Docteur Georges MILCZAREK

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES EXAMENS SYSTÉMATIQUES EN MILIEU CARCÉRAL :

La maison d'arrêt de la Santé

1971

UNIVERSITÉ de PARIS — VAL-de-MARNE
Faculté de médecine de CRÉTEIL

ANNÉE 1971

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Georges MILCZAREK
Interne à la maison d'arrêt de la Santé
né le 20 juillet 1944 à FEZ (Maroc)

Présentée et soutenue publiquement
le 12 octobre 1971

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES EXAMENS SYSTÉMATIQUES EN MILIEU CARCÉRAL :
La maison d'arrêt de la Santé

Président : M. le Professeur L. DEROBERT

A MES PARENTS,

qui ont consenti pour moi tant de sacrifices.
Qu'ils soient assurés de ma reconnaissance.

A MA FEMME,

qui fit de mes années d'études des années de joie.
Avec toute ma tendresse.

A TOUTE MA FAMILLE.

A MES BEAUX-PARENTS.

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS.

A MON AMI LE DOCTEUR J. P. BIBAS.

A Monsieur le Professeur L. Derobert,
Professeur a la Faculté de Médecine de Paris,
Officier de la Légion d'honneur

qui nous a fait le très grand honneur de bien vouloir accepter la présidence de cette thèse.

Nous lui exprimons tout notre respect et notre reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Georges Fully.
Médecin Inspecteur général
de l'Administration pénitentiaire,
Officier de la Légion d'honneur,

qui nous a proposé le sujet de cette thèse et nous a guidé pendant la durée de ce travail.

Nous lui sommes profondément reconnaissant.

A Monsieur le Docteur Lucien Jegou
Médecin-chef a la maison d'arrêt de la Santé.

A Monsieur le Docteur P.E. Hivert,
Médecin-chef du centre médico-psychologique de la maison d'arrêt de la Santé.

A Monsieur le Docteur Pierre Scheffer,
Chef du Service de Stomatologie
a l'Hopital de Villeneuve-Saint-Georges.

en témoignage de notre reconnaissance.

A Monsieur Henri le Corno,
Directeur de l'Administration pénitentiaire,
en témoignage de gratitude.

A Monsieur Aimé Dousson,
Directeur de la maison d'arrêt de la Santé,
ainsi qu'a ses Collaborateurs.

Nous les remercions très sincèrement de l'aide qu'ils nous ont apportée.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION

Répartie dans 147 maisons d'arrêt et 29 maisons centrales, la population pénale de France atteint le chiffre de 35 000 détenus. Compte tenu des entrées et des sorties occasionnées par les arrestations et les mises en liberté, on peut estimer que 100 000 hommes ou femmes sont examinés chaque année par les différents services médicaux dépendant de l'administration pénitentiaire.

Ces chiffres nous frappent par leur importance et nous démontrent l'absolue nécessité d'une médecine préventive systématique en milieu carcéral.

La prévention médicale, facteur essentiel de tout progrès social prend une part de plus en plus importante dans notre société actuelle. Nous connaissons bien sa place en milieu scolaire ou à l'usine. Mais en prison quelle place occupe-t-elle ? L'organisation administrative des centres de détention est fort méconnue, son service médical l'est plus encore.

Cette étude va nous permettre d'analyser les résultats obtenus par la médecine préventive actuellement pratiquée dans ces centres. Elle semble intéressante à plusieurs titres : les délinquants sont souvent très instables, peu suivis, donc en général, peu connus des milieux médicaux. Leur seul élément de stabilité se matérialise par un passage de temps à autre dans une prison. Une prise en charge prompte et efficace de ces individus par les différents services de dépistage représente l'élément essentiel capable de sauvegarder l'intégrité de leur état de santé physique et moral. Un grand nombre avoue ne consulter qu'en prison. Beaucoup ne possèdent pas de domicile, ni de travail fixe. Ils ne bénéficient pas des avantages de la sécurité sociale, une consultation médicale ne s'envisage qu'en dernier lieu ; de plus les drogues prescrites sont rarement achetées. Ajoutons que bien souvent ils sont victimes d'une mesure d'interdiction de séjour dans la

région parisienne; passant outre, ils n'osent pas consulter un médecin dans un hôpital ou un dispensaire de soins. A la lumière de ces considérations, on imagine fort bien dans quel état moral ou physique nous parviennent certains sujets. Nous voyons donc que l'action sanitaire préventive apparaît comme la tâche la plus importante du médecin en milieu carcéral.

Il semble intéressant d'avoir entrepris cette étude à la maison d'arrêt de la Santé (Paris), où nous trouvons sûrement la population pénale la plus en marge. Chacun sait que les grandes cités et, en particulier les capitales, abritent la population délinquante la plus hétéroclite de la société. Dans cette prison parisienne, tous les milieux socio-culturels, toutes les races, presque toutes les nationalités sont représentées. Un autre facteur s'ajoute : le nombre des détenus : 2500 (il y en eut jusqu'à 6000). Sa nature même de maison d'arrêt indique que chaque délinquant attend là son jugement et son transfert dans une maison centrale. Ceci entraîne une vingtaine d'entrées par jour et autant de sorties. Après deux ou trois mois, la population a théoriquement été entièrement renouvelée.

Les personnes écrouées dans cette prison ne resteront parfois qu'une seule nuit, d'autres ne retrouveront leur liberté que dix ou vingt ans plus tard. Le code de procédure pénale énonce :

« Il convient de protéger et de maintenir la santé de ceux qui sont confiés pour un temps à l'administration pénitentiaire ».

Il est donc du devoir du médecin d'examiner très soigneusement tout entrant. Ce qui permet très souvent d'orienter au mieux un éventuel malade, de poser au plus tôt un diagnostic, d'instituer un traitement. De plus, il est important de l'isoler le plus rapidement possible : la promiscuité est grande (rappelons que quatre détenus vivent vingt-quatre heures sur vingt-quatre dans une cellule).

Mais comment s'exerce cette médecine ? De quels moyens dispose-t-elle ? Quels sont les résultats obtenus ? Autant de questions abordées dans cette étude.

Voyons dès à présent les grandes lignes de cette organisation : lorsqu'une personne est placée sous mandat de dépôt, elle est conduite le soir même en prison et subit immédiatement un examen de dépistage en milieu psychiatrique permettant ainsi d'orienter un éventuel psychopathe vers une hospitalisation appropriée.

Nous avons la chance d'avoir au sein même de la maison d'arrêt un service de psychiatrie, ceci existant, hélas, dans fort peu de prisons. Le lendemain matin tous les entrants, sans exception, seront examinés par un interne qui établira un dossier (ou fera rechercher l'ancien s'il s'agit d'un récidiviste). Cet entretien permettra d'instituer ou de poursuivre un traitement en cours (ex. : insuline ou gardénal).

Ensuite le détenu sera dirigé vers le service de la prophylaxie antituberculeuse afin de subir une radioscopie pulmonaire. Au moindre doute, des examens radiographiques complémentaires seront demandés.

Le service de prophylaxie des maladies vénériennes recevra dans la même journée le nouvel arrivant pour un examen clinique, suivi d'un examen sérologique.

Après tous ces passages successifs, chaque individu sera orienté et traité en fonction des résultats obtenus.

L'efficacité des visites d'entrée exige, en fait, plusieurs composantes: il faut tout d'abord, la compréhension du délinquant avec, de plus, sa participation active. Elles ne seront obtenues qu'aux seules conditions suivantes : à savoir que l'acte médical doit toujours rester un acte individuel, il doit respecter au maximum la dignité de la personne humaine, et en prison plus qu'ailleurs. Les investigations d'ordre clinique effectuées par le médecin — et les possibilités techniques mises à sa disposition par l'administration — doivent laisser au détenu l'impression d'un examen médical complet, très sérieux, entraînant une efficacité certaine. En milieu carcéral, le délinquant, par son comportement souvent agressif et revendicatif, voudrait rejeter le corps médical, comme il rejette souvent toute l'organisation de notre société. Le médecin doit donc, plus qu'ailleurs, emporter sa confiance par la compréhension. Il y parvient dans presque tous les cas Le service médical des prisons est alors le mieux placé pour protéger la santé morale et physique du prisonnier.

On entend souvent dire que la prison sous sa forme actuelle est condamnable, que sa formule semble vétuste. Une question se pose alors: que mettre à sa place ? Les nombreuses expériences tentées ne semblent pas nous mentionner de solutions idéales. Chaque détenu a sûrement besoin d'une certaine forme de prison. Il semble que l'étude des divers résultats obtenus, lors des examens systématiques, nous permette de tirer un grand nombre de renseignements à verser dans ce dossier. Par

l'examen médical de tout individu entrant, nous connaissons beaucoup mieux les aspects pathologiques de son comportement, ce qui nous permet, certainement, d'avoir un meilleur jugement à l'égard de ces délinquants. L'édification de la prison idéale nécessite naturellement une meilleure connaissance de l'individu détenu. Le médecin aura, nous n'en doutons pas, une place de plus en plus importante dans la prison de demain.

D'autres raisons exigent les examens systématiques d'entrée. Le droit français donne la possibilité à tout sujet écroué de demander un examen médical afin de déterminer si son état de santé est ou non compatible avec cette détention. Certaines raisons médicales permettent des demandes de mise en liberté provisoire. Le médecin expert désigné par ordonnance du juge d'instruction devra se référer aux antécédents et aux examens subis par le malade. On note immédiatement l'importance des examens systématiques comme base de référence. Ils sont souvent les points capitaux de l'examen médical et permettent à l'expert de ne pas être victime d'une accentuation des signes cliniques, voulues par le délinquant, pour lui forcer la main.

De plus, sachons que la protection médicale de chaque individu est en fait absolument indispensable pour une bonne administration de tout centre pénitentiaire. Cette médecine doit être incorporée à l'organisation humaine et scientifique de la prison.

On entend souvent dire que le service de santé des prisons revient cher. Au contraire, il semble qu'au total cela soit rentable pour la société tout entière. Il serait absurde d'oublier que par la prévention médicale au sein même de la prison on évitera un malade en liberté. Nous voyons que du dépistage précoce des maladies découle certains avantages pour la société par un allègement des prestations sociales.

De toute façon, c'est donc par une médecine carcérale éclairée que le médecin des prisons peut donner à la vie humaine toute sa valeur et lui garder toute son intégrité. Cette protection, nous devons l'imposer à ces détenus par le respect de la personne humaine, la prévention de la dégradation de l'être. Il s'agit, en fait, d'une obligation morale de justice envers ces hommes. C'est un commandement de la morale humaine.

L'administration pénitentiaire la population pénale

Avant d'aborder l étude de la médecine carcérale, nous ferons plus ample connaissance avec l'Administration pénitentiaire et les détenus. Les conditions de vie, les origines socio-culturelles, les motifs d'incarcération, permettront de mieux juger de leur comportement asocial.

Un décret de 1911 a fait passer l'Aministration pénitentiaire sous l'autorité du ministère de la Justice. Antérieurement à cette date, elle dépendait du ministère de l'Intérieur. Elle s'adresse exclusivement aux délinquants majeurs, les mineurs relevant de l'Éducation surveillée (rappelons que l'âge de la majorité pénale est de 18 ans).

L'Administration pénitentiaire doit remplir un double rôle : l'amendement et le reclassement du condamné. Sa mission ne se limite donc pas à la seule garde du détenu à l'intérieur d'une prison. Par une classification et une répartition judicieuse dans les différents établissements, on applique à chaque délinquant la méthode pénitentiaire qui lui convient le mieux. D'autres tâches découlent de cette organisation : le travail pénal, en principe rééducatif, l'enseignement et la formation professionnelle. L'Administration doit prendre toute mesure individuelle depuis l'écrou du sujet jusqu'à sa libération.

LES MAISONS D'ARRÊT ET DE CORRECTION

Exemple : La Santé.

Elles ont une double utilité : elles doivent recevoir les prévenus en attente de leur jugement (Maison d'arrêt) et retenir les condamnés à un emprisonnement de Police ou à une courte peine correctionnelle ne dépassant pas un an (Maison de correction).

LES MAISONS CENTRALES

Elles sont réservées aux individus condamnés à un emprisonnement supérieur à un an à la date du jugement.

D'autres types d'établissements pénitentiaires de longues peines s'ajoutent aux maisons centrales : les prisons-écoles (Oermingen, Loos, Écrouves), elles, reçoivent les jeunes dont la libération doit intervenir avant l'âge de 28 ans. Des établissements sanitaires destinés aux condamnés atteints de diverses maladies ont été créés (exemple : psychopathes, tuberculeux).

A noter cependant qu'en dehors de ces prisons de type classique existe un centre pénitentiaire agricole à Casabianda (prison sans barreaux) et deux centres de semi-liberté.

La marche de tout établissement pénitentiaire est confiée au directeur assisté d'un personnel de surveillance, d'un personnel technique, éducatif, spirituel, médical et social, le plus important en nombre étant celui des surveillants ; l'ancien terme péjoratif de "gardien" a été abandonné. Une école spécialisée pour ce personnel est installée à la maison d'arrêt de Fleury-Mérogis. Les infirmières et assistantes sociales sont très souvent des agents contractuels, faute de fonctionnaires titulaires. Les 225 médecins des prisons de France sont sous l'autorité de médecins-inspecteurs et liés à l'Administration par décision ministérielle.

LA POPULATION PÉNALE DE LA MAISON D'ARRÊT DE LA SANTÉ

La maison d'arrêt de la Santé est destinée aux délinquants arrêtés dans la région parisienne entrant dans l'une des catégories suivantes :

1° Les Français majeurs civils dont les patronymes commencent par une lettre de H à Z.

2° Tous les étrangers majeurs civils.

3° Les détenus politiques.

4° Les personnes détenues pour espionnage.

ÉTUDE PAR NATIONALITÉS SUR 8 499 DÉTENUS

Année 1970

Français	60,87 %
Guadeloupéens Martiniquais	3,05 %

Étrangers	39,13 %
dont	
Algériens	28,81 %
autres étrangers	17,32 %
262 détenus Marocains	3,08 %
261 détenus Tunisiens	3,08 %
216 détenus Yougoslaves	2,54 %
106 détenus Portugais	1,25 %
87 détenus Espagnols	1,02 %
81 détenus Italiens	0,95 %
49 détenus Allemands	0,57 %
95 détenus Africains ex-colonies	1,12 %

Au cours de l'année 1970, 975 détenus étrangers (sans les Algériens) furent écroués. Ces 975 détenus se répartissent en 54 nationalités différentes.

ÉTUDE DE LA POPULATION PÉNALE PAR TRANCHE D'AGE A LA MAISON D'ARRÊT DE LA SANTÉ

Sur les 2 032 détenus présents au 1er janvier 1971, nous avions :

de 18 à 21 ans	1 (erreur)
de 21 à 25 ans	509 détenus, soit 25 %
de 25 à 30 ans	614 détenus, soit 30 %
de 30 à 40 ans	609 détenus, soit 29 %
de 40 à 50 ans	229 détenus, soit 11,2 %
de 50 à 60 ans	53 détenus,
plus de 60 ans	17 détenus.

On note que *55 % des détenus ont moins de 30 ans.*

SITUATION PÉNALE DES DÉTENUS

Au cours de l'année 1970 sur 6 586 entrants, 3 359 relevaient de la procédure des flagrants délits : *51 % des entrants sont donc jugés le lendemain de leur incarcération.*

Au 1er janvier 1971, sur 2 032 détenus présents :

— 1 426 prévenus, soit 71 %

— 603 condamnés, soit 29 %

MOTIFS D'INCARCÉRATION

On ne peut faire cette étude que sur les condamnés, les motifs et inculpations changent souvent en cours d'instruction.

Sur les 603 condamnés présents au 1er janvier 1971 :

Meurtre	7
Coups à enfants	2
Coups et blessures volontaires	33
Homicides, coups et blessures involontaires	5
Mœurs	11
Proxénétisme	25
Vol	303
Escroquerie	78
Recel	9
Infraction sur les chèques	14
Faux et usage	11
Vagabondage et mendicité	48
Infraction à la législation sur les étrangers	26
Divers	71

Vols, escroqueries, vagabondages, coups et blessures, représentent la grande majorité des motifs de détention.

ÉTUDE DES PEINES SUR CES MÊMES 603 CONDAMNÉS

moins de 3 mois	115
3 à 6 mois	148
6 mois à 1 an	153
1 à 3 ans	163
3 à 5 ans	9
5 à 10 ans	7
10 à 20 ans	5
perpétuité	1

70 % des détenus sont condamnés à une peine inférieure à un an d'emprisonnement et restent incarcérés à la maison d'arrêt de la Santé.

Les 8 269 sorties au cours de l'année se répartissent de la façon suivante : 3 138 transférés dans une autre prison et 5 131 libérations effectives.

OCCUPATION EN PRISON

Au 1er janvier 1971, sur 2 032 détenus présents :

— 803 travaillent en cellules.
— 301 travaillent hors de leurs cellules.
— 132 sont inaptes au travail.
— 786 sont inoccupés.

54,33 % des détenus travaillent.

NIVEAU D'INSTRUCTION DES DÉTENUS

Sur les mêmes 2 032 détenus cités ci-dessus :

— 291 sont illettrés.
— 1 686 ont un niveau d'instruction primaire.
— 55 ont un niveau secondaire ou supérieur.
— 47 suivent des cours scolaires à l'intérieur de l'établissement.
— 401 suivent des cours par correspondance.

Ces considérations nous ont quelque peu familiarisé avec les délinquants et l'Administration dont ils dépendent.

Cette brève étude nous a permis de relever au passage la diversité extrême de cette population, tant par les nationalités (rappelons que nous en avons noté 54 en 1970) que par l'âge, l'instruction et les motifs d'inculpation.

La visite médicale d'entrée
La pathologie du délinquant

Le Code de procédure pénale énonce (art. D. 375) :

« Le médecin chargé de veiller à la santé physique et mentale des détenus visite obligatoirement :

1° Les détenus qui viennent d'être écroués dans l'établissement ainsi qu'il est prévu à l'article D. 285.

2° Les détenus signalés malades ou qui se sont déclarés tels.

Si le médecin estime que la santé physique ou mentale d'un détenu risque d'être affectée par la prolongation ou par une modalité quelconque de la détention, il en avise par écrit le chef d'établissement ».

Article D. 161

« La partie médicale du dossier comprend l'ensemble des documents relatifs à l'état de santé physique et mental d'un condamné et notamment le résultat des examens pratiqués par les médecins et dentistes ou par les différents services de dépistage ».

Au regard de ces articles, le corps médical de la maison d'arrêt de la Santé s'impose d'examiner tout nouvel entrant dans les vingt-quatre heures.

Cette visite est d'une importance capitale ; ainsi, aucun détenu atteint d'une affection quelconque ne doit échapper au médecin. L'administration est responsable des individus qui lui sont confiés.

Les délinquants jugés par la procédure des flagrants délits, sont transférés au Palais le lendemain de leur arrivée vers 8 heures. L'examen médical doit intervenir avant leur départ afin que la visite du médecin précède le jugement.

Cette visite médicale est un entretien direct médecin-malade qui doit dépasser le cadre de la simple recherche des signes cliniques. Le médecin doit faire le bilan de santé physique, morale, mentale et sociale

du nouveau détenu. C'est un acte de prévention, un acte d'hygiène sociale, afin que cet homme puisse vivre sa détention dans les meilleures conditions.

Au cours de l'entretien, le praticien doit constituer un dossier. S'il s'agit d'un récidiviste ayant déjà séjourné dans l'établissement, il recherchera l'ancien. Cette dernière éventualité est fréquente.

On interroge le détenu sur son passé médical. Il faut noter ici les difficultés rencontrées par le médecin face aux étrangers ne parlant pas notre langue. Tous les antécédents médicaux anciens ou récents sont notés.

On recherche la notion d'une thérapeutique antérieure à l'arrestation, afin de poursuivre le traitement.

Un problème est important : celui posé par les épileptiques si nombreux parmi la population délinquante. Le service médical doit donner rapidement les médications que nécessite leur état, afin d'éviter les crises si fréquentes au moment de l'incarcération, crises dues au choc psychologique qui décompense souvent ces comitiaux.

Une autre raison exige la visite systématique : le constat de coups et blessures. Chaque matin le médecin est amené à voir des sujets porteurs d'écchymoses, de plaies et fractures diverses.

Il doit faire un inventaire précis et objectif de tout ce qu'il observe. Cet examen pourra servir de référence aux expertises médicales. Ces coups et blessures sont souvent les conséquences de rixes entre délinquants ou d'une arrestation mouvementée.

Sur le plan humain, le médecin est mieux placé que quiconque pour rechercher avec le sujet les moyens qui lui permettront de supporter au mieux son incarcération. Il essaye de le rassurer, d'apporter toute la compréhension possible et nécessaire.

Au cours de l'entretien, le médecin n'oubliera pas de demander au consultant s'il n'est pas actuellement en arrêt de travail pour maladie ou accident, afin que celui-ci puisse faire valoir ses droits aux prestations. C'est une mesure de prévention sociale.

Nous allons faire maintenant un inventaire des affections médicales les plus fréquemment rencontrées lors des visites d'entrants.

Il s'agit en fait d'une pathologie en relation directe avec la délinquance et l'état misérable de ces malheureux désinsérés sociaux en mauvaise condition physique.

I. — La pathologie bucco-dentaire et digestive

C'est la plus fréquemment rencontrée. Il n'est pas rare de voir des sujets de moins de 30 ans, totalement édentés, porteurs d'aucune prothèse. L'examen dentaire systématique est prévu par l'article D. 392 du Code de procédure pénale, mais les traitements qui en résultent sont considérés comme un luxe, ce qui paraît surprenant quand on connaît leurs incidences sur la pathologie digestive fonctionnelle.

« Le règlement des frais et honoraires pour soins et prothèses incombe aux détenus bénéficiaires », sauf exceptions.

Les soins de la bouche échappent en partie à la gratuité dont bénéficient en prison les autres thérapeutiques. Les délinquants récidivistes habitués à de fréquents séjours en milieu carcéral sont rapidement édentés. D'autre part, l'hygiène bucco-dentaire est à la base de la prévention des caries et parodontopathies ; or, elle est très souvent négligée par ces sujets. Leur alimentation est capricieuse, carencée en vitamines et facteur de parodontoses. Les troubles trophiques cutanéo-muqueux sont fréquents au niveau de la cavité buccale.

Toutes ces entraves à la mastication ont une incidence sur la pathologie digestive.

II. — La pathologie digestive

Les troubles de la mastication sont cause de mal absorption et la déglutition d'aliments mal broyés provoque toutes sortes de troubles.

Lors du dépistage radiologique antituberculeux on constate, dans la proportion de un sur deux, une poche gastrique anormale.

— Les nombreuses *gastrites* et *bulbites* sont dues à l'irrégularité des repas, à la mauvaise alimentation, aux écarts de régime (alcool, tabac...).

— Tous ces facteurs ajoutés à l'anxiété sont générateurs *d'ulcères*. En 1969, sur l'ensemble de la population pénale, on a traité 2 260 ulcères dans les prisons.

— Les *troubles colitiques* sont fréquents, conséquences de l'alimentation et de l'interprétation psycho-somatique.

Les troubles neuro-végétatifs et l'alcool entraînent une pathologie hépatique et vésiculaire.

III. — Les affections de l'appareil pulmonaire

La tuberculose domine (nous verrons l'étude de cette maladie dans un chapitre qui lui sera spécialement consacré).

L'asthme est fréquent, réactivé, ou observé pour la première fois lors de l'incarcération. La composante psycho-somatique n'y est pas étrangère.

IV. — La pathologie cardio-vasculaire

Elle est surtout en rapport direct avec l'anxiété :

— algies pré-cordiales avec palpitations ;
— extra-systoles ;
— algies de faux angor ;
— artérites (dues au régime) ;
— découvertes d'hypertensions évolutives non traitées.

V. — Les maladies vénériennes

Il convient de noter que ces affections sont très fréquentes en raison du caractère particulier d'une grande partie de la population pénale. La syphilis et la blennorragie seront étudiées plus précisément dans un prochain chapitre.

VI. — Les maladies nutritionnelles et endocrinologiques

Elles sont loin d'être rares.

Les *rhumatismes chroniques* frappent souvent cette population.

De plus, on découvre chaque année de nombreux cas de *diabète*.

VII. — La neuro-psychiatrie

Elle représente une part importante de la pathologie du délinquant. Trois facteurs essentiels se retrouvent avec une grande fréquence :

a) *la débilité mentale ;*
b) *le déséquilibre mental ;*
c) *l'épilepsie,* semblant aussi responsable de comportement anormal.

Le médecin doit systématiquement rechercher des signes de comitialités afin de prévenir les crises.

Nous verrons, dans un chapitre à part, le dépistage systématique de toutes les maladies psychiatriques.

Tout se voit avec sûrement plus de fréquence qu'ailleurs. Même la pathologie exotique retient l'attention du médecin des prisons : paludisme, bilharziose, dysenterie amibienne, trachome ..

Ce premier entretien avec le détenu permettra au médecin d'orienter au mieux les éventuels malades ; soit vers une hospitalisation à Fresnes, soit vers une admission à l'infirmerie de l'établissement.

Des investigations complémentaires pourront être demandées, le médecin pourra prescrire un traitement, octroyer un régime diététique.

En conclusion, nous pouvons noter que la visite médicale d'entrée doit permettre d'examiner tous les détenus, le plus rapidement possible, avant vingt quatre heures de présence. Ceci doit rester le premier précepte du service sanitaire des prisons.

Un rapide tour des différentes affections médicales découvertes parmi la population délinquante, montre l'importance de la pathologie psychosomatique et la richesse de la pathologie névrotique. Enfin nous avons pu constater que la mauvaise diététique des délinquants entraîne de nombreuses affections.

MAISON D'ARRÊT DE LA SANTÉ

Statistiques sur l'activité du service pour l'année 1969

7 876 détenus ont été examinés d'une façon systématique à leur arrivée.

Sur demande des détenus, on dénombre :

— 17 455 consultations de médecine générale.

— Spécialités :

Oto-rhino-laryngologie :	748 consultations.
Ophtalmologie :	496 consultations.

— 366 détenus ont été transférés à l'hôpital de Fresnes pour consultation.

— 352 détenus ont été hospitalisés au même hôpital au cours de l'année.

— 650 examens radiologiques de toutes sortes ont été effectués à la maison d'arrêt de la Santé.

— 159 détenus ont dû être transférés à Fresnes pour des examens radiographiques ne pouvant être réalisés à la maison d'arrêt.

La lutte antituberculeuse

La tuberculose reste un fléau social auquel le médecin des prisons doit apporter toute son attention. Elle frappe d'autant plus les individus, que leurs conditions habituelles de vie sont précaires. Son taux de morbidité est un des meilleurs indices du niveau social. Qui donc dans notre société est plus exposé à la tuberculose que cet homme instable, souvent sans travail, mal nutrit, sociopathe, qu'est le délinquant ? De plus, l'adulte jeune de sexe masculin est, comme nous le savons, le plus atteint ; or, c'est lui qui peuple en majeure partie les prisons. Ajoutons à cela le problème des transplantés si vulnérables, dont le grand nombre à la maison d'arrêt augmente le taux de cette maladie. Pour toutes ces raisons, les délinquants entrent dans la catégorie des sujets les plus exposés par les déchéances physiologiques et psychologiques qui diminuent leur résistance individuelle.

En conséquence, le dépistage par les examens radiologiques est, à l'heure actuelle, communément admis ; d'autant qu'un séjour forcé en détention offre, bien souvent, à ces individus, leur seule chance de se soumettre à un examen de ce type. La tuberculose diparaîtra d'autant plus vite que la médecine préventive sera plus efficace. En prison plus qu'ailleurs, les examens systématiques devront être précoces afin de permettre l'isolement rapide du tuberculeux et d'éviter tout risque de contagion. La mise en route immédiate d'un traitement assure, presque toujours une guérison rapide.

Il faut savoir qu'actuellement, on devient rarement tuberculeux en prison, les examens systématiques de contrôle nous le prouvent.

La prophylaxie de la tuberculose est assurée, dans les établissements pénitentiaires, par les services départementaux de l'hygiène sociale.

Le Code de procédure pénale énonce (article D. 334) :

« Tout détenu fait l'objet, dès que possible, après son incarcération, d'une cuti-réaction suivie, si elle est positive, d'une radioscopie ou, s'il y a lieu, d'une radiographie pratiquée, soit avec le matériel appartenant à la prison soit avec celui des services d'hygiène sociale.

« Les détenus atteints de tuberculose sont placés à l'isolement et dans des mesures d'hygiène rigoureuse. Le chef d'établissement propose leur transfèrement, sur avis du médecin, dans un établissement pénitentiaire sanitaire ».

Le dépistage et le traitement de la tuberculose sont obligatoires pour tous les détenus lors de leur arrivée dans une maison d'arrêt.

Organisation matérielle du service

A la maison d'arrêt de la Santé, la lutte anti-tuberculeuse est confiée à l'Office public d'hygiène sociale qui assure à l'intérieur de la prison le dépistage de la maladie.

Ce service comprend :

— 1° *Un médecin* vacataire présent tous les matins assurant le dépistage radiologique et les examens cliniques.

— 2° *Une secrétaire médicale* employée à plein temps, s'occupant des questions administratives, tenant à jour le fichier.

— 3° *Une assistante sociale* apportant au tuberculeux tout le secours possible. Éventuellement, elle se mettra en rapport avec la famille du détenu, afin d'assurer la protection de l'entourage. Lorsque la libération interviendra, elle reprendra contact avec l'ancien détenu afin qu'il poursuive son traitement.

— 4° *Un détenu* s'occupant de l'organisation matérielle des séances de radiologie (appel, mise en place devant l'écran...), aidant aux travaux de secrétariat.

Les dossiers des malades sont conservés depuis 1942, date de la création du service.

La maison d'arrêt possède un appareil de radioscopie. Il est certain que des radiophotographies seraient plus souhaitables, elles laisseraient un document objectif et consultable à nouveau. Toutefois, la radioscopie a des avantages en milieu carcéral : les résultats sont immédiats, au contraire de la radiophotographie où ils sont différés. Ceci est très important en prison où les détenus sont parfois rapidement transféré ou libérés. Certains individus ne restent que quelques jours en détention : il est nécessaire de pouvoir les avertir immédiatement des lésions pulmonaires dont ils pourraient être porteurs.

De plus, la radioscopie est peu onéreuse et demande peu de personnel : un médecin voit seul un nombre important de personnes. Elle revient moins cher que la radiophotographie qui serait peu rentable, ce matériel exigeant de grosses cadences journalières si l'on veut éviter un prix de revient trop élevé.

Le dépistage antituberculeux est assuré par les examens radioscopiques pratiqués chaque jour. Les entrants sont soumis à cet examen le surlendemain matin de leur arrivée. Les prévenus jugés par la procédure des flagrants délits et libérés lors de leur jugement ne subiront donc pas cette radioscopie.

Un examen systématique de contrôle a lieu après six mois de détention et sera renouvelé tous les six mois.

Études statistiques à la maison d'arrêt de la Santé

I. — *de 1944 à 1950*

Année 1944 :

Nombre de radioscopies effectuées : 4 323

Tuberculoses évolutives	125 cas
Pleurésies séro-fibrineuses	134 cas
Séquelles pulmonaires	546 cas
Pourcentage de *tuberculoses pulmonaires* évolutives découvertes	5,94 %
Poucentage d'images thoraciques anormales découvertes	19 %

Année 1945

Nombre de radioscopies effectuées : 4 363

Tuberculoses évolutives	98 cas
Pleurésies séro-fibrineuses	154 cas
Séquelles pulmonaires	439 cas
Pourcentage de *tuberculoses pulmonaires* évolutives découvertes	5,79 %
Pourcentage d'images thoraciques anormales découvertes	15 %

Année 1946

Nombre de radioscopies effectuées : 4 770

Tuberculoses évolutives	148 cas
Pleurésies séro-fibrineuses	151 cas
Séquelles pulmonaires	521 cas
Pourcentage de *tuberculoses pulmonaires* évolutives découvertes	6,26 %
Pourcentage d'images thoraciques anormales découvertes	17 %

Année 1947

Nombre de radioscopies effectuées : 3 886

Tuberculoses évolutives	138 cas
Pleurésies séro-fibrineuses	63 cas
Séquelles pulmonaires	469 cas
Pourcentage de *tuberculoses pulmonaires* évolutives découvertes	4,88 %
Pourcentage d'images pulmonaires pathologiques découvertes	17 %

Année 1948

Nombre de radioscopies effectuées 3 171

Tuberculoses pulmonaires	122 cas
Pleurésies séro-fibrineuses	33 cas
Séquelles pulmonaires	303 cas
Pourcentage de *tuberculoses pulmonaires* évolutives découvertes	4,88 %
Pourcentage d'images pulmonaires anormales ..	14 %

Année 1949

Nombre de radioscopies effectuées 3 364

Tuberculoses pulmonaires évolutives	91 cas
Pleurésies séro-fibrineuses	57 cas
Séquelles pulmonaires	220 cas
Pourcentage de *tuberculoses pulmonaires* évolutives découvertes	
Pourcentage d'images pulmonaires anormales	

Année 1950

Nombre de radioscopies effectuées : 3 427

Tuberculoses pulmonaires évolutives	111 cas
Pleurésies séro-fibrineuses	27 cas
Pourcentage de *tuberculoses pulmonaires* évolutives découvertes	4,38 %
Pourcentage d'images pulmonaires anormales	

COMMENTAIRE

Les résultats des examens systématiques pratiqués durant la période d'après-guerre entre 1945 et 1950 montrent, à l'évidence, l'importance de la tuberculose pulmonaire. En moyenne 5 % des entrants étaient porteurs d'une tuberculose évolutive, avec une année record : 1946, où 6,26 % des personnes incarcérées étaient tuberculeuses. Près d'un entrant sur cinq avait une image thoracique anormale. De plus, 1 à 2 %

des radioscopies pulmonaires montraient une image de pleurésie séro-fibrineuse. Ces chiffres étaient très supérieurs à ceux enregistrés à la même époque pour le reste de la population (cf. tableau comparatif. p. 43)

En cinq ans, il fallut hospitaliser 708 malades pour tuberculose et 439 pour pleurésie séro-fibrineuse.

Si, au cours de ces cinq dernières années, le pourcentage des tuberculoses pulmonaires restait sensiblement constant de 5,9 % en 1944 à 4,8 % en 1950 celui des pleurésies évoluait d'une façon sensible ; de 3,10 % en 1945, il passa à 0,79 %. En 1950, on découvrait donc quatre fois moins de pleurésies (cf. tableau).

II. — *Résultat des examens effectués entre 1951 et 1960*

ANNÉE	TUBERCULOSES ÉVOLUTIVES	EXAMENS EFFECTUÉS	POURCENTAGE
1951	186	3 948	4,79 %
1952. . . .	132	4 208	3,13 %
1953. . . .	117	4 039	2,89 %
1954. . . .	105	4 310	2,43 %
1955. . . .	68	4 355	1,55 %
1956. . . .	101	5 097	2,02 %
1957	94	4 871	1,92 %
1958. . . .	95	6 382	1,47 %
1959. . . .	92	6 859	1,35 %
1960. . . .	118	7 862	1,50 %

Durant cette décennie l'amélioration fut très nette. Le nombre des tuberculeux passa de 48 cas pour 1 000 en 1951, à 15 cas pour 1 000 en 1960.

III. — *Chiffres et statistiques sur les dix dernières années*

Année 1961

Nombre de radioscopies effectuées : 8 474

Tuberculoses pulmonaires . . . . . 125 cas

Récidives . . . . . 36 cas

Séquelles pulmonaires . . . . . 116 cas

Pourcentage de tuberculoses évolutives découvertes . . . . . 1,88 %

Pourcentage d'images thoraciques anormales 3,20 %

Année 1962

Nombre de radioscopies effectuées : 8 590

Tuberculoses pulmonaires	97 cas
Récidives	31 cas
Séquelles pulmonaires	152 cas
Pourcentage de tuberculoses évolutives découvertes	1,49 %

Année 1963

Nombre de radioscopies effectuées : 9 029

Tuberculoses pulmonaires	121 cas
Récidives	3 cas
Pleurésies	4 cas
Séquelles pulmonaires	134 cas
Pourcentage de tuberculoses évolutives découvertes	1,37 %

Année 1964

Nombre de radioscopies effectuées : 12 747

Tuberculoses pulmonaires	97 cas
Récidives	8 cas
Séquelles pulmonaires	132 cas
Pourcentage de tuberculoses évolutives découvertes	0,82 %

Année 1965

Nombre de radioscopies effectuées : 12 753

Tuberculoses pulmonaires	108 cas
Récidives	12 cas
Séquelles pulmonaires	136 cas
Pourcentage de tuberculoses pulmonaires évolutives	0,94 %
Pourcentage d'images pulmonaires anormales	2 %

Année 1966

Nombre de radioscopies effectuées 11 371

Tuberculoses pulmonaires	84 cas
Récidives	24 cas
Séquelles pulmonaires	118 cas

Pourcentage de tuberculoses évolutives découvertes	0,94 %

Année 1967

Nombre de radioscopies effectuées : 11 276

Tuberculoses pulmonaires	61 cas
Récidives	12 cas
Pleurésies	2 cas
Séquelles pulmonaires	71 cas
Pourcentage de tuberculoses pulmonaires découvertes	0,64 %

Année 1968

Nombre de radioscopies effectuées : 10 001

Tuberculoses pulmonaires	72 cas
Récidives	12 cas
Pleurésies	3 cas
Séquelles pulmonaires	49 cas
Pourcentage de tuberculoses pulmonaires découvertes	0,78 %

Année 1969

Nombre de radioscopies effectuées : 9 361

Tuberculoses pulmonaires	41 cas
Récidives	6 cas
Pleurésies	2 cas
Séquelles pulmonaires	33 cas
Pourcentage de tuberculoses pulmonaires découvertes	0,50 %

Année 1970

Nombre de radioscopies effectuées : 9 597

Tuberculoses pulmonaires	48 cas
Récidives	2 cas
Pleurésies	1 cas
Séquelles pulmonaires	35 cas
Pourcentage de tuberculoses pulmonaires découvertes	0,50 %

Activité mensuelle du service

Exemple : Année 1969

RADIOSCOPIES

Janvier	831 dont 117	de contrôle
Février	788 dont 140	—
Mars	843 dont 204	—
Avril	834 dont 135	—
Mai	766 dont 136	—
Juin	839 dont 235	—
Juillet	573 dont 0	—
Août	732 dont 205	—
Septembre	773 dont 232	—
Octobre	867 dont 271	—
Novembre	732 dont 157	—
Décembre	893 dont 303	—

On peut noter que l'activité du service reste sensiblement constante tout au long de l'année. En moyenne 780 examens radiologiques sont effectués par mois, dont 165 de contrôle. Environ 25 détenus sont donc soumis chaque jour à un examen radioscopique.

COMMENTAIRE
PORTANT SUR LA DERNIÈRE DÉCENNIE 1961 à 1970

Au cours de ces dix dernières années, les techniques mises en œuvre pour le dépistage antituberculeux se sont améliorées et ont porté leur fruits. Chaque année environ 10 000 détenus subissent un examen radioscopique. L'année record fut 1965 où 12 753 examens furent entrepris.

Les cas de tuberculoses pulmonaires n'ont cessé de décroître, passant de 1,88 % à 0.50 %. En 1970, on découvrit 5 cas pour 1 000, alors qu'en 1961 on relevait 19 cas pour 1 000.

Le recul de la tuberculose en prison suit dans l'ensemble l'évolution générale. Mais elle le fait avec un certain retard étant donné qu'elle s'adresse à des délinquants dont les conditions de vie, hors détention, sont en fait très précaires.

Lors du dépistage radiologique la découverte d'une pleurésie devient rare : en 9 années, sur 93 602 examens on relevait seulement 11 cas d'épanchement pleural. Là aussi, les chiffres reflètent l'évolution générale.

Tuberculoses découvertes en 1969 et 1670 à la maison d'arrêt de la Santé

	1969	1970
Primo-infection	0	1
Tuberculose pulmonaire excavée	3	4
Tuberculose pulmonaire non excavée	35	42
Récidives	4	2
Séquelles pulmonaires	33	35
Analyses d'expectoration négatives	206	188
Expectorations BK +	6	5
Cultures positives	23	19
Nombre de détenus examinés	9 361	9 597

TABLEAU COMPARATIF

Détenus de la maison d'arrêt de la Santé et diverses catégories de la population

POURCENTAGE DE TUBERCULOSES DÉCOUVERTES

Année 1946

Milieu étudiant		8 o/oo
Maison d'arrêt de la Santé		62,6

Année 1954

Employés des grands magasins de Paris	(8 000 ex.)	1,5
Personnel hospitalier de Paris	(30 000 ex.)	2,4
Personnel des banques de Paris		2,5
Ouvriers métallurgie Paris	(400 000 ex.)	3,0
Examens de santé Sécurité sociale	(100 000 ex.)	4,0
Industrie du pétrole		4,6
Maison d'arrêt de la Santé		24,3

Année 1956

Étudiants Bordeaux		5,15
Étudiants Lyon		5,40
Population de la région de Bordeaux (Années 1954 à 1958)		2,50
Maison d'arrêt de laSanté		15,50

Année 1958

Employés des grands magasins de Paris		0,8
Personnel hospitalier de Paris		1,3

Cheminots	2,3 o/oo
Ouvriers métallurgie Paris	2,3
Étudiants France	2,5
Examen de santé Sécurité sociale	2,5
Maison d'arrêt de la Santé	14,7

Année 1959

Étudiants, ensemble de la France	2,30
Population, ensemble de la France	2,35
Maison d'arrêt de la Santé	13,50

Année 1961

Ensemble des étudiants de France	2,80
Ensemble de la population	2,17
Détenus maison d'arrêt de la Santé	18,80

Année 1963

Ensemble de la France	1,92
Maison d'arrêt de la Santé	13,70

	1964	1965	1966
S.N.C.F. Sud-Est 60 000 ex	45 cas dont 12 rechutes	50 cas dont 9 rechutes	45 cas
Maison d'arrêt de la Santé	105 cas dont 8 rechutes	120 cas dont 12 rechutes	108 cas dont 24 rechutes

	1964	1965	1966
S.N.C.F. Sud-Est	0,75 o/oo	0,84 o/oo	0,76 o/oo
Maison d'arrêt de la Santé	8,20	9,40	9,40

Année 1966

En 1966 sur *l'ensemble de la population française* on découvrait 54 cas de tuberculose pour 10 000.

A la maison d'arrêt de la Santé : 94 cas pour 10 000 délinquants.

Le dépistage de la tuberculose pulmonaire sur l'ensemble de la population pénale de France de 1966 à 1969

ANNÉE	1966	1967	1968	1969
Entrants	115 650		90 295	77 385
Ex. de dépistage systématique	58 008	59 579	69 396	59 053
Cas de tuberculose	446	398	466	374
— Femmes :	—	18	23	11
— Hommes :	—	380	443	363
Pourcentage	7,7 o/oo	6,6 o/oo	6,7 o/oo	6 3 o/oo
Nombre d'admission au sanatorium de Liancourt	166	196	268	213
Hospitalisés dans un établissement civil		41	104	85
— Hommes		39	102	82
— Femmes		2	2	3

Les tuberculoses au sanatorium de Liancourt

Si la tuberculose reste fréquente en prison, il faut toutefois noter que le nombre de cas découverts, régresse chaque année. La précocité du dépistage et la thérapeutique nous permettent de constater une diminution notable des tuberculoses graves, c'est-à-dire des tuberculoses multi-excavées et mutilantes.

Le nombre des infiltrats nodulaires dépisté reste, par contre, important. Il en existe de toutes les formes. Les tuberculoses extensives et mutilantes se rencontrent, cependant, en prison avec une plus grande fréquence qu'ailleurs.

D'après le docteur André Fournier, médecin du sanatorium de Liancourt, les formes graves représentent environ 15 à 20 % des cas. C'est à peu près le même pourcentage que l'on retrouve dans les hospices d'indigents comme Nanterre.

— 15 % des cas représentent des tuberculoses non évolutives.

Les tuberculoses osseuses ou rénales ne sont plus envoyées à Saint-Martin-de-Ré, mais à Liancourt (5 à 6 % des malades de cet établissement).

Sur 100 tuberculeux (d'après le docteur André Fournier) on compte dans cet établissement :

— 15 à 20 % de formes graves ;
— 15 % de formes non évolutives, mais mutilantes, avec insuffisance respiratoire ;
— 30 % de formes évolutives banales à petites lésions ;
— 20 % de formes éteintes avec séquelles peu mutilantes ;
— 20 % de convalescents en « postcure », mais souvent atteints d'autres affections laissant craindre la rechute s'ils sont reconduits dans une centrale normale.

Le devenir d'un tuberculeux en détention

En 1969, sur l'ensemble de la France, 59 053 détenus subirent un examen radiologique de dépistage.

— 374 cas de tuberculoses pulmonaires furent découverts : 11 femmes et 363 hommes. Parmi ceux-ci 213 hommes furent transférés au sanatorium de Liancourt (les femmes n'y sont pas admises et sont transférées dans un établissement civil).

De plus, 85 prévenus, dont 82 hommes et 3 femmes furent hospitalisés dans des établissements publics.

La découverte d'une tuberculose évolutive nous oblige à transférer le malade en milieu hospitalier. A l'infirmerie centrale des prisons de Fresnes, un service est spécialement conçu pour les recevoir. Leur traitement sera institué dans les meilleures conditions. Certains malades tuberculeux connus, incarcérés en fin de traitement, seront admis à l'infirmerie de la maison d'arrêt et soignés sur place.

Une fois condamnés, les sujets tuberculeux seront envoyés dans la prison centrale sanatorium de Liancourt. Cet établissement dispose de 122 places, sa capacité d'accueil lui permet de recevoir environ 180 à 240 détenus par an. Ce pénitencier comprend une propriété de trente deux hectares, en partie boisée, et une ferme attenante. Au sanatorium est rattaché une prison-hospice recevant les vieux condamnés dont l'état de santé nécessite des soins particuliers.

Le centre de Liancourt permet de traiter les tuberculeux dans le cadre d'une prison. Il se compose de trois bâtiments dont deux pour les malades tuberculeux. Le premier est réservé aux malades aigus évolutifs, l'autre aux malades stabilisés. Ils attendent là leur gnérison ou leur libération. Le dernier bâtiment est réservé à l'hospice des vieillards.

Les malades sont logés en dortoirs d'une vingtaine de lits chacun, agencés en petits boxes de deux. Ces dortoirs sont largement éclairés par des baies sans barreaux. De plus, un certain nombre de petites chambres-cellules individuelles sont aménagées avec lavabo et W. C.

La discipline est nettement adoucie par rapport à celle des autres centrales. Certains malades peuvent travailler s'ils le désirent mais, en aucun cas, on ne peut les y contraindre.

Depuis quelques années, le sanatorium dispose d'un matériel moderne, avec tout l'équipement radiologique souhaitable : table basculante, appareil pour tomographies, etc.

Les médecins sont au nombre de trois : deux pneumophtisiologues et un généraliste.

Malheureusement, les délais d'admission dans ce sanatorium sont longs, car alourdis par les nécessités judiciaires et administratives. Seuls les détenus condamnés peuvent y être transférés. Nous connaissons, hélas, les lenteurs de certaines instructions judiciaires. En outre, il faut que le détenu soit condamné à une peine de plus de six mois pour bénéficier de cet établissement, mais ce délai peut être inférieur dans certains cas.

Nous pouvons déplorer que le temps de séjour dans ce sanatorium soit fonction de la peine et non fonction de l'évolution de la maladie.

Sur le plan financier, cet établissement est rentable pour l'Administration pénitentiaire. On a pu estimer le prix de revient d'une journée hospitalière de détention à 25 francs (pour 1965).

Ceci entraîne une économie certaine sur le prix de revient d'une journée hospitalière hors détention. De plus, les mesures de surveillance seraient difficiles à assurer et peu souhaitables pour la tranquilité d'un établissement public ordinaire.

La libération d'un détenu tuberculeux pose de sérieux problèmes :

— Si le détenu libéré est guéri, il ne pose pas plus de problèmes qu'un autre détenu.

— S'il n'est pas guéri, le service social devra le replacer dans un sanatorium public (problèmes).

— Quant aux étrangers libérés, non guéris, expulsés de France, leur avenir est lourdement grevé, surtout pour les noirs ou les nord-africains.

Le service de prophylaxie antivénérienne

Conformément aux dispositions de l'article L. 273 du Code de la santé publique : "L'examen et le traitement prévus concernant la prophylaxie des maladies vénériennes sont obligatoires pour tous les détenus, mais les prévenus ne sont soumis à cette obligation que si l'autorité sanitaire et l'Administration pénitentiaire les considèrent, en raison de présomptions graves, précises et concordantes, atteints d'une maladie vénérienne."

Le code exige, dans les prisons, le traitement de toutes les maladies vénériennes, mais il reste muet sur l'obligation de dépistage envers les prévenus. Seuls les condamnés sont astreints aux examens systématiques. Le médecin doit donc, s'il veut être efficace, emporter la confiance de chaque entrant, afin qu'il ne s'oppose pas à l'examen sérologique comme il le fait fréquemment pour tout ce qui est institué par nos lois. Sa nature même d'être marginal l'entraînant vers un refus des moyens d'identification, comme de contrôle. En fait, le problème se pose très rarement. Le médecin en milieu carcéral, instruit par l'expérience, se fait rapidement accepter par le détenu, comme un homme à part, présent seulement pour l'aider et le secourir.

L'examen et les soins sont assurés dans les établissements pénitentiaires par la direction départementale de la Santé, conformément à la réglementation en vigueur.

"A cet effet, les médecins, infirmières et assistantes sociales des services spécialisés ont accès dans les établissements pénitentiaires. Sur proposition du directeur départemental de la Santé, l'autorisation de pénétrer dans les prisons leur est délivrée à titre nominatif par le Directeur régional des services pénitentiaires." (Art. D. 393.)

La lutte antivénérienne représente, pour le médecin des prisons, une des tâches les plus importantes. Elle entre dans le cadre de la protection des détenus et permet la sauvegarde de l'individu. Elle constitue,

avec la lutte antituberculeuse, l'axe essentiel de la médecine sociale des prisons.

Les maladies vénériennes sont dans l'ordre d'importance :

1° La syphilis.

2° La blennorragie.

3° Le chancre mou.

4° La maladie de Nicolas-Favre.

Ces deux dernières sont très rares. Au cours de l'année 1969, sur l'ensemble de la population pénale de France, 62 165 examens de dermato-vénérologie de dépistage ont permis de découvrir quatre maladies de Nicolas-Fabre. Il en va tout autrement de la blennorragie et surtout de la syphilis, maladies sociales. La lutte sera menée sur le plan médical, hygiénique et moral. Le dépistage systématique par les visites d'entrée et les examens sérologiques constitue l'acte essentiel de prévention. C'est, sans aucun doute, la syphilis qui domine de loin tous les problèmes posés par les maladies vénériennes. Sa prophylaxie devra retenir toute notre attention.

Les moyens de lutte réservés à la syphilis et à la blennorragie sont, en fait, très différents, ainsi que leurs manifestations lors du dépistage. Pour la blennorragie, en dehors de l'écoulement urétral qui constitue le principal symptôme, il n'existe pratiquement aucun autre signe. En signalant cet écoulement, le malade a donc une part active lors de l'examen. Pour la syphilis, il en va tout autrement. Sans négliger les manifestations cutanéo-muqueuses, il faut reconnaître que seul le laboratoire apportera la certitude du diagnostic. Ceci permet un dépistage de masse très efficace.

Organisation de la prophylaxie antivénérienne à la maison d'arrêt de la Santé

Depuis 1964, les examens sérologiques de dépistage sont effectués chaque matin à la suite des radioscopies pulmonaires. Un fichier alphabétique complet contient le dossier de chaque entrant ; les résultats y sont mentionnés. Les sérologies positives entraînent l'ouverture d'un dossier dit "de traitement".

A cette même époque furent instituées, à titre d'essai, des prises de sang de contrôle pour les détenus d'une division. Les individus de ce bloc pouvaient, après six mois de présence, obtenir un second examen

sérologique (système identique à celui pratiqué pour le contrôle pulmonaire). Très rapidement le système fut étendu à toute la maison d'arrêt.

Les pourcentages d'acceptation furent les suivants :

— Bloc A : .. .. 57 %
— Bloc B : .. .. 75 %
— Bloc C : .. .. 100 %
— Bloc D : .. .. 70 %
— Bloc E : .. .. 100 %
— Bloc F : .. .. 100 %

L'expérience montre que tout dépend psychologiquement de l'acceptation ou du refus des premiers détenus interrogés, ce qui explique ces différents chiffres. Le pourcentage moyen obtenu fut de 92 %. Tous les contrôles avaient confirmé les résultats des premiers examens. A partir de juin 1964, le dépistage sérologique sera calqué sur le dépistage pulmonaire. L'année suivante notre attention fut attirée d'une façon toute particulière par la découverte d'un malade entré six mois plus tôt en période d'incubation de syphilis avec un Vernes négatif et dont le test de contrôle s'était révélé positif. La nécessité de ces doubles contrôles, à quelques mois d'intervalles, n'était plus à démontrer.

Actuellement aucun détenu ne refuse plus les examens sérologiques. Le second test est pratiqué désormais après trois mois de présence en cellule. L'idéal serait un prélèvement sanguin toutes les trois semaines durant le premier trimestre de détention, mais les moyens matériels mis à notre disposition ne nous permettent pas d'arriver à une telle perfection.

Organisation matérielle du service

En ce qui concerne la maison d'arrêt de la Santé, l'Administration pénitentiaire a confié la lutte antivénérienne à l'Institut prophylactique (36, rue d'Assas, Paris), dirigé par le docteur Arthur Vernes. Cet organisme détache à la maison d'arrêt :

1° *Deux médecins* vacataires présents deux demi-journées par semaine, l'un traitant plus particulièrement les syphilis, l'autre les blennorragies. Ils assurent le dépistage de ces maladies.

2° *Deux infirmières* effectuant chaque jour les prélèvements sanguins, ainsi que les injections thérapeutiques.

3° *Un infirmier* assistant deux fois par semaine le médecin traitant les blennorragies.

4° *Une assistante sociale* s'occupant des formalités administratives et apportant l'aide nécessaire aux détenus. Elle s'entretient avec tous les nouveaux malades et prend connaissance de l'identité des sujets transférés ou libérés.

5° *Deux détenus* employés à plein temps pour effectuer les travaux de secrétariat.

Ce service est logé dans deux pièces trop exiguës pour l'activité exigée par le nombre des entrants.

Les dépistages pulmonaires et sérologiques ont lieu successivement le surlendemain de l'arrivée du détenu dans l'établissement. Une liste d'appel établie chaque soir permet de convoquer tous les nouveaux arrivants.

Avec les conditions de fonctionnement mises en vigueur, il n'y a pas d'échappatoire possible au dépistage vénérien. Chaque réintégré (venant d'une autre prison) fait l'objet d'un contrôle minutieux pour vérification des examens sérologiques déjà effectués.

Le dépistage doit avoir pour conséquence directe le traitement de la maladie. Nous dénombrons chaque année environ 200 cas de syphilis justifiables d'une thérapeutique ; celle-ci est assurée par le service médical à l'intérieur même de la prison. Nous disposons de 2 cellules de 3 lits chacune permettant d'isoler les malades contagieux. Les problèmes soulevés par les cas, en fait, exceptionnels, de syphilis nerveuses ou cardio-vasculaires, sont résolus par une hospitalisation à l'infirmerie des prisons de Fresnes. Les autres sujets sont affectés en cellules normales et seront convoqués deux fois par semaine afin de recevoir les injections thérapeutiques nécessaires au traitement. Toutes les étapes de ce dernier sont mentionnées dans le dossier médical qui suivra le malade en cas de transfert. Lorsqu'un détenu est libéré, l'adresse qu'il laisse au greffe de la prison est communiquée au dispensaire de la rue d'Assas. Cet organisme relancera le malade, afin qu'il poursuive son traitement.

Chiffres et statistiques sur l'activité du service au cours des 5 dernières années

ANNÉE 1965

Prises de sang effectuées	11 636
— Entrants	9 742
— Contrôle	1 894

Sérologies positives :

— Entrants 240

— Malades mis en traitement 214

soit 2,19 % des entrants.

ANNÉE 1966

Prises de sang effectuées 10 724

— Entrants 8 687

— Contrôle 2 037

Sérologies positives :

— Entrants 194

— Malades mis en traitement 154

soit 1,77 % des entrants.

ANNÉE 1967

Prises de sang effectuées 10 536

— Entrants 9 521

— Contrôle 1 015

Sérologies positives :

— Entrants 213

— Malades mis en traitement 179

soit 1,88 % des entrants.

ANNÉE 1968

Prises de sang effectuées 9 757

— Entrants 7 519

— Contrôle 2 238

Sérologies positives :

— Entrants 158

— Malades mis en traitement 171

soit 2,27 % des entrants.

ANNÉE 1969

Prises de sang effectuées 10 420

— Entrants 7 226

— Contrôle 3 200

Sérologies positives :

— Entrants 244

— Malades mis en traitement 125

soit 1,72 % des entrants.

Au total, au cours de ces cinq dernières années furent effectués 42 695 examens sérologiques d'entrée et 10 384 examens de contrôle ; 1 049 entrants avaient un Vernes positif. Sur ces sérologies positives, 843 traitements furent institués. L'écart entre ces deux chiffres est représenté en partie par des "cicatrices sérologiques", par des transferts ou des mises en liberté.

A la date du 1er septembre 1970, il nous restait 650 dossiers sur les 843 ouverts depuis la création du service. On notait :

510	syphilis anciennes, soit	78,5 %
75	syphilis primaires, soit	11,5 %
65	syphilis secondaires, soit	10,0 %

Etudes et statistiques des cas de syphilis découverts au cours de l'année 1970

Sur l'ensemble des cas dénombrés nous notons :

Syphilis anciennes	80 %	des cas
Syphilis secondaires	10 %	—
Syphilis primaires	10 %	—

Etude par nationalité et race

Français		47 %
Nord-Africains.		29 %
dont :		
— Algériens	25 %	
— Tunisiens et Marocains	4 %	
Noirs.		21 %
dont :		
— Noirs d'Afrique	11 %	
— Noirs français d'outre-mer.	10 %	
Européens autres que Français		2 %
Des autres territoires		1 %

Étude par catégorie d'âge

De 20 à 24 ans	30 %
De 25 à 29 —	26 %

De 30 à 34 — .. .. 30 %
De 35 à 39 — .. .. 6 %
De 40 à 49 — .. .. 6 %
De plus de 50 ans .. .. 2 %

Au total, on peut noter que le nombre des cas de syphilis découverts est nettement plus important parmi les Noirs français d'outre-mer. Alors qu'ils ne représentent que 3,8 % de la population pénale, on peut leur attribuer 10 % des cas de syphilis. Ceci est communément admis dans toutes les publications.

Quand aux Nord-Africains, les cas de syphilis dépistés chez eux ne sont pas plus fréquents que dans le reste de la population délinquante. Ceci reste vrai pous les Noirs des anciennes colonies françaises.

En ce qui concerne la répartition par tranche d'âge, si l'on compare les chiffres publiés par l'I.N.S.E.R.M. à ceux de la maison d'arrêt, on remarque qu'ils sont à peu près identiques.

POURCENTAGE DES CAS DE SYPHILIS PAR TRANCHE D'AGE

TRANCHE D'AGE	ENSEMBLE DE LA POPULATION (sexe masculin) 1964-1968	MAISON D'ARRÊT DE LA SANTÉ
20 à 29 ans	45 %	56 %
30 à 40 ans	33 %	39 %

Syphilis primo-secondaire

I. — *Ensemble de la population parisienne et maison d'arrêt de la Santé*

Etudes statistiques des cas de syphilis primo-secondaires sur l'ensemble de la population de la région parisienne :

Incidence pour 10 000 (I N.S.E.R.M.) :

	1965	1966	1967
Ensemble de la population de la Seine	3,02	2,78	3,29

On peut considérer qu'à la maison d'arrêt de la Santé chaque année 20 % des sérologies positives révèlent une syphilis primo-secondaire. Ceci fut vérifié pour 1970 (20 %) et par l'examen de 650 cas traités par le service entre 1965 et 1970.

On obtient :

1965	42	cas sur	9 742
1966	31	—	8 687
1967	38	—	9 521

TABLEAU COMPARATIF POUR 10 000

	1965	1966	1967
Population du département de la Seine (I.N.S.E.R.M.)	3,02	2,78	3,29
Population délinquante de la Seine.. .	45	35	40

On note un pourcentage beaucoup plus élevé parmi la population pénale. On peut donner plusieurs raisons à cela :

1° Le caractère particulier de cette population ;

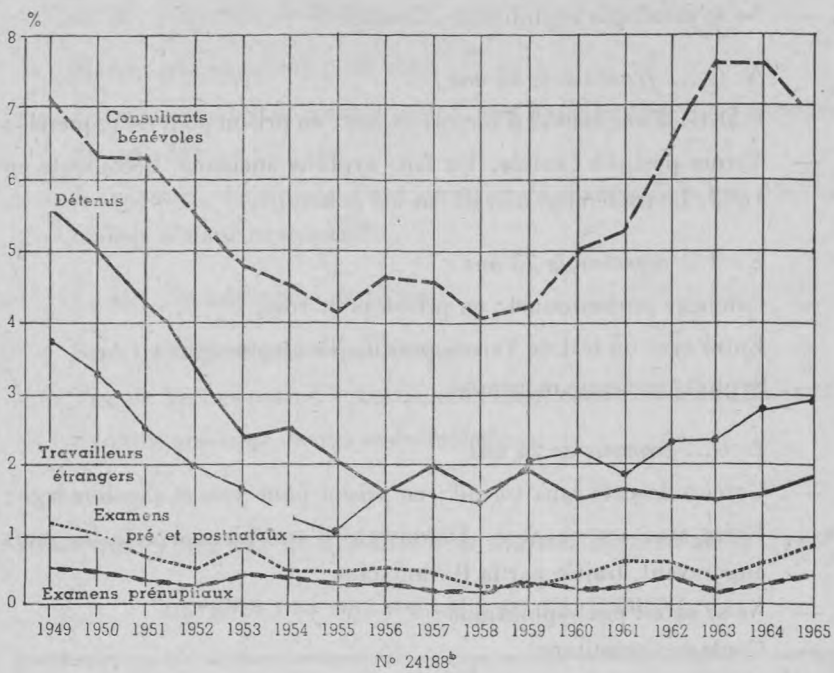
2° Le dépistage rigoureusement systématique auquel elle est soumise;

3° Un dépistage seulement occasionnel pour l'ensemble de la population parisienne : examens prénuptiaux, prénataux, consultations volontaires.

II. — *Travailleurs étrangers et délinquants de la région parisienne*

TABLEAU COMPARATIF POUR 10.000

	1962-1966	1967-1968
Travailleurs étrangers (I.N.S.E.R.M.) .. .	8,9	8,0
Maison d'arrêt de la Santé	40	45



GRAPHIQUE 7

Pourcentage de syphilis dépistées dans divers groupes.

Bulletin de l'I. N. S. E. R. M.
tome XXI, 1966, n° 4

Quelques observations de syphilis découvertes au cours de l'année 1970

O. G..., marocain de 22 ans :

— Motif de la détention : infraction à la législation sur les étrangers ; vagabondage. Sans travail, vit d'expédients ;

— Contage : prostituée ;

— Est entré en prison avec un chancre isolé et un test de Vernes positif. Syphilis primaire sans aucun antécédent.

T. P..., français de 25 ans, proxénète notoire :

— Syphilis sérologique ancienne, découverte par un test de Vernes positif aux examens systématiques d'entrée. Aucun antécédent ;

— Ne se savait pas syphilitique. Contage.?

N. C..., français de 45 ans :

— P.D.G. d'une société d'import-export ; en prison pour escroqueries ;
— Vernes positif à l'entrée. En fait, syphilis ancienne, découverte en 1963. Le traitement n'avait pas été poursuivi.

K. A... algérien de 33 ans :

— Catcheur professionnel ; en prison pour vols ;
— Entré avec un test de Vernes positif. N'a aucun signe ;
— Syphilis ancienne méconnue.

L. G... français de 24 ans :

— Garçon de café sans travail ; en prison pour vols et vagabondage ;
— Entre avec un chancre. Découverte d'une blennorragie un mois auparavant, traitée par la Rovamycine ;
— Ne se savait pas syphilitique ;
— Contage : prostituée.

L. T..., français de 29 ans :

— Sans travail ; en prison pour vagabondage ;
— Test de Vernes positif à l'entrée ; en fait, syphilis ancienne connue du malade, traitée depuis trois ans à l'hôpital Saint-Louis.

I. P..., congolais de 21 ans :

— Sans travail ; entre en prison pour vols, avec des signes cutanéo-muqueux de syphilis secondaire ;
— Ne se savait pas syphilitique, n'avait aucun traitement ;
— Contage : prostituée.

M. A..., noir de l'île de La Réunion, de 28 ans :

— Proxénète notoire ;
— Entré en prison avec test de Vernes positif ; syphilis secondaire, inconnue du malade ;
— A été libéré et suit parfaitement son traitement à l'extérieur dans un dispensaire.

S. H..., algérien de 24 ans :

— Manœuvre, en prison pour vols ;

— Entre avec un test de Vernes positif ; une syphilis ancienne inconnue du malade ;

— A l'examen, découverte d'une cicatrice de chancre du sillon dont le malade n'a aucun souvenir.

L. M..., guadeloupéen de 23 ans :

— Sans travail ; en prison pour vols ;

— Test de Vernes positif. - Aucun antécédent connu. Aucun signe ;

— Syphilis ancienne inconnue du malade.

Traitements des cas de syphilis à la maison d'arrêt de la Santé

DEVENIR DES MALADES MIS EN TRAITEMENT

ANNÉE	TRANSFÉRÉS	LIBÉRÉS	GUÉRISON	NOUVEAUX TRAITEMENTS
1968	76	49	22	171
1969	36	105	20	125
1970	55	68	39	151

Comme nous le montre le tableau ci-dessus, il est très difficile d'obtenir une continuité absolue des traitements du fait des impératifs administratifs (transferts, libération).

Le dépistage de la blennorragie à la Maison d'arrêt de la Santé

Les blennorragies regroupent les urétrites-gonococciques.

Le tableau suivant donne la répartition des cas dépistés entre 1965 et 1969 :

	1965	1966	1967	1968	1969
Janvier	8	7	5	9	7
Février	4	6	3	8	0
Mars	9	5	4	9	3
Avril	14	8	7	1	5
Mai	4	8	8	6	3
Juin	7	12	4	4	6
Juillet	12	6	6	4	1
Août					
Septembre	14	6	2	2	18
Octobre	8	4	4	6	12
Novembre	7	5	4	5	14
Décembre	12	8	5	12	23
TOTAL	107	75	52	66	92
Pourcentage de blennorragies découvertes	1,10 %	0,80 %	0,50 %	0,90 %	1,25 %

Comme nous l'indiquent les chiffres ci-dessus, la blennorragie est une affection fréquemment rencontrée parmi la population délinquante de la région parisienne.

Le pourcentage des cas découverts décroît de 1,10 % à 0,50 % entre 1965 et 1967, pour remonter ensuite jusqu'à 1,25 % en 1969.

Comparons les résultats obtenus lors des examens de dépistage systématique à la maison d'arrêt de la Santé, avec ceux publiés par l'I.N.S.E.R.M. pour l'ensemble de la population parisienne.

Nous pouvons dresser le tableau suivant :

NOMBRE DE CAS POUR 10 000

	1965	1966	1967
Département de la Seine	12,3	11,5	12,6
Population délinquante de la Seine	109	86	54

L'incidence sur 10 000 des cas de blennorragie parmi la population pénale est nettement supérieure à celle enregistrée sur l'ensemble de la population de la même région (Bulletin de l'I.N.S.E.R.M., T. 23, 1968).

De plus, nous devons signaler que le département de la Seine, lors des mêmes années, avait fourni, à lui seul, 60 % des déclarations obligatoires des gonococcies, faites sur l'ensemble de la France.

Ces chiffres doivent inciter le médecin des prisons à une recherche systématique des blennorragies parmi la population délinquante, afin d'obtenir la meilleure prophylaxie possible de cette maladie vénérienne actuellement en recrudescence.

La syphilis et la blennorragie parmi la population pénale de France

ANNÉE	EXAMENS de DÉPISTAGE	CAS de SYPHILIS	POURCENTAGE	CAS de BLENNORRAGIE	MALADIES de NICOLAS FAVRE
1966	73 174	1 289	1,76 %	335	
1967	43 699	1 809		324	9
1968	68 244	1 558	1,72 %		3
1969	62 165	1 312	1,69 %	348	4

(Rapport de la Direction de l'Administration pénitentiaire).

La syphilis primo-secondaire

En examens systématiques : Syphilis primo-secondaire			
GROUPES DE POPULATION EXAMINÉS	NOMBRE DE CAS dépistés en 1967 et 1968	INCIDENCE sur 100 000 sujets examinés en 1967 et 1968	INCIDENCE sur 100 000 sujets examinés de 1962 à 1966
Examens prénuptiaux	27	25	30
Examens pré et postnataux..	37	32	30
Travailleurs étrangers	41	80	89
Détenus	269	191	177

TABLEAU X

Dépistage de blennorragie et de syphilis primo-secondaire au cours d'examens systématiques dans les dispensaires publics

GROUPES DE POPULATION EXAMINÉS	NOMBRE de sujets examinés en 1967 et 1968	MALADIES VÉNÉRIENNES DÉCOUVERTES		
		BLENNORRAGIES		
		NOMBRE de dépistés en 1967 et 1968	INCIDENCE sur 100 000 sujets examinés en 1967 et 1968	INCIDENCE sur 100 000 sujets examinés de 962 à 1966
Examens prénuptiaux.....	108 549	5	4,6	6,7
Examens pré et postnataux ..	117 436	8	6,8	12,3
Travailleurs étrangers	51 945	109	210	429
Détenus..	140 781	509	361	330

Le dépistage médico-psychologique à la maison d'arrêt de la Santé

I. — Son intérêt

« Il n'y a ni crime ni délit, si le prévenu était en état de démence au moment de l'action, ou lorsqu'il a été contraint par une force à laquelle il n'a pu résister » (Art. 64 du Code pénal).

Le dépistage psychiatrique, en milieu carcéral, apparaît comme essentiel. Son premier rôle est de permettre au médecin-psychiatre de déceler parmi les criminels ceux qui ne relèvent pas de la procédure pénale, mais d'un internement dans un établissement créé par la loi de 1838.

Second problème important : la moitié des entrants à la maison d'arrêt de la Santé étant soumis à la procédure des flagrants délits ne subissent qu'un bref interrogatoire et sont jugés le lendemain matin de leur incarcération. Si le prévenu est « en état de démence » au moment du délit, il est du devoir du médecin d'en avertir le magistrat, afin que soit retardé ce jugement. Le psychiatre doit agir rapidement : il n'a que quelques heures. De plus, aucun psychopathe ne devant lui échapper, l'examen sera systématique. Le nouvel arrivant s'entretiendra le soir même avec un psychologue qui, éventuellement, le dirigera vers le psychiatre s'il pose un problème de pathologie mentale.

Le médecin des prisons se devait d'imposer cette recherche systématique, la découverte d'une anomalie mentale pouvant aboutir à un non-lieu ou à une atténuation de la responsabilité. C'est une des raisons pour laquelle fut institué cet examen, mais ce n'est pas la seule, à savoir :

La prévention du suicide

Le comportement suicidaire est fréquent en prison. Le suicide est la hantise de l'Administration pénitentiaire et pose certains problèmes au médecin. Dans une étude faite sur 109 décès par suicide en maison d'arrêt, 92 avaient eu lieu dans les quinze jours suivant l'incarcération. L'arrivée en prison est toujours traumatisante pour le nouveau détenu.

Il est certain qu'avec l'humanisation des formalités d'écrou, le dépistage psychiatrique, systématique et immédiat des malades mentaux, constitue la meilleure prévention du suicide.

Psychiatrie et criminologie

Nous appliquons au terme « crime » son sens le plus large, désignant par là n'importe quelle action délictueuse. L'étude criminologique des délinquants nous permet de dégager les composantes de la personnalité criminelle :

1° Celles dues à la personnalité de l'individu ;

2° Celles introduites par la situation et le milieu environnant au moment du crime.

L'étude des facteurs causals, sociaux, psychologiques, fonctionnels, passe par une meilleure connaissance de l'individu criminel : elle constitue le corpus de la criminologie clinique.

Le crime, comme phénomène sociologique, ne peut s'étudier sans une enquête médico-sociale. Le dépistage psychologique, appliqué d'une façon systématique, répond donc aux exigences de la recherche criminologique.

II. — Organisation du service médico-psychologique

Dès 1961, en application de l'article D. 377 du Code de procédure pénale, fut créé à la maison d'arrêt de la Santé un service psychiatrique. Celui-ci succédait à la consultation d'hygiène mentale.

En 1964, il se transforma en centre médico-psychologique avec compétence régionale. Il reçut son statut officiel par une circulaire en date du 30 septembre 1967 du ministère de la Justice.

Art. D. 397 du Code de procédure pénale. — « Des services psychiatriques sont organisés en certains établissements pénitentiaires. Les détenus écroués dans les dits établissements sont soumis à un examen systématique de dépistage et, s'il y a lieu, placés en observation au service psychiatrique. »

La circulaire A.P. 67-16 du 30 septembre 1967 précise : « Les services et les quartiers spécialisés où ils sont implantés doivent être désormais désignés sous l'appellation *Centres médicaux psychologiques régionaux*. L'action de ces centres doit s'étendre de manière à former une assistance médico-psychologique à la population de l'ensemble des maisons d'arrêt. »

Le service comprend à la maison d'arrêt de la Santé :

a) 1 médecin chef psychiatre ;

b) assisté de 7 médecins psychiatres ;

c) 3 psychologues ;

d) un certain nombre de surveillants-infirmiers ;

e) des secrétaires médicales.

Dans les locaux du centre médico-psychologique, l'équipe de permanence reçoit chaque soir les nouveaux arrivants. Cette équipe fonctionne de 16 h 30 à 23 heures. Elle se compose :

a) d'un surveillant-infirmier spécialisé dans une tâche de première approche ;

b) d'un psychologue ;

c) d'un psychiatre, chaque soir différent.

Ce dernier reverra lui-même les malades qu'il aura dépistés.

Le service accueille tous les entrants, après les formalités d'admission, mais avant le contact avec la détention, c'est-à-dire au moment où ils sont le plus réceptifs à cet entretien médico-psychologique.

L'examen commence par un questionnaire écrit, rempli par le détenu lui-même ou aidé par le surveillant-infirmier (problème des illettrés), permettant de relever les antécédents biologiques et biographiques, souvent difficiles à connaître. En fait, l'examen clinique reste l'élément essentiel de cette approche du délinquant.

L'équipe médico-psychologique examine systématiquement tous les entrants (20 à 25 par soir).

Année	1966	1967	1968	1969	1970
Examens systématiques.. ..	8 207	9 379	8 173	7 571	7 667
Malades mentaux dépistés ..	1 251	1 500	1 330	1 325	1 580

III. — Intérêt d'un dépistage systématique

L'équipe de criminologie clinique assure trois sortes de responsabilités :

1) les thérapeutiques d'urgence ;
2) les problèmes médico-légaux ;
3) les problèmes de la criminologie.

1. — *Urgences thérapeutiques*

Tout d'abord, le médecin prescrit à chaque entrant toutes les thérapeutiques d'urgence que son état de santé nécessite. A savoir :

a) comitialité ;
b) délires de toutes sortes ;
c) comportement suicidaire ;
d) confusion mentale ;
e) alcoolisme (delirium tremens ou pré D T) ;
f) tout problème d'urgence médicale ou chirurgicale.

2. *Intérêt médico-légal*

Le dépistage permet d'informer au plus vite l'autorité judiciaire des cas pathologiques et de retarder, comme nous l'avons déjà dit, un jugement au tribunal des flagrants délits. De plus, les alcooliques présumés dangereux sont signalés à l'autorité sanitaire (application de la loi du 15 avril 1954).

Ainsi, l'Administration pénitentiaire étant informée peut orienter au mieux tout nouvel entrant en fonction de son « état médical » (art. D. 378 du Code de procédure pénale).

Les médecins de la maison d'arrêt de la Santé n'ont pas qualité d'expert, et ils ne peuvent qu'informer la Justice sur la nécessité d'une expertise psychiatrique.

3. — *Intérêt criminologique du dépistage*

L'examen médico-psychologique ne doit pas s'assimiler à un interrogatoire policier ou judiciaire.

L'approche de la personnalité délinquante est possible par la connaissance des antécédents cliniques et des références biographiques.

Les informations fournies par la procédure permettent une approche juridique. Les trois composantes clinico-socio-juridique confèrent toute sa spécificité à la criminologie clinique (P.-E. Hivert et S Schaub).

Etude des résultats obtenus lors des examens systématiques

1. — *Expérience effectuée en 1964*

A cette époque le dépistage se bornait à analyser les réponses d'un questionnaire. Le questionnaire utilisé se trouvait être le « Cornell Index forme N 2 » mis au point durant la Deuxième Guerre mondiale à l'université Cornell à la demande de l'« Office of Scientific research and development », afin de dépister parmi les nouvelles recrues les sujets présentant des troubles mentaux. Il se compose de 101 questions à choix forcé · oui ou non. Les résultats obtenus par un tel questionnaire montrèrent rapidement ses difficultés d'application et d'interprétation, ceci tenant essentiellement à l'hétérogénéité de la population délinquante :

— niveau mental très variable ;

— origine géographique diverse ;

— appartenance culturelle multiple.

Le recours à un examen plus facilement réalisable et interprétable se révéla indispensable. L'introduction d'un entretien clinique s'imposait. En effet, un dépistage basé sur un seul questionnaire s'avérait une incongruité en milieu carcéral.

A la lumière de cette expérience, il fut reconnu que tout dépistage psychiatrique devrait désormais se dérouler de la façon suivante :

1) tout d'abord une notice biographique ;

2) puis un questionnaire psychologique ;

3) enfin, un entretien clinique.

Un tel dépistage était évidemment tributaire du personnel psychiatrique concédé à la maison d'arrêt par l'Administration.

Toutefois, cette formule put être appliquée dès 1966, date à laquelle un tel examen devint systématique et s'organisa matériellement comme il le fut décrit dans les pages précédentes.

2. — *Résultats obtenus en 1970*

a) L'étude entreprise porte sur un échantillonnage de 1 000 détenus écroués à la maison d'arrêt de la Santé entre le 15 décembre 1970 et

le 10 janvier 1971 :

— 85 % d'entre eux se sont spontanément déclarés récidivistes.

Situation familiale :

— 63 % de célibataires ;

— 17 % mariés. 18 % pères de famille ;

— 7,5 % en ménage ;

— 4,5 % divorcés ;

— 4 % séparés.

68 % avouaient ne pas travailler au moment de leur arrestation (non vérifié).

Pour 75 % l'instruction est inférieure au niveau du certificat d'études primaires.

b) Sur ces 1 000 sujets examinés systématiquement par le service médico-psychologique, on a pu relever :

— Ethyliques présumés dangereux : 111, soit 11,1 % (loi de 54) ;

— Troubles mentaux divers : 132, soit 13,2 % ;

— Epileptiques : 31, soit 3,1 %.

Au total, sur 1 000 entrants, 374 ont retenu l'attention à divers titres, soit 37,4 %.

1) *Sur les 374 délinquants ayant posé un problème médico-psychologique dès l'entrée*

— 93 % vivent seuls, 5 % sont mariés ;

— 92 % sont récidivistes, certains déjà connus du service :

— 2 d'entre eux depuis 1961

— 1 — depuis 1962

— 6 — depuis 1963

— 3 — depuis 1964

— 8 — depuis 1965

— 9 — depuis 1966

— 11 — depuis 1967

— 18 — depuis 1968

— 52 — depuis 1969

et ceci grâce au fichier contenant tous les dossiers des malades déjà dépistés et permettant ainsi de comparer à diverses dates leur comportement mental.

— 71 % sont sans travail ni domicile fixe ;

— 47 % ont des antécédents psychiatriques divers ;

— 1 % ont déjà suivi une cure de désintoxication.

La liste des affections psychiatriques qui suit reflète le classement diagnostique étayé le soir même de l'incarcération. Les aléas d'un dépistage psychiatrique systématique de « masse » expliquent certaines imprécisions.

2 — *Troubles mentaux divers :*

Etude des diverses maladies mentales découvertes : 132 entrants sur 1 000, soit 13,2 %.

— *7 toxicomanes* (sevrage en décompensation) :

Amphétamines : 2

Héroïne : 1

Polytoxicomane : 4 (dont 1 admis en H.P.)

— *11 comportements suicidaires vrais*, ayant entraîné un traitement et une haute surveillance.

— *12 « grands anxieux »*

— *17 syndromes dépressifs :*

a) dépressions endogènes ;

b) dépressions réactionnelles ;

c) états dépressifs révélant une psychose.

— *18 grands déséquilibrés*, où prédominent l'antisociabilité et l'impulsivité qui les ont conduits à la délinquance.

— *16 débiles mentaux*, entraînés très facilement vers les actes délictueux.

— *11 détenus en état de délire*, dont 5 délires maniaques (3 furent internés en H.P.)

— *6 classés schizophrènes,* surtout parmi les jeunes entrants. On doit y ajouter un cas de « schizonévrose » (2 internés en H.P.).

— *9 paranoïaques.*

— *11 psychopathes divers.*

— *14 névroses.*

Ces diagnostics furent posés le soir même de l'arrivée en détention ; il est certain qu'il fallut leur apporter certaines précisions, afin de pouvoir aller plus loin dans l'étude clinique et le reclassement de ces diverses maladies mentales.

Tous ces détenus reçurent dès leur incarcération une chimiothérapie.

— 8 furent admis dans un hôpital psychiatrique.

A la lumière de ces chiffres on note immédiatement l'intérêt d'un dépistage mental systématique pour tous les nouveaux détenus. 37,4 % des sujets posent un problème médico-psychologique qu'il faut résoudre au plus vite. Seuls, ces examens d'entrée permettent de découvrir les malades mentaux afin de ne pas les oublier durant leur détention.

NOMBRE DES PLACEMENTS D'OFFICE EN HOPITAL PSYCHIATRIQUE PARMI LES ENTRANTS DE LA MAISON D'ARRÊT DE LA SANTÉ

	1961	1962	1963	1964	1965	1966	1967	1968	1969	1970
Article 64 (1)	9	15	11	15	22	27	23	43	33	35
Hospitalisé en cours de peine (2)	9	8	6	6	3	1	11	5	13	40
Hospitalisé en fin de peine (3)	9	—	6	10	3	7	8	3	14	13
Admis au centre médico-psychologique de la Santé	92	104	107	239	319	358	377	420	491	493

(1) Non-lieu en matière judiciaire. Ces entrants ont été immédiatement internés à l'hôpital Sainte-Anne.

(2) Détenus condamnés mais dont l'état de santé exigeait un internement d'office.

(3) Détenus internés d'office après leur libération.

POURCENTAGE DES SIGNALEMENTS

	1961	1967	1968	1969	1970
Autorité judiciaire. ..	7 = 2,45 %	49 = 1,24 %	49 = 1,50 %	64 = 1,48 %	54 = 0,85 %
Médecins experts	2 = 0,70 %	19 = 0,48 %	18 = 0,47 %	15 = 0,35 %	10 = 0,15 %
Avocats	4 = 1,40 %	6 = 0,15 %	16 = 0,42 %	8 = 0,19 %	13 = 0,20 %
Familles.	5 = 1,79 %	25 = 0,63 %	10 = 0,42 %	7 = 0,18 %	18 = 0,28 %
Co-détenus	2 = 0,70 %	5 = 0,12 %	1 = 0,04 %	3 = 0,07 %	3 = 0,04 %
Hôpital central	Néant	134 = 3,42 %	135 = 3,59 %	125 = 2,94 %	100 = 1,57 %
Administration centrale .	8 = 2,80 %	99 = 2,62 %	215 = 5,68 %	201 = 4,72 %	202 = 3,18 %
Directeur.	87 = 30,52 %	300 = 8,41 %	255 = 6,75 %	252 = 5,90 %	251 = 3,80 %
Service médical	75 = 26,30 %	235 = 5,97 %	224 = 5,89 %	195 = 4,58 %	202 = 3,18 %
Le service	46 = 16,14 %	800 = 20,39 %	978 = 25,75 %	1 128 = 26,60 %	1 870 = 29,45 %
Le malade	33 = 11,57 %	885 = 22,57 %	672 = 17,69 %	826 = 19,41 %	1 724 = 27,20 %
Service social..	16 = 5,60 %	69 = 1,75 %	36 = 0,95 %	62 = 1,45 %	68 = 1,57 %
Dépistage.	Néant	1 265 = 32,26 %	1 168 = 30,75 %	1 358 = 31,91 %	1 786 = 28,10 %
Fleury-Mérogis .. .					41 = 0,70 %
Total des signalements .	285	3 291	3 793	4 255	6 357

3. — *Loi du 15 avril 1954*

Le dépistage médico-psychologique permet d'informer l'autorité sanitaire sur la découverte d'un alcoolique présumé dangereux. Un grand nombre de ces alcooliques se retrouvent, pour un acte délinquantiel, incarcérés à la maison d'arrêt de la Santé. Le délit représente souvent la première manifestation d'un état dangereux créé par l'imprégnation éthylique chronique. Les examens systématiques permettent son dépistage. Dans le département de la Seine, plus de 50 % des signalements reçus par le service d'application de la loi du 15 avril 1954 proviennent du centre médico-psychologique régional de la maison d'arrêt de la Santé.

A propos de ces mêmes 1 000 entrants ayant subi les examens de dépistage systématique, 111 furent signalés à l'autorité sanitaire (loi du 15 avril 1954), soit 11,1 %. Signalons l'importance de ce pourcentage. Quels sont les délits ayant entraîné l'incarcération? (90 % sont récidivistes.)

— vols (souvent ridicules);
— vagabondage;
— outrage public à la pudeur;
— rebellion et violences à agent;
— coups et blessures volontaires.

80 % n'ont ni travail, ni domicile fixe.

Répartition par tranche d'âge

21 à 25 ans	16
26 à 30 ans	22
31 à 40 ans	38
41 à 50 ans	18
+ 50 ans	17
TOTAL	111

Etude par nationalité

Français	77
Algériens	23
Autres étrangers	11

(2 Marocains, 3 Tunisiens, 1 Belge, 1 Tchèque, 1 Yougoslave, 1 Portugais, 1 Sénégalais, 1 Hongrois.)

Grâce à ce signalement il est possible de suivre après leur libération les alcooliques délinquants. Leur prise en charge s'effectue régulièrement dès leur sortie et permet leur encadrement par les services d'hygiène mentale du département.

LA LOI DU 15 AVRIL 1954

SERVICE MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE DE LA MAISON D'ARRÊT DE LA SANTÉ

Alcooliques présumés dangereux

ANNÉE	1965	1966	1967	1968	1969	1970
Entrants	572	8 207	9 379	8 173	7 571	7 667
Signalés	60	1 210	958	741	820	863
Pourcentages	10,49 %	14,14 %	10,21 %	9,07 %	11,95 %	11,26 %

4. — *L'épilepsie parmi les délinquants*

Sur les 1 000 entrants étudiés, on a dénombré 31 épileptiques.

— *Comitiaux* : 3,1 % des entrants.

La découverte d'une comitialité demande la mise en route rapide d'un traitement (intérêt du dépistage). Certains épileptiques peuvent parfois présenter des états psychiatriques aigus pouvant avoir des conséquences médico-légales que l'on ne doit pas ignorer.

Un grand-nombre de ces malades présentent des troubles caractériels et des lenteurs de l'idéation.

Sur les 31 sujets :

— 10 furent signalés à l'autorité sanitaire comme éthyliques présumés dangereux ;

— 6 étaient des débiles.

L'épilepsie reste une maladie fréquente parmi la population délinquante de la région parisienne et doit retenir toute notre attention ; elle est très souvent accompagnée d'une imprégnation éthylique (un tiers des cas).

NOMBRE D'EXPERTISES DEMANDÉES
APRÈS EXAMEN PSYCHIATRIQUE DE DÉPISTAGE
(Maison d'arrêt de la Santé)

ANNÉE	1964	1965	1966	1967	1968	1969	1970
Expertises	21	72	77	77	84	65	142
Entrants	—	—	8 207	9 379	8 173	7 571	7 667

DÉTENUS DÉPISTÉS AU CENTRE MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE DE LA SANTÉ
ET ENVOYÉS DANS LES CENTRES POUR PSYCHOPATHES

	CHATEAU-THIERRY (LONGUES PEINES)	HAGUENAU (PEINES MOYENNES)
1961	4	
1962	2	
1963	2	
1964	1	
1965	6	49 (Ouverture du centre)
1966	7	7
1967	12	17
1968	28	22
1969	26	36
1970	31	19

Les centres médico-psychologiques
Les centres pour psychopathes

Durant un certain nombre d'années dans plusieurs établissements, l'Administration pénitentiaire mit à la disposition du médecin des prisons des quartiers appelés « annexes psychiatriques », pour les détenus présentant certains troubles mentaux, mais dont l'état de santé ne justifiait pas le placement en centre pénitentiaire pour psychopathes, ni en hôpital psychiatrique. Devant l'accroissement des consultations d'hygiène men-

tale et l'augmentation des expertises psychiatriques, l'Administration a doté les maisons d'arrêt les plus importantes d'un centre médico-psychologique (circulaire A.P. 67-16 du 39 septembre 1967).

« Ces centres médico-psychologiques doivent assurer une consultation d'hygiène mentale, l'observation et le traitement des détenus de l'établissement et de la région pénitentiaire. »

Ils s'adressent aux prévenus ou aux condamnés à moins d'un an d'emprisonnement ne pouvant pas de ce fait être dirigés vers les centres de Château-Thierry et de Haguenau.

L'Administration pénitentiaire dispose de quatre centres médico-psychologiques : Lille (15 places), Lyon (30 places), Marseille (21 places), Paris (88 places).

D'autres sont en voie de création : Draguignan, Rennes, Haguenau.

Les établissements pour psychopathes

Sont considérés comme psychopathes les détenus présentant des trouples mentaux qui ne justifient pas un internement en hôpital psychiatrique au titre de la loi du 30 juin 1838.

Ces sujets présentent des troubles du comportement incompatibles avec un régime de détention normale. De tout temps on a senti la nécessité de centres pénitentiaires de ce genre : il en existait déjà à la fin du XIXe siècle à Gaillon (il disparut depuis).

Le centre d'observation de Château-Thierry

Cet établissement, créé en 1950, dispose de 60 places. Seuls y sont admis les psychopathes condamnés à une longue peine.

Le personnel se compose de deux médecins psychiatres et d'infirmiers. Les surveillants ont reçu une formation particulière. Les malades étant considérés comme dangereux, cet établissement est classé prison de « haute surveillance ».

Le centre de réadaptation de Haguenau, en Alsace

Installé dans l'ancienne maison centrale pour femmes, il dispose de 80 places et se compose d'un quartier cellulaire et de dortoirs. Les détenus condamnés à des peines de durée moyenne y sont reçus. Ils ont à leur disposition un médecin psychiatre. Les surveillants ont, là aussi, reçu une formation particulière.

LE DÉPISTAGE MÉDICO-PSYCHIATRIQUE
Ensemble de la population pénale

ANNÉE	1966	1967	1968	
Entrants	115 650		90 295	77 385
Examens mentaux systématiques	17 921	11 963	17 932	18 104
Troubles mentaux ..			2 135	884
— Hommes			2 107	832
— Femmes			28	52
Internés en H.P ..		325	549	325
— Hommes		305	510	294
— Femmes . ..		20	39	31

Le dépistage systématique assuré dans les prisons est très nettement insuffisant. Il serait souhaitable que l'Administration permette au moins un dépistage systématique dans toutes les grandes maisons d'arrêt.

En fait, actuellement, il n'existe sous cette forme qu'à la maison d'arrêt de la Santé (Paris).

Étude des différents services médicaux pénitentiaires

Sur l'ensemble du territoire, l'Administration pénitentiaire met à la disposition du médecin des prisons un certain nombre d'établissements à vocation sanitaire. Ces centres permettent d'orienter au mieux les détenus atteints d'une affection médicale ou chirurgicale.

Tout d'abord il existe deux établissements hospitaliers :

I. — *L'hôpital central des prisons de Fresnes (H.C.F.)*

Cet établissement reçoit tous les condamnés dont l'état de santé nécessite une hospitalisation. De plus, il est compétent pour les prévenus de la région parisienne.

L'H.C.F. a une capacité d'accueil de 300 lits. Presque toutes les disciplines médicales et chirurgicales y sont représentées, sauf :

— la chirurgie cardiovasculaire qui est envoyée à l'hôpital Broussais ;

— la chirurgie pulmonaire envoyée au centre chirurgical Marie-Lannelongue ;

— la cancérologie confiée à l'institut Gustave Roussy, à Villejuif ;

— la neurochirurgie à La Salpêtrière.

Durant l'année 1968, l'H.C.F. a reçu et traité :

— 820 cardiaques ;

— 76 malades atteints d'une affection pulmonaire non tuberculeuse ;

— 40 malades présentant des ulcères gastriques ou duodénaux ;

— 217 interventions chirurgicales ont été pratiquées au cours de l'année.

II. — *La prison-hôpital des Baumettes (P.H.B.) - Marseille*

Elle reçoit les condamnés et les prévenus de la région pénitentiaire de Marseille.

Activité en 1968 :

— 89 malades cardiaques ;

— 25 malades atteints d'une affection pulmonaire non tuberculeuse ;

— 124 malades présentant des ulcères gastriques ou duodénaux ;

— 61 interventions chirurgicales ont été pratiquées au cours de l'année.

III. — Outre ces deux hôpitaux, existent plusieurs centres sanitaires

L'infirmerie pour malades chroniques de Poissy (Yvelines)

C'est une infirmerie pouvant accueillir 60 personnes atteintes de maladies chroniques (hémiplégiques, diabétiques, grabataires, cardiaques, gastrectomisés).

Le centre pénitentiaire de Liancourt

Il s'agit d'un sanatorium. Son activité a été décrite dans le chapitre de la tuberculose.

A côté du sanatorium, est installé un hospice pour vieillards. En milieu pénitentiaire on admet pour le détenu que la vieillesse commence à 60 ans. Cet hospice dispose actuellement de 216 places ; le plus âgé de ses pensionnaires a 85 ans. Le régime est beaucoup plus libéral.

Infirmerie spéciale de Pau

Elle reçoit des malades pulmonaires non tuberculeux (73 places) :

a) asthmatiques ;

b) emphysémateux ;

c) silicotiques.

Les malades eux-mêmes sont satisfaits du climat et s'améliorent : 48 hommes et 2 femmes y sont actuellement traités.

Les centres pour handicapés physiques

Il est bien certain que les handicapés physiques posent un réel problème à l'Administration pénitentiaire, car ils ne peuvent pas s'adapter

au régime normal des maisons centrales. Deux établissements sont prévus pour eux :

1° La maison centrale d'Eysses (Villeneuve-sur-Lot).

2° La maison centrale de Nîmes.

Le centre diététique de la maison d'arrêt de Blois (10 places)

Il accueille les malades ayant subi, par exemple, une gastrectomie et dont l'état nécessite un régime alimentaire particulier.

Enfin,

Les établissements pour psychopathes

Nous ne ferons que citer leurs noms :

— Le centre d'observation de Château-Thierry, dans l'Aisne (75 places) ;

— Le centre de réadaptation de Haguenau, en Alsace (60 cellules).

Nous avons vu leur description plus complète dans le chapitre traitant du dépistage médico-psychologique.

On note donc un éventail assez large d'établissements permettant l'orientation des malades. Malheureusement les places manquent. De plus, l'admission dans ceux-ci dépend avant tout de la situation pénale du délinquant plutôt que de l'évolution de sa maladie. Seuls, les condamnés peuvent bénéficier de ces centres sanitaires. De nombreux malades dépistés à leur arrivée en prison, alors qu'ils ne sont que prévenus, doivent attendre la fin de l'instruction et leur jugement avant de pouvoir être orientés.

On connaît la lenteur de certaines instructions judiciaires... Il faut noter malgré tout que l'on peut toujours hospitaliser un prévenu. Cependant, un malade ayant seulement besoin d'un régime diététique est-il à sa place à l'hôpital, quand on connaît le manque de lits ?

ACTIVITÉ DE L'HOPITAL CENTRAL DES PRISONS DE FRESNES
ANNÉE 1969

	HOMMES	FEMMES	TOTAL
CHIRURGIE GÉNÉRALE			
Consultations	2 528	700	3 228
Interventions	320		320
Consultations détenus R. P.	944	8	952
SPÉCIALITÉS			
— *Ophtalmo :*			
Consultations	863	33	896
Interventions	7	1	8
— *Oto-rhino-laryngologie :*			
Consultations	1 073	44	1 117
Interventions	34	2	36
— *Urologie :*			
Consultations	499	2	501
Interventions	15		15
— *Neurologie :*			
Consultations	188	10	298
— *Gastro-enterologie :*			
Consultations	616	8	624
— *Psychiatrie :*			
Consultations	684	24	708
— *Dermatologie :*			
Consultations	248	3	251
— *Radiologie :*			
Nombre de radiologies effectuées			4 714
Nombre de malades traités à l'hôpital central	3 472	708	4 180

La vaccination antipoliomyélitique

(Annexe)

Les pouvoirs publics ont rendu cette vaccination obligatoire pour tout individu âgé de moins de 18 ans, par la loi du 1er juillet 1964, complétée par le décret d'application du 19 mars 1965. Nous savons qu'à titre de rattrapage elle prend aussi un caractère d'obligation par les sujets de moins de trente ans.

La médecine carcérale se devait d'apporter sa contribution à la prophylaxie de la poliomyélite antérieure aiguë, par une diffusion aussi large que possible du vaccin, seul moyen efficace de lutter contre cette maladie, cette dernière ayant quasiment disparu dans les pays où cette pratique a été généralisée.

A la maison d'arrêt de la Santé, le service de prophylaxie antipoliomyélitique a été mis en place au mois de septembre 1968, afin de pouvoir vacciner tous lessujets entrant dans la catégorie sus-désignée.

Nous utilisons depuis cette date le vaccin type Sabin en respectant toutes les normes de sécurité imposées pour son emploi : élimination des sujets porteurs d'une maladie aiguë, de ceux traités par les cortisoniques...

La vaccination complète comporte : la primo-vaccination réalisée par trois prises orales, et un rappel. L'intervalle entre les premières prises doit être de six semaines à deux mois, mais jamais inférieur à un mois. Nous avons adopté cet intervalle d'un mois afin d'avoir le maximum de chance d'administrer les trois prises avant qu'une éventuelle liberté ou un transfert n'intervienne.

Chaque prise est constituée par une dose individuelle de vaccin atténué trivalent, absorbé avec un peu de liquide froid.

Tous les mois, une séance de vaccination est organisée par division. Rappelons que la maison d'arrêt compte dix divisions. Un fichier central permet de retrouver chaque sujet et de le convoquer pour les prises vaccinales aux dates requises.

Lors de la mise en route du service, nous administrions une dose à chaque détenu de moins de 30 ans, non vacciné. En fait, nous avions une perte importante : sur 969 détenus ayant pris leur première dose en octobre 1968, il n'en restait que 414 lors de la prise de la troisième dose, 58 % des sujets avaient déjà été libérés ou transférés (ce chiffre de 969 semble important, mais représente tout l'arriéré des vaccinations).

Un an plus tard, en octobre 1969, 104 sujets seulement recevaient leur rappel ; 90 % des primo-vaccinés n'étaient donc plus présents.

Au regard de ces chiffres il nous a paru rentable de réserver la vaccination aux seuls individus susceptibles de rester au moins trois mois à notre disposition.

En appliquant cette méthode, en janvier 1969, 169 sujets recevaient la première dose, 155 étaient encore présents lors de la deuxième et 127 recevaient une primo-vaccination complète.

Sur l'ensemble de l'année 1969, nous avons vacciné environ 100 à 200 personnes chaque mois ; 20 à 25 % seulement n'étaient plus présents lors de la troisième dose.

Au total, au cours de l'année 1969, 1 401 primo vaccinations furent effectuées (se reporter au tableau).

Un minimum de trois mois de présence semble donc souhaitable d'autant plus qu'une brève enquête nous a révélé qu'aucun détenu sauf exception rare, ayant reçu la première ou la deuxième dose continuait à prendre les prises vaccinales une fois libéré.

Pour ce qui est des détenus transférés dans d'autres prisons, la vaccination sera poursuivie ou commencée, suivant le cas. Au total, très peu de délinquants de moins de 30 ans restant plusieurs mois en détention pourront y échapper.

Pourcentage des vaccinés sur l'ensemble des entrants

En janvier 1970, il y eut un total de 621 entrants : 203 reçurent la première dose de vaccin, soit environ un tiers, et 95 une primo-vaccination complète.

La proportion reste la même au mois de mai, où il y eut 109 personnes vaccinées sur 686 entrants.

Un sixième des entrants est donc vacciné contre la poliomyélite. Bien peu de collectivités appliquent d'une façon aussi systématique cette vaccination.

VACCINATION CONTRE LA POLIOMYÉLITE

ANNÉE 1969

MOIS	1re DOSE	2me DOSE	3me DOSE	1er RAPPEL	2me RAPPEL	TOTAL
Janvier	189	107	188	«	«	484
Février	258	155	135	2	«	550
Mars	204	217	127	3	1	552
Avril	238	176	203	1	«	618
Mai	138	114	91	3	«	347
Juin	139	88	69	1	«	297
Juillet	171	183	142	16	«	512
Août	107	111	131	4	«	353
Septembre	158	116	114	2	«	390
Octobre	134	91	83	104	«	412
Novembre	86	73	65	51	1	276
Décembre	140	52	53	36	«	281
	1 962	1 483	1 401	223	2	5 072

A partir du mois d'octobre nous notons un nombre important de vaccinations de rappel. Il s'agit de rappels des primo-vaccinations effectués un an auparavant (date de la création du service).

Antérieurement à cette date (octobre 1969), les chiffres de ce tableau ne représentent que des rappels de primo-vaccinations réalisés dans un autre établissement.

VACCINATION CONTRE LA POLIOMYÉLITE
ANNÉE 1970

MOIS	1re DOSE	2me DOSE	3me DOSE	1er RAPPEL	RAPPEL	TOTAL
Janvier	203	135	70	56	«	464
Février	193	130	95	34	«	452
Mars	108	102	81	23	«	314
Avril	171	113	108	41	«	433
Mai	206	130	109	36	«	481
Juin	53	70	48	«	«	171
Juillet	1	95	86	16	«	1.8
Août	39	1	128	18	3	189
Septembre	192	«	6	11	«	209
Octobre	147	148	5	33	«	333
Novembre	115	122	48	14	«	299
Décembre	153	80	110	21	«	364
	1 581	1 126	894	303	3	3 907

N.B. — En juin, juillet, août la diminution du nombre des vaccinations est due à un manque de personnel administrant habituellement les vaccins. Le retard sera comblé au cours des mois suivants.

Statistiques pour l'ensemble de la France pénale

— Du 1er juillet 1968 au 31 décembre 1968 :
25 177 vaccinations, soit : 24 770 hommes et 407 femmes.

— Année 1969 :
29 129 vaccinations, soit : 28 129 hommes et 1 024 femmes.

Conclusion

L'état de santé des délinquants de la région parisienne ne peut être perçu qu'à travers les examens médicaux imposés à tout prévenu nouvellement incarcéré à la maison d'arrêt de la Santé. Instable, associable, peu contrôlée, cette frange disparate de la population est fort méconnue en tant que telle. Son dépistage, dans les maisons d'arrêt, pratiqué au moment de l'incarcération, ne doit donc pas être négligé, mais au contraire, être appliqué d'une façon systématique et immédiate, facilité par les moyens techniques que la science moderne met à la disposition du médecin. Les études biographiques et biologiques effectuées au cours desdits examens, renseignent sur l'état de santé physique et moral du délinquant.

L'étude entreprise nous a permis de faire les constatations suivantes :

— *à propos des nationalités :* la population délinquante se répartit en :
  — 61 % de Français,
  — 29 % d'Algériens,
  — 20 % d'autres étrangers, appartenant à 54 nationalités différentes (près de la moitié des pays du monde sont représentés dans cette maison d'arrêt) ;

— *l'âge :* 55 % des détenus ont moins de 30 ans ;

— *le niveau socio-culturel :* pour 80 % d'entre eux, l'instruction est inférieure au certificat d'études primaires ;

— *les motifs de détention :* vagabondage, vol, escroquerie, coups et blessures ;

— *les peines :* 70 % des délinquants sont condamnés à un emprisonnement n'exédant pas un an.

Les différents examens systématiques, subis par les détenus, se déroulent selon l'ordre suivant :

Tout d'abord, le soir même de l'incarcération, le dépistage en milieu psychiatrique. Puis dès le lendemain, une consultation permet à l'interne d'établir pour chacun un dossier médical. Les entrants sont ensuite accueillis par le service antituberculeux qui pratique une radioscopie pulmonaire. Enfin, le service de prophylaxie antivénérienne recevra dans la même journée le nouveau détenu, l'examinera et procédera à un examen sérologique.

A la suite de ces passages successifs, chaque individu sera orienté et traité en fonction des résultats obtenus.

Quels sont les taux de morbidité mis en évidence par cette médecine préventive ?

— Un rapide tour des différentes affections médicales découvertes, met en évidence l'importance de la pathologie psychosomatique et la richesse de la pathologie névrotique.

— Quant à la tuberculose, elle reste à l'heure actuelle un fléau social en milieu délinquant. Son recul, quoique certain, suivant par là l'évolution générale de la maladie, apparaît cependant avec moins d'évidence du fait de la précarité des conditions de la vie délinquante.

Des chiffres :

— en 1961, 19 cas de tuberculose pour 1 000 ;

— en 1970, 5 cas pour 1 000.

Une comparaison nous paraît nécessaire : en 1966, parmi les employés de la S. N. C. F., on dénombrait 0, 76 cas de tuberculose pour 1 000, alors qu'on en relevait 9, 4 cas pour 1 000 parmi la population délinquante.

En ce qui concerne la syphilis (année 1969), pour l'ensemble de la population parisienne, son taux de morbidité atteignait 3, 29 pour 10 000 ; il s'élevait à 40 pour 10 000 à la maison d'arrêt de la Santé. D'autre part, 1, 25 % des entrants étaient porteurs d'une urétrite gonococcique.

Enfin, le dépistage psychiatrique nous semble à plusieurs titres indispensable et capital. Son rôle est triple : médico-psychiatrique, social et juridique.

Parmi les prévenus, 80 % des sujets nécessitent une assistance de type hygiène mentale, au sens le plus large du terme ; 12 % sont classés comme éthyliques présumés dangereux et signalés à l'autorité sanitaire (loi du 15 avril 1954) ; 3 % sont des comitiaux ; 13 % sont atteints de troubles mentaux sévères.

Au total, 37, 4 % des entrants nécessitent un traitement médico-psychiatrique dès l'incarcération.

Tout l'intérêt de ces examens systématiques est de permettre d'orienter au mieux les détenus. A cette fin, sur l'ensemble du territoire, l'Administration pénitentiaire met à la disposition des médecins des prisons un large éventail d'établissements à vocation sanitaire.

L'importance déjà relevée des taux de morbidité montre l'absolue nécessité des examens systématiques que la médecine sociale préventive doit imposer au délinquant. Cette frange de la population doit être prise en considération au même titre que tout autre. « La société doit assurer à tous ses membres les meilleurs soins. L'égalité devant la souffrance et la maladie est l'objet final de toute médecine sociale. »

(Professeur Robert Debré.)

Bibliographie

M. BALTHAZARD, *Précis de médecine légale*.

M. BARTHOD, *La tuberculose en prison*, thèse, Paris, 1965

M. BEDAT, *Dix ans d'activité à l'annexe psychiatrique de la maison d'arrêt de Lyon*, thèse, Lyon, 1954.

M. J BERLAND, *L'exercice médical dans les pénitenciers*, thèse, Paris, 1960.

M. BERTAUD, *Ulcères en prison*, thèse, Paris.

J. BRETON : « La pathologie mentale des détenus », *Perspectives psychiatriques*, n° 12, 1965.

M. COLIN, J.-J. GILLON et M. MEGARD : « La médecine en geôle », *Le concours médical*, p. 4691 à 4700, 1970.

G. FULLY : « Problèmes posés par les alcooliques en prison », *Revue pénitentiaire et de droit pénal*, 1966.

G. FULLY : *Travaux du XVI° Cours international de criminologie*, Abidjan, 1966

G. FULLY : « La observacion, la classificacion, la orientacion de los condenados, *Revista de Estudios Penitenciarios*, Madrid, 1968, p. 503 à 522.

G. FULLY : « La médecine pénitentiaire », *Gazette médicale de France*, t. LXXVI, n° 10, 1969, p. 1985 à 1992.

G FULLY : « L'organisation des services cliniques en milieu pénitentiaires », *Rapport au XIV° Cours international de criminologie*, Masson et c^ie^, Paris, 1965, p. 404 à 412.

G. FULLY : « Équipement clinique et criminologie pénitentiaire », *Rapport au V° Congrès français de criminologie*, Tours, 1964.

G FULLY, P -E. HIVERT et S. SCHAUB : « Suicides en milieu carcéral : études sur 183 cas constatés en France depuis 1955 », *Annales de médecine légale*, 1965, p. 108 à 115.

G FULLY : « Médecine pénitentiaire et criminologie », *Annales internationales de criminologie*, 1966, p. 9 à 16.

P. GOIX, *De quelques incidences de l'incarcération sur la pathologie*, thèse médecine, Paris, 1958.

V. GRUN, *La simulation médicale en milieu pénitentiaire*, thèse, Paris, 1958.

P.-E. HIVERT et J. GARRABE : « Le rôle du psychiatre en criminologie », *Perspectives psychiatriques*, n° 12, 1965.

P.-E. HIVERT et S. SCHAUB : « Dépistage à l'entrée en prison, premier temps du traitement criminologique », *Annales de médecine légale*, t. XLVI, n° 5, 1966.

J HOCHMAN, *La relation clinique en milieu pénitentiaire*, thèse, Lyon, 1963.

J. HOCHMAN, M. COLIN, G. FULLY et D. GONIN : « La consommation médicale en milieu pénitentiaire », *Annales de médecine légale*, 1964, t. XLIV, p. 12 à 16.

P. JACQUETT et S. HERVÉ : « L'examen psychologique du détenu », *Perspectives psychiatriques*, n° 12, 1965.

M. G. LAURANT, *La médecine préventive en France*.

J. LEAUTE, *Les Prisons*, Presses universitaires de France.

H. LE CORNO, *Rapport général sur l'exercice de l'Administration pénitentiaire*, 1967, 1968, 1969.

G. MARTIN-BONYER et Y. GAIGNOUX : « Épidémiologie des maladies vénériennes en France, de 1964 à 1967 », *Bulletin de I. N. S. E. R. M.*, t. XXIII, 1968.

M. MEGARD : « La médecine pénitentiaire », *Revue d'hygiène et médecine sociale*, t. XVII, n° 7, 1969.

M. MEUVRET, *La tuberculose dans les prisons*, thèse, Paris, 1908.

R. MORICE, *Rapport général sur l'exercice de l'Administration pénitentiaire*, 1966.

A. PAPELARD, *Histoire de la médecine pénitentiaire*, thèse, Paris, 1968.

M. PIEDELIÈVRE, *Précis de médecine légale*.

S. SCHAUB : « Nécessité d'un dépistage d'hygiène mentale », *Perspectives psychiatriques*, n° 12, 1965.

R. SCHMELCK et G. PICCA, *La pénologie et droit pénitentiaire*, Cujas, 1966.

M. SCHERRER, *Le pneumothorax en prison*, 1949.

C. VESSE, *Vagotonie sélective selon Bünge*, thèse, Paris, 1969.

M. VITTET, *Contribution à l'étude des examens systématiques en médecine du travail*, thèse, Paris, 1964.

J. VOULET : « Suicides et tentatives de suicides dans les établissements pénitentiaires », *Revue pénitentiaire et de droit pénal*, 1952, p. 641 et 650.

VU et PERMIS d'IMPRIMER.
Le Recteur de l'Académie de Paris,
ROBERT MALLET.

VU.
Le Doyen
de la Faculté de Médecine
de Créteil,
M. RAPIN.

VU.
Le Président de Thèse,