rétribués par l'Administration pénitentiaire.

M. MARY (Fresnes). — Je suis surpris que nous n'ayons pas du tout parlé du problème de la femme, car c'est un problème qui me touche particulièrement, qui est ma spécialité.

Ne serait-il pas possible d'envisager, pendant leur incarcération, non seulement une prise en charge, mais aussi une information en ce qui concerne la contraception. Je m'étais proposé il y a trois ans pour cette information, mais il n'y a pas eu de suite.

Docteur TROISIÈRE. — Travaillant à Fresnes, vous auriez dû demander au docteur Torre, le gynécologue responsable, de mettre sur pied des centres d'information.

A Fleury-Mérogis, comme à la Roquette depuis au moins dix ans, est appliquée la contraception. Presque toutes les femmes sont sous pilule et on pose des stérilets couramment. Il y a aussi un centre de planning à Rennes et la contraception est bien appliquée.

J'ai demandé, dans presque toutes les maisons d'arrêt de province où il y a des femmes, que des cours de contraception soient faits et que des stérilets puissent être posés. La pilule est donnée un ou deux mois avant la sortie afin que la femme s'habitue.

Il faudrait que vous en parliez au docteur Torre. Parlez aux femmes hospitalisées.

Quant à moi, à Fleury-Mérogis, je fais faire pour toutes les femmes le test de Papanicolaou. Avec le docteur Petitjean, qui est ici, et le docteur Courrèges, mon successeur en tant que gynécologue traitant, nous posons 3 à 4 stérilets par mois.

Je peux dire qu'il y a dix ans que je pratique la contraception en prison.

Docteur DURAND DE BOUSINGEN (Haguenau). — On nous accuse, en cette année de la femme, de ne pas en parler. Reconnaissons qu'au moins ici on les voit et on les entend. (*Applaudissements.*)

Docteur TROISIÈRE. — N'y a-t-il plus d'intervention ? Je propose une suspension de quelques minutes en attendant que les motions soient terminées.

Mme le docteur Robert, qui est le médecin-chef de l'hôpital psychiatrique de Cadillac, femme particulièrement éminente, n'a pu venir. Son assistant, le docteur Benezech, va nous lire leur rapport commun.

Je vous demande, Monsieur Benezech, d'être notre interprète auprès d'elle pour la remercier du travail qu'elle a accompli.

Docteur BENEZECH. — Ce sera très bref. Je vais vous donner lecture du rapport sur le centre de sûreté de Cadillac qui fait partie du ministère de la Santé et non pas du ministère de la Justice :

« *Réflexions sur l'internement des détenus dans le service de sûreté Boissonnet du centre hospitalier spécialisé de Cadillac.* »

Ouvert en 1963, Boissonnet, l'un des quatre grands services de sûreté français sous tutelle du ministère de la Santé, a pour fonction

de recevoir, en placement d'office, les malades mentaux difficiles des 21 départements qui ont à cet effet passé une convention spéciale. Ce service, d'une capacité de 198 lits d'hospitalisation, dessert donc une vaste portion de territoire et regroupe des malades dits de « catégorie 3 » appartenant à l'ensemble de la nosologie psychiatrique. La circulaire n° 109 du 5 juin 1950 classe les « malades difficiles » en trois catégories :

Catégorie I. — Les malades agités qui, en raison de leurs réactions destructrices, constituent un élément perturbateur constant dans les services où ils se trouvent placés.

Catégorie II. — Les déséquilibrés, antisociaux, médico-légaux ou non, qui présentent des troubles du comportement les rendant très difficiles à supporter par les autres malades, sans exiger essentiellement des mesures de haute surveillance.

Catégorie III. — Les grands déséquilibrés antisociaux, généralement médico-légaux, qui ont des troubles du comportement plus graves, avec possibilité de réactions criminelles, préméditées et complotées.

En fait, les services de sûreté reçoivent des patients appartenant aux trois catégories. La définition du terme « catégorie 3 » est somme toute assez vague, bien que ses limites soient précisées aussi rigoureusement que possible dans le règlement intérieur particulier du service spécial des malades difficiles : « délinquants ou criminels reconnus irresponsables après expertise médico-légale, ayant à ce titre bénéficié d'une ordonnance de non-lieu, mais dont la nocivité exceptionnelle appréciée par l'expert aura été estimée telle qu'elle exige le placement dans un service de malades difficiles ». En effet, la subjectivité des médecins qui proposent des transferts joue un rôle incontestable dans l'acception du terme « catégorie 3 » et dans l'appréciation de la dangerosité des malades à admettre en service de sûreté.

Rappelons que les entrées à Boissonnet se font par transfert des hôpitaux psychiatriques pour des malades adultes de sexe masculin qui ne peuvent être maintenus en service ordinaire pour raison de sécurité. Dans 15 à 25 % des cas, elles se font aussi par transfert à partir d'établissements pénitentiaires quand un non-lieu psychiatrique est venu clore l'action de la justice ou lorsque le délinquant présente des troubles mentaux en cours de détention.

Ainsi donc, la place de ce service est très particulière, puisque les traitements qui y sont institués s'adressent en partie à des délinquants primaires ou récidivistes.

Les commentaires qui suivent ne concernent que les détenus malades mentaux. L'enquête statistique établie à ce sujet sera trouvée en annexe.

1. — Parmi eux, les plus nombreux sont les personnes qui ont fait l'objet d'un non-lieu après expertise mentale. Une copie de cette expertise nous est communiquée sans être accompagnée du moindre rapport sur les anomalies du comportement qui ont amené les magistrats à la provoquer. Or ces sujets conditionnés par la détention nous renvoient à chacune de nos questions sur leur passé pénal au dossier d'instruction que nous ne connaissons pas. De plus, ils estiment n'avoir à parler qu'en présence d'un défenseur... Le temps perdu pour les déconditionner de l'appareil judiciaire et pénitentiaire et à lever leurs réticences, apporte du retard à la mise en train d'un traitement.

Il serait extrêmement important d'avoir la relation objective des faits motivant l'inculpation car, ces faits connus, nous pourrions éviter l'interrogatoire d'allure policière dont nous ne pouvons nous passer actuellement ; cette connaissance réelle des faits nous permettrait de savoir comment ils ont été mémorisés, comment le malade se situe dans la réalité et quelle est son attitude par rapport à l'événement grave qui est venu s'inscrire dans son existence et en rompre le cours.

Plus tard, après l'expertise, le détenu est reconnu malade mental et adressé à l'hôpital psychiatrique. On pourrait croire que le transfert en hôpital psychiatrique ordinaire ou en hôpital psychiatrique de sûreté dépend uniquement de la dangerosité du sujet ou de la gravité du délit de l'inculpation ; il n'en est pas toujours ainsi et nous voyons des meurtriers dans les services ordinaires et de petits voleurs inoffensifs en psychiatrie de sûreté. Alors ?

Pour 20 % des sujets qui bénéficieront d'un non-lieu, l'admission au service de sûreté se justifie par des troubles du comportement en prison : troubles caractériels graves, violences, dépression sévère. C'est au malade lui-même qu'est laissé le soin de nous dire, quand il le veut bien, si son comportement a pu justifier son transfert en service spécial des malades difficiles. Nous estimons que toute demande d'admission devrait être accompagnée à l'entrée d'un rapport donnant les grandes lignes de ses difficultés d'adaptation au milieu carcéral.

Peut-on dire aussi un mot de l'expertise mentale à la suite de laquelle le non-lieu est attribué ? Il semble bien qu'elle révèle la tendance actuelle à « psychiatriser » toutes les inadaptations sociales, à rendre irresponsables de petits déséquilibrés dont les troubles de la personnalité favorisent les difficultés d'insertion mais qui sont lucides et conscients du caractère délictuel de leurs actes ; d'ailleurs selon les experts, ils vont tantôt en prison, tantôt à l'hôpital psychiatrique au cours d'une existence émaillée de délits.

L'inculpé ayant bénéficié d'un non-lieu psychiatrique est donc reconnu malade et il ne sera plus tenu compte de la gravité de ses

délits. Son avenir est celui d'un malade mental c'est-à-dire qu'en cas de guérison ou d'amélioration, il va sortir de l'hôpital et sera suivi en consultation de postcure après un retour plus ou moins désiré dans son département d'origine. Il a encore la possibilité, avec l'accord de la préfecture, de demeurer en Gironde et de rester sous le contrôle de l'équipe du service de sûreté qui n'est pas pour l'instant assez étoffée pour faire du secteur. Or, à la sortie, quel qu'en soit le mode, ce malade mental conserve un passé pénal. S'il y a ultérieurement rechute, celle-ci pourra être inaugurée par de nouveaux délits. Jusqu'à ce jour rien n'a été fait en vue de la prévention de ces délits pathologiques assez souvent stéréotypés. Il semble que la seule surveillance psychiatrique soit insuffisante et que pour plus de garantie certains de ces malades, dont les grands déséquilibrés antisociaux si nombreux, devraient bénéficier de l'aide aux anciens délinquants. En effet délinquance et déséquilibre mental nous paraissent deux manifestations d'une même maladie se nommant inadaptation.

2. — Examinons maintenant le cas des condamnés. Ils nous sont confiés, soit pour guérir des troubles mentaux aigus, soit pour une psychose chronique ayant débuté pendant la détention. Si leur peine finit avant la guérison, ils obtiendront leur levée d'écrou en milieu hospitalier où leur séjour se poursuivra. Là encore, la carence en informations sur les motifs qui justifient la demande du transfert à Boissonnet est alors quasiment totale puisqu'elles se réduisent à un certificat médical laconique mentionnant tout au plus l'existence de troubles psychiques incompatibles avec le maintien en milieu carcéral. Quels sont ces troubles et depuis quand ont-ils commencé ? L'adaptation à la vie carcérale était-elle antérieurement suffisante pour qu'un retour en détention ne provoque pas inévitablement une rechute ? Le manque de coordination entre les différents milieux considérés se fait d'ailleurs sentir de façon aussi néfaste après le retour du condamné en prison ; la poursuite d'un traitement d'entretien est le plus souvent nécessaire et devrait être obligatoirement confiée à un psychiatre.

3. — Quant aux prévenus, qui sont en nombre très limité dans le service puisque théoriquement notre règlement intérieur nous interdit de les recevoir, ils nous posent des problèmes encore plus considérables que les deux autres catégories de malades. Policiers, psychiatres, juges, sont vus avec la même hostilité, la même méfiance et seul l'avocat avec ses lettres confidentielles trouve grâce aux yeux de l'interné. Le sujet se croit autorisé au silence devant ces « policiers en blouse blanche » porteurs de clés comme les surveillants de prison et aussi curieux que des juges d'instruction. Dans de telles conditions d'incompréhension et de rapports faussés à la base, la relation thérapeutique ne peut pas s'établir. C'est pourquoi nous demandons que ces sujets ne soient pas traités chez nous, mais dans des annexes psychiatriques des prisons type Château-Thierry.

Voici donc Boissonnet, petit appendice aux prisons et aux hôpitaux psychiatriques. Toujours sollicité en urgence pour y admettre des sujets difficiles, on se préoccupe trop peu de ses besoins en raison de l'opinion communément admise sur l'incurabilité de ses malades. Dernier maillon de la longue chaîne de la contention sociale, notre service de sûreté, voulant garder une dimension humaine, essaie malgré tout d'échapper à cette pathologie de la communication si fréquemment rencontrée en milieu carcéral.

ANNEXE

Enquête statistique sur les admissions des détenus au service de sûreté Boissonnet.

Depuis 1967, 82 détenus ont été hospitalisés en placement d'office à Boissonnet. Sur ces 82 entrants, 51 ont obtenu des non-lieux psychiatriques pour état de démence dans le sens de l'article 64 du Code pénal au moment des faits antisociaux. Parmi eux 42, soit 82 %, nous ont été adressés directement à la demande des experts ; 9 (18 %) ont été admis suite à divers troubles comportementaux alors qu'ils attendaient leur transfert dans un hôpital psychiatrique ordinaire. Les autres détenus se répartissent en 7 prévenus et 24 condamnés. Pour les prévenus, 2 ont été admis en observation, les experts ne pouvant se prononcer sur la réalité des troubles psychiques et 5 pour réactions dépressives ou opposition (grève de la faim, revendication) au milieu carcéral. En ce qui concerne les condamnés, presque tous viennent de maisons centrales où ils purgeaient des moyennes et longues peines. Leur admission est motivée dans 58 % des cas par une agitation psychomotrice avec agressivité, dans 25 % des cas par un état dépressif et une conduite suicidaire et dans 17 % des cas par une grève de la faim. 4 condamnés présentaient une psychose carcérale à type de syndrome confuso-onirique ou de bouffée délirante aiguë alors que 7 manifestaient un état aigu réactionnel à symptomatologie névrotique.

Pour rester dans le domaine de la pathologie mentale, mentionnons que l'ensemble de ces malades se caractérise par sa richesse en personnalités psychopathiques (déséquilibrés psychiques, pervers). Cette entité nosographique représente de 28 à 49 % des diagnostics portés selon la catégorie de détenus envisagée. Viennent ensuite les psychoses chroniques et plus spécialement les états délirants schizo-phréniques et paranoïaques. Notons aussi que plus de 70 % des 82 médico-légaux sont des récidives ; pour les hospitalisations antérieures en milieu psychiatrique, ce sont les prévenus qui ont le score le plus faible (29 %).

Voici, très brièvement résumée, notre enquête dont les principaux résultats figurent sur le tableau suivant :

**RESULTATS D'UNE ENQUETE CONCERNANT LES ADMISSIONS
DES DETENUS A BOISSONNET DEPUIS 1967**

(Les pourcentages sont arrondis à l'unité la plus proche)

	Non-lieux		Prévenus		Condamnés	
Nombre	51		7		24	
Age moyen à l'admission	31		34		35	
Faits réprimés :	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Délits contre les biens	25	49	4	57	13	54
Violences physiques ..	9	18	1	14	5	20
Meurtres	8	16	2	29	4	17
Incendies volontaires ..	5	10	—	—	—	—
Attentats aux mœurs ..	2	4	—	—	2	8
Délits mineurs, vagabondage	1	2	—	—	—	—
Causes de l'admission :						
Mise en observation ..	—	—	2	29	—	—
Démence lors des faits	42	82	—	—	—	—
Troubles du comportement :						
- agitation, agressivité	4	8	—	—	14	58
- autisme	1	2	—	—	—	—
- dépression, suicide ..	3	2	2	29	6	25
- grève de la faim, revendications	1	6	3	43	4	17
Diagnostic psychiatrique :						
Personnalités psychopathiques	25	49	2	29	7	29
Etats aigus réactionnels à symptomatologie névrotique	4	8	1	14	1	4
Alcoolisme, toxicomanie	2	4	—	—	4	17
Psychoses carcérales ..	11	22	2	29	2	8
Débiles mentaux	8	16	—	—	1	4
Simulation	1	2	1	14	2	8
Hospitalisations antérieures	33	64	2	29	10	41
Condamnations antérieures	39	76	6	85	18	75

Voilà très rapidement ce qu'on voulait vous dire. Souvenez-vous que les services de sûreté ne comprennent, théoriquement, pas de prévenus. Nous avons voulu, à une époque, élargir notre recrutement et nous charger de tous les problèmes mentaux aigus survenant en prison, mais notre procédure d'admission est très lourde ; nous n'avons que des placement d'office. Il faut qu'ils soient classés catégorie III ; il faut donc un arrêté préfectoral de placement d'office. Nous sommes censés les admettre au vue du casier judiciaire n° 2 ; il nous faut un certificat médical ; il y a des formalités pas très pratiques : elles durent au minimum une semaine. Notre règlement est trop strict pour que nous puissions répondre à des troubles mentaux aigus survenant en prison. Nous recevons parfois les malades après que la crise soit passée...

Souvenez-vous encore que peut-être les services de sûreté ne sont pas, si je puis dire, des poubelles, car au début nous recevions tous les déchets de la société des condamnés ayant plus ou moins des troubles mentaux, genre immatures, égocentriques, etc.

Et puis, que nous traitons 30 départements français au point de vue psychiatrique.

S'il y avait quelques questions pertinentes, je serais enchanté d'y répondre ayant été très superficiel puisque vous avez un compte-rendu écrit.

Docteur TROISIER. — Nous pourrions peut-être ouvrir un débat sur le rapport du docteur Benezech ?

Docteur DUTASTA. — Comment peut-on faire pour modifier le règlement intérieur ?

Docteur BENEZECH. — C'est le règlement interministériel ; nous avons demandé des modifications. Ce service a été créé en 1963 et en 1975 son règlement prévoit — la psychiatrie a beaucoup évolué entre temps — que tous les infirmiers doivent avoir des sifflets et ne pas parler aux malades, ce qui est évidemment un peu arbitraire !

Evidemment nous ne le respectons pas, du moins dans les détails. Mais nous sommes obligés de le respecter en ce qui concerne les formalités d'admission ou de sortie. C'est encore plus difficile d'en sortir que d'y entrer ! Il faut passer devant une commission de trois psychiatres dont le président est désigné par le ministère ; ces trois psychiatres n'étant pas les médecins du service. Cette commission est seule habilitée pour donner un avis favorable ou défavorable pour la sortie.

Donc la vie du service est rythmée par nos commissions médicales des sorties. Evidemment ces formalités sont extrêmement lourdes et,

suivant les médecins qui font partie de la commission et dont le libéralisme peut varier, il est plus ou moins facile de sortir... C'est un peu paradoxal, on a connu des commissions qui faisaient sortir tout le monde, on en a connu qui ne laissaient sortir personne.

C'est très difficile. Nous avons donc demandé la modification de notre règlement. Nous l'avons refait et l'avons soumis à l'approbation de l'autorité de tutelle. La D.A.S.S. l'a simplement transmis au ministère de la Santé et nous serions contents si cette instance pouvait accélérer la signature de ce règlement élargi mais qui reste quand même suffisamment strict pour respecter la « conscience publique » et la peur qu'ont les gens des malades mentaux difficiles.

Mme EZRATTY. — Dès mon retour au ministère de la Santé, je vais me préoccuper de ce problème de règlement intérieur.

Le ministère ne doit pas être un instrument pour retarder une évolution, au contraire et nous l'avons montré en ce qui concerne le problème des centres médico-psychologiques. C'est la même chose quand il s'agit de rénover des services indispensables. Par conséquent, je vais m'employer à ce que les choses aillent le plus vite possible.

Docteur BENEZECH. — Nous vous en remercions pour eux.

Docteur TROISIÈRE. — Nous passons maintenant aux motions.

HOSPITALISATIONS EN MILIEU OUVERT :

En ce qui concerne les hospitalisations en milieu extérieur, pour la médecine, la chirurgie et les spécialistes, les participants souhaitent :

- 1° que les établissements pénitentiaires existants, depuis les infirmeries jusqu'aux établissements hospitaliers, soient dotés de moyens accrus en personnel, en particulier infirmiers et matériels ;
- 2° que des chambres de sûreté soient aménagées dans les centres hospitaliers dont dépendent les établissements pénitentiaires, service assuré par un médecin possédant un diplôme de médecine pénitentiaire ;
- 3° qu'une concertation entre les ministères de la Justice, de la Santé et de l'Intérieur soit organisée pour résoudre les problèmes de garde dans les établissements hospitaliers.

Motion adoptée à l'unanimité.

MEDECINE ET JUSTICE :

Le rôle du médecin tel qu'il est actuellement défini par l'article D. 374 du Code de procédure pénale lui donne, au-delà d'un rôle technique, une mission générale de contrôle et d'intervention dans le cadre général du traitement pénitentiaire.

Cette mission spécifique du médecin pénitentiaire renforcée en 1972 par sa participation aux commissions d'application des peines apparaît encore insuffisant, notamment en ce qui concerne les prévenus. Il est souhaité que s'instaurent des relations directes entre les médecins, les juges d'instruction et les magistrats du parquet et qu'une information réciproque soit donnée aux uns et aux autres.

Les médecins pénitentiaires souhaitent également être associés aux missions des experts dont les interventions ponctuelles ignorent trop souvent l'observation du médecin de l'établissement.

Médecin de l'homme total, les médecins pénitentiaires souhaitent aussi intervenir, à la demande des détenus, pour préparer sa sortie en relation avec ceux qui, à l'extérieur, le prendront en charge.

Motion adoptée à l'unanimité moins une voix.

Docteur TROISIÈRE. — Pouvez-vous expliquer votre abstention ?

Docteur LAZARUS. — Je m'abstiens parce que j'estime que cette motion ne fait pas apparaître — je l'ai d'ailleurs fait remarquer en commission — le rôle exact du médecin et je considère que c'est inquiétant.

LES HOSPITALISATIONS EN MILIEU PSYCHIATRIQUE :

Constat est fait que l'hôpital psychiatrique devient de plus en plus inadéquat à recevoir le délinquant malade mental surtout lorsqu'il s'agit de « psychopathes » qui remettent en question les structures de l'institution.

Constatant en fait que ce type de personnalité se trouve plus souvent en prison qu'à l'hôpital psychiatrique, les participants demandent :

- que l'équipement médico-psychologique au sein des établissements pénitentiaires soit développé par :
- l'implantation de consultations d'hygiène mentale de la D.A.S.S. dans tous les établissements pénitentiaires, en soulignant le rôle préventif qui leur est dévolu, surtout en maison d'arrêt ;

- la réalisation rapide de centres médico-psychologiques régionaux en prison avec le concours du ministère de la Santé et des D.A.S.S.

Ces centres devront fonctionner en liaison étroite avec le service médical de la prison, avec les équipes pénitentiaires et avec les institutions du milieu ouvert, en particulier avec le secteur psychiatrique.

Enfin, les équipes psychiatriques de ces centres devraient pouvoir prolonger leur action thérapeutique en milieu ouvert postpénal, au sein de structures originales, qui devraient prendre en charge ceux des malades qui sont rejetés par les institutions soignantes actuelles.

Malgré l'intensification de l'équipement clinique en milieu carcéral, les participants sont conscients qu'il subsistera inévitablement une frange de malades psychotiques qui relèvent de l'institution psychiatrique.

Enfin, ils invitent la Chancellerie à étudier de nouvelles dispositions légales qui permettraient de modifier le statut du psychotique chronique condamné mais reconnu après le jugement.

Motion adoptée à l'unanimité moins une voix.

Docteur TROISIER. — Pouvez-vous à votre tour expliquer votre abstention ?

Docteur DURAND DE BOUSINGEN. — A mon avis est posé le problème de la prise en charge des centres médico-psychologiques dans les prisons par les directions départementales de l'Action sanitaire et sociale.

Je voudrais simplement faire une remarque à ce propos : en théorie, on fera appel à l'intervention du psychiatre de secteur. C'est très bien, mais quand on parle politique de secteur sur la circulaire de 1960 en France, il faut parler non pas de ces secteurs privilégiés que sont certains arrondissements de Paris, mais du secteur en France. Or, chacun sait que les secteurs n'existent que sur le papier..., c'est-à-dire sur la circulaire de 1960.

Mais les charges du secteur psychiatrique sont telles, vu la mise en hommes et en matériel, qu'évidemment sur le plan théorique ça soulage le budget du ministère de la Justice. Il faut bien dire qu'actuellement la politique de secteurs est considérée en France comme un essai et comme une impossibilité financière de les mettre en place.

Personnellement j'ai peur que cette prise en charge, qui est sur le papier très satisfaisante n'aboutisse pas parce que les psychiatres

de secteur appréciés, les « chefs d'équipes » sont les premiers à se plaindre de tout ce qu'on veut leur faire faire.

On peut ajouter le problème pénitentiaire mais je crains que ça dépasse manifestement les possibilités de crédits que l'on a pu jusqu'à présent donner également à la politique du secteur.

Voilà la raison de mon abstention.

Docteur HIVERT. — Le souhait que je fais c'est la création de centres médico-psychologiques. Nous savons que dès maintenant le ministère de la Santé nous apportera l'appui, l'aide souhaitable. C'est maintenant une réalisation prochaine.

Pour les consultations d'hygiène mentale j'ai dit « avec le concours de la D.A.S.S. », je n'ai pas dit « dans le cadre du secteur ».

Ce qui serait souhaitable, à mon avis, c'est que ces consultations qui sont déjà réalisées, soient prises en charge par la D.A.S.S. sans être tout à fait dans le secteur.

Je crois savoir que le ministère de la Santé est d'accord et a souhaité le développement, au niveau des textes de base, de la participation des médecins au sein des établissements pénitentiaires.

Je connais la pauvreté, les difficultés de la mise en place du secteur. Je n'ai pas dit qu'il va trouver dans un premier temps la satisfaction de tous ses besoins. Il y a, d'une part, la bonne volonté des gens que cela intéresse et, d'autre part, cette sécurité d'être pris en charge par la D.A.S.S.

Mme EZRATTY. — Je n'ai pas grand chose à ajouter à ce que vient de dire le docteur Hivert, sinon que le docteur Durand de Bousingen a évoqué deux problèmes :

- l'un, le problème général du secteur, mais ce n'était pas le sujet ici. Je dirai simplement que la pénurie qui est réelle, notamment en hommes, est en passe, avec les nouvelles propositions de postes de psychiatre, de se résoudre plus rapidement que dans les vingt précédentes années... Nous espérons le faire en cinq ou six ans, le temps que les jeunes générations viennent dans ces secteurs ;
- sur le deuxième point, je ne peux que confirmer ce qu'a dit le docteur Hivert.

En commençant j'ai dit : « nous avons des intentions communes » et nous devons nous apporter toutes les aides nécessaires pour réaliser ces intentions de façon concrète. Il est certain qu'il faut tenir

compte de ce qui existe. Si le secteur actuellement ne peut suffire à la tâche surtout dans ce cas particulier qui nécessite une préparation spéciale du psychiatre, une équipe bien informée... là aussi nous nous servons des moyens qui existent et ce qu'a dit le docteur Hivert est exact, les gens s'y intéressent, il y en a plus qu'on le croit parce que c'est aussi pour le psychiatre, et pour le médecin tout court, une médecine qui s'inscrit dans une autre vue de l'homme, de l'homme placé dans une situation particulièrement difficile où les problèmes se posent de façon aiguë.

Là aussi nous pouvons être modérément optimiste et c'est pour cette raison que j'ai dit, en répondant sur la création de ces centres régionaux, qu'il ne s'agit pas pour l'instant d'installer ces centres partout. Nous ne voulons pas les créer uniquement sur le papier. Nous allons les créer là où nous trouverons à la fois des locaux corrects et une équipe médicale qui soit réellement sûre de prendre le problème en charge.

Peut-être certains trouveront-ils que c'est modeste, que ça va lentement, mais je crois tout de même que c'est la bonne méthode. Ce sont les réalisations qui comptent au moins autant que les grands principes.

Docteur TROISIÈRE. — Ce que vient de dire Mme Ezratty je l'ai constaté dans mon tour de France des prisons où il n'y avait pas de psychiatre. Je me suis adressée au préfet, parfois d'une façon assez sévère, pour qu'on essaie de nous détacher à ces postes de secteur des psychiatres qui pourraient résoudre ces problèmes d'hygiène mentale aussi bien en maison d'arrêt que dans les centrales.

C'est en train de se faire progressivement ; il y a eu beaucoup de problèmes mais j'ai bien écoutée et mes interventions auprès des préfets ont donné des résultats positifs.

Pour terminer sur une note, non pas enthousiasme mais optimiste, je dirai que, grâce au travail, par la lutte et le combat, on arrive quand même à des solutions.

Pour clore cette matinée de travail je vais donner la parole à Mme Hélène Dorlac, secrétaire d'Etat à la Condition pénitentiaire.

Mme DORLAC. — Je tiens à vous féliciter, au terme de vos débats, pour la qualité, le sérieux et la haute tenue de ce congrès. A aucun moment, et j'en suis fière pour vous, les revendications personnelles n'ont pris le pas sur l'intérêt général.

Ce désintéressement, cette bonne volonté dont vous avez fait preuve tout au long de la journée d'hier et de celle d'aujourd'hui ont,

croyez-le, profondément impressionné les observateurs et notamment les représentants de l'Administration pénitentiaire qui ont, je vous l'assure, reçu votre message.

Ce message, il nous appartient d'en faire bon usage. J'ai pris bonne note en particulier de certaines idées qui m'ont paru les plus intéressantes émises au cours de ce congrès.

Tous les médecins se sont montrés favorables à l'ouverture de la médecine pénitentiaire en raison notamment de la difficulté de certaines thérapeutiques.

Mais beaucoup d'entre vous ont néanmoins mis l'accent sur la nécessité, la spécificité de la médecine pénitentiaire.

Mon attention également a été retenue par le désir unanime des intervenants d'être mieux informés dans le cadre de la réforme pénitentiaire, de leurs droits et de leurs devoirs dans leurs rapports avec la justice et l'administration.

Je peux vous assurer que le nécessaire sera fait pour que vous soyez tenu systématiquement au courant de tous les textes réglementaires et des circulaires touchant à l'exercice de votre profession.

Quant à notre rôle au sein des commissions d'application des peines, je crois pour ma part, à l'instar de la majorité d'entre vous, qu'il est primordial dans l'individualisation des peines.

Un autre avantage à votre participation régulière à ces commissions, sera de vous permettre de rencontrer, sur un plan d'égalité, des représentants de la justice et de l'administration.

Je crois enfin qu'il a été très intéressant de savoir la position des représentants du ministère de l'Intérieur à propos des hospitalisations extérieures que l'on ne peut éviter et il est certain qu'une concertation régulière doit s'établir — je le confirme — au niveau des ministères intéressés.

En ce qui concerne les centres médico-psychologiques régionaux, il faut également que cette liaison soit développée au maximum.

Je crois également que l'idée de l'assistance postpénale est très importante et nous allons essayer de la concrétiser par la préparation médicale de la sortie du détenu.

Tout en promettant de porter la plus grande attention aux vœux que vous avez formulés, permettez au médecin que je suis de vous dire que je suis fier de l'image que vous avez su donner de notre profession et de la haute idée que vous avez de votre mission.

L'un d'entre vous n'a-t-il pas dit : « Nous sommes des témoins ; les détenus ont besoin de soins comme d'autres malades ; le médecin pénitentiaire est là pour aider à réinsérer le détenu dans son intégrité ».

Je tiens, en cloturant vos travaux, à vous remercier tous de votre participation active, à remercier tout particulièrement Solange Troisier, mon confrère, Mme Ezratty qui représente Madame le Ministre de la Santé, ainsi que les responsables de la bonne organisation de ce congrès.

Et, pour conclure, je formulerais un vœu : celui que ce congrès marque de son empreinte l'évolution nouvelle que nous souhaitons tous donner à cette grande déshéritée qu'était la médecine pénitentiaire dont je tiens à souligner encore le caractère humain et social. (Applaudissements.)

La séance est levée à 12 h 15.

LE COMITE D'ORGANISATION
REMERCIÉ LES LABORATOIRES QUI ONT
ACCEPTÉ DE PARTICIPER AU SOUTIEN
DES JOURNÉES INTERNATIONALES DE
MÉDECINE PENITENTIAIRE

Laboratoires **ROUSSEL**
Laboratoires **BOUCHARA**
Laboratoires **DAUSSE**
Laboratoires **UPSA**
Laboratoires **TERAPLIX**
Laboratoires **ARON**
Laboratoires **CHOAY**
Laboratoires **SARGET**
Laboratoires **LAROCHE**
Laboratoires **BELLON**
Laboratoires français de thérapeutique
Laboratoires **FOURNIER Frères**
Laboratoires **JOUILLE**
Laboratoires **FRISONS**
Laboratoires **SEO**
Laboratoires **SANDOZ**
Laboratoires **DELALANDE**
Laboratoires **S.P.E.C.I.A.**
Laboratoires **I.S.H.**
Société et Eaux de **VOLVIC**
Laboratoires **JOULLIE S.A.**
Laboratoires **LABAZ**

1, rue de la Vierge - 33440 Ambarès

IMPRIMERIE ADMINISTRATIVE

— MELUN —

F. 980 - 1976
