

1^{er} CONGRÈS MONDIAL
DE MÉDECINE PÉNITENTIAIRE

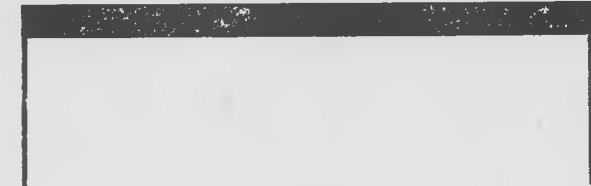


DIJON NOVEMBRE 1978

F7F5



MINISTÈRE DE LA JUSTICE
DIRECTION DE L'ADMINISTRATION PÉNITENTIAIRE



**I^{er} CONGRÈS
MONDIAL
DE MÉDECINE PÉNITENTIAIRE**

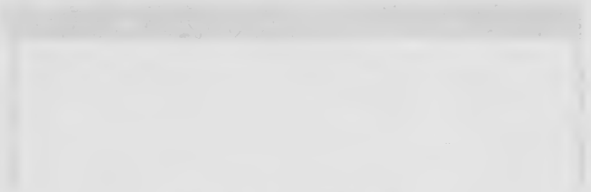


1978





MINISTRY OF HEALTH
GOVERNMENT OF INDIA



DR. [Name]
[Title]

DEPARTMENT OF HEALTH



INAUGURATION

**Allocution du professeur BOUHEY,
Doyen de la faculté de médecine de Dijon.**

C'est un très grand honneur pour le doyen de la faculté de médecine de vous accueillir aujourd'hui dans le grand amphithéâtre Eugène-Bataillon.

Vous êtes venus très nombreux, représentants de vingt nations d'Amérique, d'Asie, d'Australie et d'Europe, pour participer au Ier congrès mondial de médecine pénitentiaire, afin d'étudier en commun les sujets qui représentent vos préoccupations professionnelles, sous l'égide du Conseil international des services médicaux pénitentiaires, présidé par le professeur Solange Troisier, organisateur du congrès.

Je tiens à saluer particulièrement la présence de :

Monsieur le docteur Roy, secrétaire général du Conseil international des services médicaux pénitentiaires ;

Monsieur le docteur Bernheim, délégué de l'O.M.S. ;

Monsieur le doyen Fournier, professeur de toxicologie et de médecine légale à Paris.

L'importance de votre congrès, que nous accueillons pour trois jours, est soulignée par la présence des hautes autorités du ministère de la Justice et par celle des hautes autorités administratives, judiciaires, religieuses et universitaires de la région Bourgogne.

Nous sommes très honorés de la participation de Monsieur Alain Peyrefitte, ministre de la Justice et garde des Sceaux, qui malgré un horaire très chargé sera présent d'ici quelques minutes pour cette séance d'ouverture du congrès.

Monsieur Dablanc, directeur de l'Administration pénitentiaire, a bien voulu représenter Monsieur le Ministre jusqu'à son arrivée.

Nos remerciements vont aussi aux membres du cabinet et des services ministériels :

à Monsieur Denizot, préfet de région ;

à Messieurs les Hauts magistrats de la cour d'appel de Dijon :

Monsieur Lévy, premier président ;

Monsieur Bolloch, procureur général, que nous sommes heureux de féliciter pour sa récente prise de fonction à Dijon.

Parmi les nombreuses personnalités régionales, je tiens à saluer tout particulièrement :

Monsieur le député Henri Berger, président de la Commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée nationale ;

Monsieur Lassale, recteur d'académie, chancelier de l'université,

Monsieur Jurien de la Gravière, président du conseil général ;

Monsieur le Professeur Guerrin, représentant Monsieur Poujade, député-maire de Dijon.

Enfin, je voudrais exprimer toute ma gratitude à :

Monsieur Lassale, recteur d'académie, chancelier de l'Université, et à Monsieur le professeur Feuillée, président de l'université, qui ont bien voulu vous accueillir avec moi dans ces locaux universitaires.

L'université de Dijon et tout particulièrement la faculté de médecine est très fière de vous recevoir pour votre Ier congrès mondial.

Cet honneur, elle le doit avant tout à Madame le professeur Solange Troisier et à notre collègue le professeur Marin, qui avait organisé l'année dernière à Dijon, le xxxv^e congrès international de médecine légale et de médecine sociale.

Madame le professeur Solange Troisier, je tiens à vous adresser nos témoignages de gratitude pour nous avoir fait la grande confiance d'accueillir le congrès que vous organisiez. C'est vous qui avez pris cette décision et j'espère que tous les participants, dont beaucoup ne connaissent pas notre région, en garderont un bon souvenir.

Votre esprit de décision, bien connu et bien apprécié par vos collaborateurs et vos amis, allié à un caractère dynamique et entreprenant vous a permis de mener de front une carrière médicale brillante et des fonctions politiques et administratives importantes qui ont été couronnées par l'attribution de la chaire de médecine pénitentiaire, chaire qui a été la première créée dans une faculté de médecine. C'est un très bel honneur qui rejaillit sur l'Université française.

Les travaux que vous dirigez vont s'étendre sur deux jours et demi, répartis en plusieurs séances de travail, au cours desquelles de nombreux exposés et des discussions animées vont se succéder ; je suis sûr que vous allez en tirer des conclusions très intéressantes.

Vous avez prévu des repas de travail et des repas plus gastronomiques qui seront bien nécessaires pour vous réconforter ; je vous souhaite à tous un travail fructueux et des périodes de détente agréables, suivant la tradition de notre Bourgogne que nous espérons vous faire connaître et apprécier.

Allocution du professeur MARIN.

Monsieur le Ministre, Garde des Sceaux,

Monsieur le Préfet de région,

Monsieur le Ministre, Maire de Dijon,

Monsieur le Député de la Côte-d'Or,

Monsieur le Recteur de l'académie,

Monsieur le Président de l'université,

Monsieur le Doyen.

Il y a 18 mois, en mai 1977, s'est déroulé ici même à Dijon le XXXV^e congrès international de langue française de médecine légale et de médecine sociale. C'est à l'occasion de cette rencontre que Madame le docteur Solange Troisier eut l'heureuse idée de choisir notre ville pour y tenir le Ier congrès mondial de médecine pénitentiaire.

Professeur de médecine légale à la faculté de médecine de Dijon, je me réjouis de ce choix et je suis persuadé que les exposés et que les tables rondes de ces trois journées seront tout à fait fructueux.

La médecine pénitentiaire constitue une modalité très particulière d'exercice de notre profession. Et les difficultés en ce domaine ne manquent pas.

La médecine pénitentiaire est à la fois une médecine de prévention et une médecine de soins. C'est une médecine de collectivité mais aussi une médecine individuelle, où le colloque singulier retrouve toute sa dimension et toute sa richesse.

Mais c'est également une médecine où le libre choix du praticien par le malade n'est pas possible. Le médecin est donc imposé au patient, par une Administration pénitentiaire qui est forcément plus ou moins acceptée par le détenu.

Le médecin de prison se trouve aussi confronté à deux demandes simultanées :

— celle de l'administration, qui attend du médecin une certaine sécurité, la certitude que rien de grave, sur le plan médical, ne se déroulera en détention ;

— celle du détenu, qui en fait n'est pas simple à comprendre. En effet, par-delà les symptômes cliniques, témoins d'une souffrance physique, c'est toute une autre souffrance qui s'exprime :

- revendication à l'égard d'une société d'où il se sent exclu ;
- désir d'être reconnu, distingué de la masse des détenus ;
- parfois même recherche d'une sorte de statut privilégié, qui par l'intermédiaire d'un régime ou d'un traitement médicamenteux, lui permettra d'acquérir, ou de retrouver, une certaine identité. Finalement le désir plus ou moins conscient et plus ou moins exprimé du consultant est souvent de sortir de la grisaille qui noie l'ensemble de la population pénitentiaire, pour tenter, à travers la relation médecin/malade, de redevenir un homme digne de ce nom.

Nous apercevons ici toute l'ambiguïté du rôle du médecin appelé à s'occuper du détenu.

Cette situation est particulièrement évidente pour les médecins psychiatres, qui auront parfois bien des difficultés à distinguer s'ils travaillent pour aider au bon ordre de la prison ou s'ils sont exclusivement au service d'un homme en difficultés psychologiques et sociales.

Dans cette optique, il me paraît essentiel de nous pencher sur les problèmes des centres médico-psychologiques des prisons. Il s'agit d'un problème qui tient particulièrement au cœur des médecins dijonnais. Plusieurs communications, et je m'en réjouis, sont prévues sur ce thème. A Dijon, est en projet l'ouverture d'un véritable service de psychiatrie à l'intérieur de la maison d'arrêt. Il s'agit là d'une perspective tout à fait séduisante, capable de résoudre bien des difficultés concernant certains détenus, en cours de prévention, dont l'état psychique justifie des thérapies psychiatriques. Ainsi pourra progressivement s'effacer cette dualité prison/hôpital psychiatrique, avec la création des structures mixtes, avant tout médicales, mais situées à l'intérieur d'un cadre pénitentiaire.

Les conceptions changent, les idées évoluent, les structures peu à peu se mettent en place. C'est pour tous, aussi bien les responsables de l'ordre social que les techniciens de l'homme malade, la source d'un immense espoir.

Ce premier congrès de médecine pénitentiaire vient bien à son heure. Je souhaite que nos travaux, riches et féconds, débouchent sur des perspectives positives et concrètes, pleines de promesses pour demain.

Intervention de Monsieur DABLANC, Directeur de l'Administration pénitentiaire.

Avant l'arrivée de Monsieur Alain Peyrefitte, garde des Sceaux, ministre de la Justice, Monsieur Christian Dablanc, directeur de l'Administration pénitentiaire, a prononcé une courte intervention, au cours de laquelle il a, d'abord rempli quelques devoirs, puis tracé quelques grandes lignes de la politique que l'Administration pénitentiaire pouvait conduire au regard de la médecine pénitentiaire.

Tout d'abord, Monsieur Dablanc félicitait les organisateurs du congrès : Madame le professeur Solange Troisier, le président de l'université et tous les responsables de la faculté de médecine de Dijon, puis il adressait ses vœux de bienvenue à tous les participants étrangers qui apportaient leurs expériences et en permettaient la confrontation au cours du congrès.

Enfin, il tenait à adresser ses remerciements, et un particulier hommage, à tous les médecins, quelle que soit leur spécialité, qui œuvrent dans les établissements pénitentiaires avec beaucoup de dévouement, de désintéressement et de sens de l'humain.

Monsieur Dablanc devait ensuite déclarer que les rapports entre l'Administration pénitentiaire et la médecine étaient équivoques et qu'il fallait que les problèmes soient au moins clairement posés.

Tout d'abord, il était important de noter que l'exercice de la médecine dans les établissements pénitentiaires devait apporter des soins d'une qualité identique à ceux que les malades peuvent obtenir dans l'appareil médical français. Dans ce but, l'Administration pénitentiaire s'efforce de relever les taux des vacances, d'aboutir à une diversification des spécialités assurées dans les prisons, s'efforce de mettre en place les centres médico-psychologiques régionaux et de développer les soins dentaires dispensés aux détenus.

Enfin, il insistait sur la réforme de l'hôpital de Fresnes qui se traduit par la création de postes à plein temps ou à temps partiel.

Le deuxième point sur lequel devait insister le directeur de l'Administration pénitentiaire, était que si l'administration devait se refuser à mettre la médecine au service de ses propres préoccupations, de même, il était évident que l'exercice de la médecine en prison ne pouvait interférer sur les contraintes carcérales résultant de l'obligation pour cette administration de faire exécuter les peines privatives de liberté.

Le troisième point développé portait sur l'impossibilité pour l'Administration pénitentiaire de constituer, dans l'univers carcéral, une médecine homothétique de la médecine libre et de la médecine dispensée dans les établissements hospitaliers publics. En particulier, il est exclu que dans les hôpitaux-prisons de Fresnes et des Baumettes, l'administration puisse créer les services les plus élaborés correspondant aux techniques lourdes en matière thérapeutique et, en particulier, en matière chirurgicale.

Dans ces conditions, il était indispensable de maintenir, pour les cas les plus graves, les hospitalisations sur les services spécialisés des hôpitaux publics.

Pour conclure, le directeur de l'Administration pénitentiaire devait rappeler combien la médecine, la psychiatrie et l'évolution de la biologie, liées au développement des sciences humaines telles la criminologie et la pénologie, contribuaient à soulever des problèmes nouveaux mettant en cause, d'une part, le fondement de la responsabilité des délinquants, et d'autre part, les conditions de détention dans les établissements pénitentiaires.

Monsieur Dablanc a insisté sur le fait que, quelles que soient les opinions sur l'importance respective des facteurs héréditaires ou des facteurs acquis de la délinquance, rien ne serait plus contraire à notre conception de la liberté de l'homme que de tenter d'effacer la notion de responsabilité individuelle et la portée de la sanction judiciaire.

Accueil de Monsieur le Ministre par le professeur BOUHEY.

Monsieur le Ministre, Garde des Sceaux,

La faculté de médecine de Dijon est très honorée de vous accueillir à l'occasion de la séance d'ouverture du Ier congrès mondial de médecine pénitentiaire organisé par notre collègue, le professeur Solange Troisier.

Nous vous demanderons de bien vouloir nous faire l'honneur de présider cette séance actuellement. Merci, Monsieur le Ministre.

Allocution de Monsieur le Député BERGER.

Monsieur le Garde des Sceaux,
Madame la Présidente,
Monsieur le Directeur,
Messieurs les Professeurs,
Monsieur le Recteur,
Monsieur le Président de l'université,
Mesdames,
Messieurs,

Dijon est fier d'accueillir le Ier congrès mondial de médecine pénitentiaire, et je me permets, Madame la Présidente, de soupçonner pourquoi vous avez fait ce choix.

Vous savez que la Bourgogne est terre d'accueil, et les nombreuses démarches que vous avez effectuées pour la préparation de ce congrès ont dû, pour le cas où vous n'en auriez pas été tout à fait convaincue, vous en donner la preuve.

Au moment où débute ce congrès, je voudrais dire, à vous et à tous les participants, français et étrangers, combien nous sommes honorés de votre présence dans cette faculté et combien le député de cette circonscription, et en même temps, l'ancien de cette faculté, a de plaisir à vous souhaiter la bienvenue.

Je me permets, au passage, de saluer le doyen Bouhey, mon vieil ami Cabanne, le professeur Marin et tous les professeurs amis.

Monsieur le Garde des Sceaux, ce n'est pas votre premier séjour dans cette circonscription et je ne l'oublie pas. Votre présence, ce jour, donne toute l'importance que vous portez au thème de ce congrès qui intéresse tout particulièrement votre ministère.

Vos responsabilités sont lourdes ; nous vous connaissons depuis longtemps et nous savons avec quelle sagesse et quelle autorité vous les assumez, c'est une garantie pour nous tous.

Avec votre présidente, nous avons travaillé pendant un certain temps au sein de la commission parlementaire dont j'ai la responsabilité.

Chère amie, permettez-moi de rendre hommage à votre compétence, à votre volonté et à votre dynamisme, ainsi qu'à votre désir de justice et d'équité.

Mesdames, Messieurs, vous allez étudier d'importants dossiers, vous allez comparer ce que vous faites, chacun dans vos pays respectifs ; tout cela ne peut être que très enrichissant, pour les uns comme pour les autres...

A une époque où chacun est particulièrement sensibilisé par tout ce qui a rapport avec les délits, avec la justice, avec les jugements et avec leurs conséquences, il était indispensable que des confrontations techniques puissent avoir lieu dans ce cadre officiel.

Nul ne peut, actuellement, rester indifférent à certains événements, à certaines affaires judiciaires et à leurs suites.

Mal informés, ou trop informés par une presse à sensation, nous sommes conscients qu'il y a quelque chose à faire, mais savons-nous toujours exactement quoi ?

Des mesures doivent-elles être entreprises, des lois ont-elles besoin d'être modifiées, la réglementation en vigueur doit-elle être mieux adaptée ? Nous le pensons ; mais ce que je ne peux pas oublier, c'est que tous les textes, tous les règlements, toutes les lois ne seront valables que s'ils sont bien appliqués et que si l'on n'oublie pas qu'ils s'appliquent à des hommes et qu'ils s'appliquent à des femmes. L'être humain doit être pris en considération, tel qu'il est, avec ce qu'il y a de bon, avec ce qu'il y a de moins bon, avec ce qu'il mérite de châtement mais aussi avec ce qu'il renferme d'espoir.

Le monde actuel, dans son évolution rapide, pose des problèmes d'adaptation. Adaptation pour ceux qui sont obligés d'y vivre, et adaptation pour ceux qui sont obligés de guider cette évolution. Faut-il condamner celui qui ne s'adapte pas ? Je crois aussi et surtout qu'il faut l'aider. Mais il faut que celui qui vit honnêtement soit protégé moralement et physiquement. Il faut que celui qui se met en dehors de la société, qui attaque et qui détruit, risque les plus lourdes peines.

Mes chers confrères, votre expérience est supérieure, en ce domaine, à celle que nous pouvons avoir. Votre rôle est immense, vous pouvez faire beaucoup pour ceux que vous approchez, vous aussi vos responsabilités sont lourdes.

Et vous êtes rassemblés ces jours-ci pour en parler, pour les confronter, pour les organiser. Venus d'une vingtaine de pays étrangers, parfois très éloignés, c'est en Bourgogne et plus précisément à Dijon que vous êtes réunis pour cela.

Je sais que la beauté des sites, la richesse du passé, la grandeur des vins, en font un centre d'attraction ; et dans les pays où les nourritures terrestres et les nourritures spirituelles ont su maintenir un juste équilibre, dans ces pays se sont maintenues des civilisations raffinées et humaines. Et lorsqu'on y ajoute la volonté de procréer, dans le domaine matériel et dans le domaine humain, on rend meilleur encore l'avenir qui se présente à nous.

Cet avenir, pour nous comme pour ceux dont vous avez la responsabilité, je le souhaite rempli de justice et d'efficacité, codifié et humain.

Lorsque j'ai consulté la liste des participants, j'ai su quel sera le sérieux de vos travaux, et quel en sera le haut niveau. Je vous souhaite un séjour agréable et un travail fructueux.

Allocution du professeur Jacques BERNHEIM. Représentant PO.M.S.

Monsieur le Président,

J'ai grand plaisir à vous transmettre le message d'intérêt et de soutien que vous adresse la direction générale de l'Organisation mondiale de la santé, et je tiens à exprimer la reconnaissance de cette organisation aux autorités françaises et aux initiateurs qui ont rendu possible cette réunion.

C'est en fait depuis sa fondation que cette organisation s'est préoccupée des relations entre la santé mentale et les désordres du comportement. Travaux, rapports et recommandations se succèdent dès les années cinquante.

Pour les adolescents délinquants, L. Bovet puis T. Gibbens recommandent la prise en charge hors des institutions, dans des dispositifs résidentiels d'ambiance familiale. Les interprétations pessimistes sur le rôle des parents, l'idée que certaines évolutions sont fatales dès l'enfance, sont analysées de façon critique par Lady Barbara Wotton, en 1962.

Pour les adultes, dans les années soixante, P. Baan a porté témoignage sur les communautés thérapeutiques institutionnelles, destinées, pour l'essentiel, à des patients qui présentent des désordres de la personnalité : sont-ils de la compétence du système pénal ou des instances sociales ? Sont-ils « méchants » ou « malades » ? L'idée se

développe qu'une expertise psychiatrique est d'autant plus utile qu'elle s'accompagne d'une démarche thérapeutique associée.

Les préoccupations du Tiers-Monde s'expriment en 1965 avec le travail de Lambo, alors vice-chancelier de l'université d'Ibadan (Nigeria), qui décrit les risques apparus pour la santé mentale de l'enfant et pour l'adaptation sociale de l'adulte du fait du bouleversement des institutions traditionnelles sous le choc des structures importées : rupture des familles, migration vers les villes.

En juillet 1975, au Ve congrès des Nations unies sur la prévention du crime et le traitement des délinquants, l'O.M.S. présente un rapport sur le traitement des prisonniers et des détenus.

A cette occasion, plusieurs problèmes fondamentaux d'éthique de la santé sont proposés à la réflexion des gouvernements et des équipes de soins dans les prisons : ainsi,

- l'interrogatoire sous contrainte,
- la punition sévère,
- les traitements imposés ou controversés (électrochoc, psychochirurgie),
- est-il licite de faire usage de moyens médicaux pour réduire des comportements socialement indésirables ?

L'alimentation forcée du gréviste de la faim, l'internement du toxicomane sont discutés.

Dans le même contexte, un groupe de travail de l'O.M.S. s'est réuni à Sienna pour examiner le rôle thérapeutique et le statut des psychiatres légistes, d'une part dans le système pénal et d'autre part à l'extérieur de celui-ci au sein des divers dispositifs de soins psychiatriques prévus pour l'ensemble de la communauté.

Depuis 1976 enfin, à la suite d'une monographie intitulée « Droit et santé mentale : vers une harmonisation des objectifs », l'O.M.S. a entrepris une étude sur l'appréciation de la dangerosité en psychiatrie légale. Il s'agit d'examiner l'utilisation légale ou thérapeutique de la notion de dangerosité et l'application qu'en font concrètement les instances de décision, policières, judiciaires, sociales, psychiatriques. La recherche en cours devrait faire apparaître comment le terme de dangerosité, concept chargé d'affectivité, est employé dans la réalité et s'il est fiable d'un expert à l'autre, permettant ainsi d'évaluer son utilité et ses limites, en particulier ses effets dommageables de stigmatisation.

Ainsi, par la diffusion de travaux liés à une préoccupation continue d'éthique de la santé, l'O.M.S. souhaite apporter son aide scientifique et déontologique aux médecins des prisons, avec l'intention de les fortifier dans leur identité professionnelle et dans leur vocation thérapeutique.

**Allocution de Monsieur le docteur ROY,
Professeur de psychiatrie au Canada,
secrétaire général du Conseil international des services
médicaux pénitentiaires.**

C'est un grand plaisir en tant que secrétaire général d'être ici et je peux vous assurer que mes collègues du conseil mondial qui sont ici, qu'ils viennent d'Angleterre, le docteur West, des U.S.A. Minneapolis, le professeur Kiresuk, le docteur Sharma de l'Inde, du Canada le docteur Chalke notre vieil ami et moi-même, et bien d'autres pays qui ne peuvent être présents aujourd'hui, mais qui souhaitent bonne chance pour vos travaux. Que tous sont heureux d'être ici à Dijon.

Ce n'est pas par hasard que ce congrès se tient en France. Dans ces quelques mots je tiens à souhaiter la bienvenue à la France. Avec mes collègues du Canada et du monde entier, nous voulons rendre hommage à votre pays pour ses qualités humanitaires envers les malades incarcérés. Je veux simplement dire que tout le monde peut croire que le but de la médecine pénitentiaire est uniquement dirigé vers l'application d'une bonne médecine, celle-ci étant appliquée aux infortunés qui sont derrière les barreaux. L'essence même de la médecine doit être humanitaire, et si les prisons quelles qu'elles soient et quelques institutions qu'elles représentent et si l'humanité est en danger, nous, comme médecins et comme hommes de sciences, nous avons une importante responsabilité à assumer.

L'année dernière à Honolulu pendant le congrès mondial de psychiatrie, pendant un séminaire nous avons désigné Madame le professeur Solange Troisier comme présidente du conseil mondial et elle nous présente aujourd'hui son programme.

Nous avons été impressionnés par son exposé et elle nous a convaincus qu'elle serait le meilleur leader pour prendre la présidence et elle l'est.

Ces derniers jours quand nous avons visité Paris et l'hôpital de Fresnes, une autre chose nous a beaucoup impressionnés, le professeur

Kiresuk et moi-même c'est que dans cet hôpital on oublie le motif criminel d'un délit et on l'exclut de la criminalité, pour ne penser qu'au malade. L'une des obsessions les plus importantes, les plus fondamentales qui existent dans les services de psychiatrie, c'est de pouvoir oublier le criminel face à la criminalité. Or à l'hôpital de Fresnes tout le monde se promène dans les corridors de la prison. Nous avons rencontré les infirmières, les médecins menant une rude vie professionnelle et cela a été un enchantement pour nous et une expérience exceptionnelle, de constater qu'ils ne s'occupaient en rien du délit du malade et c'est la raison pour laquelle nous voulons choisir un tel leadership et nous en sommes particulièrement fiers.

Allocution de Madame le professeur TROISIÈRE.

Monsieur le Garde des Sceaux,

Votre venue en Bourgogne, à Dijon, pour présider et ouvrir officiellement ce Ier congrès mondial de la médecine pénitentiaire est pour nous tous une joie, un honneur.

Premier congrès mondial où la France accueille tant de praticiens étrangers et donne le coup d'envoi à la fois pour définir et pour promouvoir cette médecine pénitentiaire que je sers depuis bientôt 17 ans, quel programme !

Quelle fierté est la nôtre qu'en France, terre d'accueil et de justice sociale, se déroule, sous les auspices de l'Organisation mondiale de la santé, cet échange de vues entre tous les pays du monde sur un sujet aussi épineux, politique, mais humain surtout, qu'est la médecine en prison.

La présidente que je suis, heureuse d'avoir été nommée à Hawaii il y a un an, ne peut que vous remercier, Monsieur le Ministre de la Justice, d'être venu cautionner nos travaux et nous apporter votre dynamisme, votre connaissance de l'âme humaine, la subtilité de votre intelligence et l'autorité de votre pensée.

Il est très important que ce Conseil mondial des services médicaux pénitentiaires ait vu le jour en France et je ne saurais trop dire au professeur Roy de l'université British Columbia au Canada ma reconnaissance pour que la France ait le leadership de cette initiative à la fois scientifique et humaine.

Il s'agit en effet de définir notre action, notre éthique, de faire approuver nos statuts de pays développés et ensuite avec l'aide de l'O.M.S. nous implanter vers les pays en voie de développement.

Aussi, je salue ici tous nos collègues étrangers, criminologues, médecins, juristes, médecins légistes, venus m'apporter leur expérience, leur savoir et leur amitié.

Dans cette merveilleuse faculté du Bocage, mon ami le doyen Bouhey nous accueille avec sa fraternelle chaleur. Je tiens à vous dire mon immense reconnaissance mon cher collègue de longue date. Nos années d'internat à Paris nous ont réunis et m'ont fait vous apprécier hautement pour vos qualités de gestionnaire, certes, mais surtout pour votre élévation de pensée et votre intellectualité.

A vous, Monsieur le Doyen, et à vos services qui ont tant fait pour permettre la réussite de ce congrès, je vous dis encore merci. En effet, l'universitaire que je suis se sent chez elle dans une faculté aussi accueillante et je suis sûre que nos débats vont arriver à des sommets jamais atteints.

Il y a aussi, réunie ici, cette grande famille pénitentiaire, du directeur général aux surveillants en passant par les directeurs régionaux et les magistrats de la place Vendôme.

Du médecin praticien, chirurgien de profession que j'étais, je suis devenue gestionnaire, et des 700 médecins environ qui travaillent en prison, je suis devenue l'amie, la confidente et l'avocat.

Depuis cinq ans j'ai traversé la France, sillonné les régions, inspecté toutes les maisons d'arrêt, les centrales, les centres de sécurité renforcée. J'ai appris à connaître en écoutant, en fouinant un peu partout, en faisant parler et en observant, en m'indignant et aussi en me réjouissant.

Je crois connaître un peu la pénitentiaire française : 183 prisons, 37 000 détenus, 12 000 agents de cette administration dans laquelle je me suis fondue, intégrée et parfois un peu partialement installée comme dans ma maison. Elle est devenue un peu ma raison d'exister.

Je les défends ces médecins, ces surveillants, ces directeurs qui chaque jour sont en contact avec la réalité, qui vivent jour et nuit avec ces détenus que la société rejette mais que le médecin, l'homme doit accepter, doit soigner, doit essayer de réinsérer. Combien de colloques singuliers avec des êtres fragiles, perturbés, violents, souvent

odieux ou misérables et dignes de pitié avons-nous eus ! Que d'heures d'une vie trop souvent remplie par des activités extérieures qu'il ne faut surtout pas abandonner, avons-nous consacrées à ces grands délinquants qui trouvent dans le regard confiant du médecin une lueur d'espoir, ou du moins de compréhension !

La prison est à la une, les médias s'en emparent. Les livres racontent, romancent cette vie carcérale mais il faut l'avoir vécue, l'avoir sentie, l'avoir aimée, certains jours détestée, pour, non pas en faire un roman mais pour pragmatiquement l'améliorer, lui trouver des solutions positives, en un mot, en dépassionnant un aspect inexact, lui donner une portée humaine, sociale et je dirai même nationale.

Monsieur le Ministre, vous avez défendu âprement votre budget, vous l'avez amélioré et je tiens à vous exprimer ma reconnaissance pour ce que vous nous avez apporté et ce que vous nous donnerez encore !

La province est comme toujours le vrai pouls de la France et il y a encore beaucoup trop de discrimination du taux des vacances avec Paris. Je suis sûre que vous saurez m'entendre.

J'ai lu « le Mal français » et j'ai essayé d'en tirer des leçons. Je décentralise et j'aime donner à la province des responsabilités importantes. Je m'y sens si bien et on y trouve tant de bon sens !

Les médecins pénitentiaires y jouent un rôle essentiel. La vie y a une dimension humaine et je peux affirmer solennellement que beaucoup de mes confrères sont des apôtres ; je ne saurais trop le répéter. Il s'agit vraiment pour nous tous d'un apostolat. Mal payés, mal connus, mal appréciés, mais tous ont le sens de l'humain et de l'Etat.

Ils ne jugent pas, ils soignent et leur mérite est immense.

Puis-je vous demander, Monsieur le Garde des Sceaux, quand la loi que vous venez de défendre au Parlement sur les permissions de sortir sera appliquée, que vous n'oubliez pas, dans la partie réglementaire, de définir le rôle du médecin lors de la commission d'application des peines ; il est essentiel qu'il s'agisse du généraliste, du psychiatre et même de l'infirmier.

Bien souvent l'on me demande quelle est la différence entre la médecine pénitentiaire et la médecine tout court. Bien sûr toutes les maladies sont retrouvées en prison, mais majorées, maquillées, utilisées ou volontairement niées. Mais il y a chez chaque détenu tout un cortège carcéral où la maladie imaginaire devient parfois réelle. C'est la

médecine psychosomatique et tout ce fonctionnel opposé au somatique devient notre pain quotidien.

Notre personnage devient essentiel dans ce monde privatif de liberté. Nous sommes les confidents, les amis, mais nous pouvons par notre rigueur devenir des ennemis bien souvent sans nous en douter. On peut nous proposer des solutions malhonnêtes, indignes d'un praticien, ou on nous fait du chantage ou des menaces ; la violence peut revêtir toutes les formes, surtout en vue d'une évasion éventuelle. Mon prédécesseur Georges Fully a bien été assassiné et on n'en connaît pas encore l'auteur, il ne faut pas l'oublier et lui rendre un hommage posthume.

Qu'avons-nous obtenu ?

Les vacances du budget de 1979 sont en augmentation de 20 %. J'espère que dans l'avenir ce taux progressera.

L'hôpital de Fresnes s'améliore chaque année, les infirmières malgré la difficulté de recrutement sont plus nombreuses et des conventions sont passées avec la Croix-Rouge et l'Assistance publique. Une salle de soins intensifs va être installée dans le service de chirurgie. Plusieurs postes doivent être dégagés au budget 1979 : 2 postes à plein temps, 2 postes à temps partiel, 2 assistants à mi-temps.

Depuis plusieurs années je me suis efforcée de revaloriser les lettres clefs K, D et Z. Elles étaient les mêmes que celles de l'Assistance publique. Nous venons de les revaloriser.

Tout le problème de l'odontologie était à revoir : un poste de chirurgien-dentiste plein temps vient d'être créé à Fleury-Mérogis et nous avons établi des conventions pour toutes les prisons françaises.

Le matériel a été rénové, amélioré, il est encore très insuffisant mais là aussi je reste vigilante et j'essaie par mon insistance d'infléchir les services.

Enfin je ne saurais terminer mon propos sans vous parler très succinctement aujourd'hui des centres médico-psychologiques régionaux où, avec l'aide de Madame Simone Veil nous avons décloisonné la médecine pénitentiaire et ici à Dijon je suis très heureuse d'enfin pouvoir vous dire qu'au sein même de la maison d'arrêt un C.M.P.R. va s'ouvrir incessamment dans le quartier des femmes ; l'avis du conseil général prenant en charge le personnel soignant par l'intermédiaire de la D.A.S.S. est favorable, le psychiatre de secteur est désigné et la

région Bourgogne-Franche-Comté va avoir un centre de soins spécialisés pour malades mentaux au sein même de la prison, ceux-ci ne nécessitant pas ainsi l'internement administratif, car nous sommes mal adaptés en France pour les traiter en milieu psychiatrique ouvert.

En conclusion je voudrais vous dire, Monsieur le Garde des Sceaux, combien j'ai été fier d'enseigner la médecine pénitentiaire à l'université Lariboisière-Saint-Louis.

Sous l'autorité d'Etienne Fournier, mon ami de toujours, dans le cadre de la médecine légale et sociale, combien cette ouverture a été chaleureuse et si bien ressentie par tous ceux qui m'ont fait l'honneur d'y assister, avocats, magistrats, personnel de direction, surveillants, infirmiers, éducateurs.

La médecine pénitentiaire s'intègre parmi les préoccupations essentielles d'une médecine légale moderne. Pourquoi ce « moderne » un peu complaisant associé à l'une des formes les plus anciennes, les plus traditionnelles de la médecine.

La médecine légale a toujours apporté sa compétence aux magistrats et aux législateurs. Et ceux-ci existent de tous les temps. Où serait donc la nouveauté ?

Elle tient au fait que depuis la Deuxième guerre Mondiale, se sont multipliées les situations où les deux disciplines se côtoient, puis interfèrent. Une sorte de médicalisation de la vie s'est produite, modifiant considérablement les rapports humains et conduisant à d'évidents abus en réponse à d'évidents avantages. Une telle évolution doit être réfléchie et faire évoluer la médecine légale d'un système d'auxiliaire d'une justice répressive vers une formule d'auxiliaire de justice préventive. L'époque classique de la médecine légale, du XIX^e siècle et du début du XX^e, celle de Tardieu, Brouardel, Balthazar, Leclerc, Mazel, a réuni presque tous les documents nécessaires à l'autopsie judiciaire. Les progrès actuels dans ce domaine sont restés modestes en raison de l'énorme effort de nos prédécesseurs et des limites du sujet.

Par contre, depuis 30 ans, la compétence médico-légale s'est perfectionnée dans les domaines les plus divers, selon les exigences de la vie sociale : problèmes des traumatismes et de leurs conséquences, réparation de tout dommage corporel, physique, moral, d'agrément, étude des troubles du comportement, intoxications, décisions et jugements résolument tournés vers une modification profonde du

comportement des médecins et de leurs patients, qu'il s'agisse de protection des incapables, d'évolution des équilibres familiaux, tout est nouveau dans des domaines où magistrats et médecins doivent s'efforcer de collaborer pour une meilleure analyse des décisions à prendre alors que la jurisprudence est encore incertaine.

Or cette collaboration n'est pas facile, car chacun se réfugie dans ses tâches quotidiennes et s'inquiète plutôt de ce thème bi-disciplinaire où se sont évanouis beaucoup d'espoirs universitaires récents, alors que d'autres trouvaient le succès. Tel celui de l'attestation d'études de médecine pénitentiaire ; elle se place à l'extrême limite de cette collaboration puisqu'il y a interférence obligatoire entre juges, directeurs et personnel, médecins pour ce qui concerne l'application des peines, la vie des détenus aussi bien que la vie du personnel pénitentiaire.

La vie dans les établissements pénitentiaires est un travail quotidien certes, mais qui ne doit pas exclure la réflexion, la discussion, l'étude. C'est donc pour nous une partie de médecine légale qu'il faut connaître et faire connaître pour partager des expériences alors que l'évolution des mœurs et les attitudes des non-spécialistes pèsent lourdement sur les épaules des responsables. Vous l'avez bien compris en créant un comité interministériel de médecine légale : professeurs et praticiens de médecine légale sous la conduite éclairée de Monsieur l'avocat général Davenas, s'efforcent de montrer le nouveau visage de la médecine légale française et de l'adapter aux progrès mondiaux puisqu'il s'agit d'un premier congrès mondial. Nous avons été sensibles, Monsieur le Ministre, comme nous vous remercions de votre présence à Dijon et de l'attention que vous portez aux études et enseignements nécessaires.

Au cours de cet enseignement j'ai pu y parler de vos réformes, de l'évolution de la justice en France. J'ai pu y dire combien votre action était marquée du sceau d'une intelligence toujours prête à trouver des solutions concrètes et humaines. La petite fille d'un garde des Sceaux, membre de l'Académie française vous rend hommage et vous assure de son indéfectible amitié.

**Allocution de Monsieur Alain PEYREFITTE,
ministre de la Justice, garde des Sceaux.**

Donc voici que se réunit pour la première fois un congrès international consacré à la médecine pénitentiaire. C'est un événement, et

je me réjouis d'avoir l'honneur de présider à l'ouverture officielle de ce congrès. J'aurais souhaité pouvoir saluer personnellement chacun des éminents praticiens étrangers qui sont dans cette salle et m'entretenir avec chacun d'eux. Qu'ils soient collectivement remerciés d'apporter ici les lumières de leur compétence et de leur expérience. Quelles que soient les différences de nos systèmes pénaux et pénitentiaires, il est clair que nos pays sont confrontés à des expériences similaires. La désintoxication des toxicomanes en prison, la consommation médicale en milieu pénitentiaire, l'intervention de la psychiatrie auprès des détenus, voilà les thèmes de votre congrès. Ils désignent autant de problèmes psychologiques et sociaux importants, dont aucun pays n'a l'exclusive. La diversité des points de vue ne peut qu'apporter un peu de clarté dans ces débats.

L'amitié m'incite à saluer tout spécialement le docteur Henry Berger, député de la Côte-d'Or et à qui j'ai cédé, voici quelques années, la présidence de la Commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée nationale.

Cela vous fait trois raisons de vous intéresser aux questions débattues par ce congrès de Dijon, et cela nous fait trois raisons de nous féliciter de votre présence parmi nous. Car n'oublions pas que rien de ce qui touche au monde carcéral ne peut être indifférent au législateur. Les élus locaux ou nationaux sont directement intéressés par ces problèmes ; et Madame Troisier vient de rappeler le rôle joué par le conseil général de la Côte-d'Or dans la création d'un centre médico-psychologique régional à Dijon.

C'est vers vous enfin, Madame Solange Troisier, que je me tournerai. Non pas pour vous présenter, bien sûr, car vous êtes connue de tous, et votre audience dépasse largement les murs d'enceinte de nos prisons puisqu'elle s'étend jusqu'au Pacifique. Mais parce que ce congrès est un peu votre triomphe ; il y avait un tronc commun dans tous les discours que nous avons entendus tout à l'heure, c'était l'éloge que tous les orateurs faisaient de vous, alors j'aurais mauvaise grâce à ne pas faire moi aussi votre éloge. Vous avez mis au service de la réunion d'aujourd'hui votre énergie accoutumée et bien connue. Ce colloque consacre en effet les idées pour lesquelles vous vous battez depuis longtemps, avec vos qualités de courage, de tolérance et de sens de l'humain que nous vous connaissons. Et, puisque l'occasion m'en est aujourd'hui donnée, je tiens à vous rendre publiquement hommage pour l'humanité et le discernement dont vous avez fait preuve dans une affaire très récente, ainsi qu'un autre médecin qui est dans cette salle.

C'est que la médecine pénitentiaire est encore largement un terrain de pionniers. Les prisons sont fort anciennes, mais l'idée que les détenus sont des hommes à part entière est beaucoup plus récente. En France, il fallut attendre une ordonnance criminelle prise en 1670, c'était à l'époque de Colbert, pour que fût reconnu le droit des détenus à recevoir une assistance médicale. Encore ce texte était-il bien théorique. Pendant longtemps, l'absence de soins fut considérée dans les faits comme un élément de la peine. Les prisons étaient des mouiroirs, parce que la détention ne signifiait pas seulement la privation de liberté. Elle signifiait aussi brimades, mauvais traitements, châtiements physiques. Le déséquilibre psychique des délinquants ou criminels était plutôt considéré comme une circonstance aggravante ; et il fallut attendre la Révolution française pour que Pinel délivrât enfin les aliénés de leurs chaînes.

Il fallut attendre la fin du XIX^e siècle pour que la médecine acquit droit de citer dans les prisons. Ce ne fut possible que parce que la détention s'était épurée de tous les éléments troubles qui la rendaient souvent inhumaine parce qu'on l'avait réduite à sa vraie signification : la pure et simple privation de liberté.

Ainsi naissait la médecine pénitentiaire. Méfions-nous toutefois des expressions toutes faites. Il n'y a pas une médecine de pénitence. Il y a une « médecine en milieu pénitentiaire ». Question de mots, dira-t-on. Mais les mots ont leur importance, la « médecine pénitentiaire », ce n'est pas la médecine moins quelque chose — une médecine au rabais. La « médecine pénitentiaire », c'est toute la médecine, plus une attention particulière portée à certains troubles favorisés par la vie carcérale.

Pour le médecin, il n'y a pas un condamné ou un prévenu, il n'y a que des malades et c'est à ce titre que les médecins ont accès à lui. Les détenus ont un droit imprescriptible à la santé, comme tout être humain. Ils sont soignés par des médecins qui travaillent aussi en milieu libre, mais qui connaissent en outre les particularités du monde carcéral.

Il est clair toutefois que les détenus ne sont pas exactement des malades comme les autres. Leurs conditions de vie ne peuvent pas ne pas avoir d'incidences sur leur psychisme, sur leur comportement, et donc indirectement sur leur santé. L'incarcération favorise certains troubles dont la dimension psychologique est bien connue. C'est particulièrement vrai dans le domaine de la dermatologie ou de la

gastro-entérologie. Ces troubles sont naturellement soignés avec tous les moyens offerts par la médecine moderne.

En matière de consommation médicale, l'Administration pénitentiaire n'entend pas faire d'économies. Une intéressante étude du centre de recherches et de documentation sur les conditions de vie a d'ailleurs établi que l'incarcération accroissait la consommation médicale. Il ne faut pas s'en réjouir, puisque ce système traduit une plus grande dépendance médicale des détenus. Mais c'est le signe que l'Administration pénitentiaire considère les prisonniers dont elle a la charge comme des hommes à qui sont dus soins et assistance.

Toutefois, les principaux troubles dus à la vie carcérale ne sont pas de nature physiologique. Ils sont essentiellement psychologiques, et c'est à leur sujet que se posent les questions les plus difficiles, puisqu'il est difficile toujours de distinguer un malade imaginaire du malade réel. Le professeur Jean-Albert Weil rapporte un cas dans un de ses livres « J'ai été 16 ans médecin à Fresnes », un livre dont je vous recommande la lecture — Madame Troisier vient de faire de la publicité pour un de mes livres alors j'aurais mauvaise grâce à ne pas faire de la publicité à un livre consacré à la médecine pénitentiaire — il raconte le cas d'un détenu qui se plaignait de douloureux maux d'estomac sans que les analyses ne décèlent jamais rien. Jusqu'au jour où se déclara un ulcère gastrique perforé, dont le détenu fut le premier surpris. Car il avoua, une fois l'opération réussie, qu'il n'avait jusqu'à présent fait que simuler.

Vous auriez certainement beaucoup d'autres anecdotes du même type à rapporter. Elles sont instructives, parce qu'elles mettent en évidence l'extraordinaire difficulté du travail médical en milieu pénitentiaire. Ces difficultés quotidiennes, que les médecins assument avec beaucoup de tact, renvoient en fait à un problème plus fondamental.

Par sa seule présence dans le monde carcéral, le médecin joue un rôle qui n'est pas seulement médical. Les détenus lui attribuent des pouvoirs qu'il n'a pas, ou bien lui attribuent la responsabilité de décisions qui ne relèvent en rien de son domaine. Et pourtant le médecin doit être à l'écoute des détenus. Et d'autant plus que la population pénale souffre d'un nombre important d'affections mentales. En 1976, par exemple 24 000 détenus ont été traités pour troubles mentaux, dont les degrés de gravité étaient d'ailleurs extrêmement variables. Les affections que l'on relève dans la pratique de la médecine en milieu pénitentiaire se trouvent doublés ou triplés quand il s'agit de psychiatrie.

Nous touchons là au point le plus difficile de la médecine pénitentiaire. Notons d'abord que ce problème n'est pas inédit. Il est exactement symétrique du problème qui se pose au juge, et que les expertises psychiatriques doivent éclairer : dans quelle mesure la responsabilité d'un prévenu est-elle atténuée par un déséquilibre mental ? En ce domaine, les controverses sont vives. Je ne voudrais pas les alimenter ; mais il faut rappeler que les discussions sur les dimensions biologiques ou psychologiques des comportements de violence sont toujours ouvertes. Pendant un an et demi, le comité d'étude sur la violence que j'ai eu l'honneur de présider avant d'exercer les fonctions que j'occupe en ce moment-ci, s'est penché sur cet aspect du problème de la violence, cette dimension biologique et psychologique. Eh bien, tandis que nous sommes arrivés à des certitudes, à de très fortes convictions dans les autres domaines où nous avons essayé d'établir des corrélations, par exemple dans le domaine de l'urbanisme et de la criminalité, en revanche nous ne nous sommes arrêtés sur aucune certitude dans le domaine de la biologie et de la psychologie.

Les rapports entre la médecine psychiatrique et la criminologie sont équivoques. Tout cela doit nous inciter à adopter une attitude de très grande prudence. Tant que les débats sur les causes psychiques des comportements de délinquance seront ouverts — et on peut penser qu'ils le seront longtemps — il ne saurait être question de décider dogmatiquement des thérapeutiques.

Il faut donc se garder des dangereuses facilités intellectuelles qui font voir en chaque délinquant un malade mental. Cette position est rassurante pour l'esprit, elle permettrait, si on l'adoptait, de remplacer les grillages des prisons par des piqûres calmantes. On sait que certains pays ont si bien su marier le knout et la seringue, qu'on ne sait plus si les prisons sont devenues des hôpitaux psychiatriques, ou si au contraire ce sont les hôpitaux psychiatriques qui sont devenus des prisons.

Mais il y a là un véritable détournement de médecine dont notre pays est heureusement protégé. Disons-le fermement : la psychiatrie en milieu pénitentiaire est faite pour le détenu et non pour la commodité de ses gardiens.

Ces remarques étant faites, il est juste de souligner combien l'Administration pénitentiaire est préoccupée par la santé mentale des prisonniers. Le système qui existait jusqu'à ces dernières années n'était pas excellent. Il conduisait en effet à une trop grande ségrégation des détenus psychopathes au sein même de l'institution pénitentiaire. Ces

détenus se sentaient doublement exclus, de la société civile et de la société pénitentiaire.

L'Administration pénitentiaire a donc décidé de mettre en place dans chaque région pénitentiaire des centres médico-psychologiques, dont le régime a été fixé conjointement avec le ministère de la Santé en 1977. Nous nous réjouissons qu'un tel centre s'installe à Dijon. Ces centres auront à la fois un rôle de prévention des troubles mentaux, et une mission de traitement proprement dit. D'ici à 1980, l'ensemble des équipements nécessaires au traitement des détenus atteints de troubles psychiques seront mis en place.

Ces structures seraient toutefois inutiles si elles n'étaient animées par des hommes et des femmes conscients de leurs responsabilités. Celles et ceux qui exercent en médecine pénitentiaire sont, heureusement, de bonne qualité.

Nous l'avons dit, leurs conditions de travail sont difficiles. Si le détenu est pour eux un malade, il est pour l'administration un condamné qui peut être dangereux. Cela entraîne de nombreuses contraintes, dont les médecins ou les infirmières s'accommodent avec beaucoup de sens professionnel. Je n'ajouterai pas, car personne ne l'ignore, que ce n'est pas par esprit de lucre qu'ils se plient à ces contraintes. Leur dévouement au bien public, leur travail et leur compétence doivent être chaleureusement salués.

Je précise qu'en dehors de la création des C.M.P.R. deux autres mesures vont être prises dans le cadre du budget de 1979 dont Madame Troisier vient de dire que je l'avais arraché au Parlement, et le Parlement se l'est laissé arracher. Deux autres mesures : d'abord l'augmentation pour les médecins vacataires de 25 %, ce n'est pas un pactole, mais enfin c'est heureusement inférieur à la dépréciation de la monnaie et puis par la suite elles seront indexées sur le traitement de la fonction publique.

Deuxième mesure qui sera prise dans le cadre du budget de 1979, même mis en place dès janvier 1979, c'est la création de postes de médecins pénitentiaires à temps plein, à temps partiel et d'assistants à temps partiel.

Reste le plus important, qui est la déontologie. On sait que les médecins peuvent se trouver aux prises à de graves problèmes de conscience. C'est vrai en général. C'est encore plus vrai en milieu pénitentiaire. Pensons au cas des grèves de la faim. Je ne méconnais pas la complexité des situations réelles. Là, comme dans d'autres

domaines, le serment d'Hippocrate doit servir de point de repère. Presque toujours la recherche patiente d'une relation humaine et affective avec le détenu aboutit à le persuader de se laisser donner les soins qu'appelle son état. En aucun cas le médecin n'a le droit de laisser mourir un homme. Les médecins n'ont pas besoin, en milieu pénitentiaire, d'une autre déontologie que celle qu'ils suivent en milieu libre. Ils ont besoin d'encore plus de discernement pour appliquer cette déontologie.

Qu'il travaille en prison ou en milieu libre — et la quasi-totalité des médecins pénitentiaires font l'un et l'autre — le médecin n'a qu'une seule attitude. Cela ne veut pas dire que l'organisation médicale du monde pénitentiaire corresponde en tous points à celle de la société non carcérale. Certes les services médicaux de l'Administration pénitentiaire se perfectionnent sans cesse. Des établissements sanitaires pénitentiaires spécialisés existent, comme les hôpitaux pénitentiaires de Fresnes et des Baumettes, le centre sanitaire de Liancourt, le centre de Poissy ou les centres médico-psychologiques régionaux.

Mais l'hospitalisation en milieu libre est souvent indispensable. Environ 60 % des hospitalisations de détenus, soit en gros 3 000 par an, sont effectuées dans les hôpitaux publics. La spécialisation de plus en plus grande des interventions médicales interdit à l'Administration pénitentiaire de couvrir la totalité de ces besoins.

Voilà qui confirme encore l'idée que j'avais énoncée en commençant cette intervention : la médecine en milieu pénitentiaire n'est pas une catégorie spéciale de la médecine.

La spécificité des problèmes pénitentiaires conduit à des interrogations qu'on ne peut ignorer, pas plus qu'on ne peut en ignorer la dimension internationale. La coopération internationale en matière judiciaire ne doit pas s'arrêter aux portes des prisons. Le congrès d'aujourd'hui montre qu'elle n'est pas seulement une coopération entre des systèmes répressifs, elle manifeste une volonté commune de mieux maîtriser une politique carcérale à laquelle nos sociétés, si développées qu'elles soient, sont hélas contraintes.

En matière de médecine pénitentiaire, le maître mot est celui d'équilibre. Il y a des impératifs médicaux, et il y a des impératifs pénitentiaires. Les uns et les autres doivent être respectés ; pour cela, il faut qu'ils n'empiètent pas les uns sur les autres.

La médecine est, en tant que telle, indispensable dans la prison. Il n'y a de vraie médecine qu'à cette condition. Mais pour qu'elle reste

elle-même, il faut qu'elle n'apparaisse pas comme une possibilité de se soustraire aux impératifs pénitentiaires. D'où la nécessité, pour les médecins pénitentiaires, d'être des praticiens compétents certes, mais doués de bon sens. C'est le cas dans notre pays, et je m'en félicite.

Cet équilibre, l'organisation de votre congrès en donne d'ailleurs l'image, puisqu'il est ouvert par le ministre de la Justice, et sera clôturé par le ministre de la Santé ! C'est cet esprit d'équilibre et d'humanisme qui, j'en suis sûr, présidera à vos travaux.

DÉSINTOXICATION DES TOXICOMANES EN PRISON

PRESIDENT : Pr FOURNIER
RAPPORTEUR : Dr CURTET

**Allocution de Monsieur FOURNIER,
Professeur de toxicologie à l'hôpital Fernand-Vidal - Paris.**

Le toxicomane, origine de son implantation en France.

Les premières secousses françaises remontent à dix ans, à la mort d'une jeune fille ; c'est la découverte d'une nouvelle menace sociale : la drogue.

Ce nouveau comportement des adolescents, bien que connu dans des pays étrangers comme les Etats-Unis avait été parfaitement mal prévu et on ne savait absolument pas que faire.

En dix ans, nous avons donc suivi la progression de la toxicomanie, la trajectoire de certains toxicomanes, fort inquiétante et ces observations ont permis de quitter les banalités et les préjugés pour reconnaître que nous rentrions dans une époque où les références juridiques et morales changeaient et changeaient vite.

A cette rapidité de transformation apparente nous avons vu apparaître des réponses : sanctions brutales et aggravées même pour certains, un laxisme et un libéralisme absolus pour d'autres et pour l'ensemble beaucoup de paroles mais très peu de pratiques.

Nous avons eu en France, en outre, l'apparition d'une législation qui en moins de deux ans a tenté d'échafauder une théorie assez rassurante. D'un côté il y avait le mauvais trafiquant qu'il fallait sanctionner, qu'il fallait punir très sévèrement et de l'autre le toxicomane, malheureux adolescent, et qu'il fallait, avec une collaboration entre médecins et magistrats, par le jeu d'un éventuel dépôt de cette jeune personne entre les mains de l'autorité sanitaire, arriver à une solution satisfaisante.

Telle était l'hypothèse, il y a huit ans, en France.

Cette loi promulguée, le malheur a voulu qu'elle fit état, dans ses textes, d'un certain nombre de points impossibles à réaliser.

D'une part, la notion d'autorité sanitaire. Nous n'avons pas en France d'autorités sanitaires. Par conséquent, inclure dans une loi la notion de transfert à l'autorité sanitaire était d'avance se diriger vers l'échec.

D'autre part, la différence entre toxicomanes et petits trafiquants, qui avait été soulignée dès que les premiers toxicomanes avaient été

appréhendés avec un esprit d'observation simple, n'a pas été dénommée d'une façon satisfaisante dans cette loi et, par conséquent les magistrats comme les policiers, comme les personnes dotées d'une autorité publique n'ont pas pu établir un juste milieu entre les uns et les autres.

Il s'en est suivi une triple action ; il s'agissait d'un côté de la saisie des délinquants toxicomanes et leur sanction selon des formules traditionnelles avec simplement la possibilité de les condamner en outre pour usage illicite de stupéfiants, sans autres précisions ; d'un autre côté, l'apparition d'un certain nombre d'ouvertures médicales, c'est-à-dire d'organisations de centres d'accueil hospitaliers ou parahospitaliers qui proposaient des méthodes non agressives avec une discrétion très stricte puisque contrairement aux pouvoirs judiciaires, nous pouvions aller jusqu'à un anonymat absolu du sujet traité. Et enfin des centres d'accueil de toute nature se sont développés et l'expérience de chacun d'entre nous a été que le toxicomane circulait et que les uns et les autres l'accueillaient pendant six mois, un an, deux ans —, tout ceci au cours d'une longue vie difficile, douloureuse et quelquefois extrêmement dangereuse.

Ceci semblait faire ressortir que nous n'avions pas pu établir un programme de prise en charge et de traitement des toxicomanes.

Plusieurs réflexions naissent de cette notion présumée : peut-être n'y a-t-il pas de programme efficace possible à l'égard des toxicomanes. Tout ceci donne à penser qu'il faudrait encore quelques années d'attente, quelques années de hasard où le toxicomane se retrouve tantôt devant un juge ou un policier, tantôt devant un médecin, devant un psychiatre, tantôt devant un éducateur ou toute personne acceptant d'entrer en contact avec lui et de le prendre en charge.

Le problème consistait donc en l'organisation du « hasard » et cette organisation a semblé être une certaine homogénéisation de la forme de réception du toxicomane après quelques années.

Nous avons maintenant l'impression que le toxicomane arrive à l'hôpital, en hôpital psychiatrique ou en zone d'accueil ou en prison et va se retrouver dans un groupe de réception sensiblement homogène et « homologue ». Ceci grâce à l'apparition parmi le personnel médical des prisons, de médecins connaissant les toxicomanes et s'occupant d'eux.

Hormis cette relative homogénéité, il faut reconnaître que le reste des dispositions réglementaires n'a pas donné une concrétisation habituelle à la consécration des pouvoirs publics, c'est-à-dire, la création de

lieux spécifiques ou d'organisations spécifiques d'accueil des toxicomanes. On aurait pu le craindre, ceci n'a pas eu lieu ; probablement parce que depuis 1945, comme dans beaucoup d'autres pays, la psychiatrie française avait beaucoup évolué et que, inversant les propositions que nous connaissions depuis un siècle, de fermeture, de bouclage d'un certain nombre de déviants, il y avait une tendance, qui continue à se manifester, vers une ouverture des lieux fermés et vers un certain nombre de dispositions initiatives permettant la prise de responsabilité des malades, la prise en charge de groupes humains plus ou moins désignés selon les cas, ce sont des groupes globaux comme les secteurs de psychiatrie ou au contraire ce sont des groupes relativement spécifiques comme les organisations parapénitentiaires.

Nous sommes donc très loin d'avoir découvert une solution miracle mais nous avons peut-être, un peu comme tout le monde, découvert un comportement commun.

Si cette réunion pouvait aboutir soit à la négation de mon affirmation, soit au contraire à son acceptation, dans les différents pays qui se préoccupent de toxicomanie, nous nous ferions déjà une image approximative de la lutte contre ce fléau et ses conséquences — je ne dis pas contre les toxicomanes.

Les rapports qui s'établissent entre médecins et toxicomanes nous ont obligés à remettre en question, de façon absolument profonde, le système de la médecine. Il a été question de ce que selon certains, les médecins des hôpitaux pénitentiaires et les médecins des prisons sont des médecins semblables aux autres avec des malades comme les autres, mais un peu particuliers. Je ne crois pas que ce soit tout à fait vrai avec les toxicomanes.

En effet, dans la conception de la médecine traditionnelle, nous sommes dans une relation relativement claire de deux individus, de rapports individuels notables, avec une demande de soins et avec un certain échange de services et d'autre part, le médecin est considéré comme relativement digne, représentant une compétence respectée, il est protégé par nature contre un certain nombre d'agressions extérieures. Avec les toxicomanes, c'est tout-à-fait différent.

Il est sûr que le médecin n'a aucun statut spécifique en dehors de son accueil un peu particulier, le toxicomane vit en grand public et non pas en secret avec ses énormes difficultés ; il ne lui reconnaît, à ce médecin, qu'un programme : administrer éventuellement des drogues, sans aucune référence sociale, il arrive à le transformer ou à vouloir

le transformer en un vague complice. Et ainsi il ne fait que classer les intervenants qu'en fonction du hasard des rencontres et des interventions observées au cours de ces rencontres.

Cette médecine qui a complètement changé la conception du rapport médecin/malade, est certainement l'un des points intéressants que nous entendrons ce soir et je souhaite maintenant que la discussion s'engage auprès de ces deux réflexions, à savoir :

— Y a-t-il une conception optimale de la forme d'accueil des toxicomanes, que ce soit en prison, dans un centre d'accueil spécialisé, que ce soit à l'hôpital, que ce soit dans un groupe de postcure ?

— Y a-t-il aussi la nécessité de prévoir la formation de médecins un peu particuliers qui auront plus encore que les psychiatres habituels, l'obligation d'abandonner toutes ces prérogatives de la médecine ?

Allocution du docteur CURTET, médecin des toxicomanes à la prison de Fleury-Mérogis.

On peut noter l'originalité de cette « maladie », de cette « délinquance ». Il en ressort pour la médecine traditionnelle que le statut de médecin ne permet pas à celui-ci de travailler dans des conditions favorables. Car s'occuper des toxicomanes en prison n'est pas à proprement parler une entreprise désespérée mais tout de suite limitée par les murs de la prison.

C'est-à-dire, par cela, qu'une équivoque existe au départ, équivoque qui s'est peut-être établie lors de l'édification de la loi de 1970 relative à la cure de désintoxication qui était réalisable et qui ne définissait pas ce que signifiait le terme de « cure de désintoxication ».

Or, dans l'esprit de la majorité des gens, l'opinion publique en général, il y a un malentendu qui s'est fait entre « cure de sevrage physique » et « cure de désintoxication ».

Il est bien évident que lorsqu'un toxicomane commet un délit, — cambriolage de pharmacie, vol d'argent — et qu'il se retrouve en prison, il va se retrouver, de fait, privé de sa drogue, et par conséquent sevré physiquement. Il va connaître, par la suite le « syndrome de manque » que je vous rappelle très rapidement.

Le syndrome de manque est constitué en fait de trois sortes de symptômes : l'angoisse couvrant tout, l'insomnie et d'importantes douleurs.

Ce syndrome de manque, vous pouvez le couvrir avec des médicaments, à l'aide d'anxiolytiques, à l'aide d'hypnotiques-barbituriques, à l'aide d'antalgiques et vous devriez surtout le couvrir à l'aide d'une présence médico-infirmière, ce qui est quasiment impossible à réaliser en prison.

Ce qui fait que, en pratique, lorsqu'un toxicomane se retrouve incarcéré, dans le meilleur des cas, il se trouve parfois dans une prison où l'équipement médico-infirmier est suffisant pour pouvoir assurer une présence médico-infirmière importante, pour pouvoir donner les médicaments appropriés, on va lui faire passer le cap physique sans que cela pose de trop gros problèmes.

Dans malheureusement trop de cas, c'est une catastrophe, car dans certains établissements pénitentiaires de France, l'infirmière passe peut-être une fois par semaine ou une fois tous les deux jours, on ne peut donc pas se permettre de donner des soins par voie intramusculaire matin, midi et soir comme ce serait souhaitable pour un toxicomane et le toxicomane évidemment est dans un état de malaise tel, d'excitation telle, qu'il va d'abord être très mal lui-même et qu'il va semer une perturbation incroyable aux frais et à l'intérieur de l'institution. A ce moment-là, le souhait, tout-à-fait légitime du directeur de l'institution est de faire transférer ce toxicomane pour qu'il soit soigné médicalement pendant la période physique dans un hôpital psychiatrique.

Or, il advient ce qui se passe la plupart du temps, dans un hôpital psychiatrique le service est ouvert, le toxicomane disparaît et s'évade en l'espace de moins de 24 heures.

Ceci étant considéré, les juges ont été amenés, après un certain temps, pour pallier ces évasions, à renforcer leurs positions et à décider de l'incarcération du toxicomane qu'il souffrit ou non ; ce qui n'est satisfaisant pour personne.

Il s'agit d'un point d'extrême importance car on est trop souvent porté à croire que l'incarcération du toxicomane résoud de même le problème de la toxicomanie.

On sait de façon certaine qu'il n'en est rien. Dans les deux tiers des cas si ce n'est dans les trois quarts des cas en France et il pose là un problème réel ; un problème important : le toxicomane souffre énormément..., nous nous trouvons tous concernés. En se référant malgré tout, au meilleur des cas, c'est-à-dire, le quart restant, où l'on peut dépasser le cap physique, quel est l'avantage obtenu lorsque ce stade est dépassé ? Vous avez pour résultat un toxicomane qui en l'espace de quinze jours, un mois maximum, est sevré physiquement c'est-à-dire qu'il n'a plus de besoin physique mais il est bien évident que tous les problèmes psychologiques qui sous-tendaient sa conduite, toutes les raisons profondes, qui l'avaient mené à choisir la drogue comme moyen de défense de préférence à tout autre, sont restés absolument identiques et ne pourraient être résolus que par le biais d'une prise en charge plus affective et surtout plus psychothérapique, or il me semble difficile d'envisager une psychothérapie en prison, dès lors que le principe fondamental de la psychothérapie réside dans la liberté de choix de l'individu à accepter de se rendre à la séance de psychothérapie, ou non et, le toxicomane incarcéré est plutôt tenté de demander à voir n'importe qui, du moment qu'il n'est pas dans sa cellule.

Il s'agit donc là de notions très importantes qui me paraissent sous-tendre toute la prise en charge des toxicomanes. Nous pouvons, au maximum, — et c'est ce que nous avons tenté d'aménager le mieux possible le sevrage physique d'un toxicomane, et nous pouvons également essayer de saisir au vol les rares demandes de dialogue qui se font jour, (environ un cas sur quinze, sur vingt) ; dans la grande majorité des cas, les toxicomanes incarcérés sont aigris, vindicatifs, refusent toute visite et sont prêts à n'importe quelle *over-dose* et à n'importe quel acte délictueux.

Cette notion, et il est important à mon sens, de le mentionner à nouveau, afin qu'il n'y ait pas d'équivoque : l'opinion publique a trop souvent tendance à s'imaginer que les solutions adéquates au problème de la toxicomanie consisteraient en des mesures coercitives et relèveraient par conséquent de la répression ; une telle solution serait une bonne méthode du moment que les toxicomanes sont sevrés physiquement. Or le sevrage physique ne revêt aucune signification tant qu'il n'est pas relayé par un sevrage psychologique qui nécessite donc une mise en liberté.

Questions subséquentes.

INADEQUATION DE CURE EN MATIERE DE DROGUE DITE « DOUCE » (CANABIS, HACHISCH, MARIJUANA).

Certains magistrats pensent que les drogues douces provoquent un état de dépendance, et un état d'intoxication réelle et qui nécessitent par conséquent une cure de désintoxication. Ceci est totalement inexact et va à l'encontre de certaines idées propagées par les services de presse selon lesquels, le cannabis provoquerait des cas d'intoxication aiguë. En conséquence le fumeur de cannabis n'est nullement passible d'incarcération puisque l'intoxication n'existe pas.

ACCESSIBILITE A LA SANCTION PENALE.

Cette notion d'accessibilité à la sanction pénale a été fort bien définie par un conseiller à la Cour et ancien magistrat s'occupant spécialement des toxicomanes à Paris, Monsieur COUSIN.

Selon M. COUSIN, la sanction pénale en matière de toxicomanie, doit trouver son application en vue d'un but bien précis. L'essentiel : « c'est voir l'intérêt curatif de la sanction », « l'accessibilité à une sanction pénale c'est qu'il puisse sortir du fruit d'une incarcération ; si ce n'est que de l'endurer, ce n'est pas être accessible à une sanction pénale ».

La plupart des rapports d'expertise portent la mention « accessible à la sanction pénale ». Or, les 9/10 des toxicomanes ressortent de prison en n'ayant absolument pas compris le pourquoi de leur incarcération, en n'ayant pas justifié et fait les efforts de réflexion que l'on aurait pu souhaiter. Leur état ne marque pour ainsi dire pas de progrès si c'en est de moindres.

Du point de vue de la déontologie médicale, il serait utile de donner pour information aux magistrats, que quitte à mettre en prison le toxicomane parce qu'il trouble l'ordre public, il est tout de même nécessaire qu'ils sachent que l'incarcération ne lui apportera peut-être pas plus de sagesse et qu'il ne sera pas accessible à ce qu'on voulait lui faire comprendre.

AMBIGUITE DE L'HUMANISATION DES PRISONS.

C'est un problème évidemment très préoccupant car il n'y a pas de tâche plus difficile que celle d'aller travailler en prison, dans l'optique d'une sortie de celui qui y est actuellement incarcéré. Ce problème se pose de deux façons :

- soit, il s'agit d'y aller ponctuellement pour soigner des maladies précises, somatiques, psychiatriques... ;
- soit, par une projection dans l'avenir, on va essayer de voir d'abord d'où viennent ces troubles afin de pouvoir prévoir un traitement continu, qui ne sera pas une suite à la prison, mais un traitement suivi qui va durer après le temps d'incarcération de manière à ce que, non pas tant que l'intéressé sorte le plus rapidement de prison, mais surtout qu'il n'y revienne plus jamais.

Voici un point de divergence dans notre travail, qui tient au fait qu'il peut ne pas être très bien compris, parfois par certains de nos confrères, parfois par les magistrats et parfois, par les toxicomanes eux-mêmes qui ne saisissent pas très bien pourquoi la guérison de leurs symptômes ne se fait pas de façon immédiate et instantanée alors que nous, voyons finalement l'intérêt d'une plus longue durée de soins.

Inversement, sachant que nous prenons le risque d'intervenir d'une manière plus durable, les toxicomanes se montrent peut-être plus accapareurs et plus revendicatifs à l'égard, par exemple, d'une intervention qui se ferait à l'intention d'un magistrat pour l'émission de certificats pouvant leur permettre de recevoir des soins en d'autres lieux.

Il me semble de toute première importance que les toxicomanes soient bien informés du fait qu'une éventuelle coopération de notre part avec les magistrats, en ce qui concerne les cas très particuliers de toxicomanie nécessitant une ambiance plus neutre, suppose, en toute objectivité, qu'il s'agit d'une intervention parmi d'autres. C'est-à-dire que nous sommes en présence de l'un des éléments de la décision du parquet qui peut donner un avis contraire à la mise en liberté provisoire. Nous n'avons pas ce pouvoir d'exemption que s'imaginent les toxicomanes.

L'INFORMATION.

Question qui me semble fondamentale, ceci dans la mesure où, ainsi que M. Fournier l'exposait, nous avons abordé en France, le problème de la toxicomanie, sans *a priori*, sans connaissances solides.

Et c'est ce qui caractérise la France par rapport à l'Etranger : une improvisation totale, improvisation qui a peut-être porté ses fruits puisque la France est le pays d'Europe où le chiffre de décès par toxicomanie est le moins important. Il y a là certainement une approche plus réelle, plus objective de la signification du « symptôme toxicomania » du toxicomane que dans certains pays, notamment les Etats-Unis où, une fois pour toutes, le mot « program » est le premier admis. On ne s'attache alors pas à savoir en quoi consiste la toxicomanie, il existe un, deux... ou cinq... programmes de traitement (à peu près programmés comme dans une machine...).

Il me semble que cette absence de programme qui caractérise la France jusqu'à présent constitue peut-être un atout. Il faudrait aller vers une unification du traitement de la toxicomanie — et je serais de l'avis de beaucoup : il y a une meilleure compréhension rendue possible par la comparaison des faits —, et se garder de prendre une ligne par trop stricte, comme cela a été le cas aux Etats-Unis où l'on est passé tout-à-fait à côté de ce que signifiait la toxicomanie, et surtout à côté du caractère de mouvance que revêt la toxicomanie. En effet, les toxicomanes que nous voyons actuellement en 1978, ne sont pas les toxicomanes rencontrés il y a dix ans et ne seront pas exactement les mêmes dans deux ans.

LE TRAITEMENT IMPOSE.

Ce problème aurait déjà été abordé lors du congrès de Menton. Cette tentative que nous avons tous, aussi bien médecins que magistrats, devant le toxicomane qui ne veut pas se soigner : de lui imposer, malgré lui un traitement. Cette attitude s'explique : en effet, le toxicomane en péril de mort s'il ne se soigne pas nous remet en cause.

Or si nous disons : au fond si on le met en prison malgré lui il ne va pas mourir. La prison nous apparaît alors comme le seul palliatif au danger. Je crois que devant une telle tentative, il faut savoir rester peut-être humble. Accepter de se retrouver coupable et de pouvoir accepter d'être totalement impuissant. Car l'emploi de méthodes coercitives pour une cure de désintoxication n'a plus d'objet lorsque le toxicomane refuse de se laisser soigner et la guérison ne serait pas durable. Cela ne sert strictement à rien de faire faire une cure forcée. Les seuls qui sont guéris sont ceux qui sont hors la prison.

**Allocution du docteur FOLTER,
médecin-chef des prisons de Suède.**

Les premières recherches importantes en Suède en matière de toxicomanie ont été effectuées dans la région de Stockholm.

La première recherche qui ait porté sur les narcotiques intraveineux a été effectuée par mon collègue et ami Nils Bejeröth, membre du conseil de recherche médicale de Suède. Celui-ci a commencé, en 1965, à faire un examen poursuivi sur la présence et traces d'injections sur les bras de tous les prévenus à Stockholm et, la même année, il a démontré qu'un homme sur cinq prévenu pour délit à Stockholm était toxicomane de narcotiques intraveineux.

L'année suivante, un homme sur quatre ; en 1967, un prévenu sur trois était classé dans la catégorie des toxicomanes sous intraveineuse. Par la suite, l'accroissement de cette clientèle a été stoppé en partie grâce à l'offensive de la police contre les organisations des trafiquants, de 1969 à 1970.

En 1977, une enquête menée par mon collègue, le docteur Björver de l'équipe des soins pour narcomanes à Stockholm, et qui portait sur des prévenus a donné le même résultat que l'enquête menée par moi à l'institution nationale de Osteråker, près de Stockholm sur les formes de l'abus. Ces deux enquêtes ont été menées indépendamment l'une de l'autre.

Les deux-tiers environ des personnes faisaient partie des narcomanes graves ; il s'agissait d'un abus intraveineux des amphétamines et de l'héroïne, d'un abus de longue durée de cinq à dix ans.

Depuis quelques années je suis membre d'un groupe consultatif à la Direction des organismes de traitement de la criminalité, spécialisé dans les questions se rapportant aux narcotiques. Nous avons essayé de trouver une conception de l'importance des problèmes et de rechercher les ressources pour les mesures à prendre. Malgré les discussions publiques ayant trait au fait que l'invalidité définitive des jeunes toxicomanes entraîne des frais énormes en matière de soins et de retraites, il n'a pas été facile d'obtenir des fonds pour des soins dans le cadre de traitements fournis aux criminels.

Selon une évolution antérieure, un jeune qui devient narcomane est définitivement éliminé de la vie productive ; ce serait une perte pour la société de l'ordre de 3 500 000 couronnes y compris la perte de la production.

Le compte rendu de la situation pour ce qui concerne l'abus des stupéfiants dans les institutions pénitentiaires suédoises que notre groupe a reçu est navrant. La présence de stupéfiants a également été relevée dans un grand nombre de petites institutions dans différentes régions éloignées des grandes zones urbaines.

Si l'on tient compte de l'abus de l'alcool, le taux global de la toxicomanie s'élève à plus de 90 % de détenus.

Une impression d'impuissance devant le réseau de transactions de stupéfiants s'empare de notre groupe. Ce trafic des stupéfiants soumet beaucoup de détenus à des pressions et à des dettes. Nous avons souvent reçu la preuve que des jeunes gens qui n'avaient pas auparavant eu de problèmes avec les stupéfiants, sont devenus narcomanes pendant leur séjour en prison.

Pour les toxicomanes déjà établis, le séjour, surtout dans de grandes institutions, entraîne souvent un enlèvement encore plus profond dans les rets des narcotiques. Beaucoup pendant leur séjour en prison, accumulent des dettes considérables qui supposent des activités criminelles pour pouvoir être réglées, ce qui a pour conséquence la destruction de grandes possibilités à la réhabilitation qui existe pour les traitements criminels en Suède.

Les frais journaliers entraînés pour le traitement d'un toxicomane de l'héroïne sont de l'ordre de 2 000 couronnes environ ; ce qui est ruineux et très coûteux.

Dès 1976, 15 % des premières visites, chez mes collègues et moi-même, à l'institution de Osteråker, dans la région de Stockholm, étaient redevables à l'héroïne. En 1977, 30 % des premières visites relevaient du même stupéfiant. Il s'agissait en général de personnes très jeunes.

Le commerce des narcotiques dans les prisons se caractérise par la violence ; pour cette cause, un grand nombre de détenus ont demandé à être complètement séparés des autres. Dans les institutions, l'influence des narcotiques a eu pour effet la diminution des résultats du travail et la participation dans les activités aux heures libres a également baissé.

Les intentions du groupe consultatif se sont surtout concentrées sur des mesures préventives de contrôle et de thérapie. J'ai, par écrit, formulé une demande à la Direction des organes de traitement criminel pour ces mesures ; les ressources nécessaires à notre projet sont maintenant disponibles.

Le but de ce projet est d'offrir aux détenus qui désirent se guérir de leur abus, un traitement adéquat dans un milieu sain. Pour mener ce projet à bonne fin, nous avons dès la fin de l'année 1977, transformé la moitié des services généraux de l'institution nationale en clinique spécialisée de 74 places qui constituent la base d'une chaîne de traitement.

Le personnel soignant destiné aux narcomanes et responsable de la coordination des mesures, établit un contact avec le toxicomane dès son entrée à la maison d'arrêt à Stockholm. Après un accord par contrat du genre « civil commitment », où le toxicomane choisit d'effectuer des analyses d'urine deux à trois fois par semaine — contrôle conforme à la méthode RIA — est alors transféré à la clinique spécialisée, dans le service d'accueil de la clinique où l'on commence à organiser un programme individuel.

Ensuite, le toxicomane se voit proposer, pendant neuf mois au moins, des activités thérapeutiques ; le traitement se déroule principalement en circuit fermé. Si le traitement se fait de façon suivie, il devient possible, dans sa phase finale, de travailler sur le marché ouvert. Les analyses d'urine se poursuivent également pendant cette dernière phase dans une annexe située à proximité de l'institution nationale, très bien reliée sur le plan des communications, à Stockholm.

En cas de rechute, le détenu ne peut plus continuer son programme.

Ces activités se sont déroulées pendant une période encore trop limitée pour qu'il soit possible de fournir un compte rendu des résultats.

Les analyses d'urine ont contenu, à plusieurs reprises, des traces de narcotique ; comme vous le savez, on peut par radioactivité, déterminer de petites quantités d'amphétamines et d'opioïdes. Une analyse revient par personne à environ 30 couronnes.

Un traitement fondé sur le « civil commitment » peut améliorer la situation de certains toxicomanes, mais la plupart d'entre nous doit être convaincue que les rapports psychologiques et éducatifs, souvent, ne suffisent pas pour le traitement des toxicomanes.

Je ne connais, personnellement, aucun cas où l'on ait utilisé une extinction psychologique combinée à un blocage d'opioïde, ceci n'est pas pratiqué en Suède ; mais les apports, dans la littérature spéciale, semblent, en partie, prometteurs.

Par le voisinage de la clinique de recherche à l'hôpital d'Ulleråker à Uppsala, j'ai eu la possibilité de suivre le traitement avec **Naloxon** (Nalone) en l'état aigu, très prometteur comme traitement.

D'autre part, j'ai également eu l'occasion de suivre, pendant assez longtemps un traitement de soutien avec administration de doses de métadone individuelles, doses inconnues des malades. En même temps, les malades participaient à une psychothérapie de longue durée après quelques mois d'hospitalisation en polyclinique. J'ai bien l'impression que ce traitement combiné a donné des résultats remarquables jusqu'ici. Malgré la controverse qui s'attache à ce programme, il faut espérer que les recherches d'endocrinologie en cours vont ouvrir de nouveaux et meilleurs chemins pour le traitement de la dépendance aux opioïdes. Mais d'ici là, nous devons peser avec précautions la décision de recours à tel traitement plutôt qu'à tel autre en priorité, parmi des traitements actuellement à notre disposition.

C'est un devoir commun pour le Conseil international des services médicaux pénitentiaires que de prendre position pour le traitement des victimes des narcotiques.

Suite exposé Suède - Professeur Folter.

Professeur Fournier :

Cet exposé très clair suscitera de nombreuses interventions puisqu'il fait état d'une séparation d'une partie des délinquants toxicomanes et

de leur orientation vers un choix ; ce « contrat civil » dont vous parlez avec une thérapeutique par la métadone — dont je pense que nous aurons l'occasion de parler, à la fois sur sa validité, son intérêt, et d'autre part sa possibilité d'utilisation en prison ou hors prison.

Vous avez donné votre information sur tout ce qui est fait pour ceux qui acceptent, qu'en est-il de ceux qui refusent ?

Docteur Folter :

Ils sont renvoyés en prison, dans d'autres établissements ayant des règles très strictes.

Ils resteront sous régime strict quelques mois et ne pourront pas retourner en clinique.

Allocution du professeur HAESLER, médecin de prison suisse.

Cet exposé se base sur une enquête menée auprès des responsables de pénitenciers suisses en octobre 1978 (10 octobre 1978).

La Suisse est, au point de vue de l'exécution des peines, divisée en trois concordats. La Suisse romande et le Tessin forment un de ces concordats, la Suisse centrale et du Nord-Ouest un autre, et la Suisse de l'Est le troisième.

Dans chacun de ces concordats, il y a des établissements pénitentiaires pour « primaires » c'est-à-dire, les personnes qui pour la première fois, font partie d'un pénitencier, ces établissements comptent également d'anciens détenus ayant réussi, pendant cinq ans au moins, à n'avoir fait aucun séjour dans les pénitenciers ; ils ont alors repris en tant que « primaires ». Il existe également des établissements pénitentiaires pour les récidivistes.

Les divisions ne sont pas, comme dans presque tous les pays, aussi marquées comparativement à celles du Code pénal prescrit.

Nous avons quelques institutions à caractère spécial ; nous avons une seule institution pour femmes — notons ce fait en témoignage du bonheur des Suisses —, qui compte 54 femmes détenues actuellement.

Il existe également une institution annexée à une clinique psychiatrique et comptant pour la plupart, des hommes déséquilibrés psychi-

quement — autrefois dénommés « psychopathes ». L'effectif de cette institution était de 70 personnes.

Un pénitencier, dans le canton du Valais, a été transformé en maison de semi-liberté. Les cantons romands y placent des hommes dont la libération devient imminente. Cette institution comptait le 10 octobre 1978, 46 hommes.

Nous avons également un pénitencier dans le Tessin, ceci en raison de l'éloignement de la région par rapport aux autres parties de la Suisse, séparé par les Alpes. Cette institution rassemble des personnes qui effectuent leur premier séjour, des récidivistes et même des femmes. Le 10 octobre 1978, le pénitencier regroupait 133 personnes.

La maison pour l'éducation au travail n'est pas un pénitencier au strict sens du terme. Cette institution comptait 56 jeunes adultes et adolescents au-dessous de vingt ans.

En ce qui concerne le pénitencier pour femmes, il y avait 33 % de toxicomanes.

L'institution pour hommes en déséquilibre psychique : 7 % ; dans l'institution de semi-liberté : 10 % ; au Tessin (hommes et femmes) : 19 % ; dans la maison pour l'éducation au travail : 26 % ; dans les cinq institutions pour primaires, il y avait une moyenne d'individus toxicomanes de 22 % ; dans l'un des pénitenciers : 25 % ; dans les autres : 30 %, 17 %, 4 %, 17 % et 34 %. Le directeur de l'établissement comptant 4 % de sujets m'écrivait qu'en général il y avait au moins 17 % et beaucoup plus rarement 4 %.

Dans les pénitenciers réservés aux récidivistes la moyenne est de 17,6 % ; dans des pénitenciers : 33 % ; dans les autres : 13 %, 18 %, 4 % et 20 %.

La plus grande partie des personnes souffrant de toxicomanie se situe dans la période de vingt à trente ans, à l'exception de la maison pour l'éducation au travail où les jeunes toxicomanes ont moins de vingt ans.

La désintoxication est pratiquée, en général, pendant la préventive, mais non en pénitencier. Cependant, des médicaments sont encore fournis dans quelques institutions mais la métadone n'est, en principe, pas distribuée.

De façon ordinaire, les traitements spéciaux comme la psychothérapie individuelle ou de groupe ne sont pas fournis, quoique ces services soient offerts par quelques institutions (Cf. document chiffré).

Dans presque chaque établissement pénitentiaire, il est affirmé que les toxicomanes reçoivent plus de calmants et de somnifères que les autres détenus, cependant qu'ils éprouvent plus de difficultés pour s'intégrer à la vie en institution pénale et demandent davantage de consultations médicales comparativement aux autres détenus.

Problème du travail.

En Suisse le travail, dans les institutions pénales, est obligatoire. D'une manière générale, les toxicomanes ont, au commencement de leur peine, plus de difficultés à garder le même rythme de travail que les autres détenus.

L'instruction du personnel.

En ce qui concerne la connaissance des problèmes du toxicomane, le personnel d'encadrement est encore mal informé. Ce qui surprend d'autant, lorsque l'on pense que le tiers des détenus, dans certains pénitenciers, sont des toxicomanes et que le personnel qui doit travailler avec eux ne possède pas de connaissances approfondies sur la toxicomanie. Des cours de formation sont prévus pour la saison d'hiver, cours qui seront dispensés par des médecins-psychiatres et traiteront de ce problème.

D'autre part, cette lacune s'explique par le fait que beaucoup de médecins ne sont pas familiarisés avec ce genre d'affection nerveuse. Lors d'un récent entretien avec un médecin-psychiatre qui s'occupe de jeunes toxicomanes, j'ai eu la tristesse de m'entendre dire que certains de ces toxicomanes se piquent à mort et qu'il vaudrait peut-être mieux pour eux que cela leur soit fatal.

En fait, ces problèmes sont toujours trop nouveaux et de nombreux travaux d'essai sont sans cesse entrepris sur le champ du travail médical et surtout également sur celui du travail tant psychiatrique que psychologique.

Le but de ce communiqué n'était pas de donner des indications approfondies sur la toxicomanie ni sur sa thérapie mais seulement souligner l'importance de la toxicomanie dans les établissements pénitentiaires de la Suisse et exposer les quelques chiffres de base qui permettraient d'entamer, avec peut-être plus d'aisance, des problèmes qui demandent des solutions dans l'immédiat.

Allocution de Monsieur LE TAILLANTER, commissaire divisionnaire, directeur du S.R.P.J. à Rennes.

N'étant ni médecin ni « pénitentiaire », le policier que je suis n'aurait sans doute pas eu sa place à votre congrès si Madame Troisier n'avait estimé que l'intervention de ce policier, se situant sur la trajectoire médico-carcérale ou carcéro-médicale du drogué, pouvait projeter un mince pinceau de lumière sur les comportements de ceux qui constituent pour nous tous, notre quotidienne « clientèle ».

L'étude faite en 1977 à la demande du ministre de la Justice par le centre de recherches et de formation institutionnelle a d'ailleurs souligné l'espèce de fascination réciproque qu'exercent les uns sur les autres, policiers et toxicomanes. On peut, je crois, admettre plus simplement qu'une nécessaire compréhension de ces derniers par des policiers spécialisés entraîne fatalement une connaissance assez précise de leur mode de vie, de leurs réactions et de leur environnement.

A la différence du médecin de la prison, l'angle d'observation du policier lui permet, à l'occasion de son enquête, par ses surveillances quotidiennes, par ses contacts, de voir le drogué dans son milieu naturel. C'est aussi au policier qu'il revient de l'aborder dans cette première phase du milieu imposé que constituent l'arrestation et la garde à vue. Et il est bien évident que c'est à la lumière des connaissances acquises dans la première phase de ses travaux, qu'il entreprendra à l'égard de son sujet les interrogatoires et autres démarches pouvant conduire à l'élimination du ou des pourvoyeurs, du « dealer » local. Car bien entendu la mission du policier reste essentiellement l'élimination des sources d'approvisionnement.

Ce préambule permet de dégager immédiatement deux observations.

La première est que l'attitude policière sera en droit et en fait très différente suivant qu'elle est confrontée à celle du « junkie » voire du simple utilisateur occasionnel, ou à celle du négociant plus ou moins important.

La seconde est que dans tous les cas l'enquêteur aura en face de lui un personnage aux capacités de résistance variables mais toujours conscient qu'il est en train de jouer en quelques heures ce bien cher entre tous que constitue sa liberté. Son comportement sera donc influencé de manière fondamentale et ses réactions falsifiées par cette

hypothèque de la détention et on peut considérer que le policier sera toujours perçu comme un ennemi, tout au moins dans un premier stade ; il serait puéril pour cet enquêteur, à qui on demande avant tout l'efficacité, de s'imaginer le contraire.

Moyennant ce principe de base — et j'en reviens à ma première observation —, diverses considérations doivent être dégagées qui vont tempérer ou au contraire accentuer cette opposition.

J'évoque simplement pour mémoire le trafiquant professionnel qui n'est pratiquement jamais un intoxiqué. Membre d'un réseau structuré, il n'a guère sa place dans nos travaux s'agissant d'un malfaiteur de droit commun au même titre qu'un auteur de hold-up, un proxénète ou un trafiquant de faux billets de banque.

A l'autre extrémité de la chaîne se trouve le consommateur, qu'il s'agisse de l'utilisateur occasionnel ou de l'intoxiqué plus ou moins profond en état ou non de manque. La démarche policière sera perçue par l'utilisateur d'occasion comme une catastrophe dont il redoutera surtout les retombées familiales, professionnelles ou judiciaires. En revanche, pour le « junkie » confirmé elle marquera surtout une rupture intolérable dans sa vie de « camé », des jours ou des semaines sans l'indispensable et bienfaisante poudre. Quant aux conséquences familiales ou judiciaires, elles seront reléguées par lui à l'arrière-plan, soit qu'il n'ait plus rien à en apprendre ou à attendre, soit qu'elles lui paraissent très secondaires par rapport aux exigences impérieuses de son corps.

Ces considérations auront aussi leur importance dans les modalités mêmes de l'interpellation, la peur ou la haine pouvant les rendre moins banales qu'il n'y paraît.

Au second stade, celui de l'interrogatoire, les différences ne seront pas moins grandes. L'utilisateur occasionnel mis au fait, s'il ne les connaît déjà, des conséquences possibles de ses expériences en tous domaines, pourra en rester là et c'est un des aspects mal connus mais pourtant bien réels du rôle préventif de la police, la loi et le procureur permettant à l'intéressé de rompre sans dommage avec une habitude naissante. Ce même utilisateur pourra aussi, parfois, permettre de remonter d'un cran, dans la filière des fournisseurs.

Je sais tout ce qui a pu être dit sur le côté déplaisant, voire parfois immoral, de l'investigation policière dans ce domaine. Je n'ai par contre jamais rien entendu ni rien vu d'écrit sur tous ceux à qui

l'arrestation d'un réseau ou d'un simple pourvoyeur a pu éviter une rencontre qui aurait pu être fatale avec la drogue.

La situation sera radicalement différente en ce qui concerne l'utilisateur d'habitude quel que soit le produit qu'il emploie et plus encore en ce qui concerne l'intoxiqué profond aux drogues dures.

Souvent instruit par de précédentes expériences du contenu de la loi et du fonctionnement des institutions, conscient de sa qualité de « malade », son premier souci sera de recouvrer au plus vite sa liberté et de ne rien faire surtout qui puisse compromettre ses sources d'approvisionnement. C'est pourquoi ces interrogatoires d'intoxiqués d'habitude ne débouchent que rarement sur l'identification du four-nisseur.

Le mensonge, la tricherie, la feinte seront ses armes favorites auxquelles s'ajouteront parfois le chantage à la pitié ou dans des cas plus rares les tentatives pour extorquer la dose de « dépannage » en échange d'un renseignement, ou même, en particulier, de la part des filles, les essais de séduction du policier. Ainsi que l'a observé et écrit le docteur Olievenstein, le milieu de la drogue « est celui des embrouilles, des arnaques, on se refile de la marchandise truquée et surtout on dénonce... »

Il faut ajouter à cela l'incohérence des comportements ou comme dit Suzanne Labin leur extravagance, le mot étant pris au sens de « vager » en des lieux « extra ». Illogique, irrationnel, le « toxico » est très souvent aussi un nihiliste s'exaltant de sa propre destruction.

Quatre années de contacts quotidiens à Paris avec la foule des « junkies » interpellés ou raflés de jour comme de nuit, dans les secteurs les plus touchés de la capitale, m'ont permis de mesurer aussi bien l'indifférence des uns, l'immense détresse des autres, la perversité de certains ou encore l'abdication de toute dignité par ceux dont la seule raison de survivre est la quête frénétique du « shoot ».

S'adapter à ces apparences multiformes et essayer de rechercher la véritable personnalité du sujet est donc pour le policier une nécessité même si cela ne constitue qu'une étape dans la mission qui est la sienne. Cela implique, bien sûr, ou des vertus innées assez rares, ou une formation spécifique, et il est bon que la commission de Madame Pelletier ait mis l'accent sur la nécessité de dispenser une telle formation à tous ceux qui, dans les institutions policières et judiciaires, sont appelés au contact direct avec les milieux de la drogue.

Il va de soi aussi que le souci de l'efficacité dans la recherche des pourvoyeurs ne doit jamais durant la délicate période de la garde à vue, altérer l'indispensable vigilance qui s'impose à l'égard de jeunes gens dont on peut craindre n'importe quel geste désespéré, agressif ou suicidaire. Je citerai seulement une anecdote récente à propos d'une jeune fille qui, ayant demandé au cours d'une perquisition à son domicile à procéder à quelques ablutions, en profita pour prendre dans la salle de bain une fiole de médicament qu'elle dissimula dans son slip. Quelques heures plus tard, elle tentait de mettre fin à ses jours.

Bien entendu l'état de santé de l'intoxiqué doit à tout moment l'emporter sur toute autre considération policière et le recours au médecin ou à l'hôpital interviendra à chaque fois que cela sera nécessaire. Ce qui implique aussi un minimum d'expérience pour tenter de discerner les symptômes de la crise de manque véritable et ne pas se laisser abuser par ce qui n'est qu'une manœuvre pour échapper à l'engrenage judiciaire et retrouver, via l'hôpital, les chemins hasardeux des dealers habituels.

Un autre aspect important du sujet, vu par le policier, est celui qui concerne le revendeur qui est en même temps utilisateur.

Nous savons tous que la loi française du 31 décembre 1970 n'a rien prévu à leur sujet et laisse à la justice le grave choix qui doit être fait entre la nécessité de donner à un malade les meilleurs soins possibles et la non moins grande nécessité d'éliminer un trafiquant dont la vocation est de recruter de nouveaux adeptes dont beaucoup par la force des choses deviendront à leur tour des revendeurs. Car telle est, nous le savons bien, la règle immuable de ce jeu parfois mortel.

Il a été bien des fois débattu de ce problème quasi insoluble et mon propos n'est pas de le poser à nouveau. Il est seulement d'attirer l'attention sur le fait que ce vide juridique est maintenant systématiquement exploité par tous les intéressés. Il est vrai qu'il donne le moyen, en revendiquant hautement leur qualité d'intoxiqué, et en échange d'une promesse de cure aussi solennelle pour ceux qui l'ont prévue que dérisoire pour celui qui la fait, de recouvrer une liberté aussitôt employée à alimenter une clientèle un instant désespérée et à rechercher de nouveaux clients.

Il s'agit donc bien là d'une catégorie très particulière de délinquants avec des motivations et des comportements encore différents de ceux de l'intoxiqué traditionnel.

Et il faut dire que la ressource offerte par les textes est tellement bien connue, qu'elle sera même utilisée par des revendeurs à l'état pur — si j'ose cette affreuse image — puisque au prix d'un simple mensonge, voire d'une petite mise en scène, elle leur permet d'échanger la menace d'une peine carcérale très dure contre une libération immédiate.

Il est donc essentiel que, dès le stade policier, tout soit fait pour dépister de faux malades, d'autant plus socialement dangereux qu'ils ne sont animés que par l'exclusif appât du gain.

Il me reste à évoquer en deux mots la participation policière à une politique de prévention. Sans doute y a-t-il un évident paradoxe dans la juxtaposition des termes « police » et « prévention » et il est vrai que c'est essentiellement à la police que l'on doit une action répressive énergique menée depuis huit ans contre le trafic des stupéfiants. Mais il est vrai aussi que cette répression du trafic a constitué à elle seule un moyen efficace de prévention auquel nous devons une situation beaucoup moins grave que celle de la plupart de nos voisins.

Il est vrai encore que la chasse aux trafiquants a amené les policiers spécialisés à une connaissance assez précise du milieu clandestin des intoxiqués. Cette connaissance à elle seule est aussi une action préventive en ceci qu'elle peut dissuader par la seule crainte le candidat aux paradis artificiels.

Enfin, et mis à part des cas d'espèce comme il s'en trouve dans toutes les entreprises humaines, on s'accorde à reconnaître que les policiers spécialisés font généralement preuve à l'égard des toxicomanes de plus de compréhension que le public lui-même. Cet effort permanent, cette politique de présence quotidienne dans les lieux de microtrafic constituent je crois un des aspects les plus dynamiques de l'actuelle politique préventive.

Et la police pourrait sans doute faire plus et mieux dans ce domaine si les propositions de la mission Pelletier aboutissaient comme le souhaite son rapport à doubler le nombre des enquêteurs spécialisés et je suggérerai pour ma part que ces enquêteurs soient recrutés dans les jeunes hommes et les jeunes femmes, plus aptes du fait de leur âge, à la compréhension des intoxiqués. Et étant entendu par ailleurs que les risques inhérents à ce jeune âge devraient être compensés par un encadrement expérimenté.

Enfin, et je terminerai par là, il faudrait toujours dans la perspective d'une meilleure prévention, découvrir les moyens d'une réelle

collaboration sur le terrain entre tous ceux, qu'ils soient médecins, magistrats, éducateurs, enseignants, membres de l'association pénitentiaire ou policière, entre tous ceux à qui leurs fonctions donnent le triste privilège de côtoyer chaque jour ces jeunes en perdition.

S'il est exact que le policier ne doit pas se laisser aveugler par les nécessités de la répression, il est également essentiel que chacun se pénétre de la nécessité de ne pas refuser son concours à l'œuvre qui vise à l'assèchement des réseaux de distribution.

**Allocution de Madame DUSSERRE,
Professeur d'informatique à la faculté de Dijon.**

Ne voyez, dans mon propos, qu'un témoignage, un point de vue d'épidémiologiste et de statisticien.

Avec la collaboration de Madame le docteur Suzanne Foucher, inspecteur principal de la santé, chargée de la santé scolaire en Côte-d'Or, et de Monsieur Philippe Yatis, j'ai tenté de faire, il y a quelques mois, une enquête épidémiologique rétrospective sur la toxicomanie du jeune en Côte-d'Or, dans ce département où la population ne manifeste pas d'habitude d'excès particuliers.

Nous définirons rapidement les limites de notre étude en précisant ce que nous entendons par toxicomanie et en tenant compte des sources d'information qui nous étaient accessibles. Nous discuterons ensuite les résultats obtenus par cette enquête sur les quatre années qui viennent de s'écouler, et nous les comparerons aux statistiques nationales.

Comme définition, nous avons pris celle de l'Organisation mondiale de la santé à savoir, « état d'intoxication périodique ou chronique nuisible à l'individu et à la société, engendré par la consommation répétée d'une drogue naturelle ou synthétique, caractérisée par un besoin impératif de consommer la drogue et de se la procurer par tous les moyens, une tendance à augmenter les doses, une dépendance d'ordre psychologique et/ou physique à l'égard des effets de la drogue ».

Cette définition nous a conduits d'emblée à éliminer de l'étude des jeunes gens qui, par curiosité ou par besoin de se distinguer vis-à-vis de leurs camarades, ont fumé occasionnellement quelques joints en

écoutant de la pop music, sans en obtenir de satisfactions spécialement déterminantes.

Mais en pratique, nous avons recensé les individus qui étaient considérés comme consommateurs de drogue par les responsables de nos différentes sources d'information ; et il est probable que l'échantillon obtenu ne soit pas d'une homogénéité très sûre quant à la définition de la toxicomanie.

Nous nous sommes délibérément limités à l'étude de la toxicomanie par les stupéfiants et les hallucinogènes, autrement dit, sans vouloir entrer dans la classification fort complexe des spécialistes ni dans les querelles de distinction entre « drogue dure », « drogue douce », nous n'avons voulu considérer qu'une partie des substances psycho-dyspeptiques ; nous avons totalement éliminé les éléments comme l'alcool et les hypnotiques, et les psycho-analytiques sont signalés surtout en raison de leur association de plus en plus fréquente avec les hallucinogènes et les stupéfiants.

Notons également que ce que nous classons dans « cannabis » est presque exclusivement le hachisch, la marijuana est rarement utilisée dans notre population. Nous signalons que nous avons respecté l'usage de considérer l'héroïne séparément des autres opiacés.

Nos sources d'information sont les suivantes :

- rectorat de l'académie de Dijon,
- Direction départementale de l'Action sanitaire et sociale et par son intermédiaire :
 - le procureur de la République,
 - centres hospitaliers universitaires,
 - SAMU,
 - services de psychiatrie,
 - centres de psychothérapie,
 - le centre régional de Bourgogne pour l'enfance et l'adolescence inadaptée,
 - la brigade des stupéfiants de la police judiciaire.

Je remercie d'ailleurs, tout particulièrement, Monsieur le professeur Marin, Madame le docteur Daturier, et Monsieur le commissaire divisionnaire Charpi et ses collaborateurs, de nous avoir aidés dans ce travail.

Malgré la collaboration attentive et efficace de ces services, il est sûr qu'un certain nombre de cas nous a échappé et que les effectifs dont nous allons faire état ne sont que des estimations minimales des effectifs réels, ceci d'autant plus que nous avons dû délibérément éliminer des cas dont l'identité imprécise ne nous permettait pas d'être sûrs qu'ils n'étaient pas déjà pris en compte par d'autres sources.

Parmi les informations dont nous disposons, nous avons considéré tout d'abord l'origine géographique des toxicomanes.

Sur les 450 000 habitants que compte la Côte-d'Or, l'agglomération dijonnaise en représente à peu près 46 %, les autres villes de plus de 4 000 habitants environ 10 % et le département peut être considéré comme étant constitué de deux parties d'égale grandeur, une zone rurale qui n'intervient pratiquement pas dans notre étude et une zone urbaine qui comprend Dijon et six ou sept groupes. Pour la totalité des cas que nous avons pu colliger, c'est-à-dire 383, sur les quatre années, 283 sont domiciliés dans le département, 68 sont des gens de passage et 32 sont sans domicile fixe. Parmi les domiciliés en Côte-d'Or, 3 % sont des étrangers et pour la plupart des étudiants marocains. Parmi les hors Côte-d'Or, on trouve essentiellement des jeunes de la région parisienne ou du Midi qui transitent par Dijon. Quelques-uns seulement viennent des départements voisins, essentiellement la Saône-et-Loire.

Pour l'activité des sujets étudiés, le tableau montre l'importance relative du nombre des jeunes lycéens et étudiants (22 %) et des individus sans activité (41 %). On dénote également l'accroissement du nombre de cas, ces dernières années, puisque l'on est passé de 38 % en 1974-1975 à 105-102 % en 1976-1977.

Il est manifeste et bien connu qu'il y a beaucoup plus d'hommes que de femmes parmi les toxicomanes recensés, ceci vient d'être de nouveau confirmé à l'échelon national par le bulletin statistique du ministère de la Santé et de la Famille.

La répartition des âges suivant le sexe est représentée sous forme d'histogrammes dessinés de manière à comparer visuellement les statistiques de la Côte-d'Or aux statistiques nationales. Les moyennes ont été données avec plus ou moins deux écarts. Les deux premières colonnes en avant représentent tout d'abord les hommes en Côte-d'Or, puis les hommes en France, et les deux dernières colonnes, les femmes en Côte-d'Or et en dernier lieu, plus au fond, les femmes en France. Il ressort que parmi les utilisateurs de la drogue, les

femmes sont plus jeunes que les hommes, cette tendance apparaît en 1974 et 1975, sans être significative mais se confirme statistiquement en 1976 et 1977. On retrouve la même évolution dans les statistiques nationales. Contrairement à ce qui est généralement admis on note qu'il n'existe pas de véritable vieillissement des drogués, du moins la discrète augmentation de l'âge n'est pas encore significative sur le plan statistique. En Côte-d'Or la moyenne d'âge oscille sur les quatre années, entre 19 et 21 ans ; par contre, les statistiques nationales de 1977 donnent une augmentation un peu plus sensible.

La répartition des sexes montre que la drogue le plus fréquemment utilisée par les hommes comme par les femmes, est le cannabis. Cette tendance se retrouve au niveau national chez les hommes mais non chez les femmes qui semblent lui préférer les produits pharmaceutiques. La même répartition des drogues dans les deux sexes et selon l'année, a été représentée ici par ces différents histogrammes en même temps que la répartition nationale. Pour 1977, nous n'avons dessiné que la Côte-d'Or car les statistiques nationales nous sont parvenues il y a quelques jours seulement.

On peut noter, tout d'abord en 1974, l'importance du cannabis par rapport à l'héroïne et à la cocaïne. En 1975, les pourcentages du département sont sensiblement les mêmes que les pourcentages nationaux. En 1976, l'utilisation de l'héroïne s'est moins accrue en Côte-d'Or (13 %), qu'en France (37 %) ; par contre, la cocaïne est plus souvent recontrée en Côte-d'Or (3 %) qu'en France (1 %).

En 1977, la cocaïne moins chère, s'utiliserait de plus en plus mais il reste un fort pourcentage d'utilisateurs d'héroïne en Côte-d'Or. D'une manière générale, on note la diminution de la consommation du L.S.D., sa réputation de drogue dangereuse semble faire peur ; par contre la consommation des opiacés, héroïne mise à part, est stable en France alors qu'elle semble décroître en Côte-d'Or.

Pour étudier les associations de drogues, nous avons utilisé la classification définie par le ministère de la Santé et de la Famille. Les histogrammes montrent une progression manifeste de la poly-intoxication basée sur l'héroïne aussi bien en Côte-d'Or que pour toute la France. Le commerce du « brown sugar » est évidemment plus fructueux que celui du hachisch.

L'étude de la répartition des drogues, selon l'âge, en 1977 en Côte-d'Or, montre que les jeunes préfèrent l'héroïne tandis que leurs

ainés préféreraient le cannabis ; ce phénomène est sans doute simplement lié à l'apparition relativement récente de l'héroïne sur le marché.

L'importance des produits pharmaceutiques semble la même quel que soit l'âge et le pourcentage égal à 100 dans la dernière colonne ne doit pas impressionner car il n'a été calculé que sur quatre années.

Le nombre de produits utilisés a été noté selon l'année, pour chaque sujet et la comparaison des deux années 1976 et 1977 en Côte-d'Or — pour la France seulement 1976 — montre une nette progression de la polytoxicomanie en Côte-d'Or, ce qu'on ne retrouve pas spécialement à l'échelon national sur les dernières statistiques qui viennent d'être publiées.

Que peut-on tirer de notre étude régionale ?

En premier lieu, la progression manifeste de la toxicomanie chez les jeunes ; jusqu'à la fin de 1970 à Dijon, aucun cas n'avait été signalé dans le monde scolaire. En octobre 1973 une enquête menée par l'académie de Dijon, et pour les 15 mois qui suivirent, notait un certain nombre de collégiens, de lycéens et d'étudiants qui avaient fait l'objet de procédures pour infraction à la législation sur les stupéfiants. A cette époque, on avait noté 63 collégiens et lycéens, 54 étudiants, ceci pour 15 mois. C'est généralement le hachisch qui était en cause et l'on notait également quelques cas de poly-intoxication au hachisch et L.S.D. ; il s'agissait de plus d'un phénomène urbain intéressant essentiellement Dijon. A l'heure actuelle, les gros bourgs sont atteints, la campagne semble rester indemne bien que des jeunes, originaires de la zone rurale se retrouvent effectivement dans les collèges et les lycées des villes et c'est là qu'ils peuvent être éventuellement repérés comme drogués.

Nous avons constaté qu'une telle enquête sur la toxicomanie se heurtait à divers obstacles :

— tout d'abord, la difficulté de respecter la définition officielle du mot toxicomanie dans une enquête retrospective ;

— puis la sous-estimation systématique des fréquences réelles : la volonté de détecter les toxicomanes et l'efficacité de leur recherche varie d'un lieu à un autre selon la motivation des responsables en cause. Il faut donc, à mon avis, bien se garder de comparer, par exemple, les différents départements entre eux. Cette variabilité du

recueil des données diminue, c'est sûr, l'intérêt du regroupement, à l'échelon national, d'informations aussi hétérogènes ;

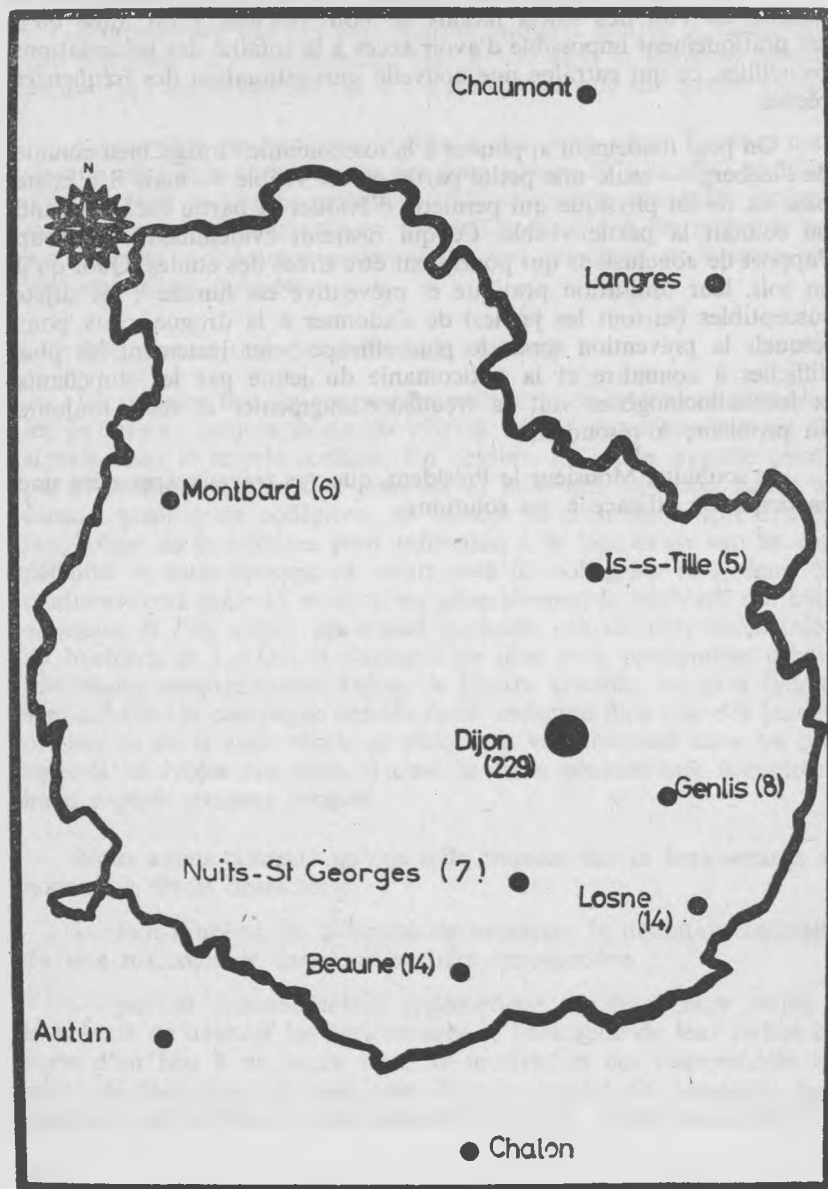
— enfin le problème reste toujours très difficile à aborder car la drogue est l'un des sujets tabous de notre société. C'est ainsi qu'il est pratiquement impossible d'avoir accès à la totalité des informations recueillies, ce qui entraîne une nouvelle sous-estimation des fréquences réelles.

On peut finalement appliquer à la toxicomanie l'image bien connue de l'iceberg — seule une petite partie en est visible — mais il n'existe pas, ici, de loi physique qui permette d'évaluer la partie cachée quand on connaît la partie visible. Ce qui restreint évidemment beaucoup l'apport de conclusions qui pourraient être tirées des études. Quoi qu'il en soit, leur utilisation pratique et préventive est limitée ; les sujets susceptibles (surtout les jeunes) de s'adonner à la drogue, ceux pour lesquels la prévention serait le plus efficace, sont justement les plus difficiles à connaître et la toxicomanie du jeune par les stupéfiants et les hallucinogènes voit sa fréquence augmenter et reste toujours un problème à résoudre.

Je souhaite, Monsieur le Président, que vos travaux apportent une participation efficace à ses solutions.



NOMBRE DE CAS DE TOXICOMANIE
1974 A 1977 EN CÔTE D'OR



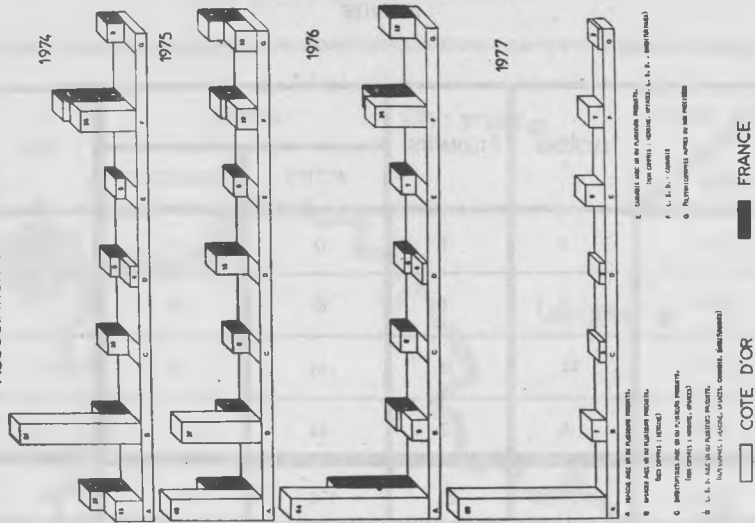
ACTIVITE

ANNEE \ ACTIVITE	LYCÉENS	ÉTUDIANTS	AUTRES		TOTAL
			ACTIFS	NON ACTIFS	
1974	6	5	12	15	38
1975	0	5	15	18	38
1976	23	12	44	26	105
1977	8	3	34	57	102
TOTAL	37	25	105	116	293

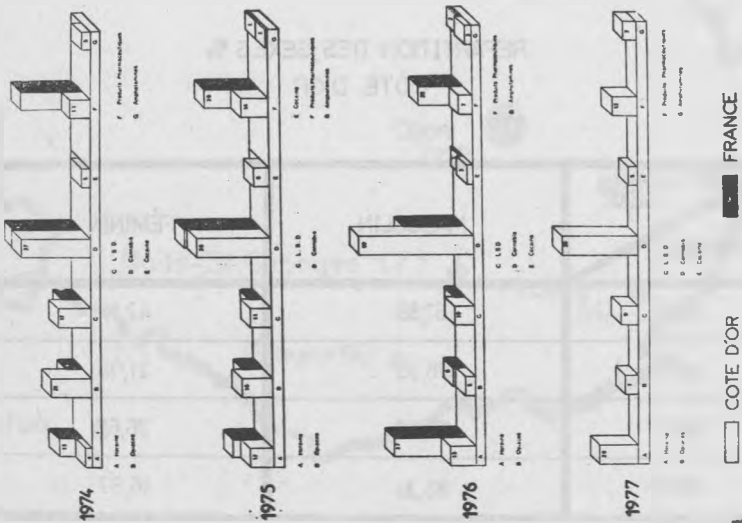
REPARTITION DES SEXES %
CÔTE D'OR

ANNEE \ SEXE	MASCULIN	FÉMININ
	1974	57,89
1975	78,95	21,05
1976	73,33	26,67
1977	83,33	16,67

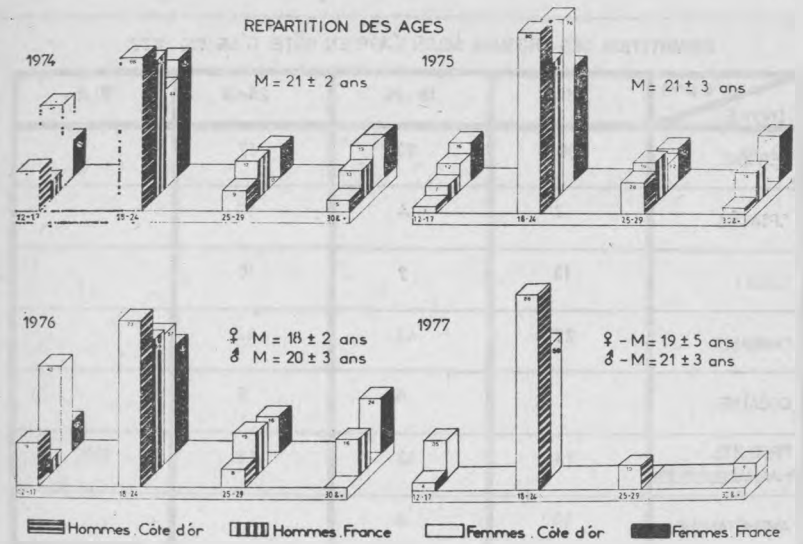
ASSOCIATION DE DROGUES



REPARTITION DES DROGUES



REPARTITION DES AGES



NOMBRE DE PRODUITS UTILISÉS SIMULTANÉMENT



1977 CÔTE D'OR



REPARTITION DES DROGUES SELON L'AGE EN CÔTE D'OR (%) 1977

AGE (ans) \ DROGUES	-18	18-24	25-29	30 et +
HÉROÏNE	30	20	17	
OPIACÉS	7	4	10	
L.S.D.	13	7	10	
CANNABIS	27	42	42	
COCAÏNE		6	5	
PRODUITS PHARMACEUTIQUES	13	12	16	100
AMPHÉTAMINES	10	9		

LIEU DE RESIDENCE

DOMICILE \ ANNEE	CÔTE D'OR	HORS CÔTE D'OR	S-d-f	TOTAL
1974	38	11	5	54
1975	38	12	3	53
1976	105	18	7	130
1977	102	27	17	146
TOTAL	283	68	32	383

Allocution du docteur DUCOUEDIC, psychiatre de secteur à Rennes.

Il ne s'agit pas de savoir si les toxicomanes ont leur place en prison, puisqu'il ne nous appartient pas d'en décider.

Il faut pourtant bien faire quelques remarques préalables : si l'usage des toxiques constitue un délit, il recouvre une signification beaucoup plus large liée à des problèmes existentiels ; sans les traiter, je voudrais simplement les citer :

- les problèmes de générations ;
- problèmes de société, société dont on a dit qu'elle avait une éducation laxiste ne permettant pas au sujet de s'identifier à une image sécurisante et d'établir un compromis valable entre ses désirs et les interdits ; à ce titre-là, la mode des idoles et le glissement vers les sectes constituent une solution toute trouvée, la drogue en est une autre ;

— il y a enfin des caractères propres à l'adolescence, l'anxiété, l'interrogation fondamentale, l'instabilité émotionnelle mais aussi le principe du plaisir immédiat. Il y a enfin chez l'adolescent la recherche d'absolu, le besoin de spiritualité, le goût pour une vie rationnelle, l'incommunicable, la recherche de la guerre.

Tout cela il peut le chercher et le trouver dans la drogue, à un moment déterminé, sans penser qu'il s'agit d'un délit en soi.

Le profil du toxicomane a grandement changé, Curtet le disait au cours des dernières années et on peut schématiquement le situer de la façon suivante, en trois grandes périodes :

— dans les années 1965 à 1968, c'est l'attitude politico-hippie qui a un peu disparu, bien que l'on en retrouve quelques modèles à Katmandou dont je suis revenu, il y a quelques jours ; ce sont des gens qui vivent sur un mode où les sentiments généreux, la non-violence, un certain évangélisme archaïque, se mêlent à l'aspect communautaire, la libération des frontières, le voyage mystique aux Indes ou au Népal et le mirage de la contemplation ;

— dans les années 1967 à 1968, on a vu un mode tout différent : on se shoote, on se défonce, c'est le flirt avec la mort, avec la folie, la marginalisation pure, l'attitude délictuelle souvent accentuée, les casses de pharmacies, et dans la foulée, la contestation active et l'opposition aux structures sociales ;

— depuis 1974-1975, on voit apparaître une marginalisation plus passive et sournoise, c'est un refus, la non-adhésion aux lois sociales, le non-engagement, on n'est pas activement contre, on est délibérément à côté, et en dehors. C'est un désinvestissement global qui va recouper le refus de s'accepter dans sa problématique personnelle, dans son identité comme dans son sexe, à plus forte raison dans les rouages de la société.

Mêmes mutations du reste, sur le plan de la délinquance. Il y a à quelque dix ans, il était assez facile de distinguer le trafiquant plus ou moins important, habituellement, peu toxicomane lui-même, de l'utilisateur assez peu trafiquant. Le premier tombait sous le coup de la loi, le second sous les articles utilisant les possibilités médicales.

L'action judiciaire a rendu les choses plus périlleuses pour les vrais trafiquants, aussi a-t-on vu insensiblement s'opérer une mutation du mode de distribution, les trafiquants devenant plus prudents et par conséquent plus difficiles à démasquer. Les utilisateurs, petits revendeurs, par contre pullulent et lui causent bien des problèmes, ils

n'hésitent pas à entreprendre des voyages relativement importants — le petit dealer fait fureur — qui assurent confortablement leur propre consommation et celle de quelques petits utilisateurs ; mais il n'est pas du tout évident que le dealer limite ses opérations à son seul besoin et à ce microréseau sans en tirer des profits substantiels.

Situation des toxicomanes en milieu pénitentiaire.

S'ils ont traîné auparavant, quand nous avons commencé les uns et les autres, il y a quelques années maintenant, les caractères négatifs nous sont apparus d'emblée comme sérieux ; même au stade de l'inculpation une espèce de distinguo entre ravitailleurs et ravitaillés devient difficile, sur le plan théorique, il existe une sorte de confusion entre rechute et récidive et la loi semble faire une obligation au sujet de guérir, ce qui est assez curieux. Le traitement du toxicomane incarcéré pourrait se teinter d'un certain caractère de coercition et de pressions alors que tous s'accordent à reconnaître que seuls l'objectivation, le volontariat, l'engagement personnel autorisent une dynamique convenable.

L'incarcération implique un changement culturel radical et c'est peut-être le plus grave ; chacun porte les habitudes d'un univers social, familial où va se rencontrer un mode très différent, les valeurs sont étrangement codifiées, l'adaptation ne peut donc s'y faire qu'au détriment de l'intégrité de la personne et l'on sait que le toxicomane a toujours des problèmes de maturation, d'identification et de limitation de sa capacité adaptative.

Cette adaptation carcérale va se faire à travers des techniques de mortification, vécue par le toxicomane trop souvent comme des phénomènes de dépersonnalisation, de facilitation de l'embrigadement, de la perte de l'autonomie. On a pu parler d'automatisation dans un résidu de servitudes ; les toxicomanes se sentent un peu plus au ban de la société dont ils étaient déjà des marginaux très ou pas conscients. Cette incarcération est surtout dangereuse chez de jeunes adolescents et comporte des risques évidents de contamination. Tous ceux qui se sont occupés des toxicomanes ont noté leur appétence pour le groupe, la microsociété toute marquée par la permissivité, la tolérance, mais également, il est vrai, par le pragmatisme, la facilité et le laxisme.

Que penser des vécus carcéraux, avec leur rituel contraignant ; cet isolement facteur de dépression favorise bien souvent des conduites abandonniques, beaucoup plus graves en elles-mêmes que des conduites tapageuses. Si les états de manque sont relativement rares en milieu

carcéral, il existe par contre des répercussions très importantes sur le dynamisme, l'équilibre psychologique, et il est primordial d'en évaluer l'importance.

Cependant il est apparu, au fil des ans, que les incarcérations n'avaient pas toujours que des caractères négatifs et que le temps pénitentiaire pouvait, dans un certain cas, être utilisé de façon positive, comme plate-forme ou comme tremplin (je ne dis pas qu'on peut guérir en milieu pénitentiaire).

Le premier argument, bien entendu, est celui du traitement pénal ; pour les tenants du traitement pénal, la notion de facteur temps y est essentielle, favorisant le recul par rapport aux faits événementiels, la réflexion, l'objectivation et, partant, la maturation et la stabilisation. Certains magistrats ont pu dire qu'une incarcération avait réussi là où toutes les approches thérapeutiques avaient échoué.

Le second critère est la séparation obligée du milieu pathogène incitatif à la drogue, là, c'est un fait certain.

Le traitement pénal, tel que certains le conçoivent, avec son approche psycho-socio-éducative ; on a pu reprocher à certains psychiatres leur apport trop exclusivement psychologique, orienté vers la psychanalyse.

Apprendre à vivre, apprendre la vie tout court, pour certains c'est peut-être du domaine de la pédagogie autant que de la thérapeutique ; cet aspect éducatif, rééducatif, certaines structures pénales estiment le posséder avec la pénétration dans la prison de divers intervenants dont nous sommes l'un des éléments.

On a pu observer au cours des derniers mois qu'il s'opérait un infléchissement de positions parfois théoriques ; d'une part, un grand nombre de médecins compétents en matière pénitentiaire est de plus en plus conscient de l'importance de cet apport éducatif, de la pédagogie, même si des problèmes plus proprement médicaux et psychologiques interfèrent également chez le toxicomane. De leur côté, les magistrats ont assoupli leur position sur ce qu'on appelait improprement la « cure de désintoxication » ; du reste, devant cette bonne volonté, ce n'est plus qu'une question de langage ; ils admettent bien que cette cure ne se limite pas à un apport exclusivement médical, à des traitements pharmacologiques dits de substitution ou à une couverture chliatrique apparemment sécurisante. Les magistrats ne reculent pas, dans cette « cure », ni la vie communautaire, ni le placement familial, ni la formation professionnelle.

Des éléments positifs, plus essentiels et plus récents, ont pu être encore enregistrés.

— La décision de Monsieur le Garde des Sceaux, de moduler des peines de substitution pour les juvéniles, constitue une immunisation et exclut les risques de contamination.

— Conformément aux directives de Madame Pelletier, la désignation de magistrats spécialisés, juges et procureurs dans les cours d'appel, les rencontres de magistrats et équipes thérapeutiques spécialisées qui se font dans certaines régions dont on a eu le plaisir, il n'y a pas longtemps.

— Enfin par la circulaire du 17 mai 1978, Madame Pelletier a offert la possibilité, à différentes personnes, de pénétrer en milieu pénitentiaire et d'y engager un processus dynamisant, constructif, permettant de préparer l'avenir.

Nous nous sommes limités, dans cette courte étude, que nous avons du reste un peu sabrée, parce que le temps passait, au profil psychologique et à la mutation des toxicomanes incarcérés ainsi qu'aux éléments positifs comme négatifs que représentait le temps pénitentiaire. Il nous apparaît cependant que de nouvelles possibilités sont offertes aux toxicomanes incarcérés et des résultats encourageants et tangibles ont déjà pu être enregistrés.

Allocution de Madame le docteur LEDUC, psychiatre à la maison d'arrêt de La Santé.

Il s'agit d'un travail qui a été fait à l'aide du test de Rorschach, test qui utilise des techniques projectives et ce travail a été fait au cours du premier trimestre 1978 à la prison de La Santé sur 50 héroïnomanes — choix du terme héroïnomanie en raison de l'intervention en premier lieu de l'héroïnomanie — il faudrait plutôt parler de polytoxicomanes aux drogues dures. Je précise que, parmi les gens qui font l'objet de cette étude, il s'agit effectivement de toxicomanes aux drogues dures qui n'utilisaient que le shoot ou voie intraveineuse, ont été écarté de cette étude les gens qui se contentaient simplement de sniffer et tous les utilisateurs de drogues douces, par conséquent, ont aussi été éliminés.

Pendant cette période du premier trimestre 1978, 100 toxicomanes ont été incarcérés à la prison de La Santé, c'est donc dire qu'une sélection a été faite et sur ces 50 qui ont été étudiés, 26 seulement faisaient l'objet d'une inculpation touchant à la drogue.

A travers cette étude, nous avons tenté de définir deux points :

1. s'il y avait, à travers les résultats du test, quelque chose qui pourrait permettre d'apparenter ces gens à une structure border-line ;
2. l'autre aspect du travail consistait à déterminer s'il y avait une possibilité thérapeutique à travers les résultats des tests.

Nous avons tenté de retrouver, dans une étude en double aveugle, à partir de personnalités qui pouvaient donc s'apparenter, apparenter ces sujets aux états limites ou border-line. Il faut se référer pour cela aux études qui ont été faites à Lyon par Bergeret et aux U.S.A. par Clynberg.

Ces états constituent une formation pathologique intermédiaire entre névrose et psychose, qui sont caractérisés essentiellement par une angoisse dépressive et un clivage de la personnalité en deux secteurs : un secteur adaptatif d'une part et un secteur qui les maintient dans une relation anacritique de dépendance qui les prédispose à la dépression.

Pour le secteur adaptatif, on peut donc dire qu'il y a un maintien des liens, très fort, à la réalité ; ce sont des sujets qui vivent dans un monde réel, qui ne délirent pas, ce ne sont pas des psychotiques.

Les résultats obtenus à la passation du test présentent une très grande analogie avec ceux obtenus chez les personnalités border-line ; je me permets de vous donner quelques petites définitions bien que ce soit technique, puisqu'il s'agit d'un test très codifié : maintien des liens à la réalité qui est objectivé par un nombre de réponses élevé, un nombre très important de formes — c'est le déterminant principal — ce sont des formes bien vues, un nombre suffisant de réponses globales, assez peu de refus à la passation des planches, et un nombre de banalités suffisant qui témoignent d'une bonne participation à la pensée collective, ceci pour l'aspect le plus normalisateur, disons plus positif. Pour ce qui les rapprocherait plus des personnalités border-line, on retient un polymorphisme défensif, c'est-à-dire que ces gens se présentent comme ayant des potentiels de réactivités diverses, soit de structure névrotique, soit psychotique, soit psychopathique. On note également des réponses d'une certaine crudité, un langage qui n'est pas métabolisé, qui n'est pas symbolisé, une très grande transparence de l'inconscient ; nos toxicomanes à structure border-line ont un aspect plus projectif que les border-line ordinaires, c'est un mécanisme de défense qui est utilisé. L'anxiété est très manifeste et on retrouve des thèmes privilégiés qui sont des thèmes de toute puis-

sance et de mégalomanie et d'autres thèmes qui traduisent des troubles de l'identité. Voilà donc pour le premier aspect du travail.

Le deuxième aspect consistait donc à faire une espèce de corrélation entre l'anamnèse, les données que nous fournissait la clinique, l'histoire de ces sujets et les résultats obtenus aux tests. J'oubliais de dire que ce noyau border-line était retrouvé dans les 2/3 des cas de nos sujets et que ces sujets étaient répartis en deux groupes, si on reprenait l'histoire sur un plan clinique, il y avait des sujets conflictuels — 19 sujets à histoire conflictuelle — et le reste, c'était des carencés ou des psychotiques. Donc, il y a 2/3 de ces sujets qui présentent un noyau border-line, et ce noyau border-line apparaît moins organisé chez les sujets carencés. Il est plus organisé chez les sujets à histoire conflictuelle, donc chez les sujets plus structurés.

Pour le deuxième aspect du travail qui est une étude comparative des données biographiques et cliniques des sujets avec les résultats aux tests, on reprend donc les renseignements fournis par l'anamnèse et on retrouve que sur ces 50 sujets, il y a 26 sujets carencés précoces — c'est-à-dire des gens qui, dès leur petite enfance, voire dès la naissance, ont fait l'objet de carences très profondes : abandon par la mère, ou par les deux parents, placements en nourrice, ce sont souvent des placements itératifs et nombreux — on retrouve le compte de 26 sujets carencés plus 5 psychotiques, c'est-à-dire des gens qui ont fait des manifestations psychotiques authentifiées par des hospitalisations ; plus 19 sujets conflictuels, soit 50.

Quand on compare le test clinique, on est surpris de voir que parmi ces 26 sujets carencés précoces, il y en a 10 qui ont des protocoles au Rorschach très structurés. Il y a donc là une contradiction et, parmi les sujets conflictuels, il y en a 5 qui eux, au contraire, ont des protocoles désorganisés qui pourraient donc les faire apparenter aux carencés.

Malgré ces contradictions, le test demeure quand même très significatif, en ce sens où il y a eu corrélation entre la carence précoce et la désorganisation de la personnalité et, statistiquement la relation carence précoce-désorganisation... est significative à — 0,1.

Dans l'autre groupe : les 19 sujets conflictuels, 5 personnes ne collent pas très bien, il y a une différence entre ce qu'on trouve au Rorschach et leur histoire clinique ; pourquoi, on ne sait pas.

Malgré tout cela, il existe quand même une très grande corrélation entre ce qu'on trouve, ou objective, dans la passation de tests et l'anamnèse.

Ces résultats posent la question suivante ; notamment au sujet de ce groupe de carencés ; dans ce groupe de sujets carencés, il y a quand même 10 protocoles sur 31 qui sont structurés, soit près d'1/3, ce qui apparaît contradictoire, ces éléments de carence précoce dans leur biographie auraient pu inciter au pessimisme, la question qui se pose est donc la suivante :

« Quel sera le devenir de ces sujets carencés mais dont le protocole au test de Rorschach est structuré et quelles sont les chances chez eux d'une psychothérapie ? »

C'est une question qui reste ouverte. Cette même question attire notre attention sur le degré de liberté de chaque individu puisque le poids du destin pourrait ne pas être fatal à condition qu'une chance soit donnée à ces sujets.

Hypothétiquement le Rorschach permettrait d'envisager une psychothérapie pour les sujets à histoire conflictuelle puisqu'ils ont un protocole structuré et pour ce groupe de sujets carencés dont le protocole est structuré (un tiers).

Ce test pourrait donc avoir une valeur prédictive thérapeutique.

Mais avant de terminer, je voudrais quand même faire une mise en garde car je ne voudrais pas qu'il y ait la réaction trop simpliste qui consisterait à dire « eh bien, c'est très simple, on va faire passer à tous les toxicomanes le test de Rorschach et tous ceux qui auront un bon test de Rorschach, on va les mettre en psychothérapie.

La psychothérapie, c'est comme le mariage, il faut être deux d'une part, il faut se rencontrer, il faut que les deux soient consentants. Il faut donc qu'il y ait la rencontre du thérapeute et de son patient. Evidemment, la prison n'est pas un lieu idéal. Mais je ne suis pas aussi pessimiste que le docteur Curtet et je pense que le travail psychologique peut s'engager à la prison, même s'il ne peut pas s'élaborer de façon définitive, il peut tout au moins s'amorcer.

Et j'en profite aussi pour dire que, très souvent, nous, thérapeutes, nous sommes frustrés et déçus parce que nous commençons à engager des choses, il y a un transfert qui s'établit, un travail psychologique qui commence à s'amorcer, et paradoxalement le patient ne reste pas là suffisamment longtemps, il part au moment où quelque chose commence à s'amorcer.

Allocution du docteur AUDIBERT, médecin à la maison d'arrêt de Nice.

Je vous prie, par avance, de bien vouloir pardonner à l'extrême concision de ce qui ne peut être que l'objet d'une information plutôt que d'une véritable communication, c'est-à-dire, la création à Nice, depuis quelques mois, d'un service hospitalier réservé aux détenus de la maison d'arrêt de Nice.

Certes depuis le début de cette séance, nous avons entendu les différents orateurs et en particulier, de Monsieur Dablanc à Monsieur le Garde des Sceaux, nous confirmer l'opportunité de donner à ces malades le contexte médical qu'une société avancée doit leur offrir.

Surtout Monsieur le professeur Fournier a évoqué la nécessité d'offrir plusieurs modèles de soins médicaux à cette catégorie de malades.

C'est donc avec une gratitude particulière pour son clairvoyant et puissant soutien que je renouvelle à notre patronne, Madame Troisier, mes remerciements.

Ainsi donc, depuis plusieurs mois, fonctionne au centre hospitalier régional de Nice, dans le cadre d'un service de médecine interne, une section fermée qui comprend 8 lits et où nous recevons les malades, en particulier ceux de la maison d'arrêt de Nice et, jusqu'à une époque assez récente, ceux de la région y compris les toxicomanes. Ils peuvent donc y recevoir les mêmes soins que dans les services hospitaliers ouverts, soit directement, soit sous la forme de consultations.

Cette expérience est encore trop nouvelle pour que nous voulions n'en retenir que la possibilité de l'ouverture de cette médecine carcérale ; nous espérons réussir et venir vous présenter bientôt un bilan avec un recul suffisant pour le confronter à l'expérience des autres médecins plus spécialisés dans cette pathologie.

Les 8 lits appartenant à l'hôpital Pasteur permettent une prise en charge des détenus en milieu hospitalier, il y a un interne, il y a une équipe médicale, il y a différents médecins consultants et nous pouvons, sous escorte bien entendu, envoyer les détenus vers les différents services de spécialité.

Nous recevons toutes les catégories de malades, y compris les toxicomanes, en particulier lorsque le neurologue de la maison d'arrêt

souhaite que le traitement soit complété s'il y a des dépressions sérieuses, s'il y a une nouvelle destruction grave.

Devant le nombre sans cesse croissant de toxicomanes incarcérés, les services médicaux et administratifs pénitentiaires sont confrontés à un nouveau modèle de délinquants. Ceux-ci demandent une surveillance médicale encore plus stricte que les autres détenus. Leur réinsertion sociale est également plus ardue que pour les autres délinquants.

Le coût élevé des drogues oblige les toxicomanes à verser dans la délinquance. Les délits les plus souvent commis se composent de vols de sac à main, de vols dans les pharmacies, de trafic de drogue, de prostitution tant masculine que féminine.

Une évaluation faite à la maison d'arrêt de Nice révèle que 20 % des sujets incarcérés sont des toxicomanes. Les pourcentages sont égaux pour les deux sexes. Ces valeurs élevées sont peut-être expliquées par l'attrait particulier que la Côte d'Azur exerce aussi sur ce milieu, et pour le brassage important de la population qui découle de la vocation touristique de cette région.

Ce contingent important qui semble-t-il va croître dans les années à venir nécessite des soins médicaux à court et à long terme.

A court terme, c'est le problème du manque dont l'incarcération augmente les effets subjectifs. Ce sevrage nécessite un encadrement paramédical et médical de tous les entrants quand on sait que sur le plan épidémiologique c'est à cette période que ces sujets se livrent à des tentatives de suicide ou à des automutilations. La conduite du toxicomane est déjà destructrice en ce sens que l'utilisation de substances toxiques pour combler un manque et que l'augmentation rapidement progressive des doses ont une double valeur : recherche de la satisfaction du désir et désir d'interrompre cette suite de satisfactions non réussies par une attirance vers la mort. A cette conduite propre aux toxicomanes vient s'ajouter une série de facteurs favorisant tels que l'immaturité affective, l'angoisse existentielle, la liberté émotive.

A long terme, c'est le problème de la réinsertion sociale d'un détenu auquel s'ajoute le problème de la postcure chez le toxicomane, le second conditionnant le premier. A ce propos il faut se rapporter aux nombreux rapports et études publiés à ce jour. Il semble cependant que la durée de l'incarcération n'influe pas et que le problème de la postcure n'est pas réglé par une détention prolongée. Par ailleurs,

il semble, aux dires des intéressés eux-mêmes, que les centres de postcure ne soient pas la solution la plus favorable puisque les toxicomanes n'y parlent que de shoot et de manque... Il serait souhaitable de tenter une postcure adaptée à chaque cas. Cela nécessite la mise en place d'une équipe médico-sociale susceptible de suivre chaque individu le temps nécessaire à sa réadaptation sociale. Cet encadrement dont le coût semble élevé à priori constituerait le meilleur mode de réinsertion et éviterait à la société le coût de nouvelles journées de détention et d'hospitalisation que nécessite l'état des toxicomanes.

CONCLUSION :

Actuellement 20 % des sujets incarcérés à la maison d'arrêt de Nice sont des toxicomanes qui posent un double problème :

- une surveillance médicale et paramédicale plus importante que celle nécessaire pour les autres détenus ;
- un problème de réinsertion sociale sous-tendu par la dépendance vis-à-vis des drogues.

Allocution du docteur TOSTI, médecin de la prison-hôpital des Baumettes - Marseille.

Je me permettrai, un bref instant, de rappeler l'expérience et le fonctionnement du centre Entremonts de Marseille, centre qui a été créé en 1972, pour répondre au double objectif à la fois médical et judiciaire : assurer les soins médicaux et assurer la garde à vue des héroïnomanes en crise de manque important dont le nombre, à cette époque, était relativement considérable.

Le centre est donc situé au sein de l'hôpital Salvator qui est un hôpital général dépendant de l'Assistance publique, il comporte 22 places et non pas 22 lits, et c'est un service fermé dont la garde est assurée par les services de police.

Nous y avons reçu, depuis la création en 1972, 479 toxicomanes garçons et filles.

L'admission dans le service s'effectue de plusieurs façons — soit directement après l'interpellation ou après une mise en garde à vue par le service de la brigade des stupéfiants, soit directement par l'incarcération à la maison d'arrêt des Baumettes de jeunes intoxi-

qués dont l'état de santé justifie leur passage dans le service ; ou bien directement à partir d'autres maisons d'arrêt régionales de la partie Sud de la France.

En place se trouve une équipe médicale : un personnel infirmier de formation psychiatrique, une assistance sociale, trois éducateurs, deux psychologues.

Le séjour dans le centre : la durée du séjour est variable, elle peut se faire de quelques jours simplement à trois ou quatre mois. Au cours de cette période, tout d'abord, les premiers temps de la phase de sevrage sont traités bien sûr, et au cours de laquelle, bénéficiant de l'infrastructure hospitalière environnante, nous effectuons un bilan somatique complet. Succède à cette période, la deuxième phase qu'on appelle très souvent la phase de contact ou de relations. En effet la présence permanente d'une équipe très polymorphe, dans sa structure, offre de nombreuses possibilités et permet mieux qu'en milieu carcéral une certaine disponibilité et une écoute plus complète à tous les problèmes qui vont se révéler, une fois passé le temps de la souffrance physique, une fois passé le temps du choc de l'incarcération, de la rupture avec le milieu extérieur et de la découverte de la complexité de la situation pénale du toxicomane.

Autant de situations qui sont des plus angoissantes pour lui et qui vont peu à peu être à l'origine, et qui vont être la cause d'échanges et de communications. C'est à travers ces échanges et ces communications que le contact va permettre de préparer petit à petit et d'amorcer le terrain d'une relation thérapeutique.

Cette relation sera poursuivie pendant le séjour et en fonction de la situation pénale de l'intéressé, le séjour s'orientera obligatoirement vers deux solutions :

— soit, dans la moitié des cas environ, la détention préventive restant assez courte, les mesures de la mise en liberté étant suffisamment rapides, on peut espérer une sortie du toxicomane qui sera organisée à partir d'un service, organisée en ce qui concerne le travail et le logement, en ce qui concerne une suite thérapeutique qui a été amorcée, tout juste utilisée, soit vers l'intersecteur ou bien sera poursuivie en fonction des choix par les membres de l'équipe elle-même ;

— ou bien très souvent, c'est le retour vers le milieu carcéral, pénitentiaire qui s'impose, provoquant bien sûr quelques difficultés, et le toxicomane sera resuivi soit à l'infirmerie de détention, soit dans le cadre du C.M.P.R.

De toute façon, il serait très souhaitable, pour nous, d'avoir une équipe plus nombreuse, mais je voudrais dire que quelle que soit la structure fermée pénitentiaire, ou fermée hospitalière, ce qui paraît le plus important est de pouvoir offrir, en détention aux toxicomanes, une équipe spécialisée qui ne serait disponible que pour lui.

Je rejoins un petit peu la question que nous posait Monsieur le Président au début de la conférence, à savoir, l'importance d'une équipe spécialisée au service du toxicomane en milieu carcéral.

**Allocution de Monsieur MONTEILS,
directeur régional à Strasbourg, ancien directeur de Fleury-Mérogis.**

Je vous réponds spontanément, je ne suis pas d'accord sur le fond de l'exposé du docteur Curtet qui estime, assure, qu'un drogué ne peut être traité dans l'établissement car étant sevré par la force des choses, il n'est pas en mesure d'accepter ou de souhaiter une cure de désintoxication.

Je pense au contraire, bien que n'étant pas un spécialiste, qu'il est souhaitable de profiter de la période qui suit celle où l'état de manque rend l'individu insensible, irascible, pour tenter le traitement de ce genre d'intoxication.

Il est à mon sens un avantage indéniable : le drogué est maintenu en détention par la justice et l'Administration pénitentiaire ; par contre, le médecin demeure en dehors de cette situation, de cette contrainte, il peut en jouer et établir une relation avec le malade assez exceptionnelle.

Il est aussi de notre devoir de découvrir le plus rapidement possible ceux dont l'état de santé nécessitera les soins immédiats ou les conseils d'un spécialiste. Dès l'arrivée dans l'établissement pénitentiaire, il est nécessaire d'essayer de savoir à qui nous avons à faire pour orienter, aider ou soigner.

Après les différents passages à la police ou au parquet, pendant lesquels il a été surtout préoccupé par « l'affaire », le détenu trouve dans la prison un moment de répit où les difficultés créées par l'incarcération apparaissent.

Nous devons être attentifs et profiter de cet instant de réflexion du détenu pour faire avec lui le point de sa situation.

En général, si l'équipe d'accueil sait être proche de l'homme, elle obtient les résultats espérés. Il faudra, avant de parler de règlement, des devoirs et des droits, essayer de connaître les problèmes qui le préoccupent. Dès que possible, sur le champ même, il sera nécessaire de régler ou de mettre sur la voie du règlement les soucis familiaux ou professionnels. Cela peut être mené rapidement par un ou deux coups de téléphone. Le détenu sera rassuré et confiant. Pourront être abordées les autres difficultés : santé, drogue, placement dans tel ou tel bâtiment, désir de travail, désignation d'un avocat, etc.

Après ce passage devant l'équipe d'accueil, le détenu pourra rejoindre la détention.

Il sera soulagé de tous les soucis qu'il avait en entrant. Il sait pour les avoir vus que les fonctionnaires, médecins, éducateurs ou assistante sociale sont là pour l'aider en cas de besoin. Autre fait important, l'information première ne lui sera pas venue par ses codétenus mais par des responsables de la maison d'arrêt.

Les résultats ont été positifs, tant sur le plan de la discipline que celui de la communication, et surtout, le nombre des automutilations ou suicides ont diminué dans des proportions connues.

Voilà très rapidement brossé, ce qui se fait dans certains établissements et pourrait se faire dans tous, même si l'équipe d'accueil est moins étoffée.

Allocution des docteurs CALABRO, CARRER, PONDRELLI.

Le problème des toxicomanes détenus en prison est aujourd'hui plus que jamais au premier plan et il pose des questions complexes d'ordre juridique, sanitaire et d'organisation.

Environ deux ans et demi après la promulgation de la loi n° 685 du 22 décembre 1975 sur l'emploi de stupéfiants et des substances psychotropes, le nombre de toxicomanes condamnés à des peines de prison plus ou moins longues reste toujours très élevé.

Cette loi précise la réglementation et l'emploi des stupéfiants et supprime la détention pour l'utilisation personnelle de ces substances psychotropes. Pour les auteurs, d'après leur expérience, trois facteurs peuvent être précisés.

1) La criminalité des toxicomanes est étroitement liée à la nécessité de se procurer de la drogue. Elle est rarement la conséquence de l'effet des stupéfiants, mais plutôt d'une hypothétique « prédisposition au crime ». Cette prédisposition n'est pas toujours présente dans la personnalité du toxicomane. Il s'agit pour les auteurs de crimes contre le patrimoine ou d'actions illicites qui tendent à acquérir de l'argent pour se procurer de la drogue : vols, extorsions de biens, recels, prostitution, etc.

2) La distinction établie par la loi entre les consommateurs que l'on ne poursuit pas pénalement et les trafiquants passibles de condamnations sérieuses, ne résiste pas face à la réalité. Le toxicomane devient nécessairement un petit vendeur, pour s'offrir de cette façon les doses de drogue indispensables à ses besoins personnels.

Ceux qui ont des moyens financiers suffisants peuvent le faire sans devoir entrer dans le réseau de la distribution illégale.

Plus de 95 % des arrestations pour ventes représente selon Cancrini, ceux qui se servent de leurs souffrances et de leurs besoins angoissants, comme un bouclier pour attendrir le petit vendeur avant qu'il ne se procure de la drogue, puis ensuite à toute l'organisation illicite des trafiquants quand la dose minimum est insuffisante.

3) Les centres médico-sociaux créés par la loi et s'occupant de la prévention du traitement et de la réhabilitation ont permis la prise en charge complète du toxicomane venant de toutes les formations médico-sociales (hôpitaux, bureaux d'aide sociale, centres sanitaires, organisations syndicales). Ces centres sont devenus, pour les auteurs, un endroit où les toxicomanes peuvent en recruter d'autres.

Il existe, dans ces lieux une véritable sous-culture déviante permettant souvent la création d'une nouvelle criminalité liée au contexte thérapeutique et d'aide sociale permettant aux toxicomanes de s'affirmer

Cette thérapeutique et cette aide sont précisées par la loi. Malheureusement des violences ont été commises sur les dirigeants de ces centres. Des vols et commerces de stupéfiants ont été pratiqués.

En effet, dans de nombreux cas, les stupéfiants étaient prescrits comme thérapeutique. Cette position a été remarquablement aggravée par la médicalisation progressive de ces centres, et la diffusion très

préoccupante du traitement qui emploie des substances se substituant à l'héroïne : « la méthadone ». Ce traitement étant difficilement contrôlable en dehors d'une stricte organisation bureaucratique et policière et bien souvent la méthadone est détournée vers les marchés clandestins (Baconcini, Robert, Andredi).

Tout cela fait en sorte que le toxicomane est presque toujours criminalisé. Dans un centre de 125 sujets toxico-dépendants, on a constaté comment, pendant un an et demi d'activité 20 % des patients ont subi des condamnations pour crimes strictement liés à leur état. Ils sont presque tous devenus des trafiquants.

Par conséquent, il est souvent nécessaire de fournir une assistance médicale et psychosociale aux toxicomanes détenus. Cette exigence est rendue d'autant plus dramatique que c'est dans les prisons d'Italie où l'on constate des cas de mort liées à l'emploi de la drogue (Cornacchia).

La condition désespérée de personnes, qui, tout en souffrant, restent sans assistance spécialisée, exposées comme elles sont à un marché de l'héroïne toujours florissant dans les prisons, a été plusieurs fois dénoncée par la presse et la littérature scientifique (Blumir).

Le législateur averti de la gravité de ce problème le détaille dans l'article 84 de la loi n° 685 susvisée. Il dit en fait :

« Quiconque se trouvant en état de détention préventive ou condamné et étant considéré par l'autorité sanitaire comme adonné à l'emploi non thérapeutique de stupéfiants ou de substances psychotropes, a le droit de recevoir les traitements médicaux et l'assistance nécessaire pour sa réhabilitation. »

Dans ce but, le Ministre de la Justice organise dans les prisons sur son territoire, des quartiers spécialement équipés, en accord avec les autorités régionales compétentes et les centres cités dans l'article 92.

Les directions des prisons doivent signaler aux centres médicaux et d'assistance sociale régionaux compétents ceux qui, une fois libérés, ont encore besoin de traitement et d'assistance.

L'application de cet article se heurte toutefois à la difficulté de trouver des structures socio-sanitaires qui puissent fournir les aides thérapeutiques et réhabilitatives dont le législateur sent l'exigence, dans la situation actuelle des prisons italiennes.

Dans l'effort pour faire face à ce problème, nous sommes amenés à examiner un projet de convention entre le Ministre de la Justice avec les régions de Ligurie et du Piémont, pour l'organisation d'une assistance plus rationnelle pour les toxicomanes détenus en prison. Le Ministre a élaboré aussi une proposition de protocole thérapeutique relatif aux traitements plus proprement médicaux réservés à ces sujets. Il nous semble utile, sur la base de notre expérience, de présenter quelques réflexions sur ces documents et, plus en général, sur les problèmes qu'ils engendrent.

Le projet du ministère de la Justice insiste sur l'inopportunité de créer, dans les prisons, des quartiers spéciaux pour drogués qui répondraient à une logique de relégation et de marginalisme. Il juge au contraire que l'intervention doit être localisée à l'intérieur des centres diagnostiques et d'assistance sociale prévus par la loi n° 685. On souligne de cette façon un aspect du problème qui nous semble fondamental : les traitements pour sujets toxico-dépendants ont besoin non seulement de structures ultraspécialisées, mais aussi d'une étroite coordination entre les aides socio-sanitaires aptes à garantir la continuité et la collaboration socio-culturelle plus appropriée aux différents types d'intervention.

Nous avons plusieurs fois remarqué, en hospitalisant les toxicomanes, que le choix des interventions les mieux adaptées était bien plus important que l'utilisation d'alchimies pharmacologiques compliquées, d'après la connaissance profonde de l'histoire et de la personnalité du patient. On a toujours trouvé déterminant à cet égard, que la capacité de l'équipe médicale et paramédicale peut administrer en termes humains les rapports difficiles avec un patient qui présente des besoins et problèmes en grande partie étrangers à la culture médicale et institutionnelle traditionnelle (Calabro, Pondrelli).

A cause de ces motifs, on a toujours relevé l'importance d'un rapport valable et clairement défini dans les compétences réciproques entre équipe de l'hôpital et équipe du centre pour les toxicomanes qui suit le sujet dans toutes les phases de son chemin thérapeutique.

A l'intérieur de la prison, la même chose devrait se vérifier, sinon le toxicomane se trouverait « dépouillé » de son histoire et ses besoins complexes et cela semblerait inconcevable. Chaque intervention thérapeutique serait le résultat disproportionné et isolé de celles-ci effectuées avant et après la détention.

La création de quartiers spéciaux, en outre, contribuerait à alimenter et à renforcer à l'intérieur de la prison, une sous-culture de la drogue, en obtenant un effet contraire à celui envisagé. C'est, d'autre part, ce que nous apprend l'expérience des quartiers spéciaux pour drogués créés à l'intérieur des hôpitaux civils et immédiatement abandonnés à cause des difficultés et des contradictions qu'ils apportaient.

Il nous paraît souhaitable pour modifier partiellement le projet de convention ministérielle de garantir le plein droit du toxicomane détenu à demander l'intervention des responsables des centres médicaux et d'assistance sociale chaque fois qu'il la considère nécessaire, sans devoir se soumettre à l'autorisation de la direction de la prison.

C'est en effet une expérience classique dans le traitement des sujets toxico-dépendants, que des problèmes apparemment peu importants et des attitudes facilement interprétables (comme celles de plainte ou de revendication) demandent au contraire une évaluation urgente et attentive de la part des responsables qui connaissent profondément l'histoire et la personnalité du sujet.

En ce qui concerne le problème spécifique du traitement des situations pathologiques liées à l'emploi de la drogue, il nous semble que l'importance, attribuée par le protocole thérapeutique du ministère, de la diffusion croissante des comportements polytoxico-philiques qui demandent des interventions complexes et spécialisées à effectuer, si possible à l'intérieur des centres diagnostiques thérapeutiques pénitentiaires et de l'hôpital civil, est très révélatrice.

D'autre part, il est nécessaire d'éviter la focalisation de l'attention et des efforts d'organisation sur la toxicomanie de l'héroïne, du moment que l'abus d'autres drogues (alcool, barbituriques, amphétamines, cocktails de psycho-médicaments, etc.) semble avoir une bien plus grande importance sociale et pose des problèmes d'assistance et de thérapeutique aussi importants (Cancrini, Malagoli, Togliatti).

Il est extrêmement important, face à des situations cliniques souvent dramatiques, de pouvoir formuler des diagnostics différentiels précis et opportuns pour pouvoir effectuer des interventions thérapeutiques correctes. A cet égard, l'organisation actuelle des centres diagnostiques thérapeutiques des prisons est totalement insuffisante, et il est nécessaire que des conventions avec des organismes et des

institutions soient à même d'effectuer des analyses cliniques et de laboratoire précises et qu'il y ait une étroite collaboration avec les équipes des centres médicaux et d'assistance sociale.

L'indication de limiter au maximum, à l'intérieur des structures de la prison, le développement des thérapies avec la méthadone, nous semble extrêmement important. Bien que cela puisse être d'utilité discutable, cela pourrait augmenter les situations toxico-maniaques et alimenter une culture de la drogue à l'intérieur de la prison. Ce qui se vérifie dans plusieurs centres publics et privés.

Toutefois, pour les auteurs, il semble qu'il soit difficile d'entreprendre pour le toxicomane détenu, un traitement sans lui administrer des stupéfiants à doses dégressives ou le maintien de celles-ci.

En effet, dans le milieu ouvert, le détenu drogué, qui a non seulement été initié mais qui est sous la dépendance de la drogue va retrouver en prison, un certain marché clandestin et un trafic entre toxicomanes incarcérés. Ceux-ci peuvent instaurer entre eux des rapports interpersonnels étroits.

Il faut souligner que les conditions de vie du toxico-dépendant et de n'importe quel autre détenu sont telles, qu'elles augmentent au lieu de diminuer les difficultés physiques et psychologiques et les manifestations d'inadaptation sont particulièrement difficiles à définir.

Notre expérience de collaboration avec le personnel d'une petite prison et par conséquent à même de nous rendre compte que la toxicomanie existe parfois même d'une façon discrète, nous avons cependant été à même de résoudre avec une certaine facilité des situations qui dans d'autres circonstances auraient été plus difficiles à rendre positives.

Enfin, il ne faut pas sous-évaluer l'importance d'une collaboration étroite entre les responsables « techniques » et le personnel de surveillance : il est nécessaire que ces derniers sachent tolérer le contact avec un patient difficile comme le toxicomane, en limitant autant que possible les attitudes agressives et négatives souvent inconscientes. Une attitude sereine et équilibrée des surveillants peut être l'instrument le plus efficace du programme thérapeutique, qui contribue à la prévention de plusieurs états de manque du détenu toxicomane. Même si cela semble un objectif difficile à atteindre, on doit toutefois le poursuivre avec tous les moyens d'information culturels et économiques à leur disposition.

La création de quartiers spéciaux, en outre, contribuerait à alimenter et à renforcer à l'intérieur de la prison, une sous-culture de la drogue, en obtenant un effet contraire à celui envisagé. C'est, d'autre part, ce que nous apprend l'expérience des quartiers spéciaux pour drogués créés à l'intérieur des hôpitaux civils et immédiatement abandonnés à cause des difficultés et des contradictions qu'ils apportaient.

Il nous paraît souhaitable pour modifier partiellement le projet de convention ministérielle de garantir le plein droit du toxicomane détenu à demander l'intervention des responsables des centres médicaux et d'assistance sociale chaque fois qu'il la considère nécessaire, sans devoir se soumettre à l'autorisation de la direction de la prison.

C'est en effet une expérience classique dans le traitement des sujets toxico-dépendants, que des problèmes apparemment peu importants et des attitudes facilement interprétables (comme celles de plainte ou de revendication) demandent au contraire une évaluation urgente et attentive de la part des responsables qui connaissent profondément l'histoire et la personnalité du sujet.

En ce qui concerne le problème spécifique du traitement des situations pathologiques liées à l'emploi de la drogue, il nous semble que l'importance, attribuée par le protocole thérapeutique du ministère, de la diffusion croissante des comportements polytoxico-philiques qui demandent des interventions complexes et spécialisées à effectuer, si possible à l'intérieur des centres diagnostiques thérapeutiques pénitentiaires et de l'hôpital civil, est très révélatrice.

D'autre part, il est nécessaire d'éviter la focalisation de l'attention et des efforts d'organisation sur la toxicomanie de l'héroïne, du moment que l'abus d'autres drogues (alcool, barbituriques, amphétamines, cocktails de psycho-médicaments, etc.) semble avoir une bien plus grande importance sociale et pose des problèmes d'assistance et de thérapeutique aussi importants (Cancrini, Malagoli, Togliatti).

Il est extrêmement important, face à des situations cliniques souvent dramatiques, de pouvoir formuler des diagnostics différentiels précis et opportuns pour pouvoir effectuer des interventions thérapeutiques correctes. A cet égard, l'organisation actuelle des centres diagnostiques thérapeutiques des prisons est totalement insuffisante, et il est nécessaire que des conventions avec des organismes et des

institutions soient à même d'effectuer des analyses cliniques et de laboratoire précises et qu'il y ait une étroite collaboration avec les équipes des centres médicaux et d'assistance sociale.

L'indication de limiter au maximum, à l'intérieur des structures de la prison, le développement des thérapies avec la méthadone, nous semble extrêmement important. Bien que cela puisse être d'utilité discutable, cela pourrait augmenter les situations toxico-maniaques et alimenter une culture de la drogue à l'intérieur de la prison. Ce qui se vérifie dans plusieurs centres publics et privés.

Toutefois, pour les auteurs, il semble qu'il soit difficile d'entreprendre pour le toxicomane détenu, un traitement sans lui administrer des stupéfiants à doses dégressives ou le maintien de celles-ci.

En effet, dans le milieu ouvert, le détenu drogué, qui a non seulement été initié mais qui est sous la dépendance de la drogue va retrouver en prison, un certain marché clandestin et un trafic entre toxicomanes incarcérés. Ceux-ci peuvent instaurer entre eux des rapports interpersonnels étroits.

Il faut souligner que les conditions de vie du toxico-dépendant et de n'importe quel autre détenu sont telles, qu'elles augmentent au lieu de diminuer les difficultés physiques et psychologiques et les manifestations d'inadaptation sont particulièrement difficiles à définir.

Notre expérience de collaboration avec le personnel d'une petite prison et par conséquent à même de nous rendre compte que la toxicomanie existe parfois même d'une façon discrète, nous avons cependant été à même de résoudre avec une certaine facilité des situations qui dans d'autres circonstances auraient été plus difficiles à rendre positives.

Enfin, il ne faut pas sous-évaluer l'importance d'une collaboration étroite entre les responsables « techniques » et le personnel de surveillance : il est nécessaire que ces derniers sachent tolérer le contact avec un patient difficile comme le toxicomane, en limitant autant que possible les attitudes agressives et négatives souvent inconscientes. Une attitude sereine et équilibrée des surveillants peut être l'instrument le plus efficace du programme thérapeutique, qui contribue à la prévention de plusieurs états de manque du détenu toxicomane. Même si cela semble un objectif difficile à atteindre, on doit toutefois le poursuivre avec tous les moyens d'information culturels et économiques à leur disposition.

PSYCHIATRIE PÉNITENTIAIRE

- A) PSYCHIATRIE DE SECTEUR
- B) C. M. P. R.

PRESIDENT RAPPORTEUR : Pr COLIN

Allocution du professeur COLIN. - Lyon

J'ai une grande obligation envers ma collègue, Madame le professeur Solange Troisier de m'autoriser à ouvrir cette séance de travail du 1er congrès mondial de médecine pénitentiaire, consacrée aujourd'hui à la psychiatrie.

C'est sans doute le privilège de mon ancienneté de 25 années au service de l'Administration pénitentiaire qui me vaut cet honneur et aussi sans doute, l'effort constant que j'ai poursuivi comme médecin psychiatre des prisons de Lyon d'associer étroitement la médecine mentale et la médecine tout court.

En effet, la médecine pénitentiaire est « une et indivisible » et il ne doit pas y avoir de clivage entre le psychiatre et le somaticien pour cette raison que le détenu, en fonction d'une redoutable forclusion de la parole, va s'exprimer surtout par son corps.

C'est pourquoi je vous remercie d'être venus si nombreux à cette séance psychiatrique, de n'avoir pas voulu nous laisser « entre spécialistes » et c'est ainsi que le plénum du congrès qui manifeste un intérêt passionné pour une médecine globale.

Je remercie le docteur West de Grande-Bretagne et le docteur Thuovinen de Finlande d'avoir bien voulu m'assister dans la présidence de cette séance, tout en apportant la contribution (qui je l'espère pourra être traduite) des expériences cliniques qu'ils ont développées dans leurs pays.

Le docteur Chuni Roy pour sa part, commentera le fascicule qui a été distribué aux participants sur le **Regional Psychiatric Centre**, de Abbotsford, Canada.

Je suis heureux aussi de saluer dans la salle : le professeur J. Bernheim de Genève, le docteur H. Paquay de Liège qui interviendront sur leurs réalisations nationales, ainsi que la délégation italienne, où en l'absence de mon ami le professeur Bandini, je reconnais le docteur Franciade, de Gênes, entouré de plusieurs collègues de Milan ou d'ailleurs, mais tous éminemment psychiatres et je m'empresse de donner la parole au docteur Hivert, C.M.P.R., La Santé, Paris.

Allocution du docteur Paul HIVERT,
directeur d'enseignement clinique à la faculté, psychiatre des hôpitaux, chef de service C.M.P.R. pénitentiaire de Paris.

Les C.M.P.R. pénitentiaires reçoivent aujourd'hui, ici même, leur acte de naissance officiel.

En fait, le statut qui leur est donné, consacre la reconnaissance par l'autorité publique d'une institution qui possède déjà une histoire. L'étape que nous franchissons aujourd'hui est décisive dans la vie de ces services.

Les réalisations actuelles offrent un très grand polymorphisme. Chaque centre possède sa spécificité qu'il emprunte aux conditions de sa genèse.

Nous voudrions rapporter ici l'expérience d'un C.M.P.R., celui de Paris.

LES PIONNIERS.

Le C.M.P.R. de Paris se reconnaît d'une double filiation.

Il a fait suite dans la région parisienne à l'annexe psychiatrique de Fresnes qui a fonctionné pendant une dizaine d'années, après la Libération, sous l'autorité du docteur Bachet. Le surpeuplement des prisons, entre autre, lors des événements d'Algérie, mettra un terme à cette expérience. Elle aura néanmoins démontré l'utilité d'une telle formation.

A La Santé, le centre succède directement aux consultations d'hygiène mentale créées avant-guerre par les docteurs Cellier et Cenac. Elles ne représentent qu'une intervention ponctuelle, peu intégrée dans le milieu carcéral, qui répond au désir de l'institution de repérer précocement l'aliéné pour l'exclure du circuit pénal et le confier à l'hôpital psychiatrique. Le rôle du psychiatre est encore assimilé à celui de l'expert. La pratique fait très vite émerger l'utilité d'une intervention thérapeutique. C'est sur cette initiative personnelle et tenace du docteur Cenac, appuyée par le professeur Heuyer que naîtra le « service psychiatrique » à La Santé. Sa mise à la retraite ne lui permettra pas de présider à la naissance de son projet.

L'AVENTURE.

C'est en 1961, grâce à sa compréhension des problèmes psychiatriques et à sa volonté personnelle, que le docteur Fully nous confie la responsabilité de ce service.

Il ne s'agit encore que d'un projet peu ambitieux, une simple ébauche.

Le service est d'abord identifié comme un lieu : 12 lits (plus tard 20) et un cabinet médical, où exerce un seul médecin (une ou deux vacations hebdomadaires) et pour toute équipe soignante : 5 surveillants qui ont effectué un court stage en hôpital psychiatrique. Aucun interne, aucun infirmier.

Et pourtant, ceci permet déjà de créer un petit secteur d'hospitalisation, d'y organiser des activités de groupe, et de faire démarrer des traitements psychiatriques « ambulatoires »...

La réalisation est encore trop démunie pour avoir une pleine efficacité ; elle va néanmoins contribuer à faire reconnaître la spécificité du travail thérapeutique du psychiatre. Son action devient crédible auprès du personnel du service qui perçoit la dimension relationnelle de la pathologie mentale et l'importance des attitudes réciproques dans la genèse de certains comportements.

Certes, dans le reste de la détention, « l'annexe » est longtemps perçue comme un lieu d'exclusion où l'on place le « fou », ce perturbateur de la collectivité qu'on ne comprend pas... Cette fonction ségrégative reste la plus évidente. Elle s'exprime dans les formules utilisées par le personnel comme « ...Docteur, prenez-le chez vous... » Tout tend à enfermer le service sur lui-même, dans un réduit clos, au fond d'une division.

Néanmoins un travail thérapeutique s'amorce, plus de 300 consultants la première année. La reconnaissance du service se concrétise par des demandes qui émanent de plus en plus des détenus eux-mêmes.

LA PHASE EXPANSIVE.

Une étape décisive va être franchie en 1964, grâce à une conjoncture très favorable, qui s'avérera féconde.

Le docteur Duchêne, médecin-chef du service de l'hygiène mentale de la Seine, qui s'intéresse de près à notre expérience, nous donnera le personnel pour la réaliser. Monsieur Brin, directeur de la maison d'arrêt de La Santé et Monsieur Perdriau, sous-directeur de l'exécution des peines qui crurent en notre projet, nous apportèrent les moyens matériels pour la concrétiser.

Ceci va nous permettre la mise en place d'une véritable « unité de soins » de santé mentale, en constituant une équipe soignante composée d'attachés de psychiatrie (9 puis 7) travaillant effectivement à mi-temps, et de trois psychologues qui effectuent chacun un plein temps.

Il est à remarquer que ces médecins et psychologues, bien que vacataires, au statut précaire, vont constituer une équipe de thérapeutes expérimentés et stables, très motivés pour leur travail. Leur participation régulière permet d'organiser un fonctionnement permanent du service.

L'équipe a été ultérieurement complétée par un interne et une infirmière pénitentiaire, plus tard par une secrétaire médicale et une assistante sociale d'hygiène mentale de la D.D.A.S.S. Cette dotation en personnel a pu être regardée comme privilégiée, voire pléthorique. En fait, l'Administration centrale saura très vite trouver auprès du C.M.P.R. l'organisme capable de résoudre certaines situations conflictuelles difficiles.

La capacité du secteur d'hospitalisation s'accroît (90 lits) pour accueillir des détenus de toute la France. De régionale, sa compétence devient nationale. Les détenus dits « psychopathes » qui ne peuvent plus être admis au C.N.O... pour des raisons que nous ne pouvons développer ici, vont transiter par le C.M.P.R., en vue d'une affectation éventuelle à Château-Thierry ou Haguenau.

L'étiquetage psychiatrique est utilisé pour qualifier celui qui ne s'adapte pas au régime pénitentiaire et par voie de conséquence pour l'exclure, au contraire, la prise en charge au C.M.P.R. conduira souvent à une dédramatisation de la situation et permettra un retour à l'établissement d'origine. En 1970, plus de la moitié de nos lits sont occupés par des condamnés à de longues peines en provenance de tous les établissements de France.

A côté de cette activité hospitalière s'intensifie le travail thérapeutique en consultation. Un suivi dans le traitement peut s'instaurer pour certains, grâce à la stabilité des thérapeutes. Seuls les aléas d'une destination pénale viendront brusquement interrompre un processus déjà engagé. Cette action thérapeutique auprès des détenus en détention ordinaire va prendre une place de plus en plus importante dans le champ de nos activités.

A cette époque (1965) est mis en place, au C.M.P.R., un service d'accueil des entrants, répondant, pour une part, au dépistage préconisé par l'article D 397 du Code de procédure pénale. Il représente une expérience originale, la première du genre organisée en France et même en Europe, dont nous avons rapporté les résultats à l'O.M.S. dans un groupe de travail de psychiatrie légale (Sienna - 1975).

Nous souhaitons que chaque soir, dès l'entrée, tout nouvel incarcéré puisse établir un contact avec un membre de l'équipe médico-psychologique pour formuler, éventuellement, une demande d'aide. Ceci permet d'appréhender très tôt les difficultés psychologiques de l'entrant en prison, à un moment qui nous est apparu privilégié.

Nous pouvons ainsi répondre, en urgence, aux problèmes les plus aigus, réaliser une hospitalisation, alerter l'autorité judiciaire sur l'opportunité d'une expertise psychiatrique, enfin amorcer une relation thérapeutique qui se poursuivra dans les consultations ultérieures.

Notre propos n'est pas de procéder à une quelconque « psychiatisation » du délinquant, ni à un étiquetage des personnalités, mais de créer les conditions d'une rencontre avec une structure soignante, qui se tient à la disposition des patients, prête à apporter son aide mais sans jamais s'imposer ni faire obligation de se soigner.

LE TRAITEMENT INSTITUTIONNEL.

En 1974, l'augmentation du nombre des résidents dans le service va soulever de graves problèmes. Ce sont pour la plupart des condamnés à de longues peines (réclusionnaires à perpétuité en particulier) qui ne peuvent bénéficier d'un régime de maison centrale. L'exiguïté des locaux oblige à les isoler 23 heures sur 24, dans l'inaction totale, avec pour seul dégageant une heure de promenade dans de petites cours cellulaires, partagées à 7 ou 8.

Un climat de violence s'installe qui va jusqu'à menacer directement le personnel de surveillance et les soignants. Cette insécurité permanente, peu propice à un travail thérapeutique, impose des mesures urgentes : réduire la capacité d'accueil du service à 50 lits, conformément aux normes prescrites par le ministère de la Santé. Le C.M.P.R. doit réserver ses places aux seuls détenus de la circonscription pénitentiaire de Paris.

Des locaux vont ainsi être dégagés permettant d'organiser une vie collective. Des activités de groupe à finalité thérapeutique sont ouvertes — ainsi s'amorce une nouvelle étape centrée sur le **traitement institutionnel**.

Un éducateur devient responsable de ce secteur d'activité, aidé de deux moniteurs techniques. Les psychologues participent à cette animation.

Tout un programme d'activités diverses est proposé aux pensionnaires. Six ateliers sont ouverts et fonctionnent tous les jours : ateliers de poterie, de peinture, de linogravure, d'expression musicale, théâtrale, corporelle ou verbale. L'objectif est d'offrir toute une gamme de moyens d'expression de niveaux différents, pour faciliter la communication et accéder, éventuellement, à une activité créatrice. L'agressivité qui jusque-là ne trouve à s'exprimer que par le passage à l'acte, substitut du langage, va pouvoir se formuler dans d'autres registres : infraverbal ou même verbal.

L'introduction de cette animation de groupe a contribué à modifier profondément le climat du service : réduction des tensions, diminution des actes violents. A preuve la baisse spectaculaire des conduites auto-agressives.

Ce champ des activités de groupe trouve place à côté des traitements individuels et complète leur action. Il s'inscrit dans un travail global de toute l'institution. Ce qui se déroule dans le cadre des activités de groupe fait l'objet d'une analyse régulière entre les animateurs en présence d'un superviseur extérieur. Des échanges réguliers s'établissent entre animateurs et thérapeutes individuels.

Ainsi différentes réunions vont s'organiser au niveau de l'équipe : réunions générales de toute l'équipe, réunions par catégorie : animateurs, personnel de surveillance médico-administrative et même réunions de l'équipe avec les détenus...

Ces partages réguliers entre les membres de l'équipe assurent une autorégulation du fonctionnement de l'institution soignante qui débouche sur un réajustement permanent des attitudes.

L'ETAPE DE TRANSITION.

En 1977-1978, s'amorce une nouvelle étape qui doit aboutir à la prise en charge totale de l'équipe médicale et paramédicale par le ministère de la Santé, à la diligence de la D.D.A.S.S. de Paris. Ce statut, de type hospitalier, concrétise le principe proposé en décembre 1972 par le docteur Fully au congrès européen de médecine pénitentiaire de Strasbourg, de « décloisonner » la prison. Il a pu aboutir grâce à l'intérêt et à la volonté personnelle de Madame le Ministre de la Santé et de Mademoiselle Mamelet de la direction de la Santé. Ce projet a trouvé auprès de Madame le professeur Troisier l'appui et le dynamisme nécessaires à sa réalisation.

Il doit permettre de constituer une équipe diversifiée composée d'un personnel, temps plein et temps partiel, capable de réaliser une continuité thérapeutique intra et extra-muros.

La suppression prématurée des postes d'interne et d'infirmier a entraîné une surcharge de travail temporaire pour les attachés qui disposent du même nombre d'heures de vacances depuis quinze ans.

Nous pouvons provisoirement franchir ce cap grâce à la collaboration des internes et des infirmières du service de médecine générale de la maison d'arrêt de La Santé.

LES PERSPECTIVES.

La reconnaissance du C.M.P.R. par le ministère de la Santé doit nous conduire à une nouvelle organisation de notre unité de soins.

Elle va nous permettre de compléter notre équipe soignante et surtout de lui donner un statut qui lui assurera de meilleures conditions de travail.

Il convient de créer :

— un poste de médecin adjoint ;

— des postes d'internes en psychiatrie et surtout des postes d'infirmiers psychiatriques qui font gravement défaut dans notre structure actuelle pour effectuer un véritable travail institutionnel.

Cette organisation nous amène à faire une remarque d'ordre général. L'adjonction de nouveaux éléments dans l'équipe, internes en particulier, ne doit pas faire disparaître l'équipe en place qui a fait ses preuves.

Dès l'origine le service s'est organisé selon un modèle original et différent du modèle hospitalier, qui répondait mieux à nos exigences. Il est axé sur un principe : préserver au maximum la continuité des prises en charge thérapeutiques par un même thérapeute, au sein d'une équipe multidisciplinaire, et peu hiérarchisée.

Pour poursuivre une telle qualité de fonctionnement, le maintien des attachés de psychiatrie s'impose. Ils constituent une équipe de thérapeutes stables et suffisamment permanents dans le service pour réaliser ce suivi du traitement auprès des malades hospitalisés et auprès des patients traités en consultation.

L'interne en psychiatrie, nécessaire dans une équipe soignante par le rôle spécifique qui s'attache à sa fonction est un jeune psychiatre

en formation, dont l'intervention est limitée dans le temps, et qui ne possède pas encore l'expérience suffisante pour prendre seul des initiatives sans être supervisé par les attachés de psychiatrie. Ce rôle formateur entre dans la mission de toute unité de soins. L'interne apporte autant son concours dans les soins intensifs ponctuels que dans les thérapies suivies.

Les attachés et les internes réalisent ainsi deux modes d'intervention qui se complètent et qui répondent aux fonctions diversifiées du service : hospitalisation et consultation.

Deux séries de chiffres situeront leur importance relative.

En 1977, **11 684** actes médicaux ont été effectués en consultation dont **4 100** examens systématiques et **7 584** actes pour **1 306** sujets suivis régulièrement en consultation.

Dans la même année **219** patients ont été hospitalisés concernant **145** sujets.

CONCLUSION

Le devenir des C.M.P.R. en général nous oblige à nous interroger sur leur mission et la qualité de notre intervention.

Le C.M.P.R. même bien équipé ne devra pas avoir le monopole de la prise en charge des troubles psychiques en prison.

Il ne peut être regardé comme la seule structure de soins, habilitée à répondre à tous les besoins de la santé mentale d'une région pénitentiaire. Chaque établissement doit être capable d'aborder et de résoudre certaines difficultés relationnelles dans leur contexte propre. Ce serait une erreur, dans l'avenir, de faire l'économie d'un équipement médico-psychologique minimum dans chaque prison, adapté à la demande. La concentration de patients « difficiles » dans des unités de soins psychiatriques intensifs, recréerait très vite un fonctionnement ségrégatif, qui s'inscrirait à l'opposé de la politique de santé mentale actuelle.

La maladie mentale, à un certain degré, dépasse les possibilités thérapeutiques de l'institution pénitentiaire, et ne peut trouver réponse qu'en milieu hospitalier extérieur. Ceci d'autant plus que certains malades mentaux, au moins pendant un temps, doivent être soignés sans leur consentement et ne peuvent l'être que sous protection de la loi. Ceci ne peut s'accomplir en détention où cette contrainte viendrait s'ajouter à la condition carcérale dans une totale confusion et pourrait, à juste titre, être critiquée. Ne peut être soigné en prison que celui qui y consent, sauf situation urgente engageant le pronostic vital. Ce libre

choix doit être respecté, le détenu malade a le droit de refuser les soins proposés. Les C.M.P.R. fonctionnent comme des « services libres ».

Le C.M.P.R. ne saurait se réduire à un lieu géographique qui deviendrait vite un lieu d'exclusion mais il doit prendre la dimension d'un authentique « service » articulé avec tous les services de la prison : médecine générale, administration, et, hors de la prison : secteurs psychiatriques et autres secteurs d'activité dans la cité (travail, hébergement...). Dans ce but, il doit obligatoirement prolonger son action en milieu ouvert, au-delà du temps carcéral, chaque fois que les structures de soins existantes ne peuvent répondre aux demandes d'une population difficile.

Ce **travail de suite** est, à notre avis, essentiel. Il doit participer concrètement à cette réinsertion sociale des sujets les plus démunis socialement et sans insertion géographique. Il doit leur proposer un ou des lieux d'accueil pour poursuivre avec le thérapeute la rencontre amorcée en prison et le conduire à une authentique relation thérapeutique.

A Paris, des amorces de réponse réalisées par chacun d'entre nous dans diverses structures de soins extérieures : dispensaires, hôpitaux, sont encourageantes. Nous avons en projet un lieu d'accueil, situé en terrain neutre, hors des structures psychiatriques et pénales, qui pourra réaliser ce suivi après la prison.

Enfin, notre mission en prison doit être clairement affirmée, à tout moment aider le détenu souffrant, comme le rappelait Monsieur le Garde des Sceaux, conformément à notre éthique médicale.

Nous sommes présents pour répondre à la demande de soins de nos patients, pour leur permettre de mieux assumer leur existence, en donnant à la parole un lieu et un temps où elle peut s'exprimer, et non pour une quelconque « normalisation » des comportements pour le seul bénéfice de l'institution.

Ce travail ne peut s'accomplir qu'au sein d'une équipe clinique multidisciplinaire, agissant en articulation avec les autres instances de la prison. Pour que cette action soit efficace il faut à la fois qu'elle soit intégrée dans le système pénitentiaire, tout en étant reconnue dans sa spécificité.

A la lecture de l'avant-projet du Code pénal on peut, à juste titre, s'inquiéter d'un régime médico-psychologique où la décision de début et de fin de ce régime appartiendrait à l'autorité de justice et évacuerait toute responsabilité médicale.

**Allocution du professeur J. BERNHEIM,
Institut de médecine légale, Université de Genève.**

1. La prison préventive de Champ-Dollon à Genève reçoit en permanence 150 détenus (1 800 entrées par an), avec un personnel de surveillance formé aussi d'environ 150 personnes.

Depuis une quinzaine d'années, le service médical de la prison n'est plus confié à des médecins directement rémunérés par l'Administration pénitentiaire, mais à un institut de médecine légale rattaché à une faculté de médecine.

Cette organisation a permis, dans un établissement d'importance relativement modeste, des soins dont l'indépendance et le niveau sont ceux d'un hôpital d'enseignement. Par ailleurs, nous avons fait l'expérience qu'un service médical pénitentiaire constitue un lieu privilégié pour la vocation médico-légale : participation au bon exercice de la justice et protection médicale des individus dans l'application du droit. En même temps, sur le plan académique se révèle la valeur du matériel rassemblé pour l'enseignement et la recherche en psychiatrie légale, en sociologie de la déviance ainsi qu'en matière d'éthique médicale et de droit médical.

Enfin, cette organisation a permis de renforcer le statut d'une spécialité médicale souvent peu valorisée, exposée au doute idéologique ou à la critique radicale de certaines écoles de psychiatrie et de criminologie.

2. La clientèle de notre service est fondamentalement celle d'un service de médecine générale, de médecine dentaire et de psychiatrie d'urgence. En fait, à côté des malades physiques et mentaux, nous recevons de nombreuses personnes qui présentent ce que l'on peut appeler (sans prendre un parti diagnostique) des désordres de la personnalité et du caractère ou des désordres des habitudes (alcooliques, toxicomanes).

Il s'agit de patients qui viennent dans notre service de manière ambulatoire et qui nous adressent pour la plupart des demandes complexes, le plus souvent formulées dans un langage relationnel étrange, parfois avec brutalité ou « simulation », et dont le sens réel doit être élucidé.

Parmi ces patients, les uns se disent malades et les autres non ; et il est vrai que le modèle médical de la « maladie » n'est guère

approprié. On observerait plutôt chez eux une sorte de carence, de défaut ou d'infirmité. Tout se passe comme s'il leur manquait quelque chose d'essentiel, en somme comme s'ils avaient mal appris à vivre ou même à exister, avec en particulier une curieuse inconsistance de l'identité, cette image de soi que l'on utilise pour s'inscrire dans l'entourage et pour s'inscrire dans le temps.

De là en conséquence le renvoi vers des problèmes d'intervention non inspirés de la pathologie mais plutôt de la pédagogie, de l'éducation, de l'apprentissage, du travail social, voire du dévouement non professionnel.

En présence de tels cas, l'objectif n'est pas de guérir et encore moins de prévenir la récurrence (l'illusion des années soixante). Nous cherchons à développer chez ces patients des modes de fonctionnement plus nuancés, plus contrôlés, moins dévalorisés, qui leur fassent faire des expériences de progrès susceptibles d'être retrouvées plus tard, même si des régressions sont inévitables. Parfois, nous avons l'espoir d'épanouir une personnalité et de lui montrer le chemin de l'autonomie. Parfois, surtout chez des patients d'âge mûr ou déficients, nous devons nous limiter à une sorte de conditionnement qui contribue à protéger des personnalités « désertiques », mentalement infirmes, contre la fatalité des comportements sociaux inacceptables suivis d'incarcération ou d'internement.

3. Notre équipement théorique s'est, pour l'essentiel, inspiré de deux sources. D'une part, l'expérience des thérapies communautaires, devenues classiques depuis Maxwell Jones et le travail de certains hôpitaux psychiatriques du Royaume-Uni dès la fin de la Deuxième Guerre mondiale.

D'autre part, nous avons été influencés par les études portant sur la théorie des systèmes et de la communication, telles qu'elles ont été introduites en médecine dans les années 60, en particulier par Gregory Bateson, Paul Watzlawick et l'école de Palo-Alto.

Cette approche systémique montre l'importance des équilibres où cause et effet rétro-agissent l'un sur l'autre, créant des circuits stables, auto-entretenus, par exemple dans la répétition des contraintes et des violences, sur lesquels on ne peut agir par l'examen linéaire des relations causales mais en considérant le système dans sa totalité et en l'abordant dans son ensemble.

On peut dans ce sens se représenter l'établissement pénitentiaire comme une sorte de collectif de vie triangulaire formé par les détenus,

les surveillants et le personnel social ou soignant : dans la vie quotidienne et lors d'événements ou conflits plus ou moins spectaculaires, nous essayons de réagir contre l'affrontement en impasse ou l'isolement muet des personnes, pour stimuler la circulation des informations et des idées et pour donner à quiconque, le plus souvent possible, l'occasion de s'exprimer, quel que soit son rôle statutaire dans l'établissement. Notre objectif est d'atteindre, au moins dans certaines situations, à une interprétation commune de l'utile et l'inutile, du raisonnable et de l'absurde, à la limite de faire réfléchir sur les impératifs de sécurité et les droits de l'individu, sur le sens de l'établissement et sur les relations avec le monde extérieur.

4. Une partie essentielle de notre programme porte sur nos relations avec la direction de la prison et avec le personnel pénitentiaire.

Nous multiplions les occasions de colloques formels et de rencontres spontanées. Nous invitons les surveillants dans plusieurs de nos groupes. A l'intention du personnel pénitentiaire, certains thèmes tels que « le métier », « le détenu », « le toxicomane », « le juge », « les soignants », « l'urgence » sont repris dans un programme de stages de perfectionnement.

Ainsi peut s'élaborer et s'intérioriser le conflit nécessaire entre les aspects répressifs et les aspects sociaux de la profession de surveillant. De proche en proche, en s'appuyant sur ces diverses bases, les échanges personnels entre surveillants et détenus peuvent être encouragés.

De façon plus générale, nous essayons de faire venir dans notre service le plus grand nombre possible de visiteurs : étudiants en médecine, stagiaires, chercheurs, collègues, groupes d'infirmiers de l'hôpital général, spécialistes divers du travail social ou spirituel ; ils ouvrent l'institution aux apports de la communauté extérieure ; ils sont aussi nos intermédiaires dans l'autre sens, vis-à-vis de la population ; leur présence constitue enfin une sorte de contrôle officieux et bienfaisant des réalités pénitentiaires.

Des préoccupations du même ordre sont reprises dans une consultation psychiatrique et sociale postpénale hors les murs de la prison. Notre interniste, dans sa consultation privée, retrouve aussi un certain nombre de cas.

5. Il est manifeste que ce programme doit être mis à l'épreuve en premier lieu parmi les membres du service médical lui-même. Notre personnel est formé d'un interniste avec un assistant, d'un psychiatre

et d'un psychologue, d'un médecin-interniste, d'un sociologue, de quatorze infirmiers et aides-infirmiers, et de différents collaborateurs à temps partiel.

Essayant d'affirmer que toute question est bonne, que toute opinion sera respectée, que les sentiments doivent s'exprimer, nous faisons l'expérience d'une combinaison difficile à trouver entre d'une part, des structures médicales classiques, hiérarchiques, propres à un organe d'exécution et, d'autre part, une communauté de travail où s'élaborent, dans la liberté et dans les orages, des attitudes personnelles et des options éthiques fondamentales. Cette polarisation professionnelle et humaine est génératrice d'énergie et de richesse mais aussi de tension et se trouve en perpétuelle élaboration dynamique. L'un des avantages est que, du fait de ce contrôle que chacun subit mais que chacun peut aussi exercer, il est permis d'accepter avec prudence une certaine déprofessionnalisation dans le rôle du soignant, c'est-à-dire l'intervention d'un élément personnel dans nombre de situations thérapeutiques.

Nous citerons en particulier la consultation ou dispensaire conduite par les infirmiers, à laquelle se rendent chaque jour 50 à 60 détenus, c'est-à-dire au moins le tiers de la population carcérale. Aux psychothérapies et aux groupes conduits par quelques spécialistes, s'ajoute ainsi le soutien psychologique non formel fait par l'ensemble des soignants et aussi par des membres du personnel de notre administration.

6. Il résulte de ce que nous venons de décrire que l'ensemble de notre dispositif ne correspond en aucune façon à une structure communautaire organiquement constituée dans une prison : il s'agit plutôt d'une tendance, que nous essayons de rendre omniprésente, non cristallisée ni routinière, mais toujours entretenue et recrée par des initiatives personnelles, ouvertes vers l'extérieur, sans délimitation précise, vouée à régresser et à progresser.

En définitive, dans ce système triangulaire qui engage le médecin, le patient et l'administration, nous sommes conduits à penser que c'est le lien associant le surveillant et le détenu qui simpose comme le plus important pour la santé de tous : sa qualité nous permet en définitive d'apprécier ce que valent les deux autres liens, c'est-à-dire nos contrats respectifs avec les malades et avec l'administration.

Faisant l'expérience de trois pouvoirs superposés, nés de l'autorité publique, de la présence médicale et des droits propres à chaque personne détenue, nous observons que leur jeu, leur ajustement

empêche le développement d'un système de valeurs unique. C'est essentiellement dans l'espace de liberté ainsi ménagé que nous nous plaçons pour soigner nos patients, ouvrant ainsi l'organisation carcérale à la classique tradition académique.

Allocution de Madame le docteur HERMAN,
psychiatre de l'hôpital de Prémontre - Château-Thierry.

Le centre d'observation de Château-Thierry reçoit des psychopathes condamnés à de longues peines (plus de cinq ans) lorsque leur état nécessite une surveillance psychiatrique ou que leur comportement ne leur permet pas de s'intégrer dans un établissement pénitentiaire banal.

L'étude de son recrutement nous montre qu'il faut considérer le mot psychopathe dans son sens étymologique c'est-à-dire « affection du psychisme » et non pas dans le sens restreint que lui accorde la psychiatrie moderne. Nous sommes amenés à prendre en charge dans cet établissement de névrosés, des déséquilibrés, des psychotiques.

L'équipement psychiatrique est actuellement extrêmement réduit :

- un infirmier diplômé d'Etat ;
- deux auxiliaires sanitaires dont un seul a des connaissances psychiatriques acquises à l'extérieur de la prison ;
- deux psychiatres assurant chacun une vacation hebdomadaire.

Nous avons depuis longtemps des difficultés pour assurer des soins réguliers et de qualité pour les détenus du C.O. Maintenant nous rencontrons d'énormes difficultés à continuer le travail psychothérapique entrepris pour les sujets venant du C.N.O., du C.M.P., de La Santé ou d'autres établissements mieux équipés. La continuité des soins des détenus qui ne manqueront pas d'être transférés des C.M.P. régionaux vers le C.O. de Château-Thierry sera de plus en plus difficile lors de leur arrivée dans notre établissement en raison de notre pénurie en personnel de surveillance et de soins.

Je pense qu'il faut donc, parallèlement à la création des C.M.P.R., étudier le cas des centres d'observation, dont le rôle est complémentaire :

- leur donner un statut conforme à l'évolution de la médecine pénitentiaire ;
- leur donner un équipement qui permettra de poursuivre le travail commencé dans les différents lieux de soins ;
- coordonner l'activité de chacun.

Allocution du docteur LAMOTHE,
médecin responsable du C.M.P.R. de Lyon.

Au moment où s'institutionnalise en intersecteur officiel le C.M.P.R. de Lyon dont le fonctionnement est déjà la source de réflexion et d'expérience, il apparaît opportun d'essayer de cerner ce qu'il pourrait et ne pourrait pas être dans l'avenir.

Un certain flou dans la terminologie actuelle de ce service masque peut-être le fait que chacun, médecin, travailleur social, magistrat ou administrateur des prisons a sa façon d'envisager son rôle et que peut-être ces façons ne sont pas congruentes.

C'est assez dire que le C.M.P.R. fonctionne avec des clients usagers comme institution de soins, mais aussi qu'il représente une interface entre de nombreux praticiens de différentes disciplines qui approchent le délinquant.

Pour répondre à ces deux aspects un tel service doit être autonome et intégré tout à la fois :

- autonome à l'évidence sur le plan des moyens pour assurer le maximum de diversité thérapeutique, le C.M.P.R. gagne aussi à avoir son indépendance hiérarchique. Le système de convention mis en place pour une prestation de service par le centre hospitalier spécialisé du Vinatier est à cet égard bien adapté ;
- intégré car il est non moins évident qu'il s'agit d'une médecine bien particulière.

L'absence de libre choix du patient et les nécessaires liaisons de tous ceux qui collaborent pour lui imposent de ne pas dénier l'appartenance du psychiatre du C.M.P.R. au système. Autant il ne faut pas qu'il ait par exemple une influence directe sur les modalités ou la longueur des peines, autant il serait malsain d'entretenir l'illusion d'une extemporalité et d'une exterritorialité qu'on pourrait tour à tour faire miroiter ou objecter au client comme aux autres personnes qui ont à voir dans la prise en charge. Il faut, quelle que soit sa réflexion théorique, croire en l'institution pour faire ce métier et selon le mot de Simone Buffard on ne peut y être subversif.

Les corollaires de cette autonomie et de cette intégration sont de savoir accepter et de savoir refuser :

- savoir accepter peut-être un certain rôle de forme-tout (et cela pose dans l'avenir le développement autour du C.M.P.R. de la

troisième voie institutionnelle entre prison et H.P.) accepter les clients difficiles qui se mettent en situation de rejet multiple ;

— savoir refuser aussi l'idée que toute délinquance est psychiatrique et donc rappeler à l'occasion que la psychiatrie n'a pas à décharger la société de tout le traitement pénal.

L'approche du patient doit procéder un peu des mêmes réserves. Plus qu'ailleurs, il convient en psychiatrie pénitentiaire d'être au clair avec ses illusions de toute puissance et avec ses propres idéaux du moi ; c'est-à-dire que peut-être faut-il dire : Dieu merci ! il existe des délinquances psychiatriques incurables et que par ailleurs le projet thérapeutique ou social que nous formons pour le client doit être passé au crible de la réalité de celui-ci.

La mentalisation de la réalité est peut-être d'ailleurs le plus grand secours thérapeutique que la psychiatrie puisse apporter en prison. C'est la façon de vivre positivement la détention avec au-delà de la simple at-réaction un véritable travail psychique des faits par le détenu.

Une chose est sûre en tout cas (et les analyses des causes de transfert en annexe psychiatrique ou des motifs de demande d'intervention le montrent bien), c'est la nécessité en prison d'une médecine de l'homme total. Sa dichotomie psychosomale y est encore plus difficile qu'au-dehors et nous avons la chance de ce point de vue à Lyon d'avoir des médecins pénitentiaires plus qu'ouverts à la psychiatrie !

La prise en charge enfin doit pouvoir échapper dans une certaine mesure à la rigidité temporelle et spatiale de la peine avec deux écueils extrêmes : celui d'une psychiatrie extemporanée qui prendrait fin intempestivement avec la fin de la peine, et celui de la pérennité avec refus de passer la main au secteur psychiatrique civil que le C.M.P.R. n'a pas vocation de remplacer ; le client ne doit pas être libéré à perpétuité.

A côté du client, le C.M.P.R. paraît bien placé pour être un interlocuteur permanent dans l'organigramme complexe de tous les intervenants sur la délinquance. Eclairer les juges hors des missions expertales sur tel ou tel point, confronter les expériences et les difficultés des visiteurs ou des éducateurs, voire participer à l'hygiène mentale des surveillants, font partie des rôles de fait du C.M.P.R. même si ce n'est pas explicitement inscrit dans son cahier des charges.

Le C.M.P.R. est régional, comme l'indique la dernière lettre de son sigle. Cette précision apportée dans sa dénomination a été donnée sans doute dans le but d'une répartition raisonnable et économique dans la géographie pénitentiaire (ses régions) et en fonction de l'ensemble de la psychiatrie vis-à-vis de laquelle il doit n'être qu'un cas particulier.

Le C.M.P.R., semble-t-il, ne devrait pas donner lieu à un suréquipement de la prison dans laquelle il est implanté et à un suremploi par celle-ci. En liaison avec les consultations psychiatriques existant dans les autres prisons de la région avec les services psychiatriques du milieu ouvert, saura-t-il participer à une action d'ensemble ? Cette interrogation débouche sur tout un programme de contacts et d'échanges.

Enfin pour conclure, comme nous avons le privilège à Lyon d'une heureuse collaboration du cadre des hôpitaux psychiatriques avec la brillante équipe universitaire, il est inconcevable que le C.M.P.R. vive à l'écart de la recherche criminologique et psychiatrique.

Allocution de Monsieur P. BROUSSOLLE, psychiatre des prisons de Lyon.

Le C.M.P.R. dessert avec le C.M.P.R. de Varcès (Grenoble) récemment ouvert, une des 9 régions pénitentiaires. Il a débuté en 1954.

Ses activités se répartissent entre les trois prisons de Lyon :

— Saint-Paul et Saint-Joseph, contigus, sont administrativement fusionnés. Ils fonctionnent comme maison d'arrêt et de correction. Ils comprennent d'autre part, un service pour les mineurs et un autre pour les jeunes adultes ;

— Montluc, jadis exclusivement prison militaire, comprend un quartier pour les militaires, la prison des femmes, un foyer pour les « tutelles pénales » et un service de semi-liberté. Cette prison est à un autre bout de la ville.

Des consultations et des prises en charges se font dans les différents secteurs de ces prisons.

Le C.M.P.R. proprement dit (l'ancienne annexe psychiatrique) est logé dans deux étages d'une aile de la prison cellulaire Saint-Paul. Il peut héberger un maximum de 32 détenus.

Le fait qu'il soit au sein même de la prison plutôt que de se voir « externé », mis en appendice comme certains projets l'envisagent, lui donne à nos yeux un aspect beaucoup plus fonctionnel et rentable, profitable pour les différentes parties.

Au plan des médecins et des psychologues, son fonctionnement se faisait jusqu'au mois dernier de façon artisanale à l'aide de vacations étalées au long de la semaine, et de la permanence d'un interne en psychiatrie.

Les rencontres entre tous les praticiens se font difficilement du fait de notre dispersion. Les uns et les autres se retrouvent grâce à d'autres circuits : le service d'urgence de l'hôpital Edouard-Herriot et le groupe multiprofessionnel où divers travailleurs au Pénal échangent leur expérience et se permettent une attitude critique.

Nous disposons pour le moment d'une seule infirmière psychiatrique dont le service est très articulé avec les infirmiers du service de médecine générale sous-jacent.

Partis d'une structure modeste, nous avons été amenés dès le début, à tirer un parti maximum des surveillants spécialement affectés au C.M.P.R. Ceux-ci ont fait initialement un stage de sensibilisation en service psychiatrique hospitalier. Sans se départir de leurs tâches classiques, ils participent étroitement à la vie du centre sans pour autant que nos exigences éthiques aient pu être mises en cause. Les actions de force, de containte, sont passablement rares. Il est vrai que la condition carcérale en soi joue son rôle ; mais Hivert fait remarquer avec raison que les détenus ont paradoxalement plus de liberté de refuser des soins et des prises en charge que les clients d'un service psychiatrique ordinaire.

Pour revenir aux surveillants, leur manière de résoudre des conflits, de prévenir des vellétés suicidaires sans surveillance obsessionnelle, d'assumer une sorte de *nursing* ou de maternage, rivalise parfois en qualité avec le savoir-faire des équipes infirmières psychiatriques les meilleures.

Un tel travail certes n'est pas pensable sans la collaboration active (arbitrage, suggestions...) de l'infirmière. Et c'est la venue de celle-ci — preuve d'un vide antérieur — qui a permis la hausse décisive du niveau de prise en charge et la constance de ce niveau.

Nous ne ferons pas le détail des fonctions de soins (chimio et psychothérapie) ambulatoires ou avec hébergement que nous assumons.

Une mention particulière doit être faite pour les réunions hebdomadaires animées par Madame Buffard, psychologue. L'intention et la méthode employée permettent de parler de psychothérapie de groupe sans omettre que ces réunions, en elles-mêmes, apportent un peu d'une vie collective autre que celle réglementaire ou sauvage et spontanée qui existe dans tout univers carcéral, même cellulaire.

Il faudrait également énumérer la variété des troubles qu'il nous est amené de voir.

Un de nos soucis, et notre ami Gonin en parlera tout à l'heure, est de coordonner notre action avec la médecine générale pour offrir une aide globale et la moins morcelée possible aux détenus et, ce faisant, pour freiner la consommation en médecins et en médicaments.

Lamothe dira deux mots dans un instant sur la multiplicité des contacts qu'exige notre bon fonctionnement.

Nous voulons seulement faire quatre remarques que notre expérience nous a fait vivre très personnellement.

1. Il est parfois possible de dépasser les cloisonnements inévitables à la structure pénitentiaire. Nous avons eu à plusieurs reprises l'heureuse surprise de pouvoir établir des relations médicales confraternelles (nos collègues de Fresnes sont peut-être coutumiers du fait, mais je pense, au plan de la médecine, disons, franchement organique, somatique). A l'occasion d'un détenu qui multipliait les passages à l'acte dans une prison périphérique, après entente téléphonique, et une fois les autorités pressenties, nous recevons un courrier débutant selon la pure tradition par : Mon cher confrère, je vous confie donc Monsieur X. Et, une fois le séjour « thérapeutique » terminé, nous commençons notre missive par : Mon cher confrère, je vous renvoie comme convenu...

2. Des actions concertées ont parfois lieu avec plusieurs person-nages :

a) Comme premier exemple, rappelons ce coup de téléphone d'un juge chargé de l'application des peines. Il recevait dans son cabinet un probationnaire alcoolique redevenu manifestement dangereux vis-à-vis de sa femme. Au cours de cet entretien, et avec la participation du client, on échafaude le projet suivant : mise sous écrou temporaire, transfert au C.M.P.R., remise en liberté quelques jours après placement en maison de santé privée pour une nouvelle cure de répulsion. L'équipe de psychiatrie de secteur qu'il avait peu à peu négligé de fréquenter antérieurement, était mise au

courant. Une pause dans les tribulations de cette famille était aussitôt réalisée ; notre nouvel ex-buveur retrouvait ensuite les siens dans un nouveau logement.

b) Cet autre cas concerne un psychotique étudiant prolongé coutumier d'agressions dans une ville voisine. Réfractaire à toute coopération, il venait d'être responsabilisé par une dernière expertise. Après parlementations avec un psychiatre du lieu, avec le magistrat et la famille, on aboutit à un transfert au C.M.P.R. juste après son jugement. Une relation thérapeutique va peut-être pouvoir être élaborée avec lui pour la première fois.

c) Nous devrions parler de nos limites. Telle cette demande de prise en charge qui nous est faite en début de week-end par un substitut d'un département voisin. Le cas envisagé était celui d'un homme obèse, âgé, diabétique et mélancolique suicidaire et plus ou moins gréviste de la faim. Il était inculpé dans une grosse affaire de faillite. Nous n'étions pas capables de le recevoir. Notre enquête téléphonique permit de contester le refus de prise en charge qu'opposaient les diverses institutions pourtant habilitées.

3. Un autre point sur lequel nous attirons l'attention est la lutte que nous menons contre une médicalisation et contre une irresponsabilisation outrancières.

— Tel le fils d'un artiste en vogue, le raté de la famille, constamment dédouané par le père (culpabilisé) pour des petits délits perpétrés dans l'orbite de sa ville d'origine. Un délit commis à Lyon lui valut d'être cette fois incarcéré. Nous pûmes résister à ses tentatives de suicide et aux pressions de son entourage (comprenant des confrères et des magistrats de bonne foi, bien entendu). Nous expliquâmes à l'intéressé que pour une fois il assumerait sa conduite. Notre client acheva son court séjour dans un climat de détente de bon augure.

— Nous ne pouvons relater en détail le cas de trois criminels psychotiques que nous pûmes assister durant leur détention préventive et acheminer jusque et au-delà de leur jugement. Nous avons remarqué — et les experts avaient partagé nos vues — à quel point ces hommes pouvaient, malgré leur pathologie, assumer leur « travail pénal » comme — selon les termes psychanalytiques — on assume son « travail de deuil ».

4. Nos rapports avec les experts méritent aussi réflexion. Jusqu'où pouvons-nous respecter la personne et le point de vue de nos clients ?

Ce problème fondamental, nous nous le posons toujours face entre autre à la mission des experts. Or, il nous arrive d'être un d'entre eux.

Pouvons-nous jouer un double rôle ?

Pouvons-nous renseigner les experts qui viennent dans nos locaux ?

Quelques principes généraux nous ont toujours guidés :

— nous ne communiquons pas nos dossiers médicaux ;

— nous donnons des indications verbales centrées strictement sur la mission demandée à l'expert ;

— nous refusons bien entendu d'être nous-mêmes experts pour des clients inculpés dans des affaires graves et avec lesquels nous sommes déjà entrés en relation.

Une constatation : en 25 ans de pratique, nous n'avons jamais eu l'impression d'avoir trahi notre rôle de médecin traitant. Et nous n'avons jamais eu de reproches de ce genre de la part des détenus ou de leurs avocats.

EN CONCLUSION :

L'équipe psychiatrique pénitentiaire peut-elle vraiment avoir la même structure que les autres équipes psychiatriques ?

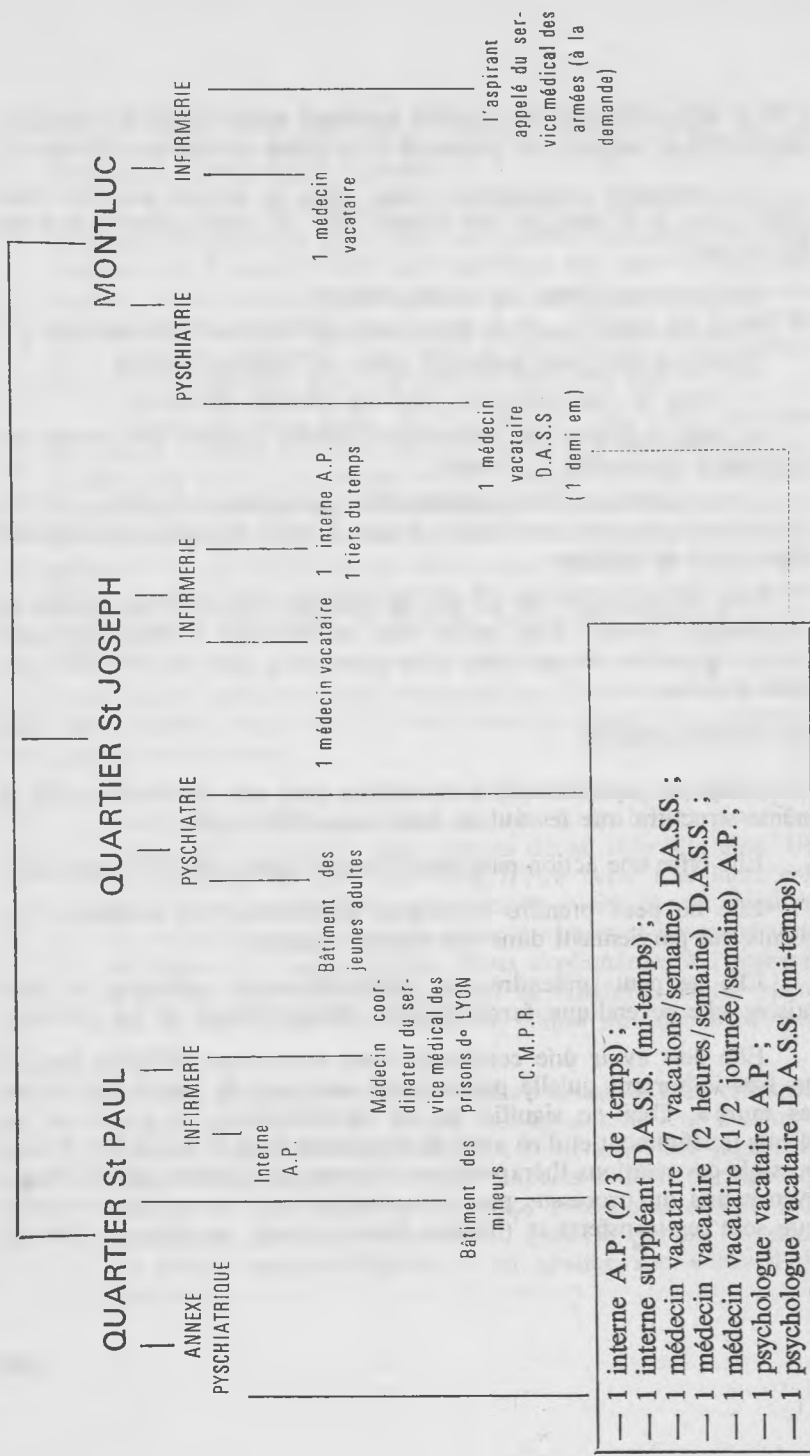
Elle offre une action parcellaire dans le monde de la criminologie.

Elle ne peut prendre en charge globalement et totalement les clients qui parviennent dans son champ d'action.

Elle ne peut prétendre agir indépendamment même si, à juste raison, elle revendique farouchement l'indépendance de sa position.

Elle doit avoir une continuité dans son action. Et pour cela, il est très important qu'elle puisse avoir une part de son action « hors les murs ». Ceci ne signifie pas la revendication de « traiter » les clients indéfiniment et d'en avoir le monopole. Mais il faut éviter le plus possible ces relations thérapeutiques maintes fois brisées par les divers événements du processus pénal et pénitentiaire souvent imprévisibles que sont les transferts et (bonnes choses en soi) les mises en liberté.

PRISONS DE LYON
REPARTITION DES SERVICES OU CONSULTATIONS MEDICO-PSYCHOLOGIQUES



- 1 interne A.P. (2/3 de temps) ;
- 1 interne suppléant D.A.S.S. (mi-temps) ;
- 1 médecin vacataire (7 vacations/semaine) D.A.S.S. ;
- 1 médecin vacataire (2 heures/semaine) D.A.S.S. ;
- 1 médecin vacataire (1/2 journée/semaine) A.P. ;
- 1 psychologue vacataire A.P. ;
- 1 psychologue vacataire D.A.S.S. (mi-temps).

N.B. : L'équipe se trouve notablement renforcée et désormais structurée par la nomination d'un psychiatre de secteur plein temps.

**Allocution du docteur PRINCE,
médecin-psychiatre à la maison d'arrêt de Caen.**

Notre confrère de Sarreguemines ayant suggéré que doive s'instaurer en milieu pénitentiaire un dialogue entre médecin (psychiatre) et personnel administratif à propos des détenus, il m'a semblé bon de remarquer que ce dialogue existait déjà inévitablement sous de multiples formes et d'ailleurs fréquemment officialisé par le rapport que l'on demande au psychiatre afin d'« apprécier le risque de dangerosité » d'un détenu dans l'éventualité d'une permission de sortir ou d'une libération conditionnelle. Que ce dialogue doive ou non être développé est un autre problème ; il présente en tout cas des limites, ne serait-ce que celles qui nous sont prescrites par la déontologie à propos du secret médical.

En revanche, il me semble important de souligner la nécessité d'informer le détenu sur les pratiques de l'Administration à son égard. Il m'est arrivé de recevoir une demande de rapport sur un détenu — demande portant la mention « confidentiel ». J'ai précisément jugé bon de ne pas réserver à l'administration la « confiance ». J'ai fait part de cette note au détenu concerné et lui ai fourni photocopie du rapport que j'ai adressé sur lui à l'administration. Cette attitude est pour moi une règle constante, quelle que soit la demande administrative, quel que soit le contenu de mon rapport. On a cru bon de m'opposer que je courais des risques. C'est exactement le contraire qui se produit : cette attitude provoque ou confirme à chaque occasion semblable un dialogue ouvert, souvent une émergence de paroles vraies, facteur nécessaire et parfois suffisant à un impact thérapeutique lorsqu'il est utile. Le meilleur garant de cette affirmation est, à chaque fois, la résonance émotionnelle spontanée, parfois intense, qui accompagne

cette véritable « révélation » d'une possibilité authentique de confiance réciproque sous laquelle toute thérapeutique est nécessairement vouée à l'échec. Il n'est pas non plus interdit de penser que ce peut être l'occasion, pour un ancien délinquant ou criminel, de l'aider à une restructuration sociale positive de sa personne.

Le problème des psychopathes en prison se trouve largement aggravé par l'insuffisance de l'article 64 de notre Code pénal, lequel ne reconnaît comme irresponsable que le dément. Tout le monde est là-dessus d'accord.

Sans attendre une longue et difficile refonte de notre Code pénal, sans non plus compromettre l'éventualité de cette refonte, il existe un moyen de clarifier un peu les choses. Sans pour autant résoudre tous les problèmes. C'est de modifier l'article 64 dans le sens suivant :

« Tout individu dont il s'avère que le comportement, dangereux pour lui-même ou son entourage, est le fait, au temps de l'action, d'un état de démence ou de psychopathie, doit être soustrait à la justice pénale et confié à un établissement de soins régi par la loi de 1838. »

A DEBATTRE ?

Dans un esprit de recherche sincère d'éthique professionnelle je souhaite faire part de mon attitude et accepte éventuellement la discussion sur le problème suivant :

— les examens demandés par l'administration au psychiatre sur un détenu le sont parfois à titre confidentiel. Cela ne peut signifier qu'une chose : il ne faudrait pas mettre le détenu au courant des causes, ou contenu ou des conséquences de cet examen le concernant.

Or, j'ai décidé et je m'y suis tenu jusqu'à maintenant, de mettre les détenus au courant des examens qui me sont demandés, et je leur donne personnellement une copie du rapport que je communique à l'administration.

Concrètement, j'ai constaté que loin d'entraîner un risque supplémentaire d'agressivité, les rapports s'en trouvent clarifiés, beaucoup plus authentiques et spontanés.

Allocution du professeur MARIN et du docteur RIBON. - Dijon

Au moment où va s'ouvrir dans le département, dans un délai assez rapproché un centre médico-psychologique de la maison d'arrêt de Dijon, il nous paraît intéressant d'analyser ce que peut représenter l'ouverture d'un tel centre dans le double contexte de l'évolution des structures psychiatriques traditionnelles et de la psychiatrie en prison. Naturellement, il n'est pas question de retracer l'évolution historique complète de ces deux structures, travail qui a souvent été fait, mais nous nous contenterons seulement de dégager la signification de cette évolution, en particulier récente. Sur l'évolution de la criminologie et de psychiatrie en milieu pénitentiaire, parmi les nombreux travaux que nous avons relus récemment, deux nous ont déjà parus très riches : « Les fondements médico-psychologiques et sociaux d'une réforme de la politique criminelle » par J. Ley (1961 - Congrès de psychiatrie de langue française), et « Psychiatrie en milieu pénitentiaire » par P. Sizaret (1967 - Congrès de psychiatrie de langue française). Quant à la littérature sur les hôpitaux psychiatriques, elle est tellement abondante qu'il nous est difficile de citer des textes. Notons toutefois que l'évolution récente des hôpitaux psychiatriques n'a pas encore été à notre avis analysé avec suffisamment de recul objectif, tellement, comme chacun le sait, les dix dernières années ont surtout été marquées, en psychiatrie, par des travaux théoriques, voire idéologiques. En particulier, la tendance actuelle du déplacement de la psychiatrie de l'hôpital psychiatrique traditionnel vers l'hôpital général, tendance qui nous paraît déjà très largement positive, se fait dans un mouvement en partie empirique dont il faudrait pouvoir dégager la signification profonde.

Mais nous ne terminerons pas cette introduction sans rendre hommage aux efforts des administratifs et des médecins qui vont permettre l'ouverture des centres médico-psychologiques, notamment à Dijon. Nous remercions donc avant tout Madame Veil et Madame Troisier, et sur le plan médical comment ne pas rendre hommage à toute l'école lyonnaise et aussi au docteur Hivert qui, seul pendant longtemps à Paris dans son centre de La Santé a pu permettre à des psychiatres parisiens, dont l'un de nous deux, de se passionner pour la criminologie. Enfin, nous avons le devoir de signaler que sur notre plan régional, Monsieur Leteneur, directeur régional, et Monsieur Lepitre, directeur de la maison d'arrêt de Dijon, préparent depuis des années avec un enthousiasme sans aucune réticence, les esprits à l'ouverture du futur centre.

Au terme de cette introduction et pour revenir au sujet même de notre communication, nous allons essayer de dégager la signification de l'évolution des structures psychiatriques et pénitentiaires dans leur rapport avec le détenu malade mental et aussi avec le psychopathe en général, nous expliquerons plus loin pourquoi.

EVOLUTION DE L'HOPITAL PSYCHIATRIQUE.

Chacun sait que cette évolution se fait dans le sens d'une plus grande souplesse, d'une régression de tout l'aspect rigide, voire carcéral de la structure. Un nombre de plus en plus important de malades dits mentaux, y compris des « petits malades » faisant par exemple des épisodes dépressifs, réclame des hospitalisations courtes dans le cadre d'une hospitalisation d'accueil, proche de celle de l'hôpital général. L'hôpital psychiatrique ne peut plus rester, comme il l'a été pendant longtemps, organisé sur le schéma d'une communauté close dans laquelle tous les membres obéissent aux mêmes règles. Cette évolution est absolument normale et souhaitable, et c'est même la seule chance pour l'hôpital psychiatrique de rester concurrentiel avec les services des hôpitaux généraux. Mais cette évolution, et c'est ce qui est important à noter ici, rend impossible la prise en charge et des psychopathes et des détenus malades mentaux provisoirement transférés en hôpital psychiatrique. Le détenu malade mental transféré dans un lieu où la surveillance n'est plus le souci numéro un des soignants crée en effet une sorte de phénomène de rejet autour de lui, lié en particulier à la peur de son évasion. Bien entendu la situation est variable d'un département à l'autre, et certains hôpitaux gardent encore des services fermés adaptés à ce genre de malades, mais nous pensons que là n'est pas l'avenir, car tant que la psychiatrie hospitalière publique continuera à mixer en quelque sorte une double population, celle des malades voulant être librement soignés, et celle des psychopathes ou détenus malades nécessitant une structure de surveillance, elle risque d'être rejetée par l'opinion publique. Quant au psychopathe, pour employer une formulation peut-être un peu dépassée, qui lui n'est pas forcément un délinquant, donc ne relève pas à priori systématiquement d'un rapport avec l'univers pénitentiaire, chacun d'entre nous sait que sa présence dans un service de psychiatrie rend absolument illusoire tout effort thérapeutique, en raison du jeu complexe de manipulations qui se crée toujours autour de lui. Bien plus, le psychopathe traditionnel, n'étant plus canalisé par la structure devenue trop souple de l'hôpital psychiatrique, devient de plus en plus facilement un vrai délinquant, qui passe à l'acte et croit, ou espère, trouver

dans l'hôpital psychiatrique, un univers qui le cautionne dans son irresponsabilité. Bien entendu, nous ne voulons pas dire que le psychopathe ou déséquilibré, à partir du moment où il passe à l'acte sur le plan délinquantiel relève d'une prise en charge au centre médico-psychologique de la maison d'arrêt ; bien au contraire, et nous y reviendrons plus loin, nous voulons dire que le psychiatre en milieu pénitentiaire sera de plus en plus confronté au difficile problème de la nécessité d'une démarche très rigoureuse afin de ne pas confondre le détenu faisant un authentique épisode psychiatrique aigu, avec le psychopathe cherchant avant tout dans la psychiatrie une caution à ses difficultés de comportement. Naturellement, il ne s'agit pas d'une distinction rigide, manichéiste ou moralisante, car le psychopathe renvoie lui aussi à la nécessité d'une prise en charge, mais sans doute beaucoup plus éducative que psychiatrique.

EVOLUTION DU MILIEU PENITENTIAIRE.

Sur le plan de son rapport avec le détenu malade mental, son évolution s'est trouvée obligatoirement liée à celle de l'hôpital psychiatrique. Le détenu malade mental authentique a toujours posé un problème particulier au milieu pénitentiaire, en créant autour de lui toute une cristallisation de problèmes relationnels, dans lesquels il n'est pas possible de faire facilement la part de ce qui est lié spécifiquement à la personnalité du détenu. Pour nous, en conséquence, et tenant compte de l'adaptation de plus en plus difficile du détenu à l'hôpital que nous venons d'évoquer plus haut, la prise en conscience par l'Administration pénitentiaire de la nécessité de créer des lieux de soins aux malades mentaux à l'intérieur même du lieu pénitentiaire, représente une évolution absolument logique et normale. Pourquoi accepterait-on d'opérer une appendice dans un service chirurgical pénitentiaire et refuserait-on de soigner par exemple un épisode délirant aigu dans un service spécialisé ? Bien entendu, nous ne perdrons pas de vue qu'il existe un problème spécifique à la psychiatrie lié au fait qu'actuellement il n'est pas toujours facile de faire la part des troubles mentaux authentiques et des troubles multiples du comportement qui ont tendance à se développer dans un milieu institutionnalisé. Mais cette difficulté qui assigne précisément au psychiatre un devoir de rigueur, ne représente absolument pas un argument contre la nécessité de lieux spécifiques de soins. Evidemment, nous avons parlé surtout jusqu'ici des détenus malades mentaux, c'est-à-dire des psychotiques aigus ou chroniques, qui posent des problèmes particulièrement prégnants en raison de la fréquence des troubles du comportement. Mais nous n'oublions pas pour autant les détenus présentant des états

beaucoup moins graves de souffrances névrotiques, parfois relativement bien stabilisés avant l'incarcération, et qui connaissent en prison une décompensation plus ou moins brutale sous des formes bien connues de chacun d'entre nous : états anxieux aigus, réactions dépressives, etc. Il est logique de penser que la création d'un centre médico-psychologique régional facilitera la tâche de l'Administration pénitentiaire en lui permettant de mieux cerner les différents problèmes relationnels qui se posent dans un établissement. Quant aux psychiatres consultants, ils auront la possibilité de recourir à des périodes d'observation, à chaque fois qu'un diagnostic ne peut être porté sur un seul examen clinique.

PROSPECTIVES SUR LES MODES DE TRAVAIL A L'INTERIEUR D'UN CENTRE MEDICO-PSYCHOLOGIQUE.

Nous aborderons avec prudence ce chapitre ; en effet, d'une part certains de nos collègues pénitentiaires ont déjà une grande expérience de problèmes dont ils pourront faire profiter leurs cadets qui seront responsables de centres tels que ceux de Dijon, d'autre part il est certain que ces futurs médecins responsables devront bénéficier d'une large autonomie dans l'organisation de leur travail afin de s'adapter au mieux des réalités locales. Mais la souplesse nécessaire à la création d'un service psychiatrique ne doit pas empêcher de se référer à quelques idées précises pour la création de tels services, en tenant compte en particulier du moment précis actuel de l'histoire de la psychiatrie dans le contexte duquel se situe l'ouverture d'un tel service. Schématiquement, ce moment précis nous semble marqué par les éléments suivants :

— le déplacement déjà évoqué d'une psychiatrie asilaire vers une psychiatrie hospitalière, et qui signifie que le malade mental devient enfin un malade comme les autres ;

— sur le plan plus théorique, la fin probable de l'influence de tout ce que l'on a appelé ces dernières années la psychiatrie institutionnelle, dans laquelle il semble qu'on ait à tout prix voulu donner une sorte de primauté dans la thérapeutique à l'institution elle-même par le jeu complexe de l'interaction de ses membres, soignants et soignés. Si, sur un certain plan, ce moment a été fécond par la remise en cause de certains modes de travail, il faut bien reconnaître aussi qu'il a trop souvent abouti à une sorte d'irresponsabilité des équipes de soignants en face du malade mental. Cela ne veut pas dire qu'il n'y aura pas de place dans ce genre de service psychiatrique pour certaines actions de groupe (Cf. les travaux de l'école lyonnaise), mais cela veut dire que,

à notre avis, ces centres médico-psychologiques ne pourront fonctionner de façon valable qu'à travers des responsabilités clairement définies au travers de rôles précis pour chacun des membres de l'équipe soignante.

Dans cet esprit-là, et sur un plan très concret, nous n'avons jamais caché notre réticence à l'idée qu'un tel centre, comme celui de Dijon, pourrait fonctionner avec un trop grand nombre d'infirmiers psychiatriques. On peut considérer que tous les efforts faits ces dernières années pour faire de l'infirmier psychiatrique un technicien polyvalent de la santé mentale ont relativement échoué. Nous voyons par exemple le futur centre de Dijon fonctionner sur deux niveaux :

— un niveau naturel de surveillance, au sens surveillance en maison d'arrêt, assurée par les surveillants pénitentiaires ;

— un niveau technique représenté par l'introduction progressive par le médecin-chef de techniciens ayant un rôle bien précis à jouer dans le service : un ergothérapeute, un éducateur, un psychologue-psychothérapeute, et une toute petite équipe d'infirmiers psychiatriques pour assurer le traitement, la surveillance classique et éventuellement une animation quotidienne.

Toutes ces exigences techniques doivent se faire en conciliation avec les nécessités très concrètes et quotidiennes d'une maison d'arrêt, et par conséquent en accord avec l'Administration pénitentiaire. Quant à ceux qui travaillent dans un tel service, ils ne doivent pas avoir l'illusion que le travail tant médical que psychothérapeutique y est simple. Nos expériences de psychiatre en maison d'arrêt nous ont toujours montré que le travail relationnel avec le détenu est très complexe, nécessitant un ajustement permanent du thérapeute à la situation très particulière du détenu et aux « fausses demandes » qu'elle engendre. Nous ne faisons naturellement qu'effleurer ce problème qui est un problème de fond du travail psychiatrique en milieu pénitentiaire, admirablement évoqué en profondeur par J. Hochmann : « La relation clinique en milieu pénitentiaire » (Masson édit., Paris, 1964) à travers son expérience personnelle.

Quelques problèmes spécifiques du travail au centre médico-psychologique : dépistage, posture, relations avec le secteur, prévention.

— **Le dépistage** : le problème est largement évoqué par P. Sizaret dans son rapport de 1967, à travers en particulier les expériences de Gallavardin (Lyon) et de Hivert (Paris). En ce qui nous concerne, et à travers en particulier l'expérience de l'un de nous à Paris dans le

service du docteur Hivert, le dépistage systématique sous forme d'une consultation pour tous les « entrants » en maison d'arrêt, prévenus ou détenus, nous a paru d'un intérêt considérable, malgré son côté parfois fastidieux évoqué par Hivert. Nous y voyons un double intérêt : un intérêt diagnostique, c'est-à-dire le repérage très rapide de gros troubles psychopathologiques qui peuvent éclairer les magistrats dans la compréhension du sujet et aussi, et peut-être surtout, un intérêt psychothérapique. Nous pensons en particulier à tous les épisodes anxieux initiaux consécutifs à l'incarcération chez des personnalités névrotiques. Il est certain que l'amorce très rapide d'un dialogue dès l'entrée en prison peut permettre d'éviter des décompensations dépressives en amorçant une psychothérapie de soutien. C'est d'ailleurs exactement la conclusion à laquelle parvient P. Sizaret en soulignant la nécessité d'organiser ce dépistage « d'une manière satisfaisante dans le but de devenir essentiellement une première approche précoce précédant d'autres interventions dans la thérapeutique... »

— **Les relations avec le secteur** : il est certain que là encore il s'agit d'un problème d'organisation du travail, qui se fera probablement d'une manière différente d'une région à l'autre. Nous voyons deux axes dans l'organisation de ce travail :

- facilitation au maximum par le médecin responsable du service pénitentiaire de la présence dans son service des médecins-chefs de secteur dans un esprit d'ouverture et de collaboration ;

- mise en place d'une véritable consultation de postcure en collaboration avec les secteurs chaque fois que cela sera nécessaire. On peut très bien penser que les détenus libérés et ayant présenté des troubles mentaux en prison pourront bénéficier d'une postcure soit dans le contexte d'une consultation pénitentiaire « extern », soit dans le contexte de leur secteur d'hygiène mentale, l'indication pouvant dépendre de diverses considérations psychologiques propres à l'environnement du sujet ou à sa psychologie propre.

— **Les activités de recherche et d'enseignement** : sans vouloir être trop ambitieux il est certain qu'il est inconcevable de penser à l'activité d'un centre médico-psychologique sans une ouverture très importante sur l'enseignement et sur la recherche. A l'heure où chacun va de son petit couplet très subjectif, sur l'argumentation de la délinquance et de la criminalité et de leurs causes éventuelles, il paraît plus urgent que jamais d'élaborer des projets de recherche, non pas abstraits mais greffés sur la réalité clinique même du travail psychiatrique fait au milieu pénitentiaire, avec une arrière-pensée permanente de prévention. Là encore en ne faisant qu'effleurer les problèmes de fond,

un certain nombre de problèmes nous paraissent devoir être entendus de façon urgente. Nous évoquerons en particulier :

- la non-culpabilisation de plus en plus fréquente par nombre des délinquants de délits parfois très graves. Il est certain que cette non-culpabilisation, cette indifférence de plus en plus fréquente aux conséquences du délit pour autrui ne peut que nous renvoyer, nous psychiatres, à une perplexité massive et angoissante dont nous ne sortirons que par un effort de recherche ;

- l'énorme problème des psychopathes qui ne relèvent pas, certes, la plupart du temps, d'un vrai noyau de pathologie mentale, mais chez qui les aspects psychiatriques de la prise en charge sont de plus en plus complexes. Chacun de nous peut observer que les passages à l'acte délinquantiels sont de plus en plus fréquents chez les psychopathes et nous savons hélas que la psychiatrie, soit traitante, soit par le besoin de l'expertise, sert trop souvent de caution à l'irresponsabilité à laquelle aspire toujours le psychopathe. Pour nous psychiatres, ce n'est pas un problème très agréable et très facile à aborder, mais nous devons avoir le courage de le regarder en face. Sur le problème de l'expertise mentale, on peut là aussi penser que le centre représente un lieu privilégié pour une réflexion sur ce problème de plus en plus difficile ;

- le problème de la toxicomanie : sur ce problème, nous serons très prudents. Il est abordé avec pertinence et en détail dans le rapport du docteur Curtet. Nous ne prendrons pas parti dans le difficile problème de la répression ; par contre il est certain que le toxicomane incarcéré représente un problème très particulier et qu'il faut savoir profiter de son incarcération, même si on pense qu'elle fait problème, pour l'aider dans son sevrage, voire amorcer quand cela est possible une psychothérapie de soutien. En d'autres termes, le centre doit être un des maillons des différentes perches qui peuvent être tendues aux toxicomanes.

CONCLUSIONS SOUS FORME DE QUESTIONS.

Nous ne pouvons que répéter que nous sommes convaincus de la validité et de l'efficacité future des centres médico-psychologiques, tout en étant parfaitement conscients de problèmes de fond qui doivent toujours être présents dans l'esprit du psychiatre. En particulier, la psychiatrie en prison ne doit en aucun cas être synonyme d'une psychiatrie de tous les problèmes. Même s'il s'avère qu'il existe de

plus en plus de cas limites, nous ne devons pas perdre de vue qu'on doit à tout prix tendre vers une distinction la plus nette possible entre le détenu malade mental et celui qui cherche dans la psychiatrie une caution à son irresponsabilité, ce qui n'exclut pas qu'on cherche également à comprendre ce dernier. Il nous semble que tous les concepts trop vagues surutilisés en psychiatrie, tels que ceux par exemple d'immatunité affective, de carences diverses, etc., vont trop dans le sens d'un manque de rigueur. De même pour la psychiatrie systématique... Avec le recul de ces dernières années nous pensons qu'elle n'est en fait qu'un aspect spécifique de la surconsommation médicale et que son analyse, là encore, demande de notre part un effort de rigueur.

Nous concluons donc en disant que la psychiatrie en milieu pénitentiaire sera une réussite, si elle réussit à éviter les excès idéologiques de ces dernières années et à s'inscrire au contraire dans l'héritage spirituel du regretté Henri Ey tel qu'il l'a formulé dans sa dernière œuvre « Défense et illustration de la maladie mentale ».

Allocution du docteur BARLET, prisons de Lyon.

Ce que l'on appelle « le milieu ouvert » a, en France, tout juste vingt ans. C'est en effet de 1954 à 1958 que le souci d'organiser ce que M. Foucault a défini comme « une sorte d'orthopédie sociale pour corriger les âmes » a conduit à la création d'un nouveau corps de magistrats — les juges de l'application des peines —, puis à celle de groupes de travailleurs sociaux destinés à assister ces magistrats. Pour novatrice qu'elle parût, cette idée que certains délinquants adultes puissent accomplir tout ou partie de leur peine en restant dans la cité et en bénéficiant d'une sorte de guidance ne l'était qu'au niveau de notre hexagone, et encore. En Angleterre par exemple, elle se trouvait appliquée depuis cinquante ans et en France même, elle orientait la prise en charge de la délinquance juvénile depuis dix ans.

Avoir fait ses preuves ailleurs n'empêcha pas l'innovation française de se heurter à bien des résistances dans une opinion publique mal préparée à voir sortir le déviant de la prison ou de l'asile. Le milieu ouvert ne s'est mis en place que très lentement et, si sa clientèle dépasse aujourd'hui nettement en nombre celle du milieu carcéral, l'équipement du comité de probation et d'assistance aux libérés de

Lyon, qualifié par l'administration de « comité pilote », peut apparaître exceptionnellement riche au regard de celui de la plupart des comités français.

Placé sous l'autorité de deux juges de l'application des peines et d'un chef de service, le comité lyonnais compte une quinzaine de travailleurs sociaux, à part approximativement égale des deux sexes et qui ont une formation d'éducateur ou d'assistant social. Ils ont récemment obtenu de n'avoir officiellement chacun que 80 clients en charge. Ces clients sont, soit des personnes condamnées à effectuer tout ou partie de leur peine sous le régime du sursis avec mise à l'épreuve (probation), ou sous celui de la semi-liberté, soit des détenus admis au bénéfice de la libération conditionnelle, soit enfin des sortants de prison définitivement libérés de toute obligation pénale mais demandant une aide pour leur réinsertion.

Un prolongement de ce soutien éducatif par l'intervention simultanée de bénévoles volontaires pour accueillir le délinquant dans la cité était apparu souhaitable dès le début de fonctionnement du comité ; les difficultés pour recruter de tels volontaires et peut-être aussi les doutes émis par certains « professionnels » sur la possibilité d'une collaboration synergique avec des bénévoles empêchèrent une instauration stable de cette collaboration.

L'intervention d'un psychiatre, quant à elle, n'avait pas été prévue dans les textes prévoyant l'équipement du milieu ouvert. Elle fut assez vite demandée par l'équipe du comité lyonnais, à l'origine essentiellement à partir de la constatation qu'environ 15 % des clients avaient, parmi les obligations figurant dans leur jugement, celle de se soigner sur le plan médico-psychologique et que nombre d'entre eux n'étaient pas pour autant suffisamment motivés pour recourir aux structures d'hygiène mentale de secteur. Cette demande de collaboration pluridisciplinaire s'est peu à peu étoffée et diversifiée. Actuellement, deux psychiatres vacataires apportent leur concours au comité, sous deux formes d'intervention :

— deux samedi après-midi par mois, ils assurent des consultations dans un local « neutre », appartement en ville prêté par un mouvement d'action sociale. Les clients de ces consultations sont ceux qui ont une obligation de soins (il y en a eu 150 en 1977, dont 60 % avaient en commun le symptôme éthylisme-toxicomanie), mais aussi les personnes qui sont parvenues, au cours de leur relation avec le travailleur social, à formuler une demande d'entretien avec un spécialiste ;

— deux autres après-midi par mois, ils participent à des réunions d'équipe qui regroupent tous les travailleurs sociaux et auxquelles se joignent parfois les magistrats. Ces réunions sont utilisées alternativement pour des études de cas présentés par les éducateurs et pour des discussions de thèmes généraux intéressant la relation éducative.

La pratique de ces deux formes d'intervention peut suggérer quelques réflexions, tout d'abord autour de la relation entre psychiatre et client du milieu ouvert.

La notion qu'action thérapeutique et action répressive puissent être menées de front marque un progrès indéniable par rapport au temps où le délinquant était voué à une exclusion arbitrairement carcérale ou asilaire. Mais, pour évoluée qu'elle soit, l'idée de punir pour racheter, puis de reclasser pour mieux pardonner participe d'une sorte de manichéisme, difficilement tolérable par le client que ses échecs d'insertion sociale antérieurs ont souvent orienté vers un manichéisme à camps inversés.

De même que la prison a pu être analysée comme un lieu de conditionnement à la régression orale, le milieu ouvert peut évoquer, presque par toutes ses lois, un système de conditionnement à la régression anale. Avec pour objectif une sorte de « toilette » des fonctionnements mental et comportemental du client, la structure va multiplier autour de lui obligations, interdits et contrôles. La plupart de ces contraintes seront sous-tendues par une même finalité d'acquisition-rétention ; il sera demandé au probationnaire d'acquiescer et de retenir un travail, un domicile, de l'argent, tout un réseau de relations normatives (juge, éducateur, thérapeute). Il devra contenir son agressivité (pour ne pas risquer d'être licencié, expulsé ou impliqué dans une quelconque bagarre), ses pulsions (exhibitionnistes ou autres), son intempérance (s'il buvait auparavant). Tout cela sous peine de perdre l'appui et la confiance de ceux qui assurent sa guidance et d'être renvoyé devant l'instance sur-moiïque suprême : le tribunal. Plus forte aurait été sa rébellion, plus douloureuse serait sa chute, car il est axiome que, comme l'enfant, il devra toujours céder devant la toute-puissance de la loi.

Un symptôme particulièrement sensible de cette prévalence anale paraît être l'argent. La plupart des délinquants ont intégré aussi mal sa fonction symbolique (autour de laquelle ils ne sont pas parvenus à équilibrer leurs tendances captatives et oblatives), que sa fonction de réalité (faute d'avoir jamais pu établir un rapport extra-vénal entre eux et la société). Loin d'éclaircir et de mûrir leur rapport à l'argent,

les règles du milieu ouvert vont multiplier autour de lui équivoques et interférences. Contraint d'en gagner, de ne pas le dilapider, d'en restituer une part souvent importante pour payer ses frais de justice et indemniser ses victimes, le probationnaire se verra également interdire de l'utiliser pour prendre une distance vis-à-vis de ses « soignants » et pour (se) prouver qu'il est capable d'assumer une part de la démarche thérapeutique.

Ici encore plus qu'ailleurs, la société qui s'entremet comme tiers-payant dans la relation entre le délinquant et ceux qu'elle mandate pour le réinsérer prend une position ambiguë de mère omnipotente, à la fois généreuse et frustrante, gratifiante et réductrice, contrôlant tous les mouvements d'une ambivalence sadomasochique qu'elle entretient.

Le psychiatre, dans sa relation duelle avec le client, ne peut s'exclure de ce conditionnement teinté d'analité, mais il doit s'efforcer de le dépasser. Si l'obligation de soins peut paraître placer la rencontre sous le signe de l'artifice, elle n'en fournit pas moins souvent l'occasion de mettre à jour une souffrance, ne serait-ce que celle issue des rapports conflictuels entre l'individu et la société. Dès lors, le temps n'est plus à la prouesse diagnostique, au cliché tendant à fixer le client dans la stigmatisation d'un instant de son histoire, ou à l'ambition artisanale de traiter l'homme de bout en bout à partir du symptôme-délinquance. Il s'agit simplement, à partir de la prise en considération de la souffrance qui a pu être verbalisée, d'instaurer une relation qui offrira au client une expérience nouvelle d'être face à l'autre. C'est en s'appuyant sur cette expérience qu'il pourra se reconstituer un capital narcissique suffisant pour lui permettre de passer de l'obligation à la demande de soins et du psychiatre de la justice au psychiatre de secteur ; ce qui représente une conquête d'identité sociale qui vaut bien celle apportée par la stabilité professionnelle.

Il est certain que ce rôle éphémère de « médiateur » thérapeutique s'avère quelque peu frustrant pour le psychiatre de la justice et qu'il peut être nécessaire à son équilibre personnel d'assurer quelques prises en charge psychothérapeutiques, au sens traditionnel du terme. Mais non moins certain est le risque que la multiplication de ses consultations aboutisse à priver les clients d'une conquête d'autonomie significative.

Un autre haut risque serait de ne pas respecter, tout au long de cette relation « préparatoire », les résistances du client et, en particulier, ses échappements par déplacement au contexte d'analité ; et ce, bien que ce respect soit difficile lorsque l'on sait par avance qu'à ses

résistances répondront celles de ses milieux de vie et que la limite de tolérance sera souvent atteinte, de part et d'autre.

A travailler dans plusieurs équipes pluri-disciplinaires, on s'aperçoit que l'intervention du psychiatre dans celle des travailleurs sociaux de milieu ouvert apporte les mêmes difficultés et les mêmes avantages qu'ailleurs. On y retrouve le besoin des éducateurs d'avoir « leur » spécialiste, dans la familiarité duquel le « savoir » s'avère moins secret et moins inquiétant. On y sent planer la rivalité des savoirs, les éducateurs préférant, par exemple, ne pas rapporter un cas devant un psychiatre qui a vu lui-même le client, de crainte de voir « juger » leur perception. On y voit poindre la confusion des rôles, qu'une assistante sociale rationalisera à partir de la conjoncture socio-économique : « Nous sommes impuissants à résoudre tous les problèmes qui seraient de notre domaine, alors la seule chose à laquelle nous puissions nous raccrocher, c'est le psychomachin. » On y agite des projets de psychothérapie de groupe, de prise en charge bi ou tri-polaire de cas difficiles, de sectorisation géographique portant l'effort sur des quartiers à haute marginalité.

Le rôle du psychiatre sera, outre de soutenir l'assistante sociale dans sa « déprime », de l'aider à prendre un peu de recul, à analyser pas à pas sa relation avec le client qui, assez souvent, se pose plus volontiers en malade devant elle que devant le médecin. Il sera aussi d'éviter au travailleur social de renforcer les stéréotypes à travers lesquels un client perçoit la réalité et principalement l'autorité, ou de créer une dépendance excessive et perpétuée à partir de la séduction passive déployée par un autre. Il sera encore de rappeler que nous ne sommes pas là pour enfermer le client dans le choix de subjuger ou d'être subjugué et qu'il faut nous garder d'une tendance possessive qui, au nom de l'équilibre social, stériliserait son originalité et donc son utilité sociale même.

A l'heure du bilan, la possibilité d'un travail en équipe pluri-disciplinaire apparaît, dans ce domaine difficile, à la fois comme une sécurité et comme une condition d'efficacité. Sécurité, parce que les tentations inconscientes d'un intervenant solitaire seraient très difficilement maîtrisables dans un tel contexte. Condition d'efficacité, car il serait vain de prétendre aborder le déviant dans une perspective exclusivement médicale. De même que l'usage nous a appris que, pour agir sur l'enfant, il fallait bien souvent agir sur les parents, il nous démontre que, pour agir sur le délinquant il faudrait pouvoir agir sur tous ses milieux de vie, familial, professionnel, de quartier. Cela sup-

pose une intervention pluri-disciplinaire dont le champ ne pourra faire autrement que de s'étendre du psychothérapeutique au politique, en s'efforçant de se garder du danger d'agir à travers le client la propre agressivité sociale des soignants.

Ce n'était pas le lieu ici d'entrer dans le débat très en vogue (mais qui ne semble pas constituer la préoccupation majeure de nos clients de milieu ouvert) de savoir si le psychiatre représente la réponse la plus élaborée d'une volonté d'entraide libérale, ou bien l'instrument le plus machiavélique de récupération autoritaire. Mais il ressort à l'évidence de la pratique que la réconciliation du délinquant et de la société ne pourra se promouvoir que dans un apprentissage simultané, par l'un et par l'autre, de la responsabilité.

Allocution du docteur Daniel GONIN, médecin des prisons de Lyon.

La venue chaque 1er octobre de deux stagiaires internés affectés au service médical des prisons de Lyon, par le regard neuf qu'elle permet, ravive une perception du monde carcéral que la monotonie des jours, la grisaille des murs, et le « froid pénitentiaire » auraient tendance à engourdir. Les discussions avec des jeunes praticiens permettent de nouvelles réflexions sur le travail, le statut et le rôle des médecins en prison. C'est à ces jeunes médecins que je dois de faire les quelques observations qui vont suivre et en particulier au docteur Bethmond, notre dernier interne en date.

Dans ce monde carcéral si bien clos se présentent deux médecines : la médecine générale, mieux nommée dans sa spécificité, pénitentiaire, et la médecine psychiatrique. La confrontation n'est pas nouvelle, elle se peut constater en vie libre, mais nulle part ailleurs se trouvent autant de points de rencontre, de friction, de collaboration, de compétition dans cet univers où le moindre détail prend relief et où toutes les autres spécialités médicales ne sont évoquées qu'épisodiquement par la présence ponctuelle d'un consultant.

L'individualisation de ces deux médecines est accentuée par le fait que les praticiens de chacune de ces deux disciplines ont leur patron propre et non des moindres puisque chacun se recommande d'un ministère différent : ministère de la Justice pour la médecine pénitentiaire, ministère de la Santé pour la médecine psychiatrique. La diffé-

rence se marque des rapports de statuts de praticiens entre eux, quelques vacations et une condition instable pour les médecins de la Justice, des temps pleins ou des mi-temps et une carrière pour les médecins de la Santé. Ce deuxième patron dans la misère générale apparaît fastueux, tandis que l'autre, malgré ses efforts, se révèle parcimonieux.

Le paradoxe est que la médecine pénitentiaire, celle qui a la charge de la santé des détenus, ne peut être assurée que par des médecins dont le plus large exercice est à l'extérieur, tandis que la psychiatrie qui n'est qu'un aspect de cette santé est assumée par des praticiens qui dans la constitution d'un intersecteur, ont totalement investi là leur exercice.

Apparemment il pourrait donc y avoir deux champs d'exercice avec des points de rencontre relativement dispersés. Si l'unité de l'exercice médical peut être préservé, c'est non seulement du fait d'une bonne volonté confraternelle, mais surtout du fait des exigences de la personne même des clients. Autrement dit : y a-t-il une ou deux clientèles ?

Premier propos.

La médecine psychiatrique s'exerce partout et d'abord en médecine pénitentiaire.

Le service de médecine pénitentiaire a pour première tâche de recevoir tous les entrants en détention journalièrement pour constitution d'un dossier médical et visite systématique. A l'occasion de ce contact somatique le nouveau détenu a pour la première fois la possibilité de rencontrer un personnage qui s'intéresse à sa personne toute entière, écoute un discours qui ne lui est pas sollicité ou même arraché. C'est un moment essentiel du repérage, non seulement de la pathologie mentale, mais de ce qui est bien plus couramment rencontré : la souffrance psychique et des perturbations structurales.

A partir de ce premier contact, où le détenu semble s'afficher toute la position de la médecine en prison, dépend son recours ou non aux divers praticiens qui la composent. De là pourra se faire l'acceptation par le détenu de son orientation vers la consultation psychiatrique, prolongement particulier de ce premier dialogue. Ce n'est pas là dépendance du médecin psychiatre au médecin pénitentiaire, mais bien plutôt accord thérapeutique au bénéfice du malade.

Pour les nouveaux incarcérés qui sont en difficulté, ce premier contact ouvre à d'autres. Le service médical devra faire face à cette

clientèle dont le trouble n'est pas uniquement somatique. La thèse de Auberger : « Travail de l'interne en médecine à la maison d'arrêt de Lyon » en 1976 révèle dans sa partie statistique que 40 % des demandes concernent des affections qu'il croit pouvoir dénommer psychosomatiques. Il trouve que 20 % des prescriptions de médecine pénitentiaire comportent des psychotropes.

Ces constatations ne sont pas pour nous étonner, elles sont comparables à celles que l'on pourrait faire dans l'exercice de la médecine générale à l'extérieur. Simplement elles prennent relief dans cette confrontation étroite que nous avons soulignée.

Le médecin pénitentiaire qui doit effectuer des visites systématiques des détenus incarcérés dans les quartiers disciplinaires ou d'isolement, doit non seulement s'inquiéter de l'état physique du prisonnier, mais dans l'absolue obligation d'évaluer son état psychique. C'est même le plus souvent une demande de type psychiatrique que l'Administration pénitentiaire fait à ce praticien.

Elle pose la question : « L'état du détenu est-il compatible avec son maintien à l'isolement ou au cachot ? » et demande une réponse globale. Soulignons là toute l'ambiguïté de cette sollicitation. Au présent quel dommage le détenu a-t-il subi, mais au futur jusqu'où peut-on ne pas aller trop loin. Le médecin dans ce cas précis ne fait pas que constater la pathologie existante, il doit faire un pronostic sur la pathologie éventuellement provoquée. Ceci est en renversement total de la demande prévisionnelle habituelle qui concerne l'évolution d'une maladie où peuvent surgir des éléments de santé, alors qu'ici c'est la demande dans la santé de révéler le surgissement de la pathologie dont les conditions de vie seraient cause.

L'exercice de la prédiction est toujours flatteur pour celui que l'on sollicite, c'est un élément non négligeable d'une certaine puissance du médecin ; cette demande-là comporte en plus la possibilité donnée au praticien de tout modifier, par son action immédiate de changement. Il pourrait lui sembler qu'il prend le pas sur les décisions disciplinaires, alors qu'en fait c'est son regard demandé qui permet, sans risque de responsabilité, l'application de la sanction. Ce point d'exercice de la psychiatrie ne peut que le plonger dans une réflexion difficile, concernant son rôle. Il ne peut s'en décharger sur aucun autre spécialiste car cette question concerne toute médecine prise dans l'ordre médical.

Le médecin pénitentiaire est très souvent sollicité par des détenus qui n'ont ni maladie somatique ni pathologie mentale, mais

qui manifestent un besoin de parler. Le milieu de détention plus que tout autre est un monde de silence et de cris, mais peu de paroles, excepté un langage informatif. Le détenu sait qu'il a perdu la parole. Dans ses rencontres avec le juge d'instruction, l'avocat, il est confronté à une vérité de fait, c'est ce qui lui est demandé, si on ne lui refuse pas absolument qu'il passe en tant qu'être dans sa parole, il voit à l'écoute fatiguée que ce n'est pas ce que l'on veut de lui.

Quant à la vie en détention, elle est souvent faite de temps interminable en parole vide où se redisent toujours les mêmes choses dans un imaginaire figé. C'est peut-être là le véritable enfermement, non pas celui des portes closes, mais celui des êtres murés, des êtres dont la bouche ne peut s'ouvrir sur leur vérité de personne. L'être est clos, le sujet pour l'autre est forclos. C'est un monde sans activité. Il est terrifiant pour le médecin pénitentiaire d'assister à cette destruction des personnes par anéantissement de la parole.

Le rôle essentiel du médecin pénitentiaire est de permettre l'exercice de la parole dans une écoute de disponibilité à l'autre. Jamais entretien n'a mieux porté son nom, car c'est bien de la mise en état de la personne qu'il s'agit.

La prison, monde du silence des êtres, frappe tous ceux qui y vivent : le surveillant n'y échappe pas. Souvent nous les entendons dire : « C'est nous les condamnés aux plus longues peines. » La vie en prison, les horaires de travail difficiles réduisent ces travailleurs au silence, non seulement durant l'exercice de leur profession, mais aussi dans leur milieu familial qui en souffre. C'est tout naturellement au médecin pénitentiaire que le surveillant peut se confier et fréquemment celui-ci sera entraîné à faire des thérapies de soutien. C'est tout à fait le rôle du médecin pénitentiaire, non seulement parce qu'il a fonction de médecin du travail en détention, mais surtout parce qu'il se doit à chacun des êtres qui manifestent leur souffrance quel que soit leur statut. Cette approche sera plus difficile pour le médecin psychiatre, plus retransché qu'il est dans le milieu pénitentiaire et plus marqué par sa spécialisation dans la maladie mentale. Peut-être que la collaboration à ce travail du médecin psychiatre serait représentée par un rôle de référent qu'il peut tenir auprès du médecin généraliste pénitentiaire non spécialisé.

Deuxième propos.

La relation de la médecine pénitentiaire avec la psychiatrie va donc prendre qualité non pas des simples bonnes relations des pra-

ticiens entre eux — ce qui est souvent avancé — mais de la nécessité d'une pratique médicale. L'adresse en consultation psychiatrique d'un client du généraliste va dépendre en grande partie de la nature de sa rencontre avec le malade.

L'entretien pourra dépasser le simple interrogatoire systématique si le médecin n'est pas harcelé par la vague sans cesse renouvelée des entrants. Il faudra donc que le poste de médecine pénitentiaire soit suffisamment équipé en praticiens pour que le manque de temps ne soit pas alibi à une simple visite de dépistage minimum. La conséquence de cette systématisation de la rencontre pourrait être alors le reflux sur le service médico-psychologique, non seulement des malades mentaux mais de tous ceux qui revendiqueraient de tenir leur propre discours. On obtiendrait alors la caricature, trop souvent repérée dans les services hospitaliers, d'une médecine abstraitement somatique refusant la personne même habitant le corps, pour réserver cette psyché imaginaire à un praticien spécialement formé à cette rencontre fantomatique.

Par là on voit bien que l'on dénaturerait l'action médicale et que l'on rendrait impossible l'entretien avec le psychiatre submergé sous le nombre et paradoxalement assailli par une clientèle sans demande et anxieuse de voir transformer en acte de démence le geste qui l'a conduit en prison ou les attitudes carcérales qu'il est obligé de prendre tout au long de sa vie de détenu.

Le temps consacré à la consultation ne suffit pas. La demande qui est faite au médecin pénitentiaire suppose qu'il a un minimum de savoir sinon psychiatrique, du moins de connaissance de la personne. Ceci lui permettra non pas tant de faire un diagnostic, souvent fort inutile, mais de ne pas taxer toute souffrance de pathologie.

Cela suppose aussi un minimum de formation personnelle qui lui permettra d'entendre l'autre dans un certain silence intérieur où le tumulte de ses conflits personnels ne sera pas déclenché par la moindre expression de l'émotion ou de la révélation des données conflictuelles de l'autre.

On pourrait souhaiter aussi une formation à l'entretien car même dans le respect d'autrui, même dans la disponibilité de l'écoute, un entretien se conduit. La non-directivité qui a tellement été à la mode n'a jamais été le laisser-aller.

Enfin il faut que le médecin pénitentiaire puisse rapporter le discours du détenu à ce que celui-ci vit effectivement en prison. Tout

discours est un effet de société, dans ce cas de microsociété, ou si l'on veut de subculture carcérale. Ce n'est que dans l'articulation du discours au milieu qui le sous-tend que peut se repérer dans l'absence la césure, la défaillance, la parole de celui qui parle.

Le médecin pénitentiaire dont les différents rôles sont justement et heureusement la connaissance de tous les aspects de la vie carcérale et de ceux qui y vivent aura donc toute raison pour ne pas négliger cet aspect de son activité puisque elle est indispensable à sa rencontre avec le détenu.

Troisième propos.

Nous avons souligné précédemment que le médecin pénitentiaire avait souvent, par l'insuffisance du nombre des vacations, une activité professionnelle extérieurement importante. Ceci devrait lui permettre de garder un regard toujours clair sur les milieux de détention. Il doit tenir là un équilibre difficile. Malgré l'accoutumance, il doit toujours repérer ce qui, au-delà de l'évidence, constitue l'essentiel de l'enfermement. Il doit rester sensible à ce que ce milieu a d'opprimant pour la personne et de destructurant par le silence qu'il lui impose. Cette observation est génératrice d'angoisse : l'enfermement de l'autre a toujours à voir avec les risques de blocage de sa propre structure.

Sensible donc aux éléments de mort qui se dégagent du pénitencier, il ne peut transformer ce jeu vie/mort en pathologie psychiatrique qu'il placerait sur tous ceux qu'il rencontre. Il ne pourra échapper à la confrontation avec cette question essentielle en chacun de ses entretiens : « Pourquoi ça parle ou pourquoi ça ne peut plus parler ? » Cette ouverture par la parole sur le sujet introduit au sens de la vie, question toujours ouverte.

La loi, son non-respect et les risques de mort — qui ne sont pas simplement résumés dans l'article premier du Code pénal — renvoient toujours aux fins dernières de l'homme. Certes le médecin en vie libre est affronté aussi à la mort, mais il a pour défense son imaginaire qui ne verra là que la cessation d'un fonctionnement biologique. Le médecin pénitentiaire ne peut pas considérer le psychiatre en prison comme celui sur lequel seraient évacuées la loi, la parole, la vie et la mort.

La confrontation du médecin pénitentiaire avec son imaginaire de puissance lui permet d'être à l'écoute de chacun, y compris des voix de l'administration qui, involontairement sans doute, voudrait

bien le piéger comme nous l'avons souligné plus haut à propos des visites aux isolés ou aux punis. En cette position inconfortable il est en permanence référé à sa propre parole, à sa propre existence en tant que sujet. Très vite il apprend qu'il ne peut pas se faire illusion en reportant cette question angoissante de l'existence sur l'administration, sur les détenus, ou en détournant les panneaux indicateurs en direction de la psychiatrie.

Le psychiatre en n'étant pas au service du médecin pénitentiaire replace ce dernier en sa propre position insoutenable, impossible parfois, qui est en fait la position conflictuelle de tout homme.

**Allocution de J.-M. ELCHARDUS, S. MALTAVERNE,
B. RIVOIRE, J. SABATINI,
C.M.P.R. de Lyon.**

Toute institution est diversement vécue et se voit attribuer un rôle différent selon les parties en présence. Les centres médico-psychologiques, au fur et à mesure de leur développement n'échapperont pas à cette ambiguïté.

Il nous a semblé intéressant d'étudier les deux systèmes de représentation auxquels donne lieu cet organisme appelé naguère annexe psychiatrique, du point de vue des médecins et, d'autre part, des agents de l'Administration pénitentiaire.

LA REPRESENTATION QU'ONT LES MEDECINS DE L'ANNEXE PSYCHIATRIQUE.

Les médecins ont une vocation soignante (quel que soit le lieu de leur pratique) ; la prison n'échappe pas à cette règle. Cette fonction est assortie d'un rôle protecteur qui s'exerce à l'annexe psychiatrique et cherche à infiltrer la détention.

La fonction soignante.

Elle est l'image de la formation des médecins, mais aussi de leur pratique dans les autres institutions de santé.

Elle aboutit à des activités de dépistage des troubles psychopathologiques classiques, ainsi qu'au traitement chimiothérapeutique psychothérapeutique et institutionnel de ces troubles. Le détenu est

alors appréhendé avec les mêmes méthodes et techniques que s'il était libre. L'objet thérapeutique est de transformer un état de décompensation, de ménager une restauration des activités psychiques en accord avec ce qui est toléré par le groupe social.

Dans ce travail, le médecin joue complètement le rôle qui lui est assigné, et la décompensation psychiatrique du malade lui apporte d'autant plus de satisfaction qu'elle correspond à un tableau nosologique ou à un schéma psychodynamique classique.

Mais cette investigation psychologique envahit le champ de l'intervention psychiatrique. La recherche de traits de personnalité non conformes est investie, ici plus qu'ailleurs, d'éléments narcissiques. Elle permet d'évacuer par le déni ou la dénégation le lieu du travail et ses contraintes.

Dans la défense du malade, le médecin se heurte toutefois à la réalité carcérale, mais dans la diffusion de son action hors de l'annexe il trouve une réassurance à sa fonction thérapeutique et à son pouvoir. Cette diffusion médicale infiltre le monde de la détention où elle est vécue comme expansionniste et où l'on se défend contre son approche par l'opposition ou l'imposition de réseaux de communication préférentiels.

La fonction asilaire des annexes psychiatriques est la résultante de l'universalisation du corps médical dans l'institution prison, universalisation qui reste pour la psychiatrie essentiellement humaniste, à la différence des autres disciplines médicales pour lesquelles les aspects techniques passent au premier plan.

Cette fonction asilaire amène le psychiatre à recueillir à l'annexe tout individu qui s'insère difficilement dans le milieu carcéral, soit du fait de sa propre personnalité, soit à cause d'un rejet de la part des autres détenus.

Ce lieu d'asile est offert par le médecin au détenu comme une pause dans son cursus pénal. Il est parfois réclamé par ce dernier qui redoutera ensuite de perdre cet endroit privilégié pour lui dénier à sa sortie toute valeur, comme s'il devait être mauvais, pour que la détention soit bonne.

Ce lieu d'asile médical, est aussi une bonne façon pour le détenu d'échapper à la peine, car il permet de se nommer différent des autres et de formuler la possibilité d'être soigné ailleurs, c'est-à-dire à l'hôpital tout en vivant dans un milieu sécurisant et protecteur à l'égard du monde de la détention vécu comme persécutoire et mauvais.

Bien entendu, l'annexe psychiatrique n'est pas le seul milieu privilégié. Les bâtiments d'une prison sont très différenciés à ce point de vue. Mais elle n'a pas la même résonance pour les détenus.

LA REPRESENTATION QU'A L'ORDRE CARCERAL, DE L'ANNEXE PSYCHIATRIQUE.

Le monde carcéral est entièrement organisé et tourné vers la recherche d'un ordre absolu. Cet objectif pénitentiaire explique que l'annexe puisse être un lieu d'exclusion et que les médecins soient chargés d'une tâche de normalisation.

La fonction d'exclusion.

Elle s'exerce de façon permanente dans l'action qui pousse à faire mettre quelqu'un à l'annexe psychiatrique. Elle concerne le détenu qui risque de remettre en cause l'ordre carcéral et le fonctionnement interne de l'institution pénitentiaire. En général, il s'agit de passages à l'acte et de conduites déréelées.

Le rôle du médecin devient alors délicat, car ce dernier tend à se faire la soupape de sécurité de la loi et de la peine.

Le rêve de toute détention organisée serait que toute personne jugée non conforme aux normes pénitentiaires soit exclue et placée en annexe psychiatrique, c'est là l'explication des relations difficiles qui sont entretenues avec les maisons d'arrêt de la région.

La fonction d'exclusion explique aussi que le psychiatre soit nommé déviant à l'image des malades qu'il soigne, au même titre que les travailleurs sociaux qui possèdent par leur statut un plan autonome par rapport à l'institution pénitentiaire.

Face à cette fonction, les psychiatres répliquent souvent par l'objection et y opposent le désir de soigner, non celui de réparer.

La fonction de normalisation.

Elle est le corollaire de la fonction d'exclusion. Du reste, le développement des équipes psychiatriques a pu être lu comme la mise en place d'un réseau de contrôle social diffus au sein de la détention.

La fonction de normalisation explique que la médecine soit souvent un recours pour le système carcéral, recours utilisé pour apprécier les capacités à supporter la détention, la punition, l'iso-

lement. A cet égard, les médecins sont aussi un moyen de déresponsabilisation de l'institution judiciaire car ils se portent garants de l'intégrité psychique des détenus dont ils la charge.

La fonction de normalisation s'exprime aussi dans l'inquiétude du corps pénitentiaire lorsque les procédés chimiothérapeutiques ne sont pas utilisés dans les traitements des détenus, de même les techniques collectives de la psychothérapie de groupe qui rendent la parole aux détenus sont toujours vécues comme inquiétantes, susceptibles de favoriser la déviance au sein des prisons.

Cette fonction, si elle explique que la médecine constitue un recours, trouve également un prolongement dans le rôle de tampon entre détenus et surveillants qu'exerce l'annexe psychiatrique ; lieu de médiation, elle tend à estomper les conflits.

Ainsi, l'annexe psychiatrique joue-t-elle un rôle d'évacuation des expressions agressives dans l'agir à l'égard de l'autre ou de soi-même et l'objet de la psychiatrie devient l'obtention de la conformité aux normes de fonctionnement de la prison.

En somme, l'annexe a des fonctions qui diffèrent suivant le jeu des acteurs sociaux et des pouvoirs s'opposant autour de l'objet de la médecine, les uns de soins, les autres de contrôle social. Ainsi, et dans une certaine mesure, les psychiatres sont-ils toujours perçus comme subversifs.

Cette opposition des pouvoirs explique la difficulté dans laquelle on se trouve d'élaborer un projet de traitement pénitentiaire du détenu qui puisse être collectif et cohérent, traitement qui constitue pourtant l'orientation actuellement désirée.

Cet objectif peut être atteint lorsque la présence d'un tiers permet une médiation. Mais la présence d'un tiers, ne serait pas unificatrice, si elle ne possédait pas elle aussi un pouvoir spécifique. C'est pour cela que les commissions développées autour du juge d'application des peines ont seules pour l'instant pu obtenir l'adhésion et la collaboration efficaces des acteurs, en alliant des intérêts d'ordre public et de traitement social.

Allocution du docteur Bernard MASSON, M.C. Clairvaux.

L'expérience dont je vous parle étant courte, mon propos sera bref.

Expérience de psychothérapie dans une population pénale de grande délinquance (maison centrale de Clairvaux) où les problèmes de santé mentale sont insuffisamment pris en charge par les structures psychiatriques.

Médecin pénitentiaire depuis 20 ans, passés en tant que généraliste de maison centrale, je fus relayé par un confrère dans cette tâche, ce qui m'a permis d'assurer depuis 2 ans une consultation de psychothérapie pour condamnés à de longues peines.

Psychothérapie de soutien, effectuée par un médecin généraliste, il s'agit avant tout d'une tentative encore expérimentale.

J'ai, certes, entendu hier que la prison n'était pas le lieu privilégié d'une psychothérapie, que les éléments de base de cette démarche manqueraient toujours dans ce cadre contraignant.

Je ressens fort bien les difficultés d'une telle entreprise qu'aucune rentabilité ne justifie.

1) Mon recrutement.

Le plus souvent de très longues peines dépassant les 10 ans.

Beaucoup souffrent d'affections psychosomatiques (adressés par le généraliste).

La plupart sont des personnalités psychopathiques « border-line ». Presque toujours immatures affectifs.

Parfois délirants, psychotiques, au quartier d'isolement notamment.

Enfin des sujets proches de la normalité souffrent de la vie carcérale à des degrés divers.

Tantôt le choix s'impose sur dossier : psychothérapie souhaitée ou débutée ailleurs.

Tantôt un accident paroxystique, tentative d'autolyse, manifestation agressive, tentative d'évasion seront l'occasion fortuite mais très valable d'une prise en charge effectuée parfois « à chaud ».

2) Modalités pratiques.

A ces sujets, nous offrons un rythme d'entretiens assez espacés, mais sur une longue période ; le rythme en étant variable, suivant la qualité de la relation certainement.

Dispensée volontairement hors de l'infirmierie, cette relation sera partiellement démedicalisée. Faut-il encore que parole et écho soient libérés de tout écran pénitentiaire, ce qui est matériellement réalisé par l'absence de tout agent ou infirmier lors des entretiens

Cette prise en charge ne débouchera pratiquement jamais sur une prescription médicamenteuse d'appoint, qui n'est qu'exceptionnellement sollicitée.

La durée en sera très variable : transferts d'établissement, libérations nous séparent et sont, comme il a été souligné, frustrantes pour le thérapeute.

La guérison d'affection psychosomatique peut mettre fin à cette relation.

La volonté de l'intéressé, qui intervient à chaque appel, étant libre de refuser, use de ce droit qui a une valeur en soi.

D'autres thérapies s'éternisent ou s'enlisent dans un phénomène de transfert trop durable.

3) Face à l'institution.

Notre attitude se voudrait la moins ambiguë possible. Le détenu ne peut ignorer que notre intervention se réalise dans le cadre de l'institution qui ne saurait être gommée de notre discours : si notre attitude cherche à dédramatiser les heurts entre détenu et institution nous n'en faisons pas abstraction et acceptons ce qui est ressenti par notre client sans jugement de valeur.

Ceci nous amène à maintenir certaines distances, dans le sens le plus simple du mot, vis-à-vis de l'institution carcérale : ne participant pas aux commissions de l'établissement, ne rédigeant pas autant que faire se peut, de certificats, évitant de détenir indirectement une parcelle de pouvoir administratif, évitant toute récupération par le détenu à partir de ce pouvoir.

Par contre, à l'arrivée ou au départ du détenu, la présence du surveillant ne sera pas ignorée et peut dans certains cas être exploitée

en suscitant une relation, certes éphémère, mais importante avec une tierce personne.

Parfois se réalise une cothérapie avec le psychiatre consultant dont l'action est de caractère plus ponctuel et chimiatrique.

Quel but à cette thérapie loin de la libération pénale : permettre de rendre une parole libre, un discours vrai, un accord du détenu avec lui-même, les autres tensions ne pouvant être effacées mais intégrées.

Je dois rendre hommage à la direction de l'établissement dont la discrétion et la bienveillance me confirment qu'elle a bien compris la place qui peut être tenue par le psychothérapeute.

La forme, les modalités de cette tentative pourront être modifiées au cours des années à venir et, n'ayant rien de formel, n'ont rien de définitif.

Allocution du docteur P. MOUTIN, psychiatre à la maison d'arrêt de Fresnes.

Les améliorations de l'équipement psychiatrique en milieu pénitentiaire étaient et restent nécessaires, spécialement dans les établissements pour longues peines. Il est satisfaisant de constater que les pouvoirs publics en aient pris conscience et il faut remercier tous ceux qui œuvrent pour que ces améliorations soient effectives.

La politique actuelle s'oriente résolument, semble-t-il, vers le développement des centres médico-psychologiques régionaux (C.M.P.R.). Nous sommes-nous posés cependant, à ce sujet, toutes les questions utiles ? J'en évoquerai seulement, ici, très brièvement, quelques-unes.

— D'abord, des C.M.P.R. pour quoi ?

A cette première question, on peut proposer, parmi d'autres, deux types de réponses entre lesquelles il faudra bien choisir : les C.M.P.R. sont destinés à traiter dans de meilleures conditions que dans celles de la détention « normale » un certain nombre de sujets présentant des problèmes psychologiques. Les C.M.P.R., à l'opposé, peuvent servir à garder dans l'enceinte des « hauts murs », même aménagés en une sorte de « clinique », davantage de détenus qu'actuellement.

— Ensuite, des C.M.P.R. pour qui ?

S'agit-il des délinquants malades mentaux atteints de processus évolutifs graves, aigus, subaigus ou plus durables, qu'un certain nombre (pas tous) de nos collègues du « secteur » psychiatrique rejettent ? Il faut craindre, dans ce cas, que, même amélioré, l'équipement de ces structures forcément légères ne permette pas de traiter de façon satisfaisante ce genre de malades. Je ne pense pas, à l'opposé du Dr. RIBON, qu'il faille traiter dans ces centres tous les malades psychiatriques, mais bien, comme l'exprimait le Pr. COLIN, qu'il faut, non seulement garder la possibilité entière d'évacuer des malades dans les hôpitaux psychiatriques, mais encore nous prémunir nous-mêmes de la tentation de traiter tous les cas psychiatriques.

S'agit-il, au contraire, de débarrasser les quartiers de détention des personnalités trop remuantes ou indociles ? Ce serait sortir de notre rôle. Dans les deux cas, n'y a-t-il pas un risque pour le psychiatre pénitentiaire, même s'il fournit beaucoup de consultations pour l'ensemble des détenus qui le souhaitent, de s'enfermer dans son C.M.P.R. et de se couper du reste de la détention où il peut intervenir de façon utile, souvent modeste, tant du côté d'un certain nombre de sujets détenus qui n'entrent pas dans les cadres définis de la nosologie psychiatrique que du côté des personnels de la prison.

— Enfin, des C.M.P.R. comment ?

C'est dire l'importance de la disposition des locaux du C.M.P.R. par rapport au reste de la détention. Il me paraît important, comme cela existe à Lyon, à Fleury-Mérogis, à La Santé, que le C.M.P.R., si C.M.P.R. il y a, reste au cœur de la détention. Il est question, à Fresnes, depuis plusieurs années, d'installer un C.M.P.R. dans un bâtiment isolé à la fois du « grand quartier » de la détention et de l'hôpital central, distant seulement de 300 mètres. Je crains que l'on ne réussisse seulement à créer un ghetto supplémentaire, à côté de celui des toxicomanes, des travestis, des différentes ethnies, ghetto dans lequel seront réunis les pensionnaires et leurs soignants.

J'espère que ces craintes soient vaines, mais je ne suis pas convaincu. Il me paraîtrait beaucoup plus cohérent, par rapport aux problèmes posés qui sont ceux, à des titres et degrés divers, de toute la population pénitentiaire, de favoriser, comme dans la très remarquable expérience décrite par le Dr BERNHEIM, la constitution d'équipes multidisciplinaires associant psychiatres et psychologues aux éducateurs et autres travailleurs sociaux œuvrant, dans le cadre

d'unités de détention de dimension raisonnable, avec le personnel de surveillance et de direction, à la réinsertion individuelle des prisonniers et à la progression de l'institution.

**Allocution de Simone BUFFARD,
et l'équipe du centre médico-psychologique régional de Lyon.**

Depuis 3 ans est instituée au C.M.P.R. de Lyon, avec l'accord du directeur des prisons, une réunion hebdomadaire entre ceux des détenus qui veulent y assister et les membres du personnel médical et de surveillance qui sont disponibles ce jour-là.

Il s'agit donc d'une réunion de pavillon ainsi qu'elle s'appellerait dans des établissements psychiatriques et non d'un groupe de psychothérapie.

L'objectif n'est pas un travail personnel d'élaboration à travers le groupe mais l'expérience d'une rencontre régulière entre des personnes et des sous-groupes destinés à cohabiter et à vivre ensemble durant un certain temps. Aussi, n'y a-t-il pas de contre-indication à la participation, bien que certains pensionnaires du C.M.P.R. dont la charge pathologique est parfois lourde, puissent poser des problèmes de comportement dans ces réunions ou même simplement par leur présence angoissent les autres. Il faut dire que cette souplesse est rendue possible par la prise en charge permanente de ces détenus qui bénéficient non seulement de soins médicaux et psychiatriques mais de la présence de surveillants formés à ce genre de travail.

COMMENT EST-CE QUE NOUS FONCTIONNONS ?

La présence de chaque détenu ou travailleur est volontaire et n'est liée à aucun engagement. On peut venir une fois, s'abstenir ensuite, revenir quand on le désire sans que cela fasse l'objet d'une interprétation. Simplement, tout le monde sait que le jeudi, de 10 heures à 11 heures cette réunion a lieu dans la salle d'activités et de jeux du C.M.P.R.

Le choix de ce lieu nous a été imposé par l'architecture du bâtiment mais il présente l'intérêt d'être une pièce habitée pratiquement toute la semaine par des groupes de détenus et qui donc, d'une certaine façon leur appartient. L'ameublement en est sommaire et vétuste (on va prochainement la repeindre), un mur est occupé par

un grand tableau noir mis en place pour les activités scolaires et les autres murs sont décorés de quelques peintures déjà anciennes, faites justement au moment des activités scolaires.

Périodiquement, l'un ou l'autre des pensionnaires exprime le désir de repeindre ou d'orner cette pièce et lui donner un caractère plus amical. Le tableau sert assez souvent de support à des messages ou à des dessins au cours de la réunion.

Comme les détenus, nous pouvons décider de venir régulièrement ou bien lorsque nous en avons le temps ou plus réellement selon l'investissement personnel de chacun.

En général, il y a la psychologue, un médecin ou un interne, l'infirmière et le premier surveillant sauf lorsque les obligations de leur travail les en empêchent. Quant au surveillant qui est de service ce jour-là dans le bâtiment — et qui change donc selon les semaines, ce qui permet à tous les surveillants du C.M.P.R. de participer à cette forme d'intervention —, il se place généralement près de la porte car il entre et sort sur les appels qu'il reçoit de l'extérieur (coups de téléphone, cantine, tabac, etc.).

Nous avons naturellement discuté entre nous de ce projet avant de le réaliser et une des conditions était qu'après chaque réunion de travail, on prendrait 20 à 30 min pour réfléchir ensemble sur ce qu'il venait de se passer. Cette bonne résolution a été tenue pendant quelques mois puis est tombée en désuétude et actuellement il faut avouer que nous avons besoin de stimulants extérieurs pour nous y tenir, qu'il s'agisse de la présence d'étrangers à la réunion ou alors d'un épisode qui pose des problèmes graves et que nous avons besoin de comprendre. Pourtant cette postréunion est indispensable et nous devrions absolument nous y contraindre.

Il n'y a pas d'autres règles que celles habituelles dans les institutions. Chacun peut intervenir au moment où il le pense utile et selon sa compétence. Lorsque des questions précises sont posées, nous y répondons et on s'aperçoit à cette occasion combien d'informations élémentaires ne sont pas en réalité connues des détenus. Par exemple : le courrier, les parloirs, possibilités de sport, de cours scolaires, etc.

Il s'agit de la vie quotidienne du bâtiment et certaines améliorations ont pu être apportées en réponse à des demandes parfaitement justifiées. Par exemple, le sport faisait toujours l'objet d'insatisfaction, les détenus de l'annexe le réclamant et certains moniteurs sportifs ayant eu parfois des réticences à assurer l'encadrement de

gens qu'ils présumaient trop excités ou trop endormis par les médicaments. Cet exemple très banal a une valeur indicative de certaines conséquences de l'échange par la parole.

En effet, à partir du moment où l'heure et demi de sport hebdomadaire a été reconnue aux détenus de l'annexe, il s'est trouvé à plusieurs reprises que certains ne voulaient plus descendre à la cour et préféreraient rester couchés. D'où reprise de la discussion dans les réunions suivantes, les détenus qui tenaient le plus au sport demandant à leurs collègues de se rendre compte que le moniteur ne pourrait pas venir pour 3 ou 4 personnes et qu'il fallait donc s'engager à faire ce qu'on avait soi-même demandé. Il y a même eu des réunions où un détenu a procédé à un véritable appel des noms.

Bien sûr, c'est un aspect mineur de la vie en détention mais qui montre à quel point les détenus ont perdu le sens des initiatives et des responsabilités.

D'autres demandes ont été discutées mais sans être prises en compte par le personnel. Ainsi, durant quelques mois revenait sans arrêt une demande de télévision dans le bâtiment. Ce n'est évidemment pas le personnel de l'annexe qui peut prendre une décision, mais nous avons expliqué clairement notre position ! Le C.M.P.R. n'est pas un lieu de privilèges, mais de soins, et la télévision, si elle peut être effectivement un objet culturel, n'a pas à être introduite au C.M.P.R. avant de l'être ailleurs.

Très souvent, est reposé le problème des médicaments : on en donne toujours trop ou trop peu. Curieusement, à très peu d'inter valle, médecins et infirmières sont accusés de droguer les gens ou de leur refuser les drogues qui les soulageraient. Ils expliquent alors les modalités générales d'un traitement médicamenteux et cette information donnée en public prend un autre sens que lorsqu'elle passe par le cabinet du médecin.

LA DYNAMIQUE DU GROUPE.

Nous avons évoqué brièvement quelques aspects du fonctionnement du groupe et des sujets qui étaient abordés, mais on sait bien qu'au-delà des aspects immédiats, se vit une dynamique de groupe dont certains éléments sont semblables à ceux des autres collectivités et dont d'autres sont caractéristiques de la prison.

Les demandes d'information, recouvrent des demandes d'aide et d'amour, les reproches, les griefs parfois exprimés avec férocité signent des déceptions, l'agressivité cache la peur.

En proposant la liberté de parole nous nous exposions à certains risques :

- violences verbales et agressivité entre détenus ;
- expressions d'agressivité contre les membres du personnel : proches, griefs, revendications ;
- monopolisation de la parole par les plus doués ou les plus audacieux ou encore les plus fous ;
- règlements de compte ;
- ennui et monotonie.

De fait, nous avons connu des moments difficiles où la liberté de parole a pu être ressentie comme une menace par les uns ou les autres.

Il est arrivé que la réunion débute ainsi : « Monsieur Untel (l'un ou l'autre surveillant) ne nous traite pas comme des hommes, il ouvre les cellules avec bruit, il ne sait pas nous parler », ou encore « De quel droit l'infirmière ne nous donne pas le traitement prescrit par le médecin » (ce qui est absolument faux). Ou bien : « Docteur, (en s'adressant à l'interne), n'est-ce pas que vous n'avez pas fini vos études ? » ; « Madame X (la psychologue) vient ici en touriste. » D'autres fois, ce sont les querelles entre détenus qui sont présentées devant ces témoins privilégiés que nous sommes sous forme d'une sorte de jeu dramatique : « Si t'as quelque chose contre moi dis-le devant tout le monde.

- La réunion c'est pas fait pour ça.
- Si, c'est parce que tu es un lâche. »

Querelles qui sont allées jusqu'à des gestes : les deux ennemis se lèvent, marchent l'un vers l'autre et font mine de s'agresser. Il suffit qu'un de nous étende la main ou prononce une parole pour que le jeu s'arrête et qu'on se rende compte que c'était un comportement de parade, s'arrêtant avant la bataille.

Quant aux attaques contre nous, nous ne les interprétons jamais mais nous ne les laissons pas non plus sans réponse. Selon les cas, l'intervention renvoie l'auteur des critiques à ses propres sentiments ou s'appliquera parfois à l'aspect d'ensemble de la situation. Mais la plupart du temps, la réponse est faite par d'autres détenus avant que nous ayons pris la parole. Ils ne réagissent pas comme des défenseurs du personnel ou de l'ordre établi, mais comme ayant plus de distance que celui qui parlait sous l'effet de la colère ou de la déception. Nous avons très souvent constaté cette régulation, cette

prise en charge par le groupe de détenus, de leurs problèmes vis-à-vis de nous. On pourrait presque dire que nos interventions d'ailleurs toujours brèves et discrètes, sont plus nécessaires dans les moments de tension entre les détenus que lorsque la tension se situe entre détenus et soignants ou surveillants. Notre présence garantit une sécurité en assurant non seulement qu'il ne se passera rien d'illégal, mais surtout que nous assurons le respect du groupe et de chacun de ses participants.

Comme dans tous les groupes, l'agressivité manifeste n'est souvent qu'un retournement de la peur. Et une des situations les plus anxiogènes est celle où un des détenus de l'annexe se comporte en fou : schizophrène qui tient des discours aussi mystiques que vaporeux, le malade qui annonce sa mort prochaine, l'agité qui crie et tempête que sa place n'est pas en prison mais à l'hôpital, imposent aux yeux de tous une réalité qu'il faudrait oublier, à savoir qu'ils sont dans un bâtiment de soins.

Toute leur ambivalence à l'égard de la maladie est alors réactivée et s'exprime par un rejet souvent présenté sous une forme altruiste : « Ce type-là devrait être à l'hôpital. ». Ce qui est facile à traduire par : « Nous, nous avons des problèmes mais nous ne sommes pas fous. ». Il arrive qu'après une séance de ce genre un ou deux détenus ne réapparaissent plus pendant quelque temps à la réunion. Leur absence est tantôt oubliée, tantôt évoquée, quelquefois, un de leur camarade va les chercher, voire exige qu'ils reviennent.

A côté du clivage fou/non-fou, un autre axe de séparation passe par l'étiquette de toxicomanie. Combien de séances consacrées à l'affrontement entre les drogués qui ne veulent pas être confondus avec les voleurs — et surtout avec les prolétaires — et les autres délinquants qui se montrent excédés par leurs discours. Ces affrontements de groupe ont un caractère rituel qui rappelle beaucoup celui de la parade belliqueuse décrite un peu plus haut.

Mais il y a aussi des périodes où les différences, soit s'estompent, soit sont enfin acceptées dans le cadre d'un projet commun. Deux années de suite, les détenus ont fabriqué, ensemble, avec du matériel apporté par les instituteurs, une crèche à laquelle ils ont travaillé plusieurs mois et qui était investie par tous y compris les incroyants et les musulmans. Cette création collective nourrie bien sûr de nostalgie, d'enfance et de pureté a représenté un moment de convivialité dont tous ceux qui en ont été les participants ou les témoins se souviennent.

Dans l'histoire vécue de ce groupe ouvert où un certain nombre de détenus sont libérés ou transférés et où d'autres arrivent, le personnel de surveillance et une partie du personnel soignant représentant les éléments stables et permanents, une autre partie des soignants (les internes) varie selon une périodicité annuelle et la dynamique du groupe est marquée par ces mouvements.

Nous accueillons aussi de temps à autre des étrangers : auditeurs de justice, élèves-éducateurs, surveillants en stage ; l'instituteur vient aussi, une fois ou deux au début de l'année. Ces passages sont très valorisants pour les détenus et importants à plus d'un titre.

En effet, si cette réunion est entre autres une forme d'apprentissage social, elle bénéficie grandement de toutes les ouvertures sur l'extérieur. Ainsi, nous apprécions beaucoup qu'il y ait d'autres moments de vie collective accessible aux détenus (sport, activités, école, groupes organisés par les visiteurs, groupes de psychothérapie) et que le groupe du jeudi ne fonctionne pas isolément comme un lieu privilégié et comme un ghetto.

Parmi ces visites, celles des auditeurs de justice est la plus investie. Ce jour-là nous sommes mis à l'écart comme des vieux parents auxquels on est trop habitué, au profit d'un échange intense et parfois douloureux entre gens de même âge et qui ont en commun une attente réciproque : les futurs magistrats étant encore pleins d'espoir dans les possibilités de changement et les détenus attendent une meilleure compréhension de ceux qui ne les ont pas encore condamnés.

Ce compte rendu bref et incomplet présente entre autres une grave lacune : les détenus n'y ont pas participé. Pour ne pas aggraver ce défaut, nous ne parlerons pas à leur place, mais nous croyons très possible de leur demander à un autre moment s'ils désirent réfléchir entre eux ou avec nous sur le travail fait au cours de ces réunions.

Nous avons surtout présenté le côté d'apprentissage social à travers des conflits, des négociations, des responsabilités, des prises de conscience, mais il y a un autre aspect qui nous paraît être aussi important, c'est une meilleure connaissance réciproque entre les différents types de personnel ; les surveillants voient de leurs yeux comment travaillent et ce que disent les médecins et psychologues, en tout cas dans le cadre d'une réunion qui n'est pas strictement psychothérapique. Les soignants se rendent mieux compte de l'aspect relationnel du travail des gradés et des surveillants. Dans cette tâche

commune, nous arrivons à mieux saisir la spécificité du travail de chacun .

Il est bien connu que dans les séminaires, on espère que les participants en tireront profit mais qu'en tout cas les séminaires servent à améliorer les qualités des animateurs. Espérons qu'il en sera de même pour nous et que nous arriverons à une meilleure qualité de travail.

Cette rencontre de personnalités et de professions différentes n'est pas toujours idyllique et nous oblige les uns et les autres à nous apercevoir de nos résistances. Il serait tellement plus confortable de continuer la routine professionnelle et de fonctionner tranquillement à l'intérieur de sa propre catégorie.

Nous proposerons en conclusion justement un des sujets sur lequel nous ne sommes pas d'accord et qui est l'extension possible de cette formule à d'autres bâtiments de détention ordinaire. Certains d'entre nous pensent que dans un établissement suffisamment équipé en personnel médico-psychologique on pourrait apporter un soutien technique et une formation à des surveillants et des gradés intéressés par le travail des groupes. Rappelons que lors d'une commission ministérielle en 1974, il était prévu des unités de vie où les rencontres de ce type allaient être habituelles. D'autres membres de notre équipe trouvent que ce projet est prématuré tant que les surveillants seront pris par des tâches matérielles et administratives incessantes.

Nous soumettons donc ce problème à votre réflexion.

Allocution du professeur M. COLIN, clôture de la séance de psychiatrie.

Mesdames et Messieurs, mes chers collègues, la qualité et la valeur scientifique des communications et des rapports qui ont été présentés au cours de cette séance sont attestés par l'intérêt soutenu que vous avez manifesté tout au long des exposés et des débats. Quiconque aurait pu craindre que la psychiatrie pénitentiaire qui vient d'être reconnue comme un service public grâce aux efforts conjugués de la Santé et de la Justice, soit menacée par l'uniformité et la routine abusivement mises au compte de la « fonctionnarisation », sera désormais rassuré.

En effet, le vaste tour d'horizon national et international qui vient d'être présenté, témoigne de la vigueur et de la diversité de cette « nouvelle » branche de la psychiatrie. Le pluralisme qui se manifeste dans ces différentes orientations thérapeutiques constitue d'une certaine manière le garant de l'indépendance technique revendiquée par tous les cliniciens. Il englobe à la fois un contrat d'exercice avec une administration à laquelle ils doivent « leur activité loyale et assidue », et un contrat de soins qui les engage à l'égard de leur patient auquel ils doivent « des soins, non pas quelconques, mais consciencieux et attentifs, et conformes aux données actuelles de la science ».

Au travers des différentes expériences cliniques, on aura reconnu tantôt l'influence des communautés thérapeutiques de Maxwell JONES (chez le Pr BERNHEIM), tantôt les paradoxes de Palo ALTO (M. FRANÇOIS, psychologue de la prison de Louvain). Ici prédomine le souci des soins médicaux et des services sociaux (Dr BROUSOLLE - Dr BARLET, prisons de Lyon). A Paris, le centre psychothérapique polyvalent créé et dirigé par le Dr HIVERT constitue l'un des modèles les plus élaborés réalisés en milieu carcéral : le psychologue y collabore avec l'ergothérapeute et Madame LEDUC a pu nous montrer qu'un médecin pouvait aussi se servir du Rorschach d'une manière thérapeutique. Il y a aussi ceux qui poursuivent avec persévérance leurs efforts psychothérapiques individuels ou en groupe, et ceux, plus jeunes, qui doutent de la possibilité d'une telle pratique en prison.

Nos collègues italiens ont insisté avec une belle ardeur de néophytes sur l'apport de la psychanalyse et les chances de désaliénation qu'elle offre dans la relation avec les détenus. Le Dr GONIN (prisons de Lyon), dans une perspective plus lacanienne, mais parlant en médecin généraliste, a souligné l'étroite intrication des problèmes psychiques et corporels et insisté sur la nécessité de préserver à tout prix chez le détenu les conditions d'émergence de la parole.

Néanmoins le pluralisme ne suppose pas la possibilité de faire n'importe quoi, et certaines orientations de type exclusivement génétiques ou comportementalistes étaient hier qualifiées d'intolérables par notre directeur général, M. DABLANC, recommandant le respect de la responsabilité individuelle. Ainsi le psychiatre pénitentiaire ne sera pas détourné de sa fonction soignante ni utilisé à des fins étrangères à son ministère. Il ne pourra prétendre au monopole des soins psychiatriques et sa compétence ne sera reconnue qu'en fonction de la

capacité et du consentement de son patient et ne s'exercera que dans les limites de son équipement.

Ainsi le C.M.P.R. constitue un nouveau modèle d'assistance psychiatrique, sous forme d'un « secteur technique temporaire » selon l'expression du Dr MALTAVERNE, qui, au lieu de constituer une surségrégation de la clientèle pénale, devra permettre d'assurer la continuité des soins entre le milieu fermé et le milieu ouvert et de s'articuler avec les autres secteurs d'hygiène mentale.

Notre collègue de Genève, le Pr BERNHEIM a aussi insisté sur l'étroite collaboration entre l'université et les services médicaux pénitentiaires — ainsi les fonctions d'enseignement et de recherche peuvent être intégrées au service des soins et je suis certain que Mme S. TROISIER qui a tant contribué après l'impulsion donnée par le Dr FULLY, à intégrer la médecine pénitentiaire et la médecine légale universitaire, encouragera une perspective si riche de promesses.

Je regrette de n'avoir pu refléter que très incomplètement les travaux de cette séance et de n'avoir pu nommer tous ceux qui sont intervenus ce matin. Je sais d'autre part que toutes les communications n'ont pas pu être entendues, c'est pourquoi je vous invite, pour ceux qui le peuvent, à participer cet après-midi à la commission de psychiatrie pénitentiaire, qui siégera dans une salle voisine et où doit être élaborée en commun la motion qui sera présentée à la séance de clôture, sous la présidence de Mme Simone VEIL, ministre de la Santé.

LA CONSOMMATION MÉDICALE EN MILIEU PÉNITENTIAIRE

PRESIDENT : Pr TROISIER

RAPPORTEURS : Dr LICHTENSTEIN

Dr LAURANS

**Allocution du docteur LAURANS,
rapporteur de la consommation médicale.**

Il faut dire que pour les pouvoirs publics l'importance croissante du déficit de la Sécurité sociale est imputable à la consommation médicale, ce qui est d'ailleurs tout à fait contestable malgré certaines déclarations officielles. Cette consommation médicale en augmentation, se retrouve comme on pourrait s'y attendre également en prison, lieu où pourtant la Sécurité sociale n'intervient pas. Cet après-midi et cette matinée qui vont être consacrés au problème de la consommation médicale en prison, vont être consacrés tant au plan du volume global de médicaments utilisés qu'au plan des explorations complémentaires, cliniques et paracliniques, sans oublier la consommation en médicament-médecin suivant l'heureuse expression de Michaël BALIN. Nous allons envisager de façon non exhaustive d'ailleurs quelques-uns des éléments qui nous paraissent importants à propos de cette consommation médicale en milieu pénitentiaire.

On peut souligner d'abord le facteur inactivité forcée surtout important en maison d'arrêt, lieu de détention de la plus grande partie de la population pénale. Cette inactivité comme celle de la population générale est un des éléments essentiels de la surconsommation médicale, comme en témoigne une étude du CREDOC qui fait état de 7,39 % pour les inactifs alors que le pourcentage est de 1,5 % pour les actifs manuels.

La consommation est également influencée par l'institution pénitentiaire elle-même qui, outre l'inactivité qu'elle impose au détenu, introduit des caractères spécifiques. Cette spécificité peut être liée tout d'abord au détenu et ensuite à l'administration et enfin au corps médical lui-même.

Le détenu, comme tout individu, peut être porteur de maladies organiques qui nécessitent une infrastructure hospitalière avec le plateau technique et humain, indispensables pour assurer une qualité de soins que personne ne peut dénier à tout être souffrant.

Nous n'anticiperons pas sur les organigrammes des établissements qui vont vous être présentés. Quelques caractéristiques spécifiques du détenu malade méritent notre attention. Le choc provoqué par l'incarcération peut entraîner au-delà des désordres psychologiques dont le traitement a été évoqué dans les exposés antérieurs, des manifestations organo-fonctionnelles entraînant rapidement une demande urgente de soins. Cette demande, qui est souvent légitime car la maladie

n'épargne pas plus les détenus que les individus libres, peut être détournée à des fins utilitaires et l'on peut ainsi distinguer plusieurs périodes durant lesquelles ce côté utilitaire de la maladie se manifesterait différemment.

En prévention, au cours du procès et après condamnation, la médecine, les médicaments et le médecin pourront être manipulés pour tenter d'obtenir soit une expertise pour échapper au maintien en détention, soit des interventions diverses auprès des autorités judiciaires et pénitentiaires par le biais éventuel d'affections authentiquement organiques majorées et s'il existe et c'est vrai, il existe de tout temps, une longue tradition orale du bon usage de la maladie en prison.

A côté de l'angoisse liée à la situation carcérale, celle entraînée par la maladie organique contribue à la consommation souvent excessive de psychotropes, dénoncée par certains comme une scandaleuse et coûteuse atténuation de souffrances largement méritées, et par d'autres comme la preuve de l'inadéquation de la punition à son objet. On peut alors poser la question : les détenus sont-ils des malades ordinaires, ou bien sont-ils rendus malades par la prison ? L'administration de son côté, contribue à la consommation médicale en obligeant le praticien à intervenir pour permettre la poursuite de traitement au long cours qui ne nécessite habituellement pas ou peu ou plus d'interventions médicalisées en milieu libre ; en effet, il est absolument nécessaire que ce soit le médecin qui prescrive, et lorsqu'un détenu arrive en prison avec ses médicaments, des médicaments qu'il prend parce qu'il a une maladie chronique, le médecin doit intervenir pour que le détenu puisse continuer un traitement que d'habitude, il poursuit sans l'intervention de son médecin. L'administration intervient également en exigeant des examens médicaux durant la procédure et après condamnation, lors du procès pénal, et cela sous forme de certificats aussi divers que variés. Enfin l'administration intervient aussi en justifiant par la méfiance dont sont l'objet les détenus, en exigeant donc la surveillance par le personnel médical de l'exécution de prescriptions qui sont évidemment de l'intérêt même du détenu, mais qu'elle considère parfois, à juste titre d'ailleurs, comme pouvant être détournée à des fins d'intérêts personnels et tout à fait opposés à ceux de l'administration.

Enfin le personnel médical est lui aussi facteur de consommation, en effet le membre du personnel médical (car il ne s'agit pas seulement des médecins) est un personnage extérieur, c'est quelqu'un qui donc

vient du dehors, qui vient de la liberté, qui n'a pas de fonction de gardiennage, qui n'a pas d'uniforme non plus, et dialoguer avec lui, c'est se retrouver pendant quelques instants dans une situation d'homme libre, et cet appétit de communication, s'il est partagé par le personnel médical comme c'est souvent le cas, favorisera la multiplication des contacts, où le médecin trouve parfois son compte d'ailleurs, en assistant depuis une position assez privilégiée, il faut bien le dire, à la réalisation de certains de ses phantasmes d'enfants, tel que par exemple saint Vincent, aumônier des galériens. C'est un phantasme que certains d'entre nous ont eu, et peut-être d'autres aussi. Voilà, j'en ai terminé et je pense que cet après-midi va nous permettre d'échanger un certain nombre de choses sur la consommation médicale en prison.

Allocution du docteur ABLARD. - Fresnes

Madame,

Mesdames et Messieurs,

Il nous paraît plus intéressant d'insister pendant quelques minutes sur un point particulier, à savoir notre activité technique d'ensemble au plan quantitatif comme au plan qualitatif, de façon à en définir les grandes orientations, ce qui constituera aussi bien une introduction à ce que dira ensuite chacun des spécialistes de l'hôpital de Fresnes.

En gros, la moitié des quelque 2000 malades que nous recevons chaque année dans cet hôpital de Fresnes, relève de la médecine générale ou des disciplines médicales, essentiellement pneumologie, cardiologie et gastro-entérologie. 30 % des entrants relèvent de la chirurgie, 10 % des spécialités O.R.L., ophtalmologie, urologie et enfin 10 % sont des femmes.

Les malades médicaux constituent donc, je le répète, la moitié de notre clientèle ; parmi eux, le plus fort contingent est fourni par les pulmonaires qui représentent à eux seuls 31 % du total des hospitalisés de nos deux services de médecine. Parmi ces pulmonaires, les plus nombreux sont les tuberculeux, 14 % hospitalisés en médecine ; même si le nombre et la gravité des cas de tuberculose régresse au fil des années, on traite encore annuellement à l'hôpital de Fresnes une centaine de tuberculeux — le plus souvent ils sont déjà atteints au moment de l'incarcération mais dépistés seulement à cette occasion. Enfin la maladie est plus fréquente et plus évolutive chez les immigrés que chez les Français.

Ces données mettent donc en évidence l'importance persistante du dépistage de la tuberculose dans cette collectivité à haut risque qu'est la population pénale et je pense que cette action de dépistage continue à mériter toute notre attention.

Quant aux cas de tuberculose survenant en détention, il convient de ne pas oublier le rôle favorisant que peuvent jouer les troubles digestifs fréquents en milieu carcéral, et l'on sait en effet quel terrain de prédilection pour le bacille de Koch constituent les gastrectomisés pour ulcère.

Les asthmatiques représentent 8 % des malades médicaux et il faut connaître la gravité potentielle de l'asthme en milieu carcéral, laquelle tient, ainsi que sa fréquence, aux facteurs psychopathologiques dont l'importance en matière d'asthme est connue, ces malades étant toujours des émotifs, des anxieux, sinon des névrosés. On conçoit donc le rôle aggravant des agressions psychiques qui jalonnent la vie carcérale, encore faut-il ajouter l'aggravation fréquente par les surinfections qu'entretient un usage habituellement accru du tabac.

Parmi les autres affections pulmonaires qui représentent 9 % du total des malades médicaux, le cancer n'est malheureusement pas rare mais ce que nous voyons surtout, ce sont les insuffisances respiratoires chroniques, secondaires soit à la bronchite chronique, soit à l'emphysème. A l'intention de ces malades et pour faire face aux insuffisances respiratoires aiguës, nous aimerions voir s'améliorer les possibilités de kinésithérapie et d'assistance respiratoire et nous espérons que la création, prochainement envisagée, de quelques lits de réanimation entraînera la réalisation de ce double souhait.

Par ordre de fréquence, ce sont les affections cardio-vasculaires qui viennent en second lieu avec 25 % des hospitalisés pour affection médicale. La majorité d'entre eux sont porteurs d'affections artérielles et surtout d'hypertension artérielle, de coronarite, d'artériopathie des membres de diverses origines. Les cardiopathies valvulaires sont moins fréquentes.

Enfin, nombreux sont les troubles fonctionnels d'origine neurotonique en liaison avec les stress exogènes, les précordialgies, les tachycardies type Bouveret, les hypertensions paraxystiques survenant plus volontiers lors d'une des péripéties anxigènes de la vie carcérale, qu'il s'agisse d'extractions, de pré-interrogatoire, de l'imminence du procès, etc. La fréquence des affections cardio-vasculaires, et notamment artérielles, ne saurait nous étonner puisqu'en milieu

carcéral, on ne saurait trop y insister, sont réunis de multiples facteurs de risque en matière d'artériosclérose : la sédentarité, l'abus du tabac, les stress extérieurs, l'alimentation déséquilibrée car trop riche en lipides et en hydrates de carbone et enfin un appoint alcoolique antérieur fréquent.

Puisque je viens de vous parler de l'alcoolisme, je vous rappelle l'action criminogène de l'alcool bien connue et les problèmes médicaux que peuvent nous poser les alcooliques avec les *délirium tremens* de sevrage et la prise en charge, par l'équipe hospitalière — psychiatre, infirmières, assistantes sociales — en vue d'une désintoxication.

Les troubles métaboliques sont fréquents, anomalie des lipides sériques consistant en hyperlipidémie souvent accompagnée d'hypercholestérolémie, de troubles de la glycorégulation et qui nécessite un régime hypocalorique.

Les diabétiques vrais sont, après les tuberculeux pulmonaires les plus nombreux de nos malades médicaux : 12 % d'entre eux. C'est une catégorie d'hospitalisés qui nous préoccupe beaucoup, vous vous en doutez, en cas de manifestation, de contestation ou d'associabilité telles que les refus de soins, d'insuline et même de contrôles sanguins ou urinaires.

Les malades digestifs viennent, en fréquence, à égalité avec les diabétiques, ils sont au nombre de 12 %, il s'agit de gastropathies avec troubles dyspeptiques, il s'agit de pathologies coliques faites surtout de spasmes douloureux et de constipations, d'affections hépatopancréatiques dans lesquelles, ici encore, l'alcoolisme joue un rôle important.

On ne saurait s'étonner de la place importante qui, en pathologie carcérale, revient à la sphère digestive quand on sait que l'estomac et le côlon font partie des terrains de prédilection de la pathologie fonctionnelle. Aussi, nombre de troubles digestifs sont-ils d'origine psychosomatique et liés aux perturbations psychologiques consécutives à l'incarcération. Quant à la maladie ulcéreuse, elle est, selon le mot du docteur Rivet, le type même de l'investissement somatique d'une situation conflictuelle.

5 % des malades en traitement dans les services médicaux sont envoyés pour des dénutritions plus ou moins sévères, par grève de la faim plus ou moins rigoureusement suivie. A l'hôpital central, nous voyons environ, annuellement, 60 à 80 refus d'alimentation —

je parle bien de grèves de la faim volontaires, utilitaires et non de refus d'alimentation d'origine psychiatrique.

5 % également des malades de médecine relèvent d'affections psychiatriques, c'est peu et cela s'explique puisque en l'absence de service de psychiatrie organisé, nous ne gardons pas cette catégorie de malades. En 1977, nous avons transféré 39 psychopathes dans les services spécialisés, je veux dire 39 sur les hôpitaux psychiatriques en dehors des transferts sur les centres pénitentiaires spécialisés tels que Château-Thierry ou Hagueneau.

Enfin les 10 % restants de nos malades médicaux relèvent d'une pathologie très diversifiée et, pour en terminer avec l'activité des généralistes, je soulignerai, en particulier, la fréquence bien connue des intoxications médicamenteuses volontaires, en général à base de psychotropes. Cela me permet de rappeler le danger, en milieu carcéral, de prescriptions thérapeutiques trop généreuses, lesquelles, sauf vigilance particulièrement rigoureuse et difficile à instituer, permettent que s'installent de véritables bourses aux médicaments, le comprimé de barbituriques devenant alors une denrée d'échange fort appréciée.

Je dois encore signaler que quelques malades sont hospitalisés pour des affections dermatologiques, ce domaine nous fait retrouver l'incidence du facteur anxigène dans le processus pathogénique, de sorte que dans les cas les plus fréquemment observés, les acnés, les psoriasis, les pelades, les névrodermites, on note souvent un parallélisme entre l'évolution et la situation vécue par le malade. Une poussée évolutive correspond aux incarcérations successives, alors que dans l'intervalle, la dermatose s'atténue ou même disparaît.

LES MALADES CHIRURGICAUX.

Je vous disais, il y a un instant que 1/3 des entrants de l'hôpital central relève du service de chirurgie où sont pratiquées, annuellement, 500 à 600 interventions y compris celles des spécialités chirurgicales O.R.L., urologie, essentiellement. En raccourci, on peut dire que la moitié des malades du service de chirurgie relèvent soit de la traumatologie et de l'orthopédie : 35 % des hospitalisés de ce service, soit de la chirurgie digestive : 15 % des hospitalisés.

En matière de traumatologie, il s'agit ou bien de séquelles des accidents du travail, ou bien de pathologie de l'arrestation — accident de voiture, coups, plaies par balle réalisant des fractures ou de graves

blessures thoraco-abdominales que nous recevons en seconde main à Fresnes. Nous avons donc beaucoup de blessés à rééduquer et notre département de kinési-mécanothérapie a un rôle important à jouer, d'autant plus important que celui-ci traite aussi des rhumatisants, des malades atteints de neuropathie motrice, des pulmonaires, etc.

En matière de chirurgie digestive, comme en médecine, l'ulcère gastroduodénal est fréquent, c'est bien là l'une des grandes maladies carcérales, vous en connaissez la raison. Le Dr Petit vous parlera, tout-à-l'heure, de son expérience importante du traitement chirurgical de cette affection et de la vagotomie sélective en particulier, et je voudrais souligner les excellents résultats qu'il obtient.

L'autre moitié des malades de chirurgie est hospitalisée pour des affections très courantes dont les hernies, appendicites, éventrations, varices, hémorroïdes, autant d'affections banales auxquelles souvent le sujet ne prêtait guère d'attention avant son incarcération mais qui, en raison des loisirs dont il dispose désormais, sont devenues le centre de ses préoccupations. On rencontre encore des ostéites chroniques, des adénopathies inflammatoires, des suppurations subaiguës des parties molles et je ne voudrais pas non plus oublier de citer la présence constante de quelques malades qui ont subi des amputations à divers niveaux pour des processus arthéritiques de toutes origines.

Et enfin, les chirurgiens de Fresnes possèdent, à côté de ce secteur de chirurgie courante banale, un compartiment de spécialité chirurgicale carcérale, apanage de notre clientèle de pervers et de mentaux, qui met en évidence la nécessité, dans notre pratique, d'une collaboration psychochirurgicale ; on ne peut qu'être frappé, par exemple, par les nombreux corps étrangers volontairement ingérés, souvent fort insolites, qu'à l'occasion de 300 cas dénombrés, le docteur Petit a extirpé chirurgicalement ou recueillis, sans dommages, par les voies naturelles ; et l'on est surpris de constater la grande tolérance dont fait souvent preuve l'estomac à leur égard et finalement la faible mortalité qu'ils entraînent puisque le docteur Petit n'a eu, en fin de compte, qu'un seul décès sur 300 cas.

Vous savez aussi combien couramment sont pratiquées les auto-mutilations, abcès provoqués d'évolution souvent très grave, sections veineuses volontaires, voire artérielles souvent compliquées de sections tendineuses, amputations volontaires, sans parler des spectaculaires

tentatives de suicide par défenestration qui, lorsqu'elles ne sont pas mortelles d'emblée, se soldent souvent par de très graves séquelles.

Enfin, les malades de spécialités, 10 % je vous le rappelle de l'ensemble des hospitalisés, se partagent en pratique à peu près également, entre les quatre grandes disciplines représentées à Fresnes : oto-rhino-laryngologie, ophtalmologie, urologie et neurologie.

En O.R.L., nous rencontrons surtout des otites chroniques anciennes, négligées, compliquées ; des séquelles de fracture du nez traduisant la violence qui est la règle du milieu social d'où sont issus nos clients et surtout, pour un bon tiers des cas, ce drame final que représente le cancer de la langue, le cancer du plancher buccal ou de l'amygdale.

En ophtalmologie pénitentiaire, l'activité est faite à 50 % d'affections purement oculaires, cataracte, décollement de rétine, et à 50 % d'affections générales à retentissement ophtalmique, qu'elles soient infectieuses, cardio-vasculaires ou neurologiques.

Un mot encore sur les aspects très particuliers de l'urologie pénitentiaire : ce qui nous fait rencontrer outre de réelles lithiases avec ou sans hydronéphroses et d'authentiques tumeurs, des simulateurs de colique néphrétique ou de rétention d'urine et aussi ces corps étrangers volontairement et fort adroitement introduits dans l'urètre ou la vessie en vue d'obtenir l'admission à l'hôpital, tels clous, fil de fer ou même cartouche de stylo à bille dont l'extraction se fait par voie endoscopique ou sous anesthésie générale.

Enfin les malades relevant de la neurologie sont essentiellement des épileptiques, des polynévritiques, des hémiplegiques, des sciatiques, et pour eux, nous collaborons avec le Centre national d'orientation muni d'un électro-encéphalographe et qui exécute pour nous les tracés électro-encéphalographiques.

Un mot pour terminer, pour vous dire maintenant quels sont les malades qui relèvent de disciplines que nous ne pouvons exercer à l'hôpital de Fresnes, et que nous sommes obligés d'hospitaliser en milieu extérieur.

Nous hospitalisons à l'Hôtel-Dieu de Paris les urgences nécessitant des soins intensifs de réanimation puisque nous n'avons pas encore de service spécialisé dans ce domaine, les cas de chirurgie lourde requérant des moyens de surveillance et de réanimation post-opératoire très élaborés et la chirurgie spécialisée, notamment vasculaire.

Nous adressons à la Salpêtrière, nos cas de neurochirurgie et de chirurgie cardiaque et enfin les malades relevant de la cancérologie sont conservés à Fresnes mais adressés pour de courts séjours à l'institut Gustave-Roussy en vue des traitements cobalto-thérapeutiques ou des séquences chimio-thérapeutiques.

Nous faisons également appel, toutes les fois que nécessaire, aux consultations des services de l'assistance publique, notamment pour des explorations cliniques particulières qui nécessiteraient un matériel lourd et coûteux tels que les cathétérismes cardiaques, les coronarographies, les explorations fonctionnelles respiratoires, etc.

En 1977, nous avons envoyé ainsi en consultation environ 500 détenus, chiffre certes assez élevé, mais nous pensons que la médecine pénitentiaire doit s'insérer franchement dans le dispositif de santé dont bénéficie la population et qu'une assistance médicale doit être dispensée aux détenus qui soit conforme aux progrès de nos techniques modernes.

Quoi qu'il en soit, nous aimerions voir diminuer le nombre annuel des hospitalisations en milieu libre, qui se situe malgré tout, aux environs de 170. En effet, outre qu'elles représentent une lourde charge financière pour l'administration, qui doit rembourser non seulement l'assistance publique mais aussi les services de police, ces hospitalisations soulèvent des difficultés liées à la méconnaissance par les médecins hospitaliers des problèmes pénitentiaires, à la nécessité de faire assurer la garde des détenus par les services de police qui sont loin de considérer cette tâche comme une tâche prioritaire ; et aussi, il faut bien le dire, au manque d'enthousiasme manifesté par les services hospitaliers pour l'accueil de nos clients.

C'est pourquoi nous souhaitons vivement, et nous comptons beaucoup dans ce domaine, Madame, sur votre aide, nous souhaitons vivement que soit menée à bien une restructuration effective de l'hôpital telle que, avec des moyens accrus en personnel et un équipement technique adéquat, lui soit donné un potentiel technique conforme aux normes requises pour un hôpital général de cette capacité et qui nous permette d'assurer une meilleure prise en charge de nos détenus.

Je vous remercie.

**Allocution de M. PASTRE,
directeur de l'hôpital de Fresnes.**

Madame la Présidente,
Mesdames,
Messieurs,

J'ai souvent constaté qu'il convenait de se garder d'une approche manichéenne de l'hospitalisation en milieu carcéral dans laquelle il y aurait nécessairement d'un côté, les bons qui ne peuvent qu'œuvrer pour la médecine et le bien public et de l'autre, les méchants, obsédés par les consignes impératives liées à la sécurité générale des prisons.

Il y a 6 ans, à Strasbourg, au Conseil de l'Europe, vous avez estimé souhaitable de redéfinir, en ces termes, le rôle nouveau des médecins, je cite : « Au-delà des impératifs pénitentiaires de sécurité et de discipline que les médecins reconnaissent, ils considèrent que le respect de la vie et de la personne humaine doit être leur souci primordial, autant dans la prison que pour la réinsertion sociale qui est un des buts primordiaux et ultimes de leur action ; ceci dans un esprit de concertation avec les instances administratives. »

Les questions que je me suis posées, dès ma prise de fonctions à l'hôpital central des prisons de Fresnes, sont celles-ci :

La réflexion théorique des médecins est-elle juste ?, et doit-elle s'étendre aux fonctionnaires de l'Administration pénitentiaire ?

A cela, la réponse est claire, c'est oui, et je suis d'accord fondamentalement. Il est vrai que des divergences restent à surmonter et aux termes de cette première constatation, on a déjà l'impression qu'on se trouve en présence d'une conception globale des moyens de l'exercice de la médecine pénitentiaire, plus que de son rôle.

Tout se passe comme s'il était nécessaire, malgré des structures différenciées, que ceux qui les mettent en œuvre, médecins et chefs d'établissements, aient à apprendre à travailler ensemble de façon empirique et progressive avant de savoir à quelles fins, dans quelles perspectives, ils le feront.

Une seconde observation préliminaire s'impose : il ne s'agit pas de juger les acteurs, de mettre en cause leur dévouement ou leur bonne volonté, mais de chercher ce qui conduit certains d'entre eux dans la nature de mécanismes extérieurs et avec une plus ou moins

grande intensité selon leur personnalité, à un comportement de résistance voire d'opposition. Ce problème est celui de tous les établissements pénitentiaires sanitaires et pose de nombreuses questions générales et spécifiques, et ma contribution n'a pas la prétention de les traiter toutes.

Je les situerai autour de deux interrogations et chacun comprendra que je m'en tienne à la référence des prisons de Fresnes.

I. — Faut-il, à l'hôpital central, considérer qu'il est nécessaire d'appliquer à chaque détenu la réglementation à laquelle il était astreint dans son établissement pénitentiaire d'origine ?

L'article D 387 du Code de procédure pénale indique que « les règlements pénitentiaires demeurent applicables à leur égard, dans toute la mesure du possible ».

Cet adjectif **possible** constitue une limite à un maximum ou à un minimum et nous invite à un comportement raisonnable ; pour ma part, l'expérience du vécu me fait dire qu'un hôpital est avant tout une institution à vocation de soins dans laquelle les malades sont appelés à séjourner pour un temps plus ou moins long.

Univers carcéral, certes, l'univers hospitalier l'est doublement, lieu de ségrégation et de réclusion dans lequel sont soignés et surveillés ceux qui sont à la fois malades et détenus. Bien sûr des mesures de précaution sont à prendre à l'égard des détenus dangereux, placés, provisoirement à l'hôpital central, mais il ne faut pas oublier que fondamentalement, les rapports sont modifiés, et ce n'est pas un comportement novateur que de croire souhaitable et même possible d'identifier les établissements pénitentiaires sanitaires à un centre de détention, une maison centrale ou un quartier de sécurité.

Telle est l'image dominante de l'établissement qui m'est confié en tant qu'organisation sociale.

II. — Nous avons essayé, à l'hôpital central, de prendre en compte certaines critiques pour aider au fonctionnement des services ; c'est à partir d'une réflexion collective avec les médecins, que nous avons fixé nos méthodes de gestion et d'administration. Il faut dire que cela ne s'est pas réalisé sans problèmes, mais toutes les tâches que nous avons commencées, nous les avons terminées. Et pourtant, prenons le cas des chefs d'établissements, le parlement peut légiférer, le ministère rédiger des circulaires, les autres protester, les chefs d'établissements resteraient maîtres chez eux, c'est du moins l'opinion

que beaucoup d'observateurs s'en font, au point que certaines critiques que leur porte une presse avide de dramatique, semblent en retard d'une guerre.

Quant au médecin, personnage central du monde hospitalier, il représente, pour les détenus, l'autorité scientifique incontestée, investie de tous les pouvoirs.

Spécialiste omnipotent et infaillible, ses directives doivent être scrupuleusement respectées. En fait, nous le savons tous, ce n'est pas facile de remplir nos missions respectives d'autant que le beau monolithisme, celui des certitudes anciennes a craqué.

Pour ma part, je ne crois pas au décloisonnement de la médecine pénitentiaire, et ma conviction profonde s'explique moins par des raisons déontologiques de médecin ou de réglementation administrative que par la connaissance quotidienne du terrain et des gens. Naturellement, chacun d'entre nous pense que son problème est le plus important.

J'ai appris à l'hôpital central des prisons de Fresnes qu'il était un lieu de guérison et aussi un lieu de prise en charge où l'on naît, où l'on meurt ; manifestations sans équivoque d'une médicalisation de la vie sociale qui ne s'arrête pas à la porte d'une prison.

Il n'apparaît pas inutile, en conclusion, de rappeler aux médecins et aux chefs d'établissements que la confiance appelle la confiance. Le but et la justification de la peine étant de protéger la société contre le crime, l'institution pénitentiaire doit faire appel à tous les moyens curatifs et les appliquer sous la forme d'un traitement individualisé.

C'est dire la mission déterminante des médecins et celle des personnels paramédicaux, d'où la nécessité pour les pouvoirs publics de tenir compte des motions d'ordre quantitatif et des aspirations d'ordre qualitatif qui se dégageront des travaux de votre congrès.

Mesdames et Messieurs,

Madame la Présidente,

Je vous remercie de l'attention que vous avez bien voulu me prêter.

**Allocution du docteur Thomas KIRESUK,
directeur du « Program Evaluation Resource Center », Minneapolis,
Minnesota.**

SOMMAIRE

Evaluation et planification du changement dans un environnement médical pénitentiaire.

Quand on fait l'historique des critères d'évaluation des méthodes thérapeutiques en médecine ou en psychiatrie, on trouve de fréquentes références à l'insatisfaction des thérapeutes aussi bien que des malades, vis-à-vis de ces critères. Parmi les mesures communément employées, on trouve l'appréciation des thérapeutes eux-mêmes et certains tests psychologiques, mais on oublie habituellement les problèmes centraux, intimes et personnels du malade et leur évolution sous l'effet du traitement. Une méthode appelée « Goal Attainment Scaling » a été élaborée pour satisfaire ce besoin. Dans un effort pour rendre le traitement « mesurable », le thérapeute, le médecin et le malade lui-même ont développé leurs propres critères, individualisés quant aux aspects particuliers du traitement et aux participants.

La méthode a été largement utilisée dans plusieurs domaines : éducation médicale, études universitaires, santé mentale, réhabilitation professionnelle, toxicomanie, traitement médical et services sociaux en général. La méthode s'est avérée scientifiquement efficace comme outil clinique dans l'évaluation et la recherche, et semble constituer aussi, par elle-même, un adjuvant thérapeutique.

Mais l'évaluation, soit comme méthode, soit comme système organisationnel, est souvent difficile à mettre en place. Quelle que soit sa nature, tout changement amène une résistance, même quand on en attend un bénéfice. Quels sont ces obstacles au changement ?

Une nouvelle discipline de transfert de connaissance et de planification du changement s'est développée de façon indépendante dans des domaines très variés, tels l'agriculture, l'éducation, la sociologie, la santé publique, l'industrie, etc. Des principes généraux et une certaine expérience se sont accumulés et exigent maintenant un vocabulaire technique susceptible de permettre leur utilisation par tous ceux qui n'ont pas un entraînement spécifique dans ce domaine particulier.

La méthode — profil de l'aptitude au changement — a été développée par le centre de recherche en évaluation des programmes de Minneapolis au Minnesota. Elle devait être d'application générale et faciliter de façon tangible la planification des changements. La première application dans un milieu correctionnel a été faite par le docteur Roy de la Colombie canadienne, chargé de la mise en pratique d'un concept thérapeutique formulé par cet éminent psychiatre, le docteur Chalke.

La combinaison des deux méthodes, « Goal Attainment Scaling » et « The Readiness for change Measure », permet non seulement d'atteindre des objectifs thérapeutiques individualisés sur la base de la meilleure appréciation médicale et des meilleurs pronostics, mais aussi de faciliter la mise en action du traitement et du système d'évaluation lui-même. Les prémisses fondamentales sont que les intentions profondes, les espoirs et les attentes de tous ceux qui participent aux traitements soient respectés et que leur aptitude ou leur résistance au changement soient évaluées sur une base individuelle.

Je ne vais pas vous parler en français car cela détruirait vraisemblablement les bonnes relations d'amitié entre nos deux pays pour toujours.

Je vais plutôt vous parler rapidement en anglais et je veux d'abord vous remercier de la constante et chaleureuse générosité avec laquelle j'ai été accueilli depuis une semaine dans votre pays.

J'ai apporté avec moi un certain nombre de documents qui font la synthèse par des graphiques de tout ce que j'ai élaboré pendant 20 ans de ma vie ce qui ne représente pas beaucoup.

J'ai aussi apporté avec moi des tirés à part résultant de l'élaboration de notre programme de recherche pour le changement, dans notre centre de recherche (Minnesota) ; il y a des magazines d'évaluation et des tests qui vont promouvoir et permettre le changement. Ces derniers sont faits à la fois par des organisations spécialisées et par des patients individuels. Ces éléments sont expliqués dans ces brochures, j'espère que vous les comprendrez, c'est la raison pour laquelle je suis ici aujourd'hui.

La seule chose sur laquelle je veux insister est la construction personnelle de la forme, du but vers lequel tendent les patients, les clients, les prisonniers pour construire leur propre destin. J'attire votre attention sur des études capitales récentes, qui n'ont pas été

faites par moi, mais qui peuvent avoir un résultat bénéfique sur le traitement de ces individus, en fonction de ce qu'est le traitement.

J'ai apporté avec moi 70 résumés de ce travail, et des imprimés pour nous permettre de correspondre, nous pourrions par exemple aussi envisager l'évaluation de l'éducation médicale sur le médecin interniste et sur d'autres variétés de thèmes aussi.

Je garde les quelques minutes qui me restent plutôt que de parler de vous je vais dire quelques mots de Madame Troisier.

Certes notre magazine d'évaluation fournit des programmes très divers et nous interviewons des personnalités illustres et compétentes, nous avons un article du président Carter, nous avons travaillé en étroite collaboration avec des femmes éminentes d'Harvard mais je voudrais ajouter mon message à la longue liste des compliments qu'elle a reçus. Elle est sans nul doute une des femmes les plus impressionnantes, les plus dynamiques, les plus irréfutables qui soient sur terre et ailleurs peut-être dans d'autres planètes et par respect pour sa délicate approche et sa modestie je veux cependant affirmer qu'elle crée une présence et une aura autour d'elle exceptionnelles.

Je crois qu'elle représente une femme typique de notre temps, plus vous apprenez sur elle, plus j'apprends à la connaître, plus grande est mon admiration. Il y a de la tragédie, de la créativité, de l'humanité en elle... c'est vraiment une solide et attachante personnalité. Elle donne à son travail une puissance d'orientation tout à fait extraordinaire, nous l'avons ressentie sur son lieu de travail à l'hôpital de Fresnes, elle apparaît comme un personnage authentique, qui sait donner l'exemple et elle le donne avec talent en oubliant le passé et faisant vers le futur des progrès constructifs et pleins d'espoirs, aussi bien pour les patients, les criminels, le staff et heureusement pour ses collègues dont moi-même.

Je veux répéter qu'elle est une des femmes les plus vraies et les plus responsables de notre temps.

Allocution de Mlle le docteur M.-Th. DECAUDIN,
pharmacien-directeur du L.A.M. des prisons de Fresnes.

ROLE ET RESPONSABILITE DU PHARMACIEN FACE A LA PRESCRIPTION MEDICAMENTEUSE EN MILIEU PENITENTIAIRE.

Pharmacien des prisons de Fresnes nous avons l'honneur de vous exposer les aspects de la pharmacie pénitentiaire tels que nous les percevons, et de vous entretenir du rôle et de la responsabilité du pharmacien en milieu pénitentiaire.

ROLE DU PHARMACIEN.

Tout d'abord le rôle du pharmacien des prisons de Fresnes est celui d'un pharmacien gérant hospitalier qui doit gérer et approvisionner une pharmacie. Pharmacie qui délivre les médicaments, les objets de pansement, le petit matériel chirurgical à 250 malades de l'hôpital central et aussi à une population pénale d'environ 2 200 détenus des quartiers de détention.

La pharmacie prend aussi en compte la fourniture du matériel dentaire ainsi que les films radiologiques.

Pour assurer la marche du service, la pharmacie bénéficie de l'aide de 5 préparateurs en pharmacie titulaires du brevet professionnel.

Les préparateurs ont la charge chacun de plusieurs services dont ils assurent la distribution nominative et journalière des médicaments et exécutent les préparations magistrales. Les dermatologues font encore appel à l'art du pharmacien en formulant des préparations magistrales.

Le travail est réparti de la façon suivante : deux préparateurs ont la charge de l'hôpital, trois autres s'occupent de la distribution médicamenteuse de la détention proprement dite, c'est-à-dire des divisions.

Nous essayons d'établir un roulement dans la répartition des services afin que chacun des préparateurs soit au courant de tous les services et que les remplacements puissent s'effectuer sans difficulté.

En outre, les préparateurs aident le pharmacien dans la gestion du stock que ce soit pour les commandes ou la surveillance de la validité des médicaments par la vérification des dates de péremption.

La comptabilité est assurée sous notre responsabilité par un surveillant.

Raisons d'une distribution nominative et journalière.

Nous avons été amenés à effectuer ce mode de distribution pour les raisons suivantes :

— d'abord pour assumer un travail qui est celui de la pharmacie. En effet nous avons estimé que la manipulation des médicaments incombait à ce service et non pas aux infirmières dont la mission est autre ;

— ensuite par souci d'économie, car une distribution journalière est beaucoup plus stricte et plus facilement contrôlable qu'une distribution globale hebdomadaire par service.

Il est bien évident que chaque service conserve néanmoins une réserve de médicaments que ce soit au niveau des armoires de service de jour ou des armoires de garde. Réserve dont la liste est établie par le chef de service et qui fait l'objet d'un renouvellement hebdomadaire.

Modalités de la distribution journalière.

Cette distribution s'effectue de la façon suivante :

— **à l'hôpital** : tous les matins chaque service apporte à la pharmacie les sachets nominatifs sur lesquels les infirmières ont fait figurer :

- * le nom du malade, le numéro de sa cellule ;
- * le nom du médicament, la forme, la posologie ;
- * la date du début du traitement et si possible la durée (cet élément est souvent difficile à fournir pour les malades hospitalisés).

Voici le modèle des sachets qui sont apportés à la pharmacie par les services de l'hôpital :

— **pour la détention** : chaque jour quelques 500 à 600 sachets sont amenés et préparés à la pharmacie. Sur ces sachets figurent les mêmes indications que sur ceux utilisés par l'hôpital, mais en plus le nom

du médecin auteur de la prescription est mentionné. Ce renseignement est utile lorsque certains éclaircissements concernant le dosage ou la posologie s'avèrent nécessaires.

Pour les prescriptions concernant la population de détention nous demandons que figure très nettement la durée prévisible du traitement. Cette indication est indispensable au pharmacien pour la délivrance des substances vénéneuses en particulier, d'autant plus que les prescriptions faites en détention sont de longue durée et moins souvent modifiées qu'à l'hôpital. Nous devons dire que cette indication n'est pas toujours facile à obtenir, car cet aspect législatif de la formulation ne paraît pas aussi impératif à l'auteur de la prescription qu'il ne l'est pour le pharmacien.

En plus de ces quelques centaines de sachets, chaque jour sont préparés près de 900 flacons contenant les médicaments distribués dilués pour qu'ils ne puissent être stockés par les détenus et être à l'origine de tentative d'autolyse.

Cette façon de procéder qui théoriquement sécurise l'administration, ne satisfait absolument pas le pharmacien et pose à celui-ci des problèmes tant au plan déontologique que professionnel. A ce sujet nous aurons l'occasion de nous en expliquer ultérieurement.

Nous mentionnions qu'une des raisons qui nous avait incité à pratiquer une distribution journalière et nominative avait été un souci d'économie. Afin de vérifier cette assertion il nous a semblé intéressant de comparer le montant des achats de médicaments effectués par la pharmacie des prisons de Fresnes depuis 1973.

BILAN DE CETTE OPERATION.

Nous rappelons que ces dépenses correspondent non seulement aux achats de médicaments, d'objets de pansement, de petit matériel chirurgical (imputés au compte 603) mais aussi à l'achat des films radiologiques, des produits de laboratoire et plus récemment, depuis 1977, à la totalité des fournitures et du matériel dentaire.

Voici les chiffres des dépenses annuelles depuis 1973 :

1973	1 000 910 F
1974	1 040 123 F
1975	908 165 F
1976	990 015 F
1977	988 190 F

L'étude de ce tableau fait apparaître que depuis 1973 la progression des dépenses pharmaceutiques montre non seulement un certain tassement mais encore une diminution, ceci en dépit de la hausse des prix et de la prise en charge de certaines rubriques telles que les fournitures dentaires qui avant 1977 n'étaient pas achetées par la pharmacie.

NOUS ATTRIBUONS CETTE DIMINUTION DES DEPENSES PHARMACEUTIQUES A DEUX FAITS.

I. — **Le premier** : depuis 1974, suivant les directives données par Mme le Dr Troisier, médecin inspecteur général de l'Administration pénitentiaire, nous nous fournissons à la pharmacie centrale des hôpitaux de Paris, pour la presque totalité des médicaments et aux magasins généraux de l'Assistance publique pour ce qui concerne les objets de pansement et le petit matériel chirurgical.

La cession par l'Assistance publique à l'Administration pénitentiaire de ces articles représente une économie certaine, compte tenu des conditions consenties par les grossistes à l'Assistance publique.

Si pour certains médicaments tels que ceux préparés par la pharmacie centrale elle-même, le prix de revient est nettement inférieur à celui qui résulterait d'un achat direct dans les laboratoires, pour d'autres médicaments la différence n'est pas toujours aussi sensible, mais le grand intérêt de ce mode d'approvisionnement est que nous devons nous limiter à la liste des médicaments de la pharmacie centrale des hôpitaux.

L'éventail des spécialités étant restreint, de ce fait nous diminuons le nombre des médicaments inutilisés et périmables car le stock a une rotation plus rapide.

II. — **Le deuxième fait** qui, à notre avis, a été déterminant dans la diminution des dépenses pharmaceutiques est la présence de préparateurs en pharmacie.

En effet, dès 1975, du fait de l'augmentation du personnel à la pharmacie, nous avons petit à petit mis en place une distribution nominative et journalière des médicaments.

Cette façon d'opérer s'est traduite par une diminution de la consommation pharmaceutique, dès lors qu'il n'y a plus de réserve inutile dans les divers services.

Mais je tiens à préciser que cette opération n'est possible qu'avec l'aide d'un personnel qualifié, coopératif et consciencieusement attentif.

ETUDE COMPARATIVE DES DEPENSES PHARMACEUTIQUES DANS DIFFERENTS TYPES D'ETABLISSEMENTS PENITENTIAIRES.

Nous avons pensé qu'il était intéressant de connaître le coût annuel de la consommation pharmaceutique par détenu dans les différents types d'établissements pénitentiaires.

Pour cette étude il nous a paru plus simple de comparer le montant annuel des dépenses pharmaceutiques qui figurent au compte 603 et en fonction de la population moyenne d'un établissement de calculer le prix de ces dépenses annuelles par détenu.

Pour cette enquête nous avons très aimablement été aidé par les services de l'Administration pénitentiaire, qui nous ont communiqué les montants des achats pharmaceutiques correspondant au compte 603 et ceci pour les cinq dernières années.

Il n'a pas été question de faire une étude systématique pour tous les établissements interrogés, aussi avons-nous pris au hasard des établissements aussi différents et éloignés que possible les uns des autres que ce soit pour les maisons d'arrêt, les maisons centrales ou les centres de détention.

C'est ainsi que nous avons retenu :

- les centres de détention de Melun et Muret ;
- les maisons centrales d'Ensisheim, Poissy, Saint-Martin-de-Ré ;
- les maisons d'arrêt d'Amiens, Gradignan, Fleury-Mérogis, La Santé et Fresnes.

Fresnes ayant une situation particulière du fait de sa vocation de centre hospitalier et de maison d'arrêt, afin d'être très objectif et très rigoureux il aurait fallu évaluer séparément le montant des dépenses pharmaceutiques de l'hôpital proprement dit et celles de la détention. Ceci n'a pas été réalisé car cette étude aurait représenté un travail que nous n'étions pas en mesure d'effectuer. Aussi le chiffre des dépenses annuelles de Fresnes n'est-il pas exactement superposable à ceux des autres établissements puisqu'il ne représente pas uniquement le coût pharmaceutique soit uniquement d'un détenu de détention soit d'un détenu hospitalisé.

Pour Fresnes, ce prix moyen a été calculé sur la totalité des dépenses de la détention et celles de l'hôpital. Or il est bien évident que le prix de revient annuel en service hospitalier est plus élevé que celui de la détention.

Sur un tableau nous avons fait figurer, pour chaque établissement retenu, le montant des dépenses pharmaceutiques annuelles correspondant au compte 603 depuis les cinq dernières années.

Les chiffres moyens de la population pénale nous ayant été communiqués pour l'année 1977 nous avons calculé le coût annuel des médicaments par détenu, plus particulièrement pour cette année-là.

	1973	1974	1975	1976	1977	Nombre de détenus	1977 Coût F par détenu	Total dépenses 5 dernières années	Coût moyen depuis 5 ans
CENTRES DE DÉTENTION									
Melun	83 500	97 000	93 000	90 000	70 000	283	247	433 500	306
Muret	67 000	101 000	120 000	130 000	164 000	580	282	582 000	200
MAISONS CENTRALES									
Ensisheim	73 763	73 465	67 193	54 776	62 804	237	265	332 004	280
Poissy	85 496	86 444	119 081	148 585	174 024	364	478	613 630	337
St-Martin-de-Ré	41 379	51 943	50 107	46 488	48 506	403	120	238 423	118
MAISONS d'ARRÊT									
Amiens	51 597	69 843	103 998	117 203	112 730	398	283	455 371	228
Gradignan	33 566	34 646	53 244	72 339	65 758	489	134	259 553	106
Fleury-Mérogis	468 917	503 256	537 869	464 597	459 533	3 311	138	2 434 172	147
La Santé	653 993	395 379	624 979	533 700	575 115	1 743	329	2 783 166	319
Fresnes	1 009 910	1 040 123	908 165	990 015	988 190	2 335	423	4 936 403	423

L'étude de ce tableau fait apparaître que :

I. — Pour les maisons centrales :

Saint-Martin-de-Ré est l'établissement dans lequel le coût pharmaceutique est le plus bas : 120 F en 1977, avec une moyenne de 118 F pour les cinq dernières années ;

Poissy est l'établissement où les dépenses sont les plus élevées : 478 F en 1977, avec une moyenne de 337 F ;

Ensisheim se situe entre les deux : 265 F en 1977 avec une moyenne de 280 F.

II. — Dans les centres de détention :

247 F à Melun avec une moyenne de 306 F ;

282 F à Muret avec une moyenne de 200 F.

III. — Pour les maisons d'arrêt :

134 F à Gradignan avec une moyenne de 106 F ;

283 F à Amiens » » de 228 F ;

138 F à Fleury-Mérogis » » de 147 F ;

329 F à La Santé » » de 319 F ;

423 F à Fresnes » » de 423 F.

En résumé, pour 1977, les établissements dans lesquels les dépenses pharmaceutiques ont été les plus élevées sont :

Poissy : 478 F ; Fresnes : 423 F ; La Santé : 329 F.

Les dépenses pharmaceutiques montrent en général une progression en 1977 par rapport à la moyenne établie sur cinq ans, exception faite pour Melun, Fleury-Mérogis, Ensisheim.

Pour Fresnes et Saint-Martin-de-Ré, on notera une grande stabilité du coût pharmaceutique, ceci en dépit de l'augmentation des prix.

Ce qui en fait, particulièrement pour Fresnes, traduit une diminution des dépenses si l'on considère, comme nous l'avons déjà signalé, que ces chiffres comprennent depuis 1977, la fourniture du matériel et des produits dentaires qui auparavant n'étaient pas achetés par la pharmacie.

RESPONSABILITE DU PHARMACIEN.

Après avoir esquissé le rôle et l'activité du pharmacien il convient d'évoquer la responsabilité de celui-ci en milieu pénitentiaire. Il serait plus exact de parler de responsabilités du pharmacien car elles sont multiples.

Ces responsabilités sont tout d'abord celles inhérentes à la profession mais accrues du fait de l'environnement dans lequel nous exerçons notre profession.

Nous devons en effet redoubler de vigilance, aussi sommes-nous persuadée que le détenu, à quelque titre que ce soit, n'a absolument pas sa place dans une pharmacie pénitentiaire. Il suffit de nous remémorer les quelques incidents dont nous avons été les témoins au début de notre activité en tant que pharmacien des prisons de Fresnes, alors qu'un détenu était affecté, uniquement pour les travaux d'entretien, au service de la pharmacie.

Un des aspects de cette responsabilité consiste dans l'exécution correcte des prescriptions faites par le médecin. Or il existe un danger qui se situe au niveau de la retranscription de ces prescriptions à partir des dossiers médicaux par des personnes non compétentes.

Ce relevé devrait être effectué par les infirmiers ou les infirmières, ce qui est le cas à l'hôpital central de Fresnes, mais n'est pas réalisé en détention, faute d'infirmiers diplômés en nombre suffisant, puisqu'il n'y a toujours que deux infirmiers titulaires du diplôme d'Etat pour une détention de plus de 2 000 détenus.

C'est donc au niveau de la retranscription pharmaceutique par du personnel certes de bonne volonté, mais souvent incompetent nous le répétons, que se posent de nombreux problèmes et que nous risquons de graves ennuis en tant que pharmacien.

Nous ne citerons qu'un exemple : en détention, un traitement anti-coagulant avait été prescrit, il s'agissait de 3/4 de comprimé d'un certain médicament, or à la retranscription la posologie s'était transformée en « 3 ou 4 » comprimés. Nous avons pu rectifier la posologie après examen du dossier médical, mais nous ne sommes jamais assurée que de tels faits ne puissent se renouveler.

Aussi depuis quelque temps, en l'absence d'infirmiers diplômés en nombre suffisant en détention, ou de secrétaires médicaux qualifiés, le relevé des prescriptions pharmaceutiques est effectué par des apprentis préparateurs que nous formons.

Dans beaucoup d'établissements de l'Administration pénitentiaire les mêmes problèmes doivent se poser, aussi nous pensons que le recrutement d'infirmiers diplômés ou tout au moins de secrétaires médicaux ayant suivi les cours professionnels pour justifier de cette qualification devrait être envisagé très rapidement.

Un autre volet de la responsabilité du pharmacien est celui du problème résultant des associations médicamenteuses qui sont fréquentes et de plus en plus nombreuses. Associations rendues inévitables du fait que l'Administration, par souci de sécurité — et nous comprenons son point de vue — voulant éviter l'accumulation de médicaments qui pourraient être détournés et utilisés à d'autres fins que celles pour lesquelles ils sont destinés, exige que ces médicaments soient distribués dilués, donc mélangés.

Or nous savons :

— d'une part qu'il est interdit au pharmacien par la Santé publique et par le conseil de l'ordre de réaliser des mélanges de spécialités, et c'est pratiquement ce à quoi nous arrivons lorsque les médicaments sont distribués dilués ;

— d'autre part, le pharmacien n'ignore pas que certaines associations médicamenteuses peuvent se traduire par une potentialisation de l'activité de tel ou tel médicament soit au contraire par une diminution voire une annulation de telle ou telle action thérapeutique.

Nous ne citerons que la potentialisation qui résulte de l'action conjuguée des tranquillisants et des hypnotiques, et la diminution d'activité qui résulte de l'antagonisme des tranquillisants vis-à-vis des anti-acides. Or ceux-ci sont largement prescrits et utilisés en milieu carcéral.

Indépendamment du point de vue déontologique et professionnel, et sans parler du goût ou de la saveur désagréable, nous vous laissons imaginer l'aspect peu attrayant, voire repoussant que peuvent présenter des mélanges de médicaments, le plus souvent insolubles délivrés en suspension, dans lesquels les gélules font alors figure de ludion.

Enfin nous aborderons plus particulièrement la position du pharmacien face à la consommation de psychotropes, que ce soient les hypnotiques, les tranquillisants ou les neuroleptiques. Nous n'en voulons pour preuve que ce tableau qui montre l'augmentation de la consommation de ces différents types de médicaments :

	Tranquillisants	Neuroleptiques		Hypnotiques
	Comprimés	Comprimés	Gouttes évaluées en litres	Comprimés Suppositoires
1975	267 000	112 000	60	195 000
1977	301 000	117 000	73	239 000

Il faut remarquer qu'indépendamment de l'augmentation globale des unités pharmaceutiques, il y a eu progression dans le dosage ; ainsi tel tranquillisant présenté au début dosé à 5 ou 10 mg l'est maintenant à 50 mg.

Que ce soit pour les hypnotiques comme pour les tranquillisants, les médecins n'avouent-ils pas eux-mêmes, qu'en milieu carcéral et au-delà d'un certain laps de temps les mêmes médicaments prescrits à un même malade n'agissent plus. Les prescriptions doivent alors être majorées dans le sens d'une polymédication et aussi dans celui d'un accroissement du dosage et de la posologie.

Force est donc de constater cette escalade thérapeutique que nous avons évoquée il y a déjà trois ans lors du congrès de médecine pénitentiaire de Bordeaux.

Nous savons que les psychotropes — médicaments indéniables pour certains —, sont quelquefois sciemment sollicités auprès du corps médical par d'autres détenus, précisément pour leurs effets hypnotiques, tranquillisants ou euphorisants, ce qui évidemment peut être une façon de concevoir le temps de détention.

La population pénale devenant calme et sereine, le problème du maintien de l'ordre se trouve alors théoriquement résolu, ce qui ne saurait déplaire à l'administration.

Mais chercher à se tranquilliser ou à se sécuriser, est-ce pour l'individu le moyen de faire un minimum et indispensable retour sur soi-même ?

Le rôle du pharmacien est certes d'honorer la prescription médicale, néanmoins face à cette consommation croissante de psychotropes, le pharmacien se doit d'attirer l'attention sur ce phénomène — phénomène de société répond-on — ; peut-être, mais fait tout de même inquiétant puisque l'homme devient tributaire et dépendant du médicament.

Nous pensons que le médecin a lui aussi une responsabilité face à cette dépendance psychologique de l'individu vis-à-vis du médicament.

Nous avons évoqué devant vous l'activité du pharmacien en milieu pénitentiaire où son rôle est certain et sa responsabilité grande.

Allocution du docteur COHEN HADAD, médecin des prisons, Israël.

Madame la Présidente,
Mesdames et Messieurs,

Je représente, en fait, un petit Etat qui a maintenant l'âge de 30 ans à peine, qui s'est développé d'une façon très rapide pour atteindre même un niveau très haut et pouvoir concurrencer, même de nos jours, des pays développés.

Mais malheureusement, l'accroissement des détenus est passé de 1 200 en 1967 pour atteindre 6 000 détenus actuellement. Le facteur politique a probablement eu son influence sur ce point de vue-là.

L'une des prisons d'Israël, celle de Ramleh, possède un hôpital de 30 lits qui accueille des détenus de diverses prisons du pays ; cet hôpital est doté de tous les moyens d'observation médicale et permet aux détenus de subir tous les examens nécessaires. Eventuellement, les cas graves sont transférés dans les hôpitaux du gouvernement.

L'hôpital de la prison centrale de Ramleh est, entre autres, équipé d'un service de radiologie à même d'effectuer toutes les radiographies demandées, sans qu'il soit ainsi nécessaire de faire sortir les détenus de la prison. De même, toutes les analyses de routine sont faites par le laboratoire intérieur.

Enfin la petite chirurgie, sous anesthésie locale, peut y être pratiquée.

DISPENSARE DE PRISON.

Chaque prison est dotée d'un dispensaire, d'une unité dentaire et d'une petite infirmerie de 4 lits. Les détenus reçoivent, dans ces dispensaires, tous les soins qu'ils nécessitent ; les cas considérés comme plus sérieux sont envoyés à l'hôpital gouvernemental de la région.

Les visites médicales ont lieu deux ou trois fois par semaine, et le service dentaire comprend les traitements préventifs jusqu'aux prothèses. Nous avons prévu, actuellement, le service dentaire pour le personnel car chacun sait que les soins dentaires sont plutôt onéreux, surtout pour les prothèses et cette disposition constitue une grande aide pour le personnel.

Des spécialistes dermatologues, oto-rhino-laryngologistes, ophtalmologues, cardiologues, orthopédistes viennent visiter les détenus sur notre demande ; les instrumentations : ceinture orthopédique, lunettes, optique, prothèses dentaires sont généralement prises en compte par nos services.

La Croix-Rouge assume une partie des frais concernant ces appareils lorsqu'ils sont destinés aux détenus politiques.

Pour notre part, nous ne faisons aucune différence entre détenus politiques ou civils. Nous couvrons donc ainsi les services médicaux dont ont besoin les détenus.

Quelques mots sur les relations entre les médecins et les détenus : les relations sont généralement très bonnes, le détenu, qu'il soit de droit commun ou politique a généralement un grand respect pour le médecin. Nous sommes persuadés que cette atmosphère est la conséquence directe des bons soins que le corps médical prodigue aux détenus. Intéressés uniquement à diagnostiquer la maladie et à soulager les souffrances de leurs patients, les médecins ne tiennent aucun compte des antécédents ni des délits commis.

En bref, seule l'éthique médicale est prise en ligne de compte.

EXAMENS ET SOINS MEDICAUX.

Lors de son admission en prison, chaque détenu doit subir un examen physiologique, une prise de sang pour l'examen sérologique et une radiographie des poumons. Les malades sont transférés à l'hôpital central où ils subissent les examens nécessaires et sont gardés en observation.

Certains cas sont éventuellement transférés dans des hôpitaux du gouvernement.

Le détenu passe ensuite devant une commission chargée de déterminer la prison où il sera envoyé.

Tout détenu est autorisé à recevoir, à ses frais, la visite d'un médecin de l'extérieur, s'il ne s'estime pas satisfait du traitement fourni par les médecins de la prison ; en ce cas ledit médecin se voit communiquer le dossier du détenu et des facilités intérieures sont mises à sa disposition.

Nous prenons toujours en considération l'avis du médecin privé. Nous sommes d'autre part, toujours ouverts aux contrôles et critiques d'organismes et institutions tels que le ministère de la Santé publique et la Croix-Rouge internationale ainsi que d'autres institutions internationales.

Les maladies les plus fréquentes en prison, en Israël, comme partout dans le monde, sont les maladies psychosomatiques, les troubles de l'appareil digestif et en particulier les ulcères de l'estomac et du duodénum, ceux que nous venons d'entendre juste avant moi ; les maladies des voies respiratoires et l'asthme bronchique sont également très fréquents.

Les cas de diabète ne sont pas rares mais il faut tenir compte d'un certain nombre de simulateurs.

Tout malade reçoit le régime alimentaire dont il a besoin en rapport à son état, de même que le traitement qui lui est propre.

Il nous arrive de nous heurter aux exigences des détenus qui réclament une alimentation diététique, le plus souvent à base de laitages, même s'ils ne souffrent d'aucune maladie. Nous comprenons bien ce phénomène, le détenu tente toujours de modifier la routine d'un régime alimentaire normal. En cas d'ulcère, le régime alimentaire du détenu est déterminé après contrôle radiographique, uniquement.

ALIMENTATION REGULIERE DES DETENUS.

Le régime alimentaire des détenus est basé sur leurs besoins en calories pour un travail normal. Des produits alimentaires très variés, contenant des protéines, lipides, graisses indispensables sont fournis aux cuisiniers pour la préparation de trois repas par jour,

le repas de la mi-journée étant le plus riche. Fruits et légumes de saison sont toujours servis en abondance.

L'alimentation dans les prisons est contrôlée de très près par une commission que préside un médecin et qui visite régulièrement les prisons. Elle contrôle également l'hygiène des cuisines et des réfectoires.

MEDICAMENTS.

Nous possédons une pharmacie centrale qui distribue les médicaments aux diverses unités, et nous avons toujours une bonne réserve à notre disposition. En principe, tous les médicaments sont disponibles.

Médication sédatrice, tranquillisants : comme partout dans le monde, l'emploi des tranquillisants a considérablement augmenté, ces dernières années. Un grand nombre de détenus arrivent en prison déjà habitués à des ingestions massives de ces tranquillisants (valium, librium, méprobamate, nozinan), ainsi que de somnifères qu'ils absorbent durant le jour.

Le cas des narcomanes est particulier : nous ne prescrivons pas de morphine.

LES NARCOTIQUES DANS LES PRISONS.

Malgré une surveillance serrée, il est impossible d'empêcher totalement l'introduction de narcotiques dans les prisons. Les détenus utilisent tous les moyens, généralement à leur retour des tribunaux, des hôpitaux ou d'un congé. Ils avalent les drogues enveloppées de nylon, ou les cachent dans le rectum.

A leur retour, les suspects sont isolés pour 24 ou 48 heures, et leurs déjections vérifiées. On arrive ainsi à éviter assez souvent l'introduction de stupéfiants dans la prison.

Il arrive aussi que des drogues soient introduites par certains membres du personnel, de caractère faible, et qui cèdent aux menaces des narcomanes.

TRAITEMENTS PSYCHIATRIQUES.

Le service médical des prisons comprend généralement, outre la médecine générale, un département de psychiatrie. Sur les plans administratif et scientifique, il est placé sous la responsabilité du ministère de la Santé.

Ce département de psychiatrie et criminologie comprend trois unités :

- un service d'hospitalisation de 50 lits ;
- une unité de traitement ambulatoire dans les diverses prisons ;
- une unité de recherches, d'enseignement et de supervision professionnelle.

Sont admis à l'hôpital des cas psychiatriques pour diagnostic, mise en observation, traitement intensif ; l'hôpital fournit des rapports médicaux aux tribunaux et au conseil de libération des détenus.

Le traitement consiste en psychothérapie de groupe, psychothérapie individuelle, psychodrames, traitements médicamenteux, traitement par divers travaux manuels.

On relève, parmi les patients, un nombre important de détenus atteints d'altérations organiques du cerveau.

Le personnel hospitalier comprend 7 diplômés d'université, 8 infirmières, 2 moniteurs de travaux manuels et 2 employés d'administration.

Le traitement ambulatoire est sous la responsabilité d'un psychiatre assisté de cinq criminologues. Cette équipe examine et traite sur place, et si nécessaire transfère à l'hôpital les cas les plus compliqués.

Une dizaine de diplômés d'université participent aux travaux de recherches, centrés sur trois domaines : clinique courante, clinique universitaire et enseignement théorique.

L'équipe de criminologues est dirigée par le chef du département de psychiatrie. Elle s'occupe du traitement en groupe des délinquants sexuels, des gangsters, et des narcomanes.

QUELQUES MOTS SUR LES GREVES DE LA FAIM.

Pour nous il n'y a pas de « grève de la faim », mais un détenu qui refuse de manger. Tout détenu qui entre dans cette catégorie est soumis à une surveillance médicale continue. Lorsque sa santé commence à se détériorer, généralement à partir du 5ème jour, le détenu est alimenté par voie buccale simple s'il y consent. S'il s'y refuse, il est nourri par sonde gastrique, et dans certains cas par voie intraveineuse.

Ce problème se complique lorsque c'est une prison tout entière, voire même plusieurs prisons, qui se livrent à cette grève de la faim. Pourtant, nous avons réussi à alimenter artificiellement, pendant 45 jours, 400 détenus sans aucune complication sérieuse.

TRAUMATISMES PERSONNELS.

Ingestion de corps étrangers, cuillers, clous, lames de rasoir, morceaux de verre, aiguilles. En général ces corps étrangers s'évacuent par la voie normale, l'intervention chirurgicale est très rare.

Coupures très fréquentes aux membres et en diverses parties du corps.

Tentatives de pendaison, en général sans succès.

Ces manifestations de détenus visent essentiellement à attirer l'attention ou à s'acquérir certains privilèges.

REHABILITATION DU DETENU AU COURS DE SON EM-PRISONNEMENT.

Enseignement d'un métier.

Habitude du travail.

Vers la fin de la détention (6 mois), on peut transférer dans une prison à sécurité minimale, ou dans la maison de réhabilitation. De là les détenus sont envoyés travailler hors de la prison, bien sûr toujours sous surveillance.

Avant de commencer cette réhabilitation les détenus passent devant une commission, et doivent répondre à des critères bien définis.

APRES LA LIBERATION.

Actuellement des organisations publiques et privées s'occupent du détenu libéré. Nous allons promouvoir un nouvel objectif, un conseil unique de réhabilitation, composé d'un représentant des services pénitentiaires, et d'un représentant du ministère des Affaires sociales, en d'autres termes à caractère gouvernemental : objectif, éliminer le récidiviste.

Allocution du docteur ROUGEOT, médecin de la maison d'arrêt de Dijon.

Je vais vous faire part de mon expérience personnelle, ici à Dijon, lorsque je prenais mes fonctions à la maison d'arrêt, il y a environ 3 ans. La première fois ce fut la découverte, je pénétrais dans ce grand bâtiment de conception particulière avec ses grands murs, ses grilles, toutes ces portes à franchir, je rentrais en contact avec mes premiers détenus. La seconde fois ce fut la déception, je pensais ne pas pouvoir m'adapter à quelque chose d'aussi spécial, d'aussi restrictif, c'était un endroit qui me faisait peur. Je considérais que mon rôle ne serait pas complet, fractionné, je ne pourrais jamais faire de la vraie médecine, car je venais, en temps que généraliste, inconscient de toutes les autres données du monde carcéral. Puis ce furent les hésitations car peu à peu je prenais goût à ce travail et puis enfin ce fut la détermination, car j'étais convaincu qu'il y avait beaucoup à faire pour cette collectivité et je tenais à m'y consacrer pleinement.

L'équipe médicale dijonnaise forme un tout, elle se compose de deux généralistes, le docteur Saconnet et moi-même, docteur Rougeot, d'un psychiatre, Madame le docteur Bergeron, d'un dermatologue, Madame le docteur Oudot, d'un O.R.L., Monsieur le docteur Petetin, d'un dentiste, Monsieur le docteur Rabier, d'une infirmière, Madame Mallard, d'un kinésithérapeute, Monsieur Léger, d'un auxiliaire sanitaire, Monsieur Morel.

Le dépistage systématique est obligatoire en prison pour les maladies tuberculeuses, psychiatriques, vénériennes et stomatologiques, chacun de ces médecins vient régulièrement pour effectuer cette tâche. Les généralistes voient tous les entrants, ce rôle semble banal mais il s'inscrit dans toute une série de mesures que le médecin peut être amené à prendre lors de ses consultations.

Par ailleurs il visite les cuisines, les quartiers d'isolement et fait part à l'Administration pénitentiaire de ses constatations des carences et des améliorations souhaitables.

Mais, à travers tout cela se dessine le rôle du médecin, rôle médical, rôle d'information mais surtout rôle humanitaire. A tout moment le médecin côtoie des hommes qui ont des difficultés de toutes sortes, lors de chaque consultation si nous prenons le temps d'interroger chaque détenu nous apprenons beaucoup de détails, qui

expliquent parfois certains éléments de leur conduite ou de leurs actes. Nous pouvons alors leur dire que nous les comprenons et que nous sommes là pour les aider. Ceci est particulièrement important chez le toxicomane mais il faut savoir alors adapter son attitude et son langage. Et parfois une relation peut s'établir, nous influençons certainement beaucoup le moral de chaque personne par des mots simples, efficaces, humains, et qui rassurent. Mes préjugés donc, cette réticence à pénétrer dans ce monde inconnu et difficile des prisons me donnait il y a trois ans la notion de quelque chose de nouveau et de différent. L'expérience, la volonté y jouent un rôle et même l'amour de cette ambiance me permettent de conclure autrement aujourd'hui.

Il faut noter tout d'abord qu'il n'y a pas de différence entre les détenus malades et les patients que je vois régulièrement à mon cabinet, j'ai la même attitude vis-à-vis des deux catégories. Les détenus sont même moins exigeants sur les résultats thérapeutiques. Il leur faut tout d'abord une occasion de fuir la cellule, de se déplacer, puis un contact avec le médecin, puis un remède. Le fait d'être malade leur donne même un statut nouveau, ils se différencient du reste de la population carcérale. Dans l'ensemble les détenus sont satisfaits, à côté de cela il y a toute une catégorie de simulateurs dont il faut se méfier. Une certaine méfiance s'impose aussi car les détenus cherchent souvent à manipuler les personnes les uns contre les autres, ceci est le propre de l'institution d'autant plus qu'il s'agit souvent de délinquant. Parfois ils manœuvrent le médecin selon leurs désirs, leur volonté, leurs idées, dans le but de se jouer de lui, ou de l'Administration pénitentiaire, ou dans le but d'obtenir une amélioration de leur condition de vie. Les renseignements du dossier médical et les informations recueillies par les auxiliaires sanitaires sont très utiles ; cette méfiance logique entraîne inexorablement une certaine lassitude, c'est un petit danger qui risque de diminuer la portée de notre rôle humain.

Le détenu, que nous considérons comme un sujet comme les autres, peut en fait avoir une attitude ambiguë, parfois il est méfiant vis-à-vis de l'Administration pénitentiaire, il croit qu'il est victime de mesures disciplinaires ou d'un désintérêt de la direction, des surveillants ou du médecin.

Pour son affaire judiciaire, il se méfie aussi et ne veut pas parler, lors de la visite, de peur que nous donnions des renseignements à la justice.

Cette attitude contraste avec le sentiment de sécurisation qu'il peut avoir en face de nous lorsque le dialogue est sincère, que la demande est justifiée. Le médecin a un rôle sécurisant, l'appel de nuit du détenu est un langage qui engendre la peur chez le surveillant qui ne sait pas quoi faire, qui n'a pas la compétence pour agir. Le médecin est appelé, il doit venir. Le déplacement semble parfois superflu mais il est toujours utile, pour le détenu qui sera revu le lendemain. Le médecin dédramatise la situation et tout rentre dans l'ordre. D'autre part, cela évite les malentendus chez les sujets parfois revendicateurs qui alors n'hésitent pas à dire que nous ne faisons rien pour eux et que les surveillants sont insensibles. Cette sécurité apportée au détenu résulte d'une écoute attentive et neutre de la part du médecin ou même du personnel infirmier.

Les surveillants vivent pendant leur travail avec les détenus ; ils les surveillent, ils les connaissent donc bien. Ils représentent la première possibilité de contact avec le reste de la prison et l'extérieur. Les détenus s'adressent à eux pour des motifs variés. Nous, les médecins, avons également affaire à eux pour comprendre certaines situations ou certains faits de la détention qu'ils ont connus ou vécus. Ils nous relatent les faits, ils s'occupent donc bien des détenus. Enfin, nous sommes également en contact avec les surveillants pour visiter un détenu à l'infirmerie ou en cellule, car ils sont là pour assurer notre sécurité.

Nos rapports avec les surveillants sont assez fréquents, ils sont fructueux.

Par contre, il serait souhaitable qu'il y ait plus de relations et donc de coordination avec l'Administration pénitentiaire et la justice. C'est le problème du cloisonnement qui est un reflet du cadre contre lequel nous agissons peu à peu, réunions, commissions d'application des peines, Gretta.

Le manque de temps de chacun est également préjudiciable, nous ne nous connaissons pas assez, nous ne connaissons pas les juges d'instruction. Par exemple, un problème qui se pose de temps en temps, celui de l'utilisation du médecin pour des tâches non médicales, la visite du détenu en cellule d'isolement et l'approbation ou non de son maintien ; ceci donne au médecin la sensation que l'Administration pénitentiaire se retranche derrière sa décision ; le détenu peut penser également que c'est le médecin qui décide ou non de prolonger la sanction. Il faudrait préciser les limites de la réponse du médecin.

Je profite de ce congrès pour signaler également ici un manque de relations et de compréhension avec les différents services hospitaliers. Nous avons besoin du SAMU ou de l'hôpital pour des cas précis ou urgents que nous ne pouvons pas adresser à l'hôpital des prisons de Fresnes. Nos détenus semblent mal accueillis ou mal acceptés, toujours en fonction de cet *a priori* dont j'ai parlé au départ. Et en fait, les médecins hospitaliers hésitent à les garder ; de plus, lorsqu'ils sont hospitalisés ou vus en consultation, nous n'avons pas assez de réponses, ou des réponses trop tardives, à nos lettres d'accompagnement.

Enfin, cette peur de l'inconnu qui restreint un peu notre action au départ, explique la hâte des médecins de garde du SAMU à repartir de l'établissement après un appel et là encore nous n'avons pas de lettres ou simples mots pour relater les faits. Vous comprendrez donc notre mécontentement devant ce manque de collaboration.

En conclusion, le médecin de prison est un personnage important, ses activités sont variées et déterminantes pour le détenu comme pour l'Administration pénitentiaire. De ce fait, naît une multitude de difficultés qu'il faut surmonter, mais je rappelle le caractère inconfortable de la position du médecin pénitentiaire qui n'est l'allié de personne, ni du détenu, ni de l'Administration pénitentiaire, et j'insiste sur le fait que la médecine est possible en prison. Nous le prouvons ici à Dijon, et le service médical répond à tous les appels pendant la semaine, la nuit et le dimanche. Les détenus sont donc bien assistés. Nous avons donc actuellement peu de problèmes à la maison d'arrêt car il y a une bonne équipe médicale, une bonne entente avec la direction et les surveillants-chefs.

Des améliorations sont souhaitables, c'est certain ; en effet, nous avons déjà organisé des réunions de l'équipe médicale car il apparaît fondamental de se concerter afin d'échanger nos points de vue. Il faudrait, bien sûr, étendre cela aux autres professions, nous aurions tous moins de difficultés et plus d'efficacité s'il y avait une meilleure coordination médicale, juridique, hospitalière et pénitentiaire avec des entretiens plus réguliers.

Merci.

Allocution de Monsieur Félix J. AMARISTA,
professeur de criminologie, Caracas.

UNE NOUVELLE CLASSIFICATION PENITENTIAIRE.

La Commission nationale de réforme pénitentiaire vénézuélienne a été créée par décret présidentiel en avril 1975.

Dans sa fonction d'orienter la politique criminelle, la C.N.R.P., après avoir fait une analyse critique des classifications connues, a créé une nouvelle classification, appelée des constellations du comportement.

DEFINITION.

On définit la **constellation** comme « l'ensemble des éléments dont la corrélation de forces produit la dynamique du passage à l'acte ». On trouve toute une série d'éléments communs à divers comportements criminels, mais ces éléments-là ont un poids différent qui dépend de la combinaison d'autres éléments.

AVANTAGES.

La classification des constellations a un minimum de théorie ; cette caractéristique corrige les défauts de beaucoup d'excellentes classifications ; en dépit d'être scientifiquement correctes, elles ne fonctionnent pas au champ pénitentiaire.

La classification a un minimum d'interprétations, c'est-à-dire, elle essaie d'être phénoménologique.

Ces deux avantages permettent son application tantôt au champ pénitentiaire, tantôt au champ criminologique. Nous savons qu'il y a des classifications excessivement théoriques (criminologiques) qui n'ont pas d'applications pénitentiaires.

Aussi, on sait qu'il y a des classifications excessivement pragmatiques qui sont aveugles du point de vue criminologique.

Enfin, cette classification permet la diversification du traitement pénitentiaire.

CATEGORIES DES CONSTELLATIONS.

- 1) Désorganisation de la personnalité.
- 2) Comportement professionnel.
- 3) Primarité psychologique.
- 4) Maladie mentale.
- 5) Humeur de la mégarde.
- 6) Comportement rigide.
- 7) Aliénation éthique.
- 8) Conflits de normes de socialisation.
- 9) Délinquant circonstanciel pur.
- 10) Délit de négligence ou d'imprudence.
- 11) Récidivistes par stigmatisme pénal.

1) Constellation de la désorganisation de la personnalité.

Cette catégorie s'appelle aussi **constellation psychopathique**, due à ce que son essence est le mécanisme psychopathique ; mais on ne doit pas la confondre avec les personnalités psychopathiques de K. Schneider. Ses caractéristiques sont : une auto-identité diminuée, une incohérence du comportement, une autonomisation du comportement segmentaire, une désharmonie d'aptitudes et aspirations. Un défaut de la cohérence de sa personnalité produit le déficit du contrôle du moi, alors le comportement impulsif « va devant le sujet ». En plus, il n'y a pas chez ces individus de prospection vitale, ils vivent au jour. Leur pauvre **autoévaluation** légitime entraîne une mauvaise valorisation du monde.

2) Constellation du comportement professionnel.

Ce sont des individus qui ont fait du délit une carrière, une profession. Leur personnalité est bien structurée, ils sont intelligents et possèdent une adéquate autovalorisation. Leur problème n'est pas psychologique, mais il est axiologique, ils sont l'envers de la culture. La constellation se caractérise par une adaptabilité fonctionnelle, une personnalité cohésionnée, une bonne auto-image, de l'égoïsme, du pragmatisme et une image détériorée du monde. On peut dire que les délinquants professionnels sont des soldats d'une armée ennemie.

3) Constellation de la primarité psychologique.

Ce sont les pervers au sens psychologique, des individus attachés au processus primaire (primaires proprement dits). Chez eux on trouve un retard de l'évolution des pulsions, dont le noyau pervers s'exprime dans des situations propices. Cette constellation se caractérise par une dépréciation de soi-même, une dépréciation du monde, une sécrétion des circonstances et une fixation au processus primaire (oral ou anal).

4) Constellation des maladies mentales.

On rassemble tous les malades mentaux dont le passage à l'acte a une relation directe avec leur maladie (latente ou manifeste). Cette constellation comprend les délinquants psychotiques (ceux qui ont commis le délit pour tomber malades, ou ceux qui se rendent malades pour commettre le délit, ou ceux qui commettent le délit pour ne pas tomber malades), les déments, les oligophrènes, les épileptiques ; aussi les névrosés qui changent une culpabilité irréaliste par une vraie culpabilité.

5) Constellation de l'humeur de la mégarde.

C'est la mégarde comme une manière de vivre, comme un mode de vie. Il s'agit du délinquant occasionnel, tout à fait différent du délinquant circonstanciel. Cette constellation produit l'occasion, la secrète et se caractérise par un amorphisme psychologique, une auto-conscience basse, une énergie mal orientée et une débilité de l'auto-exigence.

6) Constellation du comportement rigide.

Elle ressemble à un train qui court impétueux ; un obstacle provoque son déraillement. Elle est l'antipode de la constellation de la désorganisation de la personnalité. Ses caractéristiques sont : une personnalité compacte, une hyperévaluation affective avec dépréciation des personnes, une hyperthymie et une débilité de l'auto-compensation envers les frustrations.

7) Constellation de l'aliénation éthique.

Elle est une catégorie sociologique où le passage à l'acte se produit par une perte de tonicité morale ou une dégradation éthique.

Il y a deux modalités :

- a) ceux qui souffrent une dégradation momentanée ou permanente de leurs normes ;
- b) ceux qui ont été élevés sous la morale de la violence.

8) Constellation par conflits des normes.

Il s'agit d'une norme de groupe ou ethnique qui entre en collision avec des normes de groupe ou ethniques et des normes de société générales. Il n'y a pas d'anomalies psychologiques, il n'y a pas de changement axiologique. Ce sont des manifestations d'une subculture qui choquent avec la règle.

9) Constellation du délinquant circonstanciel pur.

Il n'y a pas d'anomalie psychologique, de disposition, de conflits des normes. Il s'agit de circonstances imposées qui dominent au sujet.

10) Constellation des délits par négligence ou imprudence.

Cette constellation se définit par elle-même. Ce sont des sujets qui commettent un délit involontaire.

11) Constellation du récidiviste par stigmaté pénal.

Il s'agit des délinquants qui récidivent à cause du stigmaté social. L'isolement produit par la réaction sociale, ferme tous les chemins et laisse ouverte la seule voie du délit.

CLASSIFICATION DES CONSTELLATIONS.

- 1 Minimum de théorie.
- 2 Minimum d'interprétation.
- 3 Application pénitentiaire.
- 4 Application criminologique.
- 5 Elle différencie le traitement.

CONSTELLATION :

« Ensemble d'éléments dont la corrélation de forces produit la dynamique du passage à l'acte. »

CONSTELLATIONS.

- 1 Désorganisation de la personnalité.
- 2 Comportement professionnel.
- 3 Primarité psychologique.
- 4 Maladie mentale.
- 5 Humeur de la mégarde.
- 6 Comportement rigide.
- 7 Aliénation éthique.
- 8 Conflits de normes de socialisation.
- 9 Délinquant circonstanciel pur.
- 10 Délit de négligence ou d'imprudence.
- 11 Récidivistes par stigmaté pénal.

DESORGANISATION.

- 1 Auto-identité diminuée.
- 2 Incohérence de conduite.
- 3 Autonomisation de cond. segment.
- 4 Désharmonie d'aptitudes et aspirations.

PROFESSIONNEL.

- 1 Adaptabilité fonctionnelle.
- 2 Personnalité cohésionnée.
- 3 Bonne auto-image.
- 4 Egocentrisme.
- 5 Pragmatisme.

PRIMARITE.

- 1 Fixés au processus primaire.
- 2 Dépréciation du monde.
- 3 Dépréciation de soi-même.
- 4 Sécrétion de circonstances.

MALADIE MENTALE.

- 1 Psychotiques.
- 2 Déments.
- 3 Oligophréniques.
- 4 Epileptiques.
- 5 Névrosiques.

HUMEUR DE LA MEGARDE.

- 1 Amorphisme psychologique.
- 2 Autoconscience basse.
- 3 Energie mal orientée.
- 4 Débilité de l'auto-exigence.

COMPORTEMENT RIGIDE.

- 1 Personnalité compacte.
- 2 Hyperévaluation affective.
- 3 Dépréciation des personnes.
- 4 Hyperthymiques.
- 5 Débilité de l'autocompensation envers les frustrations.

ALIENATION ETHIQUE.

- 1 Dégradation momentanée des normes.
- 2 Formation éthique pour la violence.

CONFLITS DE NORMES SOCIALES.

- 1 Subculturelle.
- 2 Pas d'anomalie psychologique.
- 3 Pas de changement axiologique.

CIRCONSTANCIEL PUR.

- 1 Pas d'anomalie psychologique.
- 2 Pas de dispositions.
- 3 Pas de conflits des normes.
- 4 Circonstances imposées.

PERSPECTIVES DU « MODELE » CLINIQUE EN MEDECINE PENITENTIAIRE.

Allocution du professeur Giacomo CANEPA,
professeur titulaire à la faculté de médecine et directeur de l'institut d'anthropologie criminelle (Centre international de criminologie clinique), université de Gênes (Italie).

INTRODUCTION.

La médecine pénitentiaire est une discipline, qui se constitue par l'apport de contributions différentes, qui proviennent de la biologie, de la clinique, de la psychologie, du droit, de la pénologie, de la sociologie et, enfin, de la criminologie.

Le contenu central et fondamental de cette discipline est représenté sans doute par l'apport de la « médecine » au sens général du mot, dans ses composantes biologiques et cliniques.

On doit souligner que cet apport de la médecine, en milieu pénitentiaire, se propose de réaliser la finalité primaire du traitement « médical », par l'organisation d'un service médical général et spécial à la disposition des détenus, aux fins de prévention et de thérapie des maladies.

On doit encore souligner que les médecins traitants qui travaillent dans le cadre de ce service, ainsi que tout personnel engagé aux plusieurs niveaux des différentes structures pénitentiaires, vont aussi contribuer par leurs attitudes à la création psychologique d'une « atmosphère » pénitentiaire, qui soit « thérapeutique » au sens **criminologique** du mot, afin de réaliser la resocialisation.

Cela pose le problème des rapports entre les médecins traitants du service médical et les médecins qui travaillent dans les services de criminologie clinique.

Pour définir le type de ce rapport il faut chercher à approfondir le concept de « modèle médical ».

LE CONCEPT DE « MODELE MEDICAL ».

Sur ce point il est nécessaire d'examiner les attaques critiques que certains courants actuels de la sociologie criminologique ont développées contre ce concept, au point de convaincre les juristes et aussi les administrateurs que le « modèle médical » est le responsable de la faillite des programmes de traitement « criminologique » (Hall Williams, 1 ; Lejins, 2 ; Von Hirsch, 3 ; Martinson, 4).*

En effet on devrait se rapporter plus exactement à la faillite du traitement « pénitentiaire » et du traitement pénal traditionnel, soulignée en son temps par Enrico Ferri et plus récemment documentée par les résultats de plusieurs recherches criminologiques sur l'inefficacité des traitements pénaux, résumées et synthétisées par Hood et Sparks (5). Par conséquent il faut mettre en évidence que la faillite du système pénal traditionnel ne comporte pas la faillite du « traitement » en tant que tel. Sur ce point je pense qu'aucun système pénal, passé ou actuel, a jamais utilisé et valorisé, d'une façon systématique, l'apport des orientations cliniques de la criminologie. Nous attendons encore que cette orientation soit mise à l'épreuve dans l'action pratique, par exemple dans le domaine pénitentiaire.

On ne réalise pas un véritable traitement criminologique, suivant l'orientation clinique, en introduisant dans les prisons des médecins qui prétendent traiter la délinquance par la psychopharmacologie ou la neurochirurgie ou le conditionnement psychobiologique, ou par l'application (même systématique et très élargie) des tests mentaux, sans posséder aucune expérience approfondie et directe des problèmes des délinquants ou des détenus.

Le vrai « modèle » du rapport clinique, en médecine, exige, avant tout, la réalisation d'un rapport individuel, basé sur la confiance, sur le respect du secret et de la vie intime, sur l'analyse des communications inter-humaines et inter-subjectives, afin d'aider les hommes à mieux se connaître eux-mêmes et à réaliser leur personnalité d'une façon autonome.

C'est là la signification vraie et profonde de toute activité clinique dans le domaine médical. Une activité que l'on peut sans doute appeler « médicale », même si elle ne rentre pas dans la conception d'un prétendu « modèle », soi-disant « médical », que certains médecins réalisent dans leur activité pratique.

Si vous pensez à un modèle « juridique » ou à un modèle « sociologique », je pense que vous voulez vous rapporter à la figure d'un véritable juriste, au sens positif du mot, ou d'un véritable sociologue.

Par conséquent il sera bien de s'adresser également, lorsqu'on parle d'un modèle clinique ou médical, à la médecine et à la clinique au sens positif, pas péjoratif, du mot.

Enfin on devra s'adresser, comme il arrive dans le domaine du droit et de la sociologie, aux orientations de la clinique et de la médecine dont la validité en « criminologie » a été démontrée par l'expérience et la recherche.

En conclusion on devra envisager, en droit et en sociologie aussi bien qu'en médecine, l'existence d'un modèle « général » et de modèles « spécifiques » (par exemple, un modèle spécifique pour la criminologie).

Cette distinction, à mon avis, peut être formulée comme suit.

1) Concept général de modèle médical.

La médecine étudie l'homme au point de vue physique, inséré dans son contexte social. Son action pratique vise à la prévention et au traitement des maladies. Le modèle médical réunit en lui-même deux aspects :

- le **modèle biologique**, qui se rapporte à l'étude de **l'homme**, afin de comprendre et définir les structures et les fonctions de la vie humaine, dans le domaine normal et pathologique ;
- le **modèle clinique**, qui se rapporte à l'étude **des hommes** et de leurs individualités particulières (problème de la personnalité), dans le domaine normal et pathologique, afin de réaliser la prévention et le traitement.

2) Concept spécifique de modèle médical.

Compte tenu que l'on considère cette « spécificité » en direction de la criminologie, il est possible de définir ces critères spécifiques comme suit :

- **modèle biologique** : les connaissances scientifiques actuelles permettent de dépasser l'ancienne distinction, ainsi que le contraste, entre « biologique » et « social ». Les chercheurs admettent l'influence des facteurs de l'environnement sur l'homme au cours de sa vie, mais ces facteurs sont en même temps sociaux et

biologiques. En effet l'action des facteurs sociaux sur l'individu va se produire par des modifications de structures (système nerveux, mécanismes biochimique et neurophysiologique). L'équilibre ou le déséquilibre de ces structures pourra aussi déclencher des actions individuelles sur l'environnement (**Laborit**, 6).

- **modèle clinique** : il s'agit d'une approche, qui vise à l'approfondissement individuel des problèmes des « délinquants », c'est-à-dire des individus qui sont qualifiés « différents » des autres pour des raisons juridiques et sociales, ayant commis des actions qui sont défendues par la loi pénale.

La connaissance de leurs problèmes est réalisée par l'analyse des communications inter-humaines et inter-subjectives au cours de leur vie et dans leur contexte socioculturel, en vue de les aider à mieux se comprendre, à évaluer les raisons de leur conduite et à réaliser l'autonomie de leur personnalité dans le respect de l'individualité et des droits des autres.

CONCLUSIONS.

Ainsi défini le concept de « modèle médical », dont l'analyse a démontré l'aspect général et spécifique, aussi bien que les composantes biologiques et cliniques, il est évident que dans la dimension clinique on retrouve la source fondamentale des rapports entre les médecins qui travaillent en milieu pénitentiaire : les médecins destinés aux services médicaux des soins, d'une part, et les médecins engagés dans les services de criminologie clinique visant à la resocialisation, d'autre part.

En conclusion, le modèle « clinique » en tant que trait d'union et de liaison de ces rapports, nous offre un critère pour définir la médecine pénitentiaire.

En effet, il s'agit d'une « médecine » qui pourra poursuivre ses finalités et réaliser ses buts dans la mesure suivant laquelle les médecins en milieu pénitentiaire seront en condition d'accomplir leur tâche à la lumière d'une **perspective clinique**, dans le domaine soit des services de thérapie médicale soit des services de traitement criminologique.

NOTES BIBLIOGRAPHIQUES

1. — HALL WILLIAMS J.E. : Rapport général de la Société internationale de criminologie au IVème colloque international de Bellagio sur la privation de liberté dans les perspectives de lutte contre le crime, particulièrement à l'égard de ses nouvelles formes, (Bellagio, 22-25 avril 1975), Centro Nazionale Prevenzione e Difesa Sociale, Milano, 1975.
2. — LEJINS P. : *Criminality, mental illness and the clinical approach in the United-States : the current situation*, Actes des Sixièmes journées internationales de criminologie clinique comparée, (S. Margherita, 4-5-6 mai 1978), édition provisoire polycopiée, Les Presses de l'Université de Montréal, Montréal (en préparation).
3. — VON HIRSCH A. : *Doing Justice, The choice of Punishment*, Hill and Wang, New-York, 1976.
4. — MARTINSON R. : *What Works ? Questions and Answers about Prison Reform*, The Public Interest, 35, 22, 1974.
5. — HOOD R., SPARKS R. : *La délinquance*, Hachette, Paris, 1970.
6. — LABORIT H. : *Un modèle biologique, physiologique et psychosociologique des comportements agressifs*, Actes des Cinquièmes journées internationales de criminologie clinique comparée (Montréal, 1977), Les Presses de l'Université de Montréal, Montréal, 1978.

Allocution du docteur COURREGES, gynécologue à Fleury-Mérogis.

Madame la Présidente,
Mesdames,
Messieurs,

La consommation médicale en gynécologie pénitentiaire est fonction de l'importance relative de chacune des trois grandes orientations de cette spécialité :

- la médecine de diagnostic et de soins ;
- la prévention ;
- l'information.

Une étude rétrospective menée sur 18 mois, du 1er janvier 1977 au 1er juillet 1978 à la consultation de gynécologie de Fleury-Mérogis, nous a permis de préciser les caractères spécifiques de l'exercice de cette spécialité en milieu carcéral.

Certains facteurs sont inhérents à notre mode de recrutement, il s'agit de femmes jeunes, parfois mineures — 12 % ont moins de 20 ans, 58 % ont entre 20 et 30 ans, 27 % entre 30 et 40 ans, 3 % ont plus de 40 ans. Ces pourcentages comparés à ceux des différentes tranches d'âge des femmes incarcérées font ressortir un pic de fréquentation net, entre 20 et 30 ans correspondant sans doute au plus grand nombre de femmes enceintes dans ce groupe.

L'instabilité sociale et psychologique est pratiquement constante, associée à des conditions économiques très défavorables. Le pourcentage de migrantes est relativement élevé : 23 %. Les antécédents pathologiques, gynécologiques et obstétricaux sont bien plus fréquents par rapport à ceux de la population générale.

Enfin, une méconnaissance parfois complète de l'anatomie et de la physiologie gynécologique et obstétricale est souvent aggravée par nombre de préjugés difficilement réductibles.

Compte tenu de la rotation assez rapide des détenues à Fleury-Mérogis, la demande est importante. 23 % des femmes incarcérées plus de 6 jours ont consulté en gynécologie et la moyenne des consultations est de 1,6 par consultante.

Nous voyons toutes les femmes adressées par les médecins généralistes ou spécialistes de la prison, systématiquement une fois par mois, toutes les femmes enceintes, enfin toute femme qui en fait la demande.

Nous prenons en charge toute demande gynécologique à l'exclusion des problèmes de stérilité. La prescription d'examens complémentaires ne semble pas modifiée par notre mode d'exercice. Tout examen nécessaire est facilement obtenu, soit dans le cadre pénitentiaire pour les examens radiologiques, hystérosalpingographie, mammographie, radio de la selle turcique, soit après accord avec des laboratoires privés pour les examens biochimiques, bactériologiques, frottis de dépistage, dosages hormonaux statiques ou dynamiques, urinaires ou plasmatiques, séro-diagnostic de rubéole ou toxoplasmose. Certains examens hautement spécialisés, échotomographies par exemple, sont pratiqués dans un service hospitalier de l'Assistance publique.

Nous sommes amenés à diagnostiquer, traiter ou faire traiter n'importe quelle affection gynécologique, fibromyome utérin, kyste ovarien bénin ou malin, cancer de l'utérus, tumeurs du sein bénignes ou malignes. La fréquence de ces affections ne semble pas modifiée par notre mode de recrutement compte tenu des groupes d'âge considérés. Cependant les motifs de consultation les plus fréquents sont au nombre de quatre.

I. — Les infections génitales.

Elles sont particulièrement fréquentes ; le pourcentage élevé de maladies vénériennes retrouvées sur les prélèvements systématiques pratiqués par la DASS justifie pleinement le dépistage et le traitement systématique.

Du 1er janvier 1977 au 1er juillet 1978, 1 192 prélèvements ont été faits, permettant de dépister 165 infections à trichomonas soit 13,8 %, 58 syphilis soit 4,85 % ce qui nous a semblé énorme en pourcentage et 42 gonococcies soit 3,52 %.

Lorsqu'elle est possible, l'enquête épidémiologique complète cette action curative.

34 % des patientes nous ont consulté pour des infections génitales de gravité variable, simples exagérations des leucorrhées physiologiques ne nécessitant qu'une désinfection locale et quelques explications claires ; végétations vénériennes nécessitant, en raison de

leur extrême contagiosité et leur dissémination rapide, un traitement radical par électrocoagulation sous anesthésie locale. Les salpingites aiguës imposent l'hospitalisation à l'hôpital de Fresnes.

Mais bien souvent un diagnostic précis ne peut être porté devant des douleurs non liées au cycle, persistantes, une glaire un peu louche, un utérus sensible. Le diagnostic de salpingite chronique n'est pas très satisfaisant bien que l'on retrouve dans les antécédents la notion de salpingite aiguë, un ou plusieurs avortements septiques. Par prudence, un traitement antibiotique est institué, parfois prolongé par une vaccinothérapie avec, souvent, de bons résultats fonctionnels du moins pour un certain temps.

II. — La grossesse en détention.

La grossesse en détention illustre bien l'intrication de nos rôles préventif, curatif et social. 50 femmes enceintes ont été suivies pendant cette période, plus ou moins longtemps à Fleury-Mérogis. Il s'agit presque, par définition de grossesses à haut risque, compte tenu des facteurs sociaux et économiques et de la fréquence des antécédents pathologiques. La prévention des accidents obstétricaux est assurée par des examens cliniques mensuels, la répétition si nécessaire des dosages hormonaux, des échotomographies au moindre doute ; iso-immunisation rhésus, possibilité d'une rubéole ou d'une toxoplasmose fœtale sont recherchées systématiquement dès le début de la grossesse. A 7 mois, la femme enceinte est dirigée systématiquement sur la maternité de Fresnes où elle accouchera si sa détention n'est pas alors terminée.

Depuis deux ans des cours d'accouchement psychoprophylactiques ont été mis en place, cette expérience fera l'objet de la communication de Madame Huard.

Trois types de difficultés persistent au cours de la grossesse :

- Obtenir des organismes sociaux le versement des allocations prénatales chez ces femmes qui en ont vraiment besoin et qui bien souvent ont perdu leurs droits à la Sécurité sociale et ne bénéficient pas de la couverture sociale du père de l'enfant — le travail de nos assistantes sociales est ici très difficile ;
- obtenir, à la prison, des régimes alimentaires nécessaires à la prévention de certaines maladies, toxoplasmose en particulier ou nécessités par un état pathologique tels que les régimes dessodés ou hypocaloriques ;

— il nous faut aussi assurer une liaison efficace avec la maternité qui prendra en charge la femme enceinte libérée.

14 femmes enceintes ont souhaité interrompre leur grossesse à Fleury-Mérogis. Depuis janvier 1975, date du vote au parlement de la loi sur l'interruption de grossesse, nous avons dû mettre en place des structures permettant de faire face à cette nouvelle demande.

Du fait de la clause de conscience permettant à chaque médecin de pratiquer ou non des avortements, suivant son éthique personnelle, nous n'avons pu organiser un service d'I.V.G. dans le cadre des structures médicales pénitentiaires ; aucun médecin n'acceptant de faire des avortements tant à Fleury-Mérogis qu'à Fresnes. Un accord avec le service de gynécologie de l'Hôtel-Dieu a donc été conclu.

Lorsqu'une jeune femme enceinte nous fait part de son désir d'avorter, nous nous assurons tout d'abord de la réalité de la grossesse puis nous lui demandons d'écrire à son juge d'instruction en lui faisant part de son état et de son désir d'avortement. Celui-ci a alors deux solutions, soit il accorde une liberté provisoire et cette jeune femme libérée peut faire pratiquer cet avortement dans la maternité de son choix, soit il refuse cette liberté provisoire et donne alors son accord pour que l'I.V.G. soit pratiquée à l'Hôtel-Dieu.

Dans la plupart des maternités, une femme ayant subi un avortement est surveillée quelques heures puis sort, le soir même. Il nous a semblé nécessaire que cette surveillance postopératoire soit un peu prolongée ; la jeune femme reste donc 24 heures à Fresnes après sa sortie de l'Hôtel-Dieu. Nous la revoyons ensuite en consultation 15 jours plus tard et nous tentons alors de la convaincre de la nécessité d'une contraception efficace.

Dans certains cas, l'Aide sociale prend en charge les frais d'avortement chez les femmes les plus démunies.

III. — Les troubles des règles.

Ils ont amené 16 % des patientes à consulter au cours de ces 18 mois ; les aménorrhées sont particulièrement intéressantes car elles peuvent être induites par la détention, constituant une forme particulière d'aménorrhée psychogène. Il s'agit de femmes en période d'activité génitale qui, dès leur arrivée en prison, quelques mois plus tard, ne sont plus réglées. Ce syndrome survient électivement chez des femmes fragiles psychologiquement, très choquées par leur

incarcération. Cliniquement on note une involution de tout le tractus génital, le vagin est sec, les muqueuses génitales pâles, l'utérus petit, atrophique, la prise de poids parfois importante. Un traitement hormonal substitutif permet souvent de rétablir des cycles normaux. Le maintien de cycles artificiels est alors souhaitable, permettant de rassurer la malade.

Dans 1/3 des cas environ, le traitement est inefficace, il nous est arrivé d'utiliser alors des inducteurs de l'ovulation, thérapeutique exigeant une surveillance étroite et qui nous semble maintenant excessive, d'autant qu'elle n'a pas conduit au rétablissement des cycles.

Le pronostic à long terme est généralement bon, les cycles se rétablissant spontanément, peu de temps après la libération. Ce diagnostic ne peut toutefois être porté qu'après élimination de toute cause organique ; élimination tout d'abord d'une grossesse par diagnostic immunologique, ensuite l'interrogatoire doit rechercher très soigneusement l'usage de drogues avant l'incarcération ou la prise de psychotropes, ces deux classes thérapeutiques induisant aussi des aménorrhées.

Enfin toute aménorrhée ne cédant pas rapidement doit faire rechercher de principe une tumeur ou une hyperplasie hypophysaire par mise en évidence d'une galactorrhée associée à des radiographies de la selle turcique, des dosages de prolactinémie. Un traitement œstrogénique institué dans ces cas pouvant être catastrophique.

Les ménométrorragies sont moins fréquentes que les aménorrhées, le plus souvent, il s'agit de ménométrorragies fonctionnelles par insuffisance lutéale, facilement corrigée par un traitement progestatif en deuxième phase de cycle. Frottis de dépistage et hystérosalpingographies permettent d'éliminer un cancer utérin des polypes ou un fibrome.

IV. — Une information sur les **différentes méthodes contraceptives** est diffusée depuis quelques années, tant par les éducatrices : le planning familial, que plus récemment par la sage-femme attachée à Fleury-Mérogis.

Notre action en ce domaine est cependant freinée considérablement par des réticences profondes chez les femmes liées bien souvent à une méconnaissance complète de l'anatomie et de la physiologie

féminine, et donc du mode d'action même schématique des différentes méthodes. Si l'on désire une contraception efficace, il serait illusoire de proposer à ces femmes la prescription d'un diaphragme ou les explications relatives à la méthode des températures ; la contraception orale est ou a déjà été utilisée par un certain nombre de détenues. Nous constatons cependant bien souvent combien a été mal comprise cette prescription, en particulier le risque d'oubli ou d'arrêt en milieu de plaquette. Plusieurs de ces femmes n'ont, en outre, jamais eu d'examen gynécologique avant ou depuis la prescription, à fortiori de bilan glucidolipidique ou de frottis de dépistage. En cas de courte peine, nous préférons maintenir, en prison, la contraception orale, ceci permettant d'éviter la survenue d'une aménorrhée post-pilule qui pourrait se prolonger au-delà de la libération, exposant cette jeune femme à une grossesse non désirée.

Les dispositifs intra-utérins sont une excellente méthode contraceptive, beaucoup mieux tolérée depuis l'utilisation des stérilets au cuivre plus petits. Les accidents infectieux sont cependant assez fréquents et parfois graves chez ces femmes reprenant, dès leur sortie, une vie un peu tumultueuse sans contrôle médical de leur stérilet.

Ce mode de contraception nous a semblé très utilisé en Amérique du Sud ; la plupart de nos détenues arrivant de ces pays ayant un stérilet qu'elles nous demandent de contrôler, voire de retirer si leur détention se prolonge.

En conclusion, l'existence d'une consultation de gynécologie dans une prison de femmes répond à une nécessité qui ne semble plus aujourd'hui, devoir être contestée. Cette consultation ne peut cependant fonctionner correctement qu'en s'appuyant sur un service social efficace et des structures spécialisées permettant, sur place, une large information médicale, sociale et psychologique.

Je vous remercie.

Allocution de Madame HUARD, sage-femme à Fleury-Mérogis.

Si les détenus en général, de par leur état et leur comportement, nécessitent qu'on leur adapte une médecine dite pénitentiaire, les femmes en particulier doivent bénéficier de mesures et d'attentions répondant à leurs demandes formulées ou non.

Je vais donc essayer ici de vous parler de l'idée que je me fais du rôle de la sage-femme en milieu carcéral.

La sage-femme est celle qui aide une femme à mettre un enfant au monde, cela la place vis-à-vis de celle-ci dans une position privilégiée qu'à tous moments elle peut exploiter.

Le qualificatif de sage-femme évoque quels que soient les interlocuteurs, les circonstances, l'image percutante de la vie.

La population des détenues y est au moins aussi sensible que les autres individus en général. Ces femmes tellement fragiles, si peu structurées, si mouvantes, si influençables, si versatiles, peuvent être intéressées par exemple par la contraception.

A travers cette contraception on peut leur faire découvrir ce qu'elles sont, ce qu'elles peuvent devenir : des individus à part entière, capables de s'assumer d'une certaine manière, de prendre au moins la responsabilité d'avoir ou non un enfant.

A travers la contraception on peut leur apprendre à mesurer la conséquence de leurs actes, à se soumettre à une certaine discipline, une discipline consentie au moment où elles décident de prendre la pilule par exemple. Elles peuvent apprendre à programmer quelque chose, à le situer dans le temps, à prévoir une échéance avec tout ce qu'elle comporte.

C'est beaucoup de ce qui leur manque à toutes. L'enseignement de la contraception ne doit pas se limiter à l'application de telle ou telle méthode, c'est l'apprentissage pour toutes ces femmes, et nombreuses sont celles que cela intéresse, d'une anatomie simplement expliquée, d'un éclaircissement des mystères qui les composent. C'est un voile que l'on peut lever sur l'évolution de cet embryon, puis de ce fœtus qui deviendra leur enfant lorsqu'elles l'auront décidé.

Il est possible alors de leur faire mesurer le prix d'une vie, elles découvrent alors toutes seules ce qu'un avortement peut représenter et peut entraîner comme conséquences tant physiques que morales.

Tout ce travail d'approche de ces femmes souvent agressives, farouches, vindicatives, blessées, ne se fait qu'au fil des jours. Il est curieux de constater comme à une sage-femme on dit beaucoup de choses, voire même les plus secrètes ! Lorsque celle-ci a expliqué ce qu'est un utérus, qu'elle l'a en quelque sorte concrétisé, il est curieux de voir ces femmes enceintes accepter petit à petit de par-

ticiper à l'accouchement sans douleur. A travers l'accouchement sans douleur on peut apprendre à une femme à dominer son corps, à participer à son fonctionnement, on peut lui en expliquer l'utilisation contrôlée, lui apprendre l'exercice d'une certaine volonté.

Une femme qui saura qu'en respirant de telle ou telle façon elle aura la possibilité de mieux supporter la douleur, celle qui fera un effort de concentration nécessaire, qui saura que tel ou tel moyen sera susceptible de la décontracter, de lui permettre une certaine relaxation. Cette femme qui pourra dominer physiquement certains problèmes sera sur le chemin d'une consolidation, aura plus d'assurance. Peut-être alors verra-t-elle plus clair en elle et sera-t-elle capable de résister aux assauts extérieurs, peut-être en aura-t-elle plus de courage ?

Lorsqu'elles savent combien leur enfant participe à leur vie de femme enceinte, combien leur comportement durant leur grossesse peut avoir d'incidences bonnes ou mauvaises sur leur enfant, beaucoup se donnent la peine de réfléchir et mettent une certaine bonne volonté à accomplir quelques efforts.

L'accouchement en lui-même est quelque chose qui passe très vite et qui peut être minimisé au maximum à leurs yeux. Lorsque l'enfant est là et qu'elles arrivent au quartier des nourrices, si elles ont vécu cette période précédente elles sont beaucoup plus accessibles et les rapports qu'elles ont avec leur enfant sont plus faciles. Ce n'est pas pour autant que la détention soit un paradis pour l'enfant, même s'il est avec cette personne de choix qu'est sa mère.

Le rôle de la sage-femme est aussi de répondre à la demande d'I.V.G., rôle ingrat s'il en est un, surtout en milieu carcéral. Irai-je jusqu'à dire que c'est à chaque fois un cas de conscience ? Oui, car c'est vraiment là bien souvent une détresse pour la mère et quel avenir pour l'enfant ! Et pourtant il s'agit d'une vie.

Le rôle de la sage-femme c'est encore un regard attentif du côté des nourrices et de leur enfant ; ces femmes qui ont librement choisi de garder leur enfant avec elles. Quelquefois ce sera par sentiment maternel, quelquefois aussi, hélas, ce sera un moyen, un instrument qui, elles l'espèrent, fera que leur peine sera moins lourde.

Ces femmes et ces enfants qui vont vivre des mois en circuit fermé. Ces enfants qui devront à leur insu supporter toutes les angoisses, toutes les frustrations, tous les phantasmes de leur mère,

toute leur agressivité parfois. Ces femmes qui ne pourront jamais prendre le recul nécessaire vis-à-vis de leur enfant.

D'aucuns diront que la présence de la mère est le miel de la vie du petit enfant, quelles que soient les conditions de cette vie. Soit, mais n'oublions pas que l'existence entière de l'individu sera marquée par cette période fatidique, dit-on, de 0 à 3 ans. Il est difficile voire même impossible de faire admettre à une femme en proie à toutes sortes de drames qu'elle doit mettre sous clef toutes ses pulsions pour que son enfant n'en souffre pas.

Voilà brièvement brossé le tableau de ce que me semble être le rôle d'une sage-femme en prison. J'ajouterai à tout cela que rien n'y est facile pour quelques raisons entre mille autres, à savoir :

- la mouvance des populations qui ne permet pas une action continue ;
- la diversité des races, des langues, des religions, la présence des tabous qui, quelquefois, sont une barrière, une source d'incompréhension partielle ou totale ;
- le degré de délinquance : les primaires ou les récidivistes qui ont un comportement tout à fait différent ;
- le quotient intellectuel de certaines.

Et je terminerai en disant que de l'incarcération dépend en partie la réinsertion de ces femmes dans la société. Cette réinsertion qui doit être un souci constant et pas des moindres.

Beaucoup sont très anxieuses à l'approche d'une libération.

L'incarcération ne devrait pas les diminuer mais à tout prix les consolider, leur apprendre qu'elles doivent se respecter elles-mêmes afin de respecter les autres !

**Allocution du docteur KURIHARA,
médecin pénitentiaire japonais.**

Madame,

Mesdames et Messieurs,

Je vais vous expliquer l'essentiel sur les établissements pénitentiaires au Japon. Actuellement, le nombre total des établissements pénitentiaires est de 126, au Japon.

Tous les médecins pénitentiaires japonais sont fonctionnaires et ne peuvent travailler dans d'autres places, comme les autres fonctionnaires japonais.

La totalité du budget s'élève, pour toutes les prisons japonaises par an, à 350 000 000 dollars, c'est-à-dire 1 002 000 000 de francs.

Nous avons au Japon 4 hôpitaux prisons, 36 médecins pénitentiaires fonctionnaires et 1 000 détenus malades. A Tokyo par exemple, il y a un hôpital prison comptant 350 détenus malades dont 32 femmes et 16 médecins pénitentiaires y travaillent.

Nous avons d'autres hôpitaux pénitentiaires à Osaka, Nagoya et Fukuoka. L'hôpital pénitentiaire de Nagoya est uniquement destiné aux détenus aliénés.

Nous allons enfin avoir au Japon un nouveau code des prisons ayant pour objet l'individualisation plus complète du traitement du détenu, parce que nous croyons que tout détenu et tout homme ne peut pas être corrigé par le châtiment, sans traitement individualisé.

Merci beaucoup de votre attention.

**Allocution du docteur MATHE,
psychiatre au centre de détention de Melun.**

Je suis très sensible au fait que vous me donniez la parole.

Je ne vais pas lire de papier simplement pour vous faire part d'une expérience dans le cadre de la consommation médicale en milieu pénitentiaire. Il se trouve qu'il y a maintenant quinze à seize ans que je suis psychiatre en milieu pénitentiaire, y étant entré à peu près en même temps que Madame Troisier, à La Roquette, moi à Melun, et j'ai donc mené cette expérience depuis ce temps-là.

Pendant plusieurs années, j'ai été également psychiatre de la prison centrale et aussi de la maison d'arrêt.

Il s'est trouvé, aussi, il y a quelques années, qu'il y avait eu une inspection sur la consommation en médicaments émanant du ministère de la Justice et l'inspecteur, qui avait vérifié la consommation médicale, d'une part sur la centrale, d'autre part sur la maison d'arrêt, avait été amené à me faire part d'une constatation, à savoir qu'il y avait davantage de consommation médicale en maison d'arrêt

et beaucoup moins dans la centrale. Il est bien certain que l'on sait ce que cela signifie ; sur le moment, je ne l'avais pas tout à fait saisi et c'est en y réfléchissant qu'effectivement, étant cependant le même prescripteur, la prescription était... différente. Pourquoi ? Parce que, comme vous le savez, je pense qu'il y a là, simplement, une différenciation de la prescription médicale suivant aussi la catégorie du détenu, suivant le délit, et surtout suivant le moment de la peine puisqu'en prison centrale nous avons affaire à des sujets qui, étant condamnés, sont en train de s'installer si l'on peut dire, dans leur peine pour une certaine durée et pour lesquels naturellement, tous les mécanismes d'angoisse, d'anxiété sont tout à fait différents, tandis qu'en maison d'arrêt, nous avons une clientèle que nous connaissons beaucoup moins parce qu'elle n'est pas là pour la même durée.

En maison d'arrêt, par conséquent, la demande est beaucoup plus grande parce que si le sujet est beaucoup plus angoissé, il est dans un état d'insécurité et il y a une consommation beaucoup plus importante.

Je crois donc qu'il ne faut pas se leurrer quand, comme je l'ai entendu effectivement, on nous parle de certains chiffres. Il faut bien comprendre que les chiffres ont aussi une signification, essentiellement, suivant le moment psychologique du temps vécu du détenu.

Il faut dire aussi que mon action à l'intérieur de la centrale était tout à fait différente qu'en milieu de maison d'arrêt. Ceci parce que d'ailleurs cela avait été l'objet même de ma venue en milieu pénitentiaire, il s'agissait d'introduire les psychothérapies, c'est-à-dire que toute mon action est beaucoup plus psychothérapique et beaucoup plus psychologique en prison centrale qu'en maison d'arrêt.

Ayant mené pendant de nombreuses années des psychothérapies de groupe et actuellement davantage de psychothérapies individuelles, il est bien certain qu'à ce moment-là, pour faire référence à ce que nous connaissons, eh bien c'est davantage la « drogue médecin » qui a donné quelque chose. C'est davantage soi-même qui devient la drogue et cela parce que nous avons une connaissance beaucoup plus longue pendant des années de ces détenus en prison centrale et à ce moment-là, il est bien certain que l'analyse psychologique, le dialogue, l'entretien prennent des significations qui sont très différentes de ce que l'on peut obtenir en maison d'arrêt.

Il me semble qu'il s'agit là d'un sujet très intéressant que j'aimerais d'ailleurs développer, avec vous, pendant beaucoup plus longtemps.

Cependant, je voudrais dire, en rapport avec ce que j'ai entendu tout à l'heure, que je me récusé, en tant que psychiatre, à entendre parler de camisole chimique. Ce n'est pas vrai. Il existe là encore, plusieurs manières de donner des médications par des médicaments psychotropes, tranquillisants, ou éventuellement des somnifères.

Parmi tous les détenus que nous avons soignés, et cela a toujours montré quelque chose, c'est que jamais aucun sentiment n'a été imposé, jamais aucun traitement n'est imposé, je les informe toujours de la possibilité qu'ils ont de le prendre comme ils le souhaitent, qu'il suffit qu'ils le disent quand ils n'en ont plus besoin, que l'on peut également modifier les doses suivant le moment où ils sont, et à partir de ceci, s'établit entre le médecin prescripteur qu'il soit psychiatre ou non, cette dimension de la relation thérapeutique qui est une relation de confiance avec le détenu. A ce moment-là, on obtient des résultats qui sont bien meilleurs, avec une diminution d'ailleurs de ces consommations médicales.

**Allocution du docteur HARTIG,
médecin au centre de détention de Muret.**

Je tiens à présenter quand même un petit peu le centre de détention de Muret car le cadre de vie, fût-il pénitentiaire, influe nettement sur la consommation tant médicale que pharmaceutique.

Le centre de détention de Muret est une maison à régime cellulaire dont la construction, résolument moderne, remonte à 15 ans environ.

Il abrite une population pénale dont l'effectif moyen est de l'ordre de 600 détenus pour des peines allant de 2, 3 ans à des peines à perpétuité. Il comprend des ateliers, terrains de sports, bibliothèques, cinéma, enfin tout ce qu'on peut trouver dans ce genre d'établissement et entre autres, une infirmerie très bien aménagée en dehors d'une radiographie inutilisable mais dont le remplacement, Madame la Présidente, ... est paraît-il prévu pour 1979, en tout cas, nous avons déjà le manipulateur.

En outre deux généralistes, cinq spécialistes — psychiatre, ophtalmologiste, O.R.L., dermatologue et cardiologue — et un dentiste y exercent au cours de leurs vacances et sur appel. Le personnel infirmier est présent par roulement, à temps complet.

La proximité de Toulouse et de ses deux centres hospitalo-universitaires nous facilite les consultations spécialisées, 173 en 1977, ainsi que les hospitalisations que nous essayons de limiter au maximum, compte tenu du fait qu'il n'existe, pour toute la population pénale du Midi-Pyrénées, que 3 lits surveillés, du fait de la difficulté de la surveillance et de leur prix de revient. A ce sujet, d'ailleurs, l'un de mes confrères a parlé de difficultés avec les hôpitaux civils. Nous n'éprouvons pas, il est vrai, les mêmes relations difficiles, pas plus en tout cas, qu'une clientèle privée en dehors, et il suffit quelquefois d'un coup de téléphone ou d'un service que nous demandons à un camarade d'études, et l'on se débrouille très bien ainsi.

A courte distance également, l'hôpital psychiatrique Marchand répond comme il le peut à nos demandes. A noter que malgré l'importance de la région toulousaine et Midi-Pyrénées, qui est toujours un blanc sur la carte, il n'existe toujours pas de C.M.P.R.

Au point de vue des demandes médicales, les deux grands chapitres sont les troubles mentaux et gastro-entérologiques comme partout ailleurs, ces deux matières se rejoignant.

A ce sujet, Monsieur le Garde des Sceaux a cité hier le chiffre de 24 000 détenus traités pour troubles mentaux ; à mon avis, il faut apporter un petit correctif dans la mesure où sauf ce nombre, beaucoup seront restés en milieu pénitentiaire moins d'un an, et le chiffre de référence, à ce moment-là n'est plus de 37 000 mais bien supérieur : environ 120 000 par an.

Notre intention n'est pas tant de relever la liste exhaustive des maladies pour lesquelles nous avons eu à intervenir, mais d'essayer d'analyser les facteurs qui permettent d'expliquer les variations d'administration de certains médicaments qui apparaissent nettement, à travers l'étude faite par Madame Marquies, pharmacien en chef du centre de détention, et qui répondant à ma demande, nous en fera, tout-à-l'heure, une petite synthèse. Ces chiffres intéressent surtout le département psychiatrique. Nous verrons qu'au cours de ces dernières années, la distribution des neuroleptiques et des somnifères a très fortement régressé, et ceci parallèlement au passage à l'acte, que ce soit des automutilations ou des tentatives d'autolyse.

En 1977, un peu plus de 1 700 consultants en médecine générale plus 1 300 environ pour les spécialistes. Sans oublier ce que j'ai appelé « les petites consultations » vues uniquement par l'infirmière sur demande du détenu au surveillant. Ces consultations ne nécessitent pas la venue du médecin, en revanche, elles nécessiteront peut-être l'inscription à la consultation du lendemain. Je dois dire que, grâce à la compréhension de l'administration, Monsieur Dumas, et les surveillants, grâce à la coopération à cause de ces allées et venues un peu pénibles parfois, mais très bien consenties, nous n'avons jamais constaté d'abus et il y a rarement plus de 10 à 15 demandes quotidiennes.

La dermatologue, à elle seule, compte plus de 600 consultants par an — ce sont les chiffres de 1977. Il faut dire qu'outre les consultations de dermatologie classique elle assure, bénévolement, la vénéréologie qui, depuis les permissions de sortir a pris des dimensions importantes. Notons au passage que compte tenu de ces attributions, la consultation lui rapporte environ 2 F, je pense qu'effectivement, on peut parler là de bénévolat.

Après la médecine de soins, la médecine préventive. Les transférés, entrants et permissionnaires ne posent que fort peu de problèmes. La médecine du travail, en revanche, peut poser des problèmes, nous n'en sommes pas encore aux comités d'hygiène et de sécurité dans les prisons mais il n'est pas dit qu'un jour, nous ne les voyions en action.

Les employeurs, pour lesquels la création d'un atelier secondaire n'est pas forcément gouvernée par l'intérêt de ce type de main-d'œuvre, ne mettent pas toujours un point d'honneur à assurer une sécurité du travail que l'on doit s'attendre à retrouver à l'extérieur. J'exerce personnellement la médecine du travail dans un établissement du matériel de l'armée ainsi que dans une soufflerie de Launerac et les différences de mentalité sont parfois saisissantes.

La prévention, si elle est facile au niveau des détenus dans les visites et analyses systématiques, l'est parfois moins au niveau du lieu de travail où le spectre du chômage permet parfois une certaine indulgence.

PETIT DEPARTEMENT DE LA MEDECINE SPORTIVE.

Certaines fédérations telles que celles de hand-ball devenant plus rigoureuses, j'ai fait cette année des séries de tests physiologiques

classiques dans l'équipe de hand qui évolue en honneur, avec un succès certain puisque les blancs et noirs y ont un maillot rayé. Or il faut le faire !

Enfin le détenu sait que nous assistons aux commissions d'application des peines et ils nous en parlent. A ce sujet je ne me sens, personnellement d'ailleurs, ni gêné, ni culpabilisé par le pouvoir médical dont il a été tant question ce matin, dans la mesure où il permet de servir le détenu sans nuire à l'application de sa peine.

J'avais pensé à parler d'un petit problème qui me tient à cœur parce que personne n'a parlé, au niveau de la psychiatrie ce matin, de quelque chose qui me paraît fondamental en prison, c'est la sexualité du détenu. Je crois qu'il s'agit là d'un département très important, énormément de choses débouchent là-dessus : la psychosomatique, etc., y compris les passages à l'acte, et nous en avons eu un particulièrement retentissant au niveau de l'homosexualité avec un passage à l'acte, avec destruction de cellule, etc., et j'ai été un peu étonné qu'aucun psychiatre n'en parle ce matin. Dieu merci, les permissions de sortir ont arrangé les choses.

Pour ce qu'il en est de la consommation pharmaceutique, et avant de conclure, je vais passer la parole à Madame Marquis pour un court instant, afin qu'elle nous donne ses chiffres qui vous sembleront assez étonnants.

Allocution de Madame MARQUIS, pharmacienne au centre de détention de Muret.

Madame le Professeur,
Mesdames,
Messieurs,

Nous avons relevé sur le fichier de la pharmacie du centre de Muret les rotations des neuroleptiques les plus utilisés par notre population pénale qui est d'environ 600 individus auxquels sont délivrés, par jour, 250 prises de médicaments environ.

En 1973, nous avons distribué dans l'année 7 litres de Nozinan à 4 %, 36 litres d'Haldol à 2 pour mille en solution forte, 3 litres de Loleptyl, 3 000 comprimés de Dipiperon, 3 500 comprimés d'Aph-tane à 5 ml.

A partir de 1975, date à laquelle les permissions de sortie ont commencé à être accordées, et qui plus est depuis que Muret n'est plus une centrale mais est devenu un centre de détention, nous avons constaté une diminution des neuroleptiques dits majeurs extraordinairement sensible en 1978.

Le Nozinan est passé de 12 litres en 1975 à 10 litres en 1976, 5,5 litres en 1977 et 2,6 litres en 1978.

Le Dipiperon est passé de 3 000 comprimés en 1974 à 60 comprimés en 1978.

Enfin l'administration de l'Hallopéridol en solution forte qui était de 32 litres en 1974 est passée à 6,4 l en 1975, 3,2 l en 1976 et 200 ml en 1978 seulement.

Logiquement l'administration d'Apano 5 a suivi la même décélération, 3 500 comprimés en 1974, 2 000 en 1975, 1 500 en 1976, 450 en 1978.

A côté des neuroleptiques majeurs, ont été administrés pendant les mêmes périodes d'autres neuroleptiques moins incisifs bien que ces formules aient souvent servi de relais aux spécialités majeures, nous pouvons constater, ici, une légère diminution d'utilisation également :

	1975	1978
Valium 10	4 000 c.	3 500 c.
Valium 5	2 000 c.	1 800 c.
Librium 5	3 500 c.	1 250 c.
Librium 10	2 500 c.	totalem. supprimé

Les somnifères ont subi le même ralentissement ; si nous considérons l'ensemble des 7 somnifères les plus utilisés à la centrale, qui sont : Mandrax, Mépronizine, Binocet, Sonéryl, Gardénal, Seresta.

Nous avons distribué en 1974 19 450 comprimés, en 1978 5 320 comprimés seulement et le Mandrax a été totalement supprimé.

Nous sommes très sensibles aux efforts conjugués de l'équipe médicale et de l'administration qui ont permis de tels résultats au cours des trois dernières années.

Madame le Pharmacien de Fresnes a remarqué que nous étions cependant en progression au point de vue délivrance de spécialités pharmaceutiques ; depuis 1975, les détenus peuvent en effet, venir

à l'infirmerie chercher spontanément des petits produits, soit des révéulsifs pour les massages sportifs soit des chevillères pour leur utilisation, soit d'autres petits produits qui correspondent à l'extérieur à ceux que le grand public vient chercher directement chez le pharmacien.

On sent que du côté du médecin lui-même, les prescriptions ont bien baissé. Ce sont donc des produits de confort qui expliquent, je pense, l'augmentation de la distribution pharmaceutique.

Fin de l'allocution du docteur HARTIG.

Bien je pense que ces chiffres sont effectivement assez clairs et parlent d'eux-mêmes. Il est net que la réforme de 1975 à travers ses décrets d'application, même si certains lui sont nettement postérieurs, est responsable de cet état de mieux-être dans un centre de détention, il faut bien le spécifier, où les détenus savent à quoi s'attendre sur leurs peines et dont les principales aspirations sont une amélioration de leur condition, l'aboutissement de leurs demandes de permission de sortie ou de liberté conditionnelle, éventuellement quand il y en a, le travail pénal, voire les études et il y en a beaucoup à Muret, en vue d'un reclassement ultérieur.

Sur ces chiffres et sur ces données, il serait intéressant d'arriver à pouvoir construire de petits centres de détention au niveau de l'exécution de la peine, de 300 à 500 places, grand maximum, 600 c'est presque déjà grand, et comportant des activités sportives, une liberté relative par le sport, entre autres, pour les soins spontanés et apparemment, cela donne de très bons résultats. Et il serait vraiment regrettable qu'emboitant le pas à une fraction de l'opinion publique, on revienne en arrière sur ces réformes qui indéniablement ont amené, à l'échelle individuelle du détenu, un mieux-vivre que nous, médecins, ressentons tout particulièrement.

Allocution du docteur SIMON BOHBOT,
médecin à l'hôpital central de Fresnes.

LE RISQUE IATROGENE DE LA PRESCRIPTION MEDICALE EN MILIEU CARCERAL.

Madame la Présidente,
Mesdames, Messieurs,
Mes chers collègues,

Notre propos se situe à mi-chemin entre la toxicologie et l'abus de prescription sous-estimant le risque thérapeutique souvent lié aux incompatibilités médicamenteuses, au surdosage, aux complications qui en résultent.

L'accident aigu, en fait assez rare, se limite à l'erreur de transmission ou de prescription mettant en cause la responsabilité du médecin, ou l'accumulation du toxique par le détenu dans le but évident de se nuire.

L'abus de médicaments, disons-le tout de suite, n'est pas spécifique aux prisons : la surconsommation médicale est partout décriée actuellement dans le pays. Sont mis en cause, les psychotropes au sens large du terme et les analgésiques.

Le climat psychologique influe sur la consommation ; d'une manière générale on consomme davantage en maison d'arrêt.

Il y a toute une dialectique de l'offre et de la demande, les motivations du médecin prescripteur et du détenu ne coïncident pas toujours.

I. — LE DETENU.

- 1) Il aura tout intérêt à majorer ses symptômes pour obtenir certains avantages.
- 2) L'incidence du stress sur une personnalité particulièrement réceptive peut aggraver une maladie à l'état latent : coronarite, asthme, H.T.S. Replié sur lui-même, le malade « s'écoute » d'où aggravation des symptômes.
- 3) Il existe des états dépressifs authentiques surtout lors du choc carcéral.

II. — LE MEDECIN PRESCRIPTEUR.

- 1) Devant l'hypothèse de simulation ou sur-simulation, on va multiplier les examens complémentaires pour bien asseoir son diagnostic.
- 2) Entre l'abstention fautive et la prescription abusive le mettant à l'abri, il est acculé à choisir cette deuxième voie.
- 3) Aux prescriptions usuelles s'ajoutent tour à tour celles des spécialistes.

4) Et dans un domaine bien particulier, on peut se demander avec angoisse ce qu'est devenue cette belle héritière de Freud sondant les abîmes du moi pour déloger le ça, pourquoi l'a-t-on noyée à tout jamais dans les petites fioles ?

La toxicologie nous a habitués à la voie de la sagesse. Il est injuste d'éclabousser, ici, les psychiatres pour qui j'ai la plus grande admiration, mais j'ai bien peur qu'on nous lance un jour au visage une camisole chimique ou alors qu'il naisse chez nous quelques disciples de Lang ou de Cooper nous disant « thérapeutes, dites plutôt malades », et ainsi de suite, vous comprenez tout ce qu'ont pu dire les adeptes de l'antipsychiatrie.

Mise en garde du professeur LECHAT.

« Il faut que le praticien ne perde jamais de vue que l'on peut connaître l'action de deux médicaments, à la rigueur trois associés... Mais qu'à partir de quatre, administrés en même temps, l'activité est aléatoire et les ennuis sont beaucoup plus fréquents. »

Nous allons revenir pendant quelques minutes sur les bancs de la faculté pour rappeler :

I. — L'INTERACTION MEDICAMENTEUSE.

Le danger le plus fréquent relève de :

- l'antagonisme qui annule ou diminue l'effet thérapeutique ;
- la potentialisation qui augmente l'activité, tout en exaltant en même temps la toxicité et les effets indésirables.

Cette interaction peut se situer à la phase métabolique, exemple les coumaryniques à la phénilbutazone ; tous les deux se fixent sur l'albumine à raison de 98 % mais la phénilbutazone a une affinité beaucoup plus grande que les anticoagulants et de ce fait va déloger l'anticoumarynique qui se trouve avec une un peu plus grande concentration dans le sang d'où abaissement du taux de prothrombine pour la même posologie.

Un autre exemple, le phénobarbital, médicament inducteur d'enzymes, accélère l'inactivation du tromexane.

Notez aussi que l'interaction peut avoir un support physique, les constituants, un des constituants...

De même l'antibiothérapie polyvalente par une voie orale potentialise l'effet des antivitamines K en réduisant l'absorption de la vitamine K ; à l'inverse l'absorption d'une graisse avec un produit toxique liposoluble va augmenter considérablement l'absorption intestinale de ce toxique.

Le pH intestinal ou rénal peut également être mis en cause.

- certains médicaments acides tels que Aspirine, Sulfamides, verront leur absorption réduite par l'administration simultanée de poudres digestives alcalines. Au niveau du rein, cette notion de pH a reçu des applications pratiques importantes dans les comas barbituriques ; il suffit de déclencher une diurèse alcaline pour favoriser l'élimination du barbiturique ;
- les modifications du péristaltisme intestinal : par les laxatifs qui accélèrent le transit, par les atropiniques qui inhibent ce transit, le résultat est le même pour ces deux types à savoir la diminution de résorption du médicament qui leur est associé, ceci par manque de temps de contact avec la paroi, dans le premier cas, par manque de brassage dans le second.

II. — LES EFFETS DE LA POTENTIALISATION.

Elle exalte l'effet thérapeutique. Ainsi l'activité des analgésiques par les neuroleptiques (Largactil - Phénergan) est intéressante dans la mesure où elle peut épargner l'usage abusif des opiacés.

III. — RAPPELONS AUSSI LES RISQUES LIÉS :

1) Aux effets de surcharge et d'accumulation :

- dose normale mais absence d'élimination ;
- tenir compte du délai d'élimination : Digitaline 15 jours.

2) Interactions complexes :

Sont bien connus les I.M.A.O. en association avec les tricycliques et adrénergiques entraînant un collapsus avec interdiction de corriger ce dernier par les amines pressives : DANGER.

3) Effets secondaires parallèles à l'effet thérapeutique :

- sécheresse des muqueuses (atropiniques) ;
- somnolence (psychotropes) ;
- réaction d'Hexheimer.

4) **Effets idiosyncrasiques propres au malade** : sensibilité de certains sujets à la dose usuelle statistique, anomalie génétique bien connue du G 6 P. Chez ces sujets, l'intoxication pour les sulfamides par exemple va entraîner non seulement des troubles métaboliques d'ordre général mais aussi une anémie hémolytique. Certes on connaît la sensibilité à la quinine de certains sujets de la race noire, mais le doyen Fournier a rapporté des types génétiques analogues dans le métabolisme vicié de l'Izoniasine.

Les interactions complexes sont bien connues : les I.M.A.O. en association avec les tricycliques et adrénergiques entraînant des H.T.A. majeurs à l'origine d'O.A.P. ; de même que les I.M.A.O. que je rappelle, 7 ou au plus 8, mais dont les principaux sont les Marsili, Martlan, Niami, Sursom, l'anardésie.

Ces I.M.A.O. donc, avec les barbituriques, surtout au cours d'une anesthésie générale, peuvent être à l'origine d'un collapsus qu'il est de surcroît interdit de corriger par des amines pressives car on connaît le cercle vicieux à ce niveau.

5) **Effets allergiques** : 50 % des accidents médicamenteux connus.

Si certains sont prévisibles chez l'allergique notoire, d'autres sont pour le moins inattendus. On connaît désormais les cas :

- anaphylactique, phénomène d'Artus, avec la pénicilline ;
- cytotoxique.

Comment appréhender et prévoir le risque iatrogène ?

Plusieurs modes d'approche :

I. — PAR LA CONNAISSANCE DE L'EFFET DU MÉDICAMENT.

Exemples : accidents liés aux antibiotiques, corticoïdes, diurétiques, anticoagulants, analgésiques, digitalines, etc.

Une pénicilline est susceptible d'entraîner des accidents de tous types, surtout anaphylactique, une réaction d'exaïmer lors de début d'un traitement de la syphilis, une surcharge chaude : c'est l'insuffisance cardiaque à forte dose dès ra cutanée par l'ampécilline surtout associée à l'allopurinol.

Après les accidents très connus de la streptomycine, la gendamycine, de la même famille, largement utilisée, peut entraîner les mêmes complications qu'ocléomusculaires et néphrotoxiques. Le chlorophé-

nicol connu pour cela en anémie aplasique mortelle peut avoir des interactions fâcheuses avec le phénobarbital, les anticoagulants, les sulfamides et la phénitoïde.

Un autre type d'accident par les corticoïdes sera mis en évidence par l'expertise d'un sujet de 45 ans, nord-africain auquel il a été prescrit 30 injections de canéone retard pour artériopathie des membres inférieurs. Le pharmacien délivre 30 Kénacortes retard, l'infirmière pratique quotidiennement l'injection jusqu'à l'ultime 21ème injection de Kénacorte retard et là, les troubles commencent. Entre autres, un diabète qui a persisté 18 mois après la consommation.

Avec les corticoïdes, je rappellerai cependant certaines complications : diminution de la résistance aux infections, le réveil d'un ulcus gastrique, des hémorragies digestives, l'ostéoporose avec tassement vertébral, des troubles psychiques, un tableau semblable à celui d'un hypercorticisme cochine, une amyotrophie, une hyperglycémie dont je viens de parler et aussi des complications locales : retard de cicatrisation lorsqu'il est appliqué sur la plaie et notamment dans les injections intra-articulaires dans l'arthrite inflammatoire.

Un autre mode d'approche de l'intoxication est le moyen de l'aborder par les atteintes d'organes, le foie peut entraîner, par exemple des hépatites médicamenteuses collostatiques ou cytolitiques, une néphrotoxicité directe ou indirecte par certains antibiotiques polymixine, collicytine, céphaloscorine, canamycine, bacitracinomycine, des sulfamides et aussi la phénacétine et la midopérine, voire la glaphénine.

Néphrotoxicité indirecte également par insuffisance rénale fonctionnelle, insuffisance cardiaque aiguë ou hypovolémie comme un barbiturique lent Vuta, des sueurs, des collapsus.

L'hémato-toxicité est bien connue, la granulocytose du chlorophénicol, du pyramydon, de la butazlidine, des carioclasies, colchiésine, etc., des atteintes des organes des sens, cutanée, œil...

II. — ATTEINTE EN FONCTION DU « TYPE DE MALADE ».

Cette approche impose des précautions à prendre avec certaines catégories de sujets, sujets âgés, association médicamenteuse critique diurétique, dégitaliques, hypotenseurs, vasodilatateurs, laxatifs, hypoglycémiantes et anticoagulants.

L'ulcéreux gastrique, vous connaissez bien, là, les anti-inflammatoires, les anticoagulants, les anti-agrégants, les frubirinolytiques.

L'alcoolique, les médicaments favorisant une avitaminose en B 6, les antivitamines K, les sulfamides hypoglycémiantes et les médicaments produisant un effet entabuse.

Chez le diabétique les corticoïdes A C T H, solutés glycosés en perfusion, les sirops de sucre, les médicaments pouvant entraîner une hypoglycémie, les bétablocants, les I.M.A.O., les sulfamides, l'aspirine, les salicylés, la phénilbutasol. Au niveau des bétablocants, on peut penser que le sectral est actuellement admis chez les diabétiques, on demandera l'avis des cardiologues ; chez les coronariens, tous les médicaments pouvant augmenter le travail du cœur.

Ainsi, on a vu qu'on pouvait cerner le processus de l'intoxication et par plusieurs voies et méthodes. Mais ceci est surtout d'ordre didactique ; ce qui importe, c'est de savoir reconnaître les conséquences prévisibles et les prévenir, les négliger met en cause la responsabilité du médecin. Il n'est pas vrai que les tribunaux ne connaissent pas toujours les diagnostics et les traitements, laissant, disent-ils, ces questions à Galia Hippocrate. En fait, ils délèguent leur pouvoirs aux experts médicaux à qui il incombe de démontrer la faute du médecin, celui-ci devant se tenir au courant, non seulement des dernières normes de la science — si bien qu'à la notion de diligence déjà acquise, s'ajoute celle de compétence désormais, et le médecin des prisons ne saurait s'y soustraire plus qu'un autre.

La réflexion bien entendu, primum non nocere.

Nombre d'effets médicamenteux favorables ou indésirables sont d'ordre subjectif, difficiles à évaluer compte tenu des guérisons spontanées, des facteurs psychologiques, anxiété, peur, susceptibles d'amplifier les excitations nociceptives qui en d'autres circonstances n'auraient pas attiré l'attention. Il s'y ajoute l'effet de suggestion du malade par son médecin lors de l'enquête symptomatologique dirigée. On ne saurait négliger la composante émotionnelle, la charge affective de toute affection, ce qui explique la notion d'effet placebo. Ceci prouve que le médicament ne saurait, à lui seul, résumer l'ensemble de la relation médecin-malade-maladie.

Or que voyons-nous sur le plan pratique ?

Les psychotropes viennent en tête des prescriptions, le procès des barbituriques n'est plus à faire :

- arme de choix pour les candidats au suicide ;
- effets physiologiques voisins de l'alcool ;
- tolérance et dépendance ;
- peu d'écart entre la dose thérapeutique et la dose létale ;

— barbituriques : producteurs d'enzymes inhibiteurs de leur propre action — S.N.C. insensible de plus en plus à leur action.

A un moindre degré, même procès pour les autres psychotropes : (psycholeptiques, analeptiques, dysleptiques).

Leur prescription se justifie-t-elle de façon quasi-permanente en milieu carcéral ?

L'analyse de près de la situation montre que les « dépresseurs du S.N.C. » ne s'imposent pas toujours. Le détenu, passé le choc carcéral, s'adapte (voir le mode d'adaptation dans « Asiles » d'Irwin Gauffmann), et du fait de l'inaction et de l'inoccupation, sont en permanence en phase de « sous-stimulation ». Ils ne sont pas « déprimés » au sens psychiatrique, ils dépérissent par inaction.

Remède à opposer :

- refonte du cadre de vie (impossible) ;
- compte tenu de l'impact psychosomatique, ne pourrait-on, dans un premier temps, combattre cette « asthénie » par des médicaments anodins genre Cogitum, Actebral, Corebrol Rockmaline ?

Cette médication serait à coup sûr vouée à l'échec si elle n'était accompagnée de la « drogue médecin » bien plus efficace, et qui éviterait aussi l'escalade thérapeutique.

CONCLUSION.

A l'image de la médecine balintienne, le médecin des prisons se doit d'appréhender l'homme dans sa totalité. Devant les troubles morbides, le médecin est sollicité à double titre pour son savoir et pour son aide morale.

L'appel du détenu est toujours un message codé à l'intention du médecin : « Par mon symptôme je cherche votre contact, à vous de réussir la relation et d'obtenir mon adhésion à guérir », une bonne parole est souvent meilleure qu'un sédatif, et déjà Galien écrivait : « Les Temples d'Esculape nous fournissent la preuve que beaucoup de malades peuvent guérir uniquement par la secousse qu'on impose au moral. »

Ainsi, dans ce milieu plus qu'ailleurs, le médecin peut devenir s'il n'y prend garde, lui-même un facteur iatrogène pour le malade, et sa présence se limite à une écoute froide de symptômes, suivie d'une prescription sèche, vidée de tout contenu relationnel. Bien plus, son médicament risque à la limite de devenir un écran entre lui et le patient.

Allocution des docteurs A. FRANCIA* et R. PRALDO**.

Suivant Fenichel, le phénomène de la délinquance ne concerne pas le psychanalyste : « La criminalité n'est pas un concept psychologique ; la criminalité est une action contraire au Code pénal. » Toutefois on ne saurait nier que la psychanalyse ait à dire quelques mots, soit à propos du comportement de chaque délinquant, soit à propos de l'interaction entre les institutions et chaque délinquant.

Affirmer que la criminalité n'est pas un concept psychologique n'exclut pas que des mécanismes psychologiques soient impliqués dans la dynamique du délit et dans l'« iter » parcouru par le coupable à partir de l'arrêt jusqu'au moment du relâchement, après avoir purgé la peine.

Les idées qu'on veut mettre en évidence ne sont pas l'expression d'une pathologie mais elles vont éclaircir la façon dont un individu dans la situation d'une détention préventive, dynamise des mécanismes qui sont représentatifs de situations régressives.

Les remarques qu'on va exposer sont le résumé théorique de l'expérience de deux opérateurs, un psychiatre et un criminologue, tous les deux orientés dans le sens psychanalytique, dans le domaine d'une « casa circondariale » où sont reçus en général les détenus dans l'attente du jugement.

Les étapes qui portent le délinquant au jugement, et après la peine, impliquent un « iter » dynamique, pas seulement social mais psychologique aussi.

Le délit représente une situation de conflit où le sujet, comme on vient de le dire, ne manifeste pas de phénomènes psychopathologiques, mais il actualise un conflit où la perte de l'objet n'est pas élaborée avec des modalités dépressives.

La libido, au lieu d'être dirigée vers la construction d'un idéal du moi adulte, qui est le fondement des identifications suivantes et de l'identité positive, se repropose comme force libre.

(*) Chercheur de l'Institut d'anthropologie criminelle de l'université de Gênes, Centre international de criminologie clinique (Dir. : Pr G. Canepa).

(**) Chercheur de l'Institut de psychiatrie de l'université de Gênes, chaire II.

Cette énergie libérée, dans une vision économique, est relancée et utilisée pour briser la barrière de l'interdiction. Le travail du déplacement est ainsi évité et l'objet est réinvesti de la charge du désir.

Le moi utilise donc l'énergie économique qui elle dérive du non-déplacement en la déversant dans l'action vécue symboliquement comme l'assouvissement direct au désir interdit. L'attribution de la libido à l'objet, qui se manifeste dans le délit, représente la première étape régressive.

La deuxième étape se concrétise au moment de l'emprisonnement qui entraîne, comme actualité dramatique, la chute de l'identité du coupable. L'institution qui le prend à charge se revêt de la fonction d'un ancien punisseur.

La complication métapsychologique, que le langage moderne entraîne et favorise dans une sorte de sémantique mystérieuse, trouve sa simplification et son explication dans un exemple tiré d'un des plus anciens documents de l'histoire de l'humanité : c'est le chapitre IV de la Genèse. Le conflit, que le délit entraîne, est exprimé par l'écrivain biblique dans le discours que Dieu fait à Caïn avant de commettre son crime : « Et Dieu lui dit : Pourquoi es-tu irrité et pourquoi ton visage est-il triste ? N'est-il donc pas vrai que si tu fais du bien tu auras du bien et si tu fais du mal, le péché sera immédiatement à ta porte ? Mais au-dessous de toi il y aura le désir de lui et toi, tu dois le dominer. » A ce discours on peut donner une valeur psychologique, qui en dénature sans doute la beauté et l'immédiate émotivité.

La réalité repropose le désir primitif et le sur-moi en interdit la réalisation en donnant en même temps la solution du conflit.

« Le désir tu peux le décharger en le déplaçant ou bien en faisant une libération d'une interdiction. » Mais le désir libéré peut s'exprimer symboliquement et l'« acting-out » se réalise : Caïn tue Abel.

Mais ce qui concerne plus directement le sujet que nous nous sommes proposé est le moment punitif du délit, celui qu'on a défini comme la deuxième étape de l'« iter » de notre hypothétique criminel.

L'ancien punisseur intérieur transforme la réalité qui entoure le détenu en attente de jugement. Tout ce qui l'entoure est méchant sauf la nourriture qui représente pour lui une espèce de « dernier

appui » régressif : le rapport entre lui et l'institution recule donc à un stade de développement où, éliminés les derniers morceaux d'une identité positive, la valeur morale est mesurée par l'oralité : « Tu me donnes, tu es bon, tu me nies, tu es méchant ». La nouvelle identité se refaçonne sur les nouvelles introjections que l'extrême régression lui permet. L'introjection agit de telle façon qu'il retient et vive soi-même dans les limites des institutions : la satisfaction orale le fait vivre comme bon, celle ratée le rend paranoïde et favorise un « splitting » inévitable.

La collusion entre détenu et institution est donc possible aux niveaux oral et anal. Mais le discours sur l'analité se révèle moins défini car, les régressions orales étant favorisées, celles anales sont dénaturées à travers la confusion antinomique sale-propre.

En effet on interdit souvent au détenu la séparation de ses fèces à travers la pratique usuelle du déféquer en commun dans le tristement célèbre « seau » qui le prépare à la nouvelle introjection : « Tu es sale. ». Il se vit donc comme bon seulement quand il mange, regarde la télé ou prend le médicament.

C'est à ce point-là que le rôle institutionnel du psychiatre s'introduit. Le détenu va voir l'opérateur psychiatrique comme le dispensateur des médicaments propres à soigner un complexe de symptômes qui représentent le résultat immédiat du « splitting ». Le fait que le psychiatre, et souvent le criminologue aussi, soit assimilé et génériquement conçu comme le « docteur » permet au détenu de se tenir à « juste » distance thérapeutique et d'éviter une implication émotive qui irait proposer le problème conflictuel suivant : distinguer la figure positive députée à la thérapie de ce qui reste de l'institution avec les fonctions punitives. Cette « juste » distance se maintient car au détenu n'est pas possible d'accepter un rapport ambivalent avec l'institution.

L'inévitable « splitting » de telle façon que le détenu peut projeter sur les composants de garde et punitifs la partie méchante de soi en se mettant en rapport positif avec l'institution par l'utilisation d'objets partiels (médicaments, nourriture, visites des parents, télévision, etc.).

On peut supposer qu'afin d'éviter la perception du détenu comme un objet entier, la réaction sociale utilise des mécanismes analogues. L'opinion publique, de cette façon, perçoit la prison insuffisamment punitive et elle rêve à un détenu satisfait dans tous ses besoins.

Ce fantasme représente une projection des désirs régressifs, inhérents à chacun de nous, d'un retour à une position infantine où, dénué de toute forme d'autonomie, tous les besoins fondamentaux sont satisfaits.

La situation qu'on a décrit pour le détenu est compliquée par l'implication de la faute, lorsque la peine n'a pas encore été établie. En effet celui qui doit purger une peine désormais sûre a la chance de circonscrire la faute en la proportionnant à un paramètre réel. Le détenu en attente de jugement peut fantasmer une punition infinie pour une faute infinie. Ces imaginations sont le produit du sur-moi archaïque et on les trouve très bien exprimées par l'écrivain biblique, toujours dans le chapitre IV de la Genèse. Dieu (le sur-moi archaïque) n'établit qu'une marque (la primitive identité négative) comme peine du délit du coupable Caïn. « Et Caïn dit à Dieu : Mon iniquité est trop grande pour que je puisse mériter le pardon ! Aujourd'hui tu me chasses de cette terre, et moi, je resterai caché et éloigné de ton visage, et je serai errant et fuyard sur la terre ; mais qui que ce soit qui me trouvera il me tuera aussi. ». Et Dieu lui dit : « Ce ne sera pas comme ça parce que celui qui tuera Caïn aura une punition sept fois plus grande. Dieu mit donc une marque sur Caïn, afin qu'aucun de ceux qui le rencontreraient ne le tue. » La faute est infinie car elle est intérieure et incomparable à aucune réalité. Hugo dans la poésie « La conscience » reprend le thème biblique du sur-moi archaïque : il nous représente la faute infinie et acharnée dans l'œil qui scrute Caïn réfugié avant le temps dans sa tombe (Lebovici).

Contrairement au condamné, le détenu en attente de jugement peut projeter en termes archaïques sur l'opérateur (psychiatre, criminologue, assistant social, médecin généraliste, etc.) ces fantasmes tout-puissants qui ont peuplé ses premiers mois de vie, des fantasmes qui peuvent être à la fois protecteurs et persécuteurs. Le rôle de l'opérateur dans cette situation de grande précarité et d'extrême régression se pose donc, par conséquent, en des termes d'identité consacrée à jouer un contre-rôle impuissant, conscient de sa propre impuissance comme un dindon qui, bien qu'il soit pourvu d'ailes, ne se soulève que de peu de palmes et retombe gauchement et pathétiquement par terre.

BIBLIOGRAPHIE.

- FENICHEL O. : *Trattato di psicoanalisi*, Astrolabio, Roma, 1951.
LEBOVICI S. : *I sentimenti di colpa nel bambino e nell'adulto*, Feltrinelli, Milano, 1973.

Allocution du docteur JEGOU, médecin à la maison d'arrêt de La Santé. Rappel de la destination et des caractéristiques de l'établissement.

La maison d'arrêt de La Santé héberge 1 800 détenus hommes, pour la moitié composée de prévenus et pour l'autre de condamnés. Le caractère des locaux de la détention conditionne la marche du service médical.

Enumération des médecins prescripteurs.

5 internes assurant la garde et les consultations ; 10 psychiatres cantonnés au centre médico-psychologique ; 1 médecin-chef et son adjoint ; différents spécialistes.

Caractère de la prescription.

L'abondance des psychotropes déjà mise en évidence par le docteur Martzloff dans sa thèse de 1975. A partir de 1966, extension de la prescription des psychotropes. Les moyens manquent jusqu'en 1976 pour administrer les produits en dilution. Des études ponctuelles de consommation journalière faites par les internes en 1974/1975 établissent que le tiers de la population est traité, que les psychotropes constituent 54 % des médicaments délivrés, que 81 % des patients reçoivent au moins 1 comprimé de psychotrope. Une étude similaire, faite en 1976, montre une certaine stabilité dans le nombre de sujets traités et le volume des drogues prescrites.

Consommation médicale globale d'après le bilan de l'année 1977.

— **Actes effectués** : médecine générale : 16 562 examens dont 14 629 attribués aux internes avec 1 021 appels en urgence. Centre médico-psychologique : 11 684 sujets examinés dont 4 100 entrants et 5 446 séjournant en détention en régime normal. Service prophylactique : 230 traitements. Dentistes : 7 780 examens et 30 prothèses. 1 010 radiographies et 795 examens de laboratoire effectués.

— **Consommation médicamenteuse :**

- Psychotropes : en augmentation. Enumération rapide et comparaison avec les tableaux de consommation du Dr Martzloff. Prééminence du Valium, Tranxène, Nozinan, Quitaxon...
- Médicaments courants : 200 produits utilisés. Prépondérance des antalgiques, des pansements gastriques...

Préparation et distribution des médicaments.

Sujet important et préoccupant. Tâche effectuée par 10 infirmières et 2 surveillants aides-soignants. 3 000 sachets individuels hebdomadaires de produits courants, 700 flacons contenant des psychotropes, soit l'équivalent d'un millier de comprimés distribués quotidiennement.

Conclusion.

Pourquoi une telle quantité de médicaments alors qu'elle s'applique à une population jeune, en majorité de moins de 30 ans, peu sujette aux affections somatiques ? Le temps manque essentiellement pour permettre de prescrire avec discernement et pratiquer le dialogue recherché par le détenu. Cette dernière possibilité se présente trop rarement et il conviendrait de tout faire pour la généraliser.

APERÇU SUR LA CONSOMMATION MEDICALE A LA MAISON D'ARRET DE LA SANTE

Avant d'aborder le sujet sur la consommation médicale à la maison d'arrêt de La Santé, il est nécessaire d'expliquer brièvement ce qu'est l'établissement et de dire quelques mots des médecins prescripteurs.

La maison d'arrêt de La Santé héberge actuellement 1 800 détenus hommes dont un peu plus de la moitié sont des prévenus, les autres étant des condamnés pour le tiers employé à un travail pénal.

Les locaux de détention, de caractère vétuste, comprennent deux quartiers : un quartier bas où se trouvent l'infirmierie de 39 lits et le centre médico-psychologique de 50 lits, un quartier haut, le plus important et le plus peuplé, constitué de cinq blocs.

Cette répartition en deux pôles d'activité complique la tâche du service médical, celle des internes dans leurs gardes et leurs consultations, celle des infirmières dans leur distribution, en multipliant les longs déplacements ainsi que les effets paralysants résultant des inévitables impératifs disciplinaires de la détention.

Qui prescrit ? Essentiellement les internes. Ils sont au nombre de cinq. Deux d'entre eux effectuent en se complétant le service dans la détention, l'un assurant la garde, les visites dans les cellules du quartier haut, la consultation du quartier bas et l'examen des entrants, l'autre la grosse consultation de l'après-midi.

Viennent ensuite les psychiatres. Ils sont au nombre de dix. Leur activité concerne les malades séjournant au centre médico-psychologique mais aussi les détenus de la détention suivis à la consultation de psychiatrie.

Les autres prescripteurs sont le médecin-chef et son adjoint, les spécialistes (un O.R.L., un ophtalmologiste, un dermatologue) ainsi que les deux médecins du service de prophylaxie chargés du dépistage et du traitement des maladies vénériennes. Enfin, les soins dentaires sont assurés par deux dentistes.

La consommation médicamenteuse à la maison d'arrêt de La Santé a déjà été évoquée par le docteur Martzloff, ancien interne à La Santé, dans une thèse soutenue en 1975. Elle avait trait uniquement à la consommation des psychotropes de 1969 à 1973. Les chiffres fournis concernant les différents produits avaient paru assez considérables.

La prescription de psychotropes est en effet ce qui domine la consommation médicamenteuse à la prison. Jusqu'en 1966, la médication était essentiellement composée de produits courants. Les troubles neuropsychiques faisaient l'objet de soins à base de sédatifs ou de barbituriques, ces derniers étant donnés en dilution et en quantité restreinte. Ces traitements avaient l'avantage de ne pas charger outre mesure un service infirmier suffisamment absorbé par les tâches normales.

A partir de 1966, le caractère de la médication se modifie radicalement par l'extension de prescriptions de psychotropes. Ceux-ci sont ordonnés principalement par les psychiatres du centre médico-psychologique à des détenus de la détention. Rapidement, une contagion et une accoutumance s'opèrent. Les internes de médecine générale, soucieux de ne pas voir déborder le service de distribution, doivent cependant suivre le train en raison des sollicitations de plus en plus pressantes des détenus.

Une situation assez angoissante s'installe alors car les moyens manquent totalement pour assurer la dissolution des psychotropes prescrits. Des comprimés tels que Valium ou Seresta sont délivrés dans des sacs individuels de distribution où ces drogues voisinent sans distinction de nature avec les produits courants. Un trafic s'établit et les tentatives de suicide se multiplient. Cet état de choses ne s'apaisera qu'en avril 1976 avec l'affectation d'un personnel permettant, en grande partie du moins, la préparation et la distribution des médicaments concernés.



Les internes du service de médecine générale, préoccupés par cette abondance de médicaments, ont cherché à clarifier la situation et, agissant de façon ponctuelle, ont établi, notamment pendant la période de septembre 1974 à décembre 1975, des tableaux de consommation médicamenteuse quotidienne faisant ressortir la quantité de comprimés ordonnés en fonction des malades examinés. Ils ont mis en évidence, de façon pragmatique mais intéressante, les quantités respectives de médicaments psychotropes et de médicaments courants prescrits en détention, en distinguant entre les prescriptions faites par le service de médecine générale et le centre médico-psychologique, exception faite, toutefois, des malades traités dans ce service.

En prenant les chiffres moyens de ces différentes études, on note que pendant la période considérée les médicaments courants constituaient 46 % et les médicaments psychotropes 54 % de la masse des médicaments délivrés, que les prescriptions de psychotropes faites respectivement par le service de médecine générale et le centre médico-psychologique représentaient 43 % et 57 % de ces produits. On remarque aussi que pour une population quotidienne moyenne de 1 610 détenus, 555 d'entre eux sont soumis à un traitement : 394 (71 %) par les généralistes et 161 (29 %) par les psychiatres. Ces détenus reçoivent 1 778 comprimés dont 960 comprimés de psychotropes et 818 comprimés de produits courants. C'est dire que le tiers de la population était traité et, en schématisant, que chaque détenu recevait en moyenne 3 comprimés dans lesquels les psychotropes figuraient pour un peu plus d'un comprimé et demi. Il convient de relever également que 451 sujets traités, soit 81 % des patients, recevaient au moins un comprimé de psychotrope.

Voici quelle a été la physionomie du volume de médicaments prescrits en détention au cours des années passées. Une étude sur la consommation médicale pendant le mois de juin 1978 a montré, d'une part, une relative constance du nombre quotidien de sujets traités (564 pour une population quotidienne moyenne de 1 798 détenus soit un peu moins du tiers de la population), d'autre part une légère diminution du nombre des détenus soumis à un traitement par les généralistes ainsi qu'un accroissement notable des patients traités par les psychiatres sans pour autant indiquer une augmentation importante des quantités de psychotropes par rapport à 1974-1975.

De telle sorte qu'on observe un nouvel équilibre entre les diverses prescriptions concernant le service général ainsi qu'une certaine stabilité dans le nombre de sujets traités et le volume des drogues prescrites.

Afin de donner une idée de la consommation médicale globale à la maison d'arrêt de La Santé, nous avons choisi d'exposer le bilan de l'année 1977 qui comprend aussi bien le service de médecine générale que le centre médico-psychologique, la pharmacie et le service de garde étant communs aux deux services et ces activités s'imbriquant étroitement.

Au cours de l'année considérée, la population moyenne quotidienne a été de 1 795 détenus et il a été constaté un mouvement de 4 170 hommes.

On note un total de 16 562 examens de médecine générale. 14 629 d'entre eux sont attribués aux internes (avec 4 107 examens systématiques et 1 021 appels en urgence) et 1 933 aux autres médecins et spécialistes (médecin-chef, O.R.L., O.P.H., dermatologue).

Parmi les appels aux internes, signalons 21 urgences très graves ayant nécessité le transfert à l'hôpital de Fresnes ou à l'hôpital Fernand Widal. Signalons aussi 14 appels pour pendaison avec 2 décès, 111 pour automutilation, 96 pour traumatismes divers, plaies et contusions accidentelles, 46 pour agitation, 29 pour épilepsie et aussi 39 appels par les toxicomanes ainsi que 56 par les malades du centre médico-psychologique. Citons également 40 appels pour syndrome abdominal, 24 pour crise d'asthme et 14 appels pour troubles cardiologiques divers dont 2 angors.

De son côté, le centre médico-psychologique a examiné 11 684 détenus : 4 100 à l'examen systématique et 7 584 à la consultation dont 5 446 séjournant en détention en régime normal. 1 306 détenus ont été suivis pour troubles psychiatriques en ambulatoire et 219 ont fait l'objet de soins à ce centre.

Quant au service prophylactique, il a assuré la surveillance de 230 traitements (150 traitements antiblebtorragiques et 80 traitements antisyphilitiques).

Les dentistes ont effectué 7 780 examens et posé 30 prothèses.

154 accidents du travail, parmi les détenus classés, ont été dénombrés.

Ajoutons enfin qu'au cours de la même année 1 010 radiographies et 795 examens de laboratoire ont été prescrits et effectués.



Sur le plan de la consommation médicamenteuse en 1977, Made-moiselle Huet, pharmacienne, a effectué un travail de recensement des différents médicaments à partir des commandes pharmaceutiques. Ainsi, il lui a été permis, entre autres, de comparer ses propres relevés de consommation de psychotropes avec ceux du docteur Martzloff, établis de la même manière.

On note ceci.

Les psychotropes, de façon générale, sont en augmentation depuis quelque temps.

En ce qui concerne les tranquillisants, la primauté revient au Valium dont l'emploi est constant avec 87 800 comprimés à 10 mg. Un regain d'usage est fait de l'Atarax (6 000 comprimés à 25 mg) et de l'Equanil (24 000 comprimés à 400 mg) qui sextuplent, tandis que le Tranxène (118 500 comprimés à 10 mg) fait plus que décupler. Par contre, le Seresta, avec 28 400 comprimés à 50 mg, est en diminution.

Parmi les hypnotiques, la faveur est donnée à la Mépromizine (18 000 comprimés) et surtout au Binocet (24 000 comprimés), tandis que le Noctran fait son apparition avec 23 000 comprimés à 10 mg, rejoignant ainsi le Mogadon dont la quantité reste inchangée avec 35 000 comprimés.

Pour ce qui est des neuroleptiques, le Nozinan vient en tête avec une parfaite constance de consommation depuis 1970 (1 500 000 mg environ), l'Halopéridol (89 000 mg), alors qu'on observe un doublement du Neuleptil (788 000 mg).

Enfin, parmi les antidépresseurs, le Quitaxon s'impose de manière constante avec 17 250 comprimés à 50 mg, tandis que l'Anafanil, le Laroxyl et le Tofranil sont en diminution.

En matière de médecine générale, 200 médicaments divers ont été utilisés. On note une manifeste prééminence pour les antalgiques, le Glifanin en particulier, puis les pansements gastriques (Phosphalugel, Gélusil), ensuite pour les décontractants, les produits à visée métabolique, les antimycosiques. Il serait fastidieux de poursuivre cette énumération.

Comment se fait la distribution des médicaments ?

Le sujet mériterait un long développement, mais, pour nous résumer, nous dirons qu'elle s'effectue tant bien que mal avec le concours de deux surveillants aides-soignants qui procèdent à la

dilution des produits psychotropes et partiellement à leur distribution et dix infirmières dont le plus clair du temps est réservé à l'acheminement et à la remise des médicaments. Les médicaments courants sont donnés dans des sacs tous les 2 ou 3 jours (3 000 sacs environ sont ainsi remis par semaine en détention). Les psychotropes sont dilués ou dissous dans des flacons et distribués, lorsque c'est nécessaire, matin, midi et soir. Certaines prescriptions individuelles exigent la remise de 7 à 10 flacons quotidiens. Il est impossible, pour le moment, de faire absorber systématiquement les médicaments devant l'infirmière.

Actuellement, 700 flacons environ, correspondant approximativement à 580 prescriptions d'un médicament psychotrope ou l'équivalent d'un millier de comprimés, sont remis chaque jour en détention. Afin d'éviter les mélanges et leurs inconvénients connus ou ignorés, nous faisons tout notre possible pour ne diluer qu'un produit par flacon.

Il est évident que le fonctionnement du service médical est lié pour partie à la bonne exécution de cette distribution et je ne saurais trop attirer l'attention de la direction de l'Administration pénitentiaire sur la nécessité de se pencher sur ce problème délicat et complexe qui ne peut être résolu que par une concertation entre les services intéressés. La qualité des rapports entre personnel médical, administratif et pénitentiaire s'en trouverait améliorée.

Conclusion.

On est en droit de s'étonner d'une pareille profusion de médicaments quand on sait qu'elle s'adresse à une population jeune, en majorité de moins de 30 ans, assez peu encline aux affections somatiques, même si on admet qu'elle a le privilège des affections psychosomatiques. Mais le pli est pris de prescrire sans restriction et cette habitude, comme l'explique le docteur Vallée dans sa thèse sur les toxicomanes à La Santé, « réduit la relation avec le consultant à la réponse médicament ». Il faut bien reconnaître aussi — et chacun l'avoue volontiers — que le temps manque généralement et qu'on s'en remet aisément à la prescription d'un produit plutôt que de prolonger un entretien, afin de se consacrer — comme il est normal — à un affection plus urgente.

C'est surtout le dialogue que recherche le détenu dans la plupart des cas. Or, les internes paraissent avoir quelque peine à pratiquer celui-ci qui leur tient pourtant essentiellement à cœur. Que ce soit

à la visite des blocs ou à la consultation, le climat n'est pas toujours propice au contact et l'intimité nécessaire à l'échange est difficile à trouver.

Il m'arrive, pourtant, dans le calme du cabinet de l'infirmier, d'obtenir ce privilège d'un face à face où il y a réalisation de ce qu'il est encore convenu d'appeler un colloque singulier et où il est fréquemment fait fi du médicament.

Les impératifs de la détention ne permettent malheureusement pas de généraliser cette possibilité, mais tout doit être fait pour y parvenir.

Allocution du docteur G. SAUVEUR,
chirurgien-dentiste, attaché de consultation à la faculté de chirurgie dentaire de Paris V.

I. — INTRODUCTION.

La pathologie bucco-dentaire est particulière en milieu pénitentiaire. Liée à l'incarcération, elle entre dans le cadre de la pathologie carcérale, syndrome complexe et abondamment décrit.

Lorsqu'elle n'est pas liée à l'incarcération, elle est forcément antérieure à celle-ci, et c'est la pathologie du délinquant.

Qui est ce délinquant ? Encore difficilement définissable sociologiquement et médicalement ; on sait néanmoins :

- que son niveau culturel est bas ;
- que son quotient intellectuel est aussi bas ;
- qu'il vient des couches les plus défavorisées de la société ;
- que ce climat socioculturel favorise l'alcoolisme, la toxicomanie, le tabagisme, la prostitution, qui entraînent, nous le savons, un grand nombre de maladies aiguës et chroniques.

Cette pathologie est surtout digestive, nerveuse, cardio-vasculaire, pulmonaire, vénérienne et métabolique.

D'autre part, l'hygiène de ce délinquant type est précaire, parfois inexistante, surtout au niveau bucco-dentaire.

Lorsqu'enfin ce délinquant est étranger, à ces conditions sociales et sanitaires viennent s'ajouter des conditions, disons écologiques et raciales, qui créent des troubles d'adaptation à la vie française, que

ce soit au point de vue climatique, nutritionnel, social. La délinquance chez les étrangers est plus importante, car selon Montaron, ceux-ci représentent 10 % des salariés et 21 % des prisonniers en France. C'est dire que la situation sanitaire, déjà sombre pour l'autochtone, va s'aggraver pour ces gens, compte tenu d'une pathologie particulière venant de leur origine.

Toute cette pathologie, extrêmement variée et complexe, créera un besoin de consommation médicale.

II. — QU'EST-CE QUE LA CONSOMMATION MEDICALE ?

Il a été convenu de la considérer dans le cadre de ce congrès sous le double aspect :

- de la consommation de médecins ;
- de la consommation de médicaments.

Cette définition nous amène à étudier le rapport :

CONSOMMATION DE MEDECINS

CONSOMMATION DE MEDICAMENTS

Si, en milieu libre, ce rapport indique une relative surconsommation de médicaments, qu'en est-il en milieu pénitentiaire ? Déjà le malade ne peut se procurer quand il le veut les produits qu'il désire, contrairement à ce qui se passe en milieu libre. Il les obtient, néanmoins, de 3 façons :

- 1) en passant par la consultation médicale pour les médicaments particuliers ;
- 2) en passant par le personnel paramédical pour les médicaments usuels, genre antalgiques, laxatifs ;
- 3) enfin, lorsque malade chronique, il a été vu par le médecin qui a prescrit une fois pour toutes un traitement en cas de crise. Par exemple, le coronarien, le paludéen, l'asthmatique, etc. Le médicament est dans sa cellule ou à sa portée.

QU'EN EST-IL EN ODONTO-STOMATOLOGIE ?

De tous les spécialistes en milieu pénitentiaire, l'odonto-stomatologiste est le plus demandé.

Et le rapport consommation de médecins/consommation de médicaments est largement positif.

Cela tient à deux grands groupes de facteurs : d'une part la pathologie bucco-dentaire, et d'autre part le traitement de ces maladies.

ROLE DE LA PATHOLOGIE.

Ce facteur a son importance sur 2 plans :

1) **la clinique** : la clinique est dominée quelle que soit la maladie de la simple carie à la lésion buccale la plus grave, par deux tableaux : la douleur et l'infection.

La douleur : en odonto-stomatologie elle est universellement connue. Elle prend toutes les formes qu'il est inutile d'énumérer : rappelons simplement que la douleur exquise du trait de fracture osseuse est qualifiée de type dentaire. Sans entrer dans le détail, disons que le trijumeau est le nerf crânien le plus réflexogène de l'organisme, grâce à ses connexions avec les autres paires crâniennes.

C'est ainsi qu'une excitation trigéminal à point de départ dentaire, provoque des réactions pouvant aller jusqu'à la démence.

L'infection : en odonto-stomatologie, elle est spectaculaire. Elle s'accompagne souvent de réactions cellulaires avec un œdème qui, quel que soit son siège : palpébral, génien, massétérin, sous-maxillaire, sous-mental, ou sous-angulo-maxillaire, inquiète en raison des déformations parfois monstrueuses qu'elle provoque et par les signes fonctionnels intenses, tant sur le plan local que général qu'elle entraîne. Un trismus est souvent présent, doublé parfois d'une dysphagie, qui rend impossible l'alimentation voire même la déglutition de la salive.

2) **La pathogénie** : c'est le deuxième tableau lié à la pathologie. La fréquence des demandes vient des causes de cette pathologie qui, nous l'avons vu, était particulière, en raison même des origines des détenus.

Elle est due :

a) **au manque d'hygiène** :

- hygiène alimentaire : avec des déséquilibres aboutissant à des stomatites et des caries de carences ;
- hygiène dentaire : avec l'absence de brossage et de soins dentaires conduisant à un état de septicité buccale avec des stomatites variées et des caries nombreuses ;

- hygiène générale : avec l'absence de propreté corporelle, entraînant des lésions dermatologiques à manifestation buccale : candidoses, lichen, herpès, syndrome pied-main-bouche, et autres maladies virales...

b) **aux habitudes vicieuses** :

- la toxicomanie : avec l'altération des dents et des muqueuses en rapport direct avec la consommation de drogue, et en rapport avec candidoses, lichen, herpès, syndrome pied-main-bouche, et autres hépatite virale ;
- l'alcoolisme : avec toutes les répercussions bucco-dentaires directes et indirectes que nous connaissons ;
- le tabagisme : par modification de la salive (abaissement du pH, présence de produits toxiques ; goudron, nicotine) entraînant des gingivo-stomatites et une fétidité particulière de l'haleine.

c) **aux maladies chroniques** :

Nous énumérons, sans décrire, les manifestations bucco-dentaires bien connues du diabétique, du dyspeptique, de l'hépatique, du tuberculeux, de l'urémique, sans oublier les hémopathes que leur maladie soit liée à la série rouge avec toutes les formes d'énémie, la série blanche et les plaquettes.

d) **le problème des étrangers** :

Nous n'ajouterons qu'une observation concernant leur propre pathologie qui est parasitaire surtout, et les problèmes d'ordre affectif du fait de leur isolement dans le climat souvent hostile et raciste de leurs co-détenus.

ROLE DU TRAITEMENT.

Le deuxième grand facteur, nous l'avons vu, est le traitement. A ce niveau, l'odonto-stomatologie est vue sous deux aspects :

1) **chirurgical** : la prescription sera pré-opératoire, per-opératoire et post-opératoire.

Le traitement sera sédatif, antalgique, antibiotique, anti-inflammatoire, anti-hémorragique.

2) **médical** : le traitement sera symptomatique, c'est-à-dire antalgique, antibiotique, antifongique.

Le traitement sera étiologique ; sans le concours d'un autre praticien pour les manifestations pathologiques de causes locales.

Avec le concours d'un autre praticien lorsque la maladie buccale sera en rapport avec une maladie organique (diabète, ulcère, cardiopathie, néphropathie, etc.), lorsqu'elle touchera une sphère voisine (O.R.L., ophtalmologie) et enfin, lorsqu'elle aura une origine iatrogénique.

Au niveau du traitement et, à fortiori, lorsqu'il est chirurgical, la prescription est obligatoire pour obtenir le médicament et, forcément, la consultation précède la consommation de ce produit.

Nous avons vu que certains médicaments dits usuels étaient consommés sans prescription ; en existe-t-il qui seraient prescrits sans être consommés ? Ceci nous amène à étudier le rapport :

CONSOMMATION DE MEDICAMENTS

PRESCRIPTIONS DE MEDICAMENTS

Ce rapport aboutit à une constante C : C, comme comportement du détenu qui varie :

- * en fonction du médecin prescripteur ;
- * en fonction du médicament prescrit.

— En fonction du médecin prescripteur.

Tous les spécialistes n'ont pas le même impact sur le détenu. C'est ainsi que le cardiologue, en prescrivant un calmant chez un dystonique neurovégétatif dont les manifestations cardiaques banales sont des palpitations, des algies précordiales et des tachycardies, se verra prendre ces médicaments alors que la pommade du dermatologue ou les gouttes nasales de l'O.R.L. seront oubliées ou même délaissées volontairement. Ces raisons sont évidentes, le détenu dans sa logique et devant la symptomatologie de ces manifestations cardiaques prendra peur.

Comment se comporte le détenu face à la **prescription de l'odonto-stomatologiste ?**

— Le détenu accepte le médicament.

La pathologie bucco-dentaire se manifestant que ce soit au niveau dentaire par une carie, au niveau muqueux par un simple aphte, la symptomatologie est telle que devant la douleur, la tuméfaction parfois, et l'impossibilité de manger, toujours, le détenu prendra, même réclamera les médicaments prescrits.

— Le détenu refuse le médicament.

Les causes sont liées au malade :

- * arrêt de la douleur ;
- * arrêt de l'infection ;
- * arrêt des autres signes fonctionnels.

Les causes sont liées au médicament :

- * le goût : certains produits, surtout les solutés, dans le cas des psychotropes, par exemple, qui sont mélangés et consommés sur place devant le surveillant, sont imbuivables ;
- * la présentation : les comprimés et les gélules sont les formes de présentation les plus fréquentes et généralement considérées comme des médicaments banals puisque la plus grande partie des produits somnifères, les antalgiques et les antibiotiques se présentent ainsi.

Les malades évoquent des maux d'estomac pour justifier leur refus. Les suppositoires, eux, n'ayant pas cet inconvénient et étant d'emploi moins fréquent ont leur faveur.

- * La voie parentérale est la forme la plus crainte mais la mieux acceptée car elle demeure la voie d'exception réservée pour les médicaments à action rapide, donc pour des cas relativement importants et graves.

LE NOM DU MEDICAMENT.

Nous en arrivons à un paragraphe à notre avis très important. En effet, il y a deux grands types de médicaments :

- * ceux qui sont dits usuels et prescrits par le médecin ou distribués sans avis médical par les infirmiers et aide-soignants ;
- * ceux qui sont prescrits uniquement par le médecin et qui sont très spécialisés donc moins communs.

Dans notre spécialité, nous l'avons vu, nous avons à faire face à l'inflammation, la douleur, à l'infection, et à certaines carences en vitamines. C'est ainsi que l'aspirine, le Glifanan, la Rovamycine, la Laroscorbine, la Tétracycline, sont les médicaments les plus distribués. Lorsque le détenu se plaindra d'un mal inhabituel, il ne croira plus aux vertus thérapeutiques de ces mêmes médicaments.

C'est ainsi que la Rovamycine prescrite pour une gingivite tartrique banale se verra refuser dans le cas d'une cellulite avec des

signes généraux intenses. Seule la forme parentérale est jugée, par lui, efficace dans ce cas-là.

De même, il nous est arrivé de prescrire, avec succès, de l'aspirine pH 8 à un détenu qui avait refusé de l'aspirine ordinaire. Ce complément pH 8 ayant été considéré comme un élément nouveau et efficace. Donc, le médicament usuel donné pour une maladie sortant de l'ordinaire est considéré comme un anti-placébo. Le problème est posé : faut-il donner un nom aux médicaments prescrits ?

LES DANGERS DE LA PRESCRIPTION.

Les contre-indications : que ce soit en milieu libre, que ce soit en prison, il y a des dangers à prescrire certains médicaments. Ces dangers sont :

— liés à des états pathologiques :

- * les diabétiques, les R.A.A., les cardiopathes, les asthmatiques, les ulcéreux, les rénaux, les hypertendus, les alcooliques, les terrains allergiques ;

— liés à d'autres médications prescrites par d'autres praticiens :

- * les anti-coagulants, les I.M.A.O., les corticoïdes, les anticonvulsivants ;

— liés aux médicaments prescrits par l'odonto-stomatologiste :

C'est la pathologie iatrogène, maladie nouvelle créée par la consommation médicale. Les manifestations de cette pathologie sont polymorphes. On commence à peine à établir les bases d'un diagnostic différentiel avec les autres affections muqueuses. C'est ainsi que l'on doit penser à une étiologie iatrogénique devant :

- * **un œdème des muqueuses buccales** par une corticothérapie ou l'utilisation de tartrazine colorant jaune des comprimés dragéifiés ;
- * **un érythème**, par l'intolérance aux barbituriques et à la pénicilline ;
- * **une candidose** médicamenteuse par les antibiotiques, les immuno-dépresseurs, les psychotropes, l'abaissement du Ph favorisant le développement des muqueuses après destruction des bactéries intestinales ;
- * **une langue noire**, villositaire : allongement kératosique des papilles filiformes et leur pigmentation jaune foncé puis noire, par les antiseptiques, antibiotiques, psychotropes ;

- * **une stomatite lichénoïde** par les antipaludéens de synthèse, la Streptomycine, le P.A.S., le Phénergan ;
- * **une gingivite hyperplasique** par les anticonvulsivants (l'hydantoïne des épileptiques) ;
- * **une stomatite bulleuse** : parallèle à des lésions cutanées par les sulfamides, les barbituriques, l'aspirine, l'amidopyrine, les anticonvulsivants ;
- * **une stomatite apthoïde** par l'acide niflumique ;
- * **une stomatite ulcéreuse** par l'amidopyrine, les sulfamides, le Chloramphicol, les antithyroïdiens, la Phénylbutazone, la Phénothiazine et les antimétabolites.

Devant un déficit salivaire par l'utilisation de psychotrope largement dispensée en prison, la belladone et la phénylbutazone.

Enfin, devant certaines gingivites érythémateuses ou ulcéro-nécrotiques, une porte est ouverte sur les possibilités d'origine parasitaire. Un travail intéressant peut être fait dans cette voie.

LES PRESCRIPTIONS DE BONS DE REPOS ET DE REGIMES SPECIAUX.

Dans notre spécialité, les demandes de bons de repos sont rares, car ils signifient aussi suppression de promenade. Par contre, les demandes de régime liquide sont réclamées par le détenu ; les motifs évoqués sont toujours les mêmes : impossibilité de mastiquer avec pour conséquence des troubles digestifs. Ceux qui demandent ce changement de régime ne sont pas toujours les plus nécessiteux. Parfois, pour deux dents absentes, nous sommes sollicités.

En fait, la raison profonde est un désir de changement et, selon l'individu, il nous arrive de prescrire 8 jours de régime semi-liquide, jouant le jeu pour éviter ou calmer une agressivité. Il arrive qu'un édenté complet, après deux mois d'un tel régime, de lui-même nous demande le régime normal, déçu par le menu qu'il croyait différent.

PRESCRIPTIONS DE RADIOGRAPHIES ET D'EXAMENS DE LABORATOIRE.

Cette pathologie bucco-dentaire, nous l'avons découverte très variée, de cause locale, de cause générale et iatrogénique. Sur le plan médico-légal, et en matière de responsabilité, nous sommes conduits à demander certains examens. Ces examens sont généralement bien acceptés par les malades, malgré leur répulsion pour les prises de sang.

Avant de conclure, nous parlerons d'un fait paradoxal : l'importance de la denture pour le détenu, sur le plan esthétique alors que nous savons le peu de soins qu'il porte à l'hygiène de ses dents. Ce qu'il attend du praticien c'est souvent un conseil, un réconfort pour l'avenir et l'assurance que l'on pourra faire quelque chose... plus tard quand il sera dehors.

Une petite parenthèse concernant le proxénète qui se reconnaît de loin : c'est le seul type de détenu à être d'une propreté maniaque et qui demande le plus souvent l'odonto-stomatologiste.

III. — CONCLUSION.

Avec Milczareck, nous pouvons dire que la pathologie bucco-dentaire est la pathologie la plus souvent rencontrée. Cela tient à un phénomène mondial d'altération dentaire et de manifestation buccale de maladies aussi variées que fréquentes, comme par exemple, la malnutrition : qu'elle soit dans le sens d'un excès, d'une insuffisance ou d'un déséquilibre. Comme les maladies causées par la drogue, le tabac et l'alcool ; et enfin, la maladie iatrogène, les parasitoses et maladies exotiques, sans oublier l'hygiène insuffisante qui n'est même pas le privilège des seuls pays sous-développés.

Cependant, dans notre spécialité, on consomme davantage de consultations que de médicaments. Cela nous semble dû au nom des produits et au peu de variété que les détenus trouvent dans les traitements. Leur logique accepte mal une même thérapeutique pour deux maladies à leurs yeux différentes.

Enfin, une suggestion qui répondrait aux vœux de l'article D 357 qui dit que : la propreté personnelle est exigée pour tous les détenus. La fourniture de toilette nécessaire leur est remise dès leur entrée en prison...

Un tube de pâte dentifrice par mois et une brosse à dents même par semestre, nous semblerait un progrès énorme vers la lutte contre ce fléau !

Allocution du docteur Jacques PETIT,
chirurgien-chef de l'hôpital central des prisons de Fresnes.

Le prisonnier est d'abord un être humain.

A ce titre, il a le droit d'être malade.

Mais, en plus, chez lui, la condition de prisonnier crée un appel à la maladie. Il la recherche, il la provoque.

C'est dire que la consommation chirurgicale en milieu carcéral revêt deux aspects bien différents. Elle peut être :

- soit conventionnelle, habituelle, traditionnelle ;
- soit spécifique, voulue, recherchée, provoquée.

De toute façon, et quel que soit son mode d'expression cette consommation est importante.

Une admission à l'hôpital est, pour le prisonnier, une singulière amélioration de sa condition. Capter le sourire d'une infirmière, confier à l'interne chargé d'établir son observation médicale, ses misères physiques autant que ses soucis et ses espoirs, bénéficier de menus, sinon gastronomiques du moins appétissants, oublier ou presque le pas du surveillant dans le couloir, telles sont les incitations qui font du prisonnier le candidat perpétuel à l'admission hospitalière.

Hôpital-prison, peut-être, mais hôpital d'abord, prison ensuite !

C'est tellement vrai qu'une fois installé à l'hôpital, notre client sera bien difficile à déloger soit qu'il se découvre une nouvelle lésion absolument différente de celle ayant motivé son admission, soit qu'il complique volontairement une intervention qui s'était déroulée idéalement. Une appendicectomie classique vaut cinq jours d'hospitalisation en clinique et pas loin de trente à Fresnes.

LA CONSOMMATION CHIRURGICALE HABITUELLE CONVENTIONNELLE

En 1978 la population carcérale représente 32 000 individus. C'est à peu près la population de villes telles que Maubeuge, Epinal, Compiègne.

Rien de surprenant que l'on retrouve dans cette population cloîtrée une pathologie identique à celle qui s'observe en milieu ouvert :

- l'appendicite aiguë ;
- l'ulcère gastro-duodéal ;
- les varices des membres inférieurs ;
- les hernies ;
- les calculs urinaires ;

- les fractures ;
- les tuberculoses osseuses, etc., etc.

Toutefois, il s'agit d'une population jeune chez laquelle la fracture s'observera plus souvent que l'adénome prostatique et la lithiase vésiculaire plus fréquemment que le cancer digestif.

C'est aussi une clientèle très fidèle. Tel détenu auquel nous avons refusé une cure de hernie car sa libération était très proche, sortira effectivement mais oubliera complètement de se faire opérer en ville. Repincé pour un nouveau délit, il réapparaîtra immédiatement à l'hôpital central pour nous confier sans retard sa hernie et éviter d'être dirigé vers la vraie prison, la prison maudite.

C'est enfin une clientèle de filous qui manipulent avec dextérité le trucage et la simulation. Au chirurgien carcéral d'affirmer son autorité par la sûreté de son diagnostic et de confondre en toute sérénité son interlocuteur penaud.

LA CONSOMMATION CHIRURGICALE DU PRISONNIER PEUT ETRE VOULUE, PROVOQUEE

Elle représente, pour le chirurgien carcéral, une très grande partie de son activité. En parler, c'est ouvrir le dossier des automutilations :

- ingestion de corps étrangers ;
- plaies et coupures ;
- amputations volontaires ;
- inclusion de corps étrangers ;
- défenestrations ;
- piquûres septiques ;
- tentatives de suicide par le feu ;
- syndrome de l'asthénie de Ferjol.

L'attitude de nos détenus répond plutôt à une contestation qu'à une conduite suicidaire.

Parfois, mais c'est rare, ces automutilations reflètent un sentiment d'autopunition, de culpabilité.

Très souvent c'est une attitude revendicatrice vis-à-vis de l'Administration pénitentiaire, une protestation d'innocence, un désir de voir réviser un procès, un chantage vis-à-vis du médecin qui ne reconnaît pas le bien-fondé de tel ou tel symptôme et qui décide

de renvoyer le soi-disant malade à sa destination pénale ; c'est l'espoir d'échapper au mitard, au quartier disciplinaire après une algarade avec un surveillant.

Qu'elle soit habituelle ou provoquée, cette consommation chirurgicale impose aux chirurgiens de Fresnes des obligations et des responsabilités.

Une question se pose alors : sommes-nous, nous chirurgiens, en mesure de faire face à cette consommation chirurgicale ?

Très solennellement, je réponds non. Non, à l'heure actuelle et de moins en moins.

La gravité de la situation n'a pas échappé à l'administration.

Grâce à la ténacité de notre médecin inspecteur général mon amie le professeur Solange TROISIER, grâce aussi à la parfaite compréhension et à la loyale collaboration du docteur ABLARD, médecin-chef de l'hôpital, un petit département de soins intensifs va, enfin, voir le jour. Je le réclame depuis de longues années. Quatre lits vont être équipés de la façon la plus moderne avec un pool respirateur et un pool de surveillance électronique.

L'ensemble sera construit au contact du bloc opératoire. En plus des opérés de chirurgie lourde, il recevra les urgences médicales, cardiaques, les comas, les détresses respiratoires.

Les crédits sont débloqués. Un poste plein temps d'anesthésiste réanimateur doublé d'un assistant vacataire a été créé. Bien entendu, des postes d'infirmières, d'internes, d'aide-soignantes ont été prévus de telle façon que des soins intensifs soient assurés 24 heures sur 24.

Bref, le but à atteindre est clair. Il nous faut soigner le maximum de détenus avec le maximum de sécurité (sécurité opératoire et sécurité carcérale) dans l'enceinte de l'hôpital central.

Dès lors, et grâce à cette autonomie, toutes les parties prenantes seront gagnantes :

- l'Administration pénitentiaire par la diminution de son budget d'hospitalisation ;
- la police par la libération de ses effectifs de surveillance ;
- le personnel médical par une amélioration de la technicité ;
- le détenu lui-même qui se sait un paria, un parasite hors de son milieu habituel.

Allocution du docteur BECKER,
médecin-chef de l'hôpital pénitentiaire de Hohenasperg (Allemagne).

Une délégation allemande très cohérente a parlé par la voix du docteur BECKER qui nous a expliqué comment fonctionnait l'hôpital pénitentiaire de Hohenasperg. Il était médecin-chef plein temps, il nous a décrit les différentes méthodes utilisées soit préventives systématiques, soit traitements psychiatriques.

Il a exprimé toute sa reconnaissance d'être accueilli si bien en France et combien il a été heureux d'avoir avec ses collègues français de très chaleureuses relations. Il a félicité la présidente pour son dynamisme.

Allocution de Messieurs LE TYRANT et MINNAERT,
kinésithérapeutes à l'hôpital central des prisons de Fresnes, diplômés de médecine pénitentiaire.

1. — SITUATION DU SERVICE.

— Unique dans l'Administration pénitentiaire.

Il existe dans chaque prison la possibilité de recevoir d'une façon ponctuelle des soins de masso-kinésithérapie. Sont dirigés sur l'hôpital central de Fresnes : les grosses rééducations.

— Rattaché à l'hôpital central. Créé en 1965, le service recevait chaque semaine quelque douze consultants soignés dans leur lit ou dans une cellule du rez-de-chaussée rapidement et sommairement aménagée.

Actuellement le Service fait face à quelques 350 actes mensuels, dans le seul Service de chirurgie nous avons constamment une vingtaine de patients en soins au lit le plus souvent.

— Rattaché à un gros centre de détention.

Notre potentiel de malades est important étant rattaché à une très grosse maison d'arrêt. Compte tenu et surtout que la région parisienne représente un réservoir important de la grosse délinquance. Qui dit grand banditisme entraîne souvent lors des arrestations des échanges de coups de feu, des tentatives d'échapper à tout prix aux policiers entraînant de gros A.V.P., parfois des chutes de plusieurs étages.

2. — QUELLE EST NOTRE CLIENTELE ?

- Beaucoup d'hommes, peu de femmes :
1 femme pour 50 hommes à peu près.
- Sujets adultes jeunes :
Fourchette entre 20 et 30 ans relevant particulièrement du domaine de la traumatologie osseuse.
- Sujets vieillissants :

Chez les sujets vieillissants hospitalisés dans le service des spécialités ou au C.P.D. les prescriptions de rééducation concernent particulièrement les domaines suivants :

- * **rhumatologie** : l'arthrose cervicale venant en tête ;
- * **en respiratoire** : les gros insuffisants respiratoires, les asthmatiques, les bronchitiques chroniques ;
- * **cardiologie** : avant intervention, après pose de matériel chez les cardiopathies chroniques non évolutives.

— Prévenus et condamnés :

Nous recevons dans notre service des détenus :

- * prévenus : contact avec le juge pour certains soins ;
- * condamnés : dialogue avec l'administration.

3. — QUI PREVOIT LA REEDUCATION ?

L'HOPITAL CENTRAL

Chirurgie	} générale } orthopédique
Médecine — neurologie	
Spécialités C.P.D.	} cardiologie, — pneumologie, } réanimation

LES MEDECINS-CHEFS
DE DIVISIONS
DES CENTRALES } Les malades à rééduquer sont envoyés,
de toute la France, sur Fresnes, Poissy,
Fleury-Liancourt, le C.N.O.

D'où l'obligation de les retenir à Fresnes pendant toute la durée des soins.

4. — POURQUOI DE LA KINESITHERAPIE ?

— Malformations ou lésions acquises avant prison.

Il peut s'agir de troubles évolutifs et invalidants, tels que arthrose importante (par exemple coxarthrose), scoliose, spondylarthrite ankylosante, sclérose en plaques, poliomyélite, myopathie de l'adulte.

Il peut s'agir de séquelles anciennes de maladie, malformation ou traumatisme, tels que récurrence de coxarthrose opérée, cal vicieux interdisant la marche ou la rendant douloureuse, pseudarthrose, luxation de hanche, amputation de membre, amputés appareillés.

Il peut s'agir de maladies chroniques : cardiaques, respiratoires. Ces malades peuvent profiter de leur séjour en prison pour s'occuper correctement de leur santé. Ils sont, en général, très sensibles au but recherché et montrent une grande coopération.

— Lésions acquises au moment de l'arrestation.

Ces malades arrivent souvent après un séjour dans un hôpital civil, amené à dispenser les soins d'urgence. Ces accidents surviennent :

- * au cours d'une fusillade (fracture osseuse, section tendineuse et nerveuse, perte de substance...);
- * lors d'un accident de voiture sur la voie publique (polytraumatisé avec fractures multiples et complexes assorties souvent de perte plus ou moins longue de connaissance...);
- * pendant un incendie (brûlures au 2ème degré);
- * à la réception après une chute de deux ou trois étages (fracture, tassement de vertèbres, fractures importantes des membres inférieurs...).

Ces patients nécessitent des soins précis et journaliers, que nous essayons de coordonner avec ceux donnés par les infirmières. Et c'est dans le cadre de ce travail d'équipe que nous intervenons pour améliorer, au lit, le confort du blessé, éviter les rétractions et les attitudes vicieuses et commencer prudemment les premiers gestes rééducatifs visant à l'indépendance fonctionnelle.

— Lésions acquises pendant la détention.

Nous classons dans ce groupe :

- * les accidents du travail (fractures souvent bénignes, lombalgies et sciatalgies d'effort, traumatismes légers...);
- * les accidents de sports (fractures, entorses, luxations, blocages articulaires...);

- * les tentatives d'automutilations (sections vasculaires, tendineuses et nerveuses...);
- * les tentatives d'évasion (chute en hauteur de plusieurs mètres avec fractures vertébrales, étirement musculotendineux...);
- * les accidents chroniques (rachialgies rhumatismales, pneumopathies...);
- * les séquelles de grève de la faim (polynévrite, amyotrophie importante...);
- * les aspects psychosomatiques dus au manque d'exercice.

Cette liste n'est pas exhaustive et ne peut que donner une image générale des prescriptions de rééducation.

5. — QU'ATTEND-ON DU SERVICE DE MASSO-KINESITHERAPIE ?

Dans l'équipe médicale, nous ne sommes qu'un maillon, les infirmières nous facilitent énormément le travail, elles sont les plus fréquemment en contact avec nos malades, leur rôle est très important.

La prescription de soins de rééducation nécessite parfois de notre part l'avis de l'Administration pénitentiaire, nous ne devons pas perdre de vue les contraintes essentielles de sécurité, éviter au maximum les mouvements inutiles de détenus. Nous soignons des malades mais aussi des prisonniers, il ne faut jamais l'oublier pour la sécurité générale de l'hôpital et notre propre sécurité.

6. — ETAT DU SERVICE FACE A LA DEMANDE.

— Matériel vétuste + ou — dangereux :

- * peu nombreux :

Depuis 7 ans pas un centime de crédit pour le matériel du service de kinésithérapie.

— Des masseurs-kinésithérapeutes :

- * bonne volonté;
- * imagination;
- * bricolage.

7. — LES BUTS DE LA REEDUCATION A FRESNES.

Notre activité est variée et doit être personnalisée. Les soins dispensés au rythme de deux à trois fois par semaine, en période normale peuvent être dispensés quotidiennement pendant une période aiguë.

L'assistance technique, mise à la disposition du malade, passe obligatoirement par un support psychologique. Nous ne pouvons obtenir de résultats qu'avec sa participation. Il doit participer en répétant une heure ou deux par jour par périodes de cinq à quinze minutes, les exercices appris. Sans cette répétition personnelle les séances bi ou tri-hebdomadaires seraient sans effets.

Nous travaillons aussi en cabinet libéral, en ville. Nous pouvons constater l'homogénéité des résultats, tant en ville qu'à Fresnes. L'absence d'activités professionnelles facilite une rééducation personnelle et ainsi la récupération se fait plus rapidement.

Notre formation professionnelle veut que nous puissions accompagner et aider notre malade, de ville, pendant les trois grandes phases de notre action : la RECUPERATION, la READAPTATION, la REINSERTION. Ceci est parfois très difficile en milieu carcéral.

Toutefois, notre connaissance humaine du détenu que nous avons suivi et aidé pendant des semaines et des mois, ainsi que notre expérience à Fresnes, nous autorisent parfois à donner un avis auprès du juge de l'application des peines, et des autorités administratives.

Il nous est agréable de poursuivre notre activité dans cet esprit.

Allocution du docteur PARAISSO, cardiologue à l'hôpital central des prisons de Fresnes.

Il serait vain de vouloir coller une entité à la médecine en milieu carcéral, à la cardiologie pénitentiaire en l'occurrence. Il s'agit d'exercer la cardiologie habituelle dans des conditions un peu particulières :

— par le recrutement qui exclut pratiquement les petits enfants, avec une infime minorité d'adolescents.

Le médecin est confronté avec la pathologie cardio-vasculaire de l'adulte et de l'homme le plus souvent (85 %) ;

— par l'aspect psychologique assez particulier des patients ;

— par le cadre fermé où s'exerce la cardiologie.

En consultation ou en hospitalisation, l'activité médicale en cardiologie est intense. En moyenne, 10 à 15 patients se présentent chaque semaine à la consultation de cardiologie.

Pendant le 1er semestre de 1978, du 1er janvier au 30 juin 1978, 65 patients ont été hospitalisés à l'hôpital central de Fresnes et 10 d'entre eux ont été transférés en milieux ouverts, mais dont le choix, pour des raisons de sécurité, est limité à 2 hôpitaux parisiens.

Les affections les plus fréquemment rencontrées sont les maladies artérielles :

- l'hypertension artérielle (24 % des cas) connue avant l'incarcération ou déclenchée à l'arrivée en prison, favorisée par le stress ;
- la maladie coronarienne (angor et infarctus) : 24,6 % ;
- l'artériopathie des membres inférieurs : 9,20 %.

Viennent ensuite les :

- valvulopathies (aortiques essentiellement : 6 %) : 9,20 % ;
- maladie thrombo-embolique : 6 % (des phlébites presque exclusivement) ;
- les troubles du rythme : 6 % (essentiellement type Bouveret).

A noter seulement 2 cas (3 %) de rhumatisme articulaire aigu chez des adultes jeunes, et 1 seul cas de cardiopathie congénitale à explorer.

La consultation est organisée comme dans tout cabinet particulier ou comme à l'hôpital. Il s'agit de la consultation du tout venant où l'emportent encore les maladies artérielles, l'hypertension artérielle, les troubles du rythme. Il faut noter la grande fréquence des psychosomatiques dont une minorité de simulateurs. Le médecin, confronté avec sa conscience, et malgré les particularités de l'environnement, et parfois, l'état psycho-affectif de ses patients, s'attache à offrir à ces derniers le même dévouement et la même qualité de soins qu'aux malades libres.

A travers l'exposé de Madame De CAUDIN, tous les médicaments anciens et récents, utilisés en cardiologie, sont généreusement présents et donnés à nos malades.

D'autre part, les explorations paracliniques de surface ou endocavitaires nécessitant un matériel lourd ou trop onéreux sont effectuées, sans parcimonie, dans les centres spécialisés des hôpitaux ouverts agréés.

Il en est de même des soins médicaux intensifs (réanimation, surveillance d'un infarctus du myocarde récent et compliqué...) et de la chirurgie cardio-vasculaire : 2 valvulopathies aortiques, une valvulopathie mitrale et 3 artériopathies des membres inférieurs ont été opérées pendant les 6 premiers mois de cette année. Outre le traitement des maladies, le cardiologue pénitentiaire a le souci :

- de la **détection** des maladies cardio-vasculaires : 1/5 de nos patients sont des malades cardio-vasculaires qui s'ignorent ;

— **de la prévention** par le traitement des facteurs de risques : obésité, dyslipémie, hyperuricémie, diabète...

Reste un grave fléau qui échappe au contrôle du médecin, le tabagisme. Entre le carcan administratif, souvent très rigide, le manque de coopération des patients, quelquefois, la marge de manœuvre du médecin reste souvent étroite et délicate.

Le souhait serait de développer et de mieux équiper les hôpitaux des prisons, celui de Fresnes en particulier, d'obtenir un assouplissement des règles administratives lorsque le médecin doit traiter ou orienter ses patients.

**Allocution du docteur INGREY-SENN,
directeur du service médical des prisons de Londres.**

Il y a juste 200 ans, le Parlement anglais a fait élaborer une loi décidant la prise en charge de la santé des détenus. Nous savons tous en prospectant l'histoire combien il est difficile de décider le vote de certaines lois.

Les services médicaux pénitentiaires en Angleterre tels qu'ils existent à l'heure actuelle ont un peu moins de 100 ans, ils comptent des médecins plein temps qui sont membres des hôpitaux civils et qui sont en possession pour la moitié des médecins plein temps de qualification psychiatrique postuniversitaire.

Assistant les médecins à temps plein il y a environ 100 médecins à temps partiel (généralistes dépendant du service national de santé) qui se rendent régulièrement dans les prisons et il existe aussi 100 spécialistes qui ont une activité régulière.

Les médecins plein temps ont des statuts où leur responsabilité est définie par un décret du Parlement. Ils doivent assurer un service médical à la fois sur place et sont en liaison étroite avec leurs collègues du service national de santé, généralistes et spécialistes.

Dans les petits établissements il y a des médecins à temps partiel et ils ont aussi des statuts où leurs responsabilités sont définies.

J'ai été chargé de l'enseignement de la médecine pénitentiaire pour de nombreuses années et je crois fermement qu'il s'agit d'une

branche de la médecine. Beaucoup de nos médecins sont des professeurs d'université dans le cadre de la médecine pénitentiaire et dans des services de psychiatrie.

En toute modestie je voudrais signaler que je suis membre du **Royal College** de psychiatrie, un diplômé de la médecine psychologique et diplômé de la **Medical Jurisprudence**. Ces diplômes m'ont permis d'étudier tous les aspects médico-légaux de la médecine pénitentiaire.

**Allocution du docteur Jean-Pierre QUENEY,
médecin de la maison d'arrêt de Sarreguemines.**

Le détenu trouve, en la matière médicale, un excellent moyen d'exercer un chantage lui permettant d'améliorer les conditions de sa détention parce qu'il sait qu'en prison plus qu'ailleurs, tout ce qui touche à sa santé est chose sérieuse, car c'est tout ce qu'on peut encore respecter chez lui après l'avoir privé de l'essentiel : la liberté. Sa santé est non seulement chose sérieuse, c'est aussi chose secrète dans un milieu où rien ne l'est. C'est enfin et peut-être surtout le rare domaine devant lequel la rigueur de l'administration saura s'incliner. Voilà pourquoi le détenu se doit de tirer parti de sa maladie.

Le but est, bien entendu, d'obtenir une amélioration de ses conditions de détention, en attirant autour de lui la considération et le respect d'un état totalement étranger à la privation de liberté, un peu comme on se doit de respecter ses convictions religieuses, avec essentiellement deux objectifs selon qu'il est prévenu ou condamné.

1) **S'il est prévenu**, tenter de raccourcir sa peine en essayant par le motif de sa maladie le plus souvent, d'accélérer la lenteur de la procédure pénale, soit plus rarement, mais cela existe, de la freiner, ce qui lui permettra de gagner du temps pour faire gagner du crédit à sa cause.

2) **S'il est condamné**, pouvoir bénéficier, intra-muros, d'avantages substantiels tels que promenades supplémentaires, régime alimentaire particulier (on ne dira jamais assez à quel point le « régime » peut valoriser le détenu). Il pourra également s'agir d'écarter la menace d'un durcissement de ses conditions d'hébergement telles que l'isolement ou la menace du mitard.

Enfin, on peut se servir de sa maladie pour faire appuyer une demande de mise en liberté provisoire.

Mais si les objectifs sont nombreux, tous les moyens ne sont pas bons car il y a le risque d'être pris à son propre piège étant donné que le procédé est très fréquemment utilisé, donc bien connu de ceux auxquels il s'adresse, qui de ce fait sont devenus très méfiants.

Le chantage s'exerce, bien entendu, à l'encontre du médecin, mais le détenu sait que pour appliquer ses décisions, le médecin doit les faire exécuter par l'administration, c'est pourquoi le résultat a toutes chances d'être meilleur si l'on s'adresse auparavant ou en même temps à d'autres qu'au médecin ; c'est ainsi qu'on a souvent recours :

- à sa famille, qui écrira au procureur, au juge, au surveillant-chef, au médecin, que son fils ou son frère est un grand malade qui fait des crises si on ne lui applique pas telle ou telle thérapeutique (qu'on ne précise jamais) ;
- à l'assistante sociale, qui pourra intervenir favorablement auprès de la famille, du juge ou du procureur ;
- à l'infirmière, cette merveilleuse confidente, dont la seule présence est un véritable rayon de soleil dans l'univers carcéral (qui a dit qu'il fallait réserver les vieilles et laides pour les prisons ?).

Le chantage à la maladie dépasse, bien sûr, le stade du « faire valoir » sa maladie pour revêtir pratiquement toujours une part de simulation. Pour être plus convaincant, on aura recours à des symptômes fonctionnels, toujours subjectifs, avec pour arrière-pensée soit d'éviter qu'un examen complémentaire simple ne vienne déjouer le simulacre soit, mieux encore, de faire évoquer par l'interlocuteur une affection complexe et grave, qui, pour être éliminée devra mettre en jeu des examens longs et sophistiqués ne pouvant bien entendu être pratiqués qu'en milieu spécialisé.

C'est ainsi que l'on voit souvent le détenu se présenter à la consultation en invoquant les troubles suggestifs de la série neurologique de préférence, plus ou moins directement rattachés à des antécédents méningo-encéphaliques d'origine infectieuse ou traumatique. Bien entendu les troubles psychiques et, en particulier, les troubles caractériels, sont les plus efficaces, car ils mettent très souvent le médecin dans l'embarras étant donné la fréquence particulière des psychopathes dans la population pénale, notion sur laquelle Monsieur le Garde des Sceaux a insisté à juste titre, ici même, avant-hier.

Enfin la menace du passage à l'acte, invoquée par le détenu n'est pas la même que celle redoutée par le médecin. En effet c'est moins à la menace de se supprimer qu'à celle de tout casser que le détenu fait appel.

La méthode de loin la plus efficace et la plus utilisée consiste à faire une rechute sur le mode plus ou moins aigu d'une affection déjà ancienne, solidement fichée dans son dossier médical, et qui a laissé des traces visibles partout ; par exemple, ce mythomane, escroc d'envergure, qui s'est servi cet hiver de sa grippe authentique pour nous faire croire à la récurrence d'une très vieille pleurésie tuberculeuse.

Il y a bien sûr le traditionnel chantage au suicide qui n'impressionne plus lorsque le détenu montre ses multiples séquelles d'auto-mutilation qui, pense-t-il sauront convaincre. En revanche, le suicide motivé et réussi existe aussi hélas, nous le savons, mais nous sommes malheureusement aussi les seuls à savoir que le suicide en prison n'est jamais lié aux conditions de la détention contrairement à ce qu'on laisse entendre au public, mais toujours à la situation de détresse pour lui-même et surtout pour les autres, ceux des siens qu'il a laissés derrière les murs. Détresse devant laquelle, face à face avec lui-même, le détenu ne peut assumer sa propre responsabilité ; d'ailleurs ne lit-on pas quotidiennement dans les journaux, lorsque le suicide a lieu avant l'incarcération, en général, immédiatement après le forfait, que le responsable s'est fait justice lui-même ? Pour illustrer ceci, je me permets de rapporter ici le témoignage de deux de nos confrères.

Celui de mon ami, le docteur DE PASTORS médecin à la prison d'Ermingen, dans le Bas-Rhin, prison-école dans laquelle un de ses détenus a réalisé une authentique évasion pour aller se suicider à quelques centaines de mètres de l'établissement. Et vous comprendrez la signification de ce geste lorsque vous vous souviendrez que la prison-école d'Ermingen n'est non seulement pas une prison-école où l'on enseigne, mais aussi la seule prison qui n'ait pas de barreaux.

Le deuxième témoignage m'a été rendu, hier soir, par notre confrère, Madame THIRIOT psychiatre à Fleury, qui nous rapportait le cas d'une de ses détenues mélancolique, chez laquelle, elle, le docteur THIRIOT, était convaincue qu'il y aurait un suicide à la

sortie de la prison parce qu'elle était convaincue également de la gravité de cet état mélancolique, du fait que cette personne, cette malade, cette jeune femme mélancolique, était sécurisée, en quelque sorte, je pense que le mot n'est pas trop fort dans ce cas, dans la détention, et malgré tous ses efforts pour empêcher sa libération, pardon, pour obtenir une orientation ultérieure, la jeune femme a été libérée et s'est immédiatement donné la mort.

Il existe aussi une forme particulièrement tragique du chantage au suicide et nous en avons personnellement observé un cas qui est celui de la mort accidentelle du détenu au cours d'un simulacre manqué par la faute d'un complice du chantage qui avait malheureusement été pris de panique pendant le scénario. Les cas comme celui-là sont-ils réellement exceptionnels, nous n'en sommes pas convaincus.

Il existe une forme de chantage plus classique, qui est la grève de la faim, forme de chantage absolu car toujours motivée et fondée sur la publicité qui s'y rattache et nous sommes de ceux qui savons, par expérience, qu'elle est facile à guérir dès l'instant où on parvient à la faire sortir du domaine de la pathologie. Elle n'est qu'une démarche somme toute inintelligente émanant d'un détenu qui a décidé, bien souvent sur un coup de tête, de partir en guerre contre l'administration et dont on ne devrait plus jamais entendre parler, si l'on voulait bien, une fois pour toutes cesser de lui attribuer, à grand renfort de publicité, tous les caractères d'un suicide à petit feu. On en viendrait aisément à bout après une patiente confrontation entre le détenu, le médecin et le représentant de l'administration en démontrant au prétendu candidat au suicide, que médicalement, son procédé est inéluctablement voué à l'échec.

On pourrait croire que le chantage à la maladie n'est, en prison qu'un artifice, qu'un calcul pur et simple pour espérer obtenir quelques faveurs. En fait, notre pratique de 15 ans d'exercice de la médecine pénitentiaire nous a bien souvent montré que le fait de valoriser sa maladie pouvait correspondre dans l'esprit du prisonnier, au besoin plus ou moins conscient de se déculpabiliser soit moins vis-à-vis des autres que de lui-même, à l'image de son avocat qui dans sa plaidoirie, le déculpabilisera aux yeux des jurés en évoquant son enfance malheureuse, dénuée de tous liens affectifs. D'ailleurs, on observe souvent que, lorsqu'il valorise sa maladie, le détenu insiste bien sur le fait que ses symptômes sont de loin antérieurs à l'incarcération.

La reconnaissance de sa maladie par le médecin et le traitement dont il bénéficiera, lui apporteront une espèce de justification protectrice des conséquences de son délit. Voilà qui, à nos yeux, justifie l'attitude parfois complice du médecin revêtant l'aspect d'une faiblesse coupable aux yeux de l'administration.

Et puis, le chantage à la maladie est un exercice que le détenu n'est pas le seul à pratiquer. L'administration n'a-t-elle pas de temps à autre, tendance à s'appuyer sur un dossier médical pour obtenir le transfert d'un détenu quelque peu gênant dans un établissement spécialisé ?.. Et le médecin lui-même n'y a-t-il pas recours pour la bonne cause bien entendu, ne serait-ce que pour déjouer le chantage du détenu.

Alors, me direz-vous que devient le médecin dans tout cela ? Eh bien ! Son attitude, je le crois, ne devra, en aucun cas se résoudre ni à déjouer le piège du chantage pas plus d'ailleurs qu'à le dénoncer. Comme dans toutes les autres circonstances de son activité professionnelle, il se doit, pour remplir complètement sa mission, d'écarter tout préjugé, comme il doit le faire dans toute collectivité réunissant des individus en principe bien portants. Il ne doit pas hésiter, à notre avis à se comporter en complice, dès lors que son information dépasse le cadre de la consultation en entretenant avec l'administration des relations dénuées de toute susceptibilité afin que chacun soit conscient de la réelle personnalité du prisonnier et qu'il saura leur garder, en face dans ces trois visages, celui de l'homme responsable, celui du délinquant et celui du malade.

Je vous remercie.

Allocution du docteur PAPANASTASIOU, psychiatre à la prison centrale de Koredalos à Athènes.

Du point de vue général, il faut dire qu'il y a maintenant de nombreux bâtiments à Koredalos qui est une prison centrale pour hommes et dont la capacité est de 800 places — non loin de la prison centrale pour femmes (200 places), la seule prison de Grèce. Et puis il existe un hôpital général des prisons avec une capacité de 100 places — il y a aussi un hôpital pour malades mentaux avec une capacité de 200 places.

Ils sont tous sous le contrôle du ministère de la Justice. Nous sommes surtout intéressés par la santé mentale — je vais vous en

parler rapidement : système des admissions, du traitement dans les hôpitaux psychiatriques. Nous avons 120 prisonniers hommes, les femmes qui sont atteintes sont admises à l'hôpital psychiatrique d'Etat. Ces sujets sont soit condamnés soit prévenus, et au milieu d'eux, il existe un certain nombre (faible) d'étrangers, trafiquants ou toxicomanes.

La majorité d'entre eux sont des psychotiques et il y a un faible pourcentage de psychopathes et aussi un certain pourcentage de toxicomanes. Ils sont admis à l'hôpital selon certains critères :

- 1) par ordre du Procureur général après avis médical — observation jusqu'au moment où ils vont à l'audience — pendant leur stage à l'hôpital psychiatrique, ils sont habituellement examinés par des experts ;
- 2) la deuxième façon de rentrer à l'hôpital psychiatrique est par le transfert direct, ce que nous appelons le transfert d'urgence soit diagnostiqué par un spécialiste psychiatrique, soit par le juge d'une prison en Grèce ;
- 3) par ordonnance d'une cour qui définit la période d'observation.

Dans les deux premiers cas, si cela émane du procureur en venant d'une autre prison, ils restent dans l'hôpital psychiatrique jusqu'à ce qu'on leur permette de rejoindre leur destination pénale.

Pour les psychotiques, nous essayons de les garder le plus longtemps possible et quand nous sommes sûrs qu'ils se sont grandement améliorés, nous les renvoyons dans leur prison avec des instructions très précises pour leur traitement.

Après le jugement, si la cour décide que le prisonnier est malade mental, il est admis généralement à l'hôpital psychiatrique d'Etat. La même chose est proposée pour les toxicomanes, s'ils sont considérés à la fois comme trafiquants et usagers, on les envoie à l'hôpital civil pour désintoxication. Sinon, la cour peut décider de leur emprisonnement.

Dans l'hôpital psychiatrique, pour les prisonniers, nous sommes bien équipés avec des appareils modernes, avec un psychiatre à plein temps, un juge de l'application des peines, deux éducateurs-assistants sociaux, un psychologue et nous faisons le maximum pour que ces prisonniers aient les traitements les plus modernes.

Et je voudrais finir en disant ce que le Garde des Sceaux disait, il y a deux jours : « La médecine pénitentiaire c'est toute la médecine

plus quelque chose. » Et nous, en Grèce nous faisons tout notre possible pour voir les détenus comme des malades qui ont droit, eux aussi, à une approche amicale et surtout humaine.

Merci beaucoup.

**Allocution du docteur LAFFONT,
pneumologue à l'hôpital central des prisons de Fresnes.**

Madame la Présidente,
Mesdames,
Messieurs,

J'ai tenté d'apprécier la consommation médicale chez les malades du service de pneumologie de l'hôpital de Fresnes, d'une part chez l'ensemble des malades, et d'autre part, de manière comparative, chez deux groupes d'entre eux.

Le premier groupe est constitué par ce que l'on peut appeler « sujets atteints de maladies respiratoires chroniques obstructives, c'est-à-dire asthme, bronchite, emphysème » et dont l'expression de leur maladie est surtout fonctionnelle : toux, expectoration et surtout essoufflement.

Les malades du deuxième groupe sont des sujets atteints de lésions pulmonaires radiologiques sans insuffisance respiratoire chez qui le tableau fonctionnel est beaucoup moins marqué et il s'agit de tubercule pulmonaire et de malades atteints de la maladie de Besnier Bœck-Schavmann dite, de façon plus moderne sarcoïdose.

La consommation a été appréciée d'une part par le nombre de consultations individuelles en cabinet médical et d'autre part par le nombre et le type des médicaments utilisés.

Durant le premier semestre 1978, qui a fait l'objet de cette étude, 92 malades ont été traités dans le service, mais je ne pouvais utiliser que 39 dossiers, ceux pour lesquels les radiographies avaient été conservées car, pour les autres, les radiographies avaient suivi le malade vers sa nouvelle destination.

Les résultats de cette étude (cf. tableau). En première ligne le nombre de consultations exprimé pour 100 jours d'hospitalisation,

il est de 6,4 pour l'ensemble des malades ; dans le groupe 1, on en voit davantage : 7,8, il s'agit donc d'une marge fonctionnelle, et 5 dans le groupe 2.

Le nombre de médicaments global est de 4,2 par sujet, par jour, et il n'y a pas de différence entre les deux groupes. En ce qui concerne les hypnotiques, il y a 30 % d'utilisation, un peu plus dans le groupe 1 et pour les psychotropes 28 % et là, il se trouve qu'il y en a deux fois plus chez le malade du groupe 1.

Les médicaments qui ont été pris pour d'autres indications ont été relevés dans sept cas, dont deux d'indication digestive et il m'a semblé que dans cette population où les troubles digestifs étaient particulièrement fréquents, c'est bien connu, et s'agissant de malades qui prennent par ailleurs des médicaments susceptibles de favoriser les troubles digestifs, cette constatation de deux malades seulement prenant des médicaments d'indication digestive était faible et il m'a semblé possible de suggérer une interprétation, c'est-à-dire que la demande principale de médicaments étant satisfaite, celle des médicaments à indication pneumologique, il est vraisemblable que la demande pour d'autres choses est moins grande, à l'exception précisément des malades de la série psychotrope.

En guise de commentaire, il faut souligner tout d'abord qu'il ne s'agit pas de résultats statistiques, on ne peut pas établir de statistiques avec 39 cas ; il s'agit d'un sondage mais il est intéressant de constater que ce sondage correspond assez bien à notre expérience. D'abord, la fréquence élevée de la prescription des hypnotiques et des psychotropes est conforme à la constatation habituelle, même donc en pneumologie et, cela suggère deux interprétations : que les manifestations psychopathologiques sont fréquentes dans la population carcérale, dans cette série, par exemple, il y avait trois sujets ayant eu un manifestement des antécédents psychiatriques, il y avait également deux toxicomanes.

Deuxième interprétation, c'est le caractère un peu agressif probable de l'incarcération sur ces malades, sur le plan psychologique.

Deuxième ordre de considération, la différence de la consommation médicale entre les deux groupes laisse entendre que, tout de même, les malades du groupe 2, c'est-à-dire les malades ayant des anomalies radiologiques, des organiques si vous voulez, ces malades ont moins de consommation.

Ces malades, il s'agit, dans la série considérée, de tuberculeux pulmonaires et de deux sarcoïdiques mais il aurait pu s'agir aussi bien de malades ayant une pleurésie ou un abcès du poumon ou un cancer bronchique.

Les cancéreux, heureusement, sont rares et soulèvent des problèmes très difficiles que nous ne pouvons résoudre qu'avec des aides extérieures : la bombe au cobalt à Villejuif, la chirurgie thoracique en milieu très spécialisé. Mais ces sujets, nous donnent l'impression de nous demander une consommation médicale moins grande que chez les malades du groupe 1.

Les malades du groupe 1, cela paraît un peu paradoxal, sont ceux de ce que j'ai appelé la maladie respiratoire chronique **obstructive**, obstructive car ce sont des malades chez qui il y a une difficulté de l'expulsion de l'air qui est bien réelle d'ailleurs — cela fait partie de la physiopathologie de la maladie — et cette difficulté correspond à leur maître symptôme qu'est l'essoufflement, la dyspnée.

Les trois maladies de ce groupe : asthme, bronchite chronique, emphyseme, ont des symptômes fonctionnels comparables, dominés par l'essoufflement — il y a des formes de passage entre elles, bien sûr — ; notre pratique nous enseigne que c'est chez ces malades-là que l'on a les cas les plus difficiles à traiter et également la consommation médicale la plus élevée.

La raison me paraît être d'abord d'ordre psychologique, c'est ainsi que dans le cas de l'asthme — il est bien connu qu'un facteur psychologique est important dans cette maladie — que l'incarcération peut avoir un rôle aggravant dans ce domaine. Je vous demande d'imaginer, ce que peut ressentir, la nuit, alors qu'il se sent verrouillé dans sa cellule, ce que peut ressentir un asthmatique qui sent venir sa crise, certains d'entre nous le savent bien qui connaissent la médecine pénitentiaire.

Il est difficile de parler de consommation médicale, sans parler des résultats qu'elle permet d'obtenir.

Le schéma du groupe 2. L'efficacité du traitement est très facile à objectiver car nous avons la radiologie et, dans le cas des tuberculo-pulmonaires, l'examen des crachats qui permet de suivre la disparition des bacilles.

(Cf. radiographie d'un jeune Algérien présentant deux cavités, une cavité creusée dans un infiltrat... maladie très grave après trai-

tement aux antibiotiques, au bout de trois mois, la cavité droite n'est déjà plus visible et celle du sommet côté gauche s'estompe.)

(Cliché suivant : cas d'un Péruvien, jeune Péruvien ayant la moitié supérieure du poumon droit opacifiée, une fièvre très élevée, un état général très mauvais ; après 11 mois de traitement, le nettoyage est presque complet — cliché suivant — il est reparti guéri.)

Ces traitements sont effectués aussi bien en prison, à l'extérieur, à domicile, ceci est devenu banal. Mais quand il s'agit des malades du groupe 1, je reviens vers eux, il n'en est plus tout à fait de même, les choses sont plus compliquées, les manifestations, chez eux sont fonctionnelles, la radiologie n'a plus aucun intérêt pour observer l'efficacité de notre traitement.

Les médicaments antibiotiques, les médicaments qui font dilater les bronches, les médicaments anti-allergiques, les expectorants ont évidemment le même rôle en prison qu'ailleurs. Et nous les employons largement, sans aucune restriction mais reste le fait carcéral sur lequel le médecin n'a pas de prise, il lui est imposé. De même que l'incarcération qui influe sur la maladie, notamment sur la dyspnée. Ici, chacun est un cas particulier, ces malades sont à traiter chacun tel qu'il est, il faut être patient, il faut les accompagner, les suivre et puis on voit des vagues d'aggravation, de régression, certaines de ces vagues pouvant être en relation avec la condition carcérale.

L'incarcération ou l'attente du procès sont anxiogènes et peuvent être un facteur d'aggravation et il y a même des périodes critiques, où nous sommes acculés à la nécessité de rompre l'état carcéral et pour cela, l'unique moyen est l'hospitalisation à l'extérieur pour quelques jours parfois, parfois pour quelques semaines.

Et puis, heureusement, il ya une amélioration, les choses s'apaisent, j'ai personnellement eu le plaisir de retrouver de tels malades plus tard complètement transformés et pour lesquels le passé grave n'est plus qu'un mauvais souvenir.

Chez ces malades donc, ces malades dyspnéiques, on peut imaginer l'importance que peut avoir pour eux cette relation médecin-malade qui s'établit sur des mois, parfois des années, et par conséquent, la consommation médicale. C'est dans de tels cas, lorsque l'on a vécu cette relation, que l'on peut voir se manifester clairement un des aspects spécifiques de la médecine pénitentiaire.

Allocution du docteur CAZENAVE,
spécialisé dans les problèmes de l'asthme à l'infirmierie spéciale de la maison d'arrêt de Pau.

L'INFIRMERIE SPECIALE DE LA MAISON D'ARRET DE PAU.

Cette infirmerie spéciale est petite, pas très importante, il y a une quinzaine de malades, j'y reçois, bien entendu les porteurs de séquelles opératoires ou de la collapsothérapie gazeuse antique ou même la collapsothérapie chirurgicale ou de l'exérèse mais depuis quelque temps, je reçois des demandes de transferts pour asthme.

Je vous avoue que je suis un peu perplexe parce qu'il y a de l'asthme à Pau comme ailleurs, il y a des asthmes qui naissent à Pau, des asthmes qui y disparaissent mais je suis un peu surpris de recevoir des demandes de l'Est, de l'Ouest et quelquefois même de villes voisines. Un asthme à Bordeaux, au niveau de la mer, un asthme à Pau qui est dans un département voisin à 220 m d'altitude, le transfert ne coûtera pas cher ici, j'insiste sur ce problème financier car lorsque je vois un asthmatique qu'on m'envoie d'une ville X, c'est très récent, avec l'indication « essai climatique d'amélioration », quand je pense qu'il a fait 900 km avec deux gardiens, qui est arrivé à Pau, qui nous a donné le spectacle d'une crise d'asthme qui devait ressembler à celles qu'il avait là où il était, je le regrette, je pense que nous ne pouvons pas continuer dans ce sens-là, ne serait-ce que pour respecter les deniers de l'Etat.

Madame TROISIER. — Je pense que c'est en effet très important et que Pau n'est pas un centre climatique particulièrement extraordinaire pour les asthmatiques, comme il y avait à Blois, soi-disant aussi, un centre diététique où l'on ne faisait rien que j'ai fait fermer. Je suppose qu'on peut faire de la diététique partout et c'est d'ailleurs un de mes soucis, d'améliorer plutôt les conditions de l'alimentation en prison et je pense que nous allons avoir, avec Monsieur Dabanc, la création de diététiciens dans la région parisienne et je supprimerai les transferts sur votre centre.

**Allocution du docteur LUCIANI,
O.R.L. à l'hôpital central des prisons de Fresnes.**

Il s'agit d'une consultation qui draine à peu près 900 consultants par an et d'un service où l'on peut opérer environ 8 heures par mois.

3 catégories de malades.

Il s'agit d'abord de malades qui posent des problèmes en rapport avec leur mode de vie, qui est donc : les insuffisances respiratoires nasales, que ce soit par des nez cassés à la suite de leur passé, de déviation de cloison, et aussi des rhinites vasomotrices et allergiques qui entrent parfois dans le cadre de mon collègue Laffont ; avec tout le cortège que cela représente : céphalées, vertiges, d'un psychisme particulier et de malades qui viennent surtout demander une intervention chirurgicale, parfois avec insistance.

La deuxième catégorie : ce sont des otites chroniques, séquelles d'un passé et d'une médecine un peu particulière, ces otites chroniques avec toutes les variétés que l'on peut rencontrer demandent à être opérées en raison des problèmes de risque de méningite et d'effraction de la dure-mère au-dessus. Ces interventions sont plutôt pratiquées dans un but vital pour éviter des complications que dans un but fonctionnel étant donné que nous avons énormément de problèmes de soins postopératoires, et la chirurgie fonctionnelle laisse un petit peu à désirer de ce côté-là. Particularité de ces problèmes opératoires : l'anesthésie en relation, peut-être, avec la consommation médicale accrue, ces malades métabolisent les drogues anesthésiques très vite et réclament, pour dormir, des doses énormes d'anesthésie et il n'est pas rare qu'ils se réveillent en pleine opération pour s'asseoir sur la table (particularité à la prison).

Troisième catégorie de maladies : malheureusement, c'est la cancérologie. Cancers du larynx qui sont assez fréquents : origine mode de vie, alcoolisme, tabac. Pour le cancer, problème du dépistage, problème de lui annoncer sa maladie. Nous les faisons traiter à Villejuif. Importance des problèmes de psychologie et d'assistance en milieu carcéral.

Mon souhait est d'éviter que les détenus malades, atteints d'un cancer ne s'éteignent en prison.

**Allocution du docteur MAGE,
ophtalmologue à la maison centrale de Saint-Maur, Châteauroux.**

Madame la Présidente,
Mes chers confrères,

Un autre ophtalmologiste devait vous parler aujourd'hui, je me présente donc devant vous sans documents, je fais appel à votre indulgence, mais je ne pensais pas parler au cours de cette remarquable manifestation de médecine pénitentiaire mondiale organisée avec un tel esprit d'intelligence par Madame le professeur Solange TROISIÈRE qui nous a ouvert la voie d'une médecine pénitentiaire de progrès extrêmement humanitaire. Je vous remercie mes chers confrères étrangers et français d'avoir répondu par vos communications de très haut niveau aux questions que nous nous posons.

Je vais tracer devant vous un schéma volontairement amputé car le temps presse.

1) J'ai été médecin de prison en 1947 d'une petite maison d'arrêt à Châteauroux, il n'y a jamais eu de problèmes délicats depuis 1947. L'administration a toujours transporté ou à mon domicile, ou à l'hôpital, dans les meilleures conditions les détenus qui justifiaient absolument ces transferts. Il en va tout autrement dans la maison centrale de Saint-Maur où les effectifs sont plus nombreux, et le seront encore davantage, et si l'on compte environ 10 % de malades d'ophtalmologie, il faut y ajouter 12 % de diabétiques qui sont aussi des malades d'ophtalmologie. En premier lieu une chose qui paraît accessoire pour beaucoup est la correction des amétropies et en particulier des astigmatismes qui causent une gêne permanente au détenu qui peut devenir obsessionnelle et qui est un handicap, dans ce moyen thérapeutique essentiel pour les détenus : le travail. Vous savez pour ceux qui portent des verres dans quelles conditions déplorables ils se trouvent quand on les en prive. La prescription de verres doit être soignée, elle nécessite des locaux, du matériel. Jusqu'à maintenant, je transportais mon propre matériel de mon cabinet à la centrale de Saint-Maur, mais quelles que soient les précautions que prennent les surveillants, il ne va pas sans risque de transporter des instruments fragiles ; d'autre part, et c'est là l'essentiel de la prescription de verres, quelle que soit la capacité des opticiens, ils sont obligatoires. Il serait souhaitable que nous ayons des opticiens conventionnés qui puissent régler sur place les verres et les montures car les m e n s u r a t i o n s

que prennent les ophtalmologistes ne sont pas toujours exactes et un essai manque. Ce point important, s'il est bien traité, évite un certain nombre de complications et permet donc le travail.

2) Le dépistage des affections neurologiques et neurophtalmologiques, par l'examen du fond d'œil et l'examen des champs visuels, nécessite aussi un appareillage coûteux ; je n'en dirai pas plus.

3) La prophylaxie et la surveillance des affections cardiovasculaires, notamment par la mesure de l'indice rétinohuméral et par les examens du fond d'œil, représente un très gros handicap. Nous ne pouvons pas appliquer aux diabétiques et à certaines complications chororétiniennes le traitement par laser car cela demande des transferts très difficiles. Je n'ai eu à transférer, depuis que la centrale de Saint-Maur est ouverte, qu'un seul malade. Cet ensemble nécessite, en résumé, du temps, beaucoup de patience et beaucoup de calme pour gagner la confiance des deux collectivités opposées que sont les détenus et les surveillants. On y parvient par une efficacité thérapeutique et une humeur égale, et c'est très important pour le succès des traitements ; c'est là l'essentiel de ce que je voulais vous dire, malheureusement ce schéma est très amputé, on nous a ouvert la voie d'une médecine humanitaire mais s'il faut faire preuve de cette compréhension humanitaire, il faut également éviter toute naïveté. C'est un autre problème ; je ne voulais parler que d'ophtalmologie et je pense qu'avec les instruments et les locaux que nous allons avoir à Châteauroux à la centrale de Saint-Maur nous pourrions entretenir les contacts souhaitables avec les autres confrères de manière à créer un courant thérapeutique homogène et complet.

Je vous remercie.

**Allocution du docteur Simon BOHBOT,
médecin à l'hôpital central de Fresnes.**

L'athérosclérose et ses complications représentent le fléau social numéro 1 dans tous les pays à haut niveau de vie. En est-il autrement en détention où ce niveau est plutôt bas ? Certainement pas si l'on sait que toutes les mesures de prévention et de recherche utilisées pour combattre cette affection passent inévitablement par l'étude des facteurs du risque cardiovasculaire. Certains de ces facteurs, outre l'âge et l'hérédité, sont d'ordre clinique : comme l'obésité, la sédentarité, le tabac, le stress et surtout l'H.T.A. D'autres sont d'ordre biologique, liés essentiellement aux troubles isolés ou associés

du métabolisme des glucides, des lipides et souvent aux deux, glucides et lipides et depuis quelque temps on associe les troubles des purines ; et, ce qui va faire plaisir aux Marseillais, le docteur Bourdes nous a vraiment inculqué cette notion d'acide urique comme facteur du risque essentiel.

Leur étude en milieu carcéral est originale car leur filiation et leur corrélation ne suit pas toujours l'ordre établi, et se justifie par les constatations suivantes :

- les artériopathies carcérales sont particulièrement évolutives et se déroulent sur un mode quasi expérimental, grillant toutes les étapes elles atterrissent très vite en milieu chirurgical hautement spécialisé ;
- le diabétique joue à sa guise avec la maladie par manque de coopération et de ce fait, deux patients sur dix sont à peine convenablement équilibrés ;
- nos malades sont largement approvisionnés en tabac, dont le mécanisme physiopathologique sera évoqué ;
- l'oisiveté, la sédentarité, le régime pas toujours frugal à l'hôpital prédisposent à l'obésité, laquelle on le sait influe à tous les niveaux du risque ;
- est-il nécessaire de rappeler le rôle du stress, son incidence particulièrement néfaste sur la personnalité à tendance névrotique ou obsessionnelle ?

Ses effets : la décharge de cathécolamines (s'ajoutant à celle provoquée par la nicotine) susceptible d'engendrer des élévations temporaires ou permanentes d'H.T.A. ce qui entraîne des désordres cardiaques, aggravation de coronaropathies ou des troubles du rythme.

Si le mécanisme étiopathogénique de l'athérosclérose demeure encore obscur, la corrélation athérome-lipides-athérosclérose est bien acquise.

Une analyse sur plus de 200 sujets révèle cependant qu'en milieu carcéral la cholestérolémie est plutôt basse ou normale. Le stress n'a aucune influence sur elle.

Il en va cependant autrement de certaines hyperlipidémies mixtes dépendant des glucides, de la prise du poids fréquemment constatés chez le diabétique.

Une étude ponctuelle sera consacrée aux atteintes poly-artérielles où se combine précisément tout un faisceau de facteurs du risque.

Il arrive toutefois de constater des artériopathies patentes en l'absence de toute perturbation biologique. C'est là qu'il faut évoquer la possibilité d'athérosclérose, maladie où prédominent le vieillissement et les divers remaniements enzymatiques et immunologiques de la paroi artérielle.

Nous avons fait une étude sur 100 malades à la prison de Fresnes, et nous avons recueilli une trentaine d'observations des autres centres de détention, des Baumettes, de La Santé, de Clairvaux ; et nous avons pu constater une association des facteurs.

Commentaire du tableau.

Nous avons mis ici les tumeurs, l'hypertension artérielle en vert, le diabète, l'artérite, les coronaropathies, l'augmentation des lipides, l'obésité. Ce que je voulais vous faire remarquer c'est le groupement des taches, une espèce de constellation et vous voyez rarement une pathologie quelconque isolée ; c'est toujours en groupe, ce qui signifie en d'autres termes qu'il y a association des facteurs.

Nous pouvons voir comment ils se disposent dans ce graphique : tumeurs 82 %, hypertension artérielle toujours sur 100 dossiers 40 % H.T.A., 25 % de diabète, 32 % d'artérite, c'est énorme, 30 % de coronarites, rien d'étonnant, on est d'accord avec Paraiso, les lipides 21 %, l'obésité importante à 35 %.

Nous avons essayé d'étudier une corrélation de chaque élément du risque avec les autres. Deux exemples : l'hypertension artérielle corréllée avec le cholestérol 13 % dans notre statistique et avec les lipides. L'hypertension avec tabac 80 % des cas, hypertension avec obésité 40 % des cas.

Pourquoi ce rapprochement ? Le professeur Maynard a fait une étude statistique sur 1 000 cas et j'ai opéré de cette façon pour essayer d'avoir un aperçu de sa statistique ; vous le verrez, il n'y a quand même pas un parallélisme, 30 ou 15 % chez nous pour le cholestérol et les lipides, 30 % chez lui ; tabac 80 %, 15 % chez lui ; obésité 40 % chez nous, 25 % chez lui.

En d'autres termes, les lipides et le cholestérol ne sont pas très élevés dans notre statistique, on a pu analyser 200 chiffres, il n'y avait absolument rien de significatif, le cholestérol est plutôt normal ou légèrement abaissé ; le diabète et l'obésité 30 % rien d'étonnant, les artériopathies diabétiques 25 %. Les lipides associés au diabète 27 % des cas.

En détention, on peut se demander pourquoi une partie de nos malades échappe à la logique de la prescription en ce qui concerne l'H.T.A. Alors qu'ils sont bien mis au repos aux bétabloquants, au régime sans sel, aux diurétiques et même aux tranquillisants. Nous sommes également étonnés de voir, lorsque nous substituons à ces traitements simples les tranquillisants, le repos, le régime, que les chiffres ne grimpent pas plus haut. Comme si faire quelque chose, ou ne rien faire, dans certains cas, je le précise, revenait au même. Est-ce l'excès du tabac, la non-adhésion du malade, l'excès de repos ou l'inoccupation ? Il semble affirmatif que le repos et l'inoccupation peuvent favoriser une hypertension à en juger par une observation du professeur Groscojas rapportée il y a quelques semaines dans le « Généraliste ».

Ce cas de Groscojas est un hypertendu de 35/18 ; il lui faisait faire un effort de 20 flexions et d'autres mouvements d'effort et voyait sa tension retomber à 18 pour la maxima.

Force est donc pour nous de tenir compte de ce fait et de combattre la sédentarité chez nos malades et peut-être de leur donner une meilleure activité. Ceci est possible parce que le malade, replié sur lui-même, exacerbe un peu son tableau et s'écoute.

Un mot sur le diabète-hypertension ; les premiers bétabloquants utilisant le propranolone, avaient entraîné une hypoglycémie importante, ce qui fait qu'ils étaient une contre-indication. Actuellement, d'après le Pr Bouvier, l'acébutolol, le sectral peuvent être utilisés sans danger pour le diabétique.

Les artériopathies, particulièrement évolutives, diffuses, se déroulent sur un mode quasi expérimental. Tabac, très peu d'exercice, diabète non équilibré, chiffre tensionnel entretenu au-dessus de la normale, font qu'elles grillent rapidement les étapes et atterrissent très vite en milieu chirurgical mais récidivent encore très rapidement à cause de la cigarette, entreprise, encore, par le sujet.

Lorsque nous avons pris en main la consultation d'angiologie, nous avons été surpris, avec les chirurgiens, sur le caractère radio-clinique de ces artériopathies, en général haut-situées sur les grands axes aorto-iliaques, parfois artérite étagée et aussi artériopathie diffuse, avec coronaropathie ou atteinte des axes carotidiens. Une caractéristique des artériopathies carcérales tout de même, plus fréquentes qu'à l'ordinaire, ce sont les artériopathies traumatiques.

Nous avons un cas exceptionnel, actuellement hospitalisé à la Pitié, pour une fistule carotidovertébrale à la suite d'une plaie par balle qui lui a traversé la nuque et est sortie par l'angle interne de l'œil. Le malade n'a rien senti, 15 jours plus tard, il était debout, sans aphasia, sans troubles neurologiques et actuellement, mon interne avait senti un souffle dans le front, m'a-t-il dit ; après palpation de ses carotides, il y avait un souffle tunellaire absolument épouvantable.

Un autre cas, qui est exceptionnel, c'est l'embolie artérielle au décours d'une grève de la faim. Le cas a été opéré à Saint-Brieuc avec succès. Pour le diabète, rien à ajouter.

A noter le rapprochement et l'analogie avec le gréviste de la faim et le diabétique. Même chantage, ou alors voulant chercher le contact et s'imposer.

Régime diabétique 100 régimes pour 2 000 détenus et un régime univoque quel que soit le diabète gras ou maigre. Le Pr Bour distingue bien qu'il faut donner 250 calories dans le diabète maigre, certes, mais dans le diabète gras, il faut diminuer beaucoup, descendre au niveau de 160 à 180 calories par jour. De plus, ces artériopathies diabétiques ne sont pas que distales, mais atteignent également les grands axes par artériosclérose.

Le tabac, Monsieur Paraiso en a parlé.

CONCLUSION.

Les facteurs du risque cardiovasculaire existent, mais se corréllent différemment en milieu carcéral. Leur prévention se heurte à l'impossibilité de changer certaines habitudes.

Certes on peut restreindre ou interdire le tabac, encore faut-il trouver le moyen de compenser cette frustration.

— Créer une relation avec les diabétiques davantage psychologique que thérapeutique.

— Favoriser une activité physique revalorisante à tout point de vue.

— Adapter les régimes alimentaires aux catégories de détenus malades, et surtout mieux occuper ces derniers.

— Réduire l'obésité car elle retentit sur tous les autres facteurs du risque.

— Enfin, procéder à une surveillance précoce systématique de dépistage clinique ou biologique.

Cette tâche simple dans son application épargnera l'abus de drogues nuisibles, psychotropes, hypotenseurs, quantité d'insuline, vasodilatateurs coronariens, etc.

Madame Troisier. — Je vais demander maintenant à mon ami le docteur Prevost de vous expliquer ce qu'il a fait à la prison de Vesoul et je voudrais le remercier car il a donné le meilleur de lui-même à cette vie carcérale et il a fait de la prison de Vesoul un petit paradis, je dirais.

Allocution du docteur PREVOST, médecin à la maison d'arrêt de Vesoul.

Madame le Professeur,
Mesdames et Messieurs,

Je suis, comme vient de le dire Madame Troisier, médecin d'une petite maison d'arrêt depuis 18 ans environ ; maison d'arrêt qui compte en moyenne 45 à 55 détenus exclusivement masculins. Quand je suis arrivé dans cette maison d'arrêt j'ai commencé à faire les consultations dans un poste de garde de nuit, ensuite dans une salle d'anthropométrie ce qui n'a pas manqué de me faire sentir combien cet environnement matériel était mauvais pour le colloque entre les détenus et moi-même. Aussi ai-je, avec l'aide de l'Administration pénitentiaire avec laquelle nous nous étions mis pour œuvrer au sens le plus complet du mot, réussi à faire faire un cabinet médical qui, grâce à son ambiance médicale totale, permet aux malades d'oublier pendant un certain temps l'atmosphère de la cellule, de l'atelier, et j'ai remarqué qu'ils parvenaient également à désamorcer l'agressivité des opposants et souvent aussi à compromettre la tactique parfois tortueuse des simulateurs, ce sont quelques remarques que j'ai faites et qui ont facilité considérablement mes consultations. Je dois dire que j'ai trouvé également dans l'Administration pénitentiaire d'une petite ville comme Vesoul où nous vivons dans le domaine de l'Administration pénitentiaire avec eux dans un mouchoir de poche, ce qui fait que nous nous rencontrons très fréquemment, j'ai trouvé une compréhension presque totale, j'ai fait part de mes soucis, en effet nous échangeons des vues très fréquentes sur tel ou tel cas qui nous concerne et qui nous préoccupe, ces échanges de vue sont presque toujours très fructueux et ils deviennent très intéressants lorsqu'ils arrivent à être rapportés aux intéressés qui en sont l'origine parce que cela leur fait comprendre que mes propres soucis à leur égard ne se terminent pas sitôt la consultation terminée.

J'ai pu également grâce à l'aide de Madame Troisier doter notre maison médicale d'une protection psychiatrique, prophylactique et dentaire valable et assez disponible alors qu'avant elle était assez désuète ; mais j'ai surtout pu faire venir dans mon cabinet, pour lequel je n'avais plus de complexes des médecins spécialistes ou hospitaliers de la ville pour la frange de consultation qui dépasse ma spécialité et qui relève du spécialiste sans pour autant nécessiter un matériel qu'il soit possible de déplacer ou l'hospitalisation. A mon appel tous ces spécialistes ont répondu très favorablement ce qui nous a amené un certain nombre de conséquences que j'estime heureuses car les détenus ont appris qu'ils pouvaient avoir l'aide du spécialiste dans un certain nombre de cas et dans l'établissement lui-même, il a fait connaître aux spécialistes la maison d'arrêt et son personnel administratif et le chef de la maison et les détenus par un hublot différent de celui à travers lequel il le voit à l'hôpital. Enfin les transferts ont été considérablement diminués, transferts qui nécessitent toujours un certain nombre de moyens, premièrement un dossier qui retarde la consultation, la mobilisation d'une voiture avec deux agents qui sont bien plus utiles ailleurs que là et surtout renforce considérablement l'action et le poids du certificat d'hospitalisation vis-à-vis des médecins hospitaliers qui quelquefois pourraient subir la pression de la police qui hésite à immobiliser trois agents pour garder un détenu. Je n'ai pas ouvert cet établissement qu'à des médecins spécialistes et je vais faire plaisir à Madame Troisier, j'ai ouvert à l'établissement la médecine pénitentiaire et son évolution car après les journées de médecine pénitentiaire de Strasbourg, de Bordeaux, et j'envisage déjà celle-ci, je fais toujours une conférence à l'ensemble des personnalités qui participent ou qui donnent une partie de leur vie à cette mission pénitentiaire sur les lieux même du travail et j'y invite les magistrats bien sûr, les aumôniers, les religieuses qui viennent nous faire des soins d'auxiliaires médicaux et j'en passe, je trouve toujours un accueil favorable, voilà ce que je voulais vous dire.

Madame Troisier. — Je tiens à ajouter sans vouloir gêner la modestie de mon ami le docteur Prévost, que son installation la plus moderne et la plus confortable a été faite à ses frais et c'est pourquoi je tiens à lui rendre un très grand hommage et le remercier pour l'atmosphère très exceptionnelle qu'il fait régner.

Allocution du docteur DAUOULARIAN, urologue de l'hôpital central des prisons de Fresnes.

L'urologie en milieu pénitentiaire comporte comme n'importe quelle autre discipline dans l'exercice en milieu carcéral ses particularités.

Nous pouvons diviser notre exposé en deux grands chapitres :

- celui de la simulation ;
- celui de l'étude d'affections réelles que vous rencontrerez plus fréquemment que dans la pratique courante.

I. — LA SIMULATION.

Le détenu a tout intérêt à être considéré comme malade. Cela lui permet d'avoir un régime de faveur, de paraître devant ses juges parfois sur un brancard, d'éviter des transferts ou des extractions, de se faire admettre à l'hôpital central, et ainsi de déposer une demande de liberté conditionnelle pour raison médicale.

On rencontre deux types de simulateurs :

- celui qui simule de toutes pièces une affection ;
- celui qui simule ou exagère des symptômes d'une affection existante connue de lui.

A. — DANS LE PREMIER CAS ON PEUT RETENIR.

1) Tout d'abord la colique néphrétique.

Le détenu argue d'un mal de rein uni ou bilatéral. Certes une radiographie immédiate pourrait le plus souvent faire le diagnostic, mais elle est rarement réalisable de suite.

C'est ici que l'examen clinique et l'interrogatoire précis prennent toute leur importance.

Faire préciser par le malade lui-même l'endroit exact de la douleur, recherche d'irradiations, examen en position debout et couchée.

Vous serez surpris lors d'une simulation de trouver beaucoup plus de points douloureux qu'il n'en faut : douleurs en barre, empêchant les mouvements, irradiant vers l'omoplate, la fesse, la cuisse, etc.

Néanmoins il faut demander une radiographie car le détenu même simulateur est revendicatif et il estimera ne pas avoir été examiné correctement.

2) La rétention d'urine.

Il en existe de véritables épidémies. Le simulateur vous déclare qu'il n'a pas uriné depuis 2, 3 et même 4 jours.

Il ne peut uriner devant vous à la consultation.

Le geste thérapeutique est évidemment le sondage évacuateur et, en cas de simulation, il faut pratiquer une instillation de solution de nitrate d'argent à 1/500 après avoir évidemment éliminé les vraies causes de rétention :

- rétrécissement urétral ;
- prostatite aiguë ;
- maladie du col ;
- tumeur bénigne ou maligne de la prostate ;
- le corps étranger ;
- certaines affections neurologiques.

L'instillation de nitrate d'argent en cas de simulation a un effet miraculeux car le malade revu quelques jours après se déclare guéri et refuse toute nouvelle instillation. Il est guéri.

3) Les douleurs testiculaires.

Il s'agit en général de jeunes détenus qui se plaignent de douleurs des bourses, uni ou bilatérales.

A l'examen on ne trouve ni kyste, ni hydrocèle, ni autre anomalie organique. D'ailleurs dès qu'on veut palper les bourses, la douleur est déjà majorée, avant même que l'on fasse le geste de les examiner.

Le simple port d'un suspensoir et la possibilité d'une intervention exploratrice suffit en général à supprimer ces douleurs.

B. — LE SEMI-SIMULATEUR.

Il s'agit de patients qui ayant eu une affection urinaire connue, parfois traitée, en usent ou en abusent.

1) Tout d'abord le néphrectomisé.

Le patient se présente déclarant qu'il a subi une ablation d'un rein dont il faut faire préciser la raison et pratiquer un bilan complet de l'appareil urinaire restant. Le plus souvent le rein unique présente une hypertrophie compensatrice et n'entraîne pas de troubles sérieux.

Toutefois, il faut se méfier en cas de tuberculose d'un retentissement vésical ou urétéral pouvant entraîner à la longue une hydronéphrose progressive de ce rein restant avec destruction du parenchyme.

2) Les hydronéphroses.

Elles peuvent être uni ou bilatérales et le détenu le sachant a tout intérêt à s'en plaindre.

Il faut alors préciser le début des troubles, les symptômes qui ont fait pratiquer en ville une U.I.V., les traitements qui ont été faits, soit médicaux, soit chirurgicaux.

L'importance et l'étiologie guident la conduite thérapeutique. Ainsi, sur ces cas, diapositives 47 a b et c, 150 a, b et c, l'intervention était justifiée.

Les petites hydronéphroses ou pyélectasies simples sont en général bien tolérées sauf en cas d'infection ou d'élimination de sable et peuvent être traitées médicalement.

3) Les lithiases.

Elles posent un problème particulier en milieu carcéral car toutes les conditions y sont réunies pour les favoriser. En effet la vie sédentaire avec manque d'exercice physique, le peu d'eau que le détenu ingère et l'alimentation qui, si elle ne sort pas de grands restaurants est néanmoins abondante et trop calorique.

La lithiase pyélique ou urétérale est très douloureuse mais la lithiase calicelle est la plupart du temps indolore.

Un rein ne devient douloureux que lorsqu'il y a migration de calcul entraînant un obstacle à l'élimination urinaire et que la pression augmente dans les cavités excrétrices.

Dans ce problème des lithiases se pose celui de l'élimination de sable due aux conditions particulières que nous avons dites et là encore, un traitement médical suffit.

J'ai actuellement un malade qui a un calcul calicelle connu depuis des années et parfaitement toléré, mais que j'ai été obligé d'opérer d'un fragment bloquant l'uretère.

Voici quelques exemples de calculs extraits ; diapositives 225 et 226.

4) Les kystes de l'épididyme et du cordon.

Vous aurez souvent l'occasion de voir des détenus se plaindre d'une grosseur douloureuse d'un testicule. Le kyste de l'épididyme ou cordon, formé aux dépens des tubes épидидymaires est classiquement indolore. Le diagnostic en est facile. Il suffit d'appliquer sous la tumeur une source de lumière. Si celle-ci est translucide c'est que vous êtes en présence d'un kyste bénin et le traitement chirurgical est conseillé lorsqu'il est vraiment douloureux et trop important.

Si votre petite tumeur est opaque à la lumière, c'est que vous êtes en présence d'une épидидymite et il faudra alors faire un bilan urinaire complet : culot urinaire avec recherche de BK, toucher rectal révélant parfois une prostatite-vésiculite et U.I.V.

L'épididymite subaiguë ou chronique doit toujours vous faire suspecter une tuberculose génito-urinaire.

Je pense avoir énuméré les syndromes les plus fréquemment simulés. Mais la simulation ne doit être affirmée qu'après un examen complet du détenu, quitte à pratiquer des examens inutiles.

II. — LES AFFECTIONS URINAIRES LE PLUS SOUVENT RENCONTREES EN MILIEU PENITENTIAIRE.

A. — TOUT D'ABORD LE CORPS ETRANGER DE L'URETRE OU DE LA VESSIE.

Habituellement le corps étranger est introduit par le détenu volontairement lorsqu'il veut à tout prix être admis à l'hôpital et ceci non pas dans un but érotigène, mais comme le disait Charles Trénet dans une de ses chansons « passer un petit séjour d'un mois ».

J'ai eu l'occasion de trouver dans l'urètre ou dans la vessie les corps étrangers les plus variés, tels que du fil électrique, des aiguilles, des clous. Diapositives 30 - 105 a, b et 228.

J'ai même eu un récidiviste du corps étranger qui s'introduisait des cartouches de stylo à bille ; mais celui-ci avait au moins l'élégance de changer de couleur de temps en temps.

Le corps étranger de l'urètre ou de la vessie est en général bien supporté et nécessite rarement, sauf quand il entraîne une rétention d'urine, une thérapie d'urgence.

Il est parfois extrait spontanément ou alors il faut l'extraire soit par voie endoscopique avec une pince spéciale, ou par cystotomie.

Le seul problème est que dans les suites se développe parfois un rétrécissement urétral.

B. — LES CONTUSIONS TESTICULAIRES ET RENALES.

Je ne vous parlerai que de celles qui surviennent après des bagarres entre détenus, celles qui se produisent à l'extérieur n'étant pas vues primitivement à l'hôpital central mais secondairement.

La contusion testiculaire peut avoir comme conséquence plusieurs lésions :

- l'hématome superficiel peut prendre des dimensions impressionnantes mais se résorbe en général en quelques semaines ;
- à un stade plus important, c'est la contusion vraie du testicule avec rupture de l'albuginé, réalisant un hématome important qu'il faut parfois drainer par voie chirurgicale ;
- la contusion vraie du testicule entraîne presque toujours une sclérose atrophique dont il faut rassurer le patient ;
- mais il faut se méfier de soi-disant contusion qui peut être révélatrice d'un cancer, d'une épидидymite, ou même d'une torsion du testicule.

La contusion rénale :

- la contusion indirecte après chute sur les pieds peut entraîner la rupture du pédicule rénal, très rare mais dramatique et nécessitant l'intervention d'urgence ;
- la contusion par choc direct est plus fréquente et peut aller de l'hématome sous-capsulaire bénin à l'hématome péri-rénal avec déchirure calicelle nécessitant l'intervention.

Ces hématomes rénaux nécessitent toujours une exploration radiologique avec si possible artériographie qui précisent les lésions et posent l'indication opératoire.

Enfin deux maladies particulières sont rencontrées plus souvent en milieu carcéral qu'en pratique courante :

- la bilharziose vésicale ;
- la chylurie.

Ceci en raison du brassage important d'individus dont certains ont vécu des périodes plus ou moins longues hors de France.

1) La bilharziose.

Je ne vous rappellerai pas ses signes cliniques mais nous devons nous en méfier devant des détenus d'origine méditerranéenne, l'Égypte, l'Asie Mineure, l'Afrique du Nord, qui font une cystite, une hématurie, plus rarement une colique néphrétique par sténose urétérale basse.

Un traitement médical par Ambilhar ou Antiomalise est nécessaire avec parfois une électrocoagulation par voie endoscopique. Diapositives 151 a et b.

2) La chylurie.

Il s'agit d'une émission d'urines laiteuses coagulant rapidement et contenant des lipides et des protides qui est la conséquence de l'obstruction du canal thoracique due habituellement à une filariose mais aussi à une malformation congénitale. Cette maladie se retrouve surtout chez les Africains : Mali, Sénégal, Niger, où l'endémie est importante.

La communication anormale entre les lymphatiques périrénaux et les voies excrétrices peut être traitée chirurgicalement mais les résultats sont aléatoires. Diapositives 74 et 75.

CONCLUSION.

Tout détenu relevant de l'urologie doit avoir, tant de la part du médecin généraliste que du spécialiste, un examen rigoureux pour discerner le vrai du faux.

Allocution du docteur HINDERMEYER, médecin au grand quartier des prisons de Fresnes.

Les visites médicales ont lieu à l'appel des intéressés, demande écrite ou prédépistage de la part du personnel auxiliaire sanitaire ou para-médical, parfois à la demande du personnel de surveillance ou de la direction de l'établissement.

Les prescriptions de médicaments sont effectuées, lors de la consultation médicale, par les internes dans les divisions respectives d'affectation ou par l'interne de garde lors de ses interventions.

Les décisions litigieuses sont présentées au médecin-chef qui, d'autre part, assure seul auprès de la pharmacie de l'hôpital central les prescriptions et demandes de produits non admis à l'Administration pénitentiaire (ex. : Tagamet...).

— Produits d'alimentation artificielle tels que Rénutryl ou autres médicaments ou produits ne pouvant être obtenus que sous son autorité.

— Approvisionnement des appareils de soutien, cannes anglaises, béquilles ainsi que les consultations d'orthopédie, kinésithérapie, appareillage.

Les consultations faites au niveau de la visite médicale non consignées sur un cahier de visite, réinscrites sur feuille volante à l'aide d'un papier carbone, exploitées par les aides-préparateurs en pharmacie avant d'être transmises pour être honorées par la pharmacie de l'hôpital central : rédaction d'une enveloppe pochette portant le nom, le numéro de compte, la position du bénéficiaire dans la division et le nom du prescripteur.

Tout l'approvisionnement nous est fourni par la pharmacie de l'hôpital de Fresnes. Les médicaments non toxiques sont présentés à la pharmacie de l'hôpital de Fresnes.

Les produits médicamenteux représentant des risques de toxicité sont distribués en dilution dans des flacons dont l'ensemble est préparé en division. Une salle spéciale est réservée à cet effet.

La distribution est assurée matin, midi et soir par le personnel auxiliaire sanitaire qui a pour tâche essentielle de faire absorber, en sa présence, le contenu des flacons. Cette formule est destinée à supprimer le stockage.

Consommation moyenne, à titre d'exemple, pour la journée du 17 août :

1ère DIVISION.

Effectif total : 571.

— Nombre de flacons :	
matin	86
midi	39
soir	119
— Nombre de sachets	117
— Nombre de malades en traitement :	
produits dilués	144
produits en sachets	117

2ème DIVISION.

Effectif total : 726.

— Nombre de flacons :	
matin	134
midi	89
soir	166
— Nombre de sachets	147
— Nombre de malades en traitement :	
produits dilués	198
produits en sachets	147

3ème DIVISION.

Effectif total : 685.

— Nombre de flacons :	
matin	83
midi	65
soir	149
— Nombre de sachets	108
— Nombre de malades en traitement :	
produits dilués	149
produits en sachets	108
Effectif du jour pris en considération :	
1ère division	571 (
2ème division	726) total 1 982
3ème division	685 (

Donc sur un effectif considéré de 1 982 détenus, 823 sujets sont soumis à **traitement non répétitif**, ce qui représente près de 42 % de la population pénale de l'établissement.

A cette distribution il faut ajouter, selon les périodes, au total des médicaments distribués en une journée : flacons, sachets, une moyenne de 25 à 30 soins divers par division (injections diverses, pansements, urgences en rapport avec des accidents survenus sur les lieux de travail) :

- plaies ;
- traumatismes, contusions ;
- accidents de cellule ;
- automutilations.

Les détenus faisant appel au médecin, sont vus lors des consultations pratiquées par les internes de division à jours fixes : 5 vacations de 3 heures par semaine.

Ils sont revus à la diligence du médecin traitant ou suite à un nouvel appel de leur part par demande écrite. La durée d'attente n'excède pas 48 heures.

Les cas urgents signalés ou se signalant à l'attention du service médical en dehors des heures normales de service sont soumis à l'appréciation de l'interne de garde.

Les consultations spécialisées pratiquées en division sont effectuées par :

— psychiatres : 5 médecins vacataires, année 1977 : 4 357 consultations ;	
— dermato-vénérologie : 3 médecins vacataires, année 1977 : 6 231 consultations ;	
— cabinet dentaire : 5 dentistes, année 1977 : 5 792 consultations ;	
— psychothérapie : 2 psychologues, année 1977 : 1 058 consultations.	
A titre d'exemple, pour l'année 1977 :	
— consultations médicales effectuées	11 535
— soins dentaires dispensés	5 792
— actes infirmiers :	
injections diverses	10 408
soins	26 009

LES REGIMES ALIMENTAIRES.

Les préparations à la cuisine de l'hôpital central ne peuvent être distribuées qu'à concurrence quantitative de 100 (cent) faute de personnel et des conditions matérielles de distribution — absence de chariots et plats chauffants. Actuellement 115 à 120 régimes divers sont en attente, 100 régimes sont distribués.

Priorité des régimes attribués aux cardiaques, hépatiques, diabétiques, ulcéreux, édentés (ces derniers représentent 40 % des régimes).

Le suivi de cette comptabilité en rapport aux diverses mutations de cellules, d'affectation nouvelle, d'admission à l'hôpital central, de transfert sur établissements extérieurs, demande la collaboration efficace de personnel classé faute de personnel dit « responsable ».

La continuité d'un effectif, difficile à réaliser en raison de l'inconstance d'une affectation rend la mise à jour trop souvent difficile à réaliser, les détenus classés sont transférés dès leur condamnation effective et la qualité du personnel ne répond que de très loin aux exigences du service.

Une visite médicale systématique a lieu à l'entrée de chaque détenu en division.

Le dépistage systématique de la tuberculose est assuré par la D.A.S.S. de Paris (appareil de radiographie démontable) qui nous adresse les radiophotos et les comptes rendus.

Allocation du docteur DE LA TOUR, radiologue à l'hôpital central des prisons de Fresnes.

S'il n'existe pas de preuve formelle à l'appui d'une surconsommation radiologique en milieu pénitentiaire, les statistiques néanmoins attestent l'existence d'une consommation sélective, et mettent en évidence l'importance de la radiologie digestive. Celle-ci est essentiellement axée sur le dépistage des ulcères bulbaires, à propos desquels il n'est pas exagéré de parler d'une véritable pathologie carcérale.

Pour le radiologue que je suis, il aurait été intéressant de présenter une étude comparative de la consommation médicale radiologique en milieu normal et en milieu pénitentiaire.

Faute de données statistiques précises sur la demande radiologique en milieu ouvert, il me reste à vous livrer le résultat des observations qu'il m'a été donné de faire au cours de nombreuses années de pratique hospitalière en milieu carcéral, en insistant sur ce qui paraît être caractéristique de la demande de la population pénale.

De fait, il existe une radiologie particulière au cadre pénitentiaire, axée, essentiellement, sur la radiologie du corps étranger, et sur le dépistage des ulcères gastro-duodénaux.

Je ne m'attarderai pas sur la pathologie du corps étranger à l'origine pourtant de demandes fréquentes, et malgré son caractère typique, car il s'agit surtout d'une radiologie de contrôle. En l'occurrence, notre rôle se borne à suivre le trajet du corps étranger, après ingestion ou introduction. Les interventions, en effet, sont rares, et l'évacuation se fait, dans la plupart des cas, sans complications (1/100 seulement de perforations).

Par contre, il convient d'attirer l'attention sur l'importance de la pathologie qui justifie une part très notable de notre activité radiologique, et sur un caractère propre à cette pathologie : la lésion duodénale.

Année	Nombre de transits	Transits normaux	Ulcères bulbaires caractérisés	Aspects inflammatoires
1957	180	62,5 %	20,5 %	17 %
1962	455	44 %	35 %	21 %
1968	273	54 %	28 %	18 %
1977	372	77 %	16 %	7 %

L'examen de ce tableau statistique, portant sur une étude des 20 dernières années, dont nous avons extrait 4 années significatives, fait apparaître l'importance du nombre des ulcères duodénaux par rapport au nombre des transits normaux, d'une part et au nombre des images de type inflammatoire d'autre part.

Ces ulcères bulbaires, dont on peut noter la fréquence (9 ulcères bulbaires pour l'ulcère gastrique, proportion également retrouvée par le médecin militaire Laverdant) constituent à nos yeux, une véritable maladie carcérale, avec symptomatologie d'appel souvent atypique.

A la recherche d'une explication, on peut évoquer des facteurs nutritionnels, mais surtout des facteurs psychiques (cadre anormal de vie imposé à des sujets à caractère souvent prénévrotique).

Sans doute la population pénitentiaire, pour une grande part étrangère d'origine méditerranéenne et jeune, est-elle plus sensible qu'une autre aux stress, ressentis de façon plus intense et agissant comme facteur déclenchant.

Cette hypothèse semble s'être vérifiée au cours de l'année 1962, témoin d'événements politiques contraignants, et à propos de laquelle le tableau met en évidence une augmentation très sensible des lésions gastro-duodénales.

Ces constatations rejoignent les résultats des études expérimentales de Bonfils, sur les ulcères de contrainte chez l'animal, et les observations des médecins militaires (notamment de Laverdant) sur l'apparition rapide de ce type d'affection chez les jeunes soldats du contingent pendant la guerre d'Algérie.

La régression enregistrée ces dernières années, et que souligne la statistique de 77, corrobore la thèse précédente. On note, en effet, un rajeunissement sensible de la population pénale (les troubles digestifs sont assez rares chez les jeunes au-dessous de 18 ans), et une amélioration nette des conditions de détention, et notamment de l'alimentation.

Nous estimons que l'importance du nombre des transits digestifs pratiqués se trouve justifiée par le fait qu'il s'agit, alors, d'un véritable examen de dépistage.

Plus récemment, nous avons enregistré également un accroissement de la demande dans le domaine de la radiologie traumatique et de la radiologie rénale.

En ce qui concerne la radiologie traumatique, nous sommes amenés à pratiquer, de plus en plus fréquemment, des clichés de fractures, et notamment de fractures par balles, ou de lésions osseuses contractées au cours de la pratique des sports.

La radiologie rénale, quant-à elle, essentiellement les U.I.V. met en évidence une augmentation du nombre des lithiases rénales.

Si l'on considère, maintenant, l'aspect quantitatif de la consommation radiologique, il importe de souligner l'accroissement régulier de notre activité en milieu pénitentiaire, qui va de pair avec un accroissement de la population pénale.

Sans que l'on puisse parler de surconsommation radiologique, il faut néanmoins parler d'une consommation accrue par rapport à celle d'une population normale, à âge égal, et surtout d'une consommation sélective correspondant à une pathologie plus spécifiquement carcérale.

Allocution du docteur BARRIO (Espagne).

Madame la Présidente,

Mes chers confrères,

Mesdames, Messieurs,

Je suis heureux de prendre la parole devant un public aussi extraordinaire, aussi compétent et international.

Je voudrais un peu sortir de ce panorama de la consommation de médicaments. Ce qui concerne mon travail en Espagne ce sont les minorités ethniques, c'est-à-dire les marginaux. En tant que psychanalyste neurologue, je crois que nous avons un gros problème aujourd'hui avec les traitements psychothérapeutiques sur les minorités en prison. Nous avons dans la région du nord de l'Espagne, à Saint-Sébastien, Navarre, Pampelune, des petites prisons qui ont affaire avec des minorités de gitans, des émigrés qui sont du Sud et qui viennent travailler dans le nord de l'Espagne et ces émigrés pratiquent des types particuliers de délits.

Pour traiter cette minorité et appliquer une psychothérapie valable, il faut connaître leurs infrastructures culturelles. On voit dans cette clientèle qu'il y a un problème d'adaptation dans le contact avec une population un peu étrangère à cette minorité ; ce sont des Andalous qui arrivent dans le nord de l'Espagne pour travailler dans un pays industriel. La famille s'installe dans ces régions ; du point de vue délictuel et criminel, il n'y a pas de problèmes avec eux, mais ce sont les enfants qui vont nous poser des problèmes d'adaptation. Ces problèmes sont la base de l'infrastructure culturelle ; c'est le même cas pour les gitans, qui sont des nomades, il faut les traiter avec une psychothérapie poussée jusqu'à la psychanalyse car c'est un problème familial très compliqué ; il faudra 2 heures pour expliquer à une famille de gitans comment cela fonctionne. Pour appliquer une psychothérapie valable à ces populations, il faut l'infrastructure culturelle de ces minorités. Je crois que pour arriver à avoir la confiance de ces minorités, il faut arriver à connaître parfaitement les problèmes de son développement qui ont existé pendant longtemps dans mon pays.

Je ne veux pas m'étendre davantage sur le problème car le docteur Torrez Sanchez qui va vous parler est plus au fait de l'Administration pénitentiaire que moi, car je travaille en majeure partie au Pays Basque. Je laisse donc la parole au docteur Torrez Sanchez.

**Allocution du docteur Torrez SANCHEZ,
médecin inspecteur général de l'Administration pénitentiaire espagnole.**

Madame la Présidente,

Mes chers collègues et amis,

Je suis très heureux de retrouver les amis avec lesquels j'ai participé au congrès en Espagne.

J'ai entendu des collègues expliquer qu'il n'y avait pas de psychiatres pénitentiaires dans leur pays. Il y a des médecins pénitentiaires mais pour certains services, il faut des spécialistes. En Espagne, nous avons des médecins pénitentiaires, moi-même je l'ai été pendant trente ans — durant cette période, j'étais aussi directeur de l'hôpital psychiatrique pénitentiaire de Madrid. Par la suite a été créé le Corps administratif qui se nomme le Corps technique de l'Administration pénitentiaire. Dans ce corps, il y a des psychiatres, des psychologues, des criminologues, des neurologues et des moralistes, etc. Il est très important que les membres de ce corps soient aptes pour la médecine, mais il faut aussi qu'ils connaissent le Droit pénal et administratif. Nous sommes un corps médical et administratif et c'est la raison pour laquelle les centres psychiatriques sont tenus et administrés par les psychiatres qui sont à la fois, médecins et administrateurs. Nous avons créé la centrale d'observation comme dans d'autres pays, tels que l'Italie et la France mais il existe aussi dans toutes les prisons des équipes qui s'occupent de la personnalité — ces équipes sont formées de psychiatres, de psychologues, de criminologues qui classent les détenus, les traitent du point de vue psychologique et éducatif, avec le concours d'éducateurs vivant quotidiennement avec les détenus, les dirigeant dans les divers quartiers à l'intérieur de la prison (mineurs, primaires, récidivistes ou politiques) ils sont orientés aussi du point de vue médical.

Il existe maintenant à Madrid un cours de formation destiné aux équipes médicales pénitentiaires — les médecins qui rentrent dans ces équipes, doivent obligatoirement suivre ces cours et étudier les problèmes administratifs.

Je suis très content d'être venu écouter les différents orateurs. Je prends note pour donner à mon retour à Madrid les impressions générales sur la médecine pénitentiaire dans les divers pays représentés ici.

Nous sommes en Espagne, comme vous le savez, dans une période de mutation, nous essayons de changer l'attitude générale de la population pour passer de la dictature à la démocratie. C'est la raison pour laquelle des mouvements ont éclaté dans les prisons, en raison de l'amnistie accordée aux 300 détenus politiques, les détenus de droit commun voulant bénéficier des mêmes avantages. L'Espagne compte 70 prisons (petites maisons d'arrêt et grandes centrales), il existe aussi des établissements psychiatriques, un hôpital pénitentiaire et un centre pour détenus malades mentaux. Certains établissements ont été détruits en totalité. L'hôpital psychiatrique qui comprend 250 malades et 60 infirmières et personnel hospitalier, est resté calme, malgré la venue de détenus les plus dangereux et agités venant de la grande maison centrale voisine de Caravancel. La leçon à en tirer est la réorganisation des prisons en Espagne. Elle sera révolutionnaire et tiendra compte des derniers événements tendant vers la démocratie, aussi bien au niveau médical qu'administratif, et personnel de surveillance — réforme de la société pénale.

**Allocution du docteur PETIT,
médecin de la maison d'arrêt de Montpellier.**

Madame Troisier, vous m'avez demandé hier soir, alors que j'étais préoccupé par un petit vin blanc, de faire ce matin une communication.

Je vous avoue humblement que j'étais venu à Dijon uniquement pour écouter — alors je ne vous ferai part ce matin que de quelques réflexions qui s'adressent surtout à tous mes jeunes confrères de l'Administration pénitentiaire.

La première réflexion s'adresse à notre ami le docteur Rougeot, dont la profession de foi d'hier, nous a rappelé que nous aussi, nous avons connu ces moments d'intense émotion, d'ailleurs c'est pourquoi nous sommes tous là aujourd'hui encore et je crois que seuls les médecins pénitentiaires que nous sommes, ont pu vous comprendre. Avant, vous étiez des nôtres, à présent Madame Troisier nous sommes tous des vôtres. Je voudrais cependant combler une lacune, c'est l'oubli que l'on a fait de nos petites maisons d'arrêt dont les problèmes sont par principe les mêmes que ceux étudiés ici dans les grandes boîtes, mais qui sont par nature, fort personnalisés par la mission d'un médecin qui agit seul, exclusivement seul, face à toutes les situations, qu'elles soient sanitaires, judiciaires, administratives, quelquefois politiques.

La deuxième réflexion qui concerne les thèmes de ce congrès, je dirai que la désintoxication des toxicomanes en prison, est depuis longtemps réglée à la maison d'arrêt de Montpellier. Par exemple, (je signale qu'il s'agit d'une maison de 70 places dont le record de population pénale est de 201 détenus) cette procédure qui est actuellement admise par tous aujourd'hui, à savoir que la prison est le seul rempart efficace contre l'approvisionnement en toxiques, et qu'elle est le tremplin idéal à l'action psychothérapique et sociale qui doit et qui devrait obligatoirement en découler.

La troisième réflexion concerne la consommation médicale outre les abus de surmédicalisation qui complique à mon avis plus qu'elle n'arrange le rôle du médecin face à la population pénale et à l'administration, qui doit avant tout répondre à une stricte nécessité thérapeutique. Nos petites maisons d'arrêt connaissent bien le problème, sachant pertinemment en philosophant à la Malthus, passez-moi cette expression, que la distribution prolifique de médicaments et de consultations médicales spécialisées et psychiatriques fait accroître d'autant plus la demande des détenus même non nécessiteux.

En conclusion, tout en regrettant que les communications n'aient pas donné lieu à davantage de discussions, je souhaite que tous les médecins pénitentiaires n'hésitent pas à diffuser leur expérience au service du monde carcéral et qu'ils se rappellent que pour tout détenu, ils peuvent tout et doivent tout.

**Allocution de Mme ROUSIERE,
esthéticienne de la maison d'arrêt des femmes de Fleury-Mérogis.**

Dans toutes les civilisations anciennes, qu'elles soient égyptiennes, grecques, romaines, chinoises ou incas, l'homme a toujours eu le souci d'améliorer ses conditions d'existence. A côté des préoccupations philosophiques, morales, matérielles que cela suppose, nous trouvons une recherche artistique dont l'une des facettes est l'amélioration de l'esthétique humaine.

C'est pourquoi il serait faux de croire que le développement de notre profession dans la société actuelle n'est dû qu'à la création d'un récent besoin artificiel. A ce sujet, j'aimerais dissiper un préjugé encore trop répandu, préjugé qui tend à considérer notre activité comme futile voire superflue. Cette idée se doit d'être corrigée, aussi

vais-je tenter de vous dire où et comment un nombre croissant d'esthéticiennes, conscientes d'un certain devoir social à accomplir, ont voulu par leurs pratiques contribuer à l'épanouissement individuel.

Ainsi, l'esthétique, sans renier sa vocation première qui est d'embellir ce que j'appellerai les apparences, n'est plus réservée exclusivement à une catégorie sociale aisée. Limitée il y a quelques années à la clientèle des instituts de beauté, ses applications se sont considérablement élargies. Actuellement, l'esthéticienne trouve sa place dans les maternités, dans le domaine des chirurgies esthétiques et réparatrices, auprès des personnes âgées, en milieu psychiatrique et enfin, plus récemment dans le monde des prisons.

Comme vous pouvez le constater notre métier s'adresse désormais à des groupes humains à priori divers, néanmoins il s'en dégage une unité profonde et grande car, pour chacun d'entre eux, notre approche fondamentale est toujours la même : nos mains qui touchent, palpent, massent sont notre outil de travail, la peau, notre unique champ d'activité. La peau qui depuis la nuit des temps a été le support de messages plus ou moins magiques : je veux parler du tatouage. Cette lésion cutanée, moyen d'expression agressif et violent, valorise la peau et la fait exister par les artifices du signe. Par son état d'inaltérabilité, cette marque intègre l'individu dans son identité affective, sociale et sexuelle. Vous avez aussi sûrement remarqué qu'en langage argotique la peau a une place importante, par exemple les expressions : « Je t'ai dans la peau », « J'aurai ta peau », « se faire la peau », témoignent de la vie, du cœur, de l'être tout entier, du moi.

Le tatouage et le langage argotique ne trouvent-ils pas une explication dans le fait que cette membrane vivante et sensible, à l'affût de toutes sollicitations n'est pas seulement une simple enveloppe de notre corps. En effet, la peau a pour origine le même tissu embryonnaire que le cerveau. Elle lui transmet immédiatement les informations qu'elle reçoit. Ce fonctionnement organique est d'une extrême importance, toutes les prérogatives de notre action d'esthéticienne en découlent. En posant nos mains sur le visage, zone privilégiée de l'identité, nous nous mettons à l'écoute de notre patiente, en l'acceptant telle qu'elle est. Cette communication immédiate nous permet de saisir l'image qu'elle a d'elle. A nous de la modifier en lui donnant la possibilité de s'en créer une autre, moins frustrante, plus rassurante. Ainsi, nous aidons chaque femme, sans distinction, à recréer une harmonie morale à partir d'une harmonie physique.

Aujourd'hui, nous nous limiterons à exposer le rôle de l'esthéticienne auprès de malades mentales et de femmes incarcérées, bien entendu, nous n'aborderons que succinctement l'aspect technique de ce métier en nous attachant à développer tout particulièrement sa portée psychologique.

En janvier 1967, le professeur Lelord et le docteur A. Martin, dans un esprit d'avant-garde, nous faisaient l'honneur de nous accueillir dans leurs services de psychiatrie. Trois ans plus tard, ils présentaient devant les membres de la Société médico-psychologique, une communication traitant de « l'esthétique » à l'hôpital psychiatrique. Ce n'était d'ailleurs que le prélude à une publication plus étoffée, parue dans les annales médico-psychologiques et ne portant alors que sur 7 années de travail en commun.

Le salon esthétique, tout à fait indépendant des institutions psychiatriques, représente une liaison avec le monde extérieur. L'ambiance même du local, son décor, les conversations diverses sur la mode, la couleur d'un rouge à lèvres, ou sur tout autre sujet, à l'exclusion toutefois des troubles dont les malades sont affectées, créent une diversion rompant momentanément la monotonie de leur journée, parfois leur isolement volontaire et les détournent passagèrement de leur idée fixe ou de leur anxiété.

Notre présentation revêt une certaine importance, l'esthéticienne ne porte pas de blouse blanche, symbole des soignants hospitaliers ; elle est la personne étrangère à l'hôpital donnant ainsi une ouverture toujours plus grande au service. Elle est disponible pour s'occuper de ses patientes, écouter aussi bien le discours de la délirante qu'admettre de façon compréhensive, les réactions d'immaturité des jeunes débiles ainsi que les manifestations caractérielles de la névrosée : de par toutes ces attitudes, la méfiance systématique de certaines malades est atténuée. De plus, cette animation fonctionne régulièrement à jours et à heures fixes, pouvant servir de repérage de temps et de lieu.

C'est dans ce climat qu'interviennent alors les diverses techniques esthétiques, lesquelles comportent deux méthodes :

- l'une passive : la malade subit le soin ;
- l'autre active : elle l'exécute.

LA METHODE PASSIVE consiste en un ensemble de pratiques destinées :

- à **lutter** contre les modifications cutanées parfois consécutives à

des effets secondaires des neuroleptiques (hypertrichose, pigmentations, sécheresse de la peau ou au contraire séborrhée) ;

- à **améliorer et dissimuler** les séquelles d'une maladie ou d'un traumatisme qui peut avoir un rapport direct avec l'état actuel des malades (par exemple : cicatrices dues à une tentative de suicide) ;
- à **atténuer** les effets d'un vieillissement mal vécu.

Ces principales manœuvres esthétiques sont les suivantes :

a) **l'épilation** des sourcils à la pince, de la lèvre supérieure et du menton à la cire redonnant la netteté du visage. Dans certains cas, ce simple résultat a provoqué le désir d'un retour à la propreté, voire même à la coquetterie avec une recherche dans la coiffure et dans le vêtement : cette parure qui extériorise une part de notre être social mais est aussi l'expression de notre être intime.

b) **le modelage facial** : contact humain, peau à peau, communication authentique, son intensité et son rythme sont fonction de la réceptivité de la patiente : à malade agitée, effleurage doux, à malade prostrée, modelage énergique. Le modelage facial stimule la circulation sanguine, les récepteurs nerveux de la sensibilité cutanée et l'irrigation des téguments et des muscles sous-jacents. Tout ceci agit directement sur le système nerveux central dans son ensemble. Grâce à ce facteur de relaxation qui décontracte, contribue à réhabiliter, un dialogue peut s'établir, le bonheur d'être écoutée apaise. Cette libération peut s'accompagner d'une reprise de conscience de certaines parties du corps des patientes dont elles avaient perdu la notion : c'est la restructuration du schéma corporel, toujours très perturbé chez la malade mentale.

c) **le maquillage** dissimule les défauts du visage, corrige les cernes dus à la fatigue, atténue une extrême pâleur ou une coloration excessive. Il apprend à la patiente à se mettre en valeur soit en conservant sa personnalité ou mieux encore, lui permet de la découvrir : l'image nouvelle reflétée dans le miroir que l'esthéticienne ne manquera pas de lui présenter à la fin de chaque séance, l'aide à se réconcilier avec elle-même. De plus, la malade maquillée est regardée avec plaisir par son entourage, ce qui facilite sa communication avec celui-ci. Rassurée sur son aspect physique, elle reprend confiance en elle-même, assumant ainsi plus rapidement sa propre prise en charge et, par là-même, facilitant sa réinsertion future.

Devant les effets spectaculaires du maquillage, il est apparu profitable à la malade d'apprendre à se maquiller elle-même, c'est-à-dire : la METHODE ACTIVE.

Des cours d'auto-maquillage furent alors organisés. Nous avons pu constater l'intérêt que les malades se portaient mutuellement, suscitant leurs conseils réciproques. Allant plus loin, nous avons imaginé de créer des séances de maquillage de groupe. Les malades se choisissent entre elles en fonction de leur affinité, ou, au contraire, de leur aversion, pour former le couple « maquilleuse-maquillée ». L'acceptation de se faire maquiller par une autre représente déjà une forme de communication.

Cette sollicitation permet à certaines malades de dominer leurs difficultés motrices ou manuelles. Bien entendu tous ces soins ne peuvent se concevoir en dehors d'un travail d'équipe coordonné par le psychiatre. L'interprétation du maquillage (agressif ou trop discret, les couleurs choisies), nécessite en effet cette participation. Ces séances facilitent aussi le discours et provoquent des réflexions intéressantes, de nombreux fantasmes ont surgi ainsi que, parfois, de véritables constructions délirantes. Le salon de beauté devient alors atelier d'expression donnant aux soins esthétiques une dimension nouvelle. Ce travail a fait l'objet, à la faculté de médecine de Tours, d'une soutenance de thèse en 1976 due au docteur Guittet, intitulée « Maquillage et image du corps. Perspectives thérapeutiques en psychiatrie ».

Comme vous pouvez en juger, sans prétendre résoudre une quelconque part du problème médical posé par ces malades, l'esthétique peut devenir un adjuvant des traitements médico-psychologiques favorisant la réinsertion sociale.

Suivant un ordre chronologique et passant d'un monde clos à un autre, il m'a semblé naturel de prolonger en milieu pénitentiaire les expériences esthétiques tentées auprès des malades mentales. Pourquoi naturel ? Parce que dans l'un et l'autre cas, il s'agit de femmes déshéritées dont il importe d'adoucir la condition et de préparer le retour parmi nous.

C'est ainsi qu'en mai 1973, j'ai été autorisée à pénétrer à la prison des femmes de Fleury-Mérogis, et Mme le professeur S. Troisier m'a permis de continuer mon action et ainsi compléter mon expérience.

J'ai constaté que la seule liberté qui est permise à ces femmes réside en elles-mêmes. C'est un problème d'autant plus fort et grave

qu'elles sont parfaitement conscientes de leur état. Le rôle de l'esthéticienne tend à obtenir une participation active et volontaire de leur part pour les aider à vouloir revivre normalement. J'ai pratiqué différentes formes de contacts :

- séances d'information sur l'esthétique ;
- soins divers ;
- questionnaires.

Il semble s'en dégager deux intérêts thérapeutiques :

- d'une part, au niveau du corps ;
- d'autre part, au niveau du moi.

AU NIVEAU DU CORPS :

- avec un effet de relaxation (massages, masques) et la mise en valeur du type physique (maquillage).

On peut y ajouter un rôle éducatif (hygiène, utilisation rationnelle des produits de beauté ; ces éléments étant apportés au cours de séances d'informations suivies de débats).

AU NIVEAU DU MOI :

- après une prise de conscience, l'influence des soins esthétiques remplit une fonction psychothérapique sous différentes formes :

* **l'aspect relationnel** : les détenues échappent à l'isolement d'une cellule, l'atelier d'esthétique représente alors un lieu de répit, de support des échecs, de soutien, de rupture de la solitude, de sécurisation, elles peuvent se raconter leur drame, discuter des problèmes féminins, confronter leurs opinions, ébaucher ou structurer une réorganisation de leur avenir, c'est la redécouverte de la parole et de l'écoute, facilitant la communication avec autrui. Voici ce que déclare l'une d'entre elles : « Nous oublions pour quelques heures que nous ne sommes que des matricules pour redevenir des femmes vivantes, heureuses de s'embellir pour soi-même et pour les autres. A chaque fois que je sors de vos cours, je me sens plus neuve, plus légère, plus normale, c'est-à-dire plus proche de tout ce qui est **extra-muros**. »

Cette possibilité de communication me semble particulièrement importante pour les droguées qui ont souvent un problème de personnalité ou une difficulté relationnelle ; ne recherchent-elles pas souvent à travers la drogue le support d'une relation avec les autres d'où le caractère généralement communautaire de l'utilisation des différentes substances hallucinogènes, euphorisantes ou autres ?

Pour ces détenues dont la vie est brusquement suspendue, l'esthéticienne là encore, représente l'autre, celle qui vient de l'extérieur, les resituant dans le temps et dans l'espace momentanément morcelé et surtout figé. En outre, elles peuvent attendre quelque chose de positif : le jour de la prochaine séance esthétique. Quelques-unes de leurs réflexions : « Cette journée fut comme une éclaircie dans la grisaille et la monotonie qui semble faire de nos journées des heures qui s'allongent toutes semblables » ou encore : « Vos crèmes ont un parfum de liberté. »

De plus, c'est un moyen de lutter contre la dépression et l'auto-dépréciation, pouvant aboutir à une issue extrême. Bien souvent, elles désinvestissent le monde extérieur, elles ne l'aiment pas et en même temps ne s'aiment pas par suite d'un appauvrissement de leur narcissisme : à l'esthéticienne de susciter l'amour de leur image. Une troisième écrit : « Vos cours, le temps qu'ils durent et après m'apportent l'évasion nécessaire à l'équilibre qui devient, surtout ici, forcément fragile. Vous me donnez la joie de me sentir femme, malgré tous les aléas de la prison. »

* **l'aspect de resocialisation** : au sein de ce microcosme, elles prennent conscience qu'elles ont toutes une valeur physique, elles s'acceptent, et par là, acceptent mieux les autres : l'aspect soigné est une des conditions **sine qua non** de se respecter, donc : respecter les autres, toute première condition pour affronter le plus tard... dehors.

J'exige qu'elles prennent une part active à la séance, soit en se prodigant mutuellement des soins esthétiques faciles à réaliser : manucurie, épilations, masques, maquillages, soit en m'écrivant un résumé du vécu de la séance. Chacune se rend donc utile et participe au bon fonctionnement de l'activité. Ainsi, selon la théorie de Goffman, l'occasion leur est donnée de jouer un rôle. Ce jeu prend alors une dimension sociale qu'elles ont bien entendu perdue et leur permet de se découvrir et de se reconstruire. Une de leurs réflexions : « la confiance en soi, l'assurance que donnent les soins esthétiques à la femme sont inexprimables ».

Enfin, certaines ont trouvé dans cette expérience une possibilité de formation professionnelle en vue de leur retour à la vie active, par exemple : « Le métier d'esthéticienne me plairait, je voudrais en découvrir toute la richesse et la beauté, il me serait très utile puisque mon mari est coiffeur. »

Vous constatez vous-même qu'il y a là une dimension éducative qui concourt à former le jugement de la délinquance dans la perspective de sa réinsertion future. L'une d'elles m'écrit : « Souvent le fait d'essayer de paraître soignée et coquette n'est pas un signe de vénalité mais, au contraire, une sorte de preuve à soi-même que tout n'est pas perdu. »

En résumé, l'activité de l'esthéticienne semble ne devoir pas être négligée par tous ceux qui cherchent une amélioration des conditions de vie carcérale.

La présence près de ces femmes, de ces isolées, de ces marginales, est un moyen simple qui, sans outrepasser ses possibilités, ni proposer des buts trop ambitieux, peut les aider progressivement à se prendre elles-mêmes en charge. Par ce support actif, l'esthéticienne s'oppose au laisser-aller qui leur est souvent naturel, stimule leur coquetterie en les amenant à éprouver un petit regain de sympathie pour elles-mêmes, de plus, il ne faut pas oublier que l'entretien et la conservation de leur physique exigent une discipline quotidienne provenant d'un ensemble de qualités morales : volonté, respect de soi, respect des autres.

Si l'on se souvient que la peau et le cerveau sont issus du même feuillet embryonnaire qui a poussé dans deux directions : l'une vers ce qu'il y a de plus superficiel, la peau, l'autre vers ce qu'il y a de plus profond, de plus secret, le cerveau, l'on saisit mieux la pensée de Paul Valéry écrivant dans son livre **L'idée fixe** : « Ce qu'il y a de plus profond chez l'homme c'est la peau. » En faisant nôtre ce paradoxe, nous découvrons toute la force et la richesse de nos techniques manuelles esthétiques.

Le poète dit aussi : « La peau sépare le monde en deux espaces : côté couleur, côté douleur. » En sollicitant la peau, nous nous adressons à l'intérieur, à la souffrance, à cette angoisse qui nous habite tous et nous tentons de la soulager.

Ce contact corporel primitif et sécurisant, figurant la relation symbiotique mère-enfant, ne contient-il pas beaucoup plus que ce que disent parfois les mots ?

**Allocution de Monsieur J. TALBERT,
magistrat à l'Administration centrale.**

Mon allocution concerne essentiellement deux domaines dont j'ai la charge à l'Administration centrale. C'est l'alimentation des détenus et leur travail.

En ce qui concerne l'alimentation, on a fait plusieurs fois des allusions au rôle du médecin dans ce secteur, et je crois qu'il est quand même intéressant de préciser quelle est la position de l'administration et de dire qu'elle souhaite que les médecins des prisons interviennent dans ce domaine, notamment pour la conseiller. Il est tout à fait normal que le médecin intervienne pour la surveillance de l'hygiène ; qu'il passe fréquemment dans les cuisines, qu'il vérifie comment la nourriture est préparée. Le médecin a aussi un rôle important (et là, il faut bien dire qu'il peut entrer en conflit avec l'administration) en ce qui concerne l'attribution des régimes. Il est certain qu'à l'hôpital de Fresnes, par exemple, il existe un grand nombre de régimes qui sont prévus et dans ce cas, il n'y a pas de problèmes, par contre, où il y en a, c'est lorsqu'on se trouve dans des établissements, je dirai normaux et où le médecin se trouve en but à des demandes de détenus qui essayent d'obtenir une sorte de statut particulier par le biais d'un régime alimentaire.

Il faut savoir une chose : il est tout à fait normal que le médecin attribue un régime alimentaire à quelqu'un pour lequel c'est médicalement nécessaire, mais les crédits attribués en matière d'alimentation sont des crédits budgétaires qui font partie d'une enveloppe. Cette enveloppe est elle-même définie en début d'année et elle est calculée sur la base du taux alimentaire de l'armée moins 15 %. Cela représente un progrès important puisqu'avant 1974, la déduction était de 25 %. Les choses ont donc avancé. En début d'année, nous avons une certaine dotation pour nourrir les détenus qui est aux alentours de 8 francs par jour ; chaque fois que la somme allouée aux soldats du contingent est augmentée pour tenir compte du coût de la vie, immédiatement se trouve aussi augmentée dans la même proportion, mais avec un décalage de 15 % la somme allouée aux détenus. Cette somme est multipliée purement et simplement par l'effectif des détenus et l'on obtient la somme budgétaire définitive attribuée à l'administration pour nourrir les détenus.

Vous allez demander pourquoi je vous donne tous ces détails, c'est extrêmement simple, c'est que dans cette masse, rien n'est prévu

pour les régimes médicaux ; sans doute, l'administration a-t-elle diversifié les taux alimentaires. Elle a prévu des taux catégoriels pour tenir compte du fait que dans certains établissements, il y a des jeunes, que dans d'autres, il y a des vieux. Pour céder aux instances de Madame le professeur Troisier, on a supprimé le taux dont bénéficiaient les femmes et qui était inférieur à celui des hommes, alors qu'il est médicalement prouvé qu'elles mangent moins, mais enfin, quels que soient ces taux, il est évident que nous y sommes tous tenus.

En définitive, il faut donc savoir que lorsqu'on accorde un régime alimentaire particulier à un détenu, on entraîne une dépense, et nécessairement ce que l'on donne à l'un, on le prend à l'autre. Il y a eu parfois des excès importants. Un établissement que je ne citerai pas, achetait des centaines de bouteilles d'eau d'Evian chaque mois, et la plupart du temps, il semble bien que cette eau d'Evian n'était pas absolument nécessaire.

On peut donc dire que le régime médical est nécessairement pris sur la masse globale et qu'il est donc accordé à quelques-uns au détriment des autres.

Sur un autre point concernant toujours l'alimentation, il faut prendre en considération l'aspect diététique ; nous trouvons tout à fait normal que le médecin intervienne pour donner son avis sur les menus tels qu'ils sont préparés et qu'il vérifie s'ils sont conformes aux règles de la diététique.

Nous pensons même qu'il faudrait aller plus loin et que l'on pourrait envisager peut-être avec l'appui des médecins, de transformer certaines habitudes alimentaires des détenus. Vous savez que beaucoup de détenus, en raison de leur origine sociale, ont en fait des habitudes alimentaires qui sont assez sommaires. Ils n'acceptent qu'une alimentation très peu variée ; parfois, ces habitudes changent selon les établissements. Tel mets qui est très apprécié à un endroit est complètement rejeté à un autre.

Actuellement, un problème se pose qui a fait l'objet de discussions lors du dernier salon de l'alimentation ; c'est le développement des protéines de soja qui devrait permettre d'alimenter notamment des collectivités à meilleur compte. Des expériences ont déjà été faites dans des établissements et l'on a constaté que bien souvent il y avait une sorte de phénomène de rejet de la population pénale, dès qu'elle apprenait qu'on lui avait donné des protéines de soja : pourtant, toutes les précautions avaient été prises, non pas pour assurer le secret (parce que les détenus faisant eux-mêmes la cuisine,

il n'est pas question de cacher la chose), mais pour préparer les détenus. Il y a là une sorte de formation à donner et je pense que dans ce domaine, les médecins pourraient avoir leur rôle à jouer ; tout le monde y gagnerait car l'on assisterait à une diversification des habitudes alimentaires d'une part (avec l'apparition de nouveaux aliments) et d'autre part, à un accroissement des possibilités de nourrir les détenus en utilisant mieux la dotation qui est attribuée à cet effet.

Le deuxième point de mon intervention concerne le travail, pénal ou travail pénitentiaire. J'ai constaté que le représentant d'Israël avait fait une allusion au travail pénitentiaire, un médecin de Muret également, mais je crois que l'on n'a pas assez souligné le rôle que pouvait avoir le travail comme moyen, disons d'éviter que le détenu ait trop souvent recours au médecin en assurant son équilibre psychique.

Je sais que l'on peut dire qu'en prison, on ne peut pas faire de véritable travail, de même que l'on a pu dire que l'on ne pouvait pas faire de véritable médecine, là, nous nous trouvons devant un problème qui est un problème philosophique ; le fait est que le travail existe dans les prisons et j'ai été un peu étonné que ce médecin de Muret ait demandé que l'on donne un véritable travail au détenu, parce que nous considérons Muret, il faut bien le dire, comme une des centrales précisément où le travail pénitentiaire est le plus développé et le plus varié. Nous y trouvons un éventail d'activités très ouvert depuis les confections les plus simples (paillage de chaises) jusqu'aux fabrications pour l'aéronautique ; bref une gamme qui devrait permettre de donner aux détenus une activité correspondant à leurs besoins.

Le développement du travail, à notre avis, devrait aller de pair avec un rééquilibrage de la personnalité du détenu : il devrait donc permettre indirectement de réduire la consommation médicale.

Une attitude contre laquelle je crois devoir vous mettre en garde consiste à renvoyer en permanence la balle dans le camp de l'administration, en disant : « il n'y a pas de travail c'est à l'administration d'en trouver », et en même temps, de critiquer le travail lorsqu'il est installé. On dit que ce que l'on fait en prison ne présente aucun intérêt, que les travaux ne sont pas formateurs, qu'ils sont très peu rémunérateurs, ce qui fait que là où il n'y a rien, on se plaint de ce qu'on n'a pas, et que là où il y a quelque chose, on se plaint de ce qu'il y a.

Il faut savoir tout de même une chose, c'est que de toutes façons, énormément de gens à l'extérieur des prisons, font des travaux qui ne sont absolument pas intéressants, absolument pas formateurs, et que tous ces objets courants que vous avez sur vos tables que ce soient les stylos, les blocs ou les petites sacoches, tous sont le résultat de travaux qui ne sont ni intéressants, ni formateurs. Si les choses sont ainsi à l'extérieur, il y a de grandes chances pour qu'il en soit de même en prison. C'est une réalité dont il faut prendre conscience et, en ayant pris conscience, il faut savoir que nous n'accepterons pas nécessairement de réduire les détenus à ce type d'activité ; nous avons des ambitions plus hautes et que chaque fois que cela est possible, nous voulons effectivement leur donner des activités qui soient intéressantes, formatrices et rémunératrices. Sur le plan de la rémunération, il faut tout de même savoir que la France se place au premier rang dans le concert des nations en ce qui concerne les rémunérations versées aux détenus.

Quel peut être le rôle du médecin dans le domaine du travail ? Il est évident qu'il est important et que concurremment avec les médecins contrôleurs de la Sécurité sociale et l'Inspection du travail, le médecin doit aller dans les ateliers. Une chose que nous voudrions aussi développer, c'est l'intervention du médecin au niveau du classement des détenus, de manière à ce qu'on arrive à faire ce qui est réglementaire à l'extérieur, c'est-à-dire que le médecin puisse voir le détenu avant qu'il soit classé, cette visite préalable du détenu aurait un avantage important non seulement vis-à-vis du détenu lui-même, mais aussi vis-à-vis de l'administration.

Donc, ce que nous souhaitons en définitive, c'est que le rôle du médecin soit plus actif en ce qui concerne le travail pénal, mais que tout en se considérant comme un auxiliaire de l'administration, il soit aussi au service du détenu et qu'il puisse par son intervention maintenir une sorte d'équilibre entre des intérêts opposés. Il est évident que lorsqu'on constate que les conditions d'hygiène ne sont pas respectées dans les ateliers, la tendance peut être d'en prescrire immédiatement la fermeture. Mais, il faut mesurer alors les conséquences d'une mise au chômage brutale des détenus. La solution sera alors d'envisager des délais raisonnables pour la réalisation des aménagements nécessaires. De toute façon, les mesures imposées pour des risques graves (défaut de protection sur des machines par exemple) peuvent être prescrites immédiatement.

**Allocution du docteur LAMBERT,
nutritionniste à l'hôpital Lariboisière-St-Louis,
chargé des problèmes de diététique.**

J'ai été heureux de voir que le représentant de l'administration faisait bien la différence entre ce qui relevait de l'alimentation et de ce qui relevait de la diététique, c'est-à-dire finalement de la thérapeutique, le nutritionniste se trouvant en quelque sorte à un carrefour.

Je voudrais cependant dire sans revenir sur la fonction thérapeutique que la fonction hôtelière d'une collectivité telle qu'une prison est finalement devenue importante dans la mesure où elle est importante dans la vie même, car tout le monde est sensible à l'alimentation telle qu'elle se pose maintenant et par conséquent, je crois que le prisonnier plus que n'importe qui, dans la mesure où sa réaction sera ou de ne plus manger ou de trop manger. Je ne veux pas insister sur ces problèmes que vous connaissez bien et d'autre part comme l'a souligné également Monsieur Talbert, je crois que la nutrition à l'heure actuelle est une préoccupation importante et qui, puisque l'on a à reclasser des gens, peut-être que leur réapprendre à manger est quelque chose qui doit faire l'objet de soins importants et que d'autre part, la prévention des accidents cardio-vasculaires, la prévention de certains cancers, l'alcoolisme dont Madame Troisier a parlé récemment, eh bien, je crois que tout cela peut être vu en prison. Mais finalement ce que je voulais surtout dire et pour faire avancer un peu les choses, c'est que maintenant après avoir vu quelques éléments du pourquoi du problème de nutrition de voir un peu comment les résoudre, car c'est là que se trouve le nœud principal ; nous avons vu tout à l'heure que les problèmes budgétaires étaient majeurs et je crois que si l'on ne met pas en place une équipe capable de faire quelque chose je pense que dans une certaine mesure, on n'avance pas. Je crois que c'est être très optimiste que de penser que l'ensemble du corps médical est capable de régler les problèmes de nutrition, aussi bien sur le plan thérapeutique que sur le plan de l'alimentation quotidienne et je crois que je ne fais injure à personne ; pour moi, en ce qui me concerne, je suis incapable de régler toute une série de problèmes qui ne relèvent pas de moi — or je sais très bien qu'actuellement en France, l'enseignement de la nutrition n'est pas fait pour les médecins, s'ils ne sont pas des nutritionnistes et j'ajoute que pour les nutritionnistes, l'enseignement n'est pas fait non plus, qu'il n'existe pas actuellement de certificat d'enseignement correct de la nutrition. Donc par conséquent, je pense que si l'on veut

organiser quelque chose, on peut peut-être le faire et le faire en s'appuyant sur un certain nombre de piliers qui sont d'abord évidemment le concours de l'administration pour le réaliser.

Introduire dans les prisons des techniciens en diététique, c'est-à-dire des gens qui ont fait 2 ans d'études et qui sont capables d'organiser en particulier l'alimentation de gens normaux, de prendre contact avec le personnel chargé de la cuisine, de l'économat. Les problèmes budgétaires ne sont pas tout non plus ; on nous a parlé tout à l'heure du soja — c'est vrai — par exemple, voilà quelque chose qui est rejeté par beaucoup de gens quand ils le savent. On peut expliquer que ce n'est pas mauvais — nous avons eu l'occasion de le voir — je dirai même qu'aux Etats-Unis les fameux biftecks hachés contiennent 33 % de soja, tout le monde le sait et l'accepte — j'ajoute pour en avoir utilisé chez moi que c'est très bon — cela fait faire une économie assez importante, si l'on a trois fois par semaine une boulette de viande hachée.

Le premier pilier c'est donc l'administration, le deuxième c'est le technicien en diététique, le troisième c'est le médecin — je crois que je vous ai dit les réticences que j'avais vis-à-vis de l'ensemble des médecins, cela ne veut pas dire qu'il faut un médecin spécialisé. Je pense que s'il y a dans un établissement donné, un médecin que cela intéresse, il prend quelques contacts — il ne devient pas un spécialiste, et en quelques semaines il peut être suffisamment au courant pour remplir dans un établissement les fonctions de médecin capable de régler les gros problèmes de nutrition. Je dirai que dans une certaine mesure je redoute beaucoup qu'une équipe même si elle est lourde, même si elle est difficile à réaliser, ne soit pas mise en place, car si une équipe lourde n'est pas mise en place, la diététique sera un échec et si c'est un échec, c'est reporter à très loin en arrière.

Je comprends bien que l'administration ne puisse pas d'un coup installer dans toutes les régions pénitentiaires cette structure lourde dont nous venons de parler — je crois qu'avec le concours de Madame le professeur Troisier qui avait insisté, on pourrait essayer de mettre en place en particulier dans la circonscription de Paris, et je crois qu'il en avait été question pour Fresnes-prison et Fresnes-hôpital de mettre en place une équipe qui comprendrait au début une diététicienne et qui pourrait comprendre la surveillance par un médecin un peu au courant de ces problèmes. On verrait à partir de là si l'expérience est intéressante, vis-à-vis de l'administration et si elle apporte quelque chose et permet de faire les économies dont on a parlé, je pense au soja.

Alors je crois qu'à partir de cela, on pourra peut-être réaliser quelque chose.

Pour terminer, je voudrais paraphraser ce que mon maître Trémolières avait écrit autrefois en disant que la diététique était un art de vivre, et que dans les prisons, cela pourrait devenir un art de revivre. Voilà tout ce que je voulais dire.

**Allocution du docteur LU,
médecin vénéréologue des prisons de Lyon.**

Madame la Présidente,
Mesdames, Messieurs,

Je voudrais en tant que dermatologue, vénéréologue des prisons de Lyon, tirer quelques conclusions.

Nous avons deux fonctions :

1) d'un côté c'est la D.A.S.S. pour les maladies vénériennes, — ce sont les affaires de mœurs allant depuis les attentats à la pudeur, le viol, le proxénétisme, ce sont des visites systématiques ;

2) les maladies vénériennes et les maladies sexuellement transmissibles sont contrôlées par nous — c'est une sérologie systématique avec tous les détenus, et la thérapeutique évidemment. Nous avons plus de chance que le docteur Curtet, nous poursuivons à la sortie, la thérapeutique dans les centres prophylactiques contrôlés par la D.A.S.S.

En conclusion, je voudrais dire que j'ai beaucoup appris pendant ces jours, le docteur Courrège a parlé de syphilis et de gonococcie. Son chiffre nous semble très élevé. Nous n'avons observé depuis 3 mois aucune maladie vénérienne, mais ne nous endormons pas sur ce fait ; elle n'a pas spécifié les **Candidas Albicans** qui est très important pour nous — les végétations vénériennes sont peu fréquentes.

En dermatologie maintenant, les maladies de la peau y compris la phlébologie, la proctologie, les maladies veineuses que je passe sous silence.

La peau, je suis d'accord avec le docteur Gonin et Madame Rousière, la peau anatomiquement et physiologiquement est une frontière, une barrière, un milieu d'échanges entre les milieux extérieurs et intérieurs autrement dit pour nous, c'est une tâche très importante. L'hygiène de la peau, Sauveur en a parlé pour l'hygiène dentaire — pour nous c'est la même chose. Nous avons 4 grands problèmes — la pelade, les verrues vulgaires, l'acné, les névro-dermites, il ne faut pas oublier non plus la pathomimie.

J'ai entendu ce matin quelqu'un dire qu'il fallait parler de ses expériences personnelles. J'attire donc l'attention de mes confrères sur la dermatologie tropicale et la pathologie tropicale, car nous avons de plus en plus de rapatriés, de réfugiés, d'émigrés ou d'immigrés : aux environs de 20 %. Je suis d'accord avec le docteur Daoudlarian sur les histoires de bilharziose — il a voulu dire bilharziose vésicale — quoiqu'il en soit pour tous les détenus d'origine exotique, il faut penser à la pathologie exotique.

Au point de vue travail, nous avons tout juste le diagnostic clinique, le diagnostic biologique, les examens de laboratoire, je passe sous silence les examens d'anatomopathologie et la chirurgie dermatologique, nous n'avons pas oublié non plus le problème du tatouage — peut-être un jour, j'aurai l'occasion de vous présenter ce sujet.

Les médicaments ; nous sommes très modestes — les soins locaux les topiques, les préparations magistrales. La cosmétologie dont Madame Rousière a parlé ce matin, nous en sommes conscients. Elle a simplement oublié de dire que nous avons une esthéticienne qui s'occupe des lépreux — nous en avons dans la région Rhône-Alpes. Je remercie Madame le professeur Troisier de m'avoir permis d'introduire les produits cosmétologiques parmi nos détenues féminines, j'imagine très mal une détenue se présentant devant son juge d'instruction, les cheveux ébouriffés et mal teints — elle va écoper peut-être un ou deux mois de plus. J'ai plaidé la cause et j'ai gagné — j'en suis ravi — malheureusement du côté masculin, ils en demandent aussi et j'espère obtenir. Voilà, Mesdames et Messieurs, je ne vais pas jusqu'à attribuer du savon liquide pour assouplir le linge dans les prisons — ceci étant dit c'est très bien, c'est mieux que la Soupline, cela coûte moins cher. Je suis très content d'avoir pu vous faire part de mes sentiments personnels.

**Allocution du docteur CARRIOU,
médecin-chef de la préfecture de police.**

Madame la Présidente,
Messieurs les Doyens,
Mes chers confrères,

Je vous remercie de me donner la parole au nom du ministère de l'Intérieur puisqu'effectivement paradoxalement, je n'appartiens pas à l'administration pénitentiaire — je suis médecin-chef de la préfecture de police de Paris et l'on pourrait penser que ce soit paradoxal que je sois là. Mais en fait, la préfecture de police et Monsieur Somveille en particulier, étaient très intéressés par ce congrès — car il a vocation dans ce domaine de la médecine pénitentiaire puisque nous avons un dépôt important, qu'il passe à Paris, 27 000 personnes par an, et que de ce fait, nous avons dû nous préoccuper de l'état de santé de ces gens et que par là même depuis plus d'un siècle la préfecture de police a créé l'infirmierie psychiatrique de la préfecture de police pour les aliénés, pour lesquels sur les 27 000 personnes nous avons 4 000 personnes par an, nous avons à peu près 3 000 soins infirmiers pratiqués à l'infirmierie du dépôt, nous avons la salle Cusco à Paris qui a été créée, il y a près d'un demi-siècle et dont je m'occupe.

A la salle Cusco, il passe environ 600 personnes par mois — je ne voulais pas vous parler de problèmes médicaux, je voulais simplement vous dire l'intérêt que la juxtaposition du ministère de l'Intérieur et la police avait avec le ministère de la Justice et votre administration pénitentiaire. Je suis un peu en amont de vos détenus, puisque tous les gens qui passent chez nous à Cusco, ne sont pas forcément des gens qui seront détenus ultérieurement, certains sont libérés, relaxés mais je voulais insister sur les problèmes qui m'ont apparus à Cusco dans mes observations de généraliste. Je dis bien puisque je suis généraliste et je pense qu'effectivement le médecin généraliste est le premier abord de tous ces problèmes des détenus que nous avons.

Il y a un problème de relations triangulaires entre médecins, infirmiers et personnels surveillants — nous avons des problèmes déjà au niveau des médecins de l'hôpital général de l'Hôtel-Dieu et il a fallu expliquer aux médecins hospitaliers, effectivement le pourquoi de ce système carcéral dans un hôpital général — ce n'est pas toujours facile mais on y arrive quand on a de bonnes relations

personnelles hospitalières. Il faut avoir d'excellents rapports avec le personnel infirmier, alors là je voudrais attirer votre attention sur ce problème. En fait le personnel infirmier est le pivot soignant et le pivot tout court, on en a beaucoup parlé. Pour les relations, le dialogue avec le détenu, c'est l'infirmier et pas tellement le médecin qui l'a, nous sommes privilégiés à l'Hôtel-Dieu puisque nous avons des infirmières de l'Assistance publique. Je souhaite que vous ayez la même qualité d'infirmières partout en France. Ceci dit, il faut tout de même les surveiller, car même à l'A.P. il m'est arrivé de contrôler de nuit, que certaines préconisaient plutôt l'imposition des mains plutôt que l'administration de médicaments, même à l'Hôtel-Dieu ! Ceci dit, il faut être très vigilant finalement sur l'administration des soins. Maintenant je voudrais attirer l'attention sur le personnel surveillant. Il se trouve que pour moi le personnel surveillant, ce sont des gardiens de la paix. Alors là je voudrais attirer surtout l'attention des psychiatres, les psychiatres me sont apparus comme souvent détournant sur le gardien de la paix, personnel de surveillance, l'animosité des détenus, le représentant à leurs yeux, comme l'ange de Lucifer porteur de tous les péchés et responsable finalement de toutes les fautes de cet ange déchu qu'est le détenu. Alors je suis toujours un peu scandalisé et je dois dire que personnellement, je ne suis pas d'accord et qu'il faudrait tout de même voir dans ce personnel surveillant autre chose que le responsable et l'ennemi n° 1, il est là pour collaborer, c'est un fonctionnaire qui remplit son rôle, qui n'est pas le délinquant, ni le détenu ; nous devons tous y penser puisqu'il est au centre de notre relation. Nous devons tout de même avoir avec le personnel surveillant une relation privilégiée et une relation même d'information et d'explication, car ce personnel surveillant ne comprend pas toujours pourquoi on favorise tellement le détenu et si on le favorise, nous devons l'expliquer au personnel surveillant — nous n'y pensons pas assez, c'est-à-dire que là je me fais le messenger du personnel surveillant pour vous représenter tout ce que votre attitude a de parfois traumatisante pour lui.

Allocution du docteur PAQUAI DE PAIFVE - Belgique.

La loi belge de défense sociale de 1930, révisée en 1964, a consacré la notion de l'irresponsabilité du délinquant sur le plan mental. Une meilleure connaissance, tant des phénomènes psychologiques que de la psycho-pharmacodynamie a permis de substituer à un régime

d'isolement, un traitement approprié visant à diminuer ou supprimer la dangerosité morbide et à assumer la réinsertion du patient dans la société.

C'est sur cette base que s'est ouvert, il y a trois ans l'établissement de défense sociale à Paifve (Belgique). Relevant de l'Administration pénitentiaire, il fut confronté à des problèmes de personnel car nous ne disposions que d'un petit nombre d'infirmiers et de surveillants de prison.

L'orientation donnée fut celle d'une communauté thérapeutique, mobilisant les énergies tant des internés que celles des membres du personnel. Partant d'un niveau souvent peu élevé des connaissances des surveillants mais sachant leur richesse d'expérience, nous avons assuré leur formation constante en cours d'emploi : cours hebdomadaire à un niveau possible par une infirmière gradée en psychiatrie, projection de films médicaux, séminaires hebdomadaires avec discussion de cas. Sur le plan sociologique, ce qui nous paraissait le plus important d'ailleurs, nous avons fait tomber l'immense barrière qui séparait le pouvoir : « le directeur et l'adjudant », de la base : « le personnel » et au cours des réunions de groupe, chacun a été amené à s'exprimer. Sans doute l'ordre y a-t-il perdu de sa sérénité fictive mais la confiance placée, l'un dans l'autre, a permis des contacts enrichissants et valorisants pour les deux parties.

En ce qui concerne plus spécialement le régime des internés, soumis jusqu'alors comme le personnel au strict règlement des prisons, nous l'avons inséré dans cette communauté : le patient, si son état psychique ou physique le permet, dispose d'une chambre individuelle qu'il peut lui-même aménager. Elle demeure ouverte du matin au soir et il veille dans la mesure du possible à son hygiène. Pour lutter contre son inertie, son aboulie, son manque de dynamisme ou de recherche, nous l'avons incité à individualiser sa tenue par des vêtements à caractère personnel et au lieu du préau classique, ancien cirque de l'asile, nous recherchons une large circulation. Sachant que la psychothérapie doit amener le sujet à s'accepter soi-même et les autres, nous avons établi quelques lignes de conduite : le travail n'est pas obligatoire mais nous assurons des possibilités diversifiées de travail et nous avons créé avec le concours de la régie pénitentiaire du travail, un atelier — fer-bois où une formation de base peut être assurée sur un mode artisanal. La barrière « surveillants-détenus » a été remplacée par le groupe « auxiliaires-patients » et l'inéluctable « rapport-sanction » a fait place à une explication « auxiliaires-internés » plus directe.

L'animation se fait au sein même de la communauté : recherche de programmes de T.V., de loisirs, organisation de ceux-ci, de repas, programmation sportive, caisse de solidarité, atelier d'expression libre, en constituent quelques exemples. La réunion de groupe peut concerner toute la collectivité mais elle se fait aussi au niveau de centres plus petits de réflexion où se mêlent auxiliaires et patients, médecins, infirmiers et spécialistes.

La thérapeutique médicamenteuse garde sa valeur mais n'a pas le rôle punitif que certains voudraient lui voir assigner dans un monde de repos ou de travail forcés.

Si la vie devait s'aménager au sein de la communauté, il ne fallait pas perdre de vue qu'elle devait déboucher sur un retour dans la société. Le rôle de l'équipe a acquis sa dimension : l'interné a le droit de demander à la commission de défense sociale qui a demandé son placement, son passage devant celle-ci tous les six mois. Cet objectif nécessite une mobilisation de tous et pour nous, la présence à cette commission devenait l'expression d'un bilan. Les relations et les pouvoirs particuliers de cette commission ont permis des sorties, des week-ends, des semi-séjours. Des congés de longue durée, renouvelés en cas de succès ou de découvertes d'emploi, rendent la libération, non seulement plus aisée mais aussi plus sécurisante pour tous. Ce choix personnel lors des congés, nous semble déterminant dans leur futur choix de vie.

L'institution doit aussi se remettre régulièrement en question et éviter la rigidité mais celle-ci ne s'est faite à Paifve que dans une discussion large entre l'Administration pénitentiaire, les internés et leurs soignants.

RÉFLEXIONS SUR L'ENSEIGNEMENT DE LA MÉDECINE PÉNITENTIAIRE

**Allocution de Monsieur le doyen HOUDART,
doyen de la faculté Lariboisière-St-Louis.**

Madame la Présidente,
Mesdames, Messieurs,

Après avoir abordé dans ce premier congrès mondial, un certain nombre de problèmes qui concerne la médecine pénitentiaire, nous devons ouvrir un nouveau chapitre, celui de l'enseignement de cette médecine, et la première question qui se pose est celle-ci : est-ce qu'il s'agit d'une médecine si particulière si différente de la médecine tout court, qu'elle nécessite, qu'elle justifie un enseignement propre ? Ce n'est pas au public qui est ici que je vais avoir à le démontrer. Je pense d'ailleurs que Madame Troisier et Monsieur Fournier qui sont les premiers organisateurs d'un enseignement de médecine pénitentiaire dans notre faculté, et notre faculté en est fière, pourraient vous en expliquer mieux que moi les raisons, et en tout cas, ils vous diront comment ils l'ont organisée, pensée et imaginée. Permettez-moi seulement ici en tant que responsable de la formation d'étudiants de me poser devant vous quelques questions.

Quel doit être cet enseignement dans le cursus médical, dans le cursus des études médicales, dans l'enseignement traditionnel de la médecine. Je voudrais d'abord vous rappeler que nous vivons dans le moment présent, une période où nous avons une pléthore considérable d'étudiants et que cette pléthore entraîne depuis quelques années, un accroissement très important du nombre des médecins et cet accroissement va continuer encore pendant les années prochaines et aboutir à un chiffre qui sera dans une certaine mesure un peu inquiétant. Il serait tout à fait regrettable de considérer que cette pléthore médicale des années à venir doit être un phénomène obligatoirement néfaste. Et il le serait si nous ne prenions pas garde et si nous ne considérons pas qu'il faut profiter de cette abondance de médecins pour essayer d'améliorer l'organisation des études médicales et l'organisation de la profession médicale. C'est un problème qui est très certainement un problème d'orientation des étudiants et un problème à court terme, car c'est avant 5 ans que nous allons avoir cette pléthore médicale considérable.

Il apparaît, en effet, que si nous nous contentons de former nos étudiants dans un but unique ou plus exactement peut-être dans deux moules : le moule du médecin généraliste et le moule par l'internat

du médecin spécialiste dont il y aura toujours un nombre relativement réduit, nous aurons alors dans quelques années un nombre considérable de médecins généralistes, tous formés sur le même modèle et ceci constituera un risque et un inconvénient et pour tous ces médecins et probablement pour l'exercice de la médecine. Pour diminuer ce risque et pour améliorer la qualité de la médecine, il est probablement souhaitable de créer à côté des spécialités, des compétences, compétences qui permettront d'orienter les futurs médecins vers un certain nombre de disciplines qui pourraient être de grands problèmes sociaux, économiques en rapport avec la médecine et pour ceux-ci naturellement de créer dans les facultés des certificats optionnels. Il pourrait naître aussi par exemple de tous les problèmes de nutrition, des problèmes d'alcool, des problèmes de contraception et d'une manière plus générale peut-être de tout ce qui touche à la sexualité. Et dans tout ceci, vous voyez, c'est essentiellement de la médecine sociale ; bien évidemment tous ces problèmes qui sont des problèmes de tous les jours, concernent tous les médecins généralistes, mais dans un certain nombre de cas, ils prennent une importance et un intérêt tels qu'ils méritent une écoute tout à fait particulière. Pour la médecine pénitentiaire, on ne saurait pas naturellement la comparer en envergure avec l'alcool par exemple pour le nombre d'individus auxquels on s'adresse. Mais si on considère la médecine pénitentiaire non pas seulement comme une médecine de soins, mais comme une médecine de toute la personne, eh bien, il est certain qu'en France et dans tous les pays du monde, il doit y avoir alors une demande assez considérable. Ainsi on pourrait envisager l'enseignement de la médecine pénitentiaire non pas dans toutes les facultés mais dans quelques facultés et comme un enseignement qui serait bien entendu non pas un enseignement obligatoire, mais un enseignement optionnel, et il serait souhaitable d'associer à cet enseignement théorique une formation pratique et l'on pourrait parfaitement imaginer que tous les internes des hôpitaux pénitentiaires, soient obligés d'avoir passé ou d'avoir reçu ou d'être en cours de formation de cette formation pratique et l'on pourrait de la même manière envisager que le recrutement des médecins pénitentiaires se fasse à partir de cette double formation. Mais je pense qu'il est souhaitable de laisser maintenant la parole à Monsieur Fournier qui va mieux vous préciser comment il est possible d'organiser et de réaliser cet enseignement.

Allocution du professeur FOURNIER.

Madame la Présidente,
Mesdames, Messieurs,

La discussion sur l'organisation de la médecine pénitentiaire est une discussion qui est à un début. En effet, c'est en 1977 que Madame Solange Troisier créa un enseignement de médecine pénitentiaire dans le cadre de la chaire de médecine légale et de toxicologie de Lari-boisière-St-Louis. C'était une hypothèse de travail que ceci n'avait jamais été fait sous cette forme. Je m'empresse de le dire, car j'ai commencé la médecine légale en 1949 et en 1949, nous avions des stages à Sainte-Anne pour les problèmes de psychiatrie. Nous recevions un enseignement de criminologistes très proches des prisons, nous définissant ce qu'étaient les grands types de crimes et de délits, les comportements qui s'éloignaient dans une certaine mesure des comportements psychopathologiques ou psychiatriques nous intéressaient fort. Cependant, nous n'avons jamais reçu d'enseignement de médecine pénitentiaire au sens strict. C'est-à-dire que la profession que vous représentez, n'a jamais été franchement éclairée ni sur sa signification, ni sur ses objectifs. Eh bien, c'est fait et le succès, tant dû à la position sociale au ministère de la Justice de Madame Troisier que sa compétence personnelle, que son charisme personnel, ont joué indiscutablement un rôle considérable dans ce premier succès. Il ne suffit pas d'avoir beaucoup d'idées, beaucoup de générosité, beaucoup de forces personnelles pour réussir, encore faut-il que les circonstances extérieures s'y prêtent ; c'est-à-dire que le temps soit venu de faire apparaître quelque chose, je parle d'accouchement, vous êtes orfèvre en la matière ; on ne travaille pas, on ne fait pas travailler une femme avant que l'accouchement ne soit mûr. Et ceci étant un fait qui vient de vous être dit par le Doyen Houdart. Nous sommes à une période où chacun s'interroge en médecine sur sa signification, sa place, ses compétences, ce qu'il va devenir au bout de quelques années devant ce formidable raz de marée des étudiants en médecine, qui devront trouver une zone professionnelle d'activité.

Donc, un certain nombre de circonstances se sont trouvées exceptionnellement heureuses autour de la naissance de cet enseignement de médecine pénitentiaire. Comment a-t-il été compris au début ? Il a été compris comme un rassemblement de tout ce qui comptait dans la profession ; c'est-à-dire celle des médecins réellement

impliqués dans le travail des prisons, des administrateurs, des surveillants, des gestionnaires, des administrateurs du ministère de la Justice, bref l'ensemble s'est trouvé confluant s'organisant en quelque sorte presque spontanément. Je le disais à travers le programme de Madame Troisier organisant donc cet enseignement de médecine pénitentiaire. C'est une très belle formule universitaire, je dois reconnaître qu'il est exceptionnel à l'époque actuelle où nous enseignons, je dirais au plus bas niveau où nous enseignons le b.a. ba de la médecine, nous enseignons un certain nombre d'éléments, il est exceptionnel de voir resurgir la vraie université, c'est-à-dire celle que l'on discute, car il n'y a pas d'université sans information, sans discussion, sans une certaine impartialité et sans une certaine prospective. La prospective, Madame Troisier a été astreinte à la faire, à l'établir, jour par jour ; elle a visité toutes les prisons, elle connaît tous les directeurs, elle connaît tous les médecins ; pas à pas elle a imposé le traitement dentaire, elle a imposé l'organisation des infirmiers et elle a imposé point par point chacun des éléments de médecine que vous avez pu aujourd'hui nous rapporter. Mais c'était le présent et puis nous arrivons très vite à la suite de ce travail, à la notion de futur, c'est là où s'intègre la médecine pénitentiaire. Ma pensée est que la médecine pénitentiaire s'intègre d'une part dans la médecine générale appliquée à la situation très particulière de l'incarcéré et d'autre part à ce que l'on peut appeler la médecine préventive ou sociale comme on voudra et là nous changerons de registre. C'est-à-dire que la médecine préventive comme la médecine pénitentiaire est encore, a été longtemps considérée comme une médecine de niveau peu élevé, c'est ce que disait tout à l'heure le professeur Roy du Canada, en disant : « Tant que nous ne sommes pas quelqu'un de reconnu par nos confrères au même niveau, nous n'existerons pas en zone universitaire », et il a parfaitement raison.

Pourquoi faut-il maintenant être reconnu ? Pourquoi souhaitez-vous maintenant être reconnus ? Eh bien, c'est parce que ceci va correspondre à des charges sociales, absolument ahurissantes. La médecine préventive d'il y a quelques années, c'était quoi ? Les vaccinations — on vaccinait contre la typhoïde, on vaccinait contre le tétanos, en définitive contre n'importe quoi — bien que cela ne coûte pas cher. Et vous protégez une population entière. Quand on parle de prévention de toxicomanie, quand on parle de prévention de délinquance, quand on parle de prévention de rechute de délinquance, on parle de sujets tout à fait différents, on ne vaccine plus. Il faut être là pas à pas, jour après jour et tout ceci va coûter une fortune — j'en appelle comme témoin notre collègue suédois, qui a

fait son compte, il nous a donné son chiffre du projet suédois du passage des toxicomanes de milieux pénitentiaires où ils ne coûtent pas grand chose de prise en charge par des moyens thérapeutiques de toute nature : psychothérapie, chimiothérapie, etc. Eh bien, le coût est absolument ahurissant. En est-il tellement différent en France ? Pas du tout — si vous faites le compte de ce que dépensent l'Intérieur en tant qu'activité policière et de surveillance, la Justice en tant qu'appréhension de l'individu et incarcération, la Santé pour les traitements à travers les différents centres de cure, l'Aide sociale pour les systèmes de postcure, pour les C.M.P.R. Bien. A travers toutes ces organisations et si vous faites le compte des locaux, du personnel, des moyens matériels, des crédits de fonctionnement, le coût est énorme et c'est cette notion qui est absolument fondamentale dans l'époque actuelle et qui s'oppose un petit peu à l'économie très rigoureuse, un peu serrée, dont on nous a fait part tout à l'heure — 8 francs pour nourrir un prisonnier par jour, 380 francs pour une journée d'hôpital de jour de toxicomanes. La nuance est formidable, d'un côté on est très en-dessous de ce que l'on peut appeler un SMIC c'est-à-dire un traitement mensuel, de l'autre on est très au-dessus et alors on se demande qui doit payer et pourquoi donc ? C'est là la réflexion de l'enseignement de médecine pénitentiaire comme celui de toute la médecine sociale. Il est fini le temps de dire que la médecine préventive est bon marché — elle est follement chère — follement chère veut dire quoi ?

Qu'on y réfléchisse, qu'on en discute, qu'on propose des programmes, qu'on envisage des institutions pilotes généralisées et qu'on fasse le compte des résultats et là j'en appelle à un autre témoin qui est notre collègue américain, le professeur Kiressuk. Dans une communication de trois minutes, il nous a donné une notion absolument fondamentale qui est celle du but établi en matière d'organisation sociale et de volonté de changement, de préhension du but, de préhension du coût, de préhension du résultat. C'est une notion énorme, c'est une notion qui domine toute la médecine préventive future et il ne faut pas oublier que si vous dépensez d'un côté dix millions de dollars pour changer quelque chose, il est normal de prendre 4 à 5 % pour vérifier si l'on a atteint ce but. Cela c'est une notion qui est aussi fondamentale et qui est aussi considérable en matière d'éducation de santé et en éducation de médecine préventive. Alors je n'irai pas beaucoup plus loin sur cette organisation de l'enseignement de médecine pénitentiaire. Simplement pour vous dire que le premier stade que vous avez vécu, ce stade de mise au point, ce stade d'échanges, ce stade évident de pensées, va devoir se compléter d'un

certain nombre d'études prospectives. Que cette organisation de pensées peut se faire autour de très nombreux éléments à condition qu'il y ait des critères universitaires, je ne dis pas de l'université, mais universitaires, impartialité, diversité des informations, aspect complet des informations, notion d'un choix, d'une décision et d'un contrôle du résultat. Voilà ce que j'appelle l'enseignement universitaire. Et pour le faire bien, il faut qu'il y ait des praticiens (il n'y a pas d'enseignement universitaire si l'on ne connaît pas ce que l'on fait) il n'y a pas d'enseignement universitaire si l'on n'a pas ceux qui vivent sur le tas, qui travaillent, qui ont leurs résultats, qui ont leurs observations — il faut donc qu'il y ait une association pratique et théorique à travers quoi le Doyen Houdart vous a dit : « Il est possible d'envisager des formules d'enseignement relativement brèves pour les étudiants en médecine. » C'est certain et ce sera déjà un énorme progrès de leur faire comprendre que ces situations existent et qu'à ces situations correspondent des obligations de compétences, c'est une première notion.

Mais ensuite, il faut aller nettement plus loin je pense et il me semble que l'enseignement médical français est tronqué sur un certain point — il me semble qu'actuellement les enseignements de médecine qui s'arrêtent en des C.M.4, puis en stage interné sont en fait des enseignements qui se veulent formés exclusivement à la médecine individuelle, à la relation d'un être humain avec un autre humain, en supposant que tout l'aspect économique, légal, professionnel, préventif, est pratiquement gommé. Or vouloir surcharger les étudiants à travers ces études me paraît parfaitement illusoire, car les étudiants veulent d'abord savoir soigner l'infarctus, d'abord savoir soigner une hémiplegie, ceci me paraît absolument normal et une demande évidente de garçons et de filles d'entre 20 et 25 ans, plus tard quand ils auront à apprendre leur métier, il me paraît au contraire tout à fait normal qu'ils aient envie d'apprendre plus, d'apprendre à travers des formations nouvelles.

Je vous propose d'étudier tout ce qui médecin et société, à travers le droit, à travers la psychiatrie, à travers l'économie, bref toutes ces relations que vous vous posez obligatoirement à vous-mêmes. Car lorsqu'on nous dit : si l'on donne à l'un, on prend à l'autre, vous parlez économie, si vous nous dites : la loi nous interdit, vous parlez droit, si vous nous dites : cela ne passera pas, vous parlez sociologie, il faut donc que ces éléments apparaissent dans l'enseignement médical mais réfléchis et plus tard.

Alors voilà un petit peu la proposition que je fais — d'une part ce que vous a dit le Doyen Houdart, c'est-à-dire un enseignement optionnel dans les zones où se trouvent le professeur en matière pénitentiaire, et puis peut-être regrouper cette médecine sociale, légale, professionnelle, préventive, dont la médecine pénitentiaire qui est proche de la médecine légale mais pas seulement, car il faut aussi faire travailler les prisonniers — il faut aussi prévenir un certain nombre d'incidents dans les rechutes, dans les récidives, eh bien, à travers toutes ces réflexions, il me semble que la France peut maintenant envisager des organisations relativement structurées — les personnes sont là, les enseignants sont là, les praticiens sont là, il manque simplement l'espèce de tissu connectif qui réunira l'ensemble. Voilà les seules réflexions que je voulais vous donner seulement à propos de la médecine pénitentiaire, je ne crois pas l'avoir étendue abusivement.

CONCLUSIONS DES RAPPORTEURS

**Conclusions du docteur CURTET,
chargé des toxicomanes à Fleury-Mérogis.**

LA TOXICOMANIE EN MILIEU CARCÉRAL

Je veux bien essayer de tirer quelques conclusions ; il est assez difficile de tirer des conclusions sur ce qu'il s'est dit lors de la première après-midi, car finalement, il y a eu beaucoup d'interventions qui étaient assez disparates, qui signifiaient souvent des interventions et des opinions très opposées : il serait malhonnête de dire que l'une a prévalu sur l'autre. Je pense par exemple que les partisans de méthodes relativement dures et les expériences que l'on nous a citées des pays étrangers qui consistent à donner une espèce de contrat civil, de programme qui permettent aux toxicomanes de sortir de prison s'ils se maintiennent pendant quelques mois dans une institution fermée avec des méthodes comme la méthadone, sont une formule de prise en charge des toxicomanes qu'il ne m'appartient pas d'évaluer ici. Ce n'est pas celle que je pratique à Marmottan, ce n'est pas celle qui est pratiquée en France. De toute façon, nous n'étions pas là pour dire qui avait raison ou tort mais pour confronter nos expériences et essayer d'y voir un peu plus clair.

Ce que je retiens essentiellement en attendant de parler de cette motion précise, c'est, en premier la difficulté que nous avons tous rencontrée à essayer de soigner un toxicomane en prison, car même dans certains pays où l'on considère que la prison peut avoir quelques éléments thérapeutiques on se rend quand même bien compte que l'on ne peut pas garder quand même à vie en prison un toxicomane pour le protéger d'une rechute, donc le jour où il sort il faut quand même qu'il soit à même et en mesure de prendre en compte les problèmes précis, psychologiques et socioculturels qui l'ont amené à la toxicomanie.

On pourrait également aborder le rôle très précis et très destructurant, mais ceci n'est pas un problème exclusif pour les toxicomanes de la prison justement sur des personnalités particulièrement immatures, particulièrement fragiles et c'est quelque chose qui n'est pas assez souvent répété, il est bien évident, et je reprendrais un reproche que l'on m'a fait, en me disant : « vous ne pouvez pas dire que la prison c'est tout mauvais » je ne suis pas venu ici pour dire que la prison c'est tout mauvais, la prison est certainement une institution nécessaire, c'est complètement utopique de rêver d'une société sans

prisons. Le problème c'est de lui garder sa fonction essentielle qui est de mettre provisoirement à l'écart des individus qui ne sont pas en mesure de vivre dans la société sans troubler l'ordre public, l'ordre

public c'est vous, c'est moi, c'est nous tous. Lui trouver une fonction thérapeutique de surcroît, serait peut-être excessif même si l'on peut y faire une médecine ou une psychiatrie pénitentiaire, il s'agit dès lors de prévoir la sortie beaucoup plus et de guérir peut-être le symptôme immédiat que d'y voir une valeur curative. Voilà les sentiments essentiels que je retiens de la première après-midi, le dernier élément mais nous en reparlerons tout à l'heure concernait les principes de l'information ; c'est un sujet sur lequel nous sommes passés assez rapidement. Je tiens à vous signaler une chose : il était prévu par exemple de faire une information des magistrats en matière de toxicomanie car il est bien évident que cette loi du 31 décembre 1970 qui définit d'une part un délit, donc une possibilité d'incarcération, et d'autre part la possibilité de soins, nécessite que le magistrat soit parfaitement informé de ce que signifie la toxicomanie et les soins possibles qui peuvent être apportés. Ces conférences qui devaient avoir lieu : encore 4 en 1978 et 9 en 1979 ; l'Ecole nationale de la magistrature, pour des raisons de crédits, a décidé de restreindre ce nombre de conférences de 13 à 5, je trouve cela un peu dommage que l'on établisse sur des années un programme de conférences alors que le phénomène galope et qu'on ne le prenne pas plus rapidement en considération.

Voilà mes conclusions et je pense que la motion sera plus claire tout à l'heure.

Conclusions du docteur COLIN, professeur de médecine légale à Lyon.

Nous avons rédigé une motion avec plusieurs de nos collègues, il serait difficile de résumer le travail de cette journée du vendredi matin qui était consacrée à l'organisation de l'assistance psychiatrique en milieu pénal avec en particulier la création de ce secteur pénal que nous devons pour une grande partie à Madame Veil qui se souvient d'avoir été la première à la Condition pénitentiaire.

Le pluralisme pourrait caractériser ces travaux et communications de nos confrères psychiatres tant au plan national que pour ceux appartenant aux délégations étrangères, et nous avons là des confrères à la fois belge, suisse, italien et américain du Nord qui ont apporté des contributions importantes. Je dis pluralisme parce que si l'on a pu craindre à un moment la création de ces centres médico-psychologiques qui pouvaient constituer le risque d'une structure monolithique qui viendrait uniformiser la prise en charge psychiatrique dans le milieu carcéral. On peut d'emblée être rassuré, à voir la très grande diversité, la très grande richesse, non seulement sur le plan territorial, sur le plan technique et biologique de ces différentes expériences. Que ce soit celle du docteur Hivert à Paris à la prison de La Santé qui est certainement la plus polyvalente, la plus complète, qui reste pour nous un modèle d'organisation. Que celle que nous avons élaborée à Lyon avec mon collègue Brousolle, avec le docteur Lamothe qui va prendre notre relève et qui fait déjà une part importante au travail social, tant qu'à l'assistance psychiatrique. Qu'il s'agisse de la très belle communication de notre confrère de Genève, Jacques Bernheim, dont le modèle a cet intérêt d'être très directement articulé sur l'université, une sorte d'intégration universitaire et pénitentiaire qui constitue une structure pleine de promesses dans le domaine de l'enseignement de la recherche en matière de psychiatrie pénitentiaires et Bernheim fait souvent référence à des éléments de communauté thérapeutique type Maxwells Jones — ou même aux recherches de Palo Alto (Californie). Les Italiens étaient davantage orientés vers l'exploration un petit peu néophytique de l'application d'une grille psychanalytique freudienne au modèle carcéral. Plusieurs interventions se sont orientées dans un sens délibérément organisationnel. Quelles seraient les répartitions, quelles seraient les tâches restrictives du secteur de droit commun, organisée par nos confrères selon la politique de secteur, quelle serait l'articulation entre ces deux services, celui des établissements pénitentiaires et celui des hôpitaux psychiatriques ? On paraissait craindre qu'il y eût de la part du

secteur psychiatrique une sorte de ségrégation, de surségrégation comme s'il pensait pouvoir désaliéner leur secteur psychiatrique, améliorer l'image de marque de leur structure en mettant à l'écart la clientèle délinquante et criminelle. Pour ceux qui, je dirais jouaient le double jeu c'est-à-dire qui se trouvaient à la fois chef d'un secteur pénal, il y avait là une difficulté d'intérioriser deux fonctions qui leur paraissaient parfois pas tellement complémentaires. Notre collègue Gonin est intervenu sur un point essentiel qui était le souci de se maintenir au niveau de la médecine, et je crois que notre collègue espagnol l'a dit tout à l'heure, il n'y a que des médecins pénitentiaires, il n'y a pas que des psychiatres pénitentiaires, des médecins ; tout le monde est médecin pénitentiaire, et qu'il n'y ait pas en prison une médecine psychiatrique à part dans son C.M.P.R. et ailleurs une médecine générale et qu'il risque d'y avoir un clivage entre ces deux médecines, Gonin a insisté sur la nécessité de pouvoir dans le milieu pénitentiaire quel qu'il soit, maintenir et préserver les conditions d'émergence de la parole par le détenu, étant privé de liberté, liberté d'aller et venir mais non de la liberté de la parole, la parole étant une fonction essentielle sur le plan humain et qui ne saurait être contenue sans danger, sans constituer une menace, une menace décisive pour l'intégrité physique et psychique.

S'étant ainsi exprimé des craintes en ce qui concerne ce que l'on pourrait appeler une fonctionnarisation de la psychiatrie pénitentiaire qu'il est difficile de situer, les uns ayant des statuts très divers, « les uns étant rattachés à l'université, les autres à la D.A.S.S., les autres directement à la pénitentiaire comme c'est mon cas à Lyon » et que la fonctionnarisation peut risquer de menacer l'indépendance technique, mais à ces appréhensions il y avait déjà été répondu par nos autorités administratives par Monsieur Dablanc, directeur général de l'Administration pénitentiaire, par le garde des Sceaux lui-même qui avait très solennellement affirmé que la psychiatrie pénitentiaire française ne serait pas détournée à des fins qui seraient différentes de sa finalité.

Beaucoup ont souhaité qu'il y eût dans l'élaboration et dans la création de ce dispositif de psychiatrie pénitentiaire la plus étroite concertation entre les autorités administratives et les collègues qui travaillent déjà dans ce secteur. Il apparaît aussi très important que les C.M.P.R. n'apparaissent pas comme susceptibles d'avoir le monopole de la totalité des soins psychiatriques même je disais à mon collègue Petit quand il s'agit de faire une gastrectomie, une appendicectomie bien sûr c'est fait à l'hôpital de Fresnes, mais tu ne ferais pas

une opération à cœur ouvert, et notre confrère cardiologue nous a montré tous les patients qui passent de l'hôpital central même assez bien équipé vers les hôpitaux généraux. En psychiatrie il faut admettre également que nous ne pouvons pas soigner la totalité de la morbidité psychiatrique, nous avons absolument besoin d'avoir un phénomène d'échappement disons que la possibilité selon des procédures assouplies, alors que jusqu'à présent elles sont très contraignantes avec l'article 378 avec le placement d'office ; la possibilité de placer pour un temps des malades en milieu psychiatrique dans des services spécialisés tout au moins et nous le dirons dans la motion chaque fois qu'il nous apparaît que la capacité de notre patient n'est pas suffisante pour que l'on puisse espérer que nous obtenions de lui un consentement libre et éclairé à la fois des soins et du programme thérapeutique que nous proposons, chaque fois également que notre outil de prise en charge thérapeutique n'a pas une structure suffisante pour dépasser un certain seuil de morbidité. Disons pour terminer que nous avons sur le plan de l'équipement, de l'organisation, déjà cinq C.M.P.R. qui sont budgétisés : Fleury-Mérogis avec notre collègue Merot, La Santé avec Hivert, Lyon avec le docteur Lamothe qui va prendre notre relève, nous les vieux de la première génération Broussolle et moi, Grenoble avec notre collègue Banier et Rennes avec le docteur Pouyallon ; mais c'est également en chantier dans les autres centres pénitentiaires : Dijon, Fresnes, Poitiers, Lille, Marseille, Bordeaux et Toulouse.

Ce que nous avons voulu souligner — je crois que c'est très important que cet effort de création des C.M.P.R. et pour nous c'est un progrès, c'est un progrès considérable — c'est une nouvelle génération de psychiatres qui entrent dans le milieu pénitentiaire ; jusqu'à présent on avait des experts psychiatres, on avait quelques vacataires de la D.A.S.S., là on va avoir des équipes complètes, constituées sur le modèle hospitalier et qui vont être dans ces services régionaux. Il ne faudrait pas que cet effort très important risque d'appauvrir des structures déjà existantes, au risque d'épuiser tout l'effort d'équipement qui doit se poursuivre, soit en deçà de ces structures — c'est-à-dire au niveau de ces vacations de psychiatres dans les petites maisons d'arrêt au risque d'être submergé dans les C.M.P.R. avant même qu'ils aient eu le temps de s'équiper — et je dirai au-delà au niveau des structures lourdes, au niveau de ces structures dont Madame le docteur Hermann nous a parlé à Château-Thierry ou à Haguenau où il faut également un effort selon des modalités différentes et continues. Tous ces éléments seront rassemblés d'une manière un peu laconique dans la motion qui sera présentée devant Madame le Ministre.

LA CONSOMMATION MÉDICALE EN MILIEU CARCÉRAL

Conclusions du docteur LICHTENSTEIN,
médecin de l'hôpital de Fresnes.

Je vais vous rappeler brièvement les principales communications qui ont eu lieu à cette tribune en m'excusant auprès des auteurs que je n'ai pas mentionnés pour une raison de temps, puisque l'on ne

m'a accordé que cinq minutes. Sans revenir sur les structures de soins qui ont été clairement exposées, je vous rappellerai pour vous remettre en mémoire que l'hôpital central des prisons de Fresnes comporte 350 lits et qu'il accepte chaque année 2 000 malades soit les 2/3 des détenus hospitalisés en France.

Les principales causes d'hospitalisation, la pneumologie, la cardiologie, les maladies cardiovasculaires et pour la chirurgie, les traumatismes essentiellement, il ne faut pas oublier le nombre important de malades psychiatriques qui ne sont pas encore dirigés partout pour des raisons que vous connaissez.

Les problèmes de la pharmacie : il faut distinguer deux choses, tout d'abord à l'hôpital central on assiste en 1973 et 1977 à une diminution relative des dépenses grâce à la collaboration de l'Assistance publique, on déplore cependant l'augmentation globale des tranquillisants, des neuroleptiques et des hypnotiques de l'ordre d'environ 15 % et Mademoiselle Decaudin posait le problème de tranquillisation de la médecine pénitentiaire. Cependant à l'opposé, à Muret, la baisse spectaculaire de la consommation en psychotropes paraît due à la libéralisation du système carcéral.

Les risques iatrogènes sont fonction de trois facteurs : le détenu, l'administration et enfin le corps médical. La consommation chirurgicale revêt deux principaux aspects : celui conventionnel, identique au milieu ouvert c'est-à-dire l'appendicite, la hernie et celui spécifique de la prison : les auto-mutilations et les corps étrangers. Mais les spécificités pénitentiaires peuvent être résumées à des 2 chiffres appendicite 5 jours de clinique et 30 jours à l'hôpital de Fresnes.

Le radiologiste n'a pas présenté sa communication mais nous a laissé un papier qui dit les choses suivantes : tout d'abord il suit et détecte bien entendu la progression des corps étrangers qui eux heureusement s'éliminent le plus souvent par les voies naturelles sans avoir besoin du chirurgien et maintenant par l'endoscopie qui vient d'être créée, permet d'en retirer un certain nombre. Une petite note à propos de l'ulcère duodénal et bien contrairement à ce que l'on pourrait penser, l'ulcère duodénal baisse en prison, en effet en 1962 sur tous les transits gastro-duodénaux réalisés, on notait 35 % d'ulcères et maintenant en 1977 seulement 17 % ; je laisse ces chiffres à votre méditation.

En pneumologie les affections d'expression fonctionnelle comme vous l'a dit le docteur Laffont nécessitent 2 fois plus de médicaments médecins et psychotropes alors que les autres affections non fonctionnelles : tuberculose, sarcoïdose en nécessitent 2 fois moins. La pathologie bucco-dentaire : je ne reviendrais pas sur la brosse à dent et sur l'hygiène bucco-dentaire indispensable en milieu pénitentiaire, sur les diverses expériences en maison d'arrêt pour vous rappeler simplement qu'à Fresnes sur 2 000 détenus 42 % ont un traitement — à La Santé 81 % des malades hospitalisés prennent un psychotrope — à Sarreguemines on insiste sur les problèmes du chantage à la maladie et les problèmes de la grève de la faim, mais je dois dire que tous les praticiens n'ont pas une solution aussi simple que celle exprimée, elle ne semble pas recueillir l'unanimité des congressistes.

Enfin à Fleury-Mérogis, en gynécologie, outre le nombre important d'infections génitales chroniques, pour résumer l'opinion de Madame le docteur Courrèges, un nombre important de grossesses apparaît être la conséquence directe de la sous-information des détenues en matière de contraception — 7 % seulement consultent pour ce motif.

L'esthétique et les autres communications ainsi que celles de tous les orateurs étrangers ne sont pas résumées dans cette brève communication, je m'en excuse encore.

Je vous remercie.

SÉANCE DE CLOTURE ET MOTIONS

Allocution du doyen BOUHEY.

Madame le Ministre,

Nous vous remercions du grand honneur que vous faites à l'université de Dijon et particulièrement à la faculté de médecine en présidant la séance de clôture du 1^{er} Congrès mondial de médecine pénitentiaire organisé par Madame le professeur Solange Troisier, présidente du Conseil international des services médicaux pénitentiaires.

La faculté de médecine a été créée en 1967, ce qui nous a amené à fêter dans le cadre régional, son X^e anniversaire l'année dernière.

C'est donc une jeune faculté qui a bénéficié de locaux modernes où nous nous trouvons actuellement ; ils sont entrés en fonction en octobre 1968, ce qui leur a permis d'échapper aux délires de graffiti du printemps 1968 et de garder, après 10 ans d'utilisation, un état encore très convenable grâce à la compréhension et à la coopération des étudiants et au dévouement du personnel de la faculté qui s'est encore affirmé par l'organisation de cette réunion.

Par votre présence aujourd'hui, vous affirmez l'importance de ce congrès qui avait été soulignée lors de la séance d'ouverture par l'intervention de Monsieur Alain Peyrefitte, garde des Sceaux, accompagné par les hautes autorités du ministère de la Justice et par les hautes autorités administrative, judiciaires, universitaires et religieuses de la région Bourgogne que nous retrouvons cet après-midi.

Je tiens à saluer tout particulièrement :

Monsieur Dablanc, directeur de l'Administration pénitentiaire au ministère de la Justice ;

Monsieur Denizot, préfet de région ;

Madame Ezraty et les membres de votre cabinet qui vous ont accompagnée.

Parmi les autorités régionales, j'adresse tout particulièrement mes remerciements

à Monsieur Jurien de La Gravière, président du conseil général ;

à Monsieur le professeur Guerrin, représentant Monsieur Robert Poujade, député-maire de Dijon ;

à Monsieur Jacob, député de Beaune ;

à Messieurs les Hauts magistrats de la cour d'appel de Dijon ;

à Monsieur Lévy, premier président ;

à Monsieur Bolloch, procureur général, que nous sommes heureux de féliciter pour sa récente prise de fonction ;

à Monsieur le professeur Feuillée, président de l'université dont nous regrettons tous le départ après cinq ans d'exercice exceptionnel de cette lourde fonction. Il est accompagné par Monsieur Vaudiaux, ancien doyen de la faculté de droit, qui vient d'être élu, ce matin, pour lui succéder, par le Conseil d'université. Leur présence témoigne de l'intérêt qu'ils portent à la faculté de médecine qui, à Dijon, est bien intégrée à l'université.

Je salue enfin les hauts fonctionnaires de la Sécurité sociale, de la santé et des hôpitaux :

— Madame Ricci, directeur régional des Affaires sanitaires et sociales ;

— Monsieur le docteur Cabanel, médecin inspecteur régional de la Santé ;

— Monsieur Bellis, directeur départemental de l'Action sanitaire et sociale ;

— Monsieur Richon, président du conseil d'administration de la Caisse régionale ;

— Monsieur Gourdon, président du conseil d'administration de la Caisse départementale ;

— Monsieur Carrel, directeur de la Caisse régionale ;

— Monsieur Morizot, directeur de la Caisse primaire ;

— Monsieur Pinchaux, directeur de la Caisse régionale agricole ;

— Monsieur Vèque, vice-président du conseil d'administration du C.H.R. ;

— Monsieur Boulouis, directeur général du C.H.R. ;

— Monsieur Walkemann, directeur du centre psychothérapique de La Chartreuse ;

— Monsieur le docteur Klepping, président du Conseil départemental de l'ordre des médecins.

Enfin, je voudrais vous présenter les excuses de Monsieur le docteur Berger, président de la commission des affaires culturelles familiales et sociales et de Monsieur Lassale, recteur d'académie et chancelier de l'Université qui nous avaient honoré de leur présence à la séance d'ouverture mais que des engagements antérieurs retiennent éloignés de Dijon.

Nous vous accueillons, Madame le Ministre, dans l'amphithéâtre Eugène Bataillon, commun à la faculté de médecine et à celle de pharmacie.

C'est notre seul grand amphithéâtre ; dès sa création, notre faculté a eu à faire face à des difficultés de locaux, car l'effectif prévu lors de la construction était de 700 étudiants en médecine et de 350 étudiants en pharmacie, ce qui faisait un effectif global de 1050 étudiants.

Depuis 1968, les effectifs ont subi un accroissement brusque et s'élèvent actuellement à : 2 000 à 2 100 étudiants en médecine, 550 à 575 étudiants en pharmacie, dépassant de plus du double l'effectif initialement envisagé.

Nous savons que vous êtes, Madame le Ministre, très préoccupée par la croissance importante du nombre des étudiants des professions de santé ; c'est un souci très légitime que nous partageons tous. Il est je crois intéressant de rappeler qu'il a déjà été ressenti à des époques plus lointaines puisqu'en 1911, un des enseignants de l'Ecole de médecine, Monsieur le docteur Broussolle déclarait, lors de la séance solennelle de l'université que « la baisse du nombre des étudiants en année préparatoire (PCN) était une conséquence générale et inévitable de l'encombrement de la carrière médicale. »

Cette progression rapide des effectifs s'est accompagnée heureusement d'une augmentation du nombre des enseignants, le taux d'accroissement a été cependant plus faible puisque dans le même laps de temps le nombre des enseignants de rang A est passé de 39 à 54 et celui de rang B de 57 à 87.

Actuellement, nous constatons un ralentissement des inscriptions en 1ère année de médecine en même temps que le nombre des étudiants admis en 2ème année du 1er cycle est réduit progressivement ; nous pensons que cette mesure est judicieuse mais nous voudrions faire le souhait qu'elle reste harmonieuse, afin que ne soient pas pénalisés les étudiants dépendant des U.E.R. qui ne sont pas livrées à une politique démagogique d'inscriptions.

Cette attitude de la faculté a été dictée par le sentiment profond, partagé par tous les enseignants, que la base fondamentale de la formation d'un médecin était représentée par l'initiation hospitalière, sous la responsabilité de tous les aînés et la faculté de médecine est fière d'avoir pu réaliser depuis sa création, des stages hospitaliers

quotidiens dès la première année du 2ème cycle et d'avoir pu confier des charges d'étudiants hospitaliers à part entière aux étudiants de la 2ème année du 2ème cycle, malgré les inégalités de rémunération.

Je tiens à rendre hommage à la collaboration que nous a toujours apportée, dans ces réalisations, l'Administration hospitalière des établissements de santé publique dijonnais.

De même, le stage interné des étudiants en stage pratique est un stage effectif d'un an dans les hôpitaux régionaux où ils ont trouvé un encadrement de haute qualité qui permet à nombre de nos élèves de s'intégrer dans un ensemble médical local.

C'est cet esprit de confrontation aux réalités de la profession médicale qui nous a fait accueillir avec plaisir et honneur ce 1er Congrès de médecine pénitentiaire répondant ainsi à l'offre de notre collègue et amie Madame le professeur Solange Troisier.

Les travaux qui ont été présentés ont été très riches d'enseignement pour nous tous, très nouveaux pour ceux qui n'ont jamais — ou presque jamais — été confrontés aux situations médicales souvent particulières de la médecine pénitentiaire. Nous avons été informés des décisions que vous avez prises pour résoudre les problèmes majeurs, donnant un nouveau témoignage de votre intérêt permanent pour tous les problèmes de santé.

Pour conclure, je voudrais remercier tous les congressistes qui ont animé ces trois journées ; je tiens à souligner leur résistance intellectuelle et physique qui a été mise à rude épreuve par les séances de travail particulièrement chargées et par des intermèdes gastronomiques et œnologiques parfois un peu éprouvants.

J'espère que tous garderont un bon souvenir de leur séjour en Bourgogne et que nous aurons l'honneur, Madame le Ministre, de vous accueillir à nouveau pour une manifestation d'un tel niveau international.

Allocution du professeur FOURNIER.

Madame le Ministre,

A mon tour de reconnaître l'honneur que vous nous faites, à nous tous participants à cette première réunion mondiale de médecine pénitentiaire, de vous remercier très vivement d'apporter un grand encouragement personnel à la généreuse organisatrice de ces journées, Madame le professeur Troisier, dont l'énergie et les qualités étaient garantes de la réussite.

En 1976-1977, Madame Troisier créait un enseignement de médecine pénitentiaire à Lariboisière-St-Louis dont le succès immédiat fut l'une des surprises heureuses de ma carrière — je dis surprise heureuse car il ne suffit pas d'avoir de bonnes idées et beaucoup de force personnelle pour aboutir. Il faut que l'heure soit venue de la mise au monde — tous les gynécologues savent cela — et que le nouveau-né reçoive des soins prolongés.

Nous vous sommes reconnaissants, Madame le Ministre, de vous pencher sur ses premières années et sur la nécessaire collaboration entre magistrats, administrateurs et **médecins** : une « médicalisation » de plus dira-t-on ? Oui et non. Une forme nouvelle de la médecine sociale. Certainement, et non des moindres.

Votre souci d'une rigoureuse économie dans la gestion de la Santé publique est connu et respecté. J'aborderai donc par là l'enseignement de la médecine pénitentiaire et ce n'est pas paradoxal. Elle est médecine sociale et préventive des rechutes, des récurrences dangereuses et coûteuses en même temps que médecine individuelle, humaine.

La médecine préventive était jadis bon marché : des vaccinations.

Elle est devenue chère car on ne vaccine pas contre la toxicomanie, contre la délinquance. On installe des médecins, des C.M.P.R., des groupes thérapeutiques, en admettant qu'il s'agisse de médecine préventive d'abord, qui ne se juge pas comme le traitement d'un infarctus. Les organisateurs doivent cependant justifier leurs dépenses.

Le coût social — considérable — des marginaux a conduit à des dépenses élevées en locaux, en personnels alors que nous ne savons pas bien apprécier les résultats de tels efforts. Il faut donc développer les critères d'évaluation des projets et de leur succès, sans nier l'intérêt des initiatives individuelles surtout pendant la

période initiale. Ensuite vient le développement, car il faudra toujours passer d'une situation à une autre, progresser, optimiser les choix disent les économistes.

En France, la première préparation au choix et à l'évaluation est l'enseignement de caractère universitaire qui garantit l'impartialité, la diversité de l'information, une certaine logique de discussion, la continuité surtout. C'est en ce sens que l'enseignement de médecine pénitentiaire a brusquement révélé tout un aspect de la médecine en France.

Encore faut-il associer **enseignement et pratique** ; appelons cela **enseignement hospitalo-universitaire** sans préjuger des formes futures du secteur médico-social mais en notant qu'elles imposent des projets de formation spécifique.

Les métiers de médecine sociale, les personnels existent, les tâches sont reconnues, nous l'avons vu à propos de la médecine pénitentiaire. Ils complètent nécessairement ceux de médecins traitants et doivent être traités à part, littéralement créés.

Madame le Ministre, votre sens de l'activité créatrice n'a jamais été pris en défaut, ni sollicité en vain.

Cette première réunion internationale est l'occasion imprévue de suggérer l'extension d'initiatives en cours comme les départements de Santé publique, dont on parle dans certaines universités, en les dotant de statuts d'**instituts hospitalo-universitaires de Santé publique** qui auraient la charge — en relai de l'enseignement des U.E.R. de médecine vouées à la thérapeutique individuelle —, des enseignements et des études prospectives de médecine sociale.

Le projet est comparable à celui qui a permis de développer, à côté des U.E.R. de sciences fondamentales, des instituts universitaires de technologie.

Ce pourrait être une réponse aux inquiétudes que vous connaissez chez les responsables actuels de tels enseignements très isolés dans notre pays, ainsi qu'au besoin d'études et de réflexions sur les systèmes de santé.

A l'occasion du succès de la réunion de médecine pénitentiaire, qu'il me soit permis, Madame le Ministre, de vous remercier encore d'apporter votre soutien chaleureux aux efforts de la plus courageuse et de la plus sensible des enseignants de médecine sociale.

Allocution de la présidente Madame TROISIER.

Madame le Ministre,

La médecine pénitentiaire et tous ceux qui la représentent ici à Dijon sont très impressionnés et honorés par votre présence pour clore ce premier congrès mondial.

Pour ma part, c'est avec une joie profonde et sincère que je vous vois ici car j'ai pour vous une immense estime doublée d'une affection réelle.

Mais aussi votre venue est tout un symbole : un mariage heureux entre la justice et la médecine. Le magistrat que vous êtes, très au fait des problèmes médicaux pénitentiaires car vous les avez dirigés et coordonnés lors de votre passage place Vendôme, représente l'interlocuteur idéal.

C'est aussi, Madame le Ministre, avec un grande émotion que je tiens à vous remercier de m'avoir toujours soutenue dans la rude tâche qu'est la mienne, succédant à notre ami, au grand résistant, déporté comme vous l'avez été, Georges Fully odieusement tué, au poste qu'Edmond Michelet avait créé pour lui. Camarades de déportation, ayant les mêmes options généreuses et humaines, la même horreur du nazisme que vous venez à nouveau de dénoncer, et comme je vous en félicite chaleureusement vous avez œuvré ensemble pour mettre en place les structures de départ de cette médecine bien à part qu'est la nôtre.

Que de fois suis-je venue vous parler de mes soucis, de mes craintes, de la faiblesse de mes moyens et de mon désir intense d'améliorer cette discipline. Mais ce n'était guère votre département qui pouvait m'apporter des solutions à nos problèmes de médecine curative.

Cependant j'ai trouvé auprès de vos services, des directeurs de vos D.A.S.S. un appui précieux pour mettre en place cette médecine préventive qui est définie par le Code de procédure pénale. J'ai toujours reçu auprès des préfets un accueil chaleureux.

J'ai pu ainsi, un peu partout, dans toutes les prisons françaises perfectionner la mise en place de la recherche systématique des maladies vénériennes chez les hommes et chez les femmes et j'ai même demandé la prise en charge du test de Papanicolaou chez certaines femmes pour la détection du cancer.

Quant à la recherche de la tuberculose, j'ai appliqué à la lettre vos instructions pour supprimer les postes de radioscopie et j'ai essayé de les faire remplacer par des radiophotographies faites avec l'aide des D.A.S.S. Le gros problème est que bien souvent les camions ne rentrent pas dans les cours des maisons d'arrêt et que la police est sourcilleuse pour convoier les détenus lors des examens pratiqués en dehors des murs de l'établissement.

Je peux cependant vous assurer qu'à peu près partout la détection de la tuberculose est faite malgré l'extinction de cette affection. Cette maladie dans notre population pénale représente 2 % des lésions pulmonaires authentiques, ce qui est un peu différent du plan national.

Mais c'est surtout dans le domaine de la psychiatrie que vous m'avez apporté une aide immense. Il existe en effet maintenant un véritable décloisonnement de notre médecine, une ouverture vers la Santé publique.

Le Code de procédure pénale stipule que tous les entrants doivent être examinés par un psychiatre au titre de l'hygiène mentale. Je ne sais pas si tous les détenus sont vus par un psychiatre mais beaucoup le sont et en ce sens je fais une totale confiance au directeur ou au chef d'établissement qui peuvent détecter mieux que quiconque celui dont l'état mental nécessite un dialogue avec un psychothérapeute.

Il y a cinq ans, lorsque j'ai pris mon poste, il y avait très peu de psychiatres dans les maisons d'arrêt et la prise en charge des détenus était à peu près nulle. Grâce à vous, Madame le Ministre, à vos services et en particulier à la mise en place de la psychiatrie de secteur, je peux vous assurer que presque toutes nos prisons sont maintenant incluses dans votre sectorisation. Je ne saurais trop vous en remercier et en particulier dire à Mademoiselle Mamelet combien je lui suis reconnaissante de son incomparable collaboration.

Vous avez, Madame le Ministre, apporté une aide précieuse, et je dirai même essentielle, dans la création et l'extension dans toute la France des centres médico-psychologiques régionaux.

Ces centres de soins pour malades mentaux au sein même de la prison sont une innovation française extraordinaire. Vous en êtes l'instigateur et tous les psychiatres français, et tous les auxiliaires de justice que nous sommes ne peuvent que s'incliner devant votre autorité, votre initiative.

Ces centres, en général de 50 lits, sont créés au centre même de la prison avec un personnel pénitentiaire à la fois dévoué et compétent pour s'en occuper. Nous fournissons, nous Administration pénitentiaire, à la fois les médicaments et la nourriture ; et la Santé publique, par l'intermédiaire de vos D.A.S.S., prend en charge à la fois les médecins, les internes et les infirmières.

C'est un élargissement de la médecine pénitentiaire vers la Santé publique et ainsi nous pouvons éviter les hospitalisations pour malades mentaux plus ou moins graves dans les hôpitaux psychiatriques où la surveillance de nos détenus est impossible.

Le centre pilote de Fleury-Mérogis a été une innovation et une réussite totale. Le docteur Merot, psychiatre de secteur et psychiatre des hôpitaux, assure un service exceptionnellement positif.

La maison d'arrêt de La Santé vient d'être pourvue, par la ville de Paris, d'un centre médico-psychologique pris en charge par la municipalité de la capitale et nous ne saurions trop nous en féliciter.

Grâce à vos services et à votre diligence, des postes ont été créés dans toutes les régions pénitentiaires de France. Les infirmeries psychiatriques qui existaient auparavant à Lyon, à Loos, à Marseille, ont été prises en charge par les Conseils généraux, et des psychiatres de secteur ont été nommés.

Quant aux créations de centres médico-psychologiques, nous avons établi, ministère de la Justice et ministère de la Santé, un échéancier qui semble parfaitement se concrétiser. En particulier ici, à Dijon, d'ici la fin de l'année, ce centre sera opérationnel. Le psychiatre est déjà désigné et l'actuelle maison d'arrêt pour femmes accueillera nos psychopathes. En effet, une nouvelle maison d'arrêt pour femmes est en construction ; je ferai tout au monde pour qu'elle soit rapidement terminée et que les femmes puissent y être transférées.

Déjà le C.M.P.R. de Varcès, non loin de Grenoble fonctionne. A Fresnes, le Conseil général du Val-de-Marne a accepté le principe de la prise en charge par la D.A.S.S. du service psychiatrique. A Rennes aussi les travaux sont très avancés et le psychiatre est déjà en place.

Pour le reste de la France, Poitiers, Bordeaux, Rouen, les opérations sont programmées et, grâce à votre influence Madame, auprès des différentes D.A.S.S. et des préfets, je suis persuadée que leur mise en place sera bientôt acceptée dans les différents départements.

Certes les départements où sont sis ces centres médico-psychologiques régionaux sont assez rébarbatifs quant à leur prise en charge. Ils souhaiteraient que les détenus malades de ces centres soient pris en charge par leur département d'origine. Mais il est à peu près impossible d'en faire une véritable répartition. Aussi, Mademoiselle Mamelet et vos services, sous votre instigation, ont décidé de prendre en charge l'essentiel de la dépense, c'est-à-dire 83 %, laissant ainsi aux départements une faible participation financière de 17 %.

Vous voyez que nous sommes conscients de l'effort que vous avez fait. Nous ne saurions trop vous en remercier. Quant à moi, me battant pour cette mise en place et vous assaillant de mes demandes, je me retrouve à vos côtés pour servir l'Etat et apporter une thérapeutique à des détenus souvent fragiles chez qui le besoin d'un psychiatre et d'un dialogue est toujours indispensable pour leur éventuelle réinsertion.

Alors, Madame le Ministre, devant tous ces médecins français, qu'ils soient psychiatres ou généralistes, voire spécialistes, devant tous ces confrères venus du monde entier, de la Finlande au Venezuela, en passant par les U.S.A., le Canada, l'Inde, le Japon, Israël et la Grèce sans, bien sûr, oublier toute l'Europe si bien représentée ici et en y ajoutant l'Espagne et les pays scandinaves, ne pouvons-nous pas être fiers d'être français et d'avoir donné le coup d'envoi à une telle manifestation scientifique ? Avec votre présence à Dijon pour la clore.

Cette psychiatrie de secteur, ces C.M.P.R. qui sont votre œuvre, qui sont marqués du sceau de votre esprit de novation et d'efficacité, nous sommes si heureux, aujourd'hui, de pouvoir montrer à nos amis du monde que la France, pays de liberté, les a imaginés et qu'ils sont à la fois originaux et, je le souhaite, susceptibles d'améliorer le pronostic et la réinsertion de nos psychopathes.

Je ne saurais terminer mon propos sans vous rendre hommage, Madame, pour tout ce que vous avez fait pour les infirmières. Celles de l'Administration pénitentiaire ont pu obtenir après de longs palabres aux Finances auxquels j'ai pris part, la prime Veil pour celles qui travaillent dans nos hôpitaux. Je souhaiterais que toutes nos infirmières de prison puissent aussi en bénéficier. Nos infirmières pénitentiaires sont en nombre insuffisant et nous avons passé des conventions avec la Croix-Rouge et l'Assistance publique. Je souhaite de tout cœur que celles-ci continuent à être appliquées pour la meilleure marche de notre administration.

Comme vous le savez, je m'intéresse énormément à l'avenir des sages-femmes. Vous avez beaucoup œuvré à leur adaptation à la vie actuelle. J'en ai inséré deux, l'une à Fleury pour y pratiquer des cours d'accouchement sans douleur et de contraception, l'autre à Fresnes pour y pratiquer les accouchements et s'occuper des nouveau-nés.

Tout cela n'est pas grand-chose quand on a un gros budget mais ce n'est pas notre cas. Cependant à force de se battre on finit par gagner. Avec Monsieur Dabanc, nouvellement installé dans la maison, la lutte est plus facile car les solutions sont courageuses et efficaces.

Il suffit, Madame, de vous observer, de vous admirer pour se rendre compte du chemin que vous avez parcouru et de l'amélioration de la santé de la France grâce à la politique que vous avez suivie. Nous pouvons tous, ici, nous en réjouir et vous adresser notre déférent et affectueux témoignage.

Allocution de Madame SIMONE VEIL, ministre de la Santé et de la Famille.

Madame la Présidente, Mesdames, Messieurs,

Les paroles si chaleureuses, les mots — trop élogieux à mon gré — que vous avez eus pour moi, Madame la Présidente et chère amie, me touchent profondément.

Puis-je vous dire à mon tour que si je suis ici aujourd'hui pour assister à la clôture de ce premier Congrès international de médecine pénitentiaire, c'est non seulement en raison de l'intérêt particulier que je porte à ces questions mais aussi et surtout parce que l'occasion m'est ainsi donnée de rendre publiquement hommage à votre action persévérante et efficace en faveur du service médical en milieu pénitentiaire. C'est surtout pour moi l'occasion de rendre hommage à Georges Fully qui fut en France le premier médecin inspecteur de l'Administration pénitentiaire et qui, dans une période particulièrement difficile avec l'obstination et le courage que tous ceux qui l'ont connu admiraient, mit en place les bases de l'organisation sanitaire des prisons, a lutté contre les inerties et routines de l'administration, parfois la méfiance du personnel, toujours les craintes et les préjugés du public, sa conception du service de santé l'incitant à une prise en charge globale des détenus de façon à améliorer la condition pénitentiaire.

Poursuivant l'action entreprise, vous avez décrit tout à l'heure vos efforts pour assurer aux détenus des soins de qualité et pour développer les possibilités de prévention et de détection précoce de certaines maladies qui, telle que la tuberculose, se rencontrent plus fréquemment parmi les détenus que dans la population prise dans sa globalité.

Mais la relation que vous avez faite des réalisations accomplies et des projets en cours, permet aussi de mesurer des difficultés de toutes sortes qu'il a fallu surmonter, des initiatives qu'il a fallu prendre ou encourager, des concours qu'il a fallu susciter. Vous avez été cette initiatrice, cet artisan patient et résolu de l'œuvre dont nous pouvons aujourd'hui apprécier les résultats.

Ces résultats se traduisent tout d'abord par l'amélioration du dispositif médical en faveur des détenus, en particulier par le développement des consultations de médecine générale ou spécialisée dans les maisons d'arrêt et les maisons centrales ainsi que par la modernisation des infirmeries et des services hospitaliers pénitentiaires.

Il peut être rappelé, qu'au seul titre du dépistage, en 1976, 63 100 examens ont été pratiqués pour la détection de la tuberculose, 66 500 pour celle des maladies vénériennes et 21 800 en ce qui concerne les maladies mentales.

Si les structures administratives et les modalités de prise en charge financière ne permettent pas d'assurer, comme vous l'auriez souhaité, un « décloisonnement » plus complet de la médecine pénitentiaire dans le domaine des soins généraux. Je rappellerai cependant que les centres hospitaliers généraux et spécialisés ont toujours accueilli et continuent d'accueillir les détenus dont le traitement ne peut être assuré dans l'institution pénitentiaire. De son côté, l'Administration pénitentiaire fait appel dans de nombreux établissements à des médecins, des chirurgiens-dentistes, des kinésithérapeutes et autres membres des professions médicales ou paramédicales, qui ont par ailleurs une activité d'exercice libéral ou en secteur hospitalier. On peut ainsi constater que si la médecine pénitentiaire a ses problèmes spécifiques, elle ne s'exerce pas « en vase clos ».

Comme l'a souligné Madame le professeur Troisier, c'est dans le domaine de la psychiatrie que la liaison entre l'Administration pénitentiaire et le secteur hospitalier s'est en quelque sorte institutionnalisée par la création des centres médico-psychologiques régionaux dont la mise en place se réalise progressivement.

Il convient de rappeler que pour les détenus présentant des troubles mentaux, les possibilités de traitement à l'intérieur de l'institution pénitentiaire étaient, il y a peu d'années encore très réduites. L'on n'avait parfois le choix qu'entre une incarcération dans l'un des deux établissements pénitentiaires pour psychopathes de Château-Thierry et d'Haguenau et le transfert en hôpital psychiatrique avec les difficultés de tous ordres que cela impliquait.

Le développement des consultations d'hygiène mentale dans les prisons, avec l'aide des médecins des services publics et de psychiatres du secteur privé a permis une amélioration notable du dépistage et des possibilités de traitement sur place. Mais l'expérience démontre que ce mode classique de prise en charge des problèmes psychopathologiques des détenus ne répond pas à tous les besoins, en particulier lorsqu'il est nécessaire de réaliser une observation approfondie ou d'assurer une surveillance continue.

La réflexion qui s'est engagée depuis quelques années entre les ministères de la Justice et de la Santé a abouti à l'élaboration d'une structure nouvelle venant, selon les cas, compléter ou renforcer le dispositif existant.

Le principe consiste à créer, dans chaque région pénitentiaire, un ou plusieurs centres médico-psychologiques régionaux (C.M.P.R.). Ces centres, installés dans un quartier distinct d'un établissement pénitentiaire, constituent le ou les services psychiatriques — d'une vingtaine ou d'une trentaine de lits environ chacun — des différents établissements pénitentiaires de la région.

Le rôle du centre médico-psychologique régional est double :

- il assure d'une part une mission générale de prévention des maladies mentales en milieu carcéral qui s'exerce notamment par le dépistage mental des entrants dans l'établissement où est implanté le centre ;
- d'autre part, il assure l'observation, la surveillance médicale et le traitement des détenus — écroués, initialement ou non, dans l'établissement où est implanté le centre — qui représentent soit au moment de l'écrou soit au cours de leur incarcération, des troubles psychiques, à condition toutefois que leur degré de gravité n'implique pas un placement dans un hôpital psychiatrique.

La mise en place d'une telle structure, tout en assurant dans les meilleures conditions le traitement des intéressés, permet d'éviter au maximum le transfert des détenus dans des hôpitaux spécialisés, maintenant très ouverts et dans lesquels il est devenu difficile d'assurer la garde de sujets ayant à purger des peines privatives de liberté.

Le ministère de la Santé et la Direction départementale des affaires sanitaires et sociales mettent à la disposition du centre médico-psychologique une équipe médicale, paramédicale et sociale. Cette équipe est dirigée par un psychiatre-chef assisté, en fonction des besoins, par d'autres psychiatres et internes en psychiatrie, par des psychologues, des infirmiers psychiatriques, une assistante sociale et une secrétaire médicale. Les traitements de ces personnels sont pris en charge par le budget départemental, au titre des dépenses obligatoires dont le ministère de la Santé assume le remboursement pour la plus grande part.

Je voudrais aussi souligner que les règlements types établis en commun par les deux ministères veillent à préserver l'indépendance technique de l'équipe et le respect du secret médical tout en permettant d'assurer la sécurité indispensable au bon fonctionnement de l'institution pénitentiaire.

Il convient d'ajouter que le centre médico-psychologique régional, étant assimilé à un secteur psychiatrique à vocation pénitentiaire spécifique, s'intègre dans le cadre de l'organisation départementale de lutte contre les maladies mentales et qu'à ce titre, en tant que de besoin, il est en liaison avec les secteurs de psychiatrie générale pour assurer la continuité des soins.

C'est ainsi qu'une étroite collaboration entre les ministères de la Justice et de la Santé contribue à une meilleure prise en charge des détenus dont l'équilibre est perturbé.

Cet effort vient utilement compléter les réalisations déjà entreprises par le ministère de la Justice pour donner à la médecine pénitentiaire, que son caractère particulier tendait à singulariser, de plus larges dimensions.

Ce souci d'approfondissement et d'élargissement ne se traduit pas seulement au niveau des réalisations « sur le terrain ». Il se manifeste aussi par la place accordée à la formation des personnels et à l'enseignement de la médecine pénitentiaire.

Le congrès qui s'achève aujourd'hui témoigne tout à la fois de la vitalité de cette discipline et de l'attention croissante que lui portent, non seulement ceux — médecins et membres de l'administration — qui se trouvent directement concernés, mais aussi tous ceux qui, à des titres divers s'intéressent aux problèmes de la santé à travers l'institution pénitentiaire.

La présence de nombreux participants venus de l'étranger montre que l'intérêt suscité par la médecine en milieu carcéral n'est pas limité à la France et je me réjouis de constater que ces journées ont permis des échanges de vue fructueux.

C'est donc avec confiance que j'entrevois l'avenir de la médecine pénitentiaire et de son développement et qu'ainsi sera favorisée la réinsertion sociale des délinquants.

Ma présence ici a valeur de symbole parce que les hommes et les femmes qui sont dans les prisons doivent être soignés avec la même attention que les autres.

MOTION CONCERNANT LE TRAITEMENT DES TOXICOMANES EN MILIEU CARCERAL (Dr CURTET).

Un premier thème a été abordé qui concerne la nécessaire coopération à établir entre médecins, magistrats, personnel pénitentiaire, policiers, etc. Cette **coopération** implique une **information** précise de tous ceux qui auront affaire aux toxicomanes, ne serait-ce que pour leur enseigner les moyens d'apprécier l'authenticité et la gravité d'une toxicomanie, et donc, les attitudes thérapeutiques ou, inversement répressives qui apparaissent les plus appropriées. Cette information devrait reposer essentiellement sur des débats contradictoires et complémentaires, animés par des personnes possédant à la fois une **expérience « sur le terrain »** de la toxicomanie et une capacité pédagogique réelle. Ainsi pourront être évités des pièges tel que celui de confondre drogues douces et drogues dures pour aboutir à des statistiques non significatives.

Dans une deuxième discussion est apparue une opposition entre les médecins qui soulignaient l'impossibilité du traitement des toxicomanes en milieu carcéral et ceux qui étaient d'avis inverse.

En fait, il semble que cette opposition reposait surtout sur des malentendus concernant la définition de la cure de désintoxication, et les disparités des moyens offerts aux thérapeutes selon les établissements.

En pratique, tous s'accordent sur la possibilité d'une désintoxication physique (cure de sevrage) à la condition essentielle de disposer d'un personnel médico-infirmier suffisant. **Il serait donc souhaitable d'augmenter les effectifs soignants dans toutes les prisons de France proportionnellement à leur niveau d'accueil de toxicomanes.**

Par contre la proposition de transfert des toxicomanes incarcérés dans d'autres établissements, qu'ils soient publics (transferts à l'autorité sanitaire) ou spécialisés (comme les C.M.P.R.) se heurte à l'insuffisance de définition des responsabilités administratives, et surtout à la nécessité de continuité de soins. Le système de multiples centres d'accueil tirant leur existence de la Justice, de la Santé publique et de l'Aide sociale, est pour le moment une réponse qu'il ne convient pas de modifier.

L'accord est moins net concernant la possibilité d'un traitement réel des toxicomanes, c'est-à-dire d'une prise en charge psychothérapique, en prison. La position la plus raisonnable consiste à admettre qu'y soient réalisables des entretiens de soutien aboutissant à une amorce psychothérapique qui ne pourra prendre sa véritable dimension thérapeutique que lors de la mise en liberté du détenu. **Il importerait donc de faciliter la présence de thérapeutes en leur ouvrant l'accès à la prison, et par ailleurs de créer des services de suite, des lieux thérapeutiques en milieu libre où pourraient se continuer les psychothérapies tout juste amorcées.** En tout cas, presque tous les participants sont tombés d'accord sur le fait que, si dans des conditions bien exceptionnelles a pu s'ébaucher une approche privilégiée, le séjour carcéral est presque toujours un temps mort, destructurant, limitant encore davantage l'autonomie, accentuant les sentiments de rejet et d'exclusion, quel que soit l'effort des thérapeutes pour le pallier.

Au total, si l'aménagement du séjour carcéral apparaît important, il faudrait peut-être plus encore **préparer et aménager la sortie pour prévenir les récidives.**

MOTION SUR LA PSYCHIATRIE PENITENTIAIRE (Pr COLIN).

COMMISSION PSYCHIATRIQUE PENITENTIAIRE.

Les médecins psychiatres pénitentiaires accueillent favorablement la création dans les régions pénitentiaires des services médico-psychologiques régionaux, « secteur technique temporaire », susceptible d'assurer une meilleure assistance thérapeutique à la clientèle pénale présentant des troubles mentaux.

Ils souhaitent :

- que le C.M.P.R. ne prétende pas au monopole des soins psychiatriques au risque d'aggraver la ségrégation pénale, mais (à l'instar des autres secteurs de la pathologie) demeure perméable, selon des procédures assouplies, aux autres formes de prise en charge de la maladie mentale — tant pour le secteur institutionnel que pour le milieu ouvert ;
- que le C.M.P.R. voie sa compétence reconnue, outre les dispositions de l'article D 378, en fonction de la capacité et du consentement de sa clientèle et aussi des limites de son équipement ;
- que le C.M.P.R. ne devra pas se substituer aux structures existantes ni résumer les efforts d'équipement en assistance psychiatrique qui doivent se poursuivre à tous les niveaux du service pénal ;
- que son rattachement à une institution universitaire devrait permettre, chaque fois que cela est possible de développer en son sein une structure d'enseignement et de recherche.

Les médecins psychiatres pénitentiaires, auxquels se joignent les psychologues pénitentiaires, réaffirment les exigences de leur indépendance technique et le refus de l'utilisation de leur service à des fins étrangères à sa finalité.

Ils sont en droit d'attendre que le système de justice pénale reconnaisse le droit du sujet aux soins médicaux, aux services sociaux, aux conditions d'émergence de la parole, à l'exclusion de toute atteinte à son intégrité physique et psychique.

Les délégations de psychiatres étrangers présents apportent leur soutien à cette motion qui sera versée aux minutes du congrès.

MOTIONS FINALES DE LA COMMISSION SUR LA CONSOMMATION MEDICALE (Dr LICHTENSTEIN et LAURANS).

1. — Danger de la manipulation des chiffres rapportés.
De nombreux facteurs interviennent variant d'un établissement à l'autre.
2. — La médecine somatique représente une part importante de la médecine pénitentiaire nécessitant un plateau technique suffisant.
3. — Il n'y a pas deux médecines : la psychique et la somatique, mais comme l'a dit le docteur Petit, la médecine est une et indivisible.
4. — Des efforts doivent être faits pour améliorer les structures de soins pénitentiaires et les rapports entre hospitalisation publique et hospitalisation pénitentiaire.
5. — Enfin, une question se pose : la libéralisation du système pénitentiaire diminue-t-elle la consommation médicale ?
Les publications présentées semblent aller dans ce sens.

IMPRIMERIE ADMINISTRATIVE DE MELUN

1181-79

