

**UNIVERSITE DE LYON**

**UNIVERSITE LYON 2**

INSTITUT D'ETUDES POLITIQUES DE LYON

**DYNAMIQUE PROFESSIONNELLE ET  
TRANSFORMATIONS DE L'ACTION PUBLIQUE**

*REFORMER L'ORGANISATION DES SOINS DANS LES  
PRISONS FRANCAISES : LES TENTATIVES DE  
SPECIALISATION DE LA « MEDECINE PENITENTIAIRE »  
(1970-1994)*

Thèse présentée pour l'obtention du doctorat de Science Politique

**Eric FARGES**

Henri BERGERON	Chargé de recherches CNRS, CSO	Rapporteur externe
Jean-Charles FROMENT	Professeur, UPMF Grenoble	Examineur
Renaud PAYRE	Professeur, I.E.P de Lyon	Examineur
Patrice PINELL	Directeur de recherches à l'INSERM	Rapporteur externe
Gilles POLLET	Professeur, I.E.P de Lyon	Directeur de thèse

**JUIN 2013**



*« Il y a peu de recherches en France sur les prisons. Il y en a très peu. Et celles qui existent ont à mon avis un défaut, c'est d'être trop... Ce ne sont pas des recherches un peu neutres, qui essayent de comprendre le fonctionnement... Ce sont des recherches très engagées, qui partent de postures a priori. A partir de là, la prison est un outil de confirmation d'un certain nombre d'hypothèses.*

*Et puis voilà quoi ! Au lieu de considérer la prison comme une institution sociale existante comme d'autres... Alors qu'on peut se dire : "Pourquoi ça fonctionne comme ça ?", au lieu de se demander si c'est blanc ou noir, bien ou mal... »<sup>1</sup>.*

---

1 Philippe Pottier, éducateur pénitentiaire depuis 1975, secrétaire général du Syndicat des éducateurs pénitentiaires (SNEPAP) de 1978 à 1988 et fondateur de la Coordination syndicale pénale (COSYPE). Adjoint au sous-directeur de l'Administration pénitentiaire lors de l'entretien réalisé le 27/12/2007.



## REMERCIEMENTS

Je remercie tous ceux, qui de tant de manières, ont contribué à la réalisation de ce travail :

L'Ecole doctorale 383 de « Sciences sociales » pour m'avoir attribué une allocation de recherche sans laquelle ce travail n'aurait jamais été possible.

Mon directeur de thèse, Gilles Pollet, qui a suivi mes premières recherches depuis mon DEA en 2002 jusqu'à ce jour.

Henri Bergeron qui m'a toujours consacré plus de temps que je ne lui demandais.

Renaud Payre pour ses nombreux conseils avisés.

Et tous les enseignants de qualité qui ont émaillé mon parcours en science politique : Christophe Bouillaud, Jean-Louis Marie, Cécile Robert et Rachel Vaneuville.

Mais aussi bien sûr toutes les personnes qui m'ont accordé un ou plusieurs entretiens sans lesquelles rien n'aurait été possible. Je leur suis très reconnaissant.

Les institutions qui m'ont ouvert leurs portes : la Direction de l'Administration Pénitentiaire, et en particulier ses documentalistes, la Direction Générale de la Santé, l'Inspection Générale des Affaires Sociales, Fabrice d'Almeida et Marie-France Pathé de l'Institut d'Histoire du Temps Présent, l'Institut National de l'Audiovisuel, *Le quotidien du médecin* et enfin le service des archives de *Libération*.

Marie-Anne pour ses encouragements et sa maman pour sa relecture.

Mélika pour son soutien durant ma période rouennaise.

Enfin, je remercie par avance tous ceux qui liront ce travail et m'apporteront leurs remarques ou qui se le réapproprient afin de l'enrichir et de le faire vivre afin qu'il puisse être ainsi utile aux chercheurs, aux professionnels et aux citoyens s'intéressant à ces questions.



*A Linda, pour sa présence.*

*A ma grand-mère, pour ses encouragements.*

*A ma mère, pour son amour.*





# TABLE DES MATIERES

<b>TABLE DES ACRONYMES .....</b>	<b>16</b>
----------------------------------	-----------

<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>19</b>
--------------------------	-----------

LA DISPARITION DE LA « MEDECINE PENITENTIAIRE » : UNE VICTOIRE DE LA SANTE PUBLIQUE ? .....	19
Les leçons de l'échec italien dans l'analyse de la réforme française : que sont devenus les « médecins pénitentiaires »? .....	24
Une distinction lexicale révélatrice : la « médecine pénitentiaire » en tant que groupe professionnel spécifique.....	26
PRESENTATION DES HYPOTHESES : LA LOI DU 18 JANVIER 1994 COMME « REFORME PENITENTIAIRE » .....	28
Première hypothèse : la loi du 18 janvier 1994 comme issue de la lutte entre « segments professionnels » médicaux antagonistes et acte de décès de la « médecine pénitentiaire ».....	29
Seconde hypothèse : la loi du 18 janvier 1994 comme réforme majeure dans la politique de « décloisonnement » de l'institution carcérale menée par des magistrats-militants .....	31
PERSPECTIVES THEORIQUES : UNE ANALYSE SOCIOHISTORIQUE D'UNE DYNAMIQUE DE SPECIALISATION MEDICALE .....	33
Un pas de côté à l'égard de la sociologie carcérale dominée par la question du sens des réformes et la permanence de l'« institution totale » goffmanienne.....	34
La conception foucauldienne de la réforme pénitentiaire comme instrument de gouvernement : apports et limites .....	38
L'opposition entre segments de médecins pénitentiaires dans la défense de leur autonomie professionnelle.....	42
La spécialisation de la médecine pénitentiaire, au croisement d'une dynamique médicale et des politiques carcérales .....	46
Une spécialisation médicale sous contrainte : le rôle de l'espace public et du scandale dans la définition de la médecine pénitentiaire en tant qu'activité stigmatisante.....	49
Une démarche de sociologie historique de l'action publique .....	51
DELIMITATION SPATIO-TEMPORELLE DU SUJET .....	53
LES SOURCES DE L'ENQUETE.....	56
L'étude des politiques carcérales comme point de départ .....	57
Les limites des entretiens avec le personnel sanitaire.....	58
Une littérature médicale éparse mais précieuse .....	61
Les promesses déçues des archives de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS).....	63
Un recours décisif aux archives des directions ministérielles.....	64
Un recours ponctuel aux archives privées .....	65
L'utilité d'un croisement de l'entretien et de l'archive en matière d'analyse de la décision .....	66
LES CONFIGURATIONS DE REFORME DE L'ORGANISATION DES SOINS EN PRISON.....	67

<b>PREMIERE PARTIE .....</b>	<b>73</b>
------------------------------	-----------

<b>LA « MEDECINE PENITENTIAIRE » : LES TENTATIVES DE SPECIALISATION D'UNE ACTIVITE STIGMATISANTE .....</b>	<b>73</b>
--	-----------

INTRODUCTION DE LA PREMIERE PARTIE .....	75
<i>CHAPITRE 1. LES « ANNEES 68 » : CONTESTATION ET POLITISATION DU SYSTEME PENITENTIAIRE     ET DE SA MEDECINE (1970-1973)</i> .....	83
Section 1- La prison comme nouvel objet de luttes politiques : le « scandale des prisons » .....	87
1. De la revendication du régime politique à la dénonciation du régime des prisons : la politisation de l'institution carcérale.....	88
2. Prisons et journalisme : les conditions de détention désormais au centre des regards .....	91
Section 2 - La médecine pénitentiaire en accusation .....	98

1. La dénonciation par les militants de la cause carcérale de la prise en charge médicale des détenus .....	98
2. Des « épidémies » de suicides ? Entre accusés et témoins, les médecins de prison en première ligne de l'actualité.....	103
Section 3 - Les médecins face à l'Administration pénitentiaire : loyauté, apathie, protestation et défection .....	111
1. De la remise en cause de la psychiatrie asilaire à la dénonciation de la psychiatrie pénitentiaire : l'émergence d'un regard critique sur la tutelle administrative .....	117
2. La contestation des internes de la tutelle pénitentiaire, effet de la politisation des étudiants de médecine après Mai 68 .....	123
<b>CHAPITRE 2. UN NOUVEL IDEAL CARCERAL ET L'EMERGENCE DE L'IDEE DE</b>	
<b>« DECLOISONNEMENT » .....</b>	<b>145</b>
Section 1 - Vers une nouvelle considération de la détention : la progressive reconnaissance du détenu comme sujet de droit.....	149
1. La « petite phrase de Giscard » et l'idée de « droits » des détenus.....	150
2. De la revendication du droit à la mobilisation des professionnels de la prison : l'émergence d'un nouveau militantisme carcéral.....	159
3. La reconnaissance d'un «droit à la santé» et le rattachement des détenus à la Sécurité sociale...	168
Section 2 - Le « décloisonnement » des services de santé pénitentiaires : la perte d'un monopole carcéral ?.....	179
1. Le « décloisonnement », entre revendication professionnelle et politique publique : la polysémie d'un concept.....	180
2. La défense d'une médecine pénitentiaire spécifique et l'échec du projet de « décloisonnement total » de l'organisation des soins .....	187
3. La contestation de la psychiatrie pénitentiaire et son intégration au dispositif de santé mentale : la réforme de 1977 .....	194
<b>CHAPITRE 3. TENTATIVES ET LIMITES DE SPECIALISATION D'UNE ACTIVITE MEDICALE</b>	
<b>CONTROVERSE .....</b>	<b>213</b>
Section 1 - La spécialisation de la médecine pénitentiaire comme réhabilitation d'un secteur d'action publique peu attractif.....	216
1. Le travail interne de délimitation d'une nouvelle spécialité médicale : la mise en évidence d'une « pathologie carcérale » .....	219
2. L'inscription de la médecine pénitentiaire au sein du secteur médical français : l'adoption d'une éthique et d'une appellation spécifiques .....	232
Section 2 – Une entreprise de spécialisation entravée : la non-institutionnalisation de la médecine pénitentiaire .....	246
1. Les exigences contradictoires du métier de médecin pénitentiaire entre Thémis et Asclépios : une identité professionnelle contrariée.....	247
2. Une spécialisation sous contraintes : la politisation de la critique de la médecine pénitentiaire et de son Inspecteur .....	267
CONCLUSION DE LA PREMIERE PARTIE.....	283

## **SECONDE PARTIE.....293**

### **LA REMISE EN CAUSE D'UNE MEDECINE SPECIFIQUE : UNE RECONFIGURATION COGNITIVE .....293**

INTRODUCTION DE LA SECONDE PARTIE.....	295
--	-----

<b>CHAPITRE 4. LES «FENETRES D'OPPORTUNITE» DE REFORME DE LA MEDECINE PENITENTIAIRE</b>	<b>301</b>
Section 1 - L'alternance de mai 1981 : les conditions d'une transformation de l'action pénitentiaire ...	303
1. La gauche face aux prisons : le poids des contraintes carcérales et le renouvellement des hommes .....	304
2. L'influence d'une « communauté épistémique réformatrice » sur la politique carcérale : la Coordination syndicale pénale (COSYPE) .....	315
Section 2. Les «scandales» comme «fenêtres d'opportunité» de réforme de la médecine pénitentiaire.	328

1. L'éviction de Solange Troisier et la suppression de l'Inspection médicale interne : la politisation d'une réforme structurelle .....	329
2. Du « lanceur d'alerte » à l'« affaire » : les logiques de « scandalisation » .....	341
<b>CHAPITRE 5. LES SPECIFICITES CARCERALES A L'EPREUVE DU « DECLOISONNEMENT » .....</b>	<b>351</b>
Section 1- L'organisation sanitaire en prison sous le contrôle des services de la Santé .....	358
1. L'Inspection générale des affaires sociales, entre légitimation et réforme de la médecine pénitentiaire.....	359
2. Surveiller et conseiller : l'organisation des soins en prison sous le regard des médecins inspecteurs de santé publique.....	369
Section 2 - La délégation de la santé au secteur privé : la fin d'un monopole pénitentiaire .....	385
1. Le « Programme 13.000 » et la délégation de gestion à des groupements privés : une forme de décloisonnement ?.....	387
2. La « boîte noire » de la médecine pénitentiaire à l'épreuve de la rationalisation de l'organisation des soins .....	393
<b>CHAPITRE 6. LE SIDA, «REFORMATEUR» DE LA POLITIQUE DE SANTE EN PRISON ?.....</b>	<b>414</b>
Section 1 - Mobilisation administrative et naissance d'une politique publique de prise en charge du sida en prison .....	416
1. Le travail de mise en visibilité de l'épidémie : les « lanceurs d'alertes » face à la « politique discrète » de l'Administration pénitentiaire .....	417
2. L'intervention des CISIH en milieu carcéral : une ouverture de la prison vers l'Hôpital ou de la Santé envers les prisons ?.....	431
Section 2 - Une nouvelle conception des soins en prison ? L'affirmation d'une médecine non-pénitentiaire .....	444
1. De la démission à la mobilisation collective : l'émergence d'une association des professionnels de santé exerçant en milieu carcéral .....	447
2. L'arrivée de médecins-chefs réformateurs : une même médecine entre le dedans et le dehors ? .....	457
<b>CONCLUSION DE LA DEUXIEME PARTIE.....</b>	<b>471</b>
<b>PROLOGUE A LA CONCLUSION : LA REFORME DE 1994 COMME SUCCES D'UNE</b>	
<b>MOBILISATION DE MAGISTRATS-MILITANTS ET DE PRATICIENS REFORMATEURS.....</b>	<b>477</b>
Trouver une alternative au « 13.000 » : des premières conventions à une réforme globale de la prise en charge sanitaire des détenus.....	478
La mise sur agenda, un phénomène immergé dans le secteur administratif .....	482
Le nécessaire recours à la volonté politique via les cabinets ministériels .....	484
Le rapport Chodorge du Haut comité de la santé publique : les conditions de production d'une expertise légitimante .....	486
L'adoption de la réforme : du décret du 27 mars 1993 et la loi du 18 janvier 1994 .....	488
La catégorisation de la prise en charge des détenus en tant que problème de santé publique et le rôle du scandale des collectes de sang contaminé en prison .....	489
La réforme de la médecine pénitentiaire comme convergence des variables politiques, professionnelles, cognitives et institutionnelles .....	494
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>499</b>
La mise en œuvre de la loi du 18 janvier 1994 : une délimitation trop stricte des missions de soin et de garde ? .....	500
Le projet d'une « médecine pénitentiaire » au croisement d'une double dynamique médicale et carcérale .....	509
L'institution pénitentiaire et ses réformes au prisme de ses acteurs .....	511
Un contrôle indépendant des conditions de détention comme étape supplémentaire dans le décloisonnement l'institution carcérale .....	514
<b>SOURCES ECRITES .....</b>	<b>519</b>
<b>1. ARCHIVES DES MINISTRES JUSTICE ET SANTE .....</b>	<b>519</b>
➤ Archives internes non versées de l'Administration pénitentiaire consultées après autorisation des services (sous-direction PMJ de la DAP) : .....	519
➤ Archives non versées de la Direction générale de la santé (DGS) et consultées au ministère de la Santé après autorisation des services : .....	520

➤ Archives en cours de versement consultées au ministère de la Santé après dérogation : .....	521
➤ Archives du Centre des archives contemporaines (CAC) de Fontainebleau consultées sur dérogation : .....	522
2. INSTITUT NATIONAL DE L'AUDIOVISUEL (INA).....	530
3. ARCHIVES ETIENNE BLOCH DEPOSEES A L'INSTITUT D'HISTOIRE DU TEMPS PRESENT (IHTP) .....	530
4. ARCHIVES DU SYNDICAT NATIONAL DES EDUCATEURS PENITENTIAIRES (SNEPAP).....	531
5. PRESSE D'INFORMATION GENERALISTE ET MEDICALE PAR ORRDRE CHRONOLOGIQUE .....	531
6. SOURCES IMPRIMEES (CLASSEMENT PAR SUJET) .....	539
Politique pénitentiaire, actualité des prisons : .....	539
A. Textes officiels et rapports .....	539
Santé et médecine en prison : .....	543
A. Textes officiels et rapports .....	543
Psychiatries hospitalière et pénitentiaire : .....	549
Autres (médecine légale, sida, etc.) .....	551

## **SOURCES ORALES..... 553**

1. ENTRETIENS AVEC DES SOIGNANTS.....	553
A. Médecins somatiques (généralistes et spécialistes) .....	555
B. Psychiatres et psychologues.....	557
C. Infirmier(e)s.....	557
D. Pharmacie .....	558
2. ENTRETIENS AVEC DES DECIDEURS .....	559
A. Administration pénitentiaire .....	559
B. Ministère de la Santé.....	560
C. Haut comité à la santé publique (HCSP).....	560
D. Cabinets ministériels.....	560
3. PROTAGONISTES DES PRISONS A GESTION MIXTE.....	562

## **BIBLIOGRAPHIE ..... 563**

1. SOCIOLOGIE, THEORIE POLITIQUE ET POLITIQUES PUBLIQUES.....	563
2. HISTOIRE ET SOCIOLOGIE DE LA PRISON.....	565
3. SOCIOLOGIE DE LA SANTE ET DES PROFESSIONS MEDICALES.....	568
4. SOCIOLOGIE DE LA JUSTICE .....	569
5. AUTRES .....	569

## **ANNEXES ..... 571**

ANNEXE 1 : PRESENTATION DE L'ADMINISTRATION PENITENTIAIRE .....	572
1. Services de l'administration centrale.....	572
2. Services déconcentrés pénitentiaires .....	573
ANNEXE 2 : CHRONOLOGIE DE 1945 à 1994 .....	574
ANNEXE 3 : EVOLUTION DU NOMBRE DE MEDECINS EN MILIEU PENITENTIAIRE .....	585
ANNEXE 4 : THESES DE MEDECINE SOMATIQUE CONSACREES AU MILIEU CARCERAL DEPUIS LA LIBERATION .....	586
ANNEXE 5 : LA CREATION DU POSTE DE MEDECIN-INSPECTEUR DES PRISONS DANS LE CONTEXTE DE LA GUERRE D'ALGERIE .....	589
ANNEXE 6 : LA DEFENSE PAR GEORGES FULLY DE L'AUTONOMIE DES MEDECINS PENITENTIAIRES EN MATIERE DE GREVES DE LA FAIM.....	593

ANNEXE 7 : LA CREATION DES CMPR EN 1967 : UN DEBUT DE RECONNAISSANCE DE LA PSYCHIATRIE PENITENTIAIRE .....	595
ANNEXE 8 : LE DISCREDIT COMME REPERTOIRE D'ACTION D'UN DIRECTEUR A L'ENCONTRE D'UN PRATICIEN RECALCITRANT .....	598
ANNEXE 9 : « LE FROID PENITENTIAIRE » : LE NECESSAIRE TEMOIGNAGE D'UNE PSYCHOLOGUE CONFRONTEE A L'INERTIE PENITENTIAIRE .....	600
ANNEXE 10 : LES MOUVEMENTS DE REMISE EN CAUSE DE LA PSYCHIATRIE INSTITUTIONNELLE DEPUIS LA LIBERATION.....	603
ANNEXE 11 : LES EFFETS DE MAI 68 SUR LES ETUDIANTS DE MEDECINE FRANÇAIS .....	606
ANNEXE 12 : LA REFORME AMOR DE 1945 ET LE MODELE DU « TOUT-CARCERAL » .....	609
ANNEXE 13 : LE MOUVEMENT DE CONTESTATION DU DROIT DES « ANNEES 68 » FACE AUX PRISONS ET LA JUDICIARISATION DE LA DETENTION.....	611
ANNEXE 14: L'« AFFAIRE MIRVAL » OU LA CONTESTATION D'UN INTERNE MILITANT.....	614
ANNEXE 15 : L'INFLUENCE INDIRECTE DE MAI 68 SUR DEUX INTERNES PENITENTIAIRES.....	616
ANNEXE 16 : LES CRAINTES DE LA PENITENTIAIRE FACE A UN REGARD MEDICAL EXTERIEUR : LES PREMIERES INFIRMIERES CROIX-ROUGE EN DETENTION.....	619
ANNEXE 17 : LES HOSPITALISATIONS CIVILES : CAUSE ET OBSTACLE AU « DECLOISONNEMENT TOTAL » DE LA MEDECINE PENITENTIAIRE .....	622
ANNEXE 18 : LE REGARD DESENCHANTE D'UN INTERNE EN PSYCHIATRIE SUR L'UTILITE DE SA PRESENCE EN MILIEU CARCERAL .....	624
ANNEXE 19 : L'OBSTACLE RECURRENT DE LA REMUNERATION DANS LE PROJET DE LA CREATION D'UN CORPS DES SOIGNANTS PENITENTIAIRES .....	626
ANNEXE 20 : ASCLEPIOS AU SERVICE DE THEMIS OU LA POSITION CONTROVERSEE DE SOLANGE TROISIER EN MATIERE DE GREVES DE LA FAIM.....	629
ANNEXE 21 : ENTRE OPPORTUNISME ET ADHESION IDEOLOGIQUE, LA JUSTIFICATION DE LA MEDECINE PENITENTIAIRE PAR UN INTERNE.....	633
ANNEXE 22 : DE LA CURIOSITE A LA REVOLTE, PARCOURS D'UN INTERNE LYONNAIS .....	635
ANNEXE 23 : LA STRATEGIE DENONCIATRICE DE LIBERATION : LE CAS « MICHEL HENGE » .....	638
ANNEXE 24 : ENTRE CRITIQUE RADICALE ET REFORME PRAGMATIQUE, LE SYNDICAT DE LA MAGISTRATURE FACE A LA QUESTION PENITENTIAIRE .....	640
ANNEXE 25 : LA POLITIQUE SECURITAIRE D'ALAIN PEYREFITTE ET LA MULTIPLICATION DES PRESSIONS ENVERS LES PROFESSIONNELS PENITENTIAIRES.....	644
ANNEXE 26 : LE « SCANDALE DES GRACES MEDICALES »: LE RECIT DES FAITS.....	647
ANNEXE 27: L'ANESTHESISTE ET LE CHIRURGIEN : LA PRISE EN COMPTE PAR L'IGAS DES CONTRAINTES PENITENTIAIRES.....	650
ANNEXE 28 : ENTRE SURMENAGE ET LASSITUDE, PORTRAITS DE TROIS INFIRMIERES PENITENTIAIRES EXERÇANT DANS LES ANNEES QUATRE-VINGT.....	654
ANNEXE 29 : LES EFFETS LIMITES DES CONTRÔLES DE L'IGAS : L'EXEMPLE DE LA M.A DE PONTOISE.....	658
ANNEXE 30 : LES EFFETS PERVERS D'UNE MODERNISATION ET D'UNE NOUVELLE REGULATION DE LA MEDECINE PENITENTIAIRE : LE DIFFICILE RECRUTEMENT DES CHIRURGIENS-DENTISTES .....	661
ANNEXE 31 : LA CREATION DES SERVICES MEDICO-PSYCHOLOGIQUES REGIONAUX (SMPR) EN 1986, ACTE DE DECES DE LA « PSYCHIATRIE PENITENTIAIRE » .....	663
ANNEXE 32 : LA CRISE DE LA MEDECINE LEGALE : UNE DIFFICILE INTEGRATION HOSPITALO-UNIVERSITAIRE ET SA NECESSAIRE RECONVERSION.....	667

<i>ANNEXE 33 : LES SOIGNANTS ET LE SIDA EN PRISON : ENTRE GESTION DES PEURS ET PRISE EN CHARGE IMPOSSIBLE.....</i>	<i>670</i>
<i>ANNEXE 34 : LE TRAITEMENT MEDIATIQUE DU SIDA : DE LA PSYCHOSE A LA DEDRAMATISATION .....</i>	<i>674</i>
<i>ANNEXE 35 : LE SCANDALE DES COLLECTES DE SANG EN MILIEU CARCERAL COMME REVELATEUR DES FAIBLESSES DE L'ORGANISATION DES SOINS EN PRISON.....</i>	<i>676</i>
<i>ANNEXE 36 : ENTRETIEN AVEC DANIEL GONIN.....</i>	<i>679</i>
<i>ANNEXE 37 : ENTRETIEN AVEC PIERRE ESPINOZA .....</i>	<i>699</i>
<i>ANNEXE 38 : ENTRETIEN AVEC JEAN FAVARD.....</i>	<i>713</i>
<i>ANNEXE 39 : ENTRETIEN AVEC YVAN ZAKINE .....</i>	<i>721</i>
<i>ANNEXE 40 : ENTRETIEN AVEC MYRIAM EZRATTY.....</i>	<i>729</i>
<b>INDEX .....</b>	<b>737</b>
<b>TABLE DES ENCADRES.....</b>	<b>745</b>



# TABLE DES ACRONYMES

ADDD : Association de défense des droits des détenus  
APM : Association professionnelle des magistrats  
APSP : Association des personnels soignant des prisonniers  
CAP : Commission d'application des peines  
C.A.P : Comité d'action des prisonniers  
CHU : Centre hospitalier universitaire  
CHS : Centre hospitalier spécialisé  
CISIH : Centre d'information et de soin de l'immunodéficience humaine  
CISMP : Conseil international des services médicaux dans les prisons  
CMPR : Centre médico-psychologique régional  
CD : Centre de détention  
CPP : Code de procédure pénale  
COSYPE : Coordination syndicale pénale  
CRF : Croix-Rouge française  
DAP : Direction/Directeur de l'administration pénitentiaire  
DH : Direction des hôpitaux  
DDASS : Direction départementale des affaires sanitaires et sociales  
DRASS : Direction régionale des affaires sanitaires et sociales  
DGS : Direction générale de la santé  
DRSP : Direction/Directeur régional des services pénitentiaires  
DSS : Direction de la Sécurité sociale  
ENAP : Ecole nationale d'administration pénitentiaire  
ES : Education surveillée  
GIP : Groupe d'information sur les prisons  
GMP : Groupe multiprofessionnel des prisons  
GMQP : Groupe multiprofessionnel pour les questions pénitentiaires  
IGAS : Inspection générale des affaires sociales  
IGSJ : Inspection générale des services judiciaires  
JAP : Juge d'application des peines  
LF : Le Figaro  
LM : Le Monde  
M.A : Maison d'arrêt  
MAJ : Mouvement d'action judiciaire  
MC : Maisons centrale



MISP : Médecin-inspecteur de santé publique

PHB : Prison hôpital des Baumettes

QDM : Le Quotidien du médecin

QHS : Quartier de haute sécurité

QSR : Quartier à sécurité renforcée

RPDP : Revue pénitentiaire et de droit pénal

RSCDP : Revue de sciences criminelles et de droit pénal comparé

SAF : Syndicat des avocats de France

SM : Syndicat de la magistrature

SMPR : Service médico-psychologique régional

SNEPAP : Syndicat national des éducateurs et des personnels de l'administration pénitentiaire

SPH : Syndicat des psychiatres des hôpitaux

UCSA : Unité de consultation et de soins ambulatoires



# INTRODUCTION

## **LA DISPARITION DE LA « MEDECINE PENITENTIAIRE » : UNE VICTOIRE DE LA SANTE PUBLIQUE ?**

Robert Badinter : « *La santé des détenus est un problème constant qui a fait des progrès considérables. Nous sommes arrivés avec des difficultés inouïes à mettre fin à ce que l'on a appelé "la médecine pénitentiaire", qui était une médecine de sous-hommes* »<sup>1</sup>.

C'est par ces mots que Robert Badinter décrivit devant la Commission d'enquête sur les prisons françaises la réforme de l'ancienne organisation des soins en prison à laquelle est consacrée cette thèse. L'article 2 de la loi n°94-43 du 18 janvier 1994, relative à la santé publique et à la protection sociale, transfère en effet la prise en charge sanitaire des détenus, qui relevait auparavant de l'Administration pénitentiaire, au ministère de la Santé<sup>2</sup>. Concrètement, et selon les termes de la circulaire du 8 décembre 1994, chaque prison réalise un protocole avec un établissement public hospitalier qui s'engage à créer au sein de celle-ci une Unité de consultation et de soins ambulatoires (UCSA). La nouveauté est avant tout financière et statutaire. L'ensemble du personnel médical et paramédical intervenant en prison, auparavant vacataire ou contractuel du ministère de la Justice, est désormais doté du statut hospitalier. L'objectif proclamé par les pouvoirs publics est ainsi avant tout de séparer

---

<sup>1</sup> Cité dans ASSEMBLEE NATIONALE, *La France face à ses prisons*, Paris, Rapport de la commission d'enquête de l'Assemblée Nationale, Rapport n°2521, 2000.

<sup>2</sup> « Le service public hospitalier assure, dans des conditions fixées par voie réglementaire, les examens de diagnostic et les soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire et, si nécessaire, en milieu hospitalier. Il concourt, dans les mêmes conditions, aux actions de prévention et d'éducation pour la santé organisées dans les établissements pénitentiaires ». Article L. 6112-1 du Code de la Santé publique.

de façon distincte les missions de soin et de surveillance qui étaient exercés par l'Administration pénitentiaire<sup>1</sup>.

La loi du 18 janvier 1994 fut présentée comme un « tournant » tant en raison de ses principes que du fait des profondes transformations qu'a permis sa mise en œuvre. La première modification notable fut, comme l'observe un rapport d'évaluation réalisé conjointement par l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et l'Inspection générale des services judiciaires (IGSJ), un « véritable changement d'échelle » dans l'organisation des soins rendu possible par la forte augmentation des crédits alloués au dispositif sanitaire en prison<sup>2</sup>. Tandis qu'en 1993, l'Administration pénitentiaire dépensait 79 millions de francs pour rémunérer les personnels médicaux et paramédicaux, la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) met en place en 1994 une enveloppe de 393 millions pour financer l'intégralité de la prise en charge somatique et psychiatrique. Depuis, des augmentations régulières ont permis à ce budget santé d'atteindre 87,5 millions d'euros en 1997 et 134,5 millions d'euros en 2002<sup>3</sup>.

Cette nouvelle dotation budgétaire s'est traduite par de nombreuses créations de postes, comme il a été permis de le constater au cours de la recherche de DEA consacrée à la mise en œuvre de cette réforme dans les prisons de Lyon<sup>4</sup>. « Le service de médecine pénitentiaire va devenir en 2004 le plus gros service des hospices civils de Lyon avec plus de quatre-vingts agents », se félicitait alors le responsable du service de prise en charge des détenus de l'hôpital Lyon Sud<sup>5</sup>. Les anciennes infirmeries pénitentiaires exiguës et parfois insalubres ont été rénovées et agrandies. Là aussi, l'UCSA de Lyon permet de prendre acte de ce changement d'échelle, si l'on en croit un Praticien hospitalier arrivé à la Maison d'arrêt (M.A) de Saint-Joseph au moment de la réforme : « Je pense vraiment qu'au niveau des moyens ça a été un énorme progrès [...] On a des locaux qui ont été refaits. Les locaux ont changé. On a

---

<sup>1</sup> Afin d'éviter des répétitions, le terme « Administration pénitentiaire » sera parfois remplacé par l'acronyme DAP (Direction de l'administration pénitentiaire) ou par le terme « Administration ».

<sup>2</sup> FATOME Thomas, VERNEREY Michel, LALANDE Françoise, FROMENT Blandine, VALDES-BOULOUQUE Martine, *L'organisation des soins aux détenus. Rapport d'évaluation*, Rapport Inspection générale des services judiciaires - Inspection générale des affaires sociales, juin 2001, p. 28.

<sup>3</sup> GUERIN Geneviève, « Le dispositif de prise en charge », *Actualité et dossier en santé publique*, n°44, 09/2003.

<sup>4</sup> A l'issue d'un stage d'un an dans une communauté italienne pour toxicomanes effectué dans le cadre de la dernière année d'étude de l'IEP de Grenoble, nous avons réalisé un rapport de stage consacré à la prise en charge des toxicomanes en France et en Italie. C'est dans ces conditions qu'on s'est intéressé à la réforme du 18 janvier 1994, présentée comme une « petite révolution » et au dispositif similaire adopté en Italie en 1998. La recherche réalisée dans le cadre du DEA de « Politiques publiques et gouvernements comparés » de l'IEP de Lyon consistait en une comparaison des réformes française et italienne à partir des établissements de Lyon et de Rome. Elle reposait sur une trentaine d'entretiens réalisés auprès des personnels médicaux et pénitentiaires (*La gouvernance de l'ingérable. Quelle politique de santé publique en milieu carcéral ? Analyse du dispositif soignant des prisons de Lyon et perspectives italiennes*, mémoire de DEA, sous la direction de Gilles Pollet, IEP de Lyon- Université Lyon 2, 2003).

<sup>5</sup> Pierre Barlet, médecin aux M.A de Lyon depuis 1966 puis responsable du service des détenus de l'hôpital Lyon Sud depuis 1985. Entretiens réalisés le 18/04/2003 et le 30/04/2008. Durées: 2H15 et 2H00.

tout le matériel de l'hôpital, on dispose de la pharmacie des hôpitaux »<sup>1</sup>. Un recours accru aux hospitalisations extérieures ou la mise en place de procédures qualité hospitalières auraient enfin permis, selon l'IGAS et l'IGSJ, de réaliser « d'indéniables progrès » dans la prise en charge somatique.

La nouvelle organisation des soins présente, certes, des lacunes relevées au cours du DEA. La difficile acceptation par l'institution hospitalière de cette mission à qui elle a été imposée fut à l'origine de fortes disparités géographiques<sup>2</sup>. « Il ne faut pas vous baser sur l'exemple lyonnais [...] Il y a des chefs de services qui sont responsables de l'unité fonctionnelle à laquelle est rattachée l'UCSA qui ne connaissent pas l'UCSA et qui n'ont jamais mis les pieds dans la prison », s'exclamait la responsable de l'action sanitaire de la région pénitentiaire lyonnaise<sup>3</sup>. Depuis 2003, les conditions de prise en charge sanitaire des détenus semblent s'être même dégradées. Le dispositif de soins psychiatriques serait par exemple incapable de répondre à l'importante demande de soin en santé mentale<sup>4</sup>.

Mais surtout, depuis quelques années, plusieurs institutions ont pointé du doigt certaines carences du système mis en place en 1994. Dans un rapport très critique sur l'état des prisons françaises, le Sénat considérait que demeuraient entiers les problèmes de la permanence des soins, faute de médecins la nuit, du rôle d'interface joué par le personnel de surveillance ou encore des difficultés à effectuer des transferts entre la prison et l'hôpital<sup>5</sup>. En décembre 2003, l'Académie de médecine notait que « les personnels médicaux et paramédicaux sont particulièrement insuffisants pour répondre aux besoins et pour certains d'entre eux insuffisamment formés à leur fonction très particulière »<sup>6</sup>. Calculés en fonction de la population détenue théorique, les personnels mis à la disposition des UCSA seraient en effet depuis quelques années largement sous-évalués au regard des besoins liés à la forte surpopulation carcérale<sup>7</sup>.

Même les observateurs les plus critiques s'accordent néanmoins à reconnaître l'absence de commune mesure entre le dispositif actuel et celui alors en place avant la réforme. « Grâce au rattachement de chaque centre de détention à un hôpital public, la loi de 1994 a permis

---

<sup>1</sup> Francis, médecin à l'UCSA de la M.A des prisons de Lyon depuis 1995. Entretien réalisé le 02/02/2003, 1H15.

<sup>2</sup> Une enquête de la Direction des hôpitaux réalisée en 1997 relevait d'importantes disparités selon les régions en terme d'effectifs mis à disposition des UCSA : de 1 à 5 pour la présence de médecins généralistes et pour les chirurgiens dentistes mais surtout de 1 à 30 pour les médecins spécialistes (Cité in FATOME Thomas, et alii, *L'organisation des soins aux détenus*, op.cit., p.40).

<sup>3</sup> Louise, responsable du bureau d'action sanitaire de la DRSP Rhône-Alpes. Entretien le 22/04/2003, 2H20.

<sup>4</sup> « Les prisons débordées par l'afflux de malades mentaux », *Le Monde*, 17/04/2002.

<sup>5</sup> SENAT, *Prisons : une humiliation pour la République. Rapport de la mission d'enquête sur les conditions de détention dans les établissements pénitentiaires en France*, 2 volumes, 2000.

<sup>6</sup> ACADEMIE DE MEDECINE, *Situation pathologiques pouvant relever d'une suspension de peine, pour raison médicale suite à l'article 70-1 du code civil de procédure pénale*, Rapport au ministère de la Santé, de la Famille et des personnes handicapées, 2003.

<sup>7</sup> « Dix ans après la loi sur la santé pénitentiaire, le bilan demeure modeste », *Le Monde*, 8/12/2004.

d'enterrer une médecine pénitentiaire anachronique [...] La "vraie" médecine peut alors faire son entrée en détention », note un article de presse pourtant très critique sur la prise en charge sanitaire des détenus<sup>1</sup>. « La réforme de 1994 [...] a considérablement amélioré la prise en charge médicale des détenus », note l'Observatoire international des prisons (OIP), toutefois réputé pour sa virulence, dans son rapport annuel pour l'année 2005<sup>2</sup>.

Qualifiée de « révolution sanitaire »<sup>3</sup>, la réforme de l'organisation des soins en prison fut présentée par ses partisans comme la réponse nécessaire et logique à la situation dramatique à laquelle était confronté, au début des années quatre-vingt-dix, le ministère de la Justice. Guy Nicolas, alors vice-président du Haut comité de la santé publique (HCSP) qui exerça un rôle important dans la réforme, en rappelle le contexte : « La santé de la population carcérale est un vrai sujet de santé publique et, en 1992, le système avait atteint les limites de ses possibilités, l'administration pénitentiaire ne pouvant plus faire face, tant sur le plan organisationnel et financier, au développement des pathologies nouvelles »<sup>4</sup>. C'est parce que la santé des détenus est un « enjeu de santé publique »<sup>5</sup> que la réforme de 1994 peut être considérée selon Olivier Obrecht, devenu médecin-chef de Fleury-Mérogis après la réforme, comme une « évidence conceptuelle »<sup>6</sup>. Les seuls impératifs sanitaires viendraient expliquer la réforme. C'est d'une façon similaire que le responsable du service de prise en charge des détenus de l'hôpital Lyon Sud nous présentait la loi du 18 janvier 1994 :

*« On se trouvait confronté à des besoins sanitaires considérables liés au fait, d'une part, à ce que ces personnes, pour la plupart d'entre elles, étaient depuis leur naissance dans une grande négligence des soins, souvent dans des conduites de risque, et, d'autre part, que l'institution elle-même est pathogène. Donc nous avons dit qu'il s'agissait plutôt d'une mission de santé publique et qu'elle était peu compatible avec la dépendance à l'administration pénitentiaire »<sup>7</sup>.*

On avait défendu dans le DEA cette présentation de la réforme en tant que victoire de la santé publique. La réorganisation du dispositif soignant constituerait la nécessaire réponse à la situation d'urgence qu'ont traversée les prisons françaises à partir de la moitié des années quatre-vingt, en raison d'une fragilisation de la population carcérale, soudainement amplifiée par l'épidémie de sida. « Une réelle inquiétude devant la montée des besoins sanitaires en prison, en raison de l'augmentation du nombre de personnes incarcérées infectées par le VIH

---

<sup>1</sup> « Santé en prison : la peine de mort lente », *Politix*, 1/07/2004.

<sup>2</sup> OIP, *Les conditions de détention en France*, Rapport annuel 2005, OIP/La découverte, 2005.

<sup>3</sup> Propos tenus par exemple par le Pr William Dab, alors Directeur général de la santé, à l'occasion d'un congrès consacré au bilan de la loi du 18 janvier 1994 auquel nous avons assisté (« Colloque santé en prison. 10 ans après la loi : quelle évolution dans la prise en charge des personnes détenues », Paris, 7/12/2004).

<sup>4</sup> NICOLAS Guy, « La santé en milieu carcéral : dix ans après la réforme », *Actualité et dossier en santé publique*, n°44, 09/2003, p.1.

<sup>5</sup> Titre d'un dossier spécial de *La Revue française des affaires sociales*, n°1, janvier-mars, 51<sup>ème</sup> année, 1997.

<sup>6</sup> OBRECHT Olivier, « La réforme des soins en milieu pénitentiaire de 1994 : l'esprit et les pratiques », dans VEIL Claude, LHUILIER Dominique, *La prison en changement*, Paris, Erès, 2000, p.231.

<sup>7</sup> Pierre Barlet, médecin aux prisons de Lyon depuis 1966 puis responsable du service de prise en charge des détenus de l'hôpital Lyon Sud depuis 1985. Entretiens réalisés le 18/04/2003 et le 30/04/2008, durée : 2H15.

et/ ou toxicomanes, a amené le ministère de la Justice à mettre en place une politique de "décloisonnement" permettant aux services de la Santé d'assurer des compétences grandissantes en milieu pénitentiaire », souligne un membre du HCSP<sup>1</sup>.

Toute historicité n'est certes pas absente dans la présentation que livrent les principaux acteurs de la loi du 18 janvier 1994. Cette histoire n'échappe cependant pas à un biais téléologique<sup>2</sup>. La mise en récit d'une chronologie invariante<sup>3</sup> et d'un ensemble de références bibliographiques considérées comme incontournables<sup>4</sup> viendrait rappeler que la « la réforme des soins en milieu pénitentiaire, dont l'aboutissement est constitué par la loi du 18 janvier 1994, est le fruit d'une longue maturation, parallèle à la prise de conscience progressive de la société face aux conditions carcérales »<sup>5</sup>. Cette manière de présenter la réforme à partir des seules exigences sanitaires contribue à mythifier cette réforme en la revêtant d'un certain « nécessitarisme ». Elle aboutit également à gommer le rôle des acteurs et les éventuelles luttes et mobilisations ayant rendu possible la loi de 1994.

Que l'ancienne organisation des soins ait connu une profonde crise à la fin des années quatre-vingt et ne fut pas en mesure de répondre aux besoins sanitaires croissants de la population carcérale ne suffit cependant pas à rendre compte de son transfert auprès du ministère de la Santé. D'autres options étaient alors possibles, telle qu'une augmentation du budget consacré par l'Administration pénitentiaire à la prise en charge médicale ou un support accru du ministère de la Santé sans qu'un transfert de tutelle ait lieu, comme ce fut le cas dans d'autres pays. Mais surtout cette situation d'urgence sanitaire ne suffit pas à rendre compte de la bonne mise en œuvre de cette réforme. C'était l'une des principales conclusions issue de l'approche

---

<sup>1</sup> GUERIN Geneviève, « Contexte et genèse d'une réforme », *Actualité et dossier en santé publique*, n°44, 09/2003, pp.18-20.

<sup>2</sup> On tient généralement les philosophies kantienne et hégélienne comme les idéaux types d'une conception téléologique de l'Histoire, selon laquelle l'Histoire avancerait inexorablement vers un but déjà connu, les faits et surtout les acteurs n'étant que des épiphénomènes. C'est contre une telle vision déterministe de l'histoire de la réforme de la santé en prison que s'inscrit ce travail.

<sup>3</sup> On peut en rappeler ici les principales étapes. Un décret en 1984 transfère l'inspection des services médicaux à l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS). En 1985, l'hôpital de Fresnes est transformé en établissement d'hospitalisation publique nationale de Fresnes et son personnel médical est mis sous l'autorité du ministère de la Santé. Les personnels du secteur psychiatrique sont transférés au secteur public hospitalier en 1986 avec la création des Services médicaux psychologiques régionaux (SMPR). Enfin, il est d'usage de se référer au rôle d'accélérateur que le sida a joué dans la réforme de la médecine pénitentiaire avec en 1989, la signature de conventions entre huit établissements pénitentiaires et des établissements hospitaliers afin que des dépistages anonymes et gratuits du sida soient proposés aux détenus. Ces conventions marquèrent les premières interventions de praticiens hospitaliers en milieu carcéral et l'amorce de la loi du 18 janvier 1994.

<sup>4</sup> On pense ici à la publication de certains ouvrages ou rapports publics au début des années quatre-vingt-dix (GONIN Daniel, *La santé incarcérée. Médecine et conditions de vie en détention*, Paris, L'Archipel, 1991 ; CONSEIL NATIONAL DU SIDA, *Rapport sur les situations médicales sans absolue confidentialité dans l'univers pénitentiaire*, 12 janvier 1993 ; HAUT COMITE DE LA SANTE PUBLIQUE, *Santé en milieu carcéral*, ENSP, coll. « Avis et Rapports du HCSP », janvier 1993) et qui sont présentés par la partisans de la réforme comme autant de « bonnes raisons » venant légitimer le transfert de la gestion des soins auprès du ministère de la Santé.

<sup>5</sup> OBRECHT Olivier, « Des progrès pour la santé en prison », *Projet* n°269, juin 2002, pp.110-117..

comparative adoptée en DEA<sup>1</sup>. L'échec de la réforme italienne, principalement lié à l'opposition d'un corps de « *medici penitenziari* », permet d'interroger les conditions de réussite de la loi du 18 janvier 1994. L'exemple italien amène ainsi à s'interroger sur le rôle qu'ont exercé les « médecins pénitentiaires » dans la réforme française.

*Les leçons de l'échec italien dans l'analyse de la réforme française : que sont devenus les « médecins pénitentiaires » ?*

Le transfert, au moins partiel, de la prise en charge médicale des détenus du ministère de Santé au ministère de la Justice n'est pas un fait spécifique à la France puisqu'on peut observer une évolution similaire dans plusieurs pays de l'Union européenne. L'Italie a adopté une réforme dite de *Riordino della medicina penitenziaria* (Réorganisation de la médecine pénitentiaire) par la loi n°419 de 1998 qui prévoit que soit transférée, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2000, au *Servizio sanitario nazionale* la mission de soin remplie jusqu'alors par l'*Amministrazione penitenziaria*<sup>2</sup>. En Angleterre et au Pays de Galles, le *Prison medical service*, relevant du ministère de la Justice, a connu une réorganisation en 1990, devenant le *Health care service for prisoners*<sup>3</sup>. Des rapports ont cependant préconisé au cours des années quatre-vingt-dix une participation du service public de santé et un transfert progressif a lieu depuis 2003<sup>4</sup>. Les *Primary care trusts*, responsables de l'organisation des soins au niveau local dans toute l'Angleterre, sont chargés de cette mission en prison, même si subsistent quelques *Medical officers* dépendant de l'Administration pénitentiaire. En Suisse, les Instituts de médecine légale, qui dépendent du ministère de la Santé, sont chargés de l'organisation des soins qui peuvent être prodigués par des médecins privés contractuels ou des médecins fonctionnaires effectuant une partie de leur tâche en milieu carcéral<sup>5</sup>.

Cette relative convergence entre plusieurs pays confrontés, de manière plus ou moins accentuée, à une aggravation des problèmes de santé en prison nous avait convaincu, dans un premier temps, de l'explication tendant à justifier la réforme par les seules raisons sanitaires. Pourtant confrontés à des difficultés semblables, certains pays ont maintenu une tutelle pénitentiaire, choisissant de mieux doter financièrement le ministère de la Justice. La réorganisation de la prise en charge des détenus a, par exemple, fait l'objet d'un débat en Belgique qui s'est conclu par un refus de transférer cette mission vers le système sanitaire

---

<sup>1</sup> Outre l'analyse des prisons de Lyon, comme exemple de mise en œuvre de la loi du 18 janvier 1994, le travail de DEA analysait la réforme italienne de la médecine pénitentiaire à travers l'exemple des prisons de Rome.

<sup>2</sup> SARZOTTI Claudio, « L'assistenza sanitaria: cronaca di una riforma mai nata », dans ANASTASIA Stefano, GONNELLA Patrizio (dir.), *Inchiesta sulle carceri italiane*, Carocci, Roma, 2002, pp.109.

<sup>3</sup> BIENVENU Noémie, *Le médecin en milieu carcéral : étude comparative France / Angleterre et Pays de Galles*, L'Harmattan, coll. Bibliothèque de droit, Paris, 2006, p.16.

<sup>4</sup> HAYTON Paul, BOYINGTON John, « prisons and health reforms in england and wales », *American journal of public health*, 10-2006, vol 96, n°10, pp.1730-1733.

<sup>5</sup> BERNHEIM Jean, « Ethique en milieu pénitentiaire », *Médecine et hygiène*, 49, 2/10/1991, pp.2494-2501.



national<sup>1</sup>. En Espagne et au Portugal la prise en charge sanitaire des détenus relève toujours de la seule responsabilité du ministère de la Justice<sup>2</sup>.

En outre, l'analyse comparée des réformes française et italienne a permis d'établir, au-delà des similitudes, un lien entre le contexte dans lequel ont été adoptées ces dispositions et les conditions de leur mise en œuvre. Tandis que la loi du 18 janvier 1994 n'a pas rencontré de difficultés majeures et fut même saluée pour la rapidité avec laquelle elle fut appliquée étant donné l'ampleur du changement<sup>3</sup>, la réforme italienne semble avoir abouti, en revanche, à un échec. Elle se situait en effet, au moment de notre DEA, dans un état d'immobilisme presque total. Un seul des décrets d'application avait alors été publié. Le budget qui devait selon l'article 5 de la L.419/98 être confié au *ministero della Sanità* n'avait pas été transféré et demeurait sous le contrôle de l'*Amministrazione penitenziaria*.

Plusieurs différences expliquaient cet échec. La remise en cause de l'organisation des soins en prison n'a pas, en Italie, été l'objet d'une médiatisation aussi forte qu'en France, où éclata peu de temps avant la réforme le scandale des collectes de sang contaminé en milieu carcéral. Le système de santé italien à qui fut confiée cette mission ne dispose pas, en outre, d'une légitimité aussi forte que le système hospitalier français. Enfin, troisième facteur explicatif, la réorganisation des soins ne réalisait pas un consensus parmi les « *medici penitenziari* » italiens. Leur syndicat était même très défavorable à cette réforme susceptible de désorganiser la cogestion que ces derniers avaient pu établir avec l'*Amministrazione penitenziaria*.

La mobilisation des « médecins pénitentiaires » italiens contre leur transfert auprès du ministère de la Santé contrastait avec le cas français. Tous les praticiens rencontrés au cours du DEA présentaient une adhésion totale aux principes énoncés au moment de la réforme : les détenus devaient pouvoir bénéficier d'une prise en charge identique à celle dont bénéficie tout citoyen et le rattachement au ministère de la Santé apparaissait pour eux dès lors « naturel ». Tous ces médecins, sauf un devenu grâce à la réforme chef de service hospitalier, étaient cependant intervenus en milieu carcéral après 1994 et aucun n'avait connu l'ancien système. Tous étaient d'ailleurs critiques à son égard. Une analyse de la presse généraliste et spécialisée permettait d'observer le même unanimisme. Plusieurs médecins, travaillant depuis plus ou moins longtemps en milieu carcéral, avaient en effet plaidé en faveur de cette réforme

---

<sup>1</sup> FERON Jean-Marc, « La santé en prison : Santé publique ou ministère de la Justice ? », *Santé conjugée*, octobre 2002, n°22, pp.95-96.

<sup>2</sup> TCHERIATCHOUKINE Jean, *Rapport relatif à la prise en charge sanitaire des détenus des pays du sud-Ouest de l'Europe : France, Espagne, Portugal*, rapport de l'IGAS, décembre 1993 ; MINISTÈRE DE LA JUSTICE, Service des affaires européennes et internationales, *Etudes sur les prisons en Europe : les droits des détenus et la viabilité du système pénitentiaire : le cas de l'Espagne*, Juriscope, 13/06/2007.

<sup>3</sup> Début 1996, tous les établissements pénitentiaires avaient signé un protocole avec un hôpital de proximité.

au début des années quatre-vingt-dix<sup>1</sup>. Mais surtout, aucune voix discordante n'avait émergé au sein de l'espace public pour s'opposer à cette loi. Cette absence d'opposition était-elle réelle ou le fruit d'un manque de visibilité ?

L'échec de la réforme italienne nous amena ainsi à nous interroger sur l'existence en France d'un groupe professionnel de « médecins pénitentiaires » dont il ne fut jamais question après la réforme. Qu'étaient devenus ces médecins exerçant avant 1994 ? Pourquoi ne les a-t-on pas entendus au sein de l'espace public durant la réforme ? N'étaient-ils pas en mesure de s'opposer à ce transfert auprès du ministère de la Santé, tels leurs confrères italiens, ou au contraire étaient-ils favorables à la loi du 18 janvier 1994 ? Ces questions prenaient tout leur sens au vu de la critique unanime de l'appellation de « médecine pénitentiaire » faite par les partisans de la réforme.

### *Une distinction lexicale révélatrice : la « médecine pénitentiaire » en tant que groupe professionnel spécifique*

On a été frappé au cours du DEA par la distinction maintes fois répétées entre la « médecine pénitentiaire », censée caractériser l'ancien dispositif de prise en charge des détenus, et la « médecine en milieu pénitentiaire » que consacre la loi du 18 janvier 1994. Tous les acteurs, aussi bien politiques, qu'administratifs ou médicaux, font depuis la réforme un usage très dépréciatif de l'expression de « médecine pénitentiaire ». Les rapports administratifs publiés depuis 1994 évitent délibérément toute référence à ce terme relégué à un passé stigmatisant. « Cette indépendance des logiques sanitaire, judiciaire et pénitentiaire que la loi de 1994 a appelé de ses vœux répondait à un ensemble de critiques formulées à l'encontre de la médecine pénitentiaire », remarque le rapport de l'IGAS-IGSJ qui évoque les « compromissions », les « soupçons » ou encore « la méfiance » visant la « médecine pénitentiaire », aujourd'hui « supprimée »<sup>2</sup>. Les entretiens réalisés durant la thèse avec des médecins et infirmières ayant travaillé avant 1994 ont confirmé l'hypothèse d'un usage du langage comme révélateur d'un positionnement à l'égard du passé.

Interrogés quant à la signification de cette expression, tous les médecins ayant milité en faveur d'une réforme et ayant été transférés au ministère de la Santé sont enclins à se déclarer choqués par une appellation évoquant une tutelle administrative contre laquelle ils se sont mobilisés, tel ce médecin ayant été en conflit avec l'Administration et désormais satisfaite de travailler pour le ministère de la Santé : « Moi, je préfère "médecine en milieu pénitentiaire".

---

<sup>1</sup> C'est notamment le cas du Dr Gonin exerçant depuis les années soixante, et dont on a cité l'ouvrage à succès précédemment, ou les Dr Espinoza et Emmanuelli, arrivés au cours des années quatre-vingt, qui publièrent de nombreux articles en faveur d'un transfert auprès du ministère de la Santé.

<sup>2</sup> FATOME Thomas, et alii, *L'organisation des soins aux détenus*, op.cit., p.37.

C'est clair ! Parce que j'estime qu'on fait de la médecine comme ailleurs. Et puis je ne me sens pas faire partie de l'Administration pénitentiaire ! »<sup>1</sup>. La réaction de certains interviewés traduit l'ampleur de leur rejet d'une expression qui semble leur faire violence. Ainsi, au cours d'un entretien, un praticien ayant une longue expérience en prison et ayant participé à la réforme m'interrompt alors que je fais état d'une recherche sur l'« histoire de la médecine pénitentiaire » : « Ça n'existe pas la médecine pénitentiaire ! Parce que ça n'est pas une médecine spéciale... C'est une médecine pour détenus. Mais les lieux de rassemblement où il y a des gens qui sont dans le malheur, il y en a d'autres ! »<sup>2</sup>. Le changement sémantique marquerait ainsi une rupture avec le passé. Ce praticien arrivé peu de temps avant la réforme, se déclarant moins « à cheval » sur le choix des mots, témoigne à l'inverse d'une moindre volonté de rupture :

*« Y a des gens qui parlent encore aujourd'hui de "médecine pénitentiaire" mais c'est sans mauvaises intentions. Mais c'est vrai que pour vraiment rompre avec le passé, c'était de dire : "Voilà ! On est passé à autre chose !" [...] Ça me dérange moins maintenant car cette volonté de rupture, je l'ai moins aujourd'hui que quand la réforme s'est mise en place et qu'on voulait vraiment se positionner là-dessus... »<sup>3</sup>.*

A l'inverse, les interviewés défavorables à un transfert de compétence auprès du secteur hospitalier tendent à défendre cette appellation. Pour eux, outre un marqueur à l'égard du passé, l'expression de « médecine pénitentiaire » témoigne de la spécificité de l'exercice médical tel qu'il s'exerce en milieu carcéral. Une infirmière disposant d'une longue ancienneté dans l'Administration, nostalgique de la tutelle pénitentiaire, et travaillant aujourd'hui auprès du personnel de surveillance, déclare ainsi « que c'est une médecine spécifique. Vraiment ! On parle de médecine hospitalière, il y a la médecine pénitentiaire. Avec des maladies différentes »<sup>4</sup>. La défense de cette spécificité est souvent le fait de professionnels ayant été fortement remis en cause lors de la réforme qui a parfois mis fin à leur carrière, à l'image de cet interviewé ayant dû abandonner son poste de médecin-chef intérimaire d'un grand établissement, faute de disposer des titres hospitaliers requis :

*« Je pensais que la médecine pénitentiaire était quelque chose de très particulier qui devait garder son autonomie, sa... sa personnalité... Son originalité quoi ! Mettre ça à la médecine hospitalière, y a quelque chose qui me gêne ! La médecine pénitentiaire c'est quelque chose de particulier... qui s'adresse à des gens particuliers ! »<sup>5</sup>.*

Loin d'être anodin, l'usage ou le rejet de l'expression de « médecine pénitentiaire » renverrait à deux choses. Il traduirait en premier lieu une certaine conception des rapports entre la médecine et la Justice. Ceux qui refusent de se définir comme « médecin pénitentiaire » sont

<sup>1</sup> Françoise, généraliste à Bois d'Arcy de 1986 puis à Fleury-Mérogis depuis 1996. Entretien le 13/01/2006, 3 H.

<sup>2</sup> Hélène, interne puis généraliste à Fleury-Mérogis de 1983 à 2000. Entretien réalisé le 8/12/2005, 2H40.

<sup>3</sup> Guillaume, généraliste à l'hôpital de Fresnes de 1992 à 1995 puis à l'UCSA de Fleury de 95 à 2000. Entretiens réalisés le 16/03/2006 et le 20/04/2006. Durée : 1H45 et 2H.

<sup>4</sup> Lise, infirmière pénitentiaire à la prison des Baumettes de 1979 à 1997. Entretien réalisé le 23/02/2006, 3H00.

<sup>5</sup> Laurent, généraliste, médecin-adjoint aux Baumettes de 1990 à 1997. Entretien réalisé le 20/02/2006, 2H30.

ainsi plus prompts à critiquer les atteintes à l'autonomie médicale imposées au nom des contraintes pénitentiaires, par exemple en matière de secret médical. Le positionnement des praticiens révèle, en second lieu, la volonté de distinguer un type de pratique médicale qui, du fait de ses conditions d'exercice, serait irréductible à n'importe quelle autre médecine<sup>1</sup>. Ces deux dimensions apparaissent liées.

La « médecine pénitentiaire » traduirait ainsi la définition d'une identité professionnelle spécifique impliquant une articulation particulière des devoirs médicaux et judiciaires. Si certains interviewés se déclarèrent opposés à la réforme, c'est par ce que selon eux la médecine pénitentiaire est une médecine spécifique ne pouvant être exercée par des praticiens hospitaliers qui n'ont pas été formés à cela. En affirmant le « principe d'équivalence »<sup>2</sup> et en confiant cette tâche au service public hospitalier, la loi du 18 janvier 1994 aurait fait abstraction qu'il s'agit de soigner des personnes détenues et que cela suppose, selon certains praticiens, un exercice médical spécifique. L'opposition entre une médecine plus soucieuse des impératifs pénitentiaires et une autre se revendiquant exclusivement de la déontologie médicale faisant abstraction de la détention permet d'envisager la loi du 18 janvier 1994 en des termes nouveaux.

### ***PRESENTATION DES HYPOTHESES : LA LOI DU 18 JANVIER 1994 COMME « REFORME PENITENTIAIRE »***

Deux hypothèses, inextricablement liées, ont orienté le travail de recherche : en tant que suppression d'un groupe professionnel (les médecins pénitentiaires), la loi du 18 janvier 1994 peut tout d'abord être analysée comme l'issue d'une lutte entre segments professionnels médicaux antagonistes. Elle n'est cependant pas qu'une réforme médicale. Elle est d'autre part présentée comme une transformation majeure de l'institution carcérale et fut à ce titre portée par des magistrats militants hostiles également à une « médecine pénitentiaire ». C'est de la rencontre de ces deux groupes de réformateurs qu'est née la loi du 18 janvier 1994. Loin de se réduire à des enjeux strictement sanitaires ou budgétaires, la réforme de l'organisation

---

<sup>1</sup> Parmi les spécificités de la médecine pénitentiaire figurent les « pathologies carcérales » spécifiquement liées à la détention (grèves de la faim), la connaissance des procédures judiciaires et pénitentiaires ou encore l'attention portée aux risques de simulation. Toutes ces spécificités, justifiant selon certains que la médecine pénitentiaire soit reconnue comme une spécialité médicale à part entière, seront détaillées dans la thèse.

<sup>2</sup> Ce principe peut être résumé ainsi : « L'objectif de la loi est d'assurer aux personnes détenues une qualité et une continuité des soins équivalentes à celles offertes à la population générale. La loi a institué deux mesures complémentaires » (Circulaire interministérielle DHS/DGS/DSS/DGAS/DAP n°2005-27 relative à l'actualisation du guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues et à leur protection sociale).

des soins en prison apparaît ainsi comme une « réforme pénitentiaire » porteuse d'une nouvelle conception de l'institution carcérale et de sa médecine<sup>1</sup>.

*Première hypothèse : la loi du 18 janvier 1994 comme issue de la lutte entre « segments professionnels » médicaux antagonistes et acte de décès de la « médecine pénitentiaire »*

La nouvelle organisation des soins fut présentée comme la réforme d'une prise en charge médicale en « crise », incapable de répondre aux nouveaux besoins issus notamment de l'apparition du sida. En présentant le nouveau dispositif comme une réforme guidée par le seul impératif de « santé publique », les détracteurs de la « médecine pénitentiaire » ont contribué à reléguer au second plan des luttes professionnelles dont sont révélatrices les différences lexicales. La distinction entre une « médecine pénitentiaire » et une « médecine en milieu pénitentiaire » recouvre, comme on en fait l'hypothèse, l'existence de « segments professionnels » divergents<sup>2</sup>.

La réforme de l'organisation des soins ne constituerait ainsi pas seulement la réponse à un problème de santé publique, bien réel par ailleurs, mais une reconfiguration des rapports de force entre, d'une part, des médecins partisans d'une médecine spécifiquement pénitentiaire et, d'autre part, des praticiens désireux de défendre leur autonomie médicale.

L'un des enjeux de la thèse sera de rendre compte des logiques par le biais desquelles ont pu émerger ces différents segments et comment les rapports de force ont évolué entre ces derniers. Il s'agira d'expliquer, notamment, pourquoi les professionnels les plus hostiles à la réforme ont perdu progressivement la position dominante qu'ils occupaient dans le système de régulation professionnelle de l'activité médicale en prison au point d'être invisibles lors de la loi du 18 janvier 1994<sup>3</sup>. Il s'agit ainsi de comprendre comment une politique publique s'articule à une dynamique professionnelle, en l'occurrence de spécialisation médicale.

---

<sup>1</sup> Le terme de « réforme pénitentiaire » désigne la tentative, maintes fois répétée depuis le 19<sup>ème</sup> siècle, d'attribuer à l'incarcération, et ainsi à la peine, une certaine signification.

<sup>2</sup> Par le recours à la notion de « segment professionnel », on souhaite mettre l'accent sur les logiques de transformation des équilibres entre professionnels d'une même catégorie, à savoir ici les médecins pénitentiaires (BUCHER Rue, STRAUSS Anselm, « La dynamique des professions » dans STRAUSS Anselm, *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme*, Paris, L'Harmattan, coll. « Logiques sociales », 1992, pp.67-86).

<sup>3</sup> Bien que distinct dans ses conditions et ses modalités, c'est un phénomène semblable de reconfiguration d'un champ professionnel que décrit Henri Bergeron dans son étude du dispositif français de soin de la toxicomanie. Parmi les étapes de la structuration d'un segment professionnel divergent, il insiste notamment sur l'importance d'un paradigme concurrent autour duquel sont susceptibles de s'unir les dissidents au système dominant, rejoignant ainsi les analyses développées par T. Kuhn dans son étude épistémologique sur la structure des révolutions scientifiques (BERGERON Henri, *L'Etat et la toxicomanie. Histoire d'une singularité française*, PUF, coll. « Sociologies », Paris, 1999, p.273).

Le travail de terrain fit émerger un monde qui avait disparu avec la réforme de 1994, celui de la médecine pénitentiaire en tant que spécialité médicale. Apparue au cours des années soixante, la « médecine pénitentiaire » s'est, en effet, progressivement institutionnalisée dans le secteur médical sous la forme de congrès, de publications puis d'un enseignement universitaire. C'est ainsi qu'en 1977 fut érigé la première, et unique, chaire de médecine pénitentiaire, d'abord rattachée à la médecine légale puis autonome en 1980. Loi du 18 janvier 1994 qui met fin à cette appellation marque la disparition de cette discipline médicale en voie de reconnaissance. La réforme de 1994 est ainsi une étape importante dans la reconfiguration du rapport de force qui oppose les partisans de cette spécialité aux praticiens qui estiment que cette discipline implique une soumission de la médecine à la Justice et ainsi une atteinte à leur autonomie de soignant.

Si cette réforme engage au premier titre le corps médical, il ne faut cependant pas sous-estimer le rôle essentiel que les fonctionnaires du ministère de la Justice, et notamment de l'Administration pénitentiaire, ont exercé dans l'instauration d'un nouveau dispositif soignant dont les enjeux dépassent le domaine médical. Comment comprendre autrement, d'ailleurs, la virulence exprimée par certains magistrats rencontrés à l'égard de l'appellation de « médecine pénitentiaire » ? Lors d'une prise de contact téléphonique, un magistrat ayant participé à l'élaboration de la loi déclare accepter de me rencontrer à condition de ne plus jamais évoquer devant lui la « médecine pénitentiaire »<sup>1</sup>. « La médecine pénitentiaire c'est quelque chose d'obsène [...] C'est comme si on disait la médecine... Je sais pas... la médecine scolaire ! [Hésitation] Ça existe ? Ah oui ça existe... », s'exclame au cours d'un entretien un autre magistrat ayant contribué à la réforme<sup>2</sup>.

Ce « lapsus » au sujet de la médecine scolaire rappelle qu'une telle prise de position n'est pas fondée sur des considérations médicales. Le rejet de la « médecine pénitentiaire » traduit chez ces magistrats une prise de distance à l'égard d'une certaine histoire de la Justice. C'est ce que confirment les propos du Conseiller technique aux prisons de Robert Badinter qui lui aussi avait œuvré alors en faveur d'un service de santé pour détenus autonome de l'Administration pénitentiaire : « Quand on prononce ces mots, d'une certaine manière, on revient à l'autarcie d'avant »<sup>3</sup>. La loi du 18 janvier 1994 ne peut ainsi être réduite à un conflit entre médecins. Elle est porteuse d'une certaine conception de la prison et doit, à ce titre, être présentée comme une réforme carcérale.

---

<sup>1</sup> Jean-Paul Jean, magistrat, Conseiller technique du ministre de la Santé de mai 1988 à mai 1991 puis Conseiller technique des ministres de la Justice de mai 1991 à avril 1992. Entretien réalisé le 6/07/2005, 2H.

<sup>2</sup> Alain Blanc, responsable de la sous-direction de la réinsertion de 1985 à 1995. Entretien le 19/04/2007, 3H.

<sup>3</sup> Jean Favard, magistrat à la DAP de 1970 à 1975 puis Conseiller technique du ministre de la Justice de 1981 à 1986. Entretien réalisé le 10/01/2008, durée: 3H00.

*Seconde hypothèse : la loi du 18 janvier 1994 comme réforme majeure dans la politique de « décloisonnement » de l'institution carcérale menée par des magistrats-militants*

On décrit souvent la loi du 18 janvier 1994 comme la réforme statutaire de la médecine pénitentiaire<sup>1</sup>. Si cela est exact, cette présentation tend en revanche à minorer la seconde disposition de cette réforme qui assure à toute personne incarcérée le bénéfice de la protection sociale dont elle était jusque-là exclue<sup>2</sup>. Le transfert des détenus auprès du dispositif de droit commun fut justifié à partir du « principe d'équivalence » selon lequel les détenus bénéficieraient, mis à part leur perte de liberté, de droits équivalents à n'importe quel autre citoyen. Ce principe, promu aujourd'hui au plan international<sup>3</sup>, est présenté comme étant à l'origine de la loi italienne de réorganisation des soins en prison. L'article 1<sup>er</sup> du décret n°230 du 22 juin 1999 affirme ainsi le respect du principe d'équivalence entre la médecine « du dedans » et la médecine « du dehors » à travers un « droit égal » à la santé.

Ce principe d'équivalence dépasse largement la seule question sanitaire. Ainsi, la réorganisation des soins en prison ne peut être comprise que si elle est restituée dans le cadre plus global des transformations qui ont affectées la prison. La réforme de 1994 est d'ailleurs fréquemment citée comme l'un des meilleurs exemples du processus de « normalisation » ou de « décloisonnement » des prisons qui consisterait, comme le souligne Jean-Charles Froment, à ouvrir les établissements carcéraux à de nouveaux intervenants (instituteurs, associations, partenaires privés, etc.) mais surtout à promouvoir, sur un plan plus formel, l'idée de « droits » des détenus<sup>4</sup>. L'intervention de Praticiens hospitaliers mais surtout l'affiliation des détenus auprès de la Sécurité sociale, unanimement salués comme la reconnaissance d'un droit aux soins, voire à la santé, permettent ainsi d'analyser la loi du 18 janvier 1994 en tant que « réforme pénitentiaire », cette dénomination renvoyant à la tentative maintes fois répétée de modifier en profondeur les logiques de fonctionnement de l'institution carcérale<sup>5</sup>. Certains médecins partisans du nouveau dispositif, tel qu'Olivier Obrecht, voient

---

<sup>1</sup> L'expression de « médecine pénitentiaire » sera désormais utilisée, sans guillemets, pour se référer exclusivement à l'organisation des soins en prison telle qu'elle était en vigueur avant la loi du 18 janvier 1994.

<sup>2</sup> L'article 3 de la loi du 18 janvier 1994 vient modifier l'article L. 381-30 du Code de la sécurité sociale dans les termes suivants : « Les détenus sont affiliés obligatoirement aux assurances maladie et maternité du régime général à compter de la date de leur incarcération ».

<sup>3</sup> Ce principe fait l'objet d'une large promotion de la part des organisations internationales telles que l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) ou le Conseil de l'Europe au sujet de l'accès des détenus aux soins comme en attestent par exemple les actes d'une conférence internationale (OMS, *Prisons, drogues et société*, Strasbourg, Ed. du conseil de l'Europe, 2002, p.64).

<sup>4</sup> FROMENT Jean-Charles, « Introduction », *Revue française d'administration publique*, n°99, dossier « Administration et politiques pénitentiaires », 07/09-2002, pp.390-391.

<sup>5</sup> On pense par exemple à la réforme Amor, du nom de son principal auteur, réalisée en 1944 ou encore à la réforme de 1975. Pour une analyse de la réforme pénitentiaire, on peut se reporter au texte de SEYLIER Monique, « La banalisation pénitentiaire ou le vœu d'une réforme impossible », *Déviance et société*, vol. 4, n°2, 1980, pp. 131-147.

ainsi dans la réforme de 1994, la « Réforme » susceptible de transformer en profondeur les logiques de l'institution pénitentiaire<sup>1</sup>.

Considérer que la loi du 18 janvier 1994 est une réforme pénitentiaire implique de la réinscrire dans l'historicité des politiques carcérales. La « nominalisation » ou le « décroïsonnement » progressif des prisons, souvent illustré là aussi par un processus assez linéaire de reconnaissance de droits aux détenus<sup>2</sup>, amène à s'interroger sur la dimension cognitive de la politique carcérale. Quelles sont les croyances qui orientent la politique pénitentiaire ? Pourquoi plusieurs magistrats voient-ils dans la loi du 18 janvier 1994 l'aboutissement d'une politique de « décroïsonnement » et quelle signification attribuent-ils à ce terme ?<sup>3</sup>

On est ainsi amené à s'interroger sur le rôle des membres du ministère de la Justice dans l'adoption de cette réforme. Si on comprend aisément pourquoi certains médecins se mobilisèrent en faveur de leur rattachement au ministère de la Santé, il apparaît en revanche moins évident de comprendre pourquoi certains magistrats acquiescent à cette critique de la médecine pénitentiaire placée sous la tutelle du ministère de la Justice. D'où la formulation d'une seconde hypothèse.

Si la revendication des médecins favorables à un transfert de l'organisation des soins a abouti, c'est parce qu'elle s'inscrivait dans le cadre de la transformation de l'institution carcérale en faveur de laquelle militaient certains magistrats hauts placés. Arrivés au pouvoir au cours des années quatre-vingt, ces magistrats-militants, tous issus du Syndicat de la magistrature, ont vu dans la réforme de l'organisation des soins une réforme essentielle de l'institution carcérale. Les enjeux spécifiques au secteur de la médecine, entre les partisans et les détracteurs d'une médecine pénitentiaire, n'ont ainsi pu être intelligibles pour les décideurs du ministère de la Justice que parce qu'ils faisaient sens au regard de leur propre questionnement quant à la politique carcérale.

La loi du 18 janvier 1994 est ainsi née de la rencontre entre les partisans d'une médecine autonome de l'Administration pénitentiaire et les magistrats-militants du Syndicat de la magistrature œuvrant pour une nouvelle conception de l'institution carcérale.

---

<sup>1</sup> OBRECHT Olivier, « La réforme des soins en milieu pénitentiaire de 1994... », *art.cit.*, p.240.

<sup>2</sup> Citons le droit à l'information (marqué par l'entrée successive dans les prisons des journaux en 1971, de la radio en 1974 et de la télévision en 1985), le droit aux relations avec l'extérieur (liberté de correspondance, parloirs sans séparation en 1983), le droit au travail (qui cesse en 1987 d'être une obligation) ou encore, de manière contemporaine, le droit à maintenir des relations familiales et sexuelles.

<sup>3</sup> C'est ainsi qu'un ancien magistrat de la DAP rend compte de la réforme : BLANC Alain, « Santé en prison : la nécessaire poursuite du décroïsonnement », La documentation française, *Actualité et dossier en santé publique*, n°44, 09/2003 pp.46-47.



Souvent réduite à la seule logique sanitaire, la réforme de 1994 soulève par conséquent des questions relatives au secteur médical ou encore aux politiques carcérales dont on ne peut rendre compte qu'au terme d'un travail de déconstruction historique dont il s'agit de souligner l'approche théorique.

### ***PERSPECTIVES THEORIQUES : UNE ANALYSE SOCIOHISTORIQUE D'UNE DYNAMIQUE DE SPECIALISATION MEDICALE***

La loi du 18 janvier 1994 ne peut être comprise, comme on l'a vu, que si elle est réinscrite dans un temps plus long. La réforme de la médecine pénitentiaire à laquelle est consacrée cette thèse ne désigne ainsi pas tant le moment où la loi fut adoptée que la séquence historique ponctuée de réussites et d'échecs et dont cette dernière marque l'aboutissement. Cette approche socio-historique permet d'apporter un nouveau regard sur la catégorie sociologique de la « réforme ». Elle implique cependant un pas de côté à l'égard de la sociologie carcérale, davantage centrée sur les effets des réformes que sur leurs conditions de possibilité. Elle suppose également de ne pas rester prisonnier de l'approche foucaldienne des réformes pénitentiaires qui tend à reléguer au second plan les logiques professionnelles au profit de la logique institutionnelle.

Comprendre la réforme de l'organisation des soins en prison suppose en revanche de s'intéresser à la « médecine pénitentiaire » en tant que groupe professionnel. En effet, la loi du 18 janvier 1994 fut, comme on l'a souligné, la réforme d'une profession qui a désormais changé d'appellation. Elle marque ainsi l'échec d'une dynamique de spécialisation médicale. On ne peut comprendre cette mobilisation de praticiens afin d'ériger la médecine pénitentiaire en tant que nouvelle spécialité médicale sans recourir à la sociologie des professions. Pourtant, cette mobilisation est insuffisante. Cette tentative de spécialisation ne peut être comprise uniquement à partir des seuls médecins. C'est pourquoi elle doit être articulée à une analyse des politiques carcérales, certains magistrats ayant exercé un rôle important dans la reconnaissance mais surtout dans la contestation de cette nouvelle discipline médicale. L'étude de cette dynamique professionnelle suppose également de recourir à la notion d'espace public et aux différents scandales qui y sont survenus. La stigmatisation de la médecine pénitentiaire opérée par les militants de la cause carcérale et par certains journalistes depuis le début des années soixante-dix a rendu impossible toute identification durable à cette nouvelle discipline médicale. La loi du 18 janvier 1994 n'a fait que prendre acte de ce discrédit en légitimant le service de santé en prison par le recours au système public hospitalier. En opérant ce détour par le passé, ce travail de thèse propose ainsi de dresser la

sociogénèse de la réforme de l'organisation des soins en prison et s'inscrit ainsi pleinement dans le courant de sociohistoire de l'analyse des politiques publiques<sup>1</sup>.

*Un pas de côté à l'égard de la sociologie carcérale dominée par la question du sens des réformes et la permanence de l'« institution totale » goffmanienne*

Les évolutions que le régime pénitentiaire français a connues depuis les trente dernières années ont été à l'origine de recherches sociologiques axées sur la question du changement. La portée des réformes entreprises est ainsi fréquemment évaluée à l'aune de la notion d'institution totale (*total institution*) forgée par Erving Goffman qui marquerait l'archétype de la prison archaïque, close sur elle-même<sup>2</sup>. Soulignons le poids que *Asiles* a eu dans les approches sociologiques de la prison, notamment en France, qui restent dominées par la question du changement.

Face aux nombreuses transformations de la prison, la plupart de ces travaux adoptent la problématique suivante : la prison est-elle encore une institution totale, voire totalitaire ?<sup>3</sup> En réponse à cette question, beaucoup d'auteurs reconnaissent l'inadéquation croissante du concept goffmanien avec l'évolution des pratiques carcérales. C'est ainsi qu'un criminologue québécois, Guy Lemire, a pu conclure à une « détotalisation » de la prison, c'est-à-dire un effritement de la pertinence du concept tel qu'il avait été élaboré par Goffman pour rendre compte de la réalité carcérale<sup>4</sup>. Dans leur étude sur les surveillants de prison, Antoinette Chauvenet, Georges Benguigui et Françoise Orlic observent également un processus similaire : « La prison ne ressemble plus beaucoup à cet univers totalitaire que décrivaient les pionniers de la sociologie, comme D. Clemmer, E. Goffman, G. Skyes, etc., totalement replié sur lui-même »<sup>5</sup>. La loi du 18 janvier 1994 s'inscrirait dans ce processus de « détotalisation » ou de « décroïsonnement » de la prison dont l'arrivée de praticiens hospitaliers serait l'expression la plus manifeste.

Pourtant, en réponse à ces hymnes au changement, certains auteurs observent que malgré les profondes transformations qu'ont connues les prisons françaises, celles-ci n'en demeurent pas moins des institutions exerçant une emprise spécifique sur ceux qui y sont détenus, laissant au concept goffmanien toute sa pertinence. C'est le sens de l'interpellation de Corinne Rostaing

---

<sup>1</sup> Pour un bilan des travaux existants en la matière on renvoie à PAYRE Renaud, POLLET Gilles, *Sociohistoire de l'action publique*, Paris, La découverte-Repères, 2013, 126p.

<sup>2</sup> GOFFMAN Erving, *Asiles*, Paris, Les Editions de Minuit, 1968.

<sup>3</sup> C'est par exemple ce double questionnement qui oriente le travail de thèse de Bruno Milly consacré aux professions médicales et de l'enseignement en prison (MILLY Bruno, *Professions et prison. Soigner et enseigner en prison : un regard sociologique croisé sur le fonctionnement de la prison et sur les professions de la santé et de l'enseignement intervenant dans ce milieu*, thèse de sociologie, Université Lyon II, janvier 2000).

<sup>4</sup> LEMIRE Guy, *Anatomie de la prison*, Les Presses de l'université de Montréal, Economica, 1990, p.79.

<sup>5</sup> CHAUVENET Antoinette, ORLIC Françoise, BENGUIGUI Georges, *Le monde des surveillants de prison*, Paris, PUF, 1994, p.11.

lorsqu'elle écrit : « Toutefois, il ne faudrait pas confondre les formes d'ouverture de la prison avec la fin de l'institution totale [...] Elle a profondément évolué ces dernières années, s'ouvrant davantage au monde extérieur, accordant des droits aux détenus, mais elle continue pour une large part d'être une institution totale »<sup>1</sup>. Une réponse similaire est apportée par Philippe Combessie qui interroge cette « ouverture des prisons » et qui conclut, malgré les évolutions décrites, à la validité de la notion d'institution totale à partir d'une distinction entre transformation des pratiques et transformation de l'institution en elle-même : « Ces nouveaux intervenants apportent-ils un changement de la prison ? Sans doute pas. Des changements dans la prison, oui, peut-être, les changements de la prison, non »<sup>2</sup>. L'auteur remarque, enfin, que les logiques professionnelles, dont la démarche médicale, demeurent largement surdéterminées par les contraintes institutionnelles, rendant ainsi caduque toute prétention à transformer l'institution carcérale : « Ainsi, toutes les interactions, celles qui se passent au sein de la prison et celles qui se passent dans son environnement, sont orientées, marquées par le stigmate carcéral [...] Vraiment, pour parler des prisons, le concept d'institution totale n'est pas dépassé »<sup>3</sup>. Le constat que dressent de nombreux auteurs d'une permanence de l'institution totale revient à souligner l'immobilisme qui caractériserait la prison.

Cette préoccupation des sociologues de la prison pour la question du changement s'explique, selon nous, par les effets de l'ouvrage d'Erving Goffman qui a façonné durablement la problématique de la sociologie carcérale. Celle-ci a relégué au second plan l'origine des réformes au profit de leurs effets. Cette trop grande importance accordée selon nous à cette notion ne s'explique pas seulement par la pertinence et de la nouveauté des thèses d'*Asiles* mais également par le contexte de sa traduction et de son importation en France par Robert Castel. Rappelons les conditions dans lesquelles s'est opérée cette importation de l'œuvre de Goffman et les effets que celle-ci a eus sur la sociologie carcérale française.

Au milieu des années soixante, Robert Castel a le projet de développer une approche sociologique des maladies mentales. C'est au cours de ses recherches qu'il découvre alors Goffman presque totalement inconnu en France à cette époque, comme il l'écrira lui-même : « Je l'avais découvert par hasard. Mon projet était de commencer à travailler sur la psychiatrie, et, comme on fait dans ces cas-là, je m'étais mis à parcourir la littérature américaine, très abondante sur le sujet, mais que j'avais trouvée très décevante dans son inspiration psycho-sociologique qui épousait les finalités professionnelles des psychiatres. Goffman tranchait, parce qu'il opérait la "rupture épistémologique", comme on disait alors, en

---

<sup>1</sup> ROSTAING Corinne, *La relation carcérale. Identités et rapports sociaux dans les prisons de femmes*, Paris, PUF, coll. « Le lien social », 1997, pp.6-7.

<sup>2</sup> COMBESSIE Philippe, « Ouverture des prisons, jusqu'à quel point ? », dans Veil Claude, Lhuillier Dominique, *La prison en changement*, op.cit., pp.69-99.

<sup>3</sup> *Ibidem*, p.97.

permettant de mettre en parenthèses les finalités institutionnelles, officielles, et l'hégémonie du discours thérapeutique »<sup>1</sup>. Enthousiasmé, Castel propose alors *Asiles* à Pierre Bourdieu qui dirige la collection « Le sens commun » aux Editions de minuit et qui accepte de publier l'ouvrage dont Castel rédige la préface.

L'intérêt que porte Robert Castel à Goffman, s'explique alors moins par attrait pour sa sociologie interactionniste, dont il se démarquera à plusieurs reprises, que pour l'analyse des structures de domination sociale qui constituait une voie d'inspiration dans ses propres travaux sur l'institution psychiatrique. Par ce biais, il semble que Castel ait contribué à donner à *Asiles* une signification que l'œuvre n'avait pas initialement. Certes l'ouvrage de Goffman n'est pas dénué de perspectives critiques comme en témoigne la description des atteintes à la dignité que subissent les reclus ou encore les nombreuses références aux camps de concentration comme « idéal type » de l'institution totalitaire. Les motivations scientifiques semblent dans *Asylums* néanmoins largement prédominer sur les considérations politiques. En atteste la place marginale qu'occupe le concept d'institution totale dans l'ouvrage et surtout dans la carrière de Goffman puisque, comme l'a mis en évidence Robert Weil, celui-ci disparaîtra totalement des autres ouvrages du sociologue nord-américain<sup>2</sup>. Selon Isaac Joseph, l'institution totalitaire serait pour *Asylums* ce que la métaphore dramaturgique était au sein de *La présentation de soi*, c'est-à-dire un simple « échafaudage conceptuel »<sup>3</sup>.

Robert Castel semble accorder une importance beaucoup plus grande à ce concept, insistant ainsi davantage sur la portée politique de l'œuvre. On en tient pour preuve la très belle introduction que Castel rédigea à l'occasion de la publication d'*Asiles* qui souligne avant tout la place centrale du concept introduit par Goffman : « Cette ethnologie pointilliste, écrit Castel au sujet de la démarche de Goffman, suppose la référence totalisante à l'institution, dans la mesure où seule la connaissance des contraintes institutionnelles est susceptible de rendre intelligible cette poussière de comportements. *L'institution représente, de ce fait, l'unité réelle d'analyse* »<sup>4</sup>. Ainsi tandis que la *total institution* ne constitue pour Goffman qu'un point de départ de la réflexion qui s'efface très vite derrière les multiples adaptations dont font preuve les individus, le « pointillisme de l'observation » ne serait pour Castel

---

<sup>1</sup> CASTEL Robert, « Institutions totales et configurations ponctuelles » dans JOSEPH Isaac, CASTEL Robert *et al.*, *Le parler frais d'Erving Goffman*, Paris, Minuit, 1989. p.36.

<sup>2</sup> Pour Goffman, souligne Robert Weil, l'hôpital psychiatrique ou la prison ne sont que des « cas d'école » destinés à mettre en évidence « les conditions de stabilité du moi dans des conditions extrêmes », le concept de *total institution* n'ayant plus de raison d'être dans son analyse : « Le concept "d'institution totale" s'avère sans doute trop étroit, soit trop macro-sociologique pour comprendre les subtilités des territoires du moi » (WEIL Robert, « Les institutions totales dans l'œuvre de Goffman » dans AMOUROUS Charles, BLANC Alain (dir.), *Erving Goffman et les institutions totales*, Paris, L'Harmattan, Coll. « Logiques sociales », 2001, pp.25-41).

<sup>3</sup> JOSEPH Isaac, « Le reclus, le souci de soi et la folie de la place » dans AMOUROUS Charles, BLANC Alain (dir.), *Erving Goffman et les institutions totales*, op.cit., p.80.

<sup>4</sup> Souligné par nous (CASTEL Robert, « Présentation », in GOFFMAN Erving, *Asiles*, op.cit., p.10).

qu'une méthode permettant d'aboutir à la notion d'institution totalitaire. Il semble que la lecture que propose Castel diffère considérablement des intentions de Goffman. Ainsi tandis que l'institution totale est révélatrice pour l'auteur américain des traits sociologiques propres à la nature de toute interaction, elle révélerait selon Castel « *en dernière analyse une société de l'ordre* »<sup>1</sup>.

Cette « société de l'ordre » se rapporte moins, selon nous, à l'ordre de l'interaction auquel Goffman se référera par la suite qu'aux écrits de Michel Foucault. Il semblerait en effet que Castel ait apporté une lecture très foucaldienne d'*Asylums*. La mise en avant de la « rationalité de l'institution » qui aboutit à l'affirmation que « toute institution est totalitaire par vocation profonde »<sup>2</sup> fait en effet écho aux analyses développées dans l'*Histoire de la Folie*<sup>3</sup>. Robert Castel a par ailleurs largement eu recours aux deux auteurs dans ses différents ouvrages, les utilisant souvent dans un sens similaire, contribuant de fait à les rapprocher dans un même courant de critique, comme il l'appelle lui-même, du « contrôle social » : « Il est vrai que Goffman a été ma principale référence méthodologique, plus que Foucault sans doute, bien que tous les deux, il me semble, aillent dans le même sens d'une lecture critique de ce type d'institutions »<sup>4</sup>.

Le dernier indice de cette lecture politique de l'œuvre de Goffman est enfin la traduction du terme de « *total institution* » par « institution totalitaire ». La trajectoire même de ce terme est manifeste de la signification qui lui a été attribuée par Robert Castel, comme le souligne Philippe Combessie : « Cet adjectif renvoie à deux registres d'interprétation, l'un concerne la structure et la logique de fonctionnement de l'établissement, l'autre évoque l'univers politique. Cette amphibologie est d'abord reconnue et revendiquée par Robert Castel, qui intitule même le chapitre d'un ouvrage "le sauvetage de l'institution totalitaire" [...] Mais petit à petit, cette ambiguïté est les connotations qu'elle suscite gênent plusieurs sociologues qui sont amenés à utiliser les travaux de Goffman, comme le note Louis Pinto, et la traduction "institution totale" se développe. Ce terme a été définitivement consacré quand Robert Castel lui-même l'a employé »<sup>5</sup>. Aujourd'hui le terme « totalitaire » a quasiment disparu de la sociologie carcérale et il est même gommé des citations faites d'*Asiles* dans lesquelles il est remplacé par l'« institution totale », comme si la signification politique attribué par Robert Castel à ce terme ne voulait plus être assumé.

---

<sup>1</sup> Souligné par nous (*Ibidem*, p.31).

<sup>2</sup> *Ibidem*, p.34.

<sup>3</sup> FOUCAULT Michel, *Histoire de la folie à l'âge classique*, Paris, Gallimard, Tel, 1972.

<sup>4</sup> CASTEL Robert, « Institutions totales et configurations ponctuelles », *art.cit.*, p.36

<sup>5</sup> COMBESSIE Philippe, « Ouverture des prisons, jusqu'à quel point ? » dans VEIL Claude, LHUILIER Dominique, *La prison en changement*, op.cit., pp.69-99.

Si *Asiles* a contribué à nourrir une nouvelle représentation de la prison et des réformes, ce que poursuivra *Surveiller et punir*, c'est ainsi en partie du fait des conditions de sa traduction et de son importation en France<sup>1</sup>. C'est de cette approche dont les études sociologiques contemporaines de la prison sont le reflet. On a souhaité ici s'en détacher. En effet, l'un des biais de cette approche de l'institution carcérale est, selon nous, de gommer l'historicité des transformations étudiées (nouveaux intervenants, nouveaux droits, etc.) qui apparaît toujours secondaire. Dans ces travaux, les réformes sont rarement replacées dans leur contexte d'émergence sur un temps plus long que celui de l'actualité. Même lorsque leur historicité est évoquée, l'évolution des conditions de détention est décrite sur le mode d'un « processus »<sup>2</sup>, qui malgré des phases d'accélération ou de ralentissement, serait linéaire et continu : « Depuis l'après-guerre et selon un *processus qui s'est accéléré* depuis le milieu des années soixante-dix, la prison s'est transformée et ressemble peu au monde totalitaire décrit par E. Goffman, même si demeurent inchangées ses fonctions originelles »<sup>3</sup>.

L'histoire mobilisée par la sociologie carcérale s'apparente davantage à une macro-histoire, où les réformes entreprises depuis la Libération sont juxtaposées et dont les acteurs sont largement absents, plutôt qu'à une reconstruction des mobilisations ayant permis d'aboutir à ces réformes. Cette lecture de l'histoire, secondaire au regard de l'analyse des effets des réformes, peut être interprétée comme un signe de l'influence exercée sur la sociologie carcérale par la conception de la réforme pénitentiaire développée par Michel Foucault dans *Surveiller et punir*.

### *La conception foucauldienne de la réforme pénitentiaire comme instrument de gouvernement : apports et limites*

Rappelons que dans son étude des configurations modernes de la pénalité, Michel Foucault observe que le constat d'échec de la prison et les griefs qui lui sont habituellement adressés sont consubstantiels à l'institution : « Depuis un siècle et demi la prison a toujours été donnée comme son propre remède »<sup>4</sup>. C'est pourquoi la prison, sa critique et sa réforme ne peuvent être conçues comme trois éléments distincts mais doivent, à l'inverse, être intégrées dans le « système carcéral » dont la solidité dépend autant des dispositifs existants que des visées réformatrices qui s'y surajoutent. La thèse radicale soutenue par Michel Foucault

---

<sup>1</sup> Il serait intéressant à cet égard d'adopter une approche comparative des conditions d'importation de cet ouvrage dans différents pays.

<sup>2</sup> L'un des risques de l'usage, fréquent en sciences sociales, du concept de « processus » est selon nous de privilégier les éléments de continuité plutôt que les inflexions et les ruptures et de reléguer au second plan les stratégies d'acteurs.

<sup>3</sup> CHAUVENET Antoinette et alii, *Le monde des surveillants de prison*, op.cit. p.201. Souligné par nous.

<sup>4</sup> FOUCAULT Michel, *Surveiller et punir*, Paris, Gallimard, 1975, p.313.

s'apparente à une condamnation *a priori* de toute réforme pénitentiaire qui assurerait la survie de l'institution :

« La "réforme" de la prison est à peu près contemporaine de la prison elle-même. Elle en est comme le programme. La prison s'est trouvée dès le début engagée dans une série de mécanismes d'accompagnement, qui doivent en apparence la corriger mais qui semblent faire partie de son fonctionnement même, tant ils ont été liés à son existence tout au long de son histoire [...] Il ne faut pas voir la prison comme une institution inerte que des mouvements de réforme auraient secouée par intervalles. La "théorie de la prison" a été son mode d'emploi constant plutôt que sa critique incidente – une de ses conditions de fonctionnement »<sup>1</sup>.

Cette conceptualisation de la réforme en tant que « réforme impossible » ou en tant qu'instrument de gouvernement a connu un retentissement fort, bien qu'inégal, sur les travaux développés en histoire ou en sociologie<sup>2</sup>. Le fait que la lecture qui est faite des réformes pénitentiaires dans de nombreux travaux de sciences sociales soit proche des analyses de *Surveiller et punir* sans pour autant les rapporter à Michel Foucault peut être interprété comme la marque d'une « foucauldienisation » des approches de la prison. Plus récemment, un sociologue a cependant proposé d'historiciser les conditions d'apparition de ces réformes et de ces nouveaux droits en référence directe aux thèses de *Surveiller et punir*<sup>3</sup>. Dans le même ouvrage, des politistes tentent d'apporter un prolongement de la conception foucauldienne de la réforme pénitentiaire au regard à la fois des concepts de la science politique et de l'actualité carcérale. Ils observent à ce titre une « rhétorique permanente de la réforme » participant au processus de légitimation et de reproduction de l'institution carcérale : « Pour que soit garantie la persistance de la solution carcérale, il est nécessaire que l'institution donne des gages, qu'elle procède à des ajustements concrets, qu'elle puisse attester de certaines améliorations soutenues par des éléments de preuve »<sup>4</sup>.

L'influence de la pensée de Michel Foucault sur les travaux de recherche en sciences sociales abordant les politiques carcérales a fortement conditionné la lecture qui est faite encore aujourd'hui des réformes pénitentiaires. La loi du 18 janvier 1994 en témoigne. Loin de constituer une « révolution pénitentiaire », l'affirmation d'un droit des détenus à jouir de soins équivalents à ceux dont bénéficie n'importe quel autre citoyen ne serait qu'un élément parmi d'autres dans la tentative visant « à normaliser un univers sécuritaire, une institution totale »<sup>5</sup>. L'amélioration de la prise en charge sanitaire des détenus ne serait alors qu'un « supplément

---

<sup>1</sup> FOUCAULT Michel, *Surveiller et punir*, Paris, op.cit., pp.271-272.

<sup>2</sup> Pour une présentation plus détaillée de l'influence de la conception foucauldienne de la réforme pénitentiaire : FARGES Eric, « Penser la réforme pénitentiaire avec Michel Foucault. Apports et limites à une sociologie politique de la loi du 18 janvier 1994 », *Raisons politiques*, n°25, 02/2007, pp.101-125.

<sup>3</sup> CHANTRAINE Gilles, « Les temps des prisons. Inertie, réformes et reproduction d'un dispositif institutionnel », dans ARTIERES Philippe, LASCUMES Pierre, (dir.), *Gouverner, enfermer. La prison, un modèle indépassable ?*, Paris, Presses de Sciences Po, 2004.

<sup>4</sup> ARTIERES Philippe, LASCUMES Pierre, SALLE Grégory, « Gouverner, enfermer. La prison, un modèle indépassable », dans ARTIERES Philippe, LASCUMES Pierre, (dir.), *Gouverner, enfermer*, op.cit., p. 47.

<sup>5</sup> CHANTRAINE Gilles, « Les temps des prisons... », *art.cit.*, p.73.

d'âme » participant à l'« évacuation de la raison d'être de la prison au profit de sa correction politique quant à ses manières d'être »<sup>1</sup>. La loi du 18 janvier 1994 s'inscrirait donc pleinement dans « la rhétorique de la réforme » : « En dépit des apparences la décennie 1990 débouche sur de multiples réformes dont la plus emblématique est le rattachement, en 1994, de la médecine pénitentiaire au système de santé général »<sup>2</sup>. Suivant une approche foucaldienne plus intériorisée que revendiquée, quelques sociologues ont tenté de saisir la portée de la loi de réorganisation des soins, aboutissant ainsi à poser la question suivante : la réforme de la médecine pénitentiaire ne traduit-elle pas la reproduction d'une inégalité structurale entre le dedans et le dehors qui participe *in fine* à la légitimation de l'institution?<sup>3</sup>.

On a déjà souligné ailleurs au sujet des programmes d'éducation pour la santé, la portée heuristique de cette approche foucaldienne de la réforme pénitentiaire comme instrument de gouvernement<sup>4</sup>. Reconsidérer la détention en termes moins délétères, où l'incarcération offre de réelles opportunités de soin aux détenus, peut aboutir à terme à la mise en avant d'une nouvelle représentation de la peine dont la fonction serait tout autant pénale que thérapeutique. La prison aurait dès lors un rôle d'accueil des populations les plus précaires (toxicomanes, prostituées, immigrés, marginaux, etc.), exclues du système de prise en charge de droit commun, pour lesquelles la détention irait jusqu'à représenter un filet de sécurité. Certains médecins ont d'ailleurs souligné, après la réforme de 1994, le risque d'une banalisation de la prison : « La prison n'est cependant pas et ne sera jamais un lieu de soins hospitaliers [...] Sans croire que cette dérive est récente, on est forcé de constater que l'amélioration manifeste du niveau des soins offerts (au sens curatif strict du terme) renforce cette tendance paradoxale »<sup>5</sup>.

Cette superposition accrue entre les logiques médicale et répressive renverrait de façon plus générale à la tentative, sans cesse réitérée, de légitimer l'institution carcérale. On est ainsi en présence d'un « mythe fondateur de la prison pour peine » qui, selon Claude Faugeron et Jean-Michel Le Boulaire, « permet de transformer le *mal* (l'enfermement de sûreté, toujours soupçonnée d'arbitraire) en *bien* (la « bonne peine de prison ») »<sup>6</sup>. Jean-Charles Froment constate de façon similaire la recherche, depuis la fin des années quatre-vingt, par l'Administration pénitentiaire de nouveaux mythes visant à restaurer la légitimité d'un service

---

<sup>1</sup> CHANTRAINE Gilles, « Les temps des prisons... », *art.cit.*, p.74.

<sup>2</sup> ARTIERES Philippe, LASCOUMES Pierre, SALLE Grégory, « Gouverner, enfermer », *art.cit.*, p.34.

<sup>3</sup> Cf. VEIL Claude, « Évolution sur la longue durée du système de soins, motivations et résistances » dans VEIL Claude, LHUILIER Dominique, *La prison en changement*, *op. cit.*, p. 255-275.

<sup>4</sup> FARGES Eric, « La sanitarisation du social : les professionnels et l'éducation pour la santé en milieu pénitentiaire », *Lien social et politique*, n°55, printemps 2006, pp.99-114.

<sup>5</sup> OBRECHT Olivier, « La réforme des soins en milieu pénitentiaire de 1994... », *art.cit.*, p.234.

<sup>6</sup> FAUGERON Claude, LE BOULAIRE, Jean-Michel, « Prisons, peines de prison et ordre public », *Revue française de sociologie*, XXXIII, 1992, p.27.



public fortement contesté<sup>1</sup>. La problématique de la réinsertion céderait ainsi progressivement le pas à une rhétorique de sauvegarde des droits de l'homme et de la dignité humaine, susceptible de jouer un rôle dans la revalorisation d'une administration en manque de légitimité. La réforme de la médecine pénitentiaire ne semble pas étrangère à cette revalorisation de l'institution carcérale. On assisterait ainsi peut-être à l'émergence d'une « peine médicinale »<sup>2</sup>.

Si la conception foucauldienne de la réforme pénitentiaire peut enrichir le regard sociologique, en permettant notamment de rompre avec le discours événementiel défendu par les professionnels de la prison, elle apparaît néanmoins problématique pour celui qui souhaite rendre compte des origines d'une réforme. La lecture foucauldienne tend en effet à reléguer au second plan, dans l'ordre de l'explication, les logiques professionnelles au profit de la logique institutionnelle. Tout en incitant à entreprendre des « travaux de sociologie historique » permettant de savoir « qui donc étaient ces hommes [...] Quelle était leur origine sociale ou comme on dit classiquement "quels intérêts ils représentaient"? », Michel Foucault remarque que ces questionnements demeurent néanmoins secondaires au regard de la stratégie d'ensemble qui donne sens à des phénomènes apparemment divergents : « Imagine-t-on une stratégie [...] qui ne soit pas née de plusieurs idées formulées ou proposées à partir de points de vue ou d'objectifs différents ? [...] Peut-on imaginer une stratégie (militaire, diplomatique, commerciale) qui ne doive sa valeur et ses chances de succès à l'intégration d'un certain nombre d'intérêts? »<sup>3</sup>. Cette conception de la réforme pénitentiaire présente ainsi le risque d'aboutir à une sociologie où les acteurs apparaîtraient secondaires et où la réforme n'aurait pour origine que le « système carcéral » lui-même qui fonctionnerait à l'image d'une « stratégie sans stratégies »<sup>4</sup>.

Ce biais sociologique potentiel de la lecture que propose Michel Foucault de la réforme pénitentiaire se trouve conforté dans l'utilisation qui en est faite par les sciences sociales. Faute de restituer la pluralité des logiques d'acteurs qui président à l'origine des réformes, des sociologues présentent la loi du 18 janvier 1994 comme le résultat d'un processus désincarné. C'est ainsi que Claude Veil constate que « pour l'ensemble des personnes rencontrées et des textes consultés, il ne fait guère de doute qu'une réforme du système de soins était nécessaire,

---

<sup>1</sup> FROMENT Jean-Charles, *La république des surveillants de prison*, op.cit., pp.24-25.

<sup>2</sup> DELMAS-ST-HILAIRE J.P., « La prison pourquoi faire ? », *Problèmes actuels de science criminelle*, PU d'Aix-Marseille, 1994, p.36.

<sup>3</sup> FOUCAULT Michel, « La poussière et le nuage », dans PERROT M. (dir.), *L'impossible prison. Recherches sur le système pénitentiaire au 19<sup>ème</sup> siècle*, Paris, Seuil, 1980, p. 29-39.

<sup>4</sup> On reprend ici la critique formulée par l'historien Jacques Léonard à Michel Foucault au sujet de *Surveiller et punir* (LEONARD Jacques, « L'historien et le philosophe », dans PERROT M. (dir.), *L'impossible prison*, op.cit., pp.9-28).

et que les grands choix qui l'ont orienté étaient opportuns »<sup>1</sup>. D'une façon similaire Corinne Rostaing évoque la réforme de l'organisation des soins comme la fin d'une « exception »<sup>2</sup>. A l'inverse, des politistes expliquent les réformes pénitentiaires, dont la loi du 18 janvier 1994, à partir du seul volontarisme politique de quelques décideurs, aboutissant là aussi à gommer les mobilisations qui ont porté cette réforme sur un temps plus long. Philippe Artières, Pierre Lascoumes et Grégory Salle soulignent ainsi que la « réforme carcérale française après la Libération ou la réforme de la médecine pénitentiaire en 1994 par Simone Veil témoignent de ces rares moments d'engagement [politique] »<sup>3</sup>.

L'idée de « santé publique ou de « décloisonnement » ne suffisent pas à rendre compte de l'adoption de ces réformes. De même, s'il est certain que cette réforme n'aurait pu aboutir sans l'implication de Bernard Kouchner dans un premier temps, et de Simone Veil par la suite, leur seul volontarisme ne suffit pas à rendre compte du succès de la loi du 18 janvier 1994. La réforme italienne de la médecine pénitentiaire souligne l'insuffisance de ce type d'explication : bien que née d'un engagement politique très important de la ministre de la Santé, Rosy Bindi, cette réforme est demeurée lettre morte en raison de l'opposition des médecins pénitentiaires appuyés par l'*Amministrazione penitenziaria*. Les logiques politiques ne se résument pas, en outre, à l'attitude des seuls ministres. Problématiser la réforme de 1994 consiste dès lors à lui rendre son historicité afin de souligner les luttes dans lesquelles elle s'inscrit. Cela implique de rendre compte des évolutions de la médecine pénitentiaire au prisme des théories de la spécialisation médicale.

### *L'opposition entre segments de médecins pénitentiaires dans la défense de leur autonomie professionnelle*

La sociologie anglo-saxonne a depuis longtemps analysé le phénomène de professionnalisation, entendu comme la dynamique au terme de laquelle émerge une profession, cette dernière se caractérisant par la constitution d'une identité et d'un savoir spécifiques, l'institutionnalisation d'un cursus universitaire et par la formulation d'une éthique propre. Tandis que le courant fonctionnaliste s'attache ainsi à décrire les critères et les étapes permettant à une activité de s'ériger en profession, l'approche interactionniste a amendé cette première version en déplaçant le regard sociologique de l'organisation sociale à la construction de la profession. Cette dernière n'est dès lors plus saisie comme une donnée mais comme le résultat d'un travail de construction, aussi bien au niveau de l'identité

---

<sup>1</sup> VEIL Claude, « Évolution sur la longue durée du système de soins, motivations et résistances », *art.cit.*, p.263.

<sup>2</sup> ROSTAING Corinne, *La relation carcérale*, op.cit, p.47.

<sup>3</sup> ARTIERES Philippe, LASCOUMES Pierre, SALLE Grégory, « Gouverner, enfermer... » *art.cit.*, p.40.

individuelle que collective. Ce qui était auparavant décrit comme les attributs « naturels » d'un groupe professionnel apparaît désormais comme le produit d'une mobilisation.

La médecine fut l'un des groupes professionnels les plus étudiés. Le sociologue fonctionnaliste Talcott Parsons mit en évidence la fonction de régulation de la déviance (la maladie) exercée par les médecins présentés comme un tout homogène<sup>1</sup>. Les interactionnistes ont remis en cause cette vision uniforme et ont mis l'accent sur les logiques de construction sociale ayant permis l'émergence de la profession médicale. Deux notions développées par la sociologie interactionniste sont apparues essentielles pour notre analyse : celle d'autonomie professionnelle et celle de « segment professionnel ».

L'autonomie tout d'abord est une composante essentielle de la définition des professions par les interactionnistes. Situé au croisement de l'interactionnisme et des néo-wébériens, Eliot Freidson a souligné ainsi en quoi les médecins conservent, malgré un mouvement de remise en cause qualifié de « déprofessionnalisation », l'autonomie dans la détermination du contenu de leur travail : « J'insisterai particulièrement sur le point suivant qui me semble d'une importance primordiale dans l'analyse des relations de l'Etat avec les professions : tant qu'une profession est indépendante des métiers avec lesquelles elle est en contact dans la division du travail, quand il s'agit d'évaluer et de contrôler l'aspect technique de son propre travail, sa qualité de profession n'est pas significativement affectée »<sup>2</sup>. Dans un autre ouvrage, Freidson réfute l'idée qu'une « prolétarianisation », entendue comme la part croissante de médecins salariés, serait à l'origine d'une « déprofessionnalisation » de la médecine<sup>3</sup>. Selon lui, bien que salariés, ces derniers conservent leur autonomie, tant que ceux-ci sont en mesure d'imposer à leurs employeurs les conditions de leur exercice professionnel.

L'analyse de Freidson nous a amené à nous interroger sur le degré d'autonomie dont bénéficiaient les praticiens exerçant en milieu carcéral en tant que salariés de l'Administration pénitentiaire. Bien que vacataires et non pas salariés temps-plein<sup>4</sup>, les médecins pénitentiaires étaient soumis de fait à une subordination hiérarchique au ministère de la Justice. La reconnaissance de la médecine pénitentiaire en tant que spécialité médicale nous est apparu comme un moyen pour eux d'accroître leur autonomie. D'ailleurs, l'organisation de congrès

---

<sup>1</sup> PARSONS Talcott, « Social Structure and Dynamic Structure : the Case of modern Medical Practice », *The Social System*, London, Routledge and Kegan Paul, Free Press of Glencoe, 1951, pp.428-479.

<sup>2</sup> FREIDSON Eliot, *La profession médicale*, Paris, Payot, 1984 (1970), p.34.

<sup>3</sup> FREIDSON Eliot, *Professional Powers: A Study of the Institutionalization of formal Knowledge*, Chicago, The University of Chicago Press, 1986.

<sup>4</sup> A plusieurs reprises, le ministère de la Justice s'est interrogé pour savoir s'il était opportun de recruter des médecins temps-plein. Cette hypothèse fut, comme on le verra, à chaque fois rejetée, l'Administration pénitentiaire jugeant préférable de recourir à des praticiens continuant une activité extérieure, le plus souvent libérale. Des postes temps-plein furent cependant créés afin d'assurer le fonctionnement des Hôpitaux pénitentiaires de Fresnes et des Baumettes.

dès 1963 leur permit de faire valoir leurs revendications et la mise en place d'un enseignement dès 1965 puis la création d'une chaire de médecine pénitentiaire en 1977 leur permirent de définir et de transmettre leurs propres « standards de pratique » au sens d'Anselm Strauss<sup>1</sup>. On s'est cependant aperçu que la spécialisation ne pouvait pas être analysée comme une demande uniforme d'autonomie, cette revendication apparaissant très variable selon les praticiens. Tandis que certains faisaient prévaloir leur identité de soignant, d'autres insistaient en revanche sur leur statut pénitentiaire. La spécialisation médicale semblait répondre à des logiques distinctes que permettait d'analyser la notion de « segment professionnel » également empruntée à la sociologie interactionniste.

A l'encontre des fonctionnalistes, Rue Bucher et Anselm Strauss ont souligné le caractère pluriel d'une profession, chaque « segment » se rapportant à des techniques de travail ainsi qu'à des croyances qui les sous-tendent : « L'hypothèse de l'homogénéité relative à l'intérieur d'une profession n'est pas absolument utile : les identités, ainsi que les valeurs et les intérêts, sont multiples, et ne se réduisent pas à une simple différenciation ou variation. Ils tendent à être structurés et partagés ; des coalitions se développent et prospèrent en s'opposant à d'autres. Nous utiliserons le terme "segment" pour désigner ces groupements qui émergent à l'intérieur d'une profession [...] Nous développerons une conception des professions comme agrégation de segments poursuivant des objectifs divers, plus ou moins subtilement maintenus sous une appellation commune à une période particulière de l'histoire »<sup>2</sup>. Les spécialités médicales sont elles-mêmes divisées, selon Bucher et Strauss, en segments, chacun porteur d'une représentation distincte de l'activité en question.

On a effectivement observé au cours de la thèse plusieurs segments porteurs de représentations spécifiques de la médecine pénitentiaire. Un premier segment apparu dans les années soixante, et incarné par le Médecin-inspecteur Georges Fully, tenta de faire prévaloir l'identité médicale sur celle de membre de l'Administration pénitentiaire. En donnant aux praticiens les attributs d'une spécialité médicale (congrès, enseignement), le premier Médecin-inspecteur souhaitait conférer davantage de reconnaissance aux praticiens exerçant en milieu carcéral afin que leurs décisions soient mieux prises en compte par le ministère de la Justice. Faire reconnaître la médecine pénitentiaire en tant que nouvelle spécialité médicale était ainsi pour Georges Fully un moyen permettant aux médecins d'être plus autonomes à l'égard de la tutelle pénitentiaire qui s'exerçait sur eux.

---

<sup>1</sup> Ce besoin de définir une pratique homogène aux différents praticiens confrontés à une même pratique est manifeste en matière de grèves de la faim. Beaucoup de médecins furent désespérés face aux demandes de l'Administration pénitentiaire afin qu'ils fassent cesser ces grèves, soit en décourageant le détenu, soit en l'alimentant de force. C'est d'ailleurs suite aux injonctions adressées aux médecins lors de la guerre d'Algérie que le premier Médecin-inspecteur Georges Fully ressentit le besoin d'instaurer cet enseignement.

<sup>2</sup> BUCHER Rue, STRAUSS Anselm, « La dynamique des professions » *art.cit.*, pp.67-68.

A l'inverse, un second segment apparu dans les années soixante-dix, incarné par le second Médecin-inspecteur Solange Troisier, privilégia dans la définition du rôle de médecin pénitentiaire l'appartenance à l'Administration et l'obéissance au Code de procédure pénale, plutôt qu'au monde médical et à sa déontologie. Pour des raisons aussi bien idéologiques que politiques, Solange Troisier tenta de subordonner l'action des médecins aux exigences pénitentiaires<sup>1</sup>. Le « mariage de Thémis et Asclépios », qu'incarnait à ses yeux la médecine pénitentiaire, témoigne d'une conception de la médecine au service de l'Administration, le médecin n'étant ainsi qu'un « auxiliaire de Justice ». Ce faisant, les médecins pénitentiaires échappent à la tutelle du ministère de la Santé et aux contrôles que cela implique<sup>2</sup>.

Si la spécialisation recouvre bien dans les deux cas un désir d'autonomisation des praticiens pénitentiaires, ces deux segments n'en sont pas moins porteurs de deux définitions distinctes de l'autonomie. Pour le premier, il s'agit d'échapper à une tutelle trop précise de l'Administration pénitentiaire qui indiquerait au praticien la conduite à suivre. Pour le second, il s'agit de conserver une appartenance au ministère de la Justice qui permet de développer un mode de fonctionnement autonome du secteur médical<sup>3</sup>. L'idée que la médecine pénitentiaire était quelque chose de spécifique permettait au Médecin-inspecteur, seul praticien placé à un poste de direction au sein de la DAP, d'exercer un rôle considérable dans l'organisation des soins. Bien qu'officiellement chargée d'une simple mission d'inspection, Solange Troisier a longtemps été décrite comme la « patronne » régnant en maître sur la médecine pénitentiaire en tant que secteur d'action publique et en tant que discipline. La stratégie de spécialisation initiée par Georges Fully visait ainsi à assurer l'indépendance des praticiens à l'égard de l'Administration pénitentiaire tandis que celle poursuivie par Solange Troisier visait à autonomiser un secteur médical sur lequel elle pouvait exercer son contrôle.

Ces deux segments de la médecine pénitentiaire sont porteurs d'une représentation spécifique du rôle du praticien et de l'articulation que cela implique entre les services médicaux et l'Administration pénitentiaire<sup>4</sup>. Ces différences entre segments d'une même profession

---

<sup>1</sup> L'opposition entre les deux conceptions de la médecine pénitentiaire défendues par Georges Fully et Solange Troisier est manifeste en matière de grèves de la faim. Tandis que pour le premier, le médecin pénitentiaire doit servir de médiateur entre le patient-détenu et l'Administration sans jamais prendre parti, pour la seconde le praticien doit, en tant qu'auxiliaire de Justice, adopter une attitude interventionniste pouvant aboutir à l'alimentation forcée du gréviste.

<sup>2</sup> D'ailleurs, lorsque l'activité médicale a été soumise aux contrôles du ministère de la Santé (IGAS et DDASS) au milieu des années quatre-vingt, certains médecins ont réaffirmé leur appartenance Pénitentiaire qui rendait impossible selon eux les contrôles du ministère de la Santé.

<sup>3</sup> Les médecins pénitentiaires n'étaient soumis pendant longtemps à aucun contrôle de leur activité médicale, ni de leur temps de travail, la plupart ne réalisant qu'entre la moitié et le tiers des vacations qui leur étaient rémunérées.

<sup>4</sup> Deux autres segments ont pu être distingués et analysés : il s'agit d'une part des « internes » qui ont dénoncé dans les années soixante-dix leurs conditions de travail. Ils refusent une attitude trop dirigiste de l'Administration pénitentiaire, à l'image du Médecin-inspecteur Georges Fully. Mais contrairement à ce dernier

permettent de souligner que la spécialisation médicale n'est pas un phénomène univoque. Parce qu'elle n'est pas un phénomène purement médical, la spécialisation peut répondre à des stratégies fondamentalement divergentes. C'est pourquoi, pour être comprise, la dynamique de spécialisation doit être restituée dans le cadre des politiques pénitentiaires.

### *La spécialisation de la médecine pénitentiaire, au croisement d'une dynamique médicale et des politiques carcérales*

La médecine pénitentiaire a fait l'objet entre les années soixante et les années quatre-vingt d'un travail de légitimation en tant que spécialité médicale. Tandis qu'il s'agissait pour Georges Fully d'assurer l'autonomie des soignants à l'égard de la tutelle pénitentiaire, cette spécialisation visait pour Solange Troisier à réaffirmer le caractère spécifiquement pénitentiaire de cette médecine et éviter ainsi son rattachement au ministère de la Santé. Bien que divergentes dans leur objectif, ces dynamiques débouchèrent en 1980 sur la reconnaissance par le Conseil de l'Ordre des médecins de cette « discipline complémentaire d'exercice »<sup>1</sup>. La médecine pénitentiaire fut ainsi considérée comme une « surspécialité » à l'image de la médecine légale, de la nutrition ou de la médecine hyperbare<sup>2</sup>. Elle n'accéda jamais ainsi au rang de « spécialité » que conférait auparavant le Certificat d'études spécialisés (CES) ou aujourd'hui le Diplôme d'études spécialisées (DES)<sup>3</sup>. Quelle que soit son statut (spécialité ou surspécialité), la médecine pénitentiaire fut l'œuvre d'un travail d'affirmation au sein du secteur médical afin d'en faire une discipline en tant que telle<sup>4</sup>. C'est cette volonté de « disciplinariser » le champ médical qui caractérise la spécialisation selon Patrice Pinell : « La spécialisation est un processus de division du champ médical en sous-espaces de pratiques susceptibles au départ de revêtir des formes variées et aboutissant ou non

---

qui privilégie la négociation, ces internes adoptent une attitude revendicatrice en prenant la parole au sein de l'espace public. Enfin, un second segment émerge au milieu des années quatre-vingt, en lien avec le renouvellement des médecins pénitentiaires, qui contestent l'idée même d'une « médecine pénitentiaire » spécifique et demanderont à ce titre leur rattachement au ministère de la Santé, aboutissant à la réforme de 1994.

<sup>1</sup> C'est lors de l'inscription au tableau de l'Ordre des médecins que les praticiens doivent faire valoir leur spécialité (aujourd'hui obligatoire) ainsi que leurs éventuels autres domaines de compétences. Il est d'ailleurs paradoxal que cette pratique soit toujours reconnue par le Conseil de l'Ordre en tant que « médecine pénitentiaire » (par exemple sur son site internet où se trouve un moteur de recherche des praticiens) alors même que ceux qui l'exercent récusent cette appellation. En mai 2008 le Conseil de l'Ordre a d'ailleurs consacré son bulletin mensuel à la « médecine pénitentiaire ».

<sup>2</sup> C'est le cas de toutes les disciplines enseignées sous la forme de Capacités (médecine tropicale, acupuncture, etc.) ou de Diplômes d'études spécialisés complémentaires (DESC) de type 1 (cancérologie, addictologie, etc.).

<sup>3</sup> Jusqu'en 1984, il existait en médecine deux possibilités d'être reconnu comme « spécialiste », soit par l'internat considéré comme la voie royale, soit par l'obtention d'un CES. A partir de 1984, le concours de l'internat de spécialité, qui débouche sur l'obtention d'un Diplôme d'études spécialisées (DES), devient la seule voie de spécialisation. Ce concours est remplacé en 2005 par un examen national classant en fin de 2<sup>ème</sup> cycle rendu obligatoire puisque même la médecine générale devient une spécialité. La médecine pénitentiaire ne fut jamais considérée comme une spécialité mais comme une surspécialité.

<sup>4</sup> C'est pourquoi on parlera de « spécialisation » ou de « spécialité » à propos de la médecine pénitentiaire même si celle-ci n'a jamais abouti en tant que telle à une spécialité de « premier rang ».

à la constitution d'une spécialité instituée et reconnue comme légitime par les institutions dominant le champ »<sup>1</sup>.

La sociologie a mis l'accent depuis quelques années sur les logiques de spécialisation médicale. Aux théories dominant les études historiographiques faisant découler la spécialisation « d'un progrès scientifique commandant l'expansion *a priori* sans limites des connaissances et des techniques »<sup>2</sup> se sont substituées des analyses en termes de stratégies déployées par des groupements professionnels cherchant à être reconnus en tant que spécialité médicale. Des monographies ont été consacrées notamment à la médecine de la douleur<sup>3</sup>, à la médecine du sport<sup>4</sup>, à l'anesthésie-réanimation<sup>5</sup>, à la pédiatrie<sup>6</sup>, à la chirurgie esthétique<sup>7</sup> ou à la médecine d'urgence<sup>8</sup>. Ces études soulignent souvent le « travail de légitimation » mis en œuvre par ces médecins engagés dans une nouvelle pratique : « Ce groupe doit alors convaincre le milieu médical qu'il y possède une place spécifique »<sup>9</sup>. Ces études ont été utiles pour analyser le travail de légitimation interne et externe effectué par les médecins pénitentiaires afin d'être reconnus par leurs pairs.

Une dynamique de spécialisation médicale ne peut cependant pas s'expliquer uniquement, affirme Patrice Pinell, à partir de la mobilisation d'un seul groupe professionnel et suppose de sortir de la médecine clinique. C'est ainsi qu'il est impossible de rendre compte de la construction du champ de la médecine moderne en France sans souligner les rapports de collaboration et de concurrence établis avec d'autres champs. En cela, l'analyse d'une spécialisation médicale suppose « de sortir des problématiques n'abordant la médecine qu'à partir des seuls médecins pour intégrer dans l'analyse non seulement les auxiliaires médicaux, sans qui le pouvoir médical ne serait pas ce qu'il est, mais tous ceux qui – scientifiques,

---

<sup>1</sup> PINELL Patrice, « Champ médical et processus de spécialisation », *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, n°156-157, 2005, p.7.

<sup>2</sup> *Ibidem*, p.5.

<sup>3</sup> BASZANGER Isabelle, « Emergence d'un groupe professionnel et travail de légitimation. Le cas des médecins de la douleur », *Revue française de sociologie*, XXI, 1990, pp.257-282.

<sup>4</sup> BRISSONNEAU Christophe, LE NOE Olivier, « Construction d'un problème public autour du dopage et reconnaissance d'une spécialité médicale », *Sociologie du travail*, n°48, 2006, pp.487-508.

<sup>5</sup> FAURE Yann, « L'anesthésie française entre reconnaissance et stigmates », *Actes de la recherche en sciences sociales*, La spécialisation de la médecine XIXe – XXe siècles, n° 156-157, mars 2005, p. 98-114.

<sup>6</sup> THIBAUDIERE Claude, « La protection maternelle et infantile : politique de santé publique et spécialisation médicale », *Regards sociologiques*, n°29, 2005, pp.23-34.

<sup>7</sup> GURIMAND Nicolas, « De la réparation des « gueules cassées » à la « sculpture » du visage : la chirurgie esthétique en France pendant l'entre-deux-guerres », *Actes de la recherche en sciences sociales*, La spécialisation de la médecine XIXe – XXe siècles, n° 156-157, mars 2005, pp.70-85.

<sup>8</sup> PENEFF Jean, *Les malades des urgences*, Paris, Métailié, 2000 ; DANET François, « La médecine d'urgence : de la dégradation à la démocratisation de l'hôpital », *Communication et organisation*, n°29, 2006, pp.172-184.

<sup>9</sup> BASZANGER Isabelle, « Emergence d'un groupe professionnel et travail de légitimation. Le cas des médecins de la douleur », *art.cit.*, p.268.

ingénieurs, religieux, agents de l'État, administratifs, notables – sont investis dans le champ et entretiennent avec les médecins des relations de collaboration et de concurrence »<sup>1</sup>.

Ce mode d'analyse apparaît particulièrement pertinent en matière de médecine pénitentiaire. En effet, on ne peut comprendre la volonté d'affirmer cette spécialité médicale sans faire référence à la relation qu'entretiennent ces praticiens avec l'Administration qui les rémunère. En atteste la volonté de certains médecins de s'autonomiser de la Pénitentiaire, ou au contraire de s'identifier à elle. Ce travail de thèse entend ainsi associer une dynamique professionnelle à une analyse des politiques pénitentiaires, tant ces deux sujets apparaissent indissociables, et ce pour trois raisons.

Tout d'abord, la spécialisation de la médecine pénitentiaire, et comme on le verra l'échec de cette tentative, ne sont pas le fait des seuls médecins. A cet égard, les décisions des magistrats en poste à la DAP ont probablement autant compté que les efforts entrepris par les médecins eux-mêmes. Il apparaît nécessaire, en second lieu, d'articuler ces deux niveaux d'analyse du fait de l'assimilation qui est faite au sein de l'espace public entre l'institution carcérale et sa médecine. La médecine pénitentiaire va ainsi devenir à partir des années soixante-dix l'un des symboles de la remise en cause de la prison. La stigmatisation de la figure professionnelle du praticien pénitentiaire qui en résulta a largement participé à l'échec de la stratégie de spécialisation de cette activité. Enfin, troisième raison d'articuler spécialisation médicale et politique carcérale, la reconnaissance de la médecine pénitentiaire est apparue pour Solange Troisier comme un moyen destiné à réhabiliter l'action du ministère de la Justice en la matière. Objet de nombreuses accusations, la prise en charge sanitaire des détenus fut présentée par le Médecin-inspecteur comme un secteur de pointe du fait de la spécialisation à laquelle accède alors la médecine pénitentiaire<sup>2</sup>.

Ainsi l'un des points de cette articulation entre les politiques carcérales et la spécialisation de la médecine pénitentiaire a été la forte contestation dont toutes deux firent l'objet depuis les années soixante-dix. C'est pourquoi, l'espace public et les scandales médiatiques sont apparus comme l'un des éléments décisifs de l'histoire de la médecine pénitentiaire et de sa spécialisation.

---

<sup>1</sup> PINELL Patrice, « La genèse du champ médical : le cas de la France (1795-1870) », *Revue française de sociologie*, 2009/2 Vol. 50, p.318.

<sup>2</sup> Le meilleur exemple de cet usage légitimant de la médecine pénitentiaire en tant que spécialité médicale reconnue fut l'Hôpital carcéral de Fresnes, présenté comme une structure médicale de pointe garantissant aux détenus des soins équivalents à la population extérieure. Cette structure médicale fut d'ailleurs au centre de la dénonciation de la médecine pénitentiaire au cours des années quatre-vingt, mettant à mal l'idée d'une médecine de pointe et ainsi la reconnaissance de la médecine pénitentiaire.



## *Une spécialisation médicale sous contrainte : le rôle de l'espace public et du scandale dans la définition de la médecine pénitentiaire en tant qu'activité stigmatisante*

Bien qu'elle ait commencé à s'affirmer en tant que discipline dès les années soixante, la médecine pénitentiaire a connu une importante inflexion au début des années soixante-dix. Dans le cadre de la politisation de la prison et des conditions de détention qui ont alors lieu, les praticiens pénitentiaires sont alors pris à partie par les militants de la cause carcérale en tant que complices de l'Administration. On leur reproche par exemple la sur-prescription de psychotropes ou l'usage de la « contention »<sup>1</sup> afin d'assurer le maintien de l'ordre en détention alors que les révoltes sont nombreuses. On a souhaité dans ce travail de thèse rapporter les différentes accusations formulées à l'encontre de ces professionnels dans le but non pas de scandaliser le lecteur mais de souligner le rôle de ces critiques. Deux raisons amènent à penser que l'espace médiatique, et les scandales qui y apparaissent, ont été une composante essentielle de la dynamique de spécialisation des praticiens exerçant en milieu carcéral.

La spécialisation de la médecine pénitentiaire, initiée au début des années soixante, était jusque-là quelque chose qui n'avait pas donné lieu à des divergences manifestes entre praticiens. Jusque-là latentes, ces différences sont devenues visibles au début des années soixante-dix lorsque l'activité de ces médecins fut contestée<sup>2</sup>. Est alors apparu un segment professionnel essentiellement constitué d'internes qui ont adopté des attitudes revendicatrices (grève, démission, prise de parole), contrastant avec l'« apathie » qui a caractérisé l'essentiel des généralistes<sup>3</sup>. Par la suite, à l'inverse, le Médecin-inspecteur Solange Troisier a pris à plusieurs reprises la défense de l'Administration pénitentiaire lors de la survenue de scandales, provoquant parfois en réaction l'indignation de certains praticiens. Les scandales et les accusations faites à l'encontre de la médecine pénitentiaire ont ainsi été des moments importants de mise en visibilité des divergences entre segments professionnels.

En second lieu, le recours à l'espace public dans le schéma explicatif a permis de comprendre comment s'est formée l'image d'une profession « stigmatisante ». Progressivement, le qualificatif « pénitentiaire » est apparu comme amoindrissant le statut de soignant. La médecine pénitentiaire est apparue, au fil des scandales, toujours un peu plus comme une

---

<sup>1</sup> La « ceinture de contention » était un dispositif prévu par le Code de procédure pénale appliqué uniquement sur prescription médicale qui consistait à attacher pendant plusieurs heures, voire plusieurs jours, un détenu agité.

<sup>2</sup> La question de savoir si le praticien est avant tout le médecin-traitant du détenu ou bien le médecin salarié au service de l'Administration était par exemple l'objet de divergences lors de congrès auparavant. Mais cette question a pris plus d'ampleur lorsque les praticiens furent pris à partie par les militants de la cause carcérale ainsi que par les journalistes. Ils furent alors sommés de choisir un camp entre le détenu et l'Administration.

<sup>3</sup> Les psychiatres pénitentiaires ont également adopté, comme on le verra, une attitude plus revendicatrice mais il ne s'agit pas du groupe professionnel étudié ici bien que ce point sera évoqué.

médecine « au rabais », disqualifiante pour celui qui l'exercent. Il était dès lors difficile d'affirmer au sein du secteur médical une spécialité dénuée de toute reconnaissance, voire dévalorisante<sup>1</sup>. C'est pourquoi il a semblé important de restituer les accusations et les scandales dont fit l'objet la médecine pénitentiaire afin de mieux comprendre les contraintes que ces derniers ont exercé dans la tentative de spécialisation. On évitera pour cela l'écueil, parfois rencontré dans l'analyse des scandales, de la naturalisation du scandale ou à l'inverse du « réductionnisme stratéliste ».

Les études consacrées aux scandales peuvent schématiquement être réparties entre celles, de nature fonctionnaliste, qui se donnent pour objet les scandales « en soi » et celles, constructivistes, qui proposent d'analyser les scandales « pour soi »<sup>2</sup>. Les premières tentent de mettre à jour les conditions ayant présidé à l'émergence d'un scandale ainsi que les fonctions remplies par celui-ci. Le scandale suppose ainsi l'existence de valeurs communes que la transgression met à l'épreuve. Le scandale est dès lors, selon cette approche, un moment au cours duquel l'attachement aux normes est réévalué collectivement.

Longtemps dominant ce courant d'analyse fut critiqué pour son « naturalisme » puisqu'il existerait des situations scandaleuses en elle-même<sup>3</sup>. A l'inverse la démarche constructiviste propose de replacer au centre de l'analyse le travail de qualification entrepris par les acteurs et d'analyser ainsi un scandale comme l'aboutissement de « stratégies de scandalisation ». Ce modèle s'est affirmé depuis les années quatre-vingt en lien avec le développement des *mass media* apportant aux différents acteurs de nouvelles possibilités d'imposer leurs vues. Est scandaleux dès lors, comme le proposent Patrick Champagne et Dominique Marchetti, « ce que le champ journalistique, dans son ensemble, considère comme tel et parvient surtout à imposer à tous »<sup>4</sup>.

Cette seconde approche peut néanmoins aboutir à l'idée, qualifiée de « réductionnisme stratéliste », selon laquelle aucun « en soi » scandaleux n'existerait<sup>5</sup>. C'est pourquoi elle

---

<sup>1</sup> Qu'elle soit dévalorisante au sein du secteur médical n'implique pas que la médecine pénitentiaire ne permettait pas une certaine valorisation sociale des praticiens qui l'exerçaient. C'était le cas pour des « médecins de campagne », selon les termes de l'un des interviewés, qui étaient ainsi en rapport avec le directeur de l'établissement mais surtout avec les magistrats, profession souvent mystérieuse pour les soignants.

<sup>2</sup> Pour une présentation générale de la sociologie des scandales. Cf. DE BLIC Damien, « Quand l'événement prend forme. Constitution du « scandale politico-financier » comme puissance mobilisatrice », intervention au Congrès de l'Association Française de Science Politique 2007.

<sup>3</sup> Pour une critique de l'« histoire naturelle » qui se contenterait de reprendre comme catégorie d'analyse la catégorisation des acteurs on renvoie à DOBRY Michel, *Sociologie des crises politiques*, Presses de la Fondation nationale des sciences politiques, 1986, pp. 73-78.

<sup>4</sup> CHAMPAGNE Patrick, MARCHETTI Dominique, « L'information médiatique sous contrainte. A propos du « scandale du sang contaminé » », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n°101-102, 1994, p.43.

<sup>5</sup> DE BLIC Damien, LEMIEUX Cyril, « Le scandale comme épreuve. Eléments de sociologie pragmatique », *Politix*, n°71, 2005, pp.9-38 ; FILLION Emmanuelle, *A l'épreuve du sang contaminé. Pour une sociologie des affaires médicales*, Paris, Éditions de l'EHESS, coll. "En temps et lieux", 2009.

demande à être nuancée, le chercheur devant s'efforcer de tenir compte aussi bien des normes des systèmes d'actions concernés que des calculs stratégiques auxquels se livrent les acteurs. Si « tout n'est pas construit dans un scandale », on pense néanmoins, comme le propose Alain Garrigou qu'il est possible de « dissocier scandale et violation de normes », et ce sans adopter un point de vue relativiste<sup>1</sup>. Ainsi, on envisagera les scandales liés à la médecine pénitentiaire tantôt sous l'angle de leur logique de construction sociale, tantôt sous l'angle des effets qu'ils produisent sur les soignants pénitentiaires.

Retracer l'histoire des scandales, des luttes et des mobilisations autour de la médecine pénitentiaire, et de sa spécialisation, suppose de rompre avec la vision qui en est faite aujourd'hui lorsque l'on évoque l'organisation des soins en prison. Il ne suffit pas, pour comprendre la réforme de 1994, d'adopter un regard rétrospectif sur l'évolution de la prise en charge sanitaire des détenus, qui aurait évolué au seul rythme de l'impératif de santé publique ou de celui du décloisonnement. Cette démarche conduit à naturaliser et à réifier une histoire de la réforme d'où est absente toute mobilisation d'acteurs, et ainsi toutes réalités sociales et politiques. En recourant au registre du nécessitarisme, elle tend à gommer les affrontements ayant ponctué cette histoire, jusqu'à aboutir à une quasi-amnésie<sup>2</sup>. Problématiser la loi du 18 janvier 1994 revient dès lors à « s'interroger sur la continuité d'un processus historique »<sup>3</sup> afin de mettre en évidence, comme nous y invite Dan Kaminski, au sujet de la promotion des droits en prison, que celle-ci « ne s'inscrit pas dans une production aléatoire ou divine dans un sens historique »<sup>4</sup>. Ce travail s'inscrit ainsi pleinement dans une démarche de sociologie historique de l'action publique.

### *Une démarche de sociologie historique de l'action publique*

Si ce travail de thèse s'inscrit dans l'analyse des politiques publiques, il emprunte ainsi à la démarche d'« historicisation de l'action publique » qui, comme le souligne Pascale Laborier, « s'est développée ces dix dernières années à partir d'interrogations portant sur l'institutionnalisation des champs d'interventions publiques et du projet de rendre compte de

---

<sup>1</sup> GARRIGOU Alain, « Le scandale politique comme mobilisation » in CHAZEL François (dir.), *Action collective et mouvements sociaux*, Paris, PUF, 1993, p.185.

<sup>2</sup> Une des formes les plus éloquentes de cette amnésie est probablement l'intervention, lors d'un congrès auquel on était présent, de Guy Nicolas, membre du Haut comité à la santé publique (HCSP). Il affirma au sujet de la « genèse de la réforme » (titre de son intervention) que « tout s'est passé en 1992 », se référant ainsi à la saisine du HCSP par le ministre de la Santé, avant de conclure que « contrairement à ce qu'il est dit, une révolution peut se dérouler en quelques mois » (« Colloque santé en prison. 10 ans après la loi : quelle évolution dans la prise en charge des personnes détenues », Paris, 7/12/2004).

<sup>3</sup> CHANTRAINE Gilles, « Les temps des prisons. Inertie, réformes et reproduction d'un dispositif institutionnel », dans ARTIERES Philippe, LASCOUTES Pierre (dir.), *Gouverner, Enfermer. La prison, un modèle indépassable ?*, Paris, Presses de Sciences Po, 2004, p.73.

<sup>4</sup> KAMINSKI Dan, « Les droits des détenus au Canada et en Angleterre : entre révolution normative et légitimation de la prison », dans DE SCHUTTER Olivier, KAMINSKI Dan (dir.), *L'institution du droit pénitentiaire*, op.cit., p.94.

leur construction théorique visible »<sup>1</sup>. Rassemblant des travaux de plus en plus nombreux sous le qualificatif de « socio-histoire » ou de sociologie historique du politique, ce « détour par le passé » contribue, défendent Yves Déloye et Bernard Voutat, « à porter un regard renouvelé, *génétique* sur ses objets familiers, en rendant compte de ce qu'ils doivent au passé dont ils procèdent »<sup>2</sup>. Dresser la sociogenèse d'un dispositif, entendue comme la reconstruction historique de ses conditions de possibilité et de ses acteurs, ne consiste dès lors pas à relever les éléments de continuité mais à souligner les moments de rupture, mettant ainsi à jour, remarque Renaud Payre, les possibles non advenus : « Le chercheur est amené à s'intéresser à des moments historiques présentant des alternatives, des conflits entre différents possibles ; il étudie les conditions historiques et sociales qui ont vu des objets advenir empêchant la consolidation d'autres »<sup>3</sup>. Faire la sociogenèse d'une réforme suppose ainsi de rendre compte non seulement du dispositif élu mais également des échecs qui lui coexistent.

Si la portée heuristique de cette approche socio-historique a depuis longtemps été reconnue dans l'étude des objets s'inscrivant dans l'Histoire<sup>4</sup>, elle apparaît en revanche plus récente, dans la compréhension de l'action publique contemporaine. Depuis les travaux se sont multipliés et ses objets ont été divers : rôle des savoirs académiques, formation des cadres, instruments d'action publique tels la statistique, etc.<sup>5</sup>. Quelques-uns de ces travaux ont porté sur des réformes de l'action publique, même s'ils demeurent rares. La loi du 5 avril 1910 sur les retraites ouvrières et paysannes a ainsi été pu être expliquée à partir d'une « nébuleuse réformatrice et républicaine » comportant de nombreuses instances non publiques<sup>6</sup>.

Bien que ne s'inscrivant pas explicitement dans cette démarche, le travail de thèse d'Henri Bergeron articule, comme on souhaite le faire, l'analyse d'une politique publique et les dynamiques professionnelles de façon historique. Pour conjurer toute lecture « naturaliste » de la constitution du secteur de la toxicomanie pendant les années soixante-dix, il démontre que le monopole thérapeutique dont disposent progressivement les consultations psychologiques résulte de l'éviction de deux autres méthodes alternatives (la méthadone et les communautés

---

<sup>1</sup> LABORIER Pascale, « Historicité et sociologie de l'action publique », dans LABORIER P., TROM D., *Historicités de l'action publique*, Amiens, CURAPP, 2003, p.432.

<sup>2</sup> DELOYE Yves, VOUTAT Bernard, « Entre histoire et sociologie : l'hybridation de la science politique », *Faire de la science politique*, Paris, Belin, coll « Socio-histoires », 2002, pp.7-24. p.24.

<sup>3</sup> En s'inspirant de la « sociologie historique prospective » évoquée par Charles Tilly, Renaud Payre propose, en récusant les visions linéaires et développementistes de l'histoire qui aboutissent à « n'observer les objets que lorsqu'ils sont advenus et bien solidifiés », de retracer les aléas d'un projet avorté de science de gouvernement, un possible non institutionnalisé (PAYRE Renaud, *A la recherche de la « science communale »*. *Les « mondes » de la réforme municipale dans la France de la première moitié du vingtième siècle*, thèse de science politique, IEP Grenoble, décembre 2002, pp.27-28).

<sup>4</sup> Pour une description générale de ces premiers travaux de sociologie historique, Cf. DELOYE Yves, *Sociologie historique du politique*, Paris, La découverte, 2003.

<sup>5</sup> Pour un bilan des travaux existants en la matière, on renvoie à PAYRE Renaud, POLLET Gilles, *Sociohistoire de l'action publique*, op.cit.

<sup>6</sup> DUMONS Bruno, POLLET Gilles, *L'Etat et les retraites. Genèse d'une politique*, Paris, Belin, 1994, 480p.

thérapeutiques)<sup>1</sup>. C'est ce rôle heuristique de mise en évidence des possibles non advenus rendu possible par le détour par l'histoire que souligne Pierre Bourdieu lorsqu'il écrit :

*« Il n'est sans doute pas d'instrument plus puissant que la reconstruction de la genèse : en faisant ressurgir les conflits et les confrontations des premiers commencements et, du même coup, les possibles écartés, elle réactualise la possibilité qu'il en ait été (et qu'il en soit) autrement et, à travers cette utopie pratique remet en question le possible qui, entre tous les autres, s'est trouvé réalisé »<sup>2</sup>.*

La réforme, en tant que décision, doit ainsi être appréhendée comme un moment privilégié de redéfinition, et surtout de réduction, des possibles. C'est dans ce sens que Christian Topalov remarque, au sujet de la réforme sociale à la fin du XIX<sup>ème</sup> siècle, que la réforme « ouvre des territoires nouveaux ou rénovés à l'action publique des individus et des institutions, elle clôt en même temps ou repousse aux marges d'autres perspectives jusque-là bien vivantes »<sup>3</sup>. L'un des enjeux de cette recherche est par conséquent de souligner, à travers l'évocation des mobilisations et des luttes ayant parcourues l'histoire de l'organisation des soins en prison, que la « réforme de la médecine pénitentiaire » telle qu'elle est advenue en 1994 n'est qu'un des possibles. On propose ainsi de rompre avec le « nécessitarisme » unanime qui est apparu au moment de la réforme, perçue sur le mode de l'évidence, afin d'en restituer les conditions de possibilité.

### **DELIMITATION SPATIO-TEMPORELLE DU SUJET**

Ce travail a pour objet la sociohistoire de l'organisation des soins en prison, de ses réformes et de ses professionnels, jusqu'à la loi n°94-43 du 18 janvier 1994 qui transfère la médecine somatique au ministère de la Santé. Le dispositif de prise en charge de la santé mentale pénitentiaire avait en effet déjà été rattaché au système hospitalier public en 1986. Bien qu'elle ne constitue pas notre objet d'étude en tant que telle, la médecine psychiatrique est néanmoins une dimension importante de la thèse, et ce tout d'abord parce que ces deux activités n'ont pendant longtemps pas été distinguées. La médecine pénitentiaire fut même historiquement davantage l'œuvre de psychiatres que de généralistes. Intervenant en prison dès le XIX<sup>ème</sup> siècle en tant qu'experts ou que criminologues, les psychiatres ont exercé pendant longtemps une forte influence sur l'organisation des soins en prison. La mise en perspective de ces deux prises en charge médicales permettra également de mieux comprendre les conditions de réforme de la médecine somatique.

Tout en privilégiant l'étude des médecins généralistes, on évoquera, d'autre part, la question des personnels infirmiers pour deux raisons. Tandis que les praticiens n'effectuaient que

---

<sup>1</sup> BERGERON Henri, *L'Etat et la toxicomanie. Histoire d'une singularité française*, op.cit, pp.69-94.

<sup>2</sup> BOURDIEU Pierre, *Raisons pratiques*, Paris, Seuil, 1994, p.107.

<sup>3</sup> TOPALOV Christian, « Les réformateurs et les réseaux : enjeu d'un objet de recherche », *Laboratoires du nouveau siècle. La nébuleuse réformatrice et ses réseaux en France 1890-1914*, Paris, EHESS, 1999, pp.39-40.

quelques heures de vacation hebdomadaires, les infirmières assuraient l'essentiel de la prise en charge sanitaire des détenus. Ces dernières formaient, en second lieu, un « corps » pénitentiaire accédant au statut de fonctionnaire par voie de concours<sup>1</sup>. A l'inverse les médecins, en dépit des tentatives, ont toujours eu un statut de vacataires. Les médecins pénitentiaires exercèrent d'autre part un rôle privilégié dans la réforme par le recours à l'espace public ainsi que la mise en forme de la médecine pénitentiaire en tant que discipline, par le biais notamment de colloques et de publications scientifiques.

Afin de restituer l'évolution du dispositif de prise en charge de la santé des détenus, il aurait été possible de réaliser l'étude d'un ou de deux établissements pénitentiaires dont on aurait dressé la monographie. On a certes tenté, notamment par le biais des entretiens, de privilégier l'investigation de quelques établissements dont les praticiens ont joué un rôle important dans la structuration du secteur de la médecine pénitentiaire. C'est notamment le cas de Fresnes et des Baumettes, où étaient situés les deux seuls « hôpitaux pénitentiaires », ou encore de Lyon où exerçait une équipe de praticiens particulièrement active. On a également tenté de dresser la situation de deux autres établissements de moindre dimension, à savoir les Maisons d'arrêt (M.A) de Bois d'Arcy et de Pontoise en Ile-de-France. Ce travail local s'est cependant rapidement heurté à d'importants obstacles. Il n'existe tout d'abord presque aucune archive concernant le dispositif d'organisation des soins dans les établissements, les entretiens demeurant l'outil d'investigation incontournable pour comprendre les situations locales. Il est cependant apparu très difficile de retrouver de façon presque exhaustive les médecins et infirmières ayant travaillé dans une même prison. Le renouvellement rapide du personnel explique l'absence de mémoire collective relative aux différents professionnels de santé ayant exercé dans l'établissement. Outre ces considérations pratiques, l'approche « localiste » a semblé peu pertinente au regard du sujet. L'extrême hétérogénéité entre les différents établissements rendait en effet difficile toute montée en généralité. Mais surtout, cette approche rendait difficilement observables les interactions ayant permis l'émergence d'un segment de médecine pénitentiaire. Il est par conséquent progressivement apparu préférable de privilégier l'analyse du dispositif national de prise en charge des détenus, et notamment les relations entre les praticiens et leur autorité de tutelle.

La délimitation d'une période d'étude fut plus délicate. Rappelons que la Libération est considérée comme le moment à partir duquel ont été recrutés les premiers soignants en milieu carcéral<sup>2</sup>. En dépit de l'intérêt alors accordé à la question sanitaire en prison, l'accès aux soins

---

<sup>1</sup> Plus exactement, les infirmières travaillant en prison se divisaient entre celles ayant un statut Croix-Rouge et celles ayant un statut pénitentiaire.

<sup>2</sup> C'est pourtant au XIX<sup>ème</sup> siècle que la présence des médecins fut pour la première fois instituée. Un règlement sur les Maisons centrales en date du 5 octobre 1831 commande l'affectation d'un chirurgien et d'un médecin

se heurte à la faiblesse des moyens que l'Administration consacre au nouveau dispositif. C'est néanmoins à cette époque qu'émergent les premières formes de spécialisation de l'activité médicale en prison. Outre la création en 1947 d'un corps d'infirmières pénitentiaires, la DAP, soucieuse de ne pas grever son budget par des admissions dans les hôpitaux civils et de prévenir les risques d'évasion, annonce en 1951 « la construction dans la région parisienne d'un hôpital pénitentiaire » et la création d' « infirmeries régionales sur l'ensemble du territoire » (LM, 15/12/1951).

En dépit des articles optimistes publiés par quelques médecins exerçant en prison<sup>1</sup>, les praticiens souffrent au cours des années cinquante d'une faible reconnaissance institutionnelle. En atteste cette lettre du généraliste de la M.A de Pau envoyée au médecin-chef de l'Hôpital des prisons de Fresnes : « Je vous serais très reconnaissant de bien vouloir vous pencher sur les conditions d'exercice de la Profession pour les médecins des Maisons d'arrêt en province. Pour deux visites par semaine des détenus entrants et malades, visites urgentes possibles et surveillance du personnel l'Administration alloue 10.000 francs par mois ! »<sup>2</sup>. La référence faite par ce praticien à une profession de « médecin des Maisons d'arrêt » témoigne de l'amorce d'une spécialisation du corps médical exerçant en prison.

La création du poste de Médecin-inspecteur en 1960 avait, dans un premier temps, été retenue comme point de départ de cette thèse<sup>3</sup>. Le manque de sources (presque aucun interviewé et très peu d'archives) nous a cependant contraint à en resserrer le cadre<sup>4</sup>. Une autre raison vient justifier ce choix : jusqu'au début des années soixante-dix, l'activité des médecins en milieu pénitentiaire demeure discrète. Ils sont alors invisibles au sein de l'espace public : aucun

---

tendus de résider dans l'établissement. Le 30 octobre 1841, un règlement général des prisons départementales établit les attributions du médecin nommé par le préfet. Le rôle réel conféré aux praticiens serait cependant très réduit comme en attesterait l'exclusion du médecin de la commission de surveillance de l'établissement ou le visa apposé par le surveillant-chef à ses prescriptions. Dans un rapport adressé au ministre de l'intérieur en 1838, l'inspecteur général des prisons observe que l'Administration « doit se tenir en garde et opposer le plus d'obstacles qu'elle peut contre la propension qu'ont généralement les médecins de prison à faire de la médecine philanthropique et à traiter les malades comme ils le feraient de petites maîtresses ou de clients accoutumés à jouir, dans le monde, de toutes les aisances de la vie » (Cité dans FULLY Georges, « Médecine pénitentiaire et criminologie », *Annales internationales de criminologie*, 1<sup>er</sup> semestre, 1966, pp.9-16).

<sup>1</sup> Selon le Dr Fernand Masmontheil, médecin-chef de l'infirmerie centrale de Fresnes, « l'administration pénitentiaire soucieuse de la santé des individus dont elle a la charge n'hésite pas à rechercher les solutions les plus modernes et les plus efficaces » (MASMONTHEIL Fernand, « L'infirmerie centrale des prisons de Fresnes », *La santé de l'homme*, n°77, 03-04/1953, pp.37-38). De la même façon, le docteur Viallier affirme que même si « tout n'est pas parfait, et ne peut pas l'être [...] un effort continu a été effectué pour que tout détenu puisse bénéficier à l'intérieur de l'établissement où il se trouve de soins exactement superposables à ceux qu'il recevrait s'il était libre » (VIALLIER, « L'Hygiène des prisons. Les malades à la prison », *La santé de l'homme*, n°77, 03-04/1953, pp.33-36).

<sup>2</sup> Lettre du médecin de la M.A de Pau au médecin-chef de l'Hôpital des prisons de Fresnes datée du 12/05/1959 (CAC. 19830701. Art.481).

<sup>3</sup> Cf. Annexe 5 : « La création du poste de Médecin-inspecteur des prisons dans le contexte de la guerre d'Algérie ».

<sup>4</sup> En outre, Georges Fully ayant été assassiné en 1973, la plupart de ses archives personnelles et professionnelles ont été saisies par la Justice qui n'a jamais résolu cet homicide.

article de presse, aucun ouvrage et très peu d'articles scientifiques leur sont consacrés. La spécialisation entreprise par Georges Fully demeure durant les années soixante largement interne.

Ainsi, faire débiter cette thèse au début des années soixante-dix présentait trois avantages. Il s'agit d'une période d'une importante médiatisation de l'institution pénitentiaire dont subsistent de nombreuses traces, notamment concernant la prise en charge médicale des détenus. Fortement remis en cause par les militants de la cause carcérale, les praticiens exerçant en prison ont alors pour la première fois pris la parole au sein de l'espace public (en témoignant dans les médias ou en publiant des livres) et au sein du secteur médical (par des articles ou dans leur thèse). Enfin, troisième raison venant justifier l'étude de cette période, les témoins de cette époque sont plus facilement localisables.

On a choisi par conséquent de faire débiter cette recherche à la forte contestation du milieu carcéral survenue à partir de 1970 qui a pour la première fois mis en cause les carences de l'organisation des soins amenant certains soignants pénitentiaires à réclamer davantage d'autonomie professionnelle. D'autres, à l'inverse, témoignèrent leur attachement à l'Administration pénitentiaire, laissant apparaître ainsi les points de divergence entre segments professionnels. Le choix du point d'achèvement de la période d'étude apparut plus simple. La loi du 18 janvier 1994, en transférant les personnels sanitaires exerçant en prison au ministère de la Santé, clôt un chapitre de l'histoire et ainsi cette recherche. Retracer l'évolution de l'organisation des soins en prisons, de ses réformes et de ses professionnels, entre 1970 et 1994 requiert de recourir à de nombreuses sources tant orales qu'écrites.

## ***LES SOURCES DE L'ENQUETE***

De la démarche de recherche choisie découle un certain nombre de conséquences quant à la méthode d'enquête. Articuler, comme on le propose, l'étude d'une profession et d'une politique publique suppose en effet de multiplier les points d'entrée sur le sujet. On souhaite ici expliquer comment a progressivement pris forme le travail de terrain en évitant, autant que possible, de rationaliser *a posteriori* une démarche où le hasard occupe une place fondamentale. Pourtant les sources ne se sont pas imposées d'elles-mêmes puisqu'elles procèdent d'un travail de sélection. On souhaite restituer ici l'enquête de façon la plus fidèle possible afin de souligner à quel point le travail final est indissociable des contraintes, et des opportunités, qui sont apparues progressivement au cours de la thèse.

Notons avant tout la principale difficulté rencontrée, et ce dès le départ de la thèse : aucune recherche n'existait sur la médecine pénitentiaire. Aucun chercheur, ni même aucun acteur



n'a publié sur ce qu'était l'organisation des soins en prison avant 1994<sup>1</sup>. Ce silence contrastait avec les nombreuses contributions accordées à la nouvelle prise en charge sanitaire des détenus après la réforme. Si les sources de première main existaient, elles étaient cependant très dispersées et les collecter a demandé un important travail de recherche. Après une analyse des politiques carcérales, essentiellement à l'aide de la presse faute de nombreuses empiriques sur le sujet, on a dans un premier temps choisi de recourir à l'entretien comme source privilégiée auprès des soignants. Celle-ci s'étant révélée lacunaire, on fit le choix de recourir à la littérature médicale. Les thèses de médecine s'avérèrent à cet égard importantes. Dans l'analyse de la logique administrative on eu recourt aux rapports de l'Inspection générale des affaires sociales ainsi qu'aux archives des ministères de la Justice et de la Santé. Enfin, quelques entretiens furent conduit avec des décideurs. Cette diversité des sources se reflète dans l'écriture de la thèse.

### *L'étude des politiques carcérales comme point de départ*

La lecture des travaux de sciences sociales consacrés aux prisons permit dans un premier temps de constater à quel point l'histoire des politiques carcérales demeurait peu traitée, à l'exception de la période de contestation des prisons survenue au début des années soixante-dix<sup>2</sup>. Les années quatre-vingt ou le début des années quatre-vingt-dix n'ont donné lieu à presque aucun travail de terrain empirique<sup>3</sup>. Les travaux consacrés à cette période ont davantage privilégié une analyse des politiques carcérales sous la forme de leur rhétorique<sup>4</sup>. La première étape de la thèse a ainsi été une étude approfondie des politiques carcérales sur la période choisie. Outre quelques ouvrages écrits par des acteurs de l'époque<sup>5</sup>, on a pour cela eu recours aux revues spécialisées de droit pénal et pénitentiaire qui ont permis de mettre à jour quelques articles relatifs à la santé des détenus mais surtout des prises de position, souvent de magistrats, à l'égard de l'évolution des prisons françaises et notamment d'un point de vue juridique<sup>6</sup>. On a, en même temps, procédé à une analyse approfondie de la presse généraliste<sup>1</sup>,

---

<sup>1</sup> Le seul texte dont nous disposions étaient quelques pages écrites à ce sujet par Bruno Milly dans sa thèse consacrée au métier de soignant en prison après 1994 (MILLY Bruno, *Professions et prison. Soigner et enseigner en prison*, op.cit.)

<sup>2</sup> On retiendra sur ce sujet essentiellement les travaux de Grégory Salle et de Philippe Artières.

<sup>3</sup> A l'exception des articles de Claude Faugeron, le travail consacré par Jean-Charles Froment à la question des surveillants de prison est l'un des rares à s'appuyer sur un travail de terrain et une réelle connaissance de la DAP (FROMENT Jean-Charles, *La république des surveillants de prison. Ambiguïtés et paradoxes d'une politique pénitentiaire en France* (1958-1998), LGDJ, coll. « Droit et société », Paris, 1998).

<sup>4</sup> On pense là aussi aux travaux de Grégory Salle.

<sup>5</sup> Les ouvrages de Jean Favard, ancien Conseiller technique de Robert Badinter, ont été les plus précieux.

<sup>6</sup> On a dépouillé à l'université Lyon 3 de façon systématique tous les articles traitant de la question carcérale depuis 1945 par *La Revue de sciences criminelles et de droit pénal comparé* (RSCDPC) ainsi que par *La Revue pénitentiaire et de droit pénal* (RPDP). Cette dernière éditée depuis 1877 par la Société Générale des Prisons et de Législation Criminelle fut de loin la plus pertinente.

complétée par la suite par une analyse des quotidiens médicaux<sup>2</sup>.

Ce travail a permis d'identifier le début des années soixante-dix comme une période charnière du fait de la forte médiatisation à laquelle l'organisation des soins en prison fut alors confrontée. La presse a permis d'identifier les principaux acteurs, à la fois institutionnels, tel que Solange Troisier, Médecin-inspecteur de l'Administration pénitentiaire, ou plus militants, comme certains médecins ayant dénoncé leurs conditions de travail. On a, d'autre part, repéré les « scandales » qui ont ponctué l'histoire de la médecine pénitentiaire. De cette analyse est née une hypothèse qu'on a déjà explicitée : la spécialisation de la médecine en prison s'est trouvée considérablement modifiée du fait de la contestation qui en a été faite au sein de l'espace public. Parce qu'ils furent pris à partie au début des années soixante-dix en tant que les complices d'un régime carcéral jugé injuste, certains praticiens, essentiellement des psychiatres et des internes, ont protesté contre leurs conditions de travail et réclamé une plus grande autonomie statutaire. En réaction à ces segments de médecins protestataires, le Médecin-inspecteur Solange Troisier tenta d'affirmer davantage la médecine pénitentiaire comme étant une pratique médicale spécifique au service de la Justice. L'hypothèse du rôle charnière de la période de contestation des prisons (1971-1974) a été confirmée par l'analyse des archives radiotélévisées de l'Institut national de l'audiovisuel (INA). Fort de cette connaissance de l'histoire de la prison, on pensait utiliser comme principale source d'enquête la technique de l'entretien auprès des soignants de cette époque mais on doit néanmoins en soulever certaines limites.

### *Les limites des entretiens avec le personnel sanitaire*

A partir des articles publiés dans presse et les revues spécialisées, on a dressé une liste de médecins et d'infirmières, classés en fonction de leur établissement d'exercice. Ce travail a permis d'aboutir à un fichier comportant plus de deux cents noms. Toutefois, la plupart de ces personnes ne purent être localisées. Décédées, malades, vivant dans des endroits lointains ou placées sur liste rouge, beaucoup étaient injoignables. Pire : presque aucun des médecins

---

<sup>1</sup> On a tout d'abord analysé les dossiers de presse de la Fondation nationale des sciences politiques (FNSP) consacrées à la prison (Cote 164) depuis 1947 jusqu'à 1994. Ces dossiers, peu fournis sur la période 1945-1970 mais très riches depuis les années soixante-dix, ont été complétés par la recension de tous les articles du *Monde* concernant la prison depuis 1946 jusqu'à 1994 grâce au fichier exhaustif de la Banque de documentation et d'information contemporaine (BDIC) de Nanterre. On a ensuite consulté les articles de *Libération* depuis sa création grâce au classement des archives disponible au siège du journal à Paris dont le documentaliste est ici remercié. On a, enfin, traité les dossiers de presse de l'IEP et de la Bibliothèque municipale de Lyon portant presque exclusivement sur les établissements lyonnais.

<sup>2</sup> Le *Quotidien du médecin* fut crucial. Existant depuis 1974, ce journal dispose en effet de dossiers de presse thématiques dont l'un consacré au milieu carcéral. Que la documentaliste soit ici remerciée pour son accueil.

contestataires repérés par le biais de la presse n'a pu être retrouvé<sup>1</sup>. Si elle ne nous permit pas d'avoir accès à de nombreux praticiens, cette liste facilita néanmoins le repérage des principaux médecins, et notamment de ceux qui exercèrent longtemps. Elle accrût, d'autre part, notre crédibilité au cours des entretiens en questionnant un interviewé sur tel ou tel ancien collègue. L'évocation d'un nom permettait de remémorer à ces personnes de nombreux souvenirs au sujet d'une période souvent éloignée, sur laquelle elles avaient souvent « tiré un trait ».

En dépit de nombreuses informations recueillies, notamment quant aux motivations et au parcours professionnel, la vingtaine d'entretiens effectuée auprès de médecins et d'infirmières au bout d'un an et demi de thèse s'avérait assez insatisfaisante. Au-delà de l'imprécision, la technique de l'entretien favorisait l'expression de souvenirs souvent chargés d'émotion et permettait davantage de questionner le rapport que l'interviewé avait développé à l'égard du milieu carcéral et des détenus plutôt que les conditions de travail proprement dites. En témoigne la déception ressentie lors d'un entretien réalisé avec une infirmière ayant travaillé à l'Hôpital de Fresnes de 1954 à 1990<sup>2</sup>. Disposant d'une excellente mémoire, malgré son âge, cette dernière répondait de manière allusive aux questions avant d'enchaîner sur le souvenir qu'elle avait de tel ou tel détenu, souvent de grands criminels, qu'elle avait été amenée à soigner. L'émotion favorisait l'évocation du contexte carcéral (odeurs, bruits, stress) et de ses particularités plutôt que les conditions de leur activité professionnelle en tant que telle.

Second problème, les interviewés étaient souvent peu bavards sur les relations qu'ils avaient eues avec l'Administration pénitentiaire. Si peu de personnes ont refusé le principe de l'entretien<sup>3</sup>, beaucoup ont exprimé leur surprise à ce qu'un « sociologue » puisse s'intéresser à la façon dont se déroulaient auparavant les soins en prison. Parmi les professionnels en retraite, plusieurs ont présenté beaucoup de méfiance à notre égard. Certains répondaient d'emblée qu'ils n'avaient « rien à dire à ce sujet » puisque les détenus étaient soignés « exactement de la même façon qu'à l'extérieur ». Un médecin ayant travaillé à Fresnes adopta ainsi une forme de résistance systématique, en répondant à chaque question posée que cela se déroulait « comme à l'hôpital », refusant d'évoquer ainsi son quotidien. Ces réactions ont un lien avec la suspicion longtemps exercée à l'encontre de la médecine pénitentiaire et des nombreuses accusations formulées contre elle<sup>4</sup>. Bien que peu nombreux, les interviewés continuant à travailler pour le ministère de la Justice démontraient également une certaine

---

<sup>1</sup> C'est particulièrement le cas de Charles Dayant et de Marcel Diennet, ayant publié tous deux des essais critiques sur leur fonction d'interne en milieu carcéral. Le premier est décédé tandis que le deuxième vit aux Etats-Unis où il n'a pas répondu à nos sollicitations par mail.

<sup>2</sup> Tous les entretiens avec le personnel médical et infirmier ont bien sûr été anonymisés, à l'exception de quelques protagonistes trop facilement identifiables, et ce avec leur accord.

<sup>3</sup> On présente dans les sources orales de façon détaillée la méthode de l'entretien et le profil des interviewés.

<sup>4</sup> Cette méfiance est exemplaire à propos de l'Hôpital de Fresnes qui fut au centre de nombreux scandales.

méfiance, traduisant la crainte que l'entretien puisse porter préjudice à leur carrière. Le discours très médiatisé de Véronique Vasseur quelques années auparavant avait bien sûr constitué un précédent fâcheux, laissant craindre une confusion entre recherche et journalisme<sup>1</sup>. En atteste, par exemple, l'échange avec cette infirmière anciennement affectée aux Baumettes et exerçant aujourd'hui à l'Ecole de police de Marseille :

*« - Moi, en plus je suis toujours fonctionnaire au ministère de l'Intérieur et donc je voudrais pas que... »*

*-Oui, je comprends mais de toute façon je ne suis pas journaliste et je ne recherche pas du sensationnel.*

*-Oui de toute façon, le sensationnel, ça a déjà été fait par Mme Vasseur !*

*- Et vous connaissiez leur motif d'incarcération ?*

*- Alors, soit ils le disaient, soit il y avait... Oui, oui... Je le savais. J'allais pas chercher.*

*- Et c'est quelque chose qui ne vous dérangeait pas ?*

*- Ecoutez ! Moi, j'y suis restée dix ans et j'ai toujours fait mon travail ! Je faisais ce que je devais faire. Y en a avec qui je parlais un peu plus longtemps. Y en a avec qui je ne parlais pas. Mais j'ai toujours fait ce que je devais faire »<sup>2</sup>.*

Quelques rares soignants ont accepté de « jouer le jeu » en parlant de la manière la plus libre possible de leur activité. Outre la volonté de ne pas faire scandale, la difficulté à évoquer cette expérience de leur vie, révolue pour la quasi-totalité des interviewés<sup>3</sup>, s'explique également par une sorte de mauvais souvenirs personnels. Plusieurs interviewés ayant accepté de parler librement ont exprimé durant l'entretien des remords ou des souvenirs douloureux liés à cette expérience professionnelle. C'est ainsi que ce praticien en poste dans une petite Maison d'arrêt (M.A) d'Ile-de-France dans les années quatre-vingt évoque le décès d'un détenu dont il s'estime en partie responsable :

*« C'était un soir, en fin de journée [souffle] Un type est amené par un surveillant. Je pense avoir été entre-guillettes conseillé par le personnel infirmier qui me dit : "Oh mais lui, on l'a déjà vu ! Il est toujours en train de se plaindre!". Bon. Je ne fais pas mon boulot. Je néglige complètement d'examiner le type en question... Je lui prescris deux, trois trucs comme ça parce que j'avais envie de partir [silence] C'était pas très glorieux [silence] Et puis je m'en vais. Le détenu rejoint sa cellule avec les médicaments et moi, je m'en vais. Et le lendemain, quand je reviens, on me dit qu'il est mort. Bon [silence] Je trouve ça un peu bizarre et à la suite de ça... Ça, ça illustre quand même un fonctionnement un peu problématique. Je pense que j'aurais dû être mis en examen. Ça vous l'enregistrez mais... Bon, j'ai été convoqué par un officier de police parce que j'étais un des derniers à l'avoir vu. Je lui tiens d'ailleurs à peu près le même discours parce que je ne vois pas bien ce que je pouvais lui dire d'autre. Je l'ai vu effectivement... Voilà. On a cinquante façons d'agir face à une situation comme celle-là. Et la réponse effective de la police et de la Justice ça a été... C'était un algérien ce type... Euh... "On a négocié le rapatriement du corps avec la famille. Il n'y aura pas de*

<sup>1</sup> En 2000, Véronique Vasseur, médecin de garde en 1992 puis médecin-chef depuis 1993 à la M.A de La Santé, publie un livre témoignage où elle décrit les conditions de vie des détenus. La sortie du livre fut très médiatisée, notamment par de larges extraits que *Le Monde* a publié deux jours avant la sortie de l'ouvrage. Deux commissions d'enquête, l'une sénatoriale et l'autre parlementaire, ont été constituées et ont donné lieu à deux rapports d'enquête (VASSEUR Véronique, *Médecin-chef à la prison de la Santé*, Le cherche midi, Paris, 2000).

<sup>2</sup> Brigitte, infirmière de 1984 à 1995 à la Prison Hôpital des Baumettes. Entretien réalisé le 21/02/2006, 2H15.

<sup>3</sup> La totalité des soignants interviewés, à l'exception de quatre, ont cessé de travailler en prison. Beaucoup ayant souhaité poursuivre après la réforme de 1994 n'ont pas pu, soit parce qu'ils n'ont alors pas passé le concours de Praticien hospitalier (médecins) soit parce que leur ancienneté n'était pas pris en compte (infirmières).

*suites". Bon. Bon, voilà. Donc après j'ai arrêté de travailler en prison. C'était vers la fin. Voilà, c'est comme ça... Je ne me frappe pas la tête contre les murs, mais bon... [silence] Je pense que la prison permettait un certain nombre de choses. On peut espérer qu'en professionnalisant un certain nombre de fonctionnements, on peut éviter certaines choses »<sup>1</sup>.*

De manière moins spectaculaire, un autre interviewé qui n'était plus en mesure de répondre à plusieurs questions concernant sa pratique médicale, remarque la place étrange de cette expérience carcérale dans sa vie :

*« J'ai toujours pensé que la prison était hautement pathogène. Un des milieux les plus pathogènes qui soient. J'ai toujours cette difficulté à porter un nouveau regard sur la prison. Et d'ailleurs c'est vrai que quand vous m'avez appelé, vous m'avez replongé dans ce truc-là. Même quand je lis des journaux, etc, j'ai de la peine à revenir dessus. Alors, je sais pas... Peut-on faire une interprétation sauvage et dire que ça reste une zone de culpabilité inconsciente ou je ne sais quoi... Mais bon ! Voilà. C'est difficile... [...] Quand je suis parti au bout de cinq ans... J'avais un besoin de tirer le rideau là-dessus et puis de m'en dégager pendant plusieurs années. J'avais besoin de couper, vraiment de couper »<sup>2</sup>.*

Au final, cinquante-deux entretiens ont été réalisés avec des personnels de santé ayant exercé en prison (trente généralistes, quatorze infirmières, six psychiatres et deux paramédical divers). Ces entretiens semi-directifs et d'une durée moyenne de deux heures ont permis de recueillir de nombreuses informations, notamment quant aux motivations et au parcours professionnels de ces soignants, mais aussi des indices quant à la manière dont ces professionnels avaient vécu les impératifs pénitentiaires. Parfois, deux ou trois entretiens ont été effectués avec des praticiens ayant exercé très longtemps en milieu pénitentiaire, tel le Dr Gonin des M.A de Lyon, ou d'autres ayant occupé une position privilégiée au sein de l'organisation, tel le Dr Espinoza médecin-coordonateur de l'Hôpital de Fresnes<sup>3</sup>. Toutes les limites évoquées précédemment nous ont cependant fait ressentir le besoin d'avoir accès à une autre source d'information.

### *Une littérature médicale éparse mais précieuse*

La défense de la médecine pénitentiaire apparaissait inextricablement liée à la croyance que cette dernière constituait une spécialité médicale, croyance à laquelle se sont par la suite opposés les partisans d'un transfert au ministère de la Santé. On a par conséquent souhaité retracer cette logique de spécialisation par le biais des revues médicales susceptibles de traiter des prisons. Dans un premier temps ont été privilégiées les publications ayant une dimension de santé publique (*Actualité et dossier en santé publique, La santé de l'homme, La revue française des affaires sociales*) ou celles traitant des questions de sida ou toxicomanie (*Remaides, Le journal du sida*), et ce depuis la fin des années quatre-vingt. La déception fut grande : ces revues ont publié la quasi-totalité de leurs articles concernant la prison

---

<sup>1</sup> Pour des raisons évidentes, le nom de l'interviewé ne sera pas donné, cet extrait ayant été retiré des annexes.

<sup>2</sup> Luc, interne aux prisons de Lyon de 1974 à 1975 puis assistant en psychiatrie au CMPR de 1977 jusqu'en 1984. Aujourd'hui chef de service à l'hôpital du Vinatier. Entretien réalisé le 25/02/2008. Durée : 2H.

<sup>3</sup> En raison de leur intérêt les entretiens avec les Dr Gonin et Espinoza ont été joints en Annexes 36 et 38.

uniquement après la réforme de 1994. Cette absence permettait néanmoins de fortement relativiser l'intérêt que le monde de la santé publique aurait éprouvé à l'égard de la question carcérale au début des années quatre-vingt-dix. Si les spécialistes de la santé publique s'intéressent aux prisons, c'est surtout depuis que la prise en charge sanitaire des détenus relève du ministère de la Santé, et non l'inverse.

Il apparaissait en revanche fastidieux de dépouiller systématiquement les revues de médecine générale (*La revue du praticien*, *La gazette médicale de France*, *Le concours médical*) au vu du faible nombre d'occurrences concernant notre sujet. On a procédé à l'étude des revues médicales, notamment celles plus scientifiques, de façon incrémentale, c'est-à-dire essentiellement à partir de renvois bibliographiques. Ce travail a permis d'identifier une cinquantaine d'articles, très inégaux, traitant du milieu carcéral et publiés dans une pluralité de revues. La forte surreprésentation, parmi ces dernières, des revues de santé mentale (*L'information psychiatrique*, *Psychiatrie aujourd'hui*, *Soins Psychiatrie*) attestaient une reconnaissance plus avancée des psychiatres hospitaliers intervenant en prison. Exerçant quasi-exclusivement de façon libérale, les généralistes travaillant en détention avaient rarement l'opportunité de publier dans des revues scientifiques.

Deux autres sources permirent de pallier ce faible nombre d'articles traitant de la médecine somatique. Les actes des congrès de médecine pénitentiaire constituèrent, tout d'abord, un moyen privilégié afin d'étudier la structuration de ce groupe professionnel. Des quatre colloques organisés de 1963 à 1972 par le premier Médecin-inspecteur, Georges Fully, seuls deux ont cependant donné lieu à publication d'une brochure. Second problème, mêmes si les trois congrès organisés de 1975 à 1982 par le second Médecin-inspecteur, Solange Troisier, avaient été publiés, les actes apparaissaient de plus en plus pauvres. Le peu de place accordé aux ateliers, lieu de confrontations entre magistrats et praticiens, témoignait d'un contrôle accru exercé sur ces rencontres, souvent limitées à la succession de propos élogieux. Sauf exception, ces publications ne permirent pas d'observer les logiques sociales qui étaient à l'œuvre. Là aussi, l'entretien ne suffit pas à compenser ces lacunes, aucun interviewé n'ayant un souvenir précis de ces rencontres trop éloignées. En outre, aucune archive ne fut trouvée sur l'organisation de ces rencontres.

De manière plus tardive, on recourut, troisième type de source écrite concernant la discipline médicale pénitentiaire, aux thèses de médecine traitant du milieu carcéral<sup>1</sup>. Pour la plupart

---

<sup>1</sup> Cette analyse repose sur les index des thèses de médecine soutenues en France (depuis 1950) ainsi que les fichiers manuels (depuis la Libération) présents à la Bibliothèque inter-universitaire de médecine (BIUM) à Paris. On a exclu les thèses consacrées à la psychiatrie pour ne retenir que celles qui relevaient de la médecine somatique. Malgré le fait que cette recherche ne prétende pas avoir recensé toutes les thèses portant sur le milieu pénitentiaire, en l'absence d'un fichier centralisant toutes les thèses françaises de médecine depuis les années

effectuées par des internes ayant travaillé en prison, elles permirent d'apporter de très nombreuses données quant à la structuration de ce groupe professionnel. Elles permirent également de retracer les logiques par lesquelles les médecins pénitentiaires défendaient la spécificité de cette discipline en voie de reconnaissance. Une dernière source apparut potentiellement riche mais presque introuvable. Il s'agit des enseignements de médecine pénitentiaire professés dans le cadre de l'attestation d'études instaurée en 1965 à la Faculté de Paris puis, dans un second temps, dans le cadre de la chaire de médecine pénitentiaire inaugurée en 1977 au CHU Lariboisière Saint-Louis (Paris VII). En dépit de nos efforts, un seul tome de ces enseignements fut retrouvé à la bibliothèque de l'Académie de médecine et un tome nous fut remis par un interviewé ayant suivi cet enseignement<sup>1</sup>. La difficulté à regrouper des documents médicaux traitant de la médecine pénitentiaire, qui attestait de l'échec à inscrire cette activité au sein de l'espace universitaire, incita à s'intéresser à la documentation administrative traitant de la santé en prison.

### *Les promesses déçues des archives de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS)*

En dehors de quelques rapports ayant précédé la loi du 18 janvier 1994<sup>2</sup>, les archives de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) apparaissaient comme une source administrative fondamentale. C'est en effet à cet organisme que fut confiée la mission de contrôle sanitaire en prison lorsque le poste de Médecin-inspecteur de l'Administration pénitentiaire fut supprimé en 1983. Il s'avéra cependant que les inspecteurs ayant eu cette charge étaient partis en retraite au cours des années quatre-vingt-dix mais que, surtout, tous ceux en poste à l'IGAS ignoraient ce qu'étaient devenus les rapports des Médecins inspecteurs de la santé publique (MISP) départementaux systématiquement envoyés à l'IGAS, ou encore les comptes-rendus du Comité interministériel de coordination de la santé en milieu carcéral, pourtant placé sous la double tutelle de l'IGAS et de la Direction de l'Administration pénitentiaire (DAP)<sup>3</sup>.

Seules les plaintes déposées par les détenus auprès des MISP avaient été conservées. Face aux réticences de l'inspecteur actuellement chargé à l'IGAS de la mission pénitentiaire, on a cependant convenu de ne pas accéder à ces documents, et ce pour deux raisons. La première

---

cinquante, elle donne un aperçu de l'évolution de la place de l'organisation des soins en prison au sein du champ médical. Pour la liste des thèses voir l'Annexe n°4.

<sup>1</sup> Les cours étaient visiblement dactylographiés comme cela est usuel en médecine mais la Faculté de médecine de Lariboisière ne dispose d'aucun volume. On peut regretter que les cours ne soient pas systématiquement conservés par l'Université où ils sont dispensés.

<sup>2</sup> Outre le rapport du Conseil national du sida, c'est surtout le rapport du Haut comité à la santé publique qui fit l'objet d'une analyse importante, notamment à partir d'entretiens ou d'archives ministérielles.

<sup>3</sup> La responsable de la mission des archives nationales à l'IGAS nous apprit que de nombreux documents étaient entreposés dans leurs locaux mais que, faute de temps, elle ignorait lesquels.

est celle du secret médical. Les courriers envoyés par les détenus sont nominatifs et comportent des indications sur leur situation particulière. Ces courriers sont apparus, en second lieu, difficilement exploitables. Beaucoup de plaintes traduisent avant tout une protestation ou une insatisfaction des détenus par rapport à leur santé, bien sûr, mais également vis-à-vis de leur statut pénal. Il est, d'autre part, impossible de déterminer dans quelle mesure ces insatisfactions renvoient à un défaut de prise en charge ou à une perception faussée<sup>1</sup>.

C'est pour ces raisons qu'on a privilégié les rapports établis par l'IGAS consacrés soit au sujet d'un établissement précis, et ce à la suite le plus souvent de nombreuses plaintes, soit à une question d'organisation générale des soins en milieu carcéral, comme par exemple la gestion des médicaments. Entre 1983 et 1994 entre vingt et trente rapports ont été réalisés, dix sept ont été analysés<sup>2</sup>. Bien qu'ils soient très inégaux, ces rapports ont permis de recueillir de nombreuses informations sur les dysfonctionnements de la médecine pénitentiaire au milieu des années quatre-vingt. Ces documents ont ensuite permis d'identifier certains médecins et infirmières, retrouvés par ce biais. On a surtout tenté à partir de ces rapports de comprendre la relation spécifique qui s'est établie entre l'Administration pénitentiaire et l'IGAS, et ainsi plus largement entre les ministères de la Justice et de la Santé. On regrette à cet égard que les archives versées au Centre des archives contemporaines (CAC) par l'IGAS ne contiennent le plus souvent que le rapport final en tant que tel. Les documents intermédiaires (courriers, versions antérieures) auraient constitué un élément précieux de la recherche. Au final, l'apport des archives de l'IGAS est apparu assez faible au regard des attentes initiales. Organisme d'inspection, l'IGAS est une administration de mission peu étoffée et conservant peu d'archives, à l'encontre des services ministériels de gestion dont les archives furent décisives.

### *Un recours décisif aux archives des directions ministérielles*

Les archives des services centraux des ministères de la Santé et de la Justice sont apparues comme des sources essentielles de la recherche, notamment afin de reconstituer les relations entre acteurs. Restait à trouver le bon carton. On s'est dans un premier temps intéressé aux dossiers dits « de principe » versés aux Archives nationales par la DAP qui concernent l'organisation générale des services médicaux. S'ils ont permis de prendre connaissance des différentes circulaires, ces dossiers se sont cependant rapidement avérés insatisfaisants car ils étaient peu remplis, à quelques exceptions près (grèves de la faim par

---

<sup>1</sup> C'est pour la même raison qu'il nous a semblé peu opportun de réaliser des entretiens avec d'anciens détenus.

<sup>2</sup> Il fut difficile de dresser la liste de ces rapports, aucun document officiel ne les recensant. Que soient ici remerciés le Dr Patricia Vienne, Inspecteur à l'IGAS, ainsi que Mme Costa et les services de reprographie de l'IGAS pour la copie des vingt rapports qui m'ont été gracieusement remis.



exemple). Ils s'arrêtaient, en outre, souvent au début des années soixante-dix et ne concernaient pas directement la période étudiée.

Les services du ministère de la Santé, et notamment la Direction générale de la santé (DGS) et la Direction des hôpitaux (DH), avaient pour leur part versé très peu d'archives concernant notre sujet, la plupart des documents trouvés abordant seulement la mise en œuvre de la loi du 18 janvier 1994. Plusieurs raisons expliquent la faiblesse des archives trouvées : l'organisation des soins en prison a tout d'abord été de la compétence exclusive de l'Administration pénitentiaire. Jusqu'en 1983, date de transfert de l'inspection médicale, aucun bureau du ministère de la Santé n'avait de compétence sur ce dossier. Il fut possible, en revanche, par la suite d'accéder de façon fortuite aux archives de la Direction générale de la santé concernant le milieu carcéral encore situés dans leurs locaux avenue de Ségur. Datant des années quatre-vingt, ces documents n'avaient jamais, signe révélateur, été versés aux Archives nationales. Ils étaient entreposés dans une armoire dont personne ne connaissait le contenu et il était question, lorsque nous y avons eu accès, de les détruire. D'autres documents non versés, mais plus récents, ont de même été trouvés au siège de l'Administration pénitentiaire grâce à un cadre de la DAP contacté à ce sujet.

Les documents les plus riches ont été découverts alors que le travail de terrain était déjà engagé depuis longtemps. Il s'agit des dossiers de carrière des médecins ayant quitté l'Administration pénitentiaire au cours des années soixante-dix et au cours des années quatre-vingt. En permettant de recenser de façon exhaustive tous les départs, et notamment toutes les démissions, mais surtout en fournissant des informations extrêmement précises sur les relations entre l'Administration et son personnel, ces dossiers ont constitué une source fondamentale. Enfin, bien que moins centrales, certaines archives du ministère de la Santé et de la Justice nous ont permis de compléter notre documentation sur des points plus précis. C'est par exemple le cas du militantisme carcéral à travers les archives de la DAP portant sur le Groupe d'information sur les prisons (GIP) mais surtout sur le Groupe multiprofessionnel pour les questions pénitentiaires lyonnais (GMQP). Les tentatives de rattachement des détenus au système de protection sociale dès les années soixante-dix a, d'autre part, pu être analysé à travers les archives de la Direction de la sécurité sociale (DSS).

Bien qu'inégales, les archives officielles furent cruciales dans la rédaction de la thèse. Elles ont été complétées par le recours ponctuel à des archives privées.

### *Un recours ponctuel aux archives privées*

Au cours de la thèse est apparu central, grâce aux entretiens, le rôle de la Coordination syndicale pénale (COSYPE), mobilisation de professionnels pénitentiaires apparue au début

des années quatre-vingt. Celle-ci a pu être analysée à partir de ses archives internes entreposées au Syndicat des éducateurs pénitentiaires à Paris. La consultation des archives d'Etienne Bloch, Juge de l'application des peines, a d'autre part permis de mieux comprendre la contestation de la prison parmi les magistrats et le rôle joué par le Syndicat de la magistrature<sup>1</sup>. Certains interviewés nous ont également remis, grâce à la confiance établie, certains documents tels que des publications, des courriers ou des documents non publiés dont l'usage est cependant resté très marginal. Seul Jean Favard, ancien Conseiller technique de Robert Badinter, dispose d'importantes archives personnelles dont l'usage aurait pu enrichir ce travail. Il faudra cependant attendre qu'il les transmette aux Archives nationales pour les consulter. Le milieu décisionnel a bien sûr été le plus difficile d'accès.

### *L'utilité d'un croisement de l'entretien et de l'archive en matière d'analyse de la décision*

L'usage croisé de l'archive et de l'entretien est apparu largement complémentaire dans l'analyse de la phase décisionnelle. Si les archives des cabinets ministériels ont permis de restituer de façon assez fidèle les différentes étapes de la loi du 18 janvier 1994, elles demeuraient cependant discrètes concernant les années soixante-dix ou quatre-vingt. Leurs lacunes témoignaient certes d'un moindre intérêt à cette époque des autorités politiques pour le sujet de la santé en milieu carcéral. Faute de sources, on pouvait cependant mal percevoir comment les décideurs envisageaient cette question<sup>2</sup>. L'entretien apparût comme un outil précieux, notamment concernant les années quatre-vingt. Certains magistrats ayant exercé d'importantes fonctions au ministère de la Justice ont permis de retracer les évolutions qu'a traversé la DAP ainsi que les rapports de force entre acteurs<sup>3</sup>. Sur les vingt entretiens réalisés auprès de décideurs, neuf ont été consacrés à l'Administration pénitentiaire, deux à la Direction des hôpitaux, un à la DGS, cinq au Haut comité à la santé publique (HCSP) et trois aux cabinets ministériels<sup>4</sup>.

Il ressort de cette présentation du travail de terrain l'hétérogénéité des sources. Si elle permet en partie de limiter les biais liés à une trop grande importance parfois accordée à un

---

<sup>1</sup> Ces archives ont été consultées à l'Institut d'histoire du temps présent (IHTP). Son conservateur, Fabrice d'Almeida, et sa documentaliste, Marie-France Pathé, en sont ici remerciés.

<sup>2</sup> On entend ici une définition large des décideurs comprenant, outre les hommes politiques et leurs conseillers, les directeurs d'administration centrale, les chefs de bureau ou les représentants syndicaux.

<sup>3</sup> En raison de leur intérêt, les entretiens avec Jean Favard, Yvan Zakine et Myriam Ezratty ont été reproduits respectivement en Annexes n°38-39-40.

<sup>4</sup> Cette répartition est cependant très arbitraire tant les décideurs interrogés ont eu des trajectoires variées. C'est par exemple le cas de Guy Nicolas qui fut successivement Conseiller technique en cabinet ministériel, vice-président du HCSP puis directeur adjoint de la Direction des hôpitaux.

seul type de matériau, cette diversité reflète également la dimension « éclatée » de notre objet d'étude. Principalement placée sous la houlette du Médecin-inspecteur, la médecine pénitentiaire fut à partir de 1983 un secteur mal structuré, partagé entre l'Administration pénitentiaire, l'IGAS et la DGS. La multiplicité des matériaux recueillis reflète, enfin, la nature même de notre problématique, à savoir l'articulation entre une politique publique et une dynamique professionnelle. La sociogenèse de la réforme de 1994 ne peut ainsi être appréhendée uniquement par le biais de la seule dimension administrative ou politique. Elle doit également accorder une large place au rôle des médias ainsi qu'à la dimension médicale et universitaire de la médecine pénitentiaire.

Notons enfin que les contraintes liées aux sources qui viennent d'être mentionnées ont contribué à orienter l'approche développée dans la thèse. Faute de nombreux éléments concernant la phase décisionnelle, la période des années soixante-dix, retracée dans la première partie, a davantage été analysée sous l'angle de la médecine pénitentiaire en tant qu'organisation sociale, via notamment les rapports de force entre détenus-praticiens-Administration, et en tant que discipline. Pour cela, les principales sources ont été la presse, les entretiens avec les soignants et les dossiers de carrière des praticiens. Reposant davantage sur des archives d'administration centrale et des entretiens avec des décideurs, la seconde partie consacrée aux années quatre-vingt décrit plus finement les moments de réforme. L'articulation de sources variées a cependant permis durant ces deux périodes d'identifier les éléments caractéristiques de ces deux configurations réformatrices bien distinctes.

## ***LES CONFIGURATIONS DE REFORME DE L'ORGANISATION DES SOINS EN PRISON***

Partant du postulat que la loi du 18 janvier 1994 ne constitue qu'un moment, final, d'une séquence historique réformatrice, on propose de restituer les différentes étapes de cette histoire. C'est pourquoi le plan de la thèse a été bâti autour des différentes « configurations réformatrices » identifiées<sup>1</sup>. Ces dernières supposent de prendre en compte la dimension plurielle de l'action publique, trop souvent réduite à sa dimension stratégique, institutionnelle ou cognitive<sup>2</sup>. On privilégie pour cela les quatre facteurs distingués par Philippe Bézès (cognitif, professionnel, institutionnel et politique) qui sont autant de conditions de possibilité

---

<sup>1</sup> S'inspirant de la notion de « configuration historique » développée par Max Weber dans son explication du protestantisme, mais distincte de la notion de configuration de Norbert Elias, Philippe Bézès propose de comprendre la réforme de l'Etat en France à travers des « configurations réformatrices » dont nous reprenons ici l'idée (BEZES Philippe, *Gouverner l'administration. Une sociologie des politiques de la réforme administrative en France (1962-1997)*, thèse de science politique, IEP de Paris, 2002, p.28 ; BEZES Philippe, *Réinventer l'État. Les réformes de l'administration française (1962-2008)*, Paris, PUF, coll. « Le lien social », 2009, 519 p).

<sup>2</sup> PALIER Bruno, SUREL Yves, « Les "trois I" et l'analyse de l'Etat en action », *Revue française de science politique*, 55 (1), 2005, pp.7-32.

de la réforme. Distinguer les différentes configurations réformatrices apparaît comme un moyen commode de souligner dans quelle mesure l'organisation professionnelle de la médecine pénitentiaire, le traitement politique de la question carcérale, le dispositif institutionnel de l'organisation des soins et les cadres cognitifs des politiques carcérales ont profondément évolué et de pouvoir distinguer à quel moment une variable semble l'emporter sur les autres. Deux configurations de réforme, correspondant à deux séquences historiques, ont ainsi été délimitées auxquelles correspondent les deux parties de la thèse.

La première retrace les interactions entre les différents segments de médecins pénitentiaires au cours des années soixante-dix et les efforts entrepris par certains d'entre eux afin de spécialiser et de « disciplinariser » cette activité. Dans le cadre du mouvement de contestation de la prison apparu au cours des « années 68 »<sup>1</sup>, une attention accrue est accordée à la prise en charge médicale des détenus. Confrontés à une forte remise en cause de la part des militants de la cause carcérale, certains internes prennent publiquement la parole pour la première fois, s'affranchissant ainsi de leur devoir de réserve, afin de revendiquer une plus grande autonomie à l'égard de l'Administration pénitentiaire. Le Médecin-inspecteur Georges Fully s'appuie sur ce segment protestataire afin de faire valoir le respect des exigences médicales pour lequel il œuvrait en interne depuis longtemps (Chapitre 1).

Ce mouvement de protestation n'est pas spécifique aux médecins mais concerne de nombreux professionnels de la prison. Ceux-ci s'organisent en associations où ils défendent l'idée de droit des détenus ainsi que celle de « décroisement ». Cette idée, mettant fin à la rupture entre la prison et la société, fait débat chez les magistrats et est même reprise par le nouveau président de la République, Valéry Giscard d'Estaing. C'est dans le cadre de cette politique, plus souvent appelée alors d'humanisation des prisons, qu'est pour la première fois imaginée le rattachement des détenus à la Sécurité sociale ainsi que la réforme de la médecine carcérale. Envisagée pendant un temps, l'intégration de cette dernière au sein du dispositif national de santé est cependant écartée sous l'influence de Solange Troisier, désireuse de faire reconnaître la médecine pénitentiaire en tant que nouvelle spécialité médicale (Chapitre 2).

Dans l'objectif de réhabiliter un secteur d'action publique discrédité, le Médecin-inspecteur qui prend la relève de Georges Fully après son décès en 1973 entreprend, avec le soutien du ministère de la Justice, de poursuivre le travail de spécialisation déjà initié par son prédécesseur. La définition et l'enseignement d'un corpus théorique (la « pathologie carcérale »), l'imposition d'une appellation stable ou encore l'organisation de colloques contribuent à légitimer la « médecine pénitentiaire » au sein du secteur médical. C'est ainsi qu'une chaire universitaire de médecine pénitentiaire est pour la première fois créée en 1977 à

---

<sup>1</sup> L'expression est tirée de LACROIX Bernard, « Les jeunes et l'utopie : transformations sociales et représentations collectives dans la France des années 68 », *Mélanges en hommage à Jacques Ellul*, PUF, 1983, pp.719-742. Cf. DREYFUS-ARMAND Geneviève, Robert Frank, Marie-Françoise Lévy (dir.), *Les années 68 : le temps de la contestation*, Paris-Bruxelles, Complexe, 2000.

Paris. La reconnaissance de cette nouvelle discipline médicale n'a cependant pas pour but, comme pour le premier Médecin-inspecteur, d'autonomiser les soignants à l'égard de leur hiérarchie pénitentiaire. Il s'agit, à l'inverse, de lier inextricablement les rôles médicaux et pénitentiaires afin de faire des praticiens des « auxiliaires de Justice » dont l'action est davantage guidée par le Code de procédure pénale que par le Code de déontologie. Solange Troisier joue de sa position clef au sein de l'Administration pénitentiaire pour façonner un corps de praticiens acquis à ses idées. Son entreprise échoue cependant en grande partie. L'ambiguïté du rôle attribué aux soignants et la forte critique médiatique à laquelle est soumis leur travail rendent difficile la reconnaissance de la figure professionnelle du « médecin pénitentiaire » qui apparaît de plus en plus stigmatisante pour ceux qui l'exercent (Chapitre 3).

La première configuration réformatrice, qui court de 1970 à 1981, est par conséquent nettement dominée par les variables professionnelle et institutionnelle. L'affirmation d'une spécialité médicale spécifique et le rôle clef joué par le Médecin-inspecteur Solange Troisier, « marginal-sécante » située au croisement des secteurs médical et politique, font échouer les différentes tentatives de réforme de l'organisation des soins en prison qui ont lieu. Même si elle n'accède pas au rang de discipline reconnue, la médecine pénitentiaire demeure durant les années soixante-dix un secteur autonome du monde médical, principalement régi par des règles pénitentiaires.

Les facteurs politique et cognitif apparaissent en revanche secondaires dans cette première configuration. En dépit des effets d'annonces, aucun acteur politique ne s'engage durablement en faveur d'une réforme de l'institution carcérale et de sa médecine. D'un point de vue cognitif, la notion de décroisement reste davantage le fait de professionnels contestataires et de militants de la cause carcérale que des décideurs administratifs. Ces derniers restent attachés à une représentation plus traditionnelle de l'incarcération entendue comme une coupure avec le social. Aucun acteur politique ne défend également de façon durable l'idée d'une ouverture de la prison vers la Cité et Alain Peyrefitte, nommé garde des Sceaux en 1977, s'inscrit même en opposition à cette dernière.

La première partie de la thèse s'attèle ainsi à analyser les stratégies de « disciplinarisation » de la médecine pénitentiaire déployées par le Médecin-inspecteur. Solange Troisier souhaite ainsi écarter toute réforme de l'organisation des soins et réhabiliter celle-ci face aux critiques qui lui sont adressées depuis le début des années soixante-dix. La spécialisation de la « médecine pénitentiaire » apparaît ainsi pour elle comme une réponse à ce mouvement de protestation émanant des militants de la cause carcérale mais aussi d'un segment d'internes.

La seconde partie de la thèse s'attache à souligner les logiques ayant permis au cours des années quatre-vingt la remise en cause de cette médecine spécifique par le biais d'une

reconfiguration cognitive de la politique carcérale. En favorisant l'accès à la décision à des magistrats-militants, issus du Syndicat de la magistrature, porteurs d'une nouvelle représentation de la prison mais aussi à une « communauté épistémique réformatrice » intitulée COSYPE, l'alternance de 1981 marque un tournant pour la politique pénitentiaire, notamment en matière d'organisation des soins. Ces professionnels-militants, travaillant en lien avec la prison pour la plupart depuis les années soixante-dix, souhaitent avant tout mettre en œuvre l'idée de décroisement formulée pendant le septennat précédent mais dont la mise en œuvre avait été décevante. La mise à mal du « cloisonnement » qui caractérisait jusqu'alors l'organisation des soins devient l'un des enjeux de cette nouvelle politique menée sous l'égide de Robert Badinter et de son Conseiller technique, Jean Favard. L'implication du Médecin-inspecteur dans un scandale judiciaire et la dénonciation publique de la médecine pénitentiaire par un Professeur hospitalier reconnu en 1982-1983 constituèrent autant de « fenêtres d'opportunité » légitimant un nouveau dispositif. Ils permirent le transfert de l'inspection médicale dans les prisons à l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et aux Médecins-inspecteurs de santé publique (Chapitre 4).

Placée sous le contrôle du ministère de la Santé, la prise en charge médicale des détenus se rapproche progressivement des standards du système national de santé. Certaines spécificités subsistent néanmoins, traduisant la persistance d'une autonomie de l'Administration pénitentiaire à l'égard du reste du système administratif français. La délégation de la santé à des groupements privés opérée à la fin des années quatre-vingt dans le cadre des prisons à « gestion mixte » marque l'achèvement du monopole, déjà ébranlé, exercé par l'Administration sur l'organisation des soins. Pensé à l'origine par Albin Chalandon, en matière de santé, comme un moyen d'échapper au transfert de la médecine pénitentiaire au ministère de la Santé, le « Programme 13.000 » places est mis en œuvre en 1988 par les magistrats-militants arrivés en 1981 qui y sont idéologiquement opposés. Ces derniers en détournent alors la signification première afin d'en faire une étape supplémentaire dans le décroisement de l'organisation des soins. Pour la première fois s'exerce dans quelques établissements une médecine non-pénitentiaire (Chapitre 5).

Au même moment, le développement du sida est un argument de poids en faveur d'une réforme de la prise en charge médicale des détenus. Il est mis à profit par les mêmes magistrats-militants favorables à un rapprochement avec le ministère de la Santé qui réussissent alors à faire adopter une première intervention des praticiens hospitaliers en milieu carcéral en matière de prise en charge du sida. L'épidémie contribue d'autre part à aggraver les conditions de travail des soignants exerçant en milieu pénitentiaire. Un segment de praticiens réfractaires à l'idée d'une médecine spécifique se forme et demande soit à titre individuel soit à titre collectif, via une association, leur rattachement au ministère de la Santé (Chapitre 6).

A l'inverse des années soixante-dix, cette seconde configuration réformatrice laisse peu de place aux variables professionnelle et institutionnelle. La médecine pénitentiaire en tant que discipline est fortement remise en cause et ne suffit plus, contrairement à avant, à justifier que l'organisation des soins en prison demeure régie par des règles spécifiques. Le rôle auparavant central du Médecin-inspecteur s'amointrit dans un premier temps puis disparaît avec la suppression du poste en 1983. Même si l'Administration pénitentiaire demeure centrale, l'organisation des soins est désormais le fait d'une pluralité d'organisations dépendant désormais de plusieurs ministères. Les prisons « 13.000 » à gestion mixte imposent même au ministère de la Justice de composer avec des acteurs privés totalement étrangers aux règles pénitentiaires.

Les facteurs politiques et cognitifs jouent en revanche pleinement durant cette seconde configuration. L'engagement de Robert Badinter en faveur d'une transformation de la prison et de sa médecine joue un rôle important dans la suppression du poste de Médecin-inspecteur et dans le transfert de cette compétence au ministère de la Santé. Mais surtout les décideurs administratifs, quelques magistrats arrivés à des postes de chef de Bureau, de Directeur ou de Conseiller technique, sont explicitement porteurs d'une nouvelle représentation de l'incarcération que recouvre l'idée de décroïsonnement. Ainsi, bien qu'elle puise ses origines dans le mouvement de remise en cause de l'institution pénitentiaire qui a lieu dans les années soixante-dix, la reconfiguration cognitive des politiques carcérales qui s'opère sous le nom de « décroïsonnement » produit l'essentiel de ses effets à partir des années quatre-vingt du fait de l'alternance. En matière d'organisation des soins aux détenus, la loi du 18 janvier 1994 en est le terme final.

Tandis que la première partie de la thèse est consacrée à l'analyse des stratégies de spécialisation de la médecine pénitentiaire la seconde s'attache à souligner comment cette discipline fut remise en cause à partir de l'idée de « décroïsonnement ». La loi du 18 janvier 1994 doit ainsi être comprise comme l'étape finale d'un processus de réforme dont les principaux moments ont eu lieu dans les années soixante-dix et quatre-vingt.





## **PREMIERE PARTIE**

### **LA « MEDECINE PENITENTIAIRE » : LES TENTATIVES DE SPECIALISATION D'UNE ACTIVITE STIGMATISANTE**



## INTRODUCTION DE LA PREMIERE PARTIE

*« Après près de 24 années de médecin de la prison d'Angers, je suis complétement écœuré du comportement de l'Administration concernant la détention à Angers d'un nombre important de nord-africains détenus depuis longtemps et envoyés malades. Notre prison ne saurait garder certains grands malades et si les délais pour hospitalisations à Fresnes étaient plus courts, nous ne serions pas dans l'obligation d'hospitaliser à Angers [...] Isolé, ignoré, déçu, voilà l'état d'esprit d'un médecin de prison après près de 24 années d'exercice à la prison d'Angers »<sup>1</sup>.*

Bien qu'elle ne puisse être considérée comme représentative de l'ensemble du corps médical, la lettre adressée par ce médecin à la DAP à la fin des années soixante traduit le sentiment d'abandon alors ressenti par plusieurs praticiens exerçant en milieu carcéral. En effet, bien que prévus par le Code de procédure pénale de 1958, les médecins travaillant en prison ne sont pas jusqu'au début des années soixante-dix reconnus comme des intervenants pénitentiaires à part entière, à l'encontre des aumôniers, des visiteurs de prison ou des assistants sociaux. Dépourvus de tout statut, ils sont considérés par l'Administration comme des intervenants extérieurs mus par une idéologie philanthropique<sup>2</sup>. Témoigne notamment de ce peu de reconnaissance leur très faible rémunération<sup>3</sup>, comme le rappelle ce praticien payé « 21 francs par visite pour voir de 20 à 30 prisonniers souvent exigeants, atteints de troubles nerveux ou psychiques et parfois dangereux » : « Le tarif des femmes de ménage est de 7 francs de l'heure environ en province et à Paris de 9 à 12 francs. Un dépanneur de télévision ne se déplace pas à moins de 58 à 60 francs [...] Cela ressemble à de l'exploitation »<sup>4</sup>. Plus largement, c'est la disproportion entre la charge de travail et la faible reconnaissance que regrette ce généraliste exerçant depuis 1957 en prison :

*« Assimilé, par mon traitement, à un praticien exerçant la médecine préventive scolaire, le médecin pénitentiaire assume, et cela est particulièrement vrai à Clairvaux, des responsabilités diagnostiques et thérapeutiques dépassant de loin celles que l'on assume en clientèle libre, même rurale [...] Le médecin pénitentiaire, à Clairvaux, assume ses fonctions sans l'aide d'aucun infirmier ; cette situation n'est ni récente, ni passagère mais bien habituelle [...] Les rares demandes du médecin concernant l'hygiène du travail et l'hygiène tout court se heurtent à Clairvaux à des impératifs matériels ne mettant pas en cause la bonne volonté de la direction locale. Il n'a jamais été promis au*

---

<sup>1</sup> Lettre du médecin de la M.A d'Angers à la DAP datée du 12/05/1967 (CAC. 19830701. Art.482).

<sup>2</sup> PINATEL Jean, « La crise pénitentiaire », *L'Année sociologique*, 1973, n°24, pp.13-67.

<sup>3</sup> Cf. Annexe 19: « L'obstacle récurrent de la rémunération dans le projet de la création d'un corps des soignants pénitentiaires ».

<sup>4</sup> Lettre du médecin de la M.A de Mont de Marsan au Directeur régional des services pénitentiaires (DRSP) de Bordeaux datée du 7/05/1973 (CAC.19940511. Art. 97).

*médecin de l'établissement de connaître dans les constructions nouvelles réalisées ou projetées, l'implantation de l'infirmier, encore moins d'en discuter l'aspect fonctionnel »<sup>1</sup>.*

La figure du médecin ne semble ainsi pas à la fin des années soixante reconnue et associée à la représentation de l'institution carcérale, et ce même aux yeux des professionnels de la prison<sup>2</sup>. Les « médecins pénitentiaires », dont l'appellation est à cette époque peu usitée, ne disposent alors que d'une faible existence sociale. En atteste le peu d'espace qui leur est consacré dans la presse<sup>3</sup>. En 1966, *Le Monde* consacre une importante enquête aux prisons françaises. Intitulée « Ces inconnues dans la Cité : nos prisons », elle propose de voir « comment se traduit au bout de vingt-deux ans dans les faits, dans la vie quotidienne de la prison, cette révolution pénitentiaire » qu'était la réforme Amor (*LM*, 8/04/1966). Parmi les sept articles publiés aucun n'évoque la question de la prise en charge médicale des détenus. La seule fois où il est question dans la presse des médecins de prison, en 1970, c'est pour souligner la faible reconnaissance dont ils disposent et le journaliste a alors comme source les propos d'un magistrat de l'Administration pénitentiaire. Il y est là aussi question du manque de moyens attribués aux praticiens :

*« Le rôle du médecin pénitentiaire dépasse ainsi le caractère strictement médical. Le chef du personnel de l'administration pénitentiaire, M. André Dessertine, dans le cours qu'il fait à la chaire de médecine légale de la Faculté de médecine de Paris, déclare : "Il est certain que dans cette optique là, le médecin n'est pas seulement celui qu'on appelle pour soigner un malade et pas seulement celui qu'on appelle lorsqu'il y a une menace d'épidémie. Le médecin va devoir jouer un rôle dans l'étude nécessaire de chaque individu". Mais pourquoi l'Administration pénitentiaire semble-t-elle retirer d'une main ce qu'elle apporte de l'autre ? Pourquoi si l'on demande à ces médecins de remplir une tâche spécifique, ne leur donne-t-on pas une formation spécifique appropriée ? Pourquoi pas de corps de médecine pénitentiaire ? Pourquoi, enfin, des traitements ridiculement bas ?... J'ai sous les yeux la feuille de paie d'un psychiatre de maison centrale pour le mois de janvier 1969. Durant ce mois, comme toujours, ce médecin s'est rendu deux fois par semaine à la maison centrale où il est resté, à chaque fois, de 13 à 18 heures. Pour un peu plus de quarante heure de consultation, combien touche-t-il ? Je lis : "Traitement net mensuel : 360 francs. Retenues de Sécurité sociale 15 francs 30, reste 244 francs 70. Net à percevoir : 244 francs 70". Pareils chiffres se passent de commentaires »<sup>4</sup>.*

Si les médecins intervenant en prison sont absents de l'espace public au début des années soixante-dix, c'est aussi, comme le souligne l'exemple précédent, parce qu'ils ne s'expriment pas publiquement. Aucun praticien ne témoigne alors de ses conditions de travail en dehors des revues spécialisées ou des congrès de médecine, qui font l'objet d'une couverture médiatique quasi-nulle<sup>5</sup>. Le renforcement de la sécurité dans les prisons françaises à la fin des années soixante semble pourtant avoir rendu plus complexe l'organisation des soins. C'est ainsi qu'un praticien déclare au préfet des Landes, qui en rapporte les propos, être « fort mécontent de la façon dont marche le service médical dans cet établissement : nous avons des

<sup>1</sup> Lettre du médecin de la M.C de Clairvaux au DRSP de Lyon datée du 29/10/1968 (CAC.19940511. Art. 97).

<sup>2</sup> A titre d'exemple, dans un ouvrage rédigé par un aumônier de prison en 1968, les médecins ne sont pas cités parmi les intervenants ayant des « relations humaines » avec les détenus (surveillants, éducateurs, assistants sociales, visiteurs, aumôniers) (LOCHEN Axel, *Maison d'arrêt*, Paris, Le signe-Fayard, 1968, pp.203 et suiv).

<sup>3</sup> Aucun article antérieur à 1971 citant les propos d'un médecin pénitentiaire n'a par exemple été trouvé.

<sup>4</sup> GUERIN Alain, « Du bricolage charitable... », *L'Humanité*, 1/04/1970.

<sup>5</sup> Cf. Chapitre 3 – Section 1-2 : « L'inscription de la médecine pénitentiaire au sein du champ médical français ».

difficultés pour les hospitalisations, les soins dentaires sont rares et irréguliers et sommaires, les consultations de spécialistes difficiles et très rares. L'Administration fait écraser les comprimés de certains médicaments que je prescris : il en résulte des breuvages infects qui sont indignes d'un pays civilisé »<sup>1</sup>. Pourtant peu de soignants adoptent à cette époque une attitude revendicatrice à l'égard de la tutelle pénitentiaire. C'est néanmoins le cas du Dr Fleury, chirurgien aux prisons des Baumettes de Marseille, qui introduit en octobre 1969, un journaliste dans l'établissement le faisant passer pour son assistant. Roger Bouyssic, alors inspecteur des services pénitentiaires, en rend compte à sa hiérarchie et justifie le licenciement du praticien en cause :

*« Tous deux ont parcouru l'établissement en s'entretenant avec divers détenus. L'interne de service, le Docteur Enrico, intrigué par l'attitude et surtout la curiosité du prétendu Dr Casalta qui portait une sacoche de cuir contenant vraisemblablement un magnétophone, a mis fin à sa visite au moment où ses interlocuteurs lui demandaient à voir les drogués [...] La personne introduite dans l'établissement par le Dr Fleury est un journaliste de radio Monté Carlo très connu pour ses chroniques judiciaires [...] Il apparaît que depuis quelques temps le Dr Fleury ne jouit plus de toutes ses facultés mentales. J'estime qu'il convient de mettre fin à sa collaboration avec l'Administration pénitentiaire »<sup>2</sup>.*

La faible reconnaissance aussi bien sociale qu'administrative dont souffrent ces médecins contraste avec la tentative de spécialisation amorcée par le Médecin-inspecteur depuis le début des années soixante<sup>3</sup>. Ancien résistant déporté à Dachau, Georges Fully fait du respect de l'éthique médicale l'une de ses priorités, notamment à l'occasion des grèves de la faim de détenus algériens lors de sa nomination<sup>4</sup>. La spécialisation de l'activité médicale en prison est ainsi pour lui un moyen d'accorder davantage de reconnaissance aux praticiens. Il tente pour cela avant tout de faire prendre conscience aux praticiens qu'ils exercent, chacun isolément, un même métier. Il organise pour cela au siège de la Confédération des syndicats médicaux la première rencontre entre praticiens en avril 1963. Ces « Journées de médecine pénitentiaire » offrent l'opportunité aux médecins travaillant en détention de confronter leur point de vue au sein de groupes de travail mêlant magistrats et soignants<sup>5</sup>. Ils leurs permettent d'évoquer, parfois de façon revendicative, leurs conditions de travail, selon le Dr Daniel Gonin qui venait de rejoindre l'équipe de médecine pénitentiaire lyonnaise :

*« Alors en 63, ça a été un début. Mais on a vu qu'il y a des gens qui existaient et qui étaient archi-contents de trouver qu'il y en avait d'autres qui existaient, auxquels ils n'avaient jamais pensé, et surtout quand on a exposé nos situations... Alors, c'était pas scientifique. C'était du genre, je m'en rappellerai toujours : "Moi, j'ai pas une pièce où je peux examiner quelqu'un parce que je suis obligé*

---

<sup>1</sup> Lettre du préfet des Landes au DAP datée du 12/07/1969 (CAC.19940511. Art. 97).

<sup>2</sup> Note de Roger Bouyssic, inspecteur de pénitentiaire, au DAP datée du 5/11/1969 (CAC. 19830701. Art.481).

<sup>3</sup> Cf. Annexe 5 : « La création du poste de Médecin-inspecteur des prisons dans le contexte de la guerre d'Algérie ».

<sup>4</sup> Cf. Annexe 6 : « La défense par Georges Fully de l'autonomie des médecins pénitentiaires en matière de grèves de la faim ».

<sup>5</sup> Bien que les actes du colloque établissent la présence « d'une centaine de praticiens », il semblerait selon une note manuscrite des archives de la DAP chiffrant une quinzaine de médecins que ce premier chiffre corresponde en réalité au nombre total de participants (CAC. 19960136. art.113. Dossier M111 : médecins (1960-1979)).

*d'ouvrir la porte pour que la table d'examen puisse être mise". Il avait les pieds dans le couloir [Rires] C'était des trucs comme ça. Et puis beaucoup disaient : "Comment les examiner alors qu'on a un surveillant à côté de soi". Etc, etc [...] C'était beaucoup de récriminations. C'était beaucoup de "On ne peut pas...". Beaucoup voulaient par exemple une pièce dans chaque Maison d'arrêt pour examiner leurs malades. Ils auraient voulu un coup de peinture, ils auraient voulu avoir par exemple une vraie table d'examen et pas quelques bouts de fer soudés comme le faisaient souvent la prison. Ils auraient voulu avoir par exemple un appareil radio. Y avaient beaucoup de conflits. L'Administration pénitentiaire était à l'époque une administration qui répondait systématiquement "non !", "Ben non !" [...] Pas de mouvements. Ça apportait toujours des contestations et notamment dans les congrès. Alors y avait quelques engagements : "Oui c'est vrai...". Y avaient aussi des promesses »<sup>1</sup>.*

Cette première rencontre est l'occasion d'apporter une représentation unifiée de praticiens isolés. A cette fin, Georges Fully réalise préalablement une enquête par questionnaire dont il commente les résultats lors du congrès<sup>2</sup>. En regroupant statistiquement sous une même catégorie des praticiens jusque-là dispersés, et en leur donnant la parole, le Médecin-inspecteur tente de faire exister un groupe professionnel dont il évoque l'histoire :

*« Je voudrais rendre hommage publiquement à tous mes confrères qui dans les moments difficiles qu'a connus l'Administration pénitentiaire, au cours de l'affaire algérienne, ont fait preuve du plus grand dévouement et d'une conscience professionnelle rare. Ils ont tous été mis à rude épreuve lors des grèves de la faim, notamment, et ils ont dû souvent engager gravement leur responsabilité. Aucun n'a jamais failli à sa tâche. En dehors de ces circonstances habituelles, le rôle du médecin pénitentiaire reste difficile. Le médecin pénitentiaire doit travailler encore trop souvent dans des conditions très précaires, très insuffisantes, dans des locaux incompatibles avec une médecine décente, pourvue d'une assistance médicale insuffisante. Il est souvent harcelé par les difficultés administratives auxquelles il s'habitue mal. L'autorité judiciaire aussi bien que l'Administration pénitentiaire exigent beaucoup de lui ».*<sup>3</sup>

L'utilisation du singulier ainsi que la mise en évidence de contraintes communes participent à la construction d'une identité collective. C'est également dans ce sens qu'une motion est déposée au terme de la rencontre par les médecins réunis afin « que soit enfin constitué un statut du médecin pénitentiaire qui assurera son avenir »<sup>4</sup>. Après cinq années d'interruption, les deuxièmes « Journées nationales de médecine pénitentiaire », qui se déroulent en novembre 1968 à Fleury-Mérogis, rassemblent cinquante-cinq praticiens qui demandent à l'occasion à ce que ces rencontres aient lieu tous les deux ans<sup>5</sup>. Mettant en avant le lien entre médecine pénitentiaire et criminologie, le Médecin-inspecteur tente de convaincre les autorités du rôle essentiel que les praticiens sont en mesure d'exercer dans la réhabilitation du condamné<sup>6</sup>. Ainsi lors du congrès de 1970 qui a lieu à Marseille, Georges Fully demande une pleine reconnaissance des médecins en tant que membres de l'Administration pénitentiaire :

<sup>1</sup> Daniel Gonin, psychiatre travaillant comme généraliste à la M.A de Lyon de 1962 à 1989. Entretiens réalisés les 25/02/2008, 10/03/2008, 26/03/2008. Durées : 2H ; 2H ; 2H.

<sup>2</sup> Il ressort de cette enquête que les praticiens sont relativement âgés (77% ont entre 40 et 60 ans ou plus), qu'ils ne bénéficient pas d'une longue expérience (42% exercent depuis moins de dix ans). 40% enfin cumulent une activité libérale et une activité salariée supplémentaire tandis que 45% n'ont qu'une activité libérale (DAP, *Le service médical en milieu pénitentiaire*, Ministère de la Justice, Imprimerie Administrative de Melun, « Etudes et documentation », 1964, p.16).

<sup>3</sup> Souligné par nous (*Ibidem*, pp.6-7).

<sup>4</sup> *Ibidem.*, p.44.

<sup>5</sup> DAP, *Rapport général de l'Administration pénitentiaire pour l'année 1968* (extraits), art.cit., p.757.

<sup>6</sup> FULLY Georges, « Médecine pénitentiaire et criminologie », art.cit., p.15.

*« La loyauté de cette collaboration est prouvée par le dévouement dont ils font toujours preuve et par l'intérêt qu'ils portent à leurs fonctions. Ils entendent en contrepartie être considérés comme intégrés à part entière au fonctionnement de cette administration... ils ne désirent plus seulement être considérés comme des techniciens d'une partie des problèmes et tenus éloignés d'une manière plus ou moins réelle des autres problèmes »<sup>1</sup>.*

Bien qu'irrégulières, ces rencontres entre médecins visent à faire émerger chez des professionnels exerçant de façon dispersée une conscience d'appartenir à un même corps. Le Dr Gonin ayant assisté à ces différents congrès confirme que le but était de « se faire exister » en tant que groupe professionnel :

*« C'est-à-dire que jusqu'à présent il n'y avait pas la notion de "corps". Les gens étaient recrutés individuellement, souvent c'était... Vous aviez quand vous faites des vacations comme ça... C'étaient que des vacations pratiquement. Il n'y avait pas de médecins titulaires. C'étaient des médecins isolés. Ce qui fait que la médecine pénitentiaire a commencé à exister du jour où tous ceux qui exerçaient en milieu pénitentiaire, officiellement, ont eu la possibilité de se retrouver dans ces congrès. Ça a permis de confronter nos expériences [...] Parce que la médecine pénitentiaire, c'était une médecine qui n'était pas connue. Elle n'était pas connue des médecins en particulier. [...] Ce qu'il y a de particulier, c'est qu'il y avait un peu dans toutes les grandes villes un médecin sur ce mode là, avec des statuts différents. Certains avaient des indemnités, certains avaient de l'importance. Il y avait des contrats entre prisons et hôpital par exemple. Il y avait une diversité des situations médicales très importante et, surtout, aucune connaissance des uns des autres. Personne... Moi, ce qui m'avait frappé, en 63, j'avais pas encore exercé en tant que médecin pénitentiaire, mais ce qui m'avait frappé c'est que personne ne s'était bien intéressé au travail de l'autre. Y a toujours eu un travail individualisé. Y avaient toujours des réticences à passer ses dossiers médicaux à d'autres. On était très individualiste »<sup>2</sup>.*

Le fait que ce praticien, qui anime alors des groupes de parole dans les prisons de Lyon, soit de formation psychiatrique rappelle le rôle d'avant-garde occupé par les psychiatres dans la reconnaissance de l'activité médicale en détention<sup>3</sup>. Ces derniers ont tout d'abord vu leur rôle reconnu dans le cadre de la réforme Amor dite du « tour carcéral » visant à orienter les détenus entre les établissements, dont les régimes pénitentiaires sont différenciés, selon leur profil psychologique. Le Centre national d'observation de Fresnes créé en 1950 caractérise au mieux cette reconnaissance des savoirs psychiatriques et criminologiques au service de l'Administration des prisons<sup>4</sup>

---

<sup>1</sup> DAP, *Journées nationales de médecine pénitentiaire*, op.cit, pp.5-6.

<sup>2</sup> Daniel Gonin, psychiatre travaillant comme généraliste à la M.A de Lyon de 1962 à 1989. Entretiens réalisés les 25/02/2008, 10/03/2008, 26/03/2008. Durées : 2H ; 2H ; 2H.

<sup>3</sup> Cf. Annexe 7 : « La création des CMPR en 1967 : un début de reconnaissance de la psychiatrie pénitentiaire ».

<sup>4</sup> Le CNO est un « centre de triage » situé à Fresnes créé en 1950 afin de « classer » les condamnées à de longues peines dans des établissements différenciés par leur régime au terme de nombreux examens pluridisciplinaires (psychiatres, psychologues, éducateurs, psychotechnicien, généraliste). Le rôle de ce centre, formellement consacré par l'article D.77 du Code de procédure pénale, est d'établir « l'orientation des condamnés à une longue peine a pour objet de déterminer l'établissement pénitentiaire qui convient à chacun deux, compte tenu de son âge, de ces antécédents, de sa catégorie pénale, de son état de santé physique et mental, de ses aptitudes, des possibilités de son reclassement, et plus généralement de sa personnalité ». Après 6 semaines d'observation, les détenus « de grande sécurité » sont par exemple orientés vers la Maison centrale (M.C) de Poissy ou de Clairvaux, les « détenus destinés à retourner en leur milieu rural » à la M.C de Caen, les « détenus susceptibles d'exercer des activités d'ordre intellectuel » à la M.C de Melun et les « psychopathes » à Château-Thierry ou à Haguenau.

Bénéficiant d'une relative reconnaissance au regard des généralistes, les psychiatres sont à l'origine de publications scientifiques présentant le rôle de leur discipline dans la détention<sup>1</sup>. Lors des journées de médecine pénitentiaire de 1968, un groupe de travail consacré aux suicides demande une meilleure prise en compte de leur rôle: « La prévention réside non dans la mise en œuvre de nouvelles méthodes coercitives, qui n'aboutissent qu'à accentuer l'infantilisation du détenu, mais en un remodelage de l'ambiance, avec la collaboration de tous, en particulier du psychiatre et du psychologue, dont l'efficacité ne saurait s'exprimer à travers un jeton hebdomadaire de présence »<sup>2</sup>. Les généralistes réclament également une plus grande reconnaissance de leur intervention en milieu carcéral. Constatant que si « l'organisation administrative des centres de détention est fort méconnue, son service médical l'est plus encore », un interne souligne dans sa thèse de médecine, consacrée à l'étude des nouveaux entrants de la M.A de La Santé<sup>3</sup>, le rôle potentiel du praticien, et ce notamment dans l'orientation du condamné :

*« 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 [...] C'est donc par une médecine carcérale éclairée que le médecin des prisons peut donner à la vie humaine toute sa valeur »<sup>4</sup>.*

La fonction criminologique de la médecine pénitentiaire, qui semble également reconnue à l'étranger<sup>5</sup>, est ainsi dans un premier temps au fondement de la démarche de spécialisation de l'activité médicale en milieu carcéral. L'intervention du médecin n'a alors pas tant pour but de soigner le détenu, que de le connaître et de l'orienter afin de faciliter son « traitement » pénitentiaire, c'est-à-dire sa réinsertion. Si les praticiens se voient progressivement dotés d'une mission de connaissance de la population carcérale, ils demeurent néanmoins à l'écart de l'espace public.

---

<sup>1</sup> HIVERT Paul, « Dépistage en maison d'arrêt », *RPDP*, 07-09/1965, pp.313-319 ; BADONNEL, « L'annexe psychiatrique de la prison de la Petite Roquette », *RPDP*, 04-06/1966, pp.275-278. De nombreux articles sont également publiés à cette époque sur les groupes de parole menés aux prisons de Lyon et de Melun respectivement par les Dr Gonin et Mathé.

<sup>2</sup> Motion des journées de médecine pénitentiaires de novembre 1968 citée dans GOLPAYEGANI Behrouz, *L'humanisation de la peine privative de liberté*, thèse en science pénitentiaire, Paris 2, 1975, p438.

<sup>3</sup> On distinguera « La Santé », désignant la Maison d'arrêt de Paris, de l'administration de « la Santé ».

<sup>4</sup> Souligné par nous (MILCZAREK Georges, *Contribution à l'étude des examens systématiques en milieu carcéral*, thèse de médecine, faculté de Créteil, 1970, p.22).

<sup>5</sup> Un rapport des services pénitentiaires anglais souligne à la même époque que le médecin est « appelé à jouer un tout autre rôle que celui qu'il jouait dans le passé » : « Il ne s'agit plus tant de soigner des malades que de fournir des rapports médico-légaux aux tribunaux et de venir témoigner à la barre, de procéder à des examens psychiatriques des détenus préalablement à leur "classification", d'appliquer de nouvelles méthodes de traitement comme le *group-counseling* ou le *group-therapy*, de préparer le personnel de surveillance à son nouveau rôle d'éducateur plus que de gardien » (« Un rapport des organismes consultatifs du Home Office », *RSCDP*, 1966, n°2, p.435).



Une transformation a lieu au début des années soixante-dix. Une nouvelle dynamique s'engage sous le coup de la critique dont est alors l'objet l'Administration pénitentiaire au lendemain des « années 68 »<sup>1</sup>. La publicisation de certains événements auxquels est partie prenante le personnel médical intervenant en prison place celui-ci en première ligne de l'actualité. Présentés comme les complices d'une institution répressive, quelques psychiatres et jeunes internes se désolidarisent pour la première fois de leur autorité de tutelle afin de réclamer une plus grande considération de la pratique médicale en milieu carcéral. Ce segment contestataire met en évidence les lignes de fracture qui opposent ceux qui exercent pourtant une même activité (Chapitre 1).

Un mouvement de protestation semblable s'observe dans toutes les professions liées à la prison, à l'exception des surveillants, qui s'organisent en associations. Ils y élaborent une réflexion commune autour de l'idée de « décroisement ». La politique d'humanisation de Valéry Giscard d'Estaing s'en inspire mais ses résultats sont inégaux. A l'exception du rattachement des détenus à la Sécurité sociale<sup>2</sup>, la médecine pénitentiaire est peu affectée par cette politique. Bien qu'envisagée pendant un temps, l'intégration de la médecine pénitentiaire au sein du dispositif national de santé est écartée sous l'influence de Solange Troisier. Au décroisement décrit comme une menace risquant d'engloutir la spécificité de la médecine pénitentiaire, cette dernière oppose une valorisation de la profession médicale en prison (Chapitre 2).

Pour cela, Solange Troisier, entreprend de « discipliniser » la médecine pénitentiaire par le biais de congrès, de publications et d'un enseignement. Cette spécialisation diffuse une représentation du praticien travaillant en prison en tant que fonctionnaire au service du ministère de la Justice, auquel il doit être loyal, et ce à l'encontre de la revendication d'autonomie portée par un segment d'internes contestataires. La revalorisation et la reconnaissance de cette activité en tant que spécialité médicale sont pour l'Administration pénitentiaire un moyen de pallier la crise des vocations dont souffre ce secteur pendant les années soixante-dix (Chapitre 3).

---

<sup>1</sup> Pour un aperçu des différents effets des « années 68 » sur la société française et ses institutions on renvoie à : ARTIERES Philippe et ZANCARINI-FOURNEL Michelle, 68, *Une histoire collective (1968-1981)*, La Découverte, « Cahiers Libres », Paris, 2008.

<sup>2</sup> Ainsi contrairement à l'idée couramment admise, le rattachement des détenus à la Sécurité sociale ne date pas de 1994 mais de 1974. Cependant à cette époque demeure inchangé l'article du Code de procédure pénale (CPP) qui établit que la prise en charge médicale des détenus demeure le fait de l'Administration pénitentiaire, et ce à titre gratuit. Cet article sera interprété par la Direction de la sécurité sociale ainsi que par le Conseil d'Etat comme faisant obstacle à la prise en charge effective des détenus par la Sécurité sociale pendant leur incarcération. La réforme de 1974 n'a ainsi eu d'effets que lors de la libération des détenus, ainsi que pour leurs ayants-droits qui étaient jusque-là privés de droits sociaux.

La spécialisation de la médecine pénitentiaire qui s'opère durant les années soixante-dix apparaît ainsi inséparable de la réhabilitation d'une activité stigmatisante et d'un secteur d'action publique discrédité.

## CHAPITRE 1. LES «ANNEES 68» : CONTESTATION ET POLITISATION DU SYSTEME PENITENTIAIRE ET DE SA MEDECINE (1970-1973)

*« Je consacrais une grande part de mon temps à des tournées d'inspection dans les établissements pénitentiaires [...] A visiter ainsi les prisons, j'avais parfois le sentiment de plonger dans le Moyen-âge. Les conditions matérielles de la détention étaient indescriptibles et scandaleuses. Je me rappelle par exemple qu'à la maison de correction de Versailles, les détenus étaient rassemblés dans une pièce baptisée chauffoir, ainsi nommée car elle était la seule à disposer d'un système de chauffage. Ils y passaient tout le jour avant d'être remis en cellule pour la nuit. Le milieu de ce chauffoir servait de W-C. Une voiturette tirée par un cheval passait de temps en temps pour évacuer les déchets et excréments. C'était effrayant.*

*Pour résoudre de tels problèmes, la bonne volonté ne suffisait pas. Nous butions sur un cruel manque de moyens. Afin de sensibiliser l'opinion, avec l'espoir qu'à son tour elle mobiliserait les élus, le directeur de l'administration pénitentiaire a eu l'idée de demander à un grand chroniqueur judiciaire de l'époque d'effectuer un reportage sur l'état des prisons [...] Son reportage a conclu au caractère honteux des conditions de détention au pays de droits de l'homme. Malheureusement, nous n'avions pas prévu que le mouvement d'opinion ainsi créé aboutirait au résultat inverse de celui que nous souhaitions. Nombreux furent les auditeurs qui protestèrent, trouvant que les détenus bénéficiaient de conditions de vie déjà trop confortables [...] Je compris alors, que dans la longue arche nécessaire pour placer le système carcéral français à un niveau convenable et respectable, les bonnes volontés se heurtaient à un obstacle plus difficile encore à vaincre que les contraintes budgétaires : l'état de l'opinion. J'en ai été effarée »<sup>1</sup>.*

Le système pénitentiaire français n'a jamais été autant éloigné du reste de la société qu'au début des années soixante-dix. En effet, malgré quelques réformes visant à adoucir la vie en détention<sup>2</sup>, le monde carcéral demeure très largement à l'écart des mutations socio-économiques qui transforment durablement la société française (modification de la consommation, essor du niveau scolaire, redéploiement des politiques sociales, etc.)<sup>3</sup>. En 1969, l'inscription de la DAP pour la première fois au Plan révèle la pauvreté de cette administration : soixante M.A doivent être désaffectées, soixante-et-un établissements disposent uniquement de dortoirs, soixante-six ne sont pas chauffés<sup>4</sup>. Les conditions de détention sont souvent exécrables, comme en attestent les propos de ce magistrat alors en poste à la DAP : « Y avait des cages à poule encore... C'étaient des dortoirs... C'est des machins grillagés. C'était quand même des conditions de détention... C'était la vieille taule. On se rendait compte quand même qu'il y avait des conditions de détention effroyables.

---

<sup>1</sup> Simone Veil décrit là sa première affectation en tant que magistrat à l'Administration pénitentiaire à la fin des années cinquante (VEIL Simone, *Une vie*, Paris, Stock, 2007, 398p).

<sup>2</sup> La circulaire du 14 avril 1969 ramène la durée de punition de cellule de 90 à 45 jours, abolit le retrait « des fournitures de couchage » pour la nuit, la coupe de cheveux à ras et l'occlusion toute la journée de la fenêtre par un volet. La note de service du 28 février 1970 supprime les galons de bonne conduite qui permettaient d'obtenir avantages et récompenses. Enfin, la note du 14 avril 1971 accorde aux femmes le droit d'acheter certains produits de beauté (FAVARD Jean, *Des prisons*, Paris, Gallimard, coll. « Au vif du sujet », 1987, pp.118-119).

<sup>3</sup> FAUGERON Claude, « Les prisons de la V<sup>e</sup> République : à la recherche d'une politique », dans PETIT J.G et alii, *Histoire des galères, bagnes et prisons (XIII<sup>ème</sup> – XX<sup>ème</sup> siècles)*, Toulouse, Ed. Privat, 1991, p.319.

<sup>4</sup> « Trente ans de politique pénitentiaire », *Justice. Journal du Syndicat de la magistrature*, n°33, 1974, p.3-8.

C'étaient souvent des taudis »<sup>1</sup>. Les besoins en personnel sont également criants : il manque en 1969 trois cent vingt-cinq éducateurs, cent quatorze infirmières, cent assistants sociaux et quatre-vingt sept chefs de travaux. Pourtant à cette époque marquée par une forte contestation sociale, la principale préoccupation demeure la sécurité. En atteste cette anecdote sur la manière dont le ministre de la Justice, Jean Foyer, décide de réaffecter en un centre de formation un bâtiment initialement destiné aux détenus mineurs :

*« Le bâtiment de l'Ecole [du personnel pénitentiaire] était une excroissance de Fleury qui devait être le bâtiment des Jeunes détenus. Et au moment de la fin des travaux, le garde des Sceaux était venu, il avait visité le complexe carcéral, avec le mur, bien sécurisant et puis il voit ce bâtiment où il n'y avait qu'un grillage, symbolique. Et il dit : "C'est quoi ça ? C'est pour le personnel ?". On lui répond : "Non, c'est pour les jeunes détenus". "Mais vous n'y pensez pas!". C'était à l'époque de l'angoisse de l'évasion. "Vous allez mettre des détenus ici ? Pas question !". Donc le local est resté désaffecté dans un premier temps puis on y a mis l'école dans ce qui devait être le centre de jeunes détenus de Fleury-Mérogis »<sup>2</sup>.*

Spécialistes et chercheurs s'accordent pourtant à reconnaître, qu'en dépit des mauvaises conditions de détention, les prisons sont demeurées en dehors du mouvement de protestation de 1968, la violence des manifestations de rue contrastant avec l'unique tentative de rébellion, survenue le 3 juin à Fresnes, qui ne nécessite même pas l'intervention des forces de l'ordre<sup>3</sup>. Témoignent de ce décalage entre le dedans et le dehors les propos de cette assistante sociale qui téléphone alors à son inspectrice au ministère pour lui raconter la situation difficile dans laquelle elle était : « Elle me dit : "Oh, c'est Mai 68 à Paris, c'est extraordinaire, les étudiants sont dans les rues, tout va changer, on va vers une innovation extraordinaire". Je disais : "Oui, mais moi je suis en danger". Elle vivait son Mai 68 à Paris, et moi mon Mai 68 à Clairvaux »<sup>4</sup>. Au-delà de cette absence de révolte, on peut s'étonner que les groupes gauchistes soient alors demeurés muets sur l'institution carcérale et ses pratiques : « De ce mouvement, de ces mouvements, de critique institutionnelle tous azimuts, d'invitation à la subversion et à la remise en cause sociale généralisée [...] les prisons sont pour l'essentiel exclues »<sup>5</sup>.

Cette mise à l'écart de la prison de Mai 68 s'explique par une première raison d'ordre « socio-cognitif » exposée par Grégory Salle. De par leurs trajectoires biographiques, les acteurs de Mai seraient restés dans l'ignorance de la réalité carcérale<sup>6</sup>. Une seconde raison plus idéologique, avancée par Philippe Artières, tiendrait à l'hostilité à laquelle était en butte la

<sup>1</sup> Jean Favard, magistrat à la DAP de 1970 à 1975 puis Conseiller technique du ministre de la Justice de 1981 à 1986. Entretien réalisé le 10/01/2008, durée: 3H00.

<sup>2</sup> Yvan Zakine, magistrat affecté à la DAP de 1962 à 1970 puis directeur de la DAP de 1981 à 1983. Entretien réalisé le 20/03/2008. Durée : 3H00.

<sup>3</sup> FAVARD Jean, *Le labyrinthe pénitentiaire*, Paris, Ed. Le Centurion, Coll. « Justice humaine », 1981, p.176.

<sup>4</sup> Propos cités dans BELLANGER Hélène, *Vivre en prison. Histoires de 1945 à nos jours*, Paris, Hachette littérature, 2007, p.233-234.

<sup>5</sup> SALLE Grégory, « Mai 68 a-t-il changé la prison ? », *Critique internationale*, n°16, juillet 2002, p.184.

<sup>6</sup> SALLE Grégory, « Mettre la prison à l'épreuve. Le GIP en guerre contre l'« intolérable » », *Cultures et conflits*, n°55, 2004, p.77.

population détenue parmi les marxistes<sup>1</sup>. Enfin, troisième hypothèse, la méfiance des contestataires à l'égard des prisonniers s'expliquerait par le rôle que ces derniers ont parfois joué dans les événements de Mai durant lesquels d'anciens détenus faisaient fonction d'indicateurs ou de briseurs de grève au service de la police<sup>2</sup>.

Si les prisons semblent peu affectées par les événements de Mai, c'est également, comme on en fait l'hypothèse, parce qu'elles demeurent alors largement en dehors des préoccupations sociales. Bien qu'elles soient sans commune mesure avec les révoltes de 1971-1972 et encore moins avec celles survenues en 1974, plusieurs protestations ont éclaté en effet en 1968 dans les établissements pénitentiaires comme le révèle un document interne à l'Administration pénitentiaire recensant tous les « mouvements » de détenus entre 1968 et 1973<sup>3</sup>. Ces révoltes sont trop souvent occultées de l'histoire des prisons. Le 4 mars 1968, cent soixante douze prisonniers du CP de Saint Martin de Ré se mobilisent en faveur du « retrait des ceintures la nuit pour éviter les suicides ». Le 1<sup>er</sup> avril, mille cent détenus effectuent une grève de la faim à la M.A de La Santé afin d'obtenir une « amélioration de la nourriture et des conditions de détention ». D'autres révoltes surviennent à Saint Martin de Ré, à Brest et à Nîmes. Aucune de ces protestations n'a été, à notre connaissance, rapporté par la presse<sup>4</sup>. Le 3 juin, la « tentative collective de casser les portes » de deux milles détenus à Fresnes n'est alors nulle part mentionnée. Les violences commises à l'encontre de prisonniers ne furent pas non plus l'objet de polémiques, faute d'être médiatisées, comme ce fut le cas par la suite<sup>5</sup>.

Outre le degré de fermeture de l'institution carcérale, le peu d'écho accordé aux événements qui ont lieu à l'ombre des prisons est probablement lié à la faible politisation de la question carcérale. Mai 68 joue à cet égard un rôle fondamental. Bien que les prisons ne furent pas au cœur de la contestation sociale, à l'encontre des universités, des hôpitaux ou des usines, Mai 68 n'en a pas moins exercé une influence considérable sur la vie pénitentiaire des années soixante-dix<sup>6</sup>. Les « années 68 » auraient ainsi, remarque Grégory Salle, « créé les conditions d'un changement dans les rapports de force, d'une mobilisation autour et à l'intérieur des

<sup>1</sup> Le marxisme assimilant les détenus au *lumpenprolétariat*, incapable de se forger une conscience de classe, « jusqu'à la fin des années 1960, le prisonnier fut tenu éloigné des luttes de l'extrême gauche » (ARTIERES Philippe, « La prison en procès, les mutins de Nancy (1972) », *Vingtième Siècle*, 70, avril-juin 2001, p.61).

<sup>2</sup> DELBAERE Loïc, *Le système pénitentiaire à travers les luttes des détenus de 1970 à 1987*, maîtrise d'histoire, Université de Haute Bretagne Rennes II, année universitaire 2001-2002, p.17.

<sup>3</sup> Dossier de douze pages comportant toutes les révoltes de détenus entre 1968 et 1973 (Fonds Etienne Bloch. ARC 3017-14 IV-35 : Les violences).

<sup>4</sup> On rappelle qu'on a consulté les dossiers de presse « prisons » à la FNSP, à l'IEP de Lyon et à la bibliothèque municipale de Lyon, ainsi que toutes les tables par index du *Monde* à la BDIC de Nanterre.

<sup>5</sup> Le passage à tabac de six détenus qui tentaient de s'évader en mai 1970, en présence du directeur de l'établissement et sous le regard de leurs codétenus, ne fut ainsi rapporté par la presse que plus tard (DOUAILLER Stéphane, VERMEREN Patrice, « Mutineries à Clairvaux », *Les révoltes logiques*, n°6, Cahiers du centre de recherches sur les idéologies de la révolte, automne/hiver 1977).

<sup>6</sup> Un des effets de Mai 68 sur la prison semble également avoir été, comme nous l'a confié une interviewée, une « libération de la parole » parmi les surveillants, à l'image de ce qui eut lieu dans beaucoup d'endroits en France.

prisons, et plus largement d'une politisation de la question carcérale, au sens où celle-ci sort du champ social pour prendre sa place dans le champ politique »<sup>1</sup>.

C'est cette dynamique de politisation de la question carcérale qui eut lieu au début des années soixante-dix, ainsi que ses effets sur la considération de la santé en détention, qu'on propose de restituer ici. Pour cela, on rappellera d'abord comment la prison, de grande absente du débat démocratique, est apparue progressivement comme un enjeu de la vie politique française (Section 1). Cette politisation de l'institution pénitentiaire contribua à mettre au premier plan la question sanitaire en milieu carcéral. Les carences du dispositif de santé furent alors dénoncées par les opposants au « régime pénitentiaire » comme autant d'exemples d'un pouvoir répressif (Section 2). C'est, d'une part, en réaction aux accusations portées à leur encontre, et, d'autre part, du fait de cette forte médiatisation que certains praticiens ont pour la première fois pris la parole dans l'espace public plaidant notamment pour une plus grande reconnaissance déontologique et statutaire de la médecine en milieu carcéral (Section 3).

---

<sup>1</sup> SALLE Grégory, « Mai 68 a-t-il changé la prison ? », *art.cit.*, p.190.

## Section 1- La prison comme nouvel objet de luttes politiques : le « scandale des prisons »

Michel Foucault : « Il fallait montrer à l'Administration pénitentiaire et aux journalistes que l'on savait ce qui s'était passé la veille au soir dans une prison. C'était un instrument de mise en question de la prison et d'agitation dans la prison mais aussi un moyen d'inquiéter l'administration pénitentiaire et les journalistes : la prison ce n'est pas un lieu immobile où rien ne se passe [...] Il fallait faire entrer la prison dans l'actualité, non sous forme de problème moral, ou de problème de gestion général, mais comme un lieu où il se passe de l'histoire, du quotidien, de la vie, des événements du même ordre qu'une grève dans un atelier, un mouvement de revendication dans un quartier, une protestation dans une cité HLM... »<sup>1</sup>.

Expression de la force publique, l'institution pénitentiaire apparaît spontanément comme étant de nature politique. On peut cependant distinguer deux représentations sociales distinctes de la prison. La première revient à percevoir l'institution carcérale comme le réceptacle d'une criminalité considérée de manière positiviste comme « naturelle ». La prison peut, d'autre part, être perçue comme un indice de la manière dont la déviance est sanctionnée dans une société donnée. Cette seconde conception souligne le rôle joué par les dispositifs de gouvernement (police, tribunaux, prisons) dans la gestion des déviances ou « illégalismes »<sup>2</sup> que tend à l'inverse à minorer la première définition. La politisation, définie comme une forme de travail politique destiné à dépasser « les limites assignées par la sectorisation à certains types d'activités »<sup>3</sup>, de la question carcérale contribue non seulement à faire de la population détenue le produit d'une entreprise de construction des catégories pénales mais également à transformer la représentation du rôle de la détention.

Reléguées au second plan au cours des années soixante sous le poids d'une majeure prise en compte des préoccupations sécuritaires, les conditions de vie des détenus apparaissent progressivement comme un élément clef des phénomènes de réinsertion et de récidive. « Au moment du GIP, on s'est rendu compte qu'il fallait considérer la prison, ainsi que la police, comme une pièce essentielle de la pénalité », observait Michel Foucault au sujet de cette expérience militante<sup>4</sup>. Ce phénomène de politisation recourt principalement au registre de la « scandalisation », pouvant être définie comme une entreprise de qualification de « faits » (les conditions de détention) incriminés au nom de normes supérieures (les « droits de

<sup>1</sup> COLCOMBET François, LAZARUS Antoine, APPERT Louis (alias de Michel Foucault), « Lutttes autour des prisons », *Esprit*, n°11, novembre 1979, p.105.

<sup>2</sup> « Ensemble des activités de différenciation, de catégorisation, de hiérarchisation et de gestion sociale des conduites définies comme indisciplinées », l'illégalisme est un concept élaboré par Michel Foucault, qu'il distingue de la délinquance, à partir duquel se mesure selon lui non pas l'échec mais la réussite de la prison, qui se révèle être un appareil de reconfiguration des illégalismes (LASCOUMES Pierre, « L'illégalisme, outil d'analyse », dans LENOIR Rémy (dir.), « Michel Foucault, "Surveiller et punir" : la prison vingt ans après », *Sociétés & représentations*, n°3, CREDHESS, novembre 1996, pp.78-84).

<sup>3</sup> LAGROYE Jaques, « Les processus de politisation », dans LAGROYE J. (dir.), *La politisation*, Paris, p.356.

<sup>4</sup> COLCOMBET François, LAZARUS Antoine, APPERT Louis (alias de Michel Foucault), « Lutttes autour des prisons », *art.cit.*, p.110.

l'homme »)<sup>1</sup>. Cette « scandalisation » fut en premier lieu le fait de détenus gauchistes incarcérés relayés par des associations comme le Groupe d'information sur les prisons (1). La presse française, davantage défiante à l'égard du pouvoir en place, a dans un second temps contribué à dénoncer le « scandale des prisons », dont les révoltes de détenus furent interprétées comme autant de preuves (2).

### ***1. De la revendication du régime politique à la dénonciation du régime des prisons : la politisation de l'institution carcérale***

*« Pendant des jours, les prisonniers politiques avaient fait la grève de la faim ; pendant des jours, la presse et l'Etat avaient gardé le silence. Puis tout avait été cédé : le scandale éclatait »<sup>2</sup>.*

L'une des conséquences de Mai 68 fut la transformation de la population pénale, largement issue des mouvements de révolte étudiants et ouvriers : « Le niveau intellectuel est supérieur à ce qu'il était précédemment. On relève un sensible rajeunissement, qui s'accompagne d'une intolérance plus marquée à la prison : les actes de violence se multiplient. L'idée s'instaure progressivement, dans les Maisons centrales, que les améliorations de régime s'obtiennent par la force »<sup>3</sup>. Un matin d'octobre 1969, une grève de la faim est déclenchée par les détenus de Clairvaux qui réclament l'assouplissement des conditions de détention<sup>4</sup>. Le 1<sup>er</sup> septembre 1970, vingt neuf militants de la Gauche Prolétarienne, principal groupuscule du maoïsme français, parmi lesquels Alain Geismar, figure de proue de Mai 68, incarcérés au motif d'appartenance à une ligue dissoute ou en vertu de la loi dite « anticasseurs », déclenchent une grève de la faim. Leur objectif est d'obtenir l'octroi du « régime politique » leur permettant de rester en lien avec leur organisation. « Un régime contre le Régime », plaisante Francis Blanche au micro d'Europe 1.

Le garde des Sceaux, René Pleven, tente de discréditer leur revendication en les accusant de constituer une élite voulant « attirer l'attention de l'opinion publique » (*LM*, 3/09/1970). Dès l'origine, pourtant, les grévistes s'efforcent de donner un sens collectif à leur combat par la condamnation générale des conditions de détention. En attestent les *Déclarations des emprisonnés politiques*, texte largement retransmis dans la presse : « Nous réclamons la reconnaissance effective de notre qualité de détenus politiques. Nous ne revendiquons pas pour autant des privilèges par rapport aux détenus de "droit commun", à nos yeux, ils sont les victimes d'un système social qui, après les avoir produits, se refuse à les rééduquer et se

<sup>1</sup> GARRIGOU Alain, « Le scandale politique comme mobilisation » dans CHAZEL François (dir.), *Action collective et mouvements sociaux*, Paris, PUF, 1993, pp. 183-191.

<sup>2</sup> « Une opération politique. Enjeu d'un combat », *La Cause du Peuple*, 24/05/1972.

<sup>3</sup> LETENEUR Henri, « La politique pénitentiaire française », *Etudes*, n°360, 02/1984, p.192.

<sup>4</sup> BELLANGER Hélène, *Vivre en prison. Histoires de 1945 à nos jours*, op.cit, p.199.



contente de les avilir et de les rejeter. Bien plus, nous voulons que notre combat, dénonçant le scandaleux régime actuel des prisons, serve à tous les prisonniers »<sup>1</sup>. Les grévistes condamnent à plusieurs reprises le « scandale des prisons », expression qui se diffuse au sein de la presse, constitué d'une accumulation de problèmes et « en particulier celui de la saleté, du manque de nourriture, de l'absence de soins en cas de maladie, de l'entassement et de la surveillance » (*La Croix*, 5/09/1970). En octobre, les militants incarcérés font parvenir au Comité chargé de leur défense des rapports fournissant de nombreuses informations relatives aux conditions de détention<sup>2</sup>. Cette grève de la faim n'arrive toutefois pas à attirer durablement l'attention, notamment des milieux gauchistes extérieurs à la prison<sup>3</sup>, et elle s'achève au terme de vingt-cinq jours par la décision de René Pleven d'assouplir le régime de détention des détenus inculpés devant la Cour de sûreté de l'Etat, sans pour autant accorder le statut politique à ceux qui avaient été condamnés par des tribunaux correctionnels, pourtant majoritaires (*LM*, 24/09/1970).

Une vingtaine de gauchistes proches de la Gauche Prolétarienne ou de Vive la Révolution initient une nouvelle grève de la faim le 14 janvier 1971 en vue d'obtenir « le droit au régime politique » (*LM*, 22/01/1971). Ce mouvement de protestation, contrairement au premier, mobilise de nombreux gauchistes non-détenus qui témoignent de leur solidarité en multipliant grèves de la faim et manifestations<sup>4</sup>. La protestation s'étend à toutes les prisons parisiennes puis au reste de la France alors que des acteurs associatifs (le Secours populaire français, la Ligue des droits de l'Homme) ou syndicaux (la CFDT) se mobilisent. Cent soixante médecins lancent un avertissement au gouvernement. Mais surtout, et ce contrairement à la première mobilisation, les grévistes bénéficient du soutien des milieux intellectuels et étudiants<sup>5</sup>. Au-delà d'un positionnement politique similaire, ce mouvement de soutien s'explique, comme le

<sup>1</sup> « Le Secours rouge : notre combat sert à tous les prisonniers », *Le Monde*, 2/09/1970.

<sup>2</sup> C'est de ces documents, qui « révélaient le caractère à la fois misérable et insupportable de la condition carcérale », que naquit l'idée qu'« il était urgent de publier ces rapports, d'informer l'opinion démocratique » et dont serait né le projet du GIP (RANCIERE Danielle, « Brève histoire du Groupe d'information sur les prisons (G.I.P) 1971-1972 », *Mana*, Caen, 1998, pp.221-226).

<sup>3</sup> À titre d'exemple, un ouvrage du Centre d'études, de recherche et de formation institutionnelle (CERFI) animé par Félix Guattari, proche des milieux gauchistes, ne fait dans son historique de la « crise des prisons » aucune référence à cette première grève (ARMAZET André, *Les prisons*, Paris, Editions Fillipacchi, 1973, p.105).

<sup>4</sup> « Cinq personnes entreprennent une grève de la faim de solidarité à Paris », *Le Monde*, 24-25/01/1971 ; « Manifestation devant la prison de La Santé par solidarité envers les détenus gauchistes », *Le Monde*, 26/01/1971 ; « Onze militants du Secours rouge à la chapelle de la gare Montparnasse font grève de la faim pour soutenir les gauchistes demandant le régime spécial », *Le Monde*, 30/01/1971 ; « Manifestation du Secours Rouge en faveur des militants gauchistes détenus à Paris », *Le Monde*, 3/02/1971 ; « Cinquante membres du Secours Rouge s'enferment à Marseille dans l'église réformée pour soutenir la grève de la faim des prisonniers politiques », *Le Monde*, 5/02/1971 ; « Manifestation à la Gare Saint Lazare de sept femmes dont Mme Geismar qui s'enchaînent par solidarité », *Le Monde*, 5/02/1971 ; « Kermesse de "soutien" à la halle aux vins par le Secours Rouge », *Le Monde*, 9/02/1971.

<sup>5</sup> « Plusieurs personnalités demandent l'octroi du régime spécial aux prisonniers politiques », *Le Monde*, 27/01/1971 ; « René Pleven reçoit une délégation de quatre universitaires », *Le Monde*, 6/02/1971 ; « Poursuite de la grève de la faim à la Sorbonne », *Le Monde*, 6/02/1971.

suggère la tribune d'un philosophe dans *Le Monde*, par la nature des revendications défendues par les grévistes :

« Ce qui leur importe, c'est d'abord que le gouvernement reconnaisse qu'il y a des prisonniers politiques, qu'ils sont des hommes dont l'action a un sens politique. Mais c'est aussi que soit changé le régime des prisons : pas pour eux, mais pour tous les prisonniers, à commencer par les "droits communs". Ils dénoncent un scandale : le régime pénitentiaire français, fondé sur l'humiliation et l'expiation. Ils sont les seuls à le dénoncer »<sup>1</sup>.

Cette mise en cause de la situation des prisons n'était certes pas absente de la première grève mais elle acquiert en 1971 davantage de visibilité pour au moins deux raisons. Les militants extérieurs semblent tout d'abord, selon le CERFI, plus prompts que les maoïstes incarcérés à condamner l'écart entre les deux régimes de détention : « Les [grévistes] gauchistes ne veulent absolument pas être assimilés aux droits communs [...] D'ailleurs, la polémique est vive chez les gauchistes. Certains trouvent inadmissibles cette cassure avec les droits communs et proclament : "Nous sommes tous des droits communs" »<sup>2</sup>. La difficulté à concilier une démarche spécifiquement politique et pouvant bénéficier à l'ensemble des détenus trouve un « dénouement », toujours d'après le CERFI, à travers l'action d'une organisation réussissant à articuler des motifs idéologiques d'une part, et concrets d'autre part : le Groupe d'information sur les prisons (GIP), créé en février 1971 à l'instigation de Daniel Defert et de Michel Foucault<sup>3</sup>.

Tandis que la plupart des associations de défense des détenus étaient jusqu'alors organisées sur la base des mouvements maoïstes, le GIP s'appuie sur des militantismes d'origines diverses regroupant notamment une mouvance chrétienne, des étudiants et des lycéens ou encore des professionnels de la prison, lui permettant ainsi d'élargir son audience<sup>4</sup>. Mais surtout, contrairement aux organisations révolutionnaires, le GIP s'inscrit dans une ligne d'action réformiste ayant pour objet de dénoncer et de modifier le fonctionnement concret des prisons. « Nous nous proposons de faire savoir ce qu'est la prison : qui y va ; comment et pourquoi on y va ; ce qu'y s'y passe, ce qu'est la vie des prisonniers, et celle, également, du personnel de surveillance ; ce que sont les bâtiments, la nourriture, l'hygiène ; comment fonctionne le règlement intérieur, le contrôle médical, les ateliers », annonce le texte de présentation du GIP<sup>5</sup>.

<sup>1</sup> DUFRENNE Mikel, « Un cri », *Le Monde*, 9/02/1971.

<sup>2</sup> ARMAZET André, *Les prisons*, op.cit., pp.107-108.

<sup>3</sup> Pour plus de détails sur la création du GIP, on peut se reporter à SALLE Grégory, *Le Groupe d'information sur les prisons*, DEA Sociologie politique, sous la direction de Pierre Favre, 1999-2000, pp.15-16. On consultera également les archives publiées dans : ARTIERES Philippe, QUERO Laurent, ZANCARINI-FOURNEL Michelle, *Le Groupe d'information sur les prisons : archives d'une lutte, 1970-1972*, Paris, Ed. de l'Institut Mémoires de l'Édition Contemporaine, 2003, p.28 et suiv.

<sup>4</sup> FAUGERON Claude, « Les prisons de la V<sup>ème</sup> République : à la recherche d'une politique », *art.cit.* p.329.

<sup>5</sup> FOUCAULT Michel, « Nul de nous n'est sûr d'échapper à la prison... », texte ronéotypé, 8/02/1971 (Cité dans ARTIERES Philippe et alii, *op.cit.*, p.43).

C'est probablement ce changement de perspective qui permet à la mobilisation de s'élargir et de devenir plus durable dans le temps. Ainsi, alors même que les grévistes décident l'arrêt de leur action collective, suite à l'annonce par René Pleven de l'adoucissement de leurs conditions de détention, les non-détenus ayant entamé une grève de la faim de soutien décident de poursuivre leur action (*LM*, 11/02/1971). La presse se fait l'écho de cette mobilisation dont la principale motivation est la condamnation du « régime indéfendable » des prisons en tant qu'institution qui échoue à resocialiser les individus qu'elle prétend « corriger »<sup>1</sup>. Longtemps reléguées au second plan, les conditions de détention sont désormais présentées comme le symbole de cet échec.

## 2. Prisons et journalisme : les conditions de détention désormais au centre des regards

« Il est bien regrettable que l'opinion publique ne prenne conscience de beaucoup de problèmes importants qu'en période de troubles ou à la suite d'événements sensationnels. Il a fallu l'horreur de la tuerie de Clairvaux et le caractère spectaculaire de la révolte de Toul pour que le pays tout entier se préoccupe enfin de la situation dans les prisons française. Car le problème est permanent. Ce n'est pas une crise, c'est une maladie ; ce n'est pas un accès de fièvre passager, c'est un pourrissement progressif ; c'est plus qu'une révolte, c'est une révolution »<sup>2</sup>.

Pendant toute l'année 1971, les prisons demeurent présentes au sein de l'actualité médiatique<sup>3</sup>. Outre une augmentation des tensions, la multiplication de ces récits d'incident résulte en partie d'un intérêt croissant de la presse française pour les prisons. Une comparaison des articles publiés par *Le Monde* durant la période située avant 1971 atteste du changement de regard désormais porté par les journaux sur l'institution carcérale<sup>4</sup>. Tandis qu'il ne fut pendant longtemps question de la prison qu'à l'occasion de suicides et de grèves de la faim sous la forme de brèves, articles de fond et analyses se multiplient à partir de 1971, rappelant l'intérêt suscité par la question carcérale après la Libération. « Il faut mettre fin au mystère que l'Administration entretient sur ce qui se passe dans les prisons », écrit Jean-Marc Théolleyre, responsable de la rubrique justice au *Monde* (30/03/1972). Si la mobilisation des

<sup>1</sup> « Dans la presse hebdomadaire. Un régime indéfendable : celui des prisons », *Le Monde*, 21-22/02/1971.

<sup>2</sup> PIERRE Christian, « Les prisons malades », *Justice. Journal du Syndicat de la magistrature*, n°17, 1972, p.18.

<sup>3</sup> Le jour même où René Pleven annonce les mesures à l'égard des grévistes et où Michel Foucault proclame la création du GIP, deux détenus tentent de s'évader de la M.A d'Aix-en-Provence, prenant en otage une infirmière et une assistante sociale avant d'être abattus (VIMONT Jean-Claude, *La prison : à l'ombre des hauts murs*, Paris, Gallimard, 2004, p.82). En mars, un scénario presque identique se déroule à la centrale de Muret. Le 27 juillet, un détenu de la prison de Lyon s'empare d'une arme contenue dans un colis qui lui est adressé et agresse un surveillant qui meurt deux mois plus tard (*Le Monde*, 29/07/1971). À la mi-août les détenus de la M.A de Grenoble observent une grève de la faim pour protester contre l'absence de service médical et pour une augmentation des durées de visite, tandis que les 21 et 22 août dix détenus s'évadent de la M.A de Perpignan (ARTIERES Philippe et alii, *Le Groupe d'information sur les prisons*, op.cit., « Le temps des révoltes », p.133).

<sup>4</sup> On rappelle qu'on a procédé à une analyse exhaustive de tous les articles publiés dans *Le Monde* au sujet de la prison depuis 1945 grâce aux tables et fichiers analytiques présents à la BDIC de Nanterre.

détenus gauchistes est à l'origine d'une « fenêtre médiatique »<sup>1</sup> sur les conditions de vie des détenus, le regard critique porté par les journalistes sur les prisons françaises s'explique également par l'émergence d'un nouveau rapport entre les médias et les pouvoirs publics.

Tandis que la relation de la presse non extrémiste aux institutions étatiques a longtemps été marquée par la prudence, les journalistes se contentant de relayer les déclarations officielles, une rupture a lieu au début des années soixante-dix du fait de l'« affaire Jaubert »<sup>2</sup>. Le fait qu'un journaliste non militant soit l'objet de violences provoque la colère de la presse française, comme le raconte Jean Guisnel :

*« Chez ses confrères, c'est l'ébullition. Le 4 juin, près de six cents d'entre eux se retrouvent pour un sit in devant l'immeuble du Figaro. Puis marchent vers le ministère de l'Intérieur. On hurle des slogans à l'encontre du ministre Raymond Marcellin. On brandit J'accuse [numéro « spécial flics »]. On réclame la liberté pour la presse, on entend même le slogan : "Flics, fascistes, a-ssa-ssins", assez inattendu dans les gosiers de professionnels qu'on a connus plus tranquilles. On fustige le premier ministre Jacques Chaban-Delmas. C'est le Mai 68 de la presse »<sup>3</sup>.*

L'« affaire Jaubert » est à l'origine d'une grande défiance des journalistes à l'égard des discours officiels et des institutions de maintien de l'ordre. C'est dans ces conditions que naît l'Agence de Presse Libération (APL) le 18 juin 1971 sous la direction de Maurice Clavel qui donnera naissance au journal *Libération*. Les conditions sont dès lors réunies pour qu'une association de défense des détenus comme le GIP rencontre un écho favorable au sein de la presse française, et ce d'autant plus en raison de la sympathie de nombreux journalistes à son égard<sup>4</sup>. Les articles et enquêtes critiques sur les prisons se multiplient dans les journaux<sup>5</sup>, faisant dire à un journaliste que « le procès des prisons en France n'est plus à faire » (*Témoignage chrétien*, 18/10/1971). Longtemps demeurée dans l'ombre, l'institution pénitentiaire est désormais placée au centre de l'attention médiatique :

*« Il n'est pas normal que la prison reste un "microcosme", un petit monde secret soustrait au contrôle des citoyens. C'est là un vestige de l'ancien régime, totalement anachronique et d'ailleurs contradictoire avec la diffusion des moyens de communication dans le monde moderne. La vie quotidienne des prisons doit pouvoir être connue et contrôlée, autrement que par un auto-contrôle de l'administration elle-même » (LF, 17/01/1972).*

Le traitement médiatique de l'« affaire Buffet » est manifeste du nouveau regard porté par les journalistes sur les prisons. En septembre 1971, une infirmière et un surveillant sont égorgés

<sup>1</sup> On entend par « fenêtre médiatique » une attention soudaine portée par les médias à un sujet précis qui rend possible des prises de parole considérées comme davantage légitimes.

<sup>2</sup> Alain Jaubert est un journaliste qui est frappé puis arrêté par les forces de l'ordre le 29 mai 1971, avant d'être poursuivi en justice pour avoir agressé trois policiers. Un petit groupe d'intellectuels et de journalistes, parmi lesquels Claude Angeli, Michel Foucault, Claude Mauriac et Pierre Vidal-Naquet, constitue aussitôt une commission de contre-enquête qui livre des conclusions accablantes pour la police (GUISNEL Jean, *Libération, la biographie*, Paris, La Découverte, 2003, pp.10-12).

<sup>3</sup> *Ibidem*, p.11.

<sup>4</sup> C'est par exemple le cas de Perier-Daville du *Figaro* qui participe à la commission Jaubert, Philippe Boucher du *Monde* ou encore *Le Nouvel Observateur* ; « le GIP faisant quasi-fonction d'agence de presse » sur les questions carcérales (ARTIERES Philippe, « La prison en procès, les mutins de Nancy (1972) », *art.cit.*, p.64).

<sup>5</sup> « Le scandale des prisons », *La Croix*, 26-28/12/1970. Cf. Les grandes enquêtes en plusieurs numéros de Delacombe dans *L'Aurore* ou de Dupiré dans *La Croix* publiées en décembre 1972.

par deux détenus, Claude Buffet et Roger Bontemps, dans leur tentative d'évasion de la Centrale de Clairvaux (*LM*, 23/09/1971). Si cet événement ravive les partisans de la peine de mort, Claude Buffet ayant échappé à la peine capitale<sup>1</sup>, il contribue également à la mise en cause des conditions de détention. Certaines personnalités politiques n'hésitent bien sûr pas à critiquer la trop forte libéralisation des prisons, tel Robert Galley, député UDR (gaulliste) et ministre des PTT : « Cette évolution vers l'amélioration des conditions de vie [...] se justifie-t-elle toujours ? Ne faut-il pas considérer, au contraire, que passé un certain seuil, mansuétude et générosité ne sont plus que faiblesses. Faiblesses et facilités exploitées lorsque l'occasion s'en présente, dans les conditions horribles que nous venons de connaître » (*LM*, 26-27/09/1971).

Cette critique de l'assouplissement des conditions de détention est cependant rarement le fait de journalistes<sup>2</sup>, la grande majorité des prises de position aboutissant à l'inverse au constat d'un échec de l'institution pénitentiaire à amender ces deux détenus, condamnés à de longues peines : « Il reste aussi que ce drame n'est pas totalement étranger au problème des conditions de détention pénitentiaires [...] C'est vrai que les deux prisonniers "rebelles" ne semblaient rien avoir d'"enfants de chœur", au moment de leur incarcération, mais qu'a-t-on fait pour eux depuis durant ces premières années de réclusion à perpétuité ? [...] Ne leur laisse-t-on pas comme seul moyen d'en "sortir" que la même violence qui les a condamnés ? »<sup>3</sup>. D'une manière proche, Philippe Boucher se demande « si, à l'origine de leur geste, les deux détenus n'entendaient pas attirer l'attention sur leur condition de vie », avant d'affirmer que « préparer [la] réinsertion, c'est d'abord donner aux condamnés un spectacle qui ne les incite pas à donner une place primordiale dans leur esprit à la force, à la violence, à la "combine" » (*LM*, 23/09/1971). A partir du « drame de Clairvaux », la presse développe un regard plus critique sur les conditions de détention, rendant ainsi compte de la pauvreté de l'Administration pénitentiaire (*La Croix*, 26/09/1971) ou encore des violences parfois commises à l'encontre de détenus<sup>4</sup>.

<sup>1</sup> Plusieurs condamnations à mort suivront le drame de Clairvaux. Bontemps et Buffet seront condamnés puis exécutés. La défense de ce dernier par Robert Badinter a marqué un temps fort de l'engagement de celui-ci contre la peine de mort (BADINTER Robert, *L'Abolition*, Paris, Arthème Fayard, 2000, p.5 et suiv.).

<sup>2</sup> À l'exception du journal d'extrême droite *Aspects de la France* (Cf. « En marge du drame de Clairvaux. Un régime pénitentiaire plus strict contribuerait à diminuer la criminalité », *Aspects de la France*, 7/10/1971).

<sup>3</sup> (ACHARD Maurice, « Clairvaux : un jeu terrible », *Combat*, 23/09/1971). Un journaliste de *Combat* observe d'autre part qu'« on peut tirer la leçon de cette affaire sur un plan au moins : celui du problème de la détention pénitentiaire, du quasi-abandon des prisonniers au détriment d'une tentative de leur "réintégration" dans une vie qui les a rejetés » (« Clairvaux : le drame des prisons », *Combat*, 23/09/1971).

<sup>4</sup> *Le Monde* publie le témoignage d'un détenu roué de coups ainsi que les extraits d'un rapport faisant état de violences à la Centrale de Clairvaux.

A l'automne 1971, tous les journalistes font état des risques de mutineries semblables à la violente révolte d'Attica qui vient d'avoir lieu<sup>1</sup>. « Il est déjà trop tard aux Etats-Unis » remarque un journaliste, avant d'ajouter : « Le chemin est court de Clairvaux à Attica et M. Pleven semble aller vite en besogne », faisant référence aux décisions du ministre de la Justice afin de rétablir l'ordre dans les prisons françaises (*Combat*, 1/12/1971). Le 10 octobre 1971, René Pleven signe en effet une circulaire pour exiger le renforcement de la surveillance individuelle. Mais surtout, le 12 novembre, le garde des Sceaux annonce la suppression des colis de Noël pour tous les détenus, au prétexte d'éviter ainsi l'introduction d'armes en détention (*LM*, 19/11/1971). Un mouvement de protestation s'élève alors non seulement de la part des détenus<sup>2</sup> mais aussi des personnels intervenant en milieu carcéral : « Tous ceux qui s'occupent des détenus en tant que médecins ou éducateurs ont qualifié de maladroite et nuisible une telle brimade » (*La Croix*, 9/12/1971). C'est dans ce climat de tension qu'une série de mutineries s'enclenche dans plusieurs établissements.

C'est à la Centrale de Toul qu'a lieu la principale révolte. L'importance du nombre de détenus concernés (près de 500), la violence et la durée de la révolte, qui s'étend sur une semaine, expliquent en partie l'important écho dont elle bénéficie dans la presse. Dans un numéro spécial de *La Cause du peuple* consacré aux « insurgés de Toul », Maurice Clavel s'en prend violemment, dans une lettre ouverte adressée au Premier ministre, à René Pleven : « Toul était donc près d'Auschwitz et vous ne le saviez pas ! Vous ne pouviez le savoir, car vous auriez aussitôt destitué ce misérable ministre que j'appelle des tribunaux et des prisons, faute de pouvoir lui accoler ce mot de justice que la philosophie, la religion et l'instinct nous font vénérer » (*La Cause du peuple*, 18/12/1971). Le Comité Vérité Toul, créé par Robert Linhart<sup>3</sup>, entreprend de faire la lumière sur les événements en recueillant les témoignages de détenus et de surveillants. « La voix des insurgés se fera entendre dans toute la France », peut on lire sur les tracts et affiches diffusés par le Comité. Philippe Boucher condamne dans les colonnes du *Monde*, qui apporte une couverture très détaillée des événements, l'attitude de l'Administration pénitentiaire et plus largement l'absence de politique en faveur des détenus<sup>4</sup>.

<sup>1</sup> Le 21 août 1971, George Jackson, un délinquant considéré comme un militant noir dangereux, est tué à la prison de St-Quentin, en Californie. Quelques temps après (du 10 au 14 septembre) a lieu la révolte d'Attica près de New York. Après l'assaut on relève quarante-deux morts parmi lesquels neuf otages (DELBAERE Loïc, *Le système pénitentiaire à travers les luttes des détenus de 1970 à 1987*, op.cit., p.28).

<sup>2</sup> « Manifestation de détenus à la maison centrale de Poissy », *Le Monde*, 25/11/1971 ; « Grève de la faim pour protester contre la suppression des colis de Noël décidée par René Pleven », *Le Monde*, 28-29/11/1971.

<sup>3</sup> Robert Linhart est un sociologue maoïste, membre de l'ex-Gauche prolétarienne.

<sup>4</sup> « Une réforme vieille dans des locaux vétuste », *Le Monde*, 11/12/1971 ; « Une démission de la Justice », *Le Monde*, 15/12/1971.

Les médias font pour la première fois mention de l'usage de la contention, pratique consistant à attacher les détenus trop agités, et ce parfois pendant plusieurs jours<sup>1</sup> :

« On reste parfois plusieurs jours pieds et poings liés par des sangles de toile, les bras en croix, sur le lit de contention. C'est ainsi qu'on calme les "agités" à Toul [...] A La Santé, le lit est remplacé par une table de pierre, les sangles de toile par des sangles de cuir. A Fleury-Mérogis, la ceinture de contention maintient les bras le long du corps et les chevilles sont enchaînées. Dans l'une ou dans l'autre prison de France, des hommes passeront ainsi peut-être la nuit de Noël... ». (L'Express, 20-26/12/1971).

L'impact médiatique des révoltes contraint le ministère de la Justice à créer une commission d'enquête présidée par Robert Schmelck. Le rapport, rendu public le 8 janvier 1972, est salué par les journalistes pour sa tonalité critique à l'égard de l'Administration pénitentiaire<sup>2</sup>. Claude Vincent, de *France Soir*, y voit un « rapport accablant » : « Il a fallu du courage pour l'écrire et plus encore pour le publier » (11/01/1972). *Combat*, journal critique à l'égard de l'Administration pénitentiaire, s'en réjouit également : « Le ton poli et les pudeurs de style ne peuvent dissimuler les accablantes accusations que contient le rapport » (12/01/1972). « Mené dans un esprit d'objectivité totale », le rapport livre selon *Témoignage chrétien* des « conclusions accablantes pour l'administration » (13/01/1972). Au sein de la DAP, le travail de la commission est accueilli favorablement aussi bien par les syndicats de surveillants que les organisations de personnels socio-éducatifs<sup>3</sup>. Seul le GIP rejette ce rapport, reprochant à la commission de ne lever le voile qu'à moitié sur certains traitements infligés aux prisonniers et de présenter comme un accident ce qui relève d'une « situation propre à la majorité des établissements pénitentiaires français »<sup>4</sup>. Toujours dans l'espoir d'apaiser les esprits, René Pleven annonce une rallonge budgétaire de vingt millions de francs afin d'améliorer les conditions de détention (*LM*, 13/01/1972) ainsi qu'une réforme visant à améliorer la condition pénitentiaire, selon les mots de Georges Pompidou, « dans cette voie étroite entre une indifférence inhumaine et une sensiblerie dangereuse » (*LM*, 20/01/1972).

Les efforts du ministre de la Justice en vue d'assurer le retour au calme sont suivis de plusieurs mutineries que relaie le GIP. « Force est de constater, souligne Denis Perier-Daville, que la publication du rapport Schmelck et l'annonce par le gouvernement de réformes

<sup>1</sup> L'usage de la contention avait été autorisé en 1966 par le CPP non pas en tant que punition mais en tant que mesure prise dans « l'intérêt du détenu », rendant nécessaire une prescription médicale. Il semblerait cependant, comme l'affirme ici une interne dans sa thèse, que « la mise en contention était donc employée par le personnel de l'administration lors d'états d'agitation ». Alors que l'avis du médecin devait être demandée dans les plus brefs délais, cette psychiatre fait état d'un détenu ayant été vu au bout de trois jours (LEDERMANN Rosette, *Examen de l'ouverture d'un service médico-psychologique en milieu pénitentiaire*, thèse de médecine, Pr Bourguignon (dir.), Faculté de Créteil, 1972, p.44).

<sup>2</sup> Le rapport reconnaît notamment des « irrégularités administratives » dans l'usage de la ceinture de contention : « absence de contrôle immédiat par le médecin ; usage prolongé de la ceinture sans contrôle médical ; certificat non signé par le médecin ; certificat à effet rétroactif [...] Certains détenus auraient été maintenus en ceinture de contention durant plusieurs jours sans être jamais détachés » (DAP, *Rapport de la commission d'enquête sur les événements de la maison centrale de Toul*, p.5. Archives CAC. 19980160. Art.25 : Evénements de Toul).

<sup>3</sup> « Les personnels pénitentiaires : la commission nous rend justice », *La Croix*, 12/01/1972.

<sup>4</sup> DOMENACH Jean-Marie, « En finir avec les prisons », *Esprit*, 07-08/1972, p. 39.

imminentes n'ont pas apaisé l'agitation dans les prisons » (*LF*, 17/01/1972). A mesure que les mutineries s'affaiblissent, la lutte pour les prisons « quitte l'intérieur des établissements pour gagner les prétoires et la scène politique »<sup>1</sup>. Les acteurs du monde pénal se réunissent le 19 janvier 1972 sur l'initiative du Mouvement d'action judiciaire (MAJ), présidé par Jean-Jacques de Felice, avocat à la cour de Paris et membre du GIP, autour du thème du « scandale des prisons » (*LM*, 21/01/1972). En mars, une pétition est signée par plus de trois cents personnalités en faveur de la « révision du régime pénitentiaire » (*LM*, 3/03/1972). Il est reproché à René Pleven de se préoccuper davantage de la procédure pénale que des conditions de détention proprement dites : « A Toul, origine du projet de loi, [les] réclamations visaient non pas les grands principes mais la vie quotidienne des prisons, seule vraie pierre de touche de la condition pénitentiaire : régime des visites, de la correspondance, qualité des soins médicaux » (*LM*, 23/06/1972). Ce que condamnent les détenus, les associations et les médias, derrière l'appellation des « prisons de Pleven »<sup>2</sup>, c'est avant tout l'archaïsme de la vie quotidienne en détention restée à l'écart de la modernisation de la société française. Les procès des mutins de Toul ou des « assassins de Clairvaux » sont d'ailleurs des occasions supplémentaires de mettre en cause un « régime pénitentiaire inadapté »<sup>3</sup>. La prison est devenue dès lors un objet médiatique.

---

L'institution carcérale, jusqu'alors à l'écart de ce que Michel Foucault a appelé le « grondement de la bataille » des « années 68 »<sup>4</sup>, fait irruption au début des années soixante-dix dans le champ des luttes politiques. On a rappelé quels ont été le contexte et les principaux acteurs de cette remise en cause. Il est difficile, comme le souligne Grégory Salle, de déterminer avec précision qui, entre les détenus et les militants gauchistes, fut à l'origine des mutineries<sup>5</sup>. Le phénomène de politisation de la question carcérale eût néanmoins été peu probable sans l'intervention d'individus extérieurs. A travers leurs revendications, les détenus n'ont en effet jamais établi de lien entre leur condition et le pouvoir politique. En soulignant la continuité entre les détenus et les autres citoyens (« Nul de nous n'est sûr d'échapper à la prison » proclame le texte fondateur du GIP)<sup>6</sup>, en recourant au registre de la

---

<sup>1</sup> ARTIERES Philippe et alii, *Le Groupe d'information sur les prisons*, op.cit., p.136.

<sup>2</sup> « Les prisons de Pleven », *Le Nouvel Observateur*, 17/01/1972 ; « Les prisons de Pleven », *Tribune socialiste*, 18/10/1972.

<sup>3</sup> « Le procès des révoltes de Nancy sera-t-il celui d'un régime pénitentiaire inadapté ? », *Le Figaro*, 8/06/1972 ; « Le procès des mutins de la prison de Nancy a été celui du système pénitentiaire », *France Soir*, 10/06/1972.

<sup>4</sup> ARTIERES Philippe, LASCOUMES Pierre et SALLE Grégory, « Prison et résistances politiques. Le grondement de la bataille », *Cultures & Conflits*, 55, automne 2004, pp.5-14.

<sup>5</sup> SALLE Grégory, « Mai 68 a-t-il changé la prison ? », art.cit., p.193.

<sup>6</sup> Cité dans ARTIERES Philippe et alii, op.cit., p.43.



« scandalisation »<sup>1</sup>, en dénonçant sous l'expression « régime pénitentiaire » l'ensemble des injustices présentes en détention, en décrivant la population détenue comme le fruit d'une politique de sélection des déviances, les militants de la cause carcérale contribuèrent non seulement à mettre fin à l'opposition entre détenus de « droit commun » et détenus politiques, mais également à faire de chaque détenu une cause politique.

La politisation de la question carcérale est par conséquent l'œuvre d'un discours performatif dont Felstiner, Richard et Sarat ont décrit les principales étapes en matière de sociologie du droit. Pour qu'un litige émerge, des individus doivent en premier lieu être conscients d'une injustice dont ils souffriraient (*naming*) ; ils doivent d'autre part désigner un responsable dont ils attendent réparation (*blaming*) et, enfin, formuler auprès de lui des revendications (*claiming*)<sup>2</sup>. La prise de conscience par des détenus gauchistes des conditions de détention s'est traduite par la dénonciation des autorités pénitentiaires et la revendication d'une meilleure prise en charge des détenus.

Les conditions de détention ne sont ainsi désormais plus seulement perçues comme une conséquence naturelle de la pauvreté de l'Administration pénitentiaire mais comme la manifestation d'un pouvoir répressif :

*« Contre l'idée que l'on puisse aisément discerner, d'une part, ce qui relèverait réellement de l'exercice du pouvoir, et, d'autre part, les manifestations apparemment anodines du quotidien carcéral, l'urgent est de désigner tous les moyens, y compris les plus discrets, par lesquels transite le pouvoir. Exhiber, donc, ses médiations et des points d'appui ; le saisir dans sa matérialité et dans son effectivité ; déployer les séries de foyer et de canaux discursif et matériels qu'il emprunte et qui le supportent, le prolongent, lui donnent consistance »*<sup>3</sup>.

A partir des « années 68 », la critique de la prison s'intègre dans un rejet plus global des institutions étatiques. « En fait, la prison fait partie intégrante d'un système répressif dont la Justice et la police sont les autres éléments », écrit alors Michel Foucault<sup>4</sup>. La dénonciation des carences de la prise en charge sanitaire des détenus et du personnel médical exerçant en détention apparaît dès lors comme un moyen de mettre en cause l'ensemble de l'appareil d'Etat et du pouvoir politique.

<sup>1</sup> On pense aux brochures « Intolérable » rédigées par le GIP dès 1971 dénonçant les conditions de détention.

<sup>2</sup> FELSTINER William L. F, RICHARD L. Abel, SARAT Austin, « L'émergence et la transformation des litiges : réaliser, reprocher, réclamer », *Politix*, n°16, 1991, pp.41-54.

<sup>3</sup> SALLE Grégory, *Emprisonnement et Etat de droit : une relation à l'épreuve en Allemagne et en France depuis les années « 68 »*, I.E.P Paris, thèse de science politique, 2006, p.101.

<sup>4</sup> FOUCAULT Michel, « Redonner la parole aux détenus », *Tribune socialiste*, février 1972.

## Section 2 - La médecine pénitentiaire en accusation

La situation sanitaire des prisons françaises n'est pas au cœur des préoccupations de la presse au cours des années soixante. La dimension sécuritaire, et notamment les risques d'évasion, ou la question de la réinsertion des détenus occupent alors l'essentiel des débats. En 1969, la condamnation, et ce pour la première fois, d'un médecin d'établissement carcéral, et à travers lui de l'Administration pénitentiaire, pour défaut de soin dans la mort d'un détenu ne fait alors l'objet que de quelques lignes<sup>1</sup>. Or le mouvement de contestation de l'institution carcérale qui s'amorce au début des années soixante-dix met l'accent, pour la première fois depuis la Libération, sur la dureté des conditions de détention. Que ce soit le froid, la faim, les sévices ou encore la maladie, les revendications des détenus « révèlent au grand public la matérialité de la détention »<sup>2</sup> ou plus exactement sa corporalité, comme Michel Foucault le souligne en introduction de *Surveiller et punir* : « Que les punitions en général et que la prison relèvent d'une technologie politique du corps, c'est peut être moins l'histoire qui me l'a enseigné que le présent »<sup>3</sup>.

Conçues à la fois comme un exemple et un outil de la répression des détenus, les carences de l'organisation sanitaire en prison furent au cœur de la stratégie de dénonciation de l'institution carcérale (1). Les suicides de détenus, alors en forte hausse, ont été présentés par les militants de la cause carcérale comme les symboles de ce pouvoir sur la vie exercé par l'Administration et dont les médecins seraient les complices (2). En soulignant la tutelle pénitentiaire sur ces praticiens, cette dénonciation des militants de la cause carcérale souligna les limites de la démarche de spécialisation entreprise par Georges Fully. Lui-même critiqué pour son inefficacité, le Médecin-inspecteur tentera de mettre à profit cette contestation comme une ressource supplémentaire dans la démarche d'autonomisation qu'il avait initiée.

### *1. La dénonciation par les militants de la cause carcérale de la prise en charge médicale des détenus*

« Et voilà le scandale : la prison est, au pire, criminogène, et, au mieux, dégradante »<sup>4</sup>.

Mettre en avant les nombreuses accusations dont les médecins exerçant en prison ont été l'objet au début des années soixante-dix n'a bien sûr pas ici pour but de « scandaliser » le lecteur mais d'analyser les conditions dans lesquelles les praticiens pénitentiaires ont fait pour la première fois irruption au sein de l'espace public. Il est d'ailleurs bienvenu de rappeler que

<sup>1</sup> « La veuve d'un détenu mort en prison obtient des dommages et intérêts », *Le Monde*, 16-17/03/1969.

<sup>2</sup> SOULIE Christophe, « Années 70- Contestation de la prison : l'information est une arme », *Raison présente*, dossier « Prisons et droits de l'homme », n°130, 2, 1999, p.22.

<sup>3</sup> FOUCAULT Michel, *Surveiller et punir*, Paris, Gallimard, Collection Tel. 1993 (1975), p.39.

<sup>4</sup> « La misère des prisons », *L'Express*, 12-18/04/1971.

ces critiques ne sont pas toujours fondées. L'exemple de la mise en cause du médecin de la M.A de Dijon durant l'été 1972 rappelle combien il était facile, à une époque où presque aucune information ne filtrait des prisons, de diffuser des accusations fallacieuses sous la forme de rumeurs<sup>1</sup>. Il ne s'agit donc pas tant ici de s'interroger sur la mauvaise prise en charge médicale, supposée ou réelle, des détenus que de souligner comment celle-ci est progressivement apparue comme une question politique et quel fut son rôle dans la structuration de la médecine pénitentiaire en tant que spécialité médicale.

Bien qu'au cours de leurs grèves de la faim, les détenus gauchistes accordent peu d'importance à la question des soins médicaux en détention, ils n'en contribuent pas moins à la prise en compte de la dimension sanitaire en prison de façon indirecte. Souvent issus du milieu étudiant, et ainsi dotés d'un capital culturel et social élevé, ces détenus bénéficient de relais médiatiques dans la défense de leur propre prise en charge médicale. *Témoignage chrétien* publie ainsi le courrier d'un étudiant en droit décrivant avec ironie le fonctionnement du « centre "hospitalier" (?) pénitentiaire » où il est incarcéré, faisant état du décès d'un détenu cardiaque auquel on n'aurait pas distribué ses médicaments ainsi que des mauvais traitements dont il aurait été lui-même l'objet : « Je fus totalement entravé pendant 72 heures et contraint de faire mes déjections sous moi... Chaque fois que je demandais au surveillant "infirmier" de m'enlever mes entraves, il me répondait avec un sourire narquois qu'il ne pouvait pas car j'étais en plein délire... »<sup>2</sup>. Certains prisonniers bénéficient parfois de l'appui d'une personnalité extérieure suffisamment influente pour rendre public leur situation personnelle. Jean-Pierre Vernant, Professeur à l'Ecole pratique des hautes études, défend ainsi dans une tribune du *Monde* le cas d'un jeune détenu maoïste asthmatique, Pierre Vidal-Naquet, incarcéré dans des conditions « inadmissibles » et souffrant d'une « surveillance médicale quasi-nulle »<sup>3</sup>.

Mais plus que les actions entreprises à titre individuel, c'est la protestation collective des détenus qui met au premier plan les carences de la médecine pénitentiaire. On trouve ainsi parmi les cahiers de doléances remis lors des révoltes, reproduits dans la presse, plusieurs revendications concernant la qualité des soins. Les détenus de Toul exigent par exemple la « régularisation des situations dentaires » tandis que ceux de Loos demandent « de réels soins médicaux »<sup>4</sup>. Le cahier des revendications de cet établissement trouvé dans les archives du juge Etienne Bloch précise : « Docteur : il faut attendre les bons-vouloirs de l'infirmière pour être soigné, les maladies non apparentes ne sont pas prises au sérieux. Ex : les nerfs, les mals

<sup>1</sup> Cf. Annexe 7 : « La création des CMPR en 1967 : un début de reconnaissance de la psychiatrie pénitentiaire ».

<sup>2</sup> « Lettre de prison. Un détenu accuse », *Témoignage chrétien*, 18/10/1970.

<sup>3</sup> VERNANT Jean-Pierre, « Comment on traite un "maoïste" », *Le Monde*, 20/11/1970.

<sup>4</sup> Les exemples suivants sont extraits de : *Cahiers de revendications sortis des prisons lors des récentes révoltes*, avril 1972 (Fonds GIP/IMEC). Cité dans ARTIERES Philippe et alii, *Le Groupe...*, op.cit., pp.184-185.

(sic) de ventre. Infirmière : male polie et refuse parfois les soins aux garçons et le remède est le fameux Aspirine »<sup>1</sup>. Bien que légèrement postérieure, une des revendications figurant dans le cahier de doléances des mutins de Lyon, intitulée « Liberté de la médecine et évacuations », rappelle que ce sont parfois moins les médecins qui sont mis en cause que l'Administration pénitentiaire :

*« Certains détenus malades dont l'état nécessiterait une hospitalisation ne sont pas évacués. Dans un passé relativement récent encore, un détenu n'a été évacué que 12 heures après une tentative de suicide au cours de laquelle il avait perdu une grande quantité de sang. Aucun médecin n'a été appelé à son chevet. A ce sujet les exemples à citer sont nombreux. Trop même pour que l'on ne se décide pas à se pencher sur ce problème grave. L'établissement ne dispose d'aucun équipement chirurgical, d'aucun praticien à demeure. Il arrive même qu'il n'y ait aucune consultation médicale pendant 8 jours comme ce fut le cas la semaine dernière. Manque de personnels, manque de moyens, manque de crédits, manque de structures, manque de tout... [...] La prison est une fabrique de malades et un malade se soigne, quelle que se soit sa condition, avec des moyens appropriés [...] Si l'établissement ne se prête pas à de telles installations [médicales], il faut revoir dans ce cas la réglementation des évacuations, particulièrement quant elles sont urgentes, et avant tout laisser les médecins libres de décider. La médecine est leur domaine pas celui de l'administration pénitentiaire qui entrave sans cesse leur action. »*<sup>2</sup>

Même si elles semblent minoritaires au regard des revendications relatives aux cellules, aux parloirs ou aux conditions de travail, les conditions sanitaires sont une préoccupation des détenus que relaient des associations comme le GIP, dont on peut rappeler brièvement la démarche. A l'encontre du tribunal populaire instauré par Jean Paul Sartre, Michel Foucault défend une position originale que résume Grégory Salle : « Le GIP entend contribuer à permettre aux détenus de se constituer en force collective, sans devenir son porte-parole [...] Le GIP se veut un relais, un passeur, une courroie de transmission offrant un espace des possibles pour la parole proscrite des prisonniers »<sup>3</sup>. Cette démarche, qu'incarne la formule « La parole aux détenus », se concrétise à travers la dimension informative de l'association. L'information devient un instrument dans une stratégie de dénonciation de l'arbitraire des institutions gouvernementales. Il s'agissait, déclare Jean-Marie Domenach, de s'inspirer de la technique utilisée par « Vérité et liberté » pendant la guerre d'Algérie afin de « faire connaître ce que la presse ne disait pas » (*La Croix*, 24/02/1972). Fidèle à son credo, le GIP réalise en 1971 une série d'« enquêtes-intolérance » par le biais de questionnaires remis aux anciens détenus et à leur famille et dont les résultats sont publiés par la presse ainsi que dans une série de brochures<sup>4</sup>. C'est dans ce cadre qu'il est pour la première fois question de façon critique de la médecine pénitentiaire à travers une série de questions portant sur la visite médicale, les

<sup>1</sup> Copie d'un « Cahier de réclamations de Loos », document manuscrit non daté, 3 pages (Fonds Etienne Bloch. ARC 3017-14 IV-26 : Cahiers de revendication).

<sup>2</sup> Cahier de doléances des détenus de la prison de Lyon daté du 8 avril 1973, dix pages manuscrites (Fonds Etienne Bloch. ARC 3017-14 IV-17 Mutineries). Souligné par nous.

<sup>3</sup> SALLE Grégory, *Emprisonnement et Etat de droit*, op.cit., p.94.

<sup>4</sup> Cf. Chapitre « "Nous voulons savoir" : Premières enquêtes » dans ARTIERES Philippe et alii, *Le Groupe d'information sur les prisons*, op.cit., pp.47 et suiv.

piqûres de tranquillisants ou encore les tests psychologiques<sup>1</sup>. Le peu de temps accordé aux consultations et l'uniformisation de la prescription médicale sont décrits comme autant de preuves de l'absence de considération dont souffriraient les détenus. Quelques extraits des tracts et brochures du GIP, qui sont presque tous des propos de détenus, en témoignent :

*« Le médecin traite les détenus comme des bêtes, soigne toutes les maladies à l'aspirine, laisse mourir un détenu d'un cancer à la gorge en lui donnant des pastilles Valda, demande à une jeune femme sur le point d'accoucher d'attendre qu'il soit prêt : résultat, le bébé meurt ; la jeune femme est très mal en point »<sup>2</sup>.*

*« Ses soins, elle [l'infirmière] s'en moquait pas mal. Elle prenait son travail comme si elle soignait des bêtes, et encore. Moi, j'ai vu des bêtes soignées beaucoup mieux que ça. On s'occupe beaucoup mieux d'une bête qui a un furoncle que d'un gars qui se coupe les veines »<sup>3</sup>.*

*« On nous fait sortir par deux ou par trois à la fois, on vous fait mettre à poil dans un couloir et vous attendez votre tour, mais rassurez vous, le docteur ne passe jamais plus d'une minute par détenu quel que soit ce que vous ayez. C'est toujours le même traitement, Aspirine, Valium et Seresta »<sup>4</sup>*

*« Il y a quelques années, un type vient de Château-Thierry<sup>5</sup>. Il y était allé parce que mentalement ça n'allait pas fort. Il en revient comme un mort-vivant : drogué jusqu'aux moelles de tranquillisants. On voyait bien. On voyait bien qu'il ne contrôlait pas ses gestes. Il marchait comme un automate. Le lendemain de son arrivée, on le met sur une machine assez difficile. J'ai averti le contremaître. Bien sûr il ne m'a pas écouté. Ça n'a pas attendu une matinée. Toute sa main y est passée. Je le sais, c'est moi qui ait balayé les morceaux » (Enquête GIP citée dans Le Monde, 08/06/1971).*

A chaque reprise est dénoncé le manque de considération avec lequel les soignants traiteraient les détenus. Jusque-là inconnus du grand public, les infirmiers et les médecins pénitentiaires sont présentés sur le mode de la stigmatisation et de la dénonciation. Au-delà d'un manque de considération, le GIP met également en cause la connivence de certains praticiens, décrits comme les complices de l'Administration pénitentiaire notamment lorsqu'ils adoptent un rôle de surveillance des détenus : « Il y avait même un médecin qui avait la fâcheuse habitude de mettre des rapports à tous les détenus qui allaient le voir pour un mauvais motif [...] Si, lorsque le médecin ne vous trouve pas de maladie, il vous met un rapport, ce n'est pas son rôle »<sup>6</sup>. Certains médecins sont même accusés d'être davantage préoccupés par les « visites médicales non motivées » que par la santé des détenus<sup>7</sup> : « La recherche de la maladie se confond souvent avec le dépistage du simulateur [...] Le rôle du médecin serait peut-être

<sup>1</sup> Questionnaire publié dans la revue *Esprit* (n°404, 06/1971). Voir également : GIP, *Enquête dans 20 prisons*, Paris, Editions Champ Libre, coll. « Intolérable les prisons », 1971.

<sup>2</sup> GIP TOULOUSE, « Savez vous ce qu'il se passe à la prison Saint Michel ? » (Archives CAC. 19970394. Art.14 (E5250) : Dossier « Groupe d'intervention dans les prisons »).

<sup>3</sup> GIP/COMITE VERITE TOUL, « L'enfer de Toul », dans *APL Informations*, 9 janvier 1972 (Fonds GIP/IMEC). Cité dans ARTIERES Philippe et alii, *Le Groupe d'information sur les prisons*, op.cit., p.158.

<sup>4</sup> GIP, *Enquête dans 20 prisons*, op.cit, p.38.

<sup>5</sup> Château-Thierry est un établissement pénitentiaire jouant le rôle d'un « centre de redressement » créé en 1951 pour répondre à l'augmentation des « détenus anormaux » : « Dès sa naissance, le statut ambigu de l'établissement était posé, pour des raisons complexes, avec sa spécificité psychiatrique déclarée et ses critères d'admission fondés sur les troubles du comportement ainsi que sur le degré de perturbations occasionnées par ces derniers en détention » (JUAN Fabien, *Le dispositif de soins en santé mentale en milieu carcéral : évolution et actualités*, Thèse de médecine, 2005, Université d'Angers, p. 35)

<sup>6</sup> GIP, *Enquête dans 20 prisons*, op.cit, p.38.

<sup>7</sup> En cas de « consultation abusive », le médecin ou l'infirmière étaient en mesure, en vertu de la circulaire DAP du 6 mars 1946, de demander la sanction du détenu pouvant être placé en quartier disciplinaire (ou « mitard »).

aussi de l'écouter un peu [le détenu]. Mais il préfère rédiger un rapport et le signer tout en sachant ce qui attend le détenu...»<sup>1</sup>. L'usage abusif des psychotropes destinés à calmer les prisonniers « agités » est présenté comme un exemple de collusion entre le service médical et la direction de l'établissement : « Quand on ne supporte plus, on vous fait une piqûre qui vous donne un bon coup. L'administration pénitentiaire compte beaucoup sur le valium intraveineux pour résoudre ses problèmes »<sup>2</sup>.

Mais c'est surtout la « ceinture de contention »<sup>3</sup> qui apparaît dans le registre des contestataires comme un symbole de la logique répressive du « régime pénitentiaire » : « En ne remontant pas à la cause de l'agitation, l'Administration ne fait pas que se justifier : elle dévoile son fonctionnement. Car tout le système ne fonctionne que par la contention [...] La camisole de force n'est que l'étape ultime de la vie en prison et, partant, sa seule vérité. Elle est l'aboutissement implacable mais logique de l'univers carcéral »<sup>4</sup>. La participation du personnel sanitaire à cette pratique humiliante serait un exemple supplémentaire selon les militants de la cause carcérale du rôle pénitentiaire qu'endosseraient certains médecins :

*« Souvent, il y a un tûlard qui perd un peu les pédales ou qui s'énerv, qui devient répondeur, ou simplement qui se rebelle. Les matons le traînent en cellule de contention. Soit disant ça n'est pas une punition, c'est médical : on est allongé sur une paillasse spéciale posée à terre, attaché avec des sangles par le milieu du corps, et la nuit, on vous prend les mains et les pieds dans des boucles fixées aux sangles, et souvent le jour aussi. L'infirmière vient te donner du sirop, du valium, et si tu ne veux pas le prendre, elle te fait une piqûre »<sup>5</sup>.*

*« On les attache [certains détenus récalcitrants] huit ou dix jours sur un lit avec une ceinture de contention. On ne les détache même pas pour faire leurs besoins, et on les laisse dans leurs excréments. On leur donne à manger à la petite cuillère. On leur détache parfois une main, parfois même pas du tout. C'est le directeur qui donne l'ordre de les attacher [...] Quand le gars était attaché, on n'appelait même pas le médecin. Et l'infirmière, quand on l'appelait, ne venait même pas. Elle s'en moquait pas mal. Elle rigolait »<sup>6</sup>.*

En accordant pour la première fois la parole aux détenus, le Groupe d'information sur les prisons a permis que les conditions de prise en charge sanitaire en milieu carcéral soient placées au cœur du débat public. Bien sûr cette dénonciation n'est pas seulement l'œuvre du GIP. D'anciens détenus, tel Alain Geismar qui qualifie dans une interview certains médecins de « fascistes »<sup>7</sup>, quelques organes de presse militants (*La cause du peuple*, l'Agence de Presse Libération) et, plus rarement, des professionnels de la Justice contribuent également à la critique de l'organisation médicale en prison. Dans une brochure décrivant les conditions de détention, l'Union des jeunes avocats de Lyon dénonce par exemple les soins médicaux :

<sup>1</sup> COMITE VERITE TOUL, *La révolte de la centrale Ney*, Paris, La France Sauvage, 1973, p.95.

<sup>2</sup> GIP, « 1<sup>er</sup> mai 1970- 1<sup>er</sup> mai 1971. Fleury-Mérogis. Prison modèle ? » (CAC. 19970394. Art.14. (E5250)).

<sup>3</sup> La « ceinture de contention » est un dispositif prévu par le Code de procédure pénale appliqué uniquement sur prescription médicale qui consiste à attacher pendant plusieurs heures, voire plusieurs jours, un détenu agité.

<sup>4</sup> COMITE VERITE TOUL, *La révolte de la centrale Ney*, op.cit., p.21.

<sup>5</sup> GIP, *Enquête dans une prison modèle : Fleury-Mérogis*, Paris, Editions Champ Libre, coll. « Intolérable les prisons », 1971, p.14.

<sup>6</sup> *Ibidem*.

<sup>7</sup> GEISMAR Alain, « Vers un, deux, dix Toul... », *Le Nouvel Observateur*, 10/01/1972.

« L'accès à la consultation est difficile [...] La distribution des médicaments est faite de façon anarchique, et donne lieu à des négociations entre distributeurs et détenus, dont certains arrivent à recevoir des somnifères ou des sédatifs, à des doses réellement inquiétantes »<sup>1</sup>.

La dénonciation du GIP se distingue nettement de cette dernière parce qu'elle critique, au-delà des faiblesses de la prise en charge médicale des détenus, le rôle des praticiens, dont le silence et la collaboration sont présentés comme les indices d'un pouvoir répressif qui ne s'incarnerait désormais plus seulement à travers la figure du surveillant ou du directeur pénitentiaires : « Il est patent [...] qu'il [le service médical] est lui aussi un rouage du système répressif de l'univers carcéral. La manière de soigner, le contact avec le détenu malade fait souvent, qu'il le veuille ou non, du docteur un "maton", un "surveillant avec stéthoscope", un "homme de paille" »<sup>2</sup>. L'augmentation du nombre de suicides qui fait suite aux révoltes de détenus en 1972 marque l'occasion pour les opposants au « régime pénitentiaire » de mettre en cause l'ambiguïté du rôle des médecins. Si les praticiens sont les meilleurs témoins de ce phénomène, ils sont également accusés, du fait de leur silence, d'être les complices de l'Administration dans ces morts.

## 2. Des « épidémies » de suicides ? Entre accusés et témoins, les médecins de prison en première ligne de l'actualité

Georges Fully : « S'il y avait un Nuremberg des prisons je plaiderai coupable. Mais y a-t-il un procès des médecins à faire ? »<sup>3</sup>.

A l'automne 1972 la presse rend largement compte d'une recrudescence des suicides en détention : douze durant l'été, trois dans la semaine du 25 septembre au 3 octobre. L'Association de défense des droits des détenus (ADDD) annonce qu'elle se porte partie civile au côté des familles pour tous ces suicides. Une polémique émerge alors entre le GIP et l'Administration pénitentiaire, qui s'affrontent de manière interposée au sein des journaux, au sujet du nombre de suicides. Le ministère de la Justice est accusé d'en sous-estimer volontairement le chiffre<sup>4</sup>. La presse prend une nouvelle fois le parti des militants de la cause carcérale. *France Soir* écrit : « Bien entendu, il ne s'agit là que des suicides effectifs (à l'exclusion des tentatives manquées infiniment plus nombreuses) et officiellement reconnus par l'Administration pénitentiaire. Celle-ci s'efforce, en général, de minimiser ces incidents et déclare volontiers qu'il n'y pas davantage de suicides dans les prisons qu'à l'extérieur. Il

<sup>1</sup> Union des Jeunes Avocats de Lyon, *Prisons de Lyon*, brochure ronéotypée, Imprimerie Offset Vendôme, Lyon, 16 pages (Fonds Etienne Bloch. ARC 3017-13. IV-1 : Enquêtes sur les prisons).

<sup>2</sup> COMITE VERITE TOUL, *La révolte de la centrale Ney*, op.cit., p.92.

<sup>3</sup> GIP, *Suicides de prison* (1972), op.cit., pp.55-59.

<sup>4</sup> Le GIP dénombre trente-deux suicides tandis que l'Administration pénitentiaire n'en reconnaît que vingt-et-un (*L'Aurore*, 3/11/1972). *Le Monde* publiera, par la suite, une liste de trente-sept noms de détenus s'étant suicidés en 1972 (5/01/1973) alors que le CERFI en compte quarante-cinq (ARMAZET André, *Les prisons*, op.cit., p.94).

apparaît très clairement que cette affirmation, difficilement acceptable pour les années précédentes, ne le sera pas du tout pour l'année 1972 » (27/10/1972).

Outre cette querelle de chiffres, l'enjeu des débats est de déterminer la cause de cet accroissement du nombre de suicides<sup>1</sup>. Plusieurs journaux interprètent ce phénomène comme le fruit d'une « vague de déceptions » relative à la réforme des prisons et « un climat psychologique favorable aux gestes de désespoir » (*France Soir*, 27/10/1972). Les opposants au « régime pénitentiaire » attribuent en revanche une signification explicitement politique à ces suicides en les comparant, comme ici M<sup>e</sup> de Felice, président du MAJ<sup>2</sup> et membre du GIP, aux récentes émeutes : « Le suicide des prisonniers, comme la révolte de l'an dernier nous interpelle ; le suicide est une parole, une accusation, un appel »<sup>3</sup>. Le GIP interprète ces morts comme des « actes de résistance » face à la manière dont les détenus sont traités : « Beaucoup des suicides actuels s'inscrivent dans la vie de la prison même et expriment la lutte contre le système pénitentiaire [...] C'est un autre aspect de l'intolérance collective des détenus et de l'appel à l'opinion »<sup>4</sup>. En publiant les lettres envoyées à leur famille par les détenus s'étant suicidés, le GIP entend souligner la responsabilité de l'Administration pénitentiaire dans ces morts : « Ces suicides ne se sont pas seulement passés en prison, le régime et l'administration pénitentiaires, le système pénal y ont une part directe. Ce sont des suicides DE prison »<sup>5</sup>.

Au cours de cette polémique, les praticiens pénitentiaires sont pris à partie par les journalistes en tant que témoins de cette réalité méconnue : « Le nombre de suicides augmente chaque année dans les prisons françaises. Les médecins savent pourquoi et le disent. Qui les écoute ? », titre *Le Nouvel Observateur* (30/10/1972). Les praticiens pénitentiaires hauts placés adoptent alors une position proche du ministère de la Justice en relativisant l'importance du nombre de décès. Le Dr Hivert, médecin-chef du Centre médico-psychologique de La Santé et du Centre National d'Observation de Fresnes, n'observe pas « une augmentation très importante par rapport aux dernières années » avant de conclure que si les suicides semblent plus nombreux, c'est surtout parce qu'« on en parle davantage » (*LF*, 2/11/1972). Le Médecin-inspecteur, Georges Fully, relativise également l'ampleur du phénomène en considérant que « ces suicides ne sont pas significatifs » (*Le Nouvel Observateur*, 30/10/1972). Lors du congrès de médecine pénitentiaire de décembre 1972, où la question est vivement débattue, il remarque que si l'on compare le nombre de suicides

<sup>1</sup> Le nombre de suicides s'élevait en effet en 1971 à dix-sept, chiffre historiquement bas.

<sup>2</sup> Créé en 1968, le MAJ est un mouvement rassemblant entre cent et deux cents « "travailleurs du droit" (avocats, magistrats, personnel des tribunaux, enseignants, étudiants, éducateurs, assistantes sociales, etc.) qui ont choisi de remettre en cause l'institution judiciaire ».

<sup>3</sup> BOUCHER Philippe, « Le suicide dans les prisons : une accusation, un appel ? », *Le Monde*, 24/11/1972.

<sup>4</sup> GIP, *Suicides de prison* (1972), « Intolérable 4 », Gallimard, 1973.

<sup>5</sup> *Ibidem*.



moyens sur la période 1955-1965 (18,3 par an) avec la population générale, le taux de suicide dans la population carcérale serait même inférieur à celui de la population générale<sup>1</sup>.

Ces mêmes médecins hauts-placés contestent, d'autre part, toute signification politique à ces suicides en les considérant comme « une agression détournée et une auto-agressivité » à l'image des ingestions de « corps étrangers »<sup>2</sup>, phénomène fréquent en détention. Le Dr Fully refuse ainsi de voir dans ces morts une réponse aux annonces faites par le ministre de la Justice : « Peut-on lier cela à la réforme ? Un détenu vient de se pendre en apprenant sa libération conditionnelle. Non, c'est l'intolérance à la prison qui augmente [...] C'est une relative période de calme après Clairvaux, Toul. Alors il n'y avait pas de suicides. Le ministre me disait : "Je ne peux quand même pas leur organiser des séances sur les toits !" ». L'augmentation du nombre de suicides est décrite par le Dr Hivert, qui regrette qu'on ait « tendance à faire de l'administration un bouc-émissaire », comme l'effet d'« une sorte de "contagion mentale", un phénomène que l'on observe de tout temps et que l'on s'explique mal » (LF, 2/11/1972).

Cette explication psychosociologique, reprise par certains journalistes<sup>3</sup>, en termes de « vague d'imitation », proche des analyses de Gabriel Tarde, est réfutée par Gilles Deleuze, membre de l'ADDD, qui voit dans chaque suicide « un acte désespéré de résistance » de la part des détenus « qui prennent une sorte de conscience politique de leur situation et qui n'ont que leur corps pour lutter »<sup>4</sup>. Les médecins pénitentiaires haut-placés apparaissent ainsi au sein de l'espace public comme porteurs d'une représentation non politisée de ces morts que contestent détenus et militants. Dans un reportage télévisé, aux propos du Dr Hivert, qui interprète le suicide comme un « problème de communication », le journaliste oppose le discours d'un ancien détenu qui voit dans ces suicides « une forme de révolte »<sup>5</sup>.

Car au-delà d'un rôle de témoin privilégié, les praticiens travaillant en milieu carcéral sont présentés dans la presse comme les complices de l'Administration pénitentiaire : « Le médecin constate et se tait », remarque *Le Nouvel Observateur* (30/10/1972). Les déclarations des praticiens les plus hauts placés s'accompagnent le plus souvent de remarques désapprouvées de la part des journalistes. En contrepoint des déclarations des Dr Fully et Hivert sont cités les propos d'autres praticiens allant à l'encontre du ministère de la Justice. Un médecin témoignant de façon anonyme apporte ainsi un regard critique sur les récents

<sup>1</sup> COLIN Marcel, GONIN Daniel, DUCOTTET François, « Le suicide en prison », *Psychologie médicale*, 1977, 9, 1, p.166.

<sup>2</sup> Les détenus ont toujours avalé toutes sortes d'objet (clous, fourchettes, etc.) en signe de mal-être ou de protestation. Il s'agit là d'une spécificité de l'exercice médical en prison qui sera mis à profit par ceux qui souhaitent légitimer une nouvelle spécialité médicale à part entière, y voyant là une « pathologie carcérale ».

<sup>3</sup> « Prisons : l'épidémie de suicides continue », *L'Aurore*, 3/11/1972.

<sup>4</sup> DELEUZE Gilles, « Suicide et prison », *le Monde*, 8/11/1972 ; *Témoignage Chrétien*, 22/02/1973.

<sup>5</sup> « Suicides dans les prisons », JT 20H, 2<sup>ème</sup> chaîne, 05/11/1972, archives de l'INA.

suicides : « Les tentatives de suicide – *beaucoup plus nombreuses qu'on ne l'avoue officiellement* – ont des motivations extrêmement diverses. Bien entendu, toutes ne signifient pas que le prisonnier veuille vraiment mourir : il peut seulement chercher à attirer l'attention sur son cas, voir le médecin, avoir une communication avec une personne qui ne fasse pas partie de l'administration, se faire hospitaliser » (*Le Point*, 12/11/1972).

Le témoignage de Charles Dayant, ancien « interne »<sup>1</sup> à la M.A de La Santé venant de publier un ouvrage sur son expérience en prison, est reproduit à l'occasion dans de nombreux journaux. Déjà en décembre 1971, ce médecin avait attiré l'attention sur le nombre de tentatives de suicides dans la presse, s'attirant la colère de René Pleven auquel il avait répondu en retour<sup>2</sup>. De nouveau en 1972, « le docteur Dayant évoque des exemples précis avec toute l'indignation qu'une telle situation peut inspirer à un médecin » (*France-Soir*, 27/10/1972)<sup>3</sup>. Il dément les chiffres du ministère : « "Une tentative par jour", affirme le Dr Charles Dayant, ancien médecin à la santé. Mme Edith Rose, ancienne psychiatre à la prison de Toul<sup>4</sup>, confirme son témoignage » (*L'Express*, 30/10/1972). Notant que l'Administration ne compte « que » cent huit tentatives de suicide en 1970, un journaliste observe que « le docteur Dayant, qui était médecin à la Santé en 1969, fait état de plusieurs tentatives de suicides par jour dans cette prison » (*France Soir*, 3/11/1972).

Au cours de différentes interviews, cet interne démissionnaire, présenté comme « ayant "duré" quatorze mois », « dénonce l'insuffisance des moyens médicaux » (*L'Aurore*, 3/11/1972) mais surtout le rôle ambigu des praticiens en prison : « Les médecins cousent et recousent plusieurs fois le même type et ne demandent jamais d'explications [...] On n'est pas là pour soigner mais pour que l'administration puisse dire en cas d'accident : il y avait un médecin » (*Le Nouvel Observateur*, 30/10/1972). « Dans la cellule de force, on ne reste en moyenne que vingt-quatre heures : à la Santé, dit le Dr Dayant, le détenu y est attaché sur une table en marbre ; on n'y mange pas ; le médecin vient toutes les cinq heures faire des piqûres calmantes » (*L'Express*, 12-18/04/1971). Mais plus que leur compromission, c'est l'impuissance des personnels sanitaires dont atteste ce praticien :

<sup>1</sup> N'ayant pas le statut hospitalier, les établissements pénitentiaires ne disposaient pas d'« internes » en tant que tels, ce qui aurait supposé que les postes soient mis au concours. Les plus grosses Maisons d'arrêt recrutaient contractuellement des Faisant fonction d'interne (FFI), le plus souvent appelés « internes ».

<sup>2</sup> « Non, Monsieur le Ministre, ce ne sont pas trente-deux tentatives de suicide qui ont eu lieu en treize mois à la Santé mais, en moyenne, deux par jour. C'est chaque nuit, souvent à plusieurs reprises, que j'ai dû soigner d'urgence des hommes qui se tailladaient les veines, absorbaient des barbituriques, de la nicotine, s'enfonçaient des clous dans les poumons, avalaient des corps étrangers, se pendaient, se jetaient des étages, se mutilaient le sexe, se brûlaient le visage, se tapaient la tête contre les murs » (*Le Nouvel Observateur*, 13/12/1971).

<sup>3</sup> Le Dr Dayant dénonce également l'augmentation des suicides au cours d'une émission radio (« Les suicides dans les prisons », *France Inter*, 02/11/1972, 16 min, Archives INA).

<sup>4</sup> Le Dr Edith Rose a accédé à une certaine notoriété en décembre 1971 par sa dénonciation des conditions d'incarcération à la prison de Toul où eut lieu une importante révolte (Cf. Chapitre 1 - Section 3.1 : « De la remise en cause de la psychiatrie asilaire à la dénonciation de la psychiatrie pénitentiaire »).

« Les tentatives de se donner la mort étant punies de cachot, le médecin s'efforce dans la mesure du possible de ne pas les déclarer officiellement. "De toute façon, ajoute le docteur Dayant, quand le praticien est appelé à intervenir, il dispose de moyens si faibles que son action est vouée à l'échec. Dans un certain nombre de cas la mort aurait pu facilement être évitée si j'avais disposé seulement d'un peu de sang et de plasma" »<sup>1</sup>.

Dans une tribune publiée dans *Le Monde*, Charles Dayant atteste la « sincérité » des actes suicidaires considérés par la Chancellerie comme des simulations<sup>2</sup> : « Des plaies artérielles déchiquetées où se trouvaient encore des morceaux de lames de rasoirs rouillés, des estomacs que je devais siphonner et qui étaient bourrés de barbituriques, des cordes de pendus que je devais couper, d'abominables douleurs, des perforations intestinales dues à l'absorption de 200 ou 300 gr de ferraille, auraient pu me faire croire que ces "sous-hommes" étaient assez convaincants dans leur sincérité » (*LM*, 8/11/1972). Aux déclarations des médecins hauts-placés de l'Administration présentées comme peu crédibles, les journalistes opposent le témoignage du Dr Dayant : « "Il est très rare qu'un drogué se suicide", dit le docteur Georges Fully, Médecin-inspecteur général de la santé. Mais beaucoup de médecins de prisons ne sont pas du même avis [...] "C'est parmi les drogués ou les ex-drogués que les tentatives de suicides sont les plus nombreuses", affirme le Dr Dayant » (*L'Express*, 30/10/1972). Le même article présente une photo du Dr Fully avec une légende commentant sans ambiguïtés la liberté de parole dont disposerait le Médecin-inspecteur : « L'Administration serre le bâillon ».

Les journalistes prennent ainsi le parti des praticiens contestataires, présentant ainsi la médecine pénitentiaire comme un instrument de répression au service de l'Etat. Les associations de contestation de la prison participent à cette mise en cause des praticiens pénitentiaires. Au sujet d'un détenu s'étant pendu alors qu'il était placé à l'isolement pour homosexualité, le GIP remarque qu'« il aurait pu en être autrement, si la médecine pénitentiaire n'était pas un simple prolongement de la fliquerie »<sup>3</sup>.

Quelque soit la teneur de leurs propos, l'intervention des personnels sanitaires dans les médias est un phénomène nouveau participant à l'émergence de la figure du médecin pénitentiaire au sein de l'espace public. Cette prise de parole peut être interprétée comme une stratégie de défense face aux accusations portées à l'encontre des praticiens exerçant en prison. Mis en cause, les médecins pénitentiaires répondent. Au cours d'une interview télévisée avec le Médecin-inspecteur, l'ADDD met en cause la responsabilité d'un psychiatre dans la mort d'un détenu. A la question « qui est responsable ? », Georges Fully répond : « C'est le

<sup>1</sup> « "Nous pourrions sauver des détenus désespérés mais nous manquons de moyens" confie un médecin des prisons », *France Soir*, 4/11/1972.

<sup>2</sup> Beaucoup de tentatives de suicides (notamment les phlébotomies) n'étaient alors pas considérées comme telles mais comme des actes de simulation et n'étaient donc pas comptabilisées.

<sup>3</sup> GIP, *Suicides de prison* (1972), op.cit., p.38.

système carcéral qui est responsable », avant d'ajouter : « S'il y avait un Nuremberg des prisons je plaiderai coupable. Mais y a-t-il un procès des médecins à faire ? »<sup>1</sup>. A cette question, un membre du GIP, le journaliste Philippe Meyer, répond affirmativement dans une tribune du *Monde*, mettant en cause le rôle du Médecin-inspecteur :

*« Devant une telle juridiction M. Fully pourrait être à la fois accusé et témoin. Il a d'ailleurs l'habitude de ces doubles fonctions, puisqu'il était membre de la commission Schmelck dont le but était de découvrir, à Toul, les négligences que le même docteur Fully avait à charge d'éviter. C'est aux côtés de M. Henri Le Corno [DAP] que le docteur Fully devrait s'asseoir au banc des accusés »* (« Etouffer et couvrir », *Le Monde*, 6/12/1972).

Longtemps réduits à de courtes brèves dans les journaux, les suicides de détenus acquièrent à partir de 1972 davantage de visibilité. En attestent les variations autour d'un même fait. En 1969, le suicide d'un détenu considéré comme simulateur n'avait ainsi pas été rapporté par les journaux. En mars 1972, la presse relate la condamnation de l'Administration à indemniser le fils de la victime (*LM*, 24/03/1972). Fin 1973, la revue *Actes* publie, à l'occasion du jugement du Conseil d'Etat confirmant le tribunal administratif, l'intégralité de l'arrêt<sup>2</sup>. L'importance accordée à un même événement s'accroît ainsi au fur et à mesure que la question carcérale se politise. Désormais les suicides de détenus sont interprétés par la presse, notamment de gauche, comme autant de remises en cause du ministère de la Justice. Le service médical est régulièrement pris à partie dans la survenue de ces morts ou dans leur « prévention » :

*« On assiste actuellement dans les prisons à une tentative de récupération de la médecine par les administrations pénitentiaires, qui essayent de lui faire jouer un rôle de "répression en douceur". Les gardiens appellent de plus en plus les internes chargés de la santé des détenus pour qu'ils viennent "calmer" les prisonniers "un peu remuants" en leur administrant des somnifères et des piqûres »* (*Libération*, 25/06/1973).

Le fait que quelques médecins, pour la plupart démissionnaires, acceptent de témoigner en 1972 sur les suicides survenus en détention, ne doit pas cependant faire oublier que la plupart préfèrent rester en retrait de cette polémique. Une équipe ayant effectué une étude en 1972, présentant des conclusions critiques pour l'Administration, ne publie ainsi ses résultats qu'en 1977 dans une revue médicale<sup>3</sup>. Plus qu'un signe de compromission, cette attitude traduit peut-être surtout une certaine prudence de la part de professionnels qui refusent d'être instrumentalisés dans la polémique qui oppose Administration pénitentiaire et militants de la

<sup>1</sup> (*Ibidem*, pp.55-59). Beaucoup ne reprirent que la première phrase, saluant ainsi le courage du Médecin-inspecteur, tel François Mitterrand dans *La rose au poing* publié en 1973.

<sup>2</sup> *Actes. Cahiers d'action juridique*, n°1, 12/01/1974.

<sup>3</sup> Tandis que l'Administration pénitentiaire relève 127 tentatives de suicide en 1971 et 325 en 1973, une recension des tentatives de suicide hospitalisées au seul service d'urgence d'un hôpital et dans la seule région lyonnaise en dénombre 82 en 1973. L'équipe conclut qu'il « n'est pas exagéré d'affirmer que [...] le taux de suicides et tentatives de suicides en prison est nettement supérieur à celui de la population globale » avant de reconnaître la sous-estimation volontaire de la Chancellerie (COLIN Marcel, GONIN Daniel, DUCOTTET François, « Le suicide en prison », art.cit., p.116).

cause carcérale<sup>1</sup>. Elle soulève la question du délicat positionnement devant être adoptée par les soignants travaillant en prison.

---

La dimension sanitaire du traitement carcéral accède à une plus grande visibilité au début des années soixante-dix du fait des critiques qui lui sont adressées. Face à ces multiples accusations, l'Administration pénitentiaire choisit de se retrancher dans le silence afin de ne pas leur prêter davantage d'audience. En réponse à un tract du GIP mettant en cause en juillet 1971 le médecin d'une M.A, Chevalier de l'ordre national du mérite, le garde des Sceaux recommande au Procureur général de la Cour d'appel de Toulouse de ne pas porter plainte pour diffamation mais pour « délit d'injures publiques », et ce, afin de « limiter le risque de voir s'instaurer un débat sur la vérité des griefs qui sont faits au médecin »<sup>2</sup>. Interpellé par le médecin-chef M.A de La Santé au sujet des propos « scandaleux » tenus par le Dr Dayant sur son propre établissement, René Pleven remarque d'une façon similaire qu'il ne serait pas opportun d'intenter une action en justice à son encontre :

*« Certains passages seraient susceptibles en droit strict de motiver des poursuites du chef de diffamation envers l'administration pénitentiaire, et notamment son service médical. Toutefois, fort heureusement, en particulier en ce qui vous concerne, l'ouvrage ne contient pas que des critiques. Je m'interroge donc sur l'opportunité de telles poursuites qui auraient pour conséquence de fournir aux détracteurs de l'Administration pénitentiaire la tribune qu'ils recherchent, et d'assurer au livre de M. Dayant une publicité qu'il ne mérite pas. Ce sont, je l'ajoute, ces mêmes considérations qui m'ont amené précédemment à ne pas mettre en mouvement l'action publique contre M. Marcel Diennet, auteur d'une publication consacrée à l'hôpital central des prisons de Fresnes »<sup>3</sup>.*

La lettre d'indignation adressée au ministre de la Justice par le médecin-chef de La Santé témoigne de la réaction que certains praticiens adoptent face aux accusations dont ils sont l'objet au sein de la presse. Longtemps laissés dans l'ombre, les praticiens pénitentiaires sont en effet décrits, du fait de leur présence et surtout de leur silence, comme les complices de ces

---

<sup>1</sup> Atteste de cette prudence un article paru dans la presse médicale du Dr Hivert, beaucoup plus critique que ses déclarations à l'égard de la presse dans lequel il refuse le débat sur le nombre de suicides : « Leur dénombrement systématique est l'objet d'exploitations diverses. La réalité disparaît souvent derrière des attitudes passionnées. Des chiffres sont opposés à d'autres chiffres. Cette comptabilité des morts devient dérisoire ». Regrettant que « telle automutilation jugée peu sérieuse ne sera pas prise en compte », il souligne que le suicide invite l'Administration « à s'interroger sur son fonctionnement interne » : « Plutôt que de se satisfaire de simples "précautions techniques" l'institution doit être capable d'entendre le cri du suicidant et permettre la circulation de la parole en créant, par exemple, des lieux où le discours puisse s'exprimer librement ». Le médecin-chef du CMPR de La Santé remet en cause le rôle dont sont investis le praticien et sa pharmacopée : « Le recours au médecin est d'abord vécu par l'institution comme sécurisant. Investi par son statut social d'un certain pouvoir magique, il est celui qui doit conjurer la mort [...] pourquoi cette chimiothérapie si ce n'est pour obvier à une condition carcérale mal tolérée, à une absence de dialogue, à une non-réponse à certaines demandes et à une insuffisance de l'équipement ? » (HIVERT Paul, « Le comportement suicidaire dans les prisons », *Gazette médicale de France*, 1974, tome 81, n°39, pp.5537-5544).

<sup>2</sup> Lettre du garde des Sceaux au Procureur général de la Cour d'appel de Toulouse du 25/09/1971 (CAC. 19940511. Art.91. Dossiers de carrière des médecins ayant cessé leurs fonctions dans les années 1981-1989).

<sup>3</sup> Lettre de René Pleven à Lucien Jégou, médecin-chef de La Santé, du 5/08/1972 (CAC. 19940511. Art.95).

pratiques. La manière très variée dont ces derniers réagissent rend compte de la structure du secteur professionnel de la médecine pénitentiaire. Tandis que les généralistes adoptent une attitude très réservée, la réaction protestataire des psychiatres mais surtout des internes exerçant en prison témoigne d'un mouvement d'autonomisation des médecins. Bien que critiqué lui-même pour son inefficacité par les militants de la cause carcérale, Georges Fully tente de mettre à profit la mise en cause dont sont l'objet les médecins pénitentiaires. Tout en les désavouant publiquement, il s'appuie sur ce segment d'internes protestataires pour faire valoir les revendications du corps médical à l'égard du ministère de la Justice.

La contestation qui émerge au début des années soixante-dix de la prise en charge médicale des détenus constitue ainsi un moment clef de l'histoire de la médecine pénitentiaire en tant que groupe professionnel et en tant que spécialité médicale. C'est, en effet, à partir de ce moment que s'opposent un segment souhaitant faire prévaloir le Code de déontologie médicale, l'exercice en prison n'étant pas considéré comme quelque chose de spécifique, et un segment privilégiant, à l'inverse, le Code de procédure pénale, la médecine pénitentiaire étant ainsi caractérisée avant tout par la tutelle du ministère de la Justice.

## Section 3 - Les médecins face à l'Administration pénitentiaire : loyauté, apathie, protestation et défection

Georges Fully : « Nous [les médecins pénitentiaires] souhaitons, je crois que c'est un désir général qui s'exprime lors de ses journées, être intégrés au système pénitentiaire, être considérés comme faisant partie du système qui régit l'institution. Qu'on ne s'adresse plus seulement à nous comme des techniciens mais qu'on nous demande de participer vraiment, non seulement pour donner des avis techniques mais également pour étudier certains aspects, certaines évolutions, certaines améliorations qui concernent l'institution elle-même »<sup>1</sup>.

Les médecins pénitentiaires acquièrent soudainement au début des années soixante-dix une plus grande visibilité au sein de l'espace médiatique. Certains événements placent ces derniers en première ligne de l'actualité. Le « drame de Clairvaux », au cours duquel est décédée une infirmière, contribue par exemple à souligner le danger encouru par les personnels médicaux en détention<sup>2</sup>, notamment après que des faits similaires aient eu lieu à Marseille<sup>3</sup>. A la suite de ce « Clairvaux à l'envers » (le détenu fut abattu sans avoir pu s'en prendre à l'infirmière), un journaliste remarque avec ironie qu'« il ne fait pas bon être infirmière dans une prison » (*L'Aurore*, 15/10/1971). Mais c'est surtout la forte remise en cause dont est l'objet le personnel sanitaire qui est à l'origine de sa progressive prise en considération. A partir de l'« affaire Buffet » s'engage par exemple un débat sur les conditions de l'expertise psychiatrique des détenus, l'Administration pénitentiaire étant accusée d'avoir sous-estimé la dangerosité des deux criminels, qui amène un journaliste à se demandant si « les prisons n'ont ni médecins ni psychologues ? » (*LM*, 23/09/1971).

Parfois certains praticiens sont nommément mis en cause par la presse ou les militants de la cause carcérale. Ces critiques ne sont pas sans effets sur les médecins en question. C'est par exemple le cas du Dr Pivert de la M.A de Dijon déjà évoqué auparavant<sup>4</sup>. A la suite de la publication de plusieurs articles le mettant « gravement en cause »<sup>5</sup>, ce médecin, offusqué, demande à ce qu'« une lettre émanant de la plus haute autorité de l'administration pénitentiaire le mettant hors de cause soit adressé à la presse avant qu'il ne reprenne ses fonctions »<sup>6</sup>. Une mise au point est publié dans le journal local *Les dépêches* le 29 août 1972 tandis que le Directeur de l'Administration pénitentiaire (DAP), Henri Le Corno, atteste dans une lettre au Conseil départemental de Ordre des médecins que ce praticien « depuis sa nomination le 1<sup>er</sup> avril 1965, s'est toujours acquitté de ses fonctions avec compétence, dévouement et humanité, dans le respect des règles déontologiques de la profession

<sup>1</sup> « Les journées de médecine pénitentiaire, à Strasbourg », France Inter, JT 19H, 02/12/1972, Archives INA.

<sup>2</sup> Cf. Chapitre 1 - Section 1-2 : « Prisons et journalisme : les conditions de détention au centre des regards.

<sup>3</sup> « Affaire otage Baumettes », JT 20H, 14/10/1971, 2<sup>ème</sup> chaîne, archives de l'INA.

<sup>4</sup> Cf. Annexe 8 : « Le discrédit comme répertoire d'action d'un directeur pénitentiaire à l'encontre d'un praticien récalcitrant ».

<sup>5</sup> Lettre du DAP, Henri le Corno, au DRSP de Dijon datée du 16/09/1972 (CAC. 19830701. Art.483).

<sup>6</sup> Lettre de Georges Beljean, DAP, à l'avocat du Dr Pivert datée du 7/06/1973 (CAC. 19830701. Art.483).

médicale »<sup>1</sup>. Malgré cela, le praticien refuse de reprendre ses fonctions tant que « l'enquête est en cours », mettant en avant « le préjudice moral et professionnel indiscutable » subi : « Il n'y a pas de jour au cours de mes visites ou consultations où mes patients, ayant tous lu ces articles diffamatoires, ne me posent des questions. Malheureusement cette campagne de presse diffamatoire continue »<sup>2</sup>. Henri Le Corno fait alors valoir à ce praticien que « l'Administration pénitentiaire comme vous le savez n'est pas épargnée par la diffamation voire même par l'injure depuis plusieurs mois et à travers votre personne c'est elle qui est visée »<sup>3</sup>.

Outre les attaques dont ils sont l'objet au sein de l'espace public, les praticiens travaillant en institution carcérale sont confrontés depuis la fin des années soixante à des conditions de travail difficiles. Dans la logique du paradigme utilitariste, Albert Hirschman a démontré que face à une situation d'insatisfaction les individus peuvent exprimer leur mécontentement sous deux formes : la défection (*exit*) qui consiste à s'extraire de la relation et la prise de parole (*voice*), c'est-à-dire la contestation de l'organisation. Cette prise de parole est définie de façon extensive puisqu'elle inclut la protestation par voie interne ainsi que le recours à l'espace public<sup>4</sup>. Il existerait ainsi trois manières de contester une institution : l'abandon silencieux, la « *voice* interne » et la « *voice* externe »<sup>5</sup>. Les « contraintes structurelles » expliquent selon Hirschman la forme de protestation adoptée : la capacité de s'extraire de l'institution ou la possibilité de peser sur les décisions qui y sont prises conditionnent le comportement des individus. Ainsi, plus la défection est aisée et plus la prise de parole interne est rare. Le faible lien de dépendance structurel des médecins à l'égard de l'Administration (ils sont presque tous vacataires) favorise la défection et limite la probabilité d'une contestation au sein de l'institution. Il semblerait que plusieurs personnels sanitaires aient fait le choix de s'extraire de cette situation d'insatisfaction plutôt que de la contester comme le confirme le nombre d'infirmières démissionnaires. Huit infirmières démissionnent en 1973, dix-huit en 1975,

<sup>1</sup> Lettre du DAP, Henri le Corno, au Conseil départemental de l'Ordre des médecins de la Côte-d'Or datée du 16/09/1972 (CAC. 19830701. Art.483).

<sup>2</sup> Lettre du Dr Pivert au DRSP de Dijon datée du 6/11/1972 (CAC. 19830701. Art.483).

<sup>3</sup> Lettre du DAP, Henri le Corno, au Dr Pivert datée du 22/10/1973 (CAC. 19830701. Art.483).

<sup>4</sup> « Répond donc à la définition de la prise de parole toute tentative visant à modifier un état de fait jugé insatisfaisant que ce soit en adressant des pétitions individuelles ou collectives à la direction en place, en faisant appel à une instance supérieure ayant barre sur la direction ou en ayant recours à divers types d'actions, notamment ceux qui ont pour but de mobiliser l'opinion publique » (HIRSCHAMN Albert, *Défection et prise de parole. Théorie et applications*, Paris, Fayard, 1995. p.54).

<sup>5</sup> CARDON Dominique, HEURTIN Jean-Philippe, LEMIEUX Cyril, « Vertus et limites de la prise de parole en public. Entretien avec Albert Hirschman », *Politix*, 1995, vol. 8, n° 31, pp. 20-29.



seize en 1976<sup>1</sup>. Ce phénomène, observable pour d'autres catégories de personnels pénitentiaires<sup>2</sup>, semble avoir concerné peu de médecins.

En dépit de la démarche de spécialisation entreprise par Georges Fully, les praticiens ne semblent pas réagir en tant que profession organisée. Leur syndicat n'adopte aucune prise de position<sup>3</sup>. Les rares témoignages de médecins exerçant en milieu carcéral publiés au début des années soixante-dix sont peu critiques sur la tutelle exercée par l'Administration pénitentiaire<sup>4</sup>. Mal rémunérés, confrontés à de nombreuses difficultés matérielles et éthiques, les médecins pénitentiaires sont pourtant insatisfaits de leurs conditions de travail<sup>5</sup>. Albert Hirschman a démontré que des individus peuvent demeurer fidèles à une institution malgré le mécontentement éprouvé<sup>6</sup>. Ce phénomène de loyauté (*loyalty*) est fréquemment observé dans les partis politiques, syndicats où priment les arguments idéologiques. Il apparaît en revanche peu pertinent pour les médecins intervenant en prison pour lesquels, d'une part, l'intérêt économique est faible et où, d'autre part, le sentiment d'appartenance à l'institution est moindre. La lettre de démission de ce praticien exerçant à la M.A de Vannes depuis 1953 relativise pourtant en partie cette idée puisqu'elle atteste d'un phénomène de loyauté :

*« Je suis en désaccord complet avec les "orientations" actuelles du système pénitentiaire dans lequel les détenus sont considérés comme des victimes dignes de tous les égards et les membres du personnel comme des tortionnaires. La "répression" est un terme à ne plus employer sous peine de passer pour un dangereux fasciste »<sup>7</sup>.*

En proposant sa démission à un moment où la politique pénitentiaire se libéralise, ce médecin entend témoigner de sa loyauté à l'égard d'une certaine conception de l'institution carcérale. Le ministre de l'Intérieur intervient en personne auprès du garde des Sceaux et du médecin en question pour lui demander de reconsidérer sa démission, décrite comme « symptomatique d'un certain état d'esprit à l'égard des orientations de la politique pénitentiaire »<sup>8</sup>. Exemple de l'identification idéologique que certains praticiens éprouvent à l'égard de leur tâche, ce cas d'extrême loyauté ne peut cependant être généralisé. En effet, l'essentiel des médecins exerçant en institution carcérale privilégient une attitude de retrait. Cette absence de réaction

<sup>1</sup> On renvoie ici aux rapports d'activités annuels de la DAP consultés à la bibliothèque de la DAP.

<sup>2</sup> Les deux tiers de la promotion de surveillants de l'année 1971 auraient démissionné en janvier 1972 (DESLAURIERS, « Fleury-Mérogis. Un nouvel univers carcéral ? », *Psychiatrie aujourd'hui*, 01/02/1972, p.42.)

<sup>3</sup> On sait qu'un syndicat des médecins pénitentiaires a été créé dans les années soixante dans le cadre de la spécialisation entreprise par Georges Fully. Aucune archive n'a cependant été trouvée à ce sujet.

<sup>4</sup> Cf. MEGARD Marc, « La médecine pénitentiaire (à partir de l'expérience d'un médecin de prison) », *Revue d'Hygiène et de Médecine Sociale*, 1969, t.17, n°7, pp.543-546.

<sup>5</sup> Cf. Introduction Première Partie : « La "médecine pénitentiaire" : les tentatives de spécialisation... ».

<sup>6</sup> HIRSCHMAN Albert, *Défection et prise de parole. Théorie et applications*, op.cit.

<sup>7</sup> Lettre du médecin-chef de la M.A de Vannes au ministre de la Justice datée du 10/10/1973 (CAC. 19830701. Art.481).

<sup>8</sup> Lettre de Raymond Marcellin à Jean Taittinger datée du 22/10/1973 (CAC. 19830701. Art.481).

peut s'expliquer par le phénomène d'« apathie » décrit par Guy Bajoit<sup>1</sup>. La fidélité d'un individu à une institution peut résulter selon lui d'un calcul gains/coût au terme duquel le maintien passif apparaît préférable à toute mobilisation jugée trop coûteuse. Afin d'éviter tout risque de poursuite pénale ou déontologique, certains médecins sont enclins à taire certaines pratiques et à adopter ainsi une démarche de mise en retrait. Outre un certain degré de loyauté à l'égard de l'Administration, la non-remise en cause de l'instrumentalisation des psychotropes dans le maintien du calme en détention, fortement dénoncée dans l'espace public, durant l'été 1974 peut ainsi s'expliquer par la volonté de ne pas s'exposer personnellement (Cf. Encadré).

### LES MEDECINS PENITENTIAIRES, ENTRE LOYAUTE ET APATHIE : L'EXEMPLE DE LA « SURPRESCRIPTION » DE PSYCHOTROPES

La réaction de certains médecins au moment des révoltes de l'été 1974 permet de comprendre le mélange de loyauté et d'apathie parfois adopté à l'égard de l'Administration pénitentiaire. Cette dernière incite les généralistes à surdoser les psychotropes afin de prévenir toute contestation. Tandis que certains praticiens dénoncent cette « camisole chimique », d'autres consentent à cet usage répressif de la médecine. En atteste le compte-rendu de réunion de la Commission de surveillance de la M.A de Tours réunie en 1974 suite à plusieurs tentatives de suicides par ingestion de médicaments<sup>2</sup>. Le secrétaire général de la préfecture présidant la Commission rappelle en début de séance que « le calme a régné dans la Maison d'Arrêt lors des mutineries du mois de Juillet dernier » tandis que « le Procureur approuve fermement la ligne de conduite actuellement suivie, qui permet d'avoir affaire à des détenus calmes ».

Les deux médecins de l'établissement présents à la commission n'effectuent aucune plainte ou réclamation. Le premier praticien constate que « l'origine du problème se trouve dans le régime horaire auquel sont soumis les détenus. En effet, le nombre d'heures de sommeil imposé à ceux-ci est très élevé, pratiquement douze heures ». Il justifie, d'autre part, l'importance des prescriptions, à propos desquelles aucun chiffre ne figure, par le fait « qu'un grand nombre d'entre eux avaient commencé avant l'incarcération à prendre de ces barbituriques ou tranquillisants et que la suppression de tels médicaments provoque généralement de graves perturbations chez les intéressés ». Enfin le médecin « déclare formellement que l'usage des barbituriques et tranquillisants pendant la détention ne crée aucune accoutumance ». « Etant assuré qu'aucune accoutumance n'est à craindre dans l'emploi des barbituriques et tranquillisants », le président de la Commission « confirme le docteur [...] dans sa ligne de conduite ». L'autre praticien de l'établissement « rejoint le point de vue de son confrère, en signalant que le problème que pose l'utilisation des barbituriques et tranquillisants est identique en milieu extérieur et qu'il lui semble être beaucoup plus philosophique que médical ».

L'attitude de ces médecins à l'égard des autorités judiciaires peut certes s'expliquer par leur loyauté à l'égard de l'institution pénitentiaire. Mais elle peut également être interprétée comme une position de repli traduisant la volonté de ne pas s'exposer à des poursuites judiciaires. En entérinant l'avis de l'Administration, les médecins s'assurent que leur responsabilité personnelle ne peut être engagée dans des décisions qui sont considérées comme ne relevant pas de leur initiative. Suite à la mort à la M.A de Quimper en août 1974 d'un détenu ayant ingurgité des barbituriques, une plainte est déposée

<sup>1</sup> BAJOIT Guy, « Exit, voice, loyalty... and apathy. Les réactions individuelles au mécontentement », *Revue française de sociologie*, 1988, XXIX, pp.325-345.

<sup>2</sup> Compte rendu de la réunion du 14/11/1974 de la Commission de surveillance de la M.A de Tours remis au Bureau de l'application des peines de la DAP par le directeur de la M.A. Document dactylographié de 4 pages (CAC. 19960279. Art. 120. M. 322 : distribution des médicaments).

pour homicide par imprudence. Dans son rapport, le Médecin-inspecteur, Solange Troisier, absout le médecin de toute responsabilité après avoir remarqué que celui-ci lui « a avoué qu'éventuellement il déposerait une plainte au Conseil de l'Ordre si nous [la DAP] envisagions de l'attaquer » : « Je n'ai relevé aucune faute professionnelle [...] En tant que Médecin responsable j'affirme qu'il ne s'agit pas d'un problème de médicament mais malheureusement d'un état de fait qui existe dans beaucoup de nos petites Maisons d'arrêt »<sup>1</sup>. Dans une autre lettre adressée à un magistrat de la DAP, elle dissuade de le licencier : « Nous aurons certainement des problèmes avec le Conseil de l'Ordre car il y a quelques mois une plainte devait être déposée contre lui et lorsque je me suis rendue sur place envoyée par M. Beljean, il m'avait avoué qu'il pensait saisir le Conseil »<sup>2</sup>. Même si toute loyauté à l'institution n'est pas à exclure, l'absence de protestation publique ou interne des médecins pénitentiaires répond par conséquent à un phénomène d'apathie dont on peut rendre compte par la volonté de se prémunir contre toute complication.

A l'encontre de cette apathie figure une exception lyonnaise. Depuis les années soixante, des soignants tentent d'opérer collectivement de petites transformations afin de rendre l'institution carcérale moins criminogène<sup>3</sup>. C'est ainsi que sont institués au début des années soixante des groupes de paroles permettant aux détenus de décharger leur agressivité. Le fait pour ces médecins d'opérer simultanément dans plusieurs lieux de travail, notamment en milieu hospitalier, leur aurait conféré davantage d'autonomie, leur permettant ainsi d'œuvrer pour une meilleure délimitation entre le médical et le pénitentiaire. C'est ainsi que deux praticiens lyonnais protestent auprès du directeur des prisons de Lyon suite aux conditions dans lesquelles ce dernier aurait demandé communication du dossier médical d'un détenu

*« L'infirmière craignant en obéissant de contrevenir à la règle du secret médical en référa par téléphone au médecin-chef des Prisons, qui s'opposa à la remise de ce document médical, à des personnes non liées par le même secret. Vous avez alors produit un acte de réquisition émanant du Parquet ; devant cette situation inhabituelle et impressionnante, l'infirmière, sur votre ordre pressant, s'est crue obligée de remettre l'ensemble du dossier »<sup>4</sup>.*

L'équipe lyonnaise se heurte cependant à des difficultés croissantes en lien notamment avec le climat de tension généré par les révoltes de détenus, comme le rappelle une psychologue du groupe :

*« Les plus anciens de notre équipe travaillent dans les prisons depuis dix-sept ans [...] Après une période relativement constructive, ils ont constaté depuis quelques années une détérioration constante du système [...] Nous avons constaté des entraves institutionnelles à l'application des méthodes les plus traditionnelles et les plus admises, telle que les soins médicaux [...] Depuis quelques temps, les détenus "crient sur les toits", et nous, crions nous dans le désert ? »<sup>5</sup>.*

Relatant son « sentiment d'insatisfaction » dans sa pratique professionnelle, un interne de la M.A de Lyon observe que « plusieurs membres de l'équipe criminologique lyonnaise

<sup>1</sup> Rapport d'inspection de Solange Troisier relatif à la mort d'un détenu en août 1974 à la M.A de Quimper, 5/09/1974. Document dactylographié (CAC. 19960279. Art. 120. M. 322).

<sup>2</sup> Note de Solange Troisier adressée à M. Erbès datée du 21.02/1975 (CAC. 19830701. Art.482).

<sup>3</sup> Cf. Encadré : « L'intégration de la psychiatrie pénitentiaire dans le secteur hospitalo-universitaire : l'exemple lyonnais ».

<sup>4</sup> Lettre des docteurs Mégard et Gonin au directeur des prisons de Lyon datée du 15/11/1966. CAC. 19960136, art. 112 (E4580). M110. Secret médical

<sup>5</sup> BUFFARD Simone, « Le système pénitentiaire en question », *Instantanés criminologiques*, n°16, 1972, p.3-5.

exprimaient, lors d'une réunion générale, leur lassitude et leur épuisement moral »<sup>1</sup>. Ces difficultés croissantes, mais peut-être aussi la remise en cause des prisons qui a alors lieu, amène ces soignants à témoigner.

Tout d'abord dans des revues spécialisées. Le Pr Marcel Colin, responsable de l'équipe médicale, évoque ainsi la difficile acceptation par l'Administration pénitentiaire des groupes de psychothérapie : « Essayez de faire venir des psychologues ou des psychothérapeutes en prison ! [...] L'administration a toujours [...] accumulé des difficultés et les instructions systématiques au développement de ces techniques qui allaient contre certains impératifs de sécurité, et finalement contre l'idéologie profonde de l'institution qui ne doit pas être faite pour soigner mais pour punir »<sup>2</sup>. Dans un article du *Monde*, le responsable de l'équipe lyonnaise tient des propos également très critiques :

« Le médecin de prison a conscience, non sans malaise, d'appliquer une sous-médecine rurale passablement anachronique et de couvrir de sa responsabilité les carences sanitaires et l'indigence des équipements »<sup>3</sup>.

Alors que les prisons sont au centre de l'actualité, cette lassitude et l'envie de transformer la prison sont à l'origine de la publication d'un livre à succès critique sur le monde carcéral par la psychologue qui anime ces groupes de parole<sup>4</sup>. Le découragement de l'équipe lyonnaise est, d'autre part, à l'origine de la démission, en 1972, d'un médecin de la M.A de Lyon qui se heurtait souvent à la tutelle pénitentiaire du fait de son « franc parler » d'après un autre praticien de l'équipe lyonnaise : « C'est-à-dire qu'il commentait parfois les placements en quartier disciplinaire, sur la durée ou la légitimité de la sanction infligée »<sup>5</sup>. Ce praticien accepte notamment de témoigner des conditions de vie en détention lors du procès intenté par le ministère de la Justice contre le journal satirique *Guignol*, comme le rapporte un journaliste : « Il a déclaré qu'il avait "vu en dix ans se dégrader la situation à tous les niveaux et se dégrader du coup l'institution elle-même". Interrogé sur le rôle répressif des surveillants, il constate qu'"à l'occasion d'une certaine agitation dans mon infirmerie, il m'est arrivé de demander aux surveillants qui avaient déjà sorti les matraques de se retirer et, seul, j'ai ramené le calme" » (*LM*, 2/05/1972). « Nous ne pouvons pas nous contenter de travailler en milieu fermé ; l'information permanente, et dans les périodes de crise, le témoignage sont une part importante de notre travail et nous ne pouvons-nous y dérober », déclare Simone Buffard

<sup>1</sup> DELAMARE Nicole, *L'interne en psychiatrie et la prison*, mémoire de CES en psychiatrie, université de Lyon, faculté de médecine, 1974, p.24.

<sup>2</sup> COLIN Marcel, « Le clinicien dans le système pénitentiaire », *Instantanés criminologiques*, n°17, 1972, p.4.

<sup>3</sup> THEOLLLEYRE Jean-Marc, « Il faut mettre fin au mystère que l'administration entretient sur ce qui se passe dans les prisons », *Le Monde*, 30/03/1972.

<sup>4</sup> Cf. Annexe 8 : « Le discrédit comme répertoire d'action d'un directeur pénitentiaire à l'encontre d'un praticien récalcitrant ».

<sup>5</sup> Pierre Barlet, médecin aux M.A de Lyon depuis 1966 puis responsable du service des détenus de l'hôpital Lyon Sud depuis 1985. Entretiens réalisés le 18/04/2003 et le 30/04/2008. Durées: 2H15 et 2H00.

lors d'une table ronde réunissant à l'initiative du *Concours médical* cinq professionnels travaillant dans les établissements de Lyon<sup>1</sup>.

Les spécificités lyonnaises, où les médecins disposent d'une inscription collective dans le secteur hospitalo-universitaire, confirment en partie l'hypothèse d'Hirschman du rôle des contraintes structurelles dans la réaction des individus. Pourtant un autre facteur doit être intégré à l'analyse. L'attitude différenciée des soignants lyonnais ne peut être comprise sans leur rattachement à la psychiatrie<sup>2</sup>. Ainsi, outre les spécificités locales et individuelles, la culture du secteur professionnel d'origine apparaît comme un facteur explicatif fondamental dans la réaction des praticiens intervenant en détention. La propension des psychiatres pénitentiaires à prendre la parole publiquement s'explique ainsi par la culture critique qui s'est progressivement développée dans le secteur de la psychiatrie au cours des années soixante (1). De même l'engagement des internes traduit l'émergence d'une nouvelle culture professionnelle parmi les praticiens, davantage politisés durant les « années 68 ». Le regard critique que ces internes apportent sur leurs conditions de travail favorise l'émergence d'un segment protestataire qui traverse les médecins pénitentiaires (2).

### ***1. De la remise en cause de la psychiatrie asilaire à la dénonciation de la psychiatrie pénitentiaire : l'émergence d'un regard critique sur la tutelle administrative***

Edith Rose, psychiatre de Toul : « Mes prescriptions étaient exécutées de la manière la plus fantaisiste »

Journaliste : « C'est à dire que vos ordonnances n'étaient pas suivies? Les détenus ne recevaient pas les médicaments que vous leur prescriviez ? »

Edith Rose : « Non, en particulier les médicaments qui étaient prescrits pour le soir, parce qu'ils n'y avait personne pour leur distribuer ces médicaments »

Journaliste : « On raconte que vous auriez vu des détenus attachés sur le lit de contention ? »

Edith Rose : « Je n'y ai vu qu'une seule fois par hasard un homme attaché parce que je me suis glissée dans une porte entrebâillée de ma propre initiative; sans qu'on m'y ait appelée, je le précise. L'infirmière se plaignait à moi de ces contentions fort longues. D'autre part, les surveillants m'ont dit plusieurs fois qu'il leur était absolument insupportable d'aller nourrir à la cuillère un homme attaché depuis une semaine qui était dans ses excréments »<sup>3</sup>

<sup>1</sup> SAINT PLANCAT C., « La médecine dans les prisons », *Le concours médical*, 29/01/1972, p.860.

<sup>2</sup> Bien que beaucoup aient exercé en tant que généraliste, la plupart des soignants lyonnais ayant travaillé en prison disposent d'une formation de psychiatre. Cela s'explique par le poids de Marcel Colin, lui-même psychiatre, ainsi que de Louis Roche, Professeur de médecine légale proche de ce premier et des milieux psychiatriques, qui ont favorisé tous deux un rapprochement entre la prison, la criminologie, la médecine légale et les urgences. La psychiatrie était à chaque reprise une dimension forte de la prise en charge des patients (Cf. Conclusion du Chapitre 5 : « Les spécificités carcérales à l'épreuve du décroisement »).

<sup>3</sup> « Publication du rapport de la commission d'enquête », France Inter, JT 13H, 09/01/1972, Archives de l'INA.

Le travail des psychiatres pénitentiaires au début des années soixante-dix se limite le plus souvent à une consultation hebdomadaire de quelques heures au cours de laquelle se pressent plusieurs dizaines de patients. L'essentiel de leur tâche se résume alors à remédier aux angoisses des détenus et à leurs manifestations (insomnies, suicides, ingestion de corps étrangers) par la prescription à fortes doses de psychotropes, sans qu'il leur soit possible d'amorcer une réelle approche thérapeutique. Ces psychiatres s'organisent collectivement. Le Dr Paul Hivert, médecin-chef de l'Annexe de la Santé, crée un syndicat des psychiatres pénitentiaires<sup>1</sup>. Ces derniers dénoncent la contradiction de cette situation avec leur rôle soignant lors des congrès de criminologie, où ils sont largement représentés, comme lors du 10<sup>ème</sup> congrès français de criminologie réuni à Lyon en 1969 : « La situation qui a prévalu est, nous semble-t-il, un sentiment de désarroi ; le mot ne nous semble pas trop fort ici car il correspond bien à cette conscience aigüe des spécialistes du traitement de se heurter en milieu carcéral à une impasse, à leur impression d'être floués, de servir d'alibi pour la bonne conscience de l'administration et de la société »<sup>2</sup>. Au cours des débats, certains proposent de « dépsychiatriser » les soins aux détenus. Le fait que les psychiatres pénitentiaires, bien que confrontés à des difficultés similaires, voire moindres, que les généralistes<sup>3</sup>, soient les premiers à se désolidariser de l'Administration pénitentiaire atteste de leur progressive autonomisation. C'est ce que confirme la démission au début des années soixante-dix de cet interne en psychiatrie refusant le rôle qui lui était imparti au sein de l'institution carcérale :

*« On ne faisait pas de psychiatrie à l'époque. C'était clair. On était des pacificateurs. C'est à dire qu'on servait à lisser les vagues et les conséquences des troubles psychiques liés à l'incarcération, aux conditions de détention, à la longueur de l'instruction... Donc on distribuait des médicaments. On ne faisait que ça ! Il n'était pas question de faire une psychothérapie. On n'aurait pas eu le temps. Mais, c'était pas du tout ce qu'on nous demandait ! J'avais deux vacations. On avait à peu près dix minutes par nouveau dossier et cinq minutes par dossier qu'on avait déjà vu [...] A l'époque il y avait un juge d'application des peines qui était très pertinente et très efficace. Donc la seule psychiatrie, c'était la juge d'application des peines. Parce qu'elle avait un pouvoir [...] Je le répète, on n'était pas dans les conditions pour faire de la psychiatrie. On était là pour calmer les détenus »<sup>4</sup>.*

L'autonomisation de la psychiatrie pénitentiaire se traduit sous la forme de prises de parole au sein de l'espace public. En février 1971, à l'occasion de la seconde grève de la faim des détenus gauchistes, douze psychiatres et psychologues du CMPR de la M.A de La Santé affirment dans un communiqué leur « entière solidarité avec le mouvement actuel de revendication d'amélioration urgente des conditions de vie en milieu pénitentiaire » (LM, 9/02/1971). En soutenant la revendication des grévistes, l'équipe du Dr Hivert accrédite la gravité de la situation ce qui tranche avec le repli qu'adopte alors la Chancellerie.

<sup>1</sup> Cf. Annexe 7 : « La création des CMPR en 1967 : un début de reconnaissance de la psychiatrie pénitentiaire ».

<sup>2</sup> VERIN Jacques, « Le X<sup>ème</sup> congrès français de criminologie », *RPDP*, n°4, 1969, p.989.

<sup>3</sup> Les généralistes ont en effet un rôle administratif beaucoup plus important, comme par exemple à l'occasion de la rédaction de certificats médicaux ou de l'hospitalisation de détenus, des situations souvent problématiques.

<sup>4</sup> Cyril, interne en psychiatrie aux Baumettes de 1971 à 1973. Entretien réalisé le 23/02/2006, 2H00.

Cette autonomisation se confirme lors des événements de Toul à travers le témoignage du psychiatre de l'établissement, Mme Rose, qui contribue à donner à cette mutinerie une forte ampleur médiatique. Pour la première fois, la condamnation précise des conditions de détention n'est plus seulement le fait d'anciens détenus ou de militants gauchistes mais l'œuvre d'une professionnelle exerçant en prison. *La Cause du peuple*, premier journal à relater l'événement, publie la déposition faite par la psychiatre de Toul à l'inspecteur général de l'Administration pénitentiaire et qu'elle fit parvenir au président de la République, au garde des Sceaux ainsi qu'au président du Conseil de l'Ordre des médecins<sup>1</sup>. La spécificité de son discours n'est pas de s'inscrire, comme elle le fait, dans un courant humaniste, en prenant par exemple la défense des détenus au nom de l'« humanité »<sup>2</sup>, mais d'intervenir en tant que professionnelle de santé. Afin d'attester ses propos, Edith Rose recourt ainsi à la légitimité que lui confère son statut de médecin (l'expression « Je puis affirmer sous la foi du serment » figure à six reprises dans son discours). Elle ne consacre cependant pas sa déposition aux soins médicaux mais aux conditions de vie et aux mauvais traitements dont auraient souffert les détenus depuis plusieurs années<sup>3</sup>. Elle décrit notamment de façon précise la pratique de la contention accréditant ainsi les propos des détenus :

*« Mais la chose qui m'a le plus éœurée et le plus fait de peine, c'est d'avoir vu les gens attachés pendant une semaine et plus. Je puis affirmer sous la foi du serment qu'on ne les détachait pas pour manger. J'entendais de mon bureau l'infirmière appeler un surveillant pour les nourrir à la cuillère [...] Certains témoignages disent même qu'on les laissait dans leurs excréments, je ne l'ai pas vu. J'ai bien souvent exprimé devant Madame l'infirmière mon horreur de telles méthodes et mon désir de voir détacher ces gens. Et quand je m'exprimais ainsi, on me répondait invariablement qu'il s'agissait d'un règlement administratif s'appliquant aux hommes qui avaient fait des tentatives de suicides ou d'automutilations [...] Personnellement, je suis allée, un jour, de ma propre autorité, sans qu'on me le demande, dans une cellule où un homme était attaché [...] Je puis affirmer sous la foi du serment qu'il ne présentait aucun état d'agitation ou de démençe nécessitant cette contention ».*

Le témoignage d'Edith Rose a bénéficié d'importants échos dans les journaux. *Le Monde* (19-20/12/1971), *Combat*<sup>4</sup> ou *Le Nouvel Observateur*<sup>5</sup> en publient de larges extraits. *L'Est Républicain* lui consacre une pleine page sous le titre : « Un choc au carrefour des consciences » (19/12/1971). Plusieurs interviews du Dr Rose sont diffusées à la télévision et à la radio<sup>6</sup>. Un sondage de la Sofres réalisé fin décembre indique que 57% des personnes

<sup>1</sup> On trouvera la déclaration reproduite dans l'ouvrage suivant : ARTIERES Philippe et alii, *Le Groupe d'information sur les prisons*, op.cit., pp.164-165.

<sup>2</sup> Elle déclare ainsi : « Ne trouvez vous pas inhumain que des garçons de 18 ans soient enfermés toute la journée seuls dans une cellule de 3m×2m, occupés à des travaux dérisoires ? » ou précise encore : « Je n'ai aucune tendance politique ni aucune opinion religieuse, mais de la bonne volonté ».

<sup>3</sup> Elle dénonce notamment le régime imposé par le directeur Richard Galiana : les détenus n'avaient pas le droit de pratiquer le sport, si ce n'est après une année de "bonne conduite", ils ne pouvaient avoir dans leur cellule qu'un nombre restreint de photographies. Elle déclara d'ailleurs avoir traité un jeune homme pour "troubles mentaux" après que les surveillants lui eurent retiré la photo de son petit frère que sa mère lui avait envoyée.

<sup>4</sup> « Toul : le témoignage du médecin psychiatre », *Combat*, 21/12/1971.

<sup>5</sup> « Je puis affirmer... », *Le Nouvel Observateur*, 27/12/1971.

<sup>6</sup> « Réactions rapport prison de Toul », JT 20H, 1<sup>ère</sup> chaîne, 09/01/1972, archives de l'INA ; « Publication du rapport de la commission d'enquête », France Inter, JT 13H, 09/01/1972, Archives de l'INA

interrogées approuvent l'action du Dr Rose<sup>1</sup>. Si son témoignage bénéficie de tels échos dans les médias, c'est non seulement parce qu'il « semble peu suspect d'interprétations partisans » (*Combat*, 21/12/1971), mais aussi parce qu'il fut soutenu et amplifié par les militants de la question carcérale, et notamment Michel Foucault qui fut le premier à rendre public le document lors d'une conférence de presse et qui le fit publier à titre publicitaire dans *Le Monde*<sup>2</sup>. Si le « discours de Toul », à partir duquel il établit la distinction entre le modèle de l'intellectuel « universaliste » et celui de l'intellectuel « spécifique »<sup>3</sup>, constitue à ses yeux « un événement si important dans l'histoire de l'institution pénitentiaire et psychiatrique », ce n'est non pas tant par les problèmes qu'il soulève que par la façon dont cela est fait, non pas de façon floue et imprécise mais à partir d'un récit singulier où Mme Rose met au premier plan son expérience de la prison : « Voilà que la psychiatre de Toul a parlé. Elle a bousculé le jeu et franchi le grand tabou. Elle qui était dans un système de pouvoir, au lieu d'en **critiquer** le fonctionnement, elle a **dénoncé** ce qui s'y passait »<sup>4</sup>.

L'intervention d'Edith Rose est présentée dans la presse comme un geste de résistance exercé non pas seulement du fait de sa profession, très peu notant qu'elle est psychiatre, mais en raison de la position qu'elle occupe au sein de l'institution carcérale. Tout en étant une professionnelle de la prison, le Dr Rose est décrite comme « extérieure » à l'Administration pénitentiaire du fait de son statut de médecin<sup>5</sup>. *Le Nouvel Observateur* remarque ainsi que les trois témoignages critiques, le pasteur et l'abbé de l'établissement prirent également position en faveur des détenus, provenaient tous de « personnes étrangères à l'administration » (20/12/1971). Apparaît ainsi dans l'espace public la figure de professionnels se situant au sein de l'institution carcérale, du fait de leur présence, et pourtant extérieurs à elle car capables de tenir un discours critique. La mise à pied de ces trois personnes, accusées d'avoir pris une part active dans la révolte, accrédita l'idée que seuls des individus extérieurs à l'Administration, c'est-à-dire n'étant pas identifiés à elle, bénéficiaient d'une liberté de parole<sup>6</sup>. Beaucoup établirent d'ailleurs un parallèle avec une assistante sociale de la Croix-Rouge,

<sup>1</sup> COMITE VERITE TOUL, *La révolte de la centrale Ney*, op.cit, p.336.

<sup>2</sup> « Je somme tous ceux qui me l'ont, je les prie de ne pas rester indifférents... de s'engager », *Le Monde*, 26-27/12/1971.

<sup>3</sup> ARTIERES Philippe, « 1972 : naissance de l'intellectuel spécifique », *Plein Droit*, n°53-54, mars 2002.

<sup>4</sup> FOUCAULT Michel, « Le discours de Toul », *Le Nouvel Observateur*, n°372, 27/12/1971. Repris dans *Dits et écrits*, Paris, Quarto, Gallimard, Tome 1, pp.1104-1106.

<sup>5</sup> Rappelons que les psychiatres, tout comme les généralistes, relèvent pourtant à l'époque statutairement du ministère de la Justice.

<sup>6</sup> « Après la mutinerie de Toul. Trois limogeages scandaleux », *Témoignage chrétien*, 10/02/1972.



Mme d'Escrivan, intervenant à Fresnes qui fut licenciée au même moment pour avoir révélé les mauvais traitements subis par un détenu (*Politique Hebdo*, 23/12/1971)<sup>1</sup>.

Pourtant si la déclaration du Dr Rose peut être vue comme la désolidarisation d'une professionnelle extérieure au ministère de la Justice, ce n'est pas en raison de son statut mais de son secteur professionnel d'origine, comme on en fait l'hypothèse. Il est en effet possible de réinscrire cette prise de position dans le cadre des transformations qui affectent plus largement le secteur de la psychiatrie<sup>2</sup>. Si les psychiatres sont les plus enclins à dénoncer certaines pratiques, c'est parce qu'ils font écho au mouvement de remise en cause qui affecte alors l'institution asilaire. Les témoignages de soutien que reçut le Dr Rose des professionnels de la santé mentale traduisent cette affinité entre les problématiques des psychiatries pénitentiaire et asilaire. Les courriers publiés dans la revue professionnelle *Psychiatrie d'aujourd'hui* présentent ainsi « les psychiatres dans la prison » et « la prison chez les psychiatres » comme deux dimensions complémentaires du rôle « répressif » que la psychiatrie est appelée à exercer en situation d'enfermement :

*« L'ambiguïté du rôle des "psy-" dans l'enceinte carcéral éclate alors : sous couvert de présence scientifiquement fondée s'agit-il d'autre chose que d'adapter le détenu aux conditions de sa peine ? Qu'il s'agisse du dépistage des troubles mentaux ou du traitement des décompensations caractérielles, l'intervention du psychiatre semble avant tout destinée à contribuer au maintien de l'ordre intérieur : asepsie psychique [...] Les manipulateurs du psychisme ont pu, dès leur apparition, paraître des auxiliaires précieux pour ce dessin : le licenciement guette ceux qui tendraient à sortir d'un tel rôle »<sup>3</sup>*

*« L'Hôpital psychiatrique, quant à lui, reste bien souvent un lieu de ségrégation et d'oppression, et toute tentative thérapeutique y est illusoire. Le Médecin-chef, par la position qu'il occupe, sert de garant à cet état de choses. Son premier travail ne consisterait-il pas à dénoncer publiquement cette situation et à en rechercher les causes ? ».*

*« Mais surtout il règne à l'asile un "ordre moral" tout aussi contraignant que la camisole de force [...] Nous pensons que ce survol rapide du psychiatre met l'accent d'une part, sur son ambiguïté : mi-soignant mi-magistrat (il délivre les certificats), d'autre part, sur la caution que son seul titre apporte à des pratiques tout à fait scandaleuses. Il doit "soigner" sans s'interroger sur l'origine de la demande, et quelle position alors il occupe. Suffit-il qu'un psychiatre se révolte contre l'injustice de la société, sa dureté ? Nous pensons que cela ne suffit pas et qu'il doit dénoncer les conditions de sa propre pratique au moyen – comme Mme Rose l'a fait – de documents, de témoignages, d'enquêtes personnelles, dénoncer le rôle d'écran que joue son personnage – au nom des soins médicaux- pour couvrir des pratiques dignes de celles de la prison de Toul » (Témoignage d'un psychiatre hospitalier, LM, 31/12/1971)*

La déclaration du Dr Rose atteste ainsi aussi bien du courant critique qui secoue alors l'ensemble du secteur psychiatrique que de l'autonomisation croissante des psychiatres à l'égard de l'Administration pénitentiaire. Apparaît alors pour la première fois l'idée que les

<sup>1</sup> Bien qu'elle fut le plus souvent présentée par la presse comme assistante sociale, Mme d'Escrivan était également infirmière de la Croix-Rouge à Fresnes. Son témoignage fut publié par le GIP et par *Esprit* en avril 1972 qui établirent le parallèle avec le Dr Edith Rose.

<sup>2</sup> Cf. Annexe 10 : « Les mouvements de remise en cause de la psychiatrie institutionnelle depuis la Libération ».

<sup>3</sup> Les deux premières citations sont issues de l'article suivant : « Asiles-prisons, même combat. Quelques lettres de psychiatres à Mme Rose », *Psychiatrie d'aujourd'hui*, numéro spécial « Psychiatrie et univers pénitentiaire », 01-02/1972, n°7, p.30.

professionnels de santé exerçant dans l'institution carcérale occupent une position privilégiée leur permettant d'exercer un rôle de vigilance, comme le suggère Gilles Deleuze, membre du GIP : « Un mouvement se dessine actuellement, du côté de certains représentants du ministère, et de certains dirigeants de syndicats pénitentiaires, pour éliminer de la prison les psychologues et les psychiatres comme autant de témoins éventuellement gênants. Il importe au contraire que les témoins gênants se multiplient, et que les psychiatres qui, même hors des prisons, se trouvent confrontés aux conséquences psychologiques de l'incarcération, participent de plus en plus à la condamnation du régime pénitentiaire en France »<sup>1</sup>. Après le Dr Rose, d'autres psychiatres pénitentiaires enfreindront le devoir de réserve, le plus souvent de façon anonyme, afin de dénoncer l'ambiguïté de leur fonction : « En raison même de leur présence, les psychiatres sont perçus comme ceux qui doivent prendre en charge des sujets manifestant leur intolérance à un mode de vie qui leur est imposé. Ainsi, l'intervention du psychiatre tend partiellement à se substituer aux méthodes répressives »<sup>2</sup>.

Si certains font l'éloge de ce rôle de veille des personnels soignants en prison, d'autres soulignent à l'inverse l'ambiguïté de leur position. Car le psychiatre ou le généraliste n'en sont pas moins des membres à part entière de l'Administration pénitentiaire à l'égard de laquelle un devoir de réserve s'impose. Certes, désormais « le docteur Rose, comme beaucoup d'autres médecins, n'est plus décidée à se taire » (*Témoignage chrétien*, 10/02/1972). Au témoignage de la psychiatre, les journalistes opposent cependant le silence de son confrère généraliste de la Centrale de Toul qui au nom du secret médical refusa d'évoquer les bons de contention qu'il avait signés et antidatés<sup>3</sup> (*L'Express*, 20-26/12/1971). Le silence adopté par l'essentiel du corps médical intervenant en institution carcérale est interprété par certains journalistes comme un aveu de culpabilité : « Les 240 médecins de la Pénitentiaire sont mal à l'aise. Et ils ont mauvaise conscience. Ils savaient à peu près tout, car ils sont les seuls à recevoir les confidences des détenus. Ils n'ont rien dit [...] Qu'ont fait ces médecins ? Ils ont gardé leur secret »<sup>4</sup>. La non-dénonciation par les professionnels de santé de leurs conditions de travail est présentée comme une approbation implicite du « régime pénitentiaire », comme en atteste la façon dont les propos de l'infirmière de Toul sont restitués par ce journaliste :

« A Toul, il y a une tentative de suicide ou d'automutilation par semaine. "Je n'appelle pas suicide la tentative d'un détenu qui se taillade les poignets quand passe le gardien", constate paisiblement Mme [...], unique infirmière de 600 prisonniers. Elle ne se plaint pas d'un surcroît de travail : "On dépense 80.000 à 100.000 francs par an pour les médicaments. Je suis bien secondée par les gardiens, dit-elle.

<sup>1</sup> DELEUZE Gilles, « A propos des psychiatres dans les prisons », communiqué, 5/01/1972 (Fonds GIP/IMEC). Cité dans ARTIERES Philippe et alii, *Le Groupe d'information sur les prisons*, op.cit., p.156.

<sup>2</sup> Anonyme, « La psychiatrie en prison », *Politique aujourd'hui*, 04-05/1972, p.63.

<sup>3</sup> Alors que la contention ne pouvait s'exercer que sur prescription médicale, la Commission d'enquête Schmelck avait relevé que les certificats médicaux n'avaient parfois été signés que plusieurs jours après, la mise sous contention ayant été ainsi décidée par le seul personnel pénitentiaire.

<sup>4</sup> « Prisons. Les médecins témoignent », *L'Express*, 24/01/1972.

*Il faut parfois six hommes pour maîtriser un prisonnier en état de crise, alors la contention est bien nécessaire... »*. (L'Express, 20-26/12/1971, souligné par nous)

Même le Dr Rose ayant dénoncé les pratiques de Toul n'est pas sans faire l'objet de critiques car « si Mme Edith Rose a sonné l'alarme, après coup, elle n'a pas plus songé que son confrère généraliste à alerter le Conseil de l'Ordre » (*L'Express*, 17/01/1972). Cette condamnation trop tardive fut également reprochée par le rapport Schmelck à Edith Rose, seul le Comité Vérité Toul, créé par Robert Linhart, ayant pris sa défense (*LM*, 11/01/1972). Certains militants du CVT jetèrent toutefois un regard critique sur le rapport du Dr Rose qui, en déclarant que « les détenus sont bien soignés sur le plan médical strict », justifia une définition trop étroite selon eux du soin médical : « Le "plan médical strict", c'est la médecine de l'analyse, des appareils de mesure, des statistiques, etc. Quant aux rapports humains avec le détenu... »<sup>1</sup>.

Si les psychiatres ont été les premiers professionnels de santé à se démarquer de l'Administration pénitentiaire en prenant la parole publiquement, c'est non seulement parce que la psychiatrie carcérale accède alors à une première forme d'autonomie<sup>2</sup> mais surtout parce que ce secteur disciplinaire fut très tôt confronté aux enjeux éthiques liés aux institutions fermées. Dès les années soixante, dans le cadre de l'antipsychiatrie, est apparu un courant de réflexion quant au positionnement du praticien à l'égard de l'institution, dont sont largement restés à l'écart les généralistes. Outre les « contraintes structurelles », c'est-à-dire la capacité à faire défection, la réaction des individus s'explique par conséquent en partie par la culture du secteur professionnel dans lequel ils s'inscrivent. La mobilisation des internes en médecine confirme ce poids des normes culturelles dans la réaction de professionnels face une situation d'insatisfaction. Leur contestation ne peut ainsi se comprendre sans faire référence à la politisation des étudiants de médecine survenue après Mai 68.

## ***2. La contestation des internes de la tutelle pénitentiaire, effet de la politisation des étudiants de médecine après Mai 68***

S. Troisier, Médecin-inspecteur de l'A.P : « *Il faut bien vous dire que nous avons fait à l'Administration pénitentiaire des progrès considérables. Il y a maintenant dans les services, que ce soit à Fleury-Mérogis ou dans les hôpitaux de Fresnes ou des Baumettes, des services de pointe. Il y a maintenant que ce soit pour la drogue ou que ce soit dans les services médico-psychologiques, dans les prisons, des façons de soigner admirablement nos détenus. Je tiens à défendre mes médecins !* »

J. Chancel : « *Il y en a certains qui accusent aussi de vos médecins...* »

<sup>1</sup> COMITE VERITE TOUL, *La révolte de la centrale Ney*, op.cit., p.93.

<sup>2</sup> Elle est intégrée à l'organisation départementale de lutte contre les maladies mentales en 1977. Cf. Chapitre 2-section 2-3 : « La contestation de la psychiatrie pénitentiaire et son intégration au dispositif de santé mentale ».

S. Troisier : « Oui... mais... ce ne sont pas mes médecins qui accusent. C'est à dire que ce sont de jeunes internes, parfois, qui parlent à tort et à travers de choses qu'ils ne connaissent pas... »<sup>1</sup>.

Faute de personnel médical temps-plein, l'Administration pénitentiaire favorise le recrutement d'« internes », notamment dans les plus grandes Maisons d'arrêt<sup>2</sup>. Faiblement rémunérés<sup>3</sup>, ces internes, dont l'expérience n'est pas reconnue pas le système hospitalier, ont d'importantes responsabilités. Si cette situation ne diffère pas de leurs confrères hospitaliers, elle implique cependant une charge de travail considérable eu égard aux spécificités du milieu pénitentiaire, notamment à l'occasion des gardes de nuit au cours desquelles les agressions, les ingestions de corps étrangers ou les suicides sont nombreux. Bien que légèrement plus tardive, l'expérience de cet interne qui exerçait à Fleury-Mérogis témoigne de la tension psychologique qui régnait alors durant les nuits de garde :

*« C'était assez angoissant d'être réveillé en pleine nuit. La grosse angoisse au début, c'est quand même... En journée vous avez les infirmières, et Fleury-Mérogis c'est quand même une prison assez moderne et structurée. Vous n'êtes pas seul quoi ! Et quand, j'allais dire la nuit tombe, à dix huit heures, et que vous avez la responsabilité quand même de l'ensemble des 4.500 personnes [...] C'était quand même une grosse responsabilité, d'autant plus que quand ça allait mal... Ben il faut faire vite et vous avez une grosse responsabilité [...] Les pendus, c'était pas marrant marrant. Moi, ça m'angoissait à l'idée de me dire on va m'appeler à une heure ou deux pour aller voir un gars pendu »<sup>4</sup>.*

Les internes exerçant en milieu carcéral sont ainsi confrontés à des responsabilités disproportionnées au regard de leur faible reconnaissance. Une fois de plus, le paradigme utilitariste ne suffit pas à rendre compte de la forte mobilisation des internes. Les perspectives de carrière sont en effet trop incertaines pour qu'ils aient une motivation suffisante à l'action. La défection semble dans cette configuration le comportement le plus probable. C'est pourquoi, on ne peut comprendre la mobilisation des internes sans faire référence à leur culture professionnelle, fortement imprégnée des récentes révoltes étudiantes. Par la remise en cause des hiérarchies hospitalo-universitaires, Mai 68 a été à l'origine de nombreuses transformations au sein du secteur médical français, particulièrement visibles chez les jeunes praticiens<sup>5</sup>. Les événements de Mai ont exercé une influence sur la trajectoire des médecins ayant exercé en prison de deux façons. Ils semblent, tout d'abord, avoir accéléré l'engagement d'individus qui y ont pris directement part, tel Antoine Lazarus, et ils ont, en second lieu, constitué une référence importante pour des médecins plus jeunes ayant réalisé leurs études dans un nouveau contexte.

<sup>1</sup> « Solange Troisier », France Inter, 14/01/1974, 57min, Archives INA.

<sup>2</sup> On compte vingt-neuf internes en 1975 répartis sur les établissements de Fresnes (13), La Santé (5), Fleury-Mérogis (6), Marseille (3), Nice (1) et Poissy (1) (GOLPAYEGANI Behrouz, *L'humanisation de la peine privative de liberté*, op.cit, p.245).

<sup>3</sup> Les internes temps plein étaient alors rémunérés 900 francs environ par mois soit environ l'équivalent de 900 euros actuellement.

<sup>4</sup> Yvan, interne à Fleury-Mérogis de 1979 à 1981. Entretien réalisé le 14/02/2008, 1H30.

<sup>5</sup> Annexe 11 : « Les effets de Mai 68 sur les étudiants de médecine français ».

Antoine Lazarus correspond à l'idéal-type de l'étudiant-activiste pour qui Mai 68 a été un moment charnière de sa carrière médicale. Dès le début de ses études de médecine en 1960, alors qu'il a 18 ans, il participe au comité de rédaction de l'AGEMP encore tenue par les « minos ». Son premier article où il explique « qu'à salaire égal, les enfants d'instituteurs et d'enfants d'ouvriers n'avaient pas la même probabilité de faire des études » déplait au comité de rédaction : « Mais moi je n'étais pas dans la ligne ! Donc j'ai démissionné ! »<sup>1</sup>. Il ne se situe pas sur une ligne politique bien définie. Il approuve ainsi en 1958 la nouvelle constitution gaulliste « avec un système qui fonctionne mieux et qui soit plus dirigiste, ce qui ne me déplaisait absolument pas ». Bien que sans appartenance politique ou syndicale, il est immédiatement enthousiaste au vu des grandes manifestations qui ont lieu en Mai sous ses fenêtres dans le quartier Montparnasse : « Moi, je fais passer cela en priorité par rapport aux examens. J'avais escaladé la statue de Balzac et je regardais la foule passer. C'étaient des grandes manifs sans banderoles. La police charge à Saint Germain. Il commence à y avoir des grands mouvements de panique ». A la Faculté de médecine, « la plupart des étudiants étaient en préparation de leurs examens et donc ils étaient sans radio, sans télé... Ils n'étaient au courant de rien ! ». Antoine Lazarus est de ceux qui font voter la grève dès le 14 mai. Il est alors élu délégué afin de représenter son année au sein du C.A où il s'initie rapidement aux règles régissant les assemblées générales :

*« A cette époque, je n'étais membre d'aucun syndicat. J'ai été élu délégué de l'année pour représenter mon année au comité d'action médecine [...] Je suis resté des heures et des heures à écouter sans rien dire. Je savais pas ce que c'était... Et puis à force d'écouter, j'ai commencé à proposer des choses et à la fin, la séance a duré vingt heures je crois, je me suis trouvé à organiser tout le dispositif [...] C'était un immense dispositif car au bout de quelques jours le comité d'action médecine dirigeait trente mille personnes. C'était une immense ruche très bien organisée et extrêmement efficace »*

Antoine Lazarus voit alors dans ces événements « un moment exceptionnel » afin de « réformer médecine » : « On pensait que les patrons hospitaliers faisaient mal leur boulot [...] Et puis il y avait un système de pouvoir complètement passéiste, très centralisé autour de la faculté de médecine. Donc il s'agissait de casser tout cela [...] Il s'agissait de mettre en place le plus rapidement possible des choses irréversibles ». A travers de multiples contacts avec le cabinet d'Edgar Faure, il fait partie de ceux qui participent à la réforme des études médicales<sup>2</sup>. Même s'il se distingue de ceux qui y ont « fait une carrière politique », les événements de Mai ont largement influé sur la trajectoire du Dr Lazarus. Ayant accédé

<sup>1</sup> Antoine Lazarus, interne puis médecin vacataire à Fleury-Mérogis de 1970 à 1976, fondateur du GMP. Entretiens réalisés les 10/2007 ; 11/06/2008. Durées : 2H00 et 2H00.

<sup>2</sup> Après les événements de Mai 68, on confia à Edgar Faure le poste délicat de ministre de l'Education nationale au mois de juillet 1968. La consultation de plusieurs milliers de personnes durant l'été déboucha en novembre 1968 sur une loi réformant l'enseignement supérieur. Elle intègre certaines revendications de Mai comme l'interdisciplinarité ou la participation de tous les acteurs à la gestion des établissements. En matière d'études médicales, la réforme supprime l'externat qui réservait auparavant l'expérience de la clinique au lit du malade à une minorité d'étudiants.

soudainement à une certaine notoriété au sein du secteur ou de la presse médicales, il devient moniteur à la Faculté et exerce à Necker : « Les leaders étudiants après 68 ont été très en vedette. C'est comme ça qu'on m'a proposé trois matières différentes ». Il poursuit parallèlement un engagement atypique en participant à la création en 1970, aux côtés de Jean-Edern Hallier, du journal pamphlétaire *l'Idiot international* par le biais duquel il fait connaissance avec Michel Foucault. Il est également, au cours d'une altercation fortuite, confronté pour la première fois de façon directe à la violence policière et se trouve inculqué pour troubles sur la voie publique avant d'être finalement relaxé : « C'est une histoire où j'ai quand même eu ma gueule en première page de *L'Aurore* avec : "Un médecin essaye d'assassiner un agent de la force publique" ».

Ce premier contact avec la Justice n'est peut-être pas sans lien avec la demande qu'il effectue en 1971 afin de travailler en tant qu'interne à la M.A de Fleury-Mérogis près de laquelle il habite. Cherchant à se spécialiser en psychiatrie et ayant une bonne expérience en réanimation, il est directement confronté au mal-être des détenus : « Jamais on avait vu autant de tentatives de suicides, de bras coupés [...] Moi, j'avais à affaire à des gens qui étaient intubés pour lesquels si je ne prenais pas une décision dans la nuit, ils allaient mourir. J'ai passé des heures à recoudre ». Dès les premières grandes révoltes de détenus, fin 1971, il s'interroge sur l'attitude à adopter face à des pratiques qu'il réproche : faut-il démissionner ou est-il préférable de demeurer au sein de l'Administration pénitentiaire pour mieux la critiquer ?<sup>1</sup> C'est cette seconde possibilité qu'il choisit :

*« Si certains pensent qu'il ne faut pas faire d'entrisme dans l'institution pénitentiaire, nous, nous avons choisi d'être dedans. Nous y sommes sans cautionner pour autant, ce qui, dans l'institution, est contraire à la loi [...] Si la hiérarchie étouffe l'information et laisse la situation se pérenniser, l'obligation de discrétion tombe »<sup>2</sup>.*

C'est à partir de cette position éthique qu'Antoine Lazarus participe au GIP à l'occasion de la rédaction de la brochure portant sur Fleury-Mérogis. Il fonde en 1973 le Groupe multiprofessionnel des prisons (GMP) afin de rompre l'isolement et le silence imposé par la hiérarchie pénitentiaire<sup>3</sup>. L'« affaire Mirval » atteste de la conception militante qu'Antoine Lazarus a de son travail<sup>4</sup>. Le milieu carcéral n'est pour lui qu'un champ de bataille se situant dans la continuité de la mobilisation de Mai :

*« Les analyses politiques qui nous avaient permis d'agir sur le monde étudiant ou sur le contexte politique étaient encore des outils disponibles pour analyser la prison, qui était une sorte de*

<sup>1</sup> COLCOMBET François, LAZARUS Antoine, APPERT Louis (alias de Michel Foucault), « Lutttes autour des prisons », *art.cit.*, p.104.

<sup>2</sup> LAZARUS Antoine, « Quand la prison devient refuge », *Sociétés & représentations*, n°3, CREDHESS, novembre 1996, p.317.

<sup>3</sup> Cf. Chapitre 2 – section 1.2 : « De la revendication du droit à la mobilisation des professionnels de la prison : l'émergence d'un nouveau militantisme carcéral ».

<sup>4</sup> Cf. Annexe 14 : « L'"affaire Mirval" ou la contestation d'un interne pénitentiaire militant ».

*caricature, de concentré du monde extérieur mais plus facile à saisir et à faire bouger par la contestation »<sup>1</sup>.*

Les événements de Mai 68 ont exercé, on en fait l'hypothèse, une certaine influence dans l'attitude des internes pénitentiaires, que ce soit de façon directement biographique comme pour Antoine Lazarus ou de manière indirecte sous la forme d'un repère ou d'un symbole<sup>2</sup>. On peut effectivement observer que certains étudiants en médecine exerçant en milieu carcéral sont davantage enclins à exprimer leur mécontentement, d'abord sous la forme de protestations individuelles puis, dans un deuxième temps, de façon collective. Ainsi, à l'occasion des révoltes de détenus, un ancien interne prend pour la première fois la parole au sein de l'espace public. Charles Dayant, ayant travaillé quatorze mois à la M.A de La Santé adresse, suite à la suppression des colis de Noël en novembre 1971<sup>3</sup>, une lettre au garde des Sceaux pour lui demander de revenir sur sa décision :

*« Les arguments humanitaires ne manqueraient pas, mais c'est un langage d'ancien médecin à La Santé que nous tiendrons. Il y a à La Santé deux tentatives de suicide par nuit, en moyenne [...] Morts terribles, qui n'auraient d'ailleurs pas lieu si votre administration avait ouvert à temps le dossier des psychiatres [...] Nous réservons notre pronostic, mais on peut craindre que, en cette nuit de Noël 1971, le nombre des tentatives de suicides n'augmente [...] Combien de prisonniers, à l'heure du champagne, avaleront des couteaux ou des clous, combien se perforeront les poumons avec des fils de fer, se perceront la tempe ou se tailleront les poignets ? Toutes ces pratiques, nous les avons vus à La Santé, tous les jours, et bien davantage à Noël »<sup>4</sup>.*

Plusieurs éléments d'une première prise de parole effectuée par un médecin au nom de sa profession figurent dans cette lettre. L'auteur ne s'exprime pas en tant qu'humaniste, comme l'ont fait au même moment certaines personnalités politiques ou littéraires, mais en tant que professionnel de santé. La mise en évidence des conséquences pouvant découler de l'interdiction (« pronostic »), l'utilisation de la première personne du pluriel traduisent ainsi l'appartenance de l'auteur au corps médical. Mais surtout cette prise de parole s'appuie, outre des convictions personnelles, sur un vécu professionnel qui donne à *voir* le quotidien d'une prison (« Toutes ces pratiques, nous les avons vus à La Santé »). Il s'agit bien en ce sens d'un témoignage, certes personnel mais effectué au nom de l'éthique médicale.

A plusieurs reprises, le Dr Dayant condamne dans la presse les carences de la médecine pénitentiaire ainsi que sa subordination hiérarchique au ministère de la Justice. Cette sollicitation médiatique s'explique par l'ouvrage qu'il vient alors de publier et dans lequel il relate son expérience à La Santé<sup>5</sup>. Peu de temps auparavant, un autre interne pénitentiaire

<sup>1</sup> COLCOMBET François, LAZARUS Antoine, APPERT Louis (alias de Michel Foucault), « Lutttes autour des prisons », *art.cit.*, p.104.

<sup>2</sup> Cf. Annexe 15 : « L'influence indirecte de Mai 68 sur deux internes pénitentiaires ».

<sup>3</sup> Cette décision survenue après les événements de Clairvaux aurait été adoptée afin de satisfaire les deux principaux représentants des syndicats pénitentiaires, Aimé Pastre de la CGT et Hubert Bonaldi de FO.

<sup>4</sup> DAYANT Charles, « Lettre ouverte à René Pleven », *Le Nouvel observateur*, 6/12/1971.

<sup>5</sup> DAYANT Charles (avec Arnaud Still), *J'étais médecin à La Santé*, Paris, Presses de la Cité, 1972, 246p.

publiait un livre relatant également le quotidien d'un praticien en prison<sup>1</sup>. Plus sensationnaliste, *Le Petit Paradis*, en référence à l'Hôpital de Fresnes où exerçait Marcel Diennet, connaît une plus grande diffusion notamment par le biais de la publication de ses « meilleures pages », particulièrement sur l'usage de la contention, dans *L'Express*<sup>2</sup>. « Marcel Diennet, vos révélations font un bruit certain. Elles résonnent dans les antichambres des ministères. Vous avez frappé fort. Vous avez frappé très fort », remarque Jacques Chancel dans une émission radio consacrée à ce livre<sup>3</sup>.

Au-delà de leurs différences de style, ces deux ouvrages ont pour point commun de dénoncer la logique de l'institution pénitentiaire. Les retards liés aux fouilles et aux procédures réglementaires sont présentés comme autant d'« absurdités » face à l'urgence médicale. Les deux internes dénoncent également le rôle non-médical qu'ils sont contraints d'assumer en raison des pouvoirs qui leur sont attribués, notamment par le biais des certificats médicaux. Charles Dayant reproche ainsi à l'Administration d'avoir conféré au praticien la capacité de permettre aux détenus de pouvoir s'allonger dans leur cellule par le biais des « bons de repos »<sup>4</sup> : « Combien viennent pour me demander ces précieux bons de repos qui donnent le droit d'être allongé en dehors des heures réglementaires, et de rompre ainsi les interminables journées assis, à n'attendre rien que la soupe, que l'heure du parloir, étriés dans leur vie végétative »<sup>5</sup>. Le meilleur symbole du rôle « pacificateur » attribué au médecin selon ces deux internes serait la pratique de la contention qu'ils déclarent refuser de prescrire :

*« Moyen médical, la contention se trouvait naturellement dévoyée par le désir du personnel d'en faire un instrument punitif, ou dissuasif, en l'évoquant comme une menace à n'importe quel rouspéteur poussé à bout ». (« J'étais médecin à La Santé », p.67)*

*« Comment ! Je ferme des cellules pleines d'hommes, j'attache des gens ! Mais je suis pire qu'un geôlier qui, lui, au moins, a l'excuse d'obéir à des ordres. C'est ça, être médecin à Fresnes ? » (« Le Petit Paradis », p.28)*

Les auteurs portent également un regard critique sur la collusion entre certains professionnels de santé et l'Administration pénitentiaire. Marcel Diennet évoque ainsi une infirmière fière de recenser sur un cahier toutes les économies qu'elle réalise en diminuant par deux les prescriptions médicales, au motif que l'« Administration est pauvre » (p.202). Charles Dayant souligne la caution apportée par le médecin-chef au fonctionnement médical de M.A de La Santé dont il ignore presque tout : « Le docteur Julin passait chaque jour une dizaine de minutes à la prison. C'est dire que son rôle était symbolique et que, nécessairement, il ignorait

<sup>1</sup> DIENNET Marcel (avec Ariane Randal), *Le Petit Paradis*, Paris, Editions Robert Laffont, 1972, 309p.

<sup>2</sup> « Comment on vit, comment on meurt en prison », *L'Express*, 10/04/1972.

<sup>3</sup> « Marcel Diennet, ancien médecin à Fresnes », France Inter, 17H, 27/04/1972, 58min, Archives INA.

<sup>4</sup> Jusqu'à la réforme de 1975, les détenus n'étaient censés pouvoir se coucher dans leur cellule que durant certains horaires à moins de disposer d'un « bon de repos » d'un médecin ou d'une prescription médicale ce qui favorisait ainsi la demande de médicaments (HIVERT Paul, « Trente ans de prison », *art.cit.*, p.226).

<sup>5</sup> DAYANT Charles (avec Arnaud Still), *J'étais médecin à La Santé*, op.cit., p73.



beaucoup de choses de ce service médical qu'il coiffait de son autorité » (p.178). Enfin, les deux ouvrages soulignent longuement les nombreuses carences de la prise en charge sanitaire des détenus (soins dentaires quasi-inexistants, faible présence médicale, pharmacopée et matériel d'auscultation limités). Au cours d'une émission sur France-Culture, le Dr Diennet affirme qu'« aucun hôpital public ou privé ne serait autorisé à fonctionner dans les conditions de celui de Fresnes »<sup>1</sup>.

Même s'il est bien sûr impossible de déterminer l'impact précis de ces ouvrages ou de ces déclarations auprès des militants de la cause carcérale<sup>2</sup>, auprès des médecins intervenant en prison<sup>3</sup> ou plus largement au sein du débat public<sup>4</sup>, il est probable qu'ils aient participé à une prise en compte de la qualité des soins en prison. L'avocat Jean-Marc Varaut, proche de Valéry Giscard d'Estaing, écrit d'ailleurs à la même époque que « *le droit à la santé* subirait dans les prisons selon deux ouvrages récents *Le Petit Paradis* du docteur Diennet, et *J'étais médecin à La Santé* du docteur Charles Dayant de sévères restrictions »<sup>5</sup>.

Mais au-delà de leurs effets, la publication de ces deux témoignages traduit surtout un refus croissant de la part du personnel sanitaire de « cautionner » la médecine pénitentiaire et plus largement l'institution carcérale. *Le Petit Paradis* et *J'étais médecin à La Santé* décrivent la révolte de deux internes face à l'univers pénitentiaire. Exposant tout le long du livre sa colère, voire sa révolte, Marcel Diennet développe ainsi progressivement une aversion pour la prison qui l'amène à regretter qu'un détenu ait échoué dans sa tentative d'évasion avant de défendre en conclusion un point de vue abolitionniste : « Ce n'est pas d'une réforme qui rafistolerait ce qui existe déjà, dont nous avons besoin. Il faudrait remettre en question LA DETENTION, afin d'aboutir à la suppression des prisons de 1971 » (p.305). Bien sûr cette remise en cause n'est le fait que d'une minorité de praticiens. En atteste le démenti apporté par les « médecins, chirurgiens et infirmières de l'hôpital central des prisons de Fresnes », parmi lesquels Georges

<sup>1</sup> « Marcel Diennet, ancien médecin à Fresnes », France Inter, 17H, 27/04/1972, 58min, Archives INA.

<sup>2</sup> La quatrième de couverture du livre de Charles Dayant précise que ce dernier est « entré en contact avec le Groupe d'information des prisons à la demande du Professeur Foucault ». On trouve d'ailleurs un exemplaire du livre dédié par Charles Dayant à Michel Foucault dans les archives du G.I.P [G.73/GIP2. Dh3.]. Il est possible que certains écrits cités par le GIP proviennent du Dr Dayant.

<sup>3</sup> Le Dr Fully se déclara « disposé » suite à ces ouvrages à « participer à un vaste échange d'idées avec M. Lecorno [DAP] afin d'étudier le problème des détenus sous son jour véritable, c'est-à-dire clinique et humain » (*Le Monde*, 27/10/1971).

<sup>4</sup> Le fait que l'ouvrage du Dr Charles Dayant fut traduit en Italie souligne son probable succès : *Queste carceri-Diario di un medico*, Roma, Coines, 1973.

<sup>5</sup> Avocat au barreau de Paris, Jean-Marc Varaut (1933-2005) est un monarchiste membre des clubs Perspectives et Réalités partisans de Valéry Giscard d'Estaing. Partisan de l'Algérie française, il contribua à dénoncer les internements de dissidents en URSS et dénonça la peine de mort en France ou encore les conditions de détention (VARAUT Jean-Marc, *La prison pour quoi faire*, Paris, La Table Ronde, 1972, p.200).

Fully, lors de la parution du *Petit Paradis* décrit comme un « récit tendancieux et inexact mettant en cause leur fonction et leur conscience professionnelle »<sup>1</sup>.

Bien qu'on ne dispose presque d'aucun élément biographique sur eux, il est possible que la prise de parole de ces deux internes soit liée en partie à une politisation des étudiants de médecine apparue durant les « années 68 ». On en tient pour preuve les spécificités de leur trajectoire. Avant son expérience en prison, Charles Dayant avait consacré son sujet de thèse à la mise en œuvre de la loi Neuwirth sur la contraception qui était alors un sujet délicat<sup>2</sup>. Mais surtout, il publie deux ans après son premier ouvrage un *Plaidoyer Pour Une Antimédecine*<sup>3</sup>. Il y défend l'idée que la hausse de l'espérance de vie n'est pas tant le fait des progrès médicaux que de l'élévation du niveau de vie<sup>4</sup>. Il défend l'idée d'une médecine sociale, ayant une approche globale de la personne, à l'encontre d'une vision trop biomédicale. Marcel Diennet, pour sa part, exerça au Biafra en 1968 dans le cadre de la Croix Rouge, « une autre sorte de Biafra » observe-t-il. Après la soutenance de sa thèse consacrée aux plans de lutte contre la poliomyélite en pays intertropicaux, et pendant laquelle il exerce à Fresnes, il part à Saigon en 1971 tant que médecin coopérant où il crée une fondation-hôpital pour le traitement de la poliomyélite qu'il raconte dans un livre<sup>5</sup>.

En dehors de ces deux praticiens, la contestation de l'organisation des soins en prison par les professionnels de santé est au début des années soixante-dix le fait de jeunes internes exerçant dans les grands établissements d'Ile-de-France désireux de faire connaître leurs conditions de travail<sup>6</sup>. Ils à l'origine de plusieurs publications critiques dans des revues médicales. Un interne de La Santé décrit ainsi le déroulement de la consultation : « L'après midi a lieu la consultation de médecine générale ; 40 détenus environ de 16h à 18h. Il faut aller très vite : déshabillage, rhabillage, distribution de médicaments se font dans la même pièce »<sup>7</sup>. Derrière les multiples contraintes qui leur sont imposées, ces jeunes médecins dénoncent la tutelle exercée par l'autorité judiciaire. En attestent les propos de cet autre interne de La Santé :

« L'interrogatoire [...] réduit la pratique à celle d'un vétérinaire [...] L'examen proprement dit est réduit au minimum, car le temps manque [...] Alors on va plus vite, toujours plus vite. [...] Ce qui se dégage de toute cette pratique, c'est que la médecine n'est pas exercée par les médecins, mais dictée

<sup>1</sup> « Protestations contre "Le petit paradis" », *Le Monde*, 9/05/1972.

<sup>2</sup> DAYANT Charles, *Contraception en pratique hospitalière*, thèse de médecine, Paris, 1969.

<sup>3</sup> DAYANT Charles, *Plaidoyer Pour Une Antimédecine. L'art Et La Manière D'être Malade*, Paris, Presses De La Cité, 1974.

<sup>4</sup> BENSARD Norbert, « Des médecins contre les médecins », *Le Nouvel Observateur*, 14/10/1974.

<sup>5</sup> DIENNET Marcel, *Les enfants de Phu-My*, Paris, A. Laffont, 1975.

<sup>6</sup> Outre le fait que les prisons d'Ile-de-France disposent d'une large partie des postes d'internes, cette concentration géographique des internes les plus contestataires est peut-être à mettre en lien avec l'importance que les événements de Mai 68 ont eue à la Faculté de médecine de Paris.

<sup>7</sup> MACHLINE Gérard, « Un médecin en prison », *Perspectives psychiatriques*, n°42, 1973, p.25.

*par l'administration pénitentiaire : comme le montre la description de cette consultation, chaque pas de la démarche médicale est limité, contrôlé, déterminé par l'administration pénitentiaire »<sup>1</sup>.*

Sans pour autant toujours se désolidariser de leur autorité de tutelle, plusieurs internes regrettent le rôle qui leur est imparti en milieu carcéral. Un interne de Fleury-Mérogis remarque ainsi que « l'administration et le personnel de surveillance reportent sur eux de nombreuses responsabilités, les médecins étant bien souvent vécus par l'administration comme des "arrangeurs" »<sup>2</sup>. De façon similaire, un interne de la M.A de La Santé regrette la fonction d'alibi que remplit la présence médicale en milieu carcéral : « L'administration [...] se paie de quoi constituer une couverture d'humanitarisme aux yeux du public. Les médecins en prison ne peuvent garantir la santé des prisonniers, mais permettent à l'administration de maintenir le silence sur la question sanitaire »<sup>3</sup>. Ainsi, au-delà de leurs conditions de travail, la prise de parole (*voice*) des internes semble reposer sur un refus de l'institution carcérale, en tant que milieu « pathogène » jugé incompatible avec leur vocation soignante. En témoignent les propos de cet interne publiés dans *Le Monde* :

*« Mieux je fais mon métier et plus mal je le fais. Si je fais en sorte qu'il y ait moins de dépressions nerveuses, si par des soins appropriés je limite le nombre de suicides, si je m'évertue à trouver des places en milieu hospitalier pour qu'y soient accueillis des détenus qui, chaque jour, (ou chaque nuit) font des perforations intestinales après avoir absorbé, qui un couteau, qui des morceaux de verre, j'assume la fonction de médecin qui est la mienne. Mais, ce faisant, mon action retarde le pourrissement, donc l'effondrement d'une institution qui, précisément, secrète ce que je suis appelé à soigner »<sup>4</sup>.*

A une protestation individuelle s'ajoute une contestation de nature collective. En novembre 1972, trois internes de La Santé démissionnent<sup>5</sup>. En février 1973, vingt-cinq internes de tous les établissements franciliens initient une grève pour protester contre leurs conditions de travail<sup>6</sup>. A chaque reprise, ces jeunes médecins incriminent le manque de considération dont ils souffrent dans leur pratique quotidienne : « Le médecin-chef n'a pas pensé à les déléguer à la Commission d'application des peines où il n'a pas le temps de se rendre ; les experts médecins ne les consultent jamais ; le courrier que leur adressent les détenus est ouvert : l'infirmière chef change parfois leurs prescriptions ; ils n'ont plus accès à la pharmacie centrale ; ils n'obtiennent jamais un achat matériel lorsqu'ils le demandent... » (*Le Figaro*). La « sous-médecine » que dénoncent de même les internes grévistes est également critiquée du point de vue de l'éthique : « On a essayé de nous faire croire qu'il existe une déontologie pour les prisonniers différente de la déontologie à l'égard des hommes libres. Cela nous ne pouvons pas l'accepter » (*Le Monde*). Les grévistes refusent ainsi que leur pratique médicale

<sup>1</sup> DEJOURS Christophe, « Réflexions sur les rôles respectifs de l'administration et de la médecine dans l'institution pénitentiaire », *Perspectives psychiatriques*, n°42, 1973, p.18.

<sup>2</sup> DESLAURIERS, « Fleury-Mérogis. Un nouvel univers carcéral ? », *Psychiatrie aujourd'hui*, 01-02/1972, p.42.

<sup>3</sup> DEJOURS Christophe, « Réflexions sur les rôles ... », *art.cit.*, p.18.

<sup>4</sup> Cité dans ALBERT WEIL Jean, *J'ai été 16 ans médecin à Fresnes*, Paris, Fayard, 1974, p.205.

<sup>5</sup> « Démissionnaires, trois médecins de la prison de La Santé s'expliquent », *Le Figaro*, 30/11/1972.

<sup>6</sup> « Dans l'Administration pénitentiaire. Les internes en médecine sont en grève », *Le Monde*, 28/02/1973.

soit entravée par de « multiples règlements » de nature pénitentiaire. C'est enfin la question de la finalité de l'exercice médical en institution carcérale que soulèvent les protestataires. Relevant les limites de leur action, ils refusent que leur présence puisse servir de caution afin de légitimer le principe de l'incarcération (« Nous avons l'impression d'être là pour que les gens du dehors aient bonne conscience, pour qu'ils puissent se dire que les prisonniers sont bien soignés » relèvent les démissionnaires) voire même les abus de l'Administration. Les internes démissionnaires protestent ainsi contre le statut d'« auxiliaire de justice » qui fait d'eux les « complices » d'une institution répressive : « Nous sommes des portes-seringues, des laquais médicaux. On nous rend complice d'un système. On demande seulement au médecin de venir avec son arsenal de produits pharmaceutiques. Bien sûr, ce sont d'abord les tranquillisants de toutes sortes. Pas de vagues, il faut calmer les choses. Nous servons de parapluie à l'administration » (*Le Figaro*).

L'émergence d'un segment d'internes protestataires au début des années soixante-dix s'explique en partie par les contraintes structurelles qui pèsent alors au sein du ministère de la Justice. Toute contestation interne est quasi-impossible comme en attestent les congrès de médecine pénitentiaire (Cf. Encadré). Au-delà de cette absence d'opportunité de pouvoir contester l'institution en son sein, l'apparition de ce segment spécifique des internes pénitentiaires est à mettre en lien avec les transformations qui affectent le groupe professionnel des médecins pénitentiaires.

L'exercice médical en prison fut longtemps le seul fait de médecins libéraux plutôt âgés. Les internes apparaissent en milieu carcéral dans les années soixante à la demande de Georges Fully. Leur rôle est défini par un règlement le 17 juillet 1962. La difficulté à recruter des généralistes libéraux contribue progressivement à faire des internes la cheville ouvrière des principales prisons, notamment en Ile-de-France. Ce dispositif aurait même connu un succès croissant au sein des facultés, la demande étant supérieure au nombre de postes disponibles, du fait que le recrutement des internes pénitentiaires ne s'effectue pas, contrairement au milieu hospitalier, sur concours mais sur titres<sup>1</sup>. Affectés pour une durée de quatre ans, les internes sont chargés de substituer le plus souvent le médecin-chef rarement présent. Si la journée ils peuvent s'appuyer sur le personnel paramédical, ils doivent en revanche faire face la nuit à de nombreuses urgences sans pouvoir faire appel à un médecin de garde : « Dès 7 heures du soir et jusqu'à 7 heures du matin, l'interne est seul pour une population importante et le nombre des appels est considérable. On peut être dérangé 20 à 25 fois. Que faisons-nous ? Si un détenu est énervé, avec plus de temps nous lui parlerions et nous arriverions à le calmer, mais comme ce n'est pas le cas, nous lui donnons du Valium ou du Tranxène. Et nous

---

<sup>1</sup> SCHMITT Jean-Noël, *La médecine carcérale*, thèse de médecine, Paris Créteil, 1978, p.112.

piquons et nous cousons », déclare un interne dans le cadre du cours de médecine pénitentiaire<sup>1</sup>.

### UNE PRISE DE PAROLE INTERNE DIFFICILE : L'EXEMPLE DU CONGRES DE MEDECINE PENITENTIAIRE DE STRASBOURG DE 1972

A mesure que les prisons deviennent un sujet d'actualité, les rencontres entre praticiens pénitentiaires sont l'objet d'une forte médiatisation qui amène l'Administration à effectuer un contrôle minutieux sur leur déroulement. Toute contestation interne apparaît de plus en plus difficile. En attestent les Quatrième journées de médecine pénitentiaire qui ont lieu à Strasbourg en décembre 1972. Par le biais de plusieurs dispositifs (présidence tenue par le Directeur de l'Administration pénitentiaire lui-même, huis-clos imposé par le ministère, non-présence d'un secrétariat de séance), le ministère de la Justice veille à ce que rien du congrès ne puisse filtrer vers l'extérieur : « Concertation, confrontation, oui. Mais à portes fermées, loin du public : on avait "oublié" d'apporter un magnétophone et aucune sténo n'avait été recrutée pour prendre en note les débats ! Les journalistes, confinés dans la salle de presse, en étaient réduits au système du micro clandestin. De cette façon, rien ne pouvait être rapporté sans qu'il soit possible d'en contester la véracité » (*L'Express*, 11-17/12/1972). En dépit de « la clandestinité dans laquelle le ministère de la Justice a tenté de confiner ces débats » (*LF*, 4/12/1972), certains praticiens tentent d'exprimer leur mécontentement comme en attestent les propos d'internes (« Nous ne voulons pas être des médecins-alibi ») ou encore le mot du Dr Petit, chirurgien-chef à l'Hôpital de Fresnes, reproduit dans plusieurs journaux : « Ce que nous faisons c'est adapter les prisonniers au système carcéral, au lieu de tenter de réadapter les délinquants à la société » (*LM*, 5/12/1972).

« A Strasbourg, les médecins ont tous fait tour à tour leur constat d'impuissance », note *Le Figaro*. Les problèmes les plus délicats sont cependant évités comme par exemple la distribution des médicaments par les surveillants qui, selon un interne, « fut très vite "escamoté" par les "éminentes personnalités" en place » (*Libération*, 6/02/1974). A la velléité des jeunes internes s'oppose la prudence des médecins les plus expérimentés. Un interne de La Santé, Christophe Dejours<sup>2</sup>, dénonçant l'obligation des médecins pénitentiaires à assister aux exécutions capitales s'est ainsi vu rappelé à l'ordre par l'un de ses « aînés » : « Le "Vous n'auriez pas du dire cela" d'un de ses confrères exprime bien la maladie du système pénitentiaire », observe un journaliste (*L'Express*, 11-17/12/1972). Un groupe d'internes, poussés par Georges Fully en sous-main, arrive néanmoins à faire adopter une motion réaffirmant, outre le manque de moyens, l'autorité du médecin pénitentiaire : « Les médecins présents déclarent que la personnalité et la santé d'un détenu ne sont pas seulement du ressort de l'Administration pénitentiaire mais de celui du corps médical et du ministère de La Santé et, en dernier recours, d'une responsabilité collective [...] Ils réaffirment leur indépendance professionnelle et leur choix délibéré d'assister leurs malades dans le respect de la déontologie médicale traditionnelle »<sup>3</sup>. Tandis que la volonté du ministère de la Justice d'imposer un huis-clos semble paradoxalement favoriser la médiatisation du congrès, l'Administration instaure dans les prochains congrès un contrôle plus discret rendant impossible l'émergence de toute contestation interne et d'autant plus probable la défection ou la prise de parole externe.

Les médecins titulaires étant également confrontés à de nombreuses contraintes, les conditions de travail des internes ne suffisent cependant pas à rendre compte de leur

<sup>1</sup> PETITJEAN, *Cours de droit médical et déontologie*, 1974. Cité dans GOLPAYEGANI Behrouz, op.cit., p.246.

<sup>2</sup> Christophe Dejours est un psychiatre et psychanalyste connu depuis les années quatre-vingt-dix pour sa dénonciation de la souffrance au travail.

<sup>3</sup> *Bulletin du GMP*, n°1-2, 03-04/1975, p.6.

mobilisation. En dehors de la dimension générationnelle, trois autres raisons peuvent être invoquées. Contrairement aux médecins pénitentiaires, toujours isolés, les internes disposent tout d'abord de l'opportunité de confronter leurs expériences et d'établir des actions communes, le réfectoire semblant à cet égard disposer d'une importance stratégique<sup>1</sup>. La plupart de ces internes ont en outre, deuxième raison, exercé leurs fonctions alors même que la prison fut l'objet d'une importante contestation sociale, se sentant ainsi peut-être plus directement remis en cause. Les internes pénitentiaires sont, troisième raison, d'autant plus enclins à dénoncer les conditions d'exercice en milieu carcéral qu'ils souffrent d'un statut hybride et d'une faible perspective de carrière. Le manque de formation dont ils disposent, mais surtout l'absence de reconnaissance de leur expérience par les hôpitaux publics, rend difficile leur carrière, même à l'hôpital des prisons de Fresnes : « Les chefs de service étant vacataires, il n'y pratiquement pas d'enseignement (ni théorique, ni pratique). Un interne nommé sur concours ne viendra jamais dans un hôpital où il n'y a ni assistant chef de clinique, ni chef de service temps plein ou mi-temps, donc aucune formation à espérer »<sup>2</sup>. Les internes souffrent, enfin, d'une faible rémunération au regard de leur responsabilité<sup>3</sup> ce que confirme la principale revendication défendue par les internes dans leur lettre de préavis de grève adressée au ministère de la Justice :

*« Il y a une grande ambiguïté dans le statut qui nous régit, c'est ainsi qu'il y a une dissociation assez choquante entre le travail que nous fournissons et nos émoluments [...] C'est pourquoi nous demandons une revalorisation de notre fonction d'internes pénitentiaires, détachée de toute corrélation financière avec les grades d'internes des hôpitaux dépendant du Ministère de La Santé. Il nous semble qu'un traitement mensuel de 1 800,00 francs serait une base raisonnable de discussion, sachant qu'un surveillant stagiaire de vingt ans ou qu'une femme de ménage de l'Administration pénitentiaire débutent à 1 200,00 francs »<sup>4</sup>.*

Le mouvement de contestation des internes peut ainsi être interprété comme l'apparition d'un segment protestataire interne à la profession de médecin pénitentiaire. Ils défendent une représentation distincte de l'exercice médical en institution carcérale davantage autonome de l'Administration. La création en janvier 1975 d'un syndicat d'internes de médecine des prisons, que le Syndicat des médecins de prison n'aurait pas voulu accueillir en son sein, confirme l'institutionnalisation de ce segment<sup>5</sup>. Ce syndicat défend trois objectifs : « la défense de la profession des internes des prisons », « l'amélioration des conditions de travail médical en milieu pénal » et « l'étude des problèmes généraux de la santé en prison et de la condition pénitentiaire ». Le Dr Gonin voit aujourd'hui dans la création de ce syndicat et la

<sup>1</sup> Marcel Diennet raconte ainsi comment les internes de Fresnes décidèrent lors d'un repas de faire parvenir un cahier de doléances au directeur de l'établissement (DIENNET Marcel, *Le Petit Paradis*, op.cit., p.235.)

<sup>2</sup> SCHMITT Jean-Noël, *La médecine carcérale*, op.cit., p.113.

<sup>3</sup> Le traitement de base mensuel d'un interne est ainsi de moins de 900 francs soit environ 900 euros actuels, sans congés, pour environ 40 heures de travail hebdomadaire.

<sup>4</sup> Lettre du 5 février 1973. Je remercie Antoine Lazarus de m'avoir confié un exemplaire de ce document.

<sup>5</sup> *Bulletin du GMP*, n°0, 02/1975, p.21.

contestation de ces internes un renouvellement salutaire des praticiens, beaucoup ayant perdu leur attitude contestataire face à l'inertie qui caractérise l'Administration pénitentiaire :

*« Certains [internes] étaient très virulents. Ce qui était intéressant c'est que ça renouvelait la sève des contestataires. On s'affadit forcément dans une lutte qu'on pense sans grands espoirs. Parce que le changement en prison a tellement été lent, qu'on ne l'a jamais bien vu. Alors que les internes qui découvraient l'univers carcéral, ça faisait un choc. La plupart du temps, ils ont été plutôt revendicateurs et nous trouvant insuffisamment protestataires »<sup>1</sup>.*

La mobilisation des internes semble bénéficier d'un certain succès puisque, d'une part, certains journalistes prennent acte de l'autonomisation croissante des internes à l'égard de l'Administration<sup>2</sup> et puisque, d'autre part, une revalorisation de leur statut est adoptée : l'arrêté du 1<sup>er</sup> février 1974 aligne la rémunération des internes sur celle des centres hospitaliers régionaux minorée de 20%<sup>3</sup>, le nombre d'internes passant de vingt-six en 1973 à trente-quatre en 1976<sup>4</sup>. Mais cette apparente consécration des internes ne doit pas masquer les pressions qui s'exercent à leur encontre. Leur nomination qui était jusque-là *sine die* devient par exemple à partir de 1974 renouvelable chaque année. C'est pour échapper à tout contrôle qu'au-delà de leur revalorisation, les internes exerçant en prison revendiquent une nouvelle considération de leur pratique médicale. En atteste cette thèse de médecine : « Pourquoi l'interne doit-il rendre compte de mesures médicales au directeur de l'établissement alors que l'article 3 [du règlement du 17/07/1962] précise que la subordination de l'interne au directeur est administrative [...] Dans l'esprit du règlement, l'organisation du service médical et les décisions de tous ordres appartiennent à l'administration et les médecins sont là pour obéir... »<sup>5</sup>. Parce qu'elle se situe au croisement de revendications matérielles et d'un mouvement identitaire, la contestation des internes traduit l'émergence d'un segment davantage contestataire au sein des médecins pénitentiaires.

Si elle résulte probablement en partie d'une prise de conscience individuelle consécutive au débat public engagé sur les conditions de détention, la dénonciation que font certains praticiens de leurs conditions de travail est également la conséquence de la mise en

<sup>1</sup> Daniel Gonin, psychiatre puis généraliste à la M.A de Lyon de 1967 à 1989. Entretiens réalisés les 25/02/2008, 10/03/2008, 26/03/2008. Durées : 2H ; 2H ; 2H.

<sup>2</sup> Un article critique quant à la participation de la médecine dans le maintien du calme en détention remarque ainsi que « les internes protestent contre ces nouvelles fonctions et refusent de participer à cette politique de l'autruche, chargés de masquer les carences de l'administration pénitentiaire » (*Libération*, 25/06/1973). Jacques Chancel évoque les critiques formulées par ces internes dans une émission radio (« Solange Troisier », France Inter, 14/01/1974, 57 minutes).

<sup>3</sup> La rémunération des internes passe alors de 900 à 1960 Frs par mois (SCHMITT Jean-Noël, *La médecine carcérale*, op.cit., p.122).

<sup>4</sup> Bureau des méthodes et de la réglementation, « Note sur la situation sanitaire dans les établissements pénitentiaires », mai 1976 (CAC. 19960136, art. 112 (E4580)).

<sup>5</sup> SCHMITT Jean-Noël, *La médecine carcérale*, op.cit. p.265.

cause dont la médecine pénitentiaire fait l'objet dans la presse. L'ouverture d'une fenêtre médiatique permet aux professionnels désireux de s'exprimer de publier leur témoignage. Certains dénoncent publiquement des pratiques connues des professionnels depuis longtemps mais jugées pour la première fois « intolérables ». Les enjeux de pouvoir de ce qui était considéré jusqu'à présent comme un dispositif purement médical sont désormais saillants, conformément à l'ambition du GIP. Cette politisation de la médecine pénitentiaire est manifeste à travers l'exemple de l'usage de la ceinture de contention, dont le Médecin-inspecteur relevait déjà les risques en 1967 : « L'usage des moyens de contention destinés aux agités ne devait être employé que dans des cas exceptionnels et avec la plus grande circonspection [...] Une contention excessive ou trop longtemps maintenue peut aller jusqu'à entraîner la mort chez des sujets en état de grande excitation »<sup>1</sup>. Inconnue du grand public, la pratique de la contention n'est dénoncée par des médecins pénitentiaires qu'après le témoignage du Dr Rose, notamment avec les ouvrages de Charles Dayant et de Marcel Diennet.

Preuve du lien entre mouvement de remise en cause et prise de parole, cette dénonciation est le fait d'autres professionnels de la prison ou de la Justice. « Heureusement, beaucoup de gens sont aujourd'hui décidés à témoigner, malgré les sanctions qu'ils encourent : médecins, visiteuses, assistantes sociales, éducateurs, aumôniers, salutistes, détenus et même surveillants, avocats, juges et policiers », remarque le CERFI<sup>2</sup>. Témoins de la dégradation des conditions de détention, tous ceux qui interviennent au contact des détenus sont en fait confrontés à la question que formule ici le secrétaire national du Syndicat national des éducateurs pénitentiaires (SNEPAP) au président de l'association des JAP :

*« Si les éducateurs du milieu fermé ne se sentent pas, à juste titre, responsables de cette évolution qu'ils déplorent, ils se sentent par contre concernés lorsqu'ils assistent, comme c'est le cas depuis la tragédie de Clairvaux, à un durcissement du régime pénitentiaire qui s'apparente plus à une répression brutale et aveugle qu'à une stricte application des consignes de sécurité. Nos collègues se trouvent alors devant un cas de conscience. Doivent-ils informer les autorités judiciaires des abus caractérisés dont ils sont parfois les témoins au risque de mettre en cause leurs responsables hiérarchiques ? Doivent-ils au contraire se taire et se rendre ainsi tacitement complices des faits qui en d'autres circonstances seraient réprimés par la loi ? »<sup>3</sup>.*

Bien sûr, toutes les catégories professionnelles réagissent de façon distincte. Les surveillants sont les plus réticents à mettre en cause l'état des prisons, notamment du fait de la hiérarchie et du corporatisme qui s'exerce au sein de l'Administration pénitentiaire. En octobre 1971, un surveillant-chef de Fleury-Mérogis témoigne cependant des conditions d'incarcération (*La Marseillaise de l'Essonne*, 7/10/1971). En janvier 1972, un surveillant de Toul accepte de

<sup>1</sup> DAP, « Rapport d'activité », *RPDP*, 10-12/1967, p.900.

<sup>2</sup> ARMAZET André, *Les prisons*, op.cit., p.6.

<sup>3</sup> Lettre de M. Bauchaud, secrétaire national du SNEPAP au président de l'association des JAP datée du 21/10/1971 (Fonds Etienne Bloch. ARC 3017-15. IV-27 : Le Groupe d'Information sur les Prisons).



dénoncer l'usage de la ceinture de contention : « J'ai vu des types ainsi ligotés pendant plus de huit jours. On ne les détachait même pas pour manger, ni pour le reste. Quand on allait les nourrir, à la cuillère, on n'était pas très fiers »<sup>1</sup>. Les éducateurs sont, à l'inverse, les premiers et les plus virulents dans la contestation du « régime pénitentiaire ». D'une façon similaire aux internes, certains éducateurs décident de démissionner afin de mieux pouvoir dénoncer leurs conditions de travail, jugées contraire à leur mission. C'est par exemple le cas de cette éducatrice : « Accepter de servir un système dont on ne peut ignorer les carences et les abus, c'est apporter sa caution individuelle à une immense hypocrisie [...] Tout membre du personnel de la Pénitenciaire ne peut se maintenir en poste qu'à la stricte condition de cautionner par sa soumission et sa passivité la seule politique qui soit réellement appliquée dans le contexte social actuel : celle de l'intimidation, puis de la répression » (*Journal des prisonniers*, n°13, 01/1974, p.3). Mais surtout, et ce contrairement aux médecins, les éducateurs développent très rapidement une réflexion, voire une protestation collective quant à leurs conditions de travail, notamment sous la houlette de leur syndicat national, le SNEPAP<sup>2</sup>. Cette virulence contraste avec la modération alors adoptée par les hautes instances de la médecine pénitentiaire : le Syndicat des médecins de prison n'adopte aucune position officielle tandis que les praticiens les plus reconnus demeurent relativement discrets, quand ils ne prennent pas ouvertement la défense de l'Administration pénitentiaire. Les psychiatres apparaissent en revanche davantage enclins à remettre en cause leur autorité de tutelle. Mais c'est surtout de la part des internes qu'émerge le mouvement de protestation le plus virulent parmi les professionnels de santé, allant notamment jusqu'à la grève et la démission.

Ainsi, bien que confrontés à des difficultés semblables (faible rémunération, manque d'effectifs, contraintes sécuritaires), les professionnels intervenant en détention adoptent des démarches plus ou moins revendicatives à l'égard de l'Administration pénitentiaire dont on peut rendre compte selon les normes et la structuration de leur secteur professionnel d'origine. La prise de parole relativement précoce des psychiatres pénitentiaires s'explique, par exemple, par le développement depuis la fin des années soixante d'une réflexion critique sur le rôle des professionnels de la santé mentale, notamment au sein des institutions fermées. De même, la contestation engagée par les internes pénitentiaires peut être comprise au regard de la politisation du secteur médical survenue suite à Mai 68. Enfin, on peut rendre compte de la

<sup>1</sup> « Un gardien de Toul parle », *L'Aurore*, 11/01/1972.

<sup>2</sup> Lors de la grève de la faim des détenus gauchistes, le secrétaire adjoint du SNEPAP déclare à *L'Express* : « Quand quelqu'un entre en prison, c'est forcément un inadapté, quand il en sort, c'est souvent un irrécupérable ». En juin 1971, le congrès des éducateurs exprime son malaise et déclare : « Les tracts du GIP décrivent une réalité à peine déformée » (ARMAZET André, *Les prisons*, op.cit., p.111). En 1974, ils considèrent dans une motion déposée lors du 8<sup>ème</sup> congrès que leur action est « faussée », déclarent ne pas vouloir « être des agents récupérateurs des malades du corps social » et exigent de « quitter la tutelle de l'administration pénitentiaire » (*Justice*, n°32, 1974).

virulente réaction des éducateurs par la politisation qui se développe dans le secteur professionnel du travail social alors en voie de constitution<sup>1</sup>. De nouveaux travailleurs sociaux, issus en grande partie de la génération de Mai 68, remettent alors en cause la fonction de cette catégorie professionnelle en voie de constitution notamment au sein du Groupe d'information des travailleurs sociaux (GITS). Leur revue, *Champ social*, accorde d'ailleurs une large place au rôle des éducateurs en prison, notamment après l'« affaire Escrivan »<sup>2</sup> ou l'« affaire de Besançon »<sup>3</sup> toutes deux survenues fin 1971. C'est, par conséquent, dans le cadre d'une forte politisation que certains travailleurs sociaux remettent en cause l'institution carcérale. En atteste le témoignage de cette éducatrice : « Si nous pensons que notre travail est à faire, dans une perspective de lutte des classes, qu'il n'y a pas d'autre solution, puisque même le replâtrage des injustices est inutile, nous en arrivons à soutenir sans réserve la révolte des prisonniers [...] C'est tout le système carcéral qui doit être aboli »<sup>4</sup>.

Sans ignorer les spécificités du milieu carcéral, la réaction des professionnels exerçant en détention face au « scandale des prisons » doit ainsi être restituée dans le cadre de la culture spécifique à chaque secteur professionnel qui conditionne en partie la propension à se désolidariser de son autorité de tutelle. Le témoignage des praticiens n'est ainsi probablement pas sans lien avec les transformations qui ont lieu au sein du secteur médical. A mesure que s'érigent les instances de régulation de la médecine libérale, la médecine salariée est confrontée à des interrogations de plus en plus fortes sur sa déontologie et quant à la nature de la relation hiérarchique qui s'établit avec son employeur. La multiplication de témoignages de praticiens salariés, notamment en matière de médecine du travail, peut-être interprétée comme un mouvement croissant d'autonomisation de cette forme d'exercice de la médecine assez peu valorisée au sein du secteur médical<sup>5</sup>. Le cas des praticiens de prison est un exemple de cette professionnalisation de la médecine salariée.

---

<sup>1</sup> BLUM François, « Regard sur les mutations du travail social au XX<sup>ème</sup> siècle », *Le Mouvement Social*, n°199, février 2002, pp.83-94 ; VERDES-LEROUX Jeannine, *Le Travail social*, Paris, Editions de Minuit, 1978, 245p.

<sup>2</sup> Cf. Chapitre 1 - Section 3-1 : « De la psychiatrie asilaire à la psychiatrie pénitentiaire : l'émergence... ».

<sup>3</sup> Deux éducateurs du milieu ouvert avaient été poursuivis pour avoir refusé de donner au juge d'instruction le nom d'un jeune garçon en ayant blessé un autre au cours d'un bal public (*Champ social*, n°1, 07-08/1973).

<sup>4</sup> « Le point de vue d'une éducatrice en prévention », *Le Monde*, 8/08/1974.

<sup>5</sup> En décembre 1970, suite à la mort de seize mineurs dans les Houillères du Nord, un « tribunal populaire » avait été mis sur pied par Serge July devant lequel des médecins des mines avaient témoigné pour dénoncer les conditions intolérables de travail (ARTIERES Philippe, « 1972 : naissance de l'intellectuel spécifique », *art.cit*).

Longtemps demeurées silencieuses ou inaudibles, les prisons françaises font irruption au début des années soixante-dix au cœur de l'actualité médiatique sous le coup de la mobilisation de détenus gauchistes mais surtout d'associations, dont GIP, ayant pour but de rendre intolérables les conditions de détention. Relayés par la presse, les militants de la cause carcérale rendent public les injustices dont souffrent au quotidien les détenus, notamment en matière de prise en charge médicale. Le manque de moyens ou le rôle ambigu des praticiens à l'égard de l'Administration pénitentiaire sont pour la première fois condamnés. Mais cette critique n'est plus seulement le fait de personnes politisées mais de professionnels de la prison ou du monde judiciaire souhaitant dénoncer le « scandale des prisons ».

Jusque-là absents de la représentation de l'institution carcérale, les personnels de santé intervenant en milieu carcéral accèdent alors à un début de reconnaissance au sein de l'espace public. Ils sont désormais parfois cités comme des professionnels à part entière de la question pénitentiaire : « Avec le médecin, l'infirmière, l'assistante sociale, l'aumônier, le visiteur, le surveillant travaillent à remettre sur pied l'homme qui paie sa dette à la société, quand celui-ci veut se relever » (*La Croix*, 26/09/1971). A travers la presse s'affirme peu à peu la spécificité du regard médical en détention<sup>1</sup>. Mais outre le rôle social des praticiens en prison, les journaux font surtout état du délabrement du dispositif sanitaire carcéral. Il est ainsi fréquemment fait mention du manque de personnel sanitaire, de la faiblesse des rémunérations ou plus largement du peu de moyen dont disposent les médecins exerçant en institution pénitentiaire. En attestent ces quelques extraits de presse :

*« Mal payés – de 12 à 40 francs l'heure – ils sont [...] assistés de soixante-dix infirmières plus ou moins fictives. A Fresnes, l'infirmière de nuit a la responsabilité de 130 "bonshommes". Et il y a, dans les divisions de la prison, au moins 150 malades graves – diabétiques, cardiaques, toxicomanes, laissés "aux seuls soins des matons" » (L'Express, 24/01/1972).*

*« Pour les deux mille détenus de la Maison d'arrêt parisienne [La Santé], le service de médecine générale se limite à trois internes "chapeautés" par un médecin-chef qui possède un cabinet à l'extérieur et vient à la prison une à deux heures par jour [...] Les instruments de travail du médecin sont simples : une clef, un crayon, un cahier [...] De trente à quarante personnes attendent ainsi chaque après-midi à la porte du "cabinet médical" : une pièce de quatre mètres sur quatre, meublée d'une table, de deux chaises, d'un lit bas et d'un évier, plus deux armoires à médicaments. Le matériel : un appareil à tension et un stéthoscope ; le marteau à réflexes a disparu depuis six mois... » (Le Figaro, 30/11/1972).*

*« Impossibilité de constituer des dossiers médicaux suivis pour les détenus, impossibilité d'assurer un dépistage sérieux des maladies contagieuses, infirmeries manquant de personnels qualifiés : tels sont les signes généraux de la pénurie des prisons en équipement médical » (LM, 5/12/1972).*

*« Les médecins de prison, qui auraient un rôle important à jouer, sont en bien trop petit nombre pour pouvoir essayer de faire réellement leur travail [...] Pour une population pénitentiaire de 33.000*

---

<sup>1</sup> Cette visibilité médiatique des médecins pénitentiaires doit cependant être relativisée. La publication de grandes enquêtes sur la prison laissent encore souvent dans l'ombre le rôle des personnels de santé. En témoigne une enquête de *La Croix* qui évoque successivement le rôle des assistantes sociales (9/12/1971), de l'enseignement par correspondance (10/12/1971), des surveillants (15/12/1971) et des JAP (16/12/1971).

*détenus, il n'y a que 250 médecins pour des salaires dérisoires. Obligés de voir soixante consultants en deux heures, soit exactement cent vingt secondes par malade, les médecins de prison se bornent à distribuer les somnifères qui selon la formule d'un interne de la prison de la Santé "calment en même temps que le détenu, la conscience de tout le monde" » (Témoignage Chrétien, 22/02/1973).*

La citation des propos de cet interne de La Santé rappelle que la description des carences de l'organisation des soins n'est pas seulement le fait de la presse mais également d'internes protestataires ou de rares médecins pénitentiaires. C'est d'ailleurs de « médecins de l'impossible » que l'organisateur des Journées de 1972, Robert Durand de Bousingen, qualifie en introduction du congrès les praticiens travaillant en milieu carcéral<sup>1</sup>. Le responsable de l'organisation sanitaire des prisons de Lyon, Marcel Colin, reprendra cette appellation pour ajouter que les médecins, en tant que « témoins impuissants de cette absurdité, peuvent être qualifiés de "médecins de l'absurde" »<sup>2</sup>. « On a vraiment l'impression de faire de la médecine à Fresnes comme on fait du vélo avec des roues carrées », déclare Marcel Diennet au micro de Jacques Chancel<sup>3</sup>. « Le médecin pénitentiaire est coincé entre le plan légal, le code de déontologie et l'administration pénitentiaire », souligne plus sobrement Georges Fully lors du congrès de 1972<sup>4</sup>. La position délicate du Médecin-inspecteur mérite d'être soulignée.

Georges Fully a œuvré dès le début des années soixante pour une meilleure reconnaissance des praticiens exerçant en milieu carcéral. Il a pour cela tenté d'organiser quelques congrès et créé un premier enseignement de médecine pénitentiaire. Il milite, d'autre part, en faveur de la rédaction d'un statut pour ces praticiens afin que les conditions dans lesquelles leur responsabilité puisse être mise en cause soient clairement définies. En faisant valoir les contestations dont les praticiens sont l'objet, le Médecin-inspecteur obtient qu'un statut soit adopté en juillet 1972 mais celui-ci sera sans effets réels (Cf. Encadré). Il s'appuie sur le segment d'internes protestataires pour faire adopter lors du congrès de décembre 1972 une motion dans laquelle les praticiens « réaffirment leur indépendance professionnelle et leur choix délibéré d'assister leurs malades dans le respect de la déontologie médicale traditionnelle »<sup>5</sup>. Georges Fully tente enfin à quelques reprises de se démarquer de l'Administration pénitentiaire par des déclarations qui lui sont reprochées<sup>6</sup>. Du fait de son passé, le Médecin-inspecteur bénéficiait au sein de la Pénitentiaire d'une certaine aura, relève le Dr Gonin membre de l'équipe lyonnaise dont Georges Fully était proche :

<sup>1</sup> SPES, *Bulletin d'information et de liaison*, n°5, février 1973, p.11.

<sup>2</sup> COLIN Marcel, « Le clinicien dans le système pénitentiaire », *art.cit.*, p.5.

<sup>3</sup> « Marcel Diennet, ancien médecin à Fresnes », France Inter, 17H, 27/04/1972, 58 min, Archives INA.

<sup>4</sup> Propos cités dans *La revue pénitentiaire et de droit pénal* (09/1974). Un auteur lui prête une déclaration plus engagée mais jamais lue ailleurs : « Le médecin des prisons n'est qu'un alibi pour l'Administration pénitentiaire » (ZIWE William Francis, *Droits du détenu et droits de la défense*, Paris, Maspero, 1979, p.417).

<sup>5</sup> *Bulletin du GMP*, n°1-2, 03-04/1975, p.6.

<sup>6</sup> Pour ses déclarations quant au « Nuremberg des prisons », le DAP, Henri Le Corno, aurait d'ailleurs demandé à ce moment la démission de Georges Fully (*Le Monde*, 22/06/1973).

*« Il était souvent en porte à faux... mais il avait une représentativité quoi ! Il avait ce statut du déporté ! Il avait cette honorabilité là et on n'était encore pas très loin des témoins de la guerre. Ça a beaucoup joué. C'était quelqu'un qui était écouté et je crois que sa position était plus nuancée que j'aurais voulu... Je crois que c'était très difficile quand même pour lui. Si on m'avait proposé son poste, je ne l'aurai jamais accepté. Je crois qu'il voulait être utile »<sup>1</sup>.*

Le regard que porte Daniel Gonin sur l'action de Georges Fully traduit l'ambiguïté du de ce dernier. S'il tente d'assurer en interne l'autonomie des praticiens qu'il défend, le Médecin-inspecteur incarne au sein de l'espace public une certaine compromission du fait de son appartenance à la DAP. Le constat que dresse le Dr Fully lors de la mutinerie de Toul est ainsi interprété par un journaliste comme un aveu d'impuissance :

*« "Il a fallu Toul, dit le Dr Fully, pour que je découvre qu'un médecin pouvait signer des bons de contention de quatre jours, après coup, sans penser que l'Administration pénitentiaire lui faisait commettre ainsi une faute inadmissible" [...] Le Médecin-inspecteur, pour sa part, reconnaît que lui-même n'inspectait pas souvent : faute de temps et de moyen. Au surplus, il n'aurait pas eu la possibilité d'intervenir sans être alerté par les médecins eux-mêmes. Attendre que l'illégalité soit dénoncée par ceux-là qui la commettent... On ne peut guère imaginer de cercle plus vicieux » (L'Express, 17/01/1972).*

## UN STATUT DES MEDECINS COMME REPONSE A LEUR RESPONSABILITE

L'intervention des médecins en milieu carcéral est longtemps demeurée en dehors de tout cadre réglementaire. Privés, d'une partie de leur autonomie, ils n'en sont pourtant pas moins responsables pénalement de leurs décisions, pouvant ainsi être mis en cause devant les tribunaux en cas de problème (complications non traitées, suicides par ingestion de médicaments). C'est ainsi qu'un médecin de M.A fut condamné en 1969 pour défaut de soin dans la mort d'un détenu par le tribunal administratif de Besançon, considérant que le praticien « ne pouvait ignorer, en raison des symptômes évidents, la gravité de l'état de santé » du détenu et qu'il avait commis une faute « en s'abstenant de procéder à un examen attentif du malade et de consulter des spécialistes, et en n'ordonnant pas le transfert à l'infirmerie ou à l'hôpital, où le détenu aurait pu recevoir des soins appropriés »<sup>2</sup>. C'est pour répondre aux préoccupations suscitées par ce jugement chez plusieurs praticiens que ce thème fut mis à l'ordre du jour du congrès de 1970 au cours duquel Georges Fully présenta le « grave dilemme » auquel les médecins pénitentiaires doivent répondre : « Ou bien s'entourer de toutes les garanties nécessaires avant d'établir un diagnostic et un traitement, ou bien se contenter des moyens du bord souvent insuffisants au risque de contrevenir aux obligations qui lui sont imposées légalement et par le Code de la déontologie »<sup>3</sup>. Pour limiter les risques de poursuites, constate Paul Hivert, Président du Syndicat des médecins pénitentiaires, dans un article consacré à la responsabilité pénale du médecin, « il est absolument impérieux que l'indépendance professionnelle du praticien soit garantie, c'est-à-dire que le médecin dispose d'un libre exercice de sa discipline dans chaque acte médical »<sup>4</sup>. Il demande pour cela « que les modalités selon lesquelles le médecin exerce soient clairement délimitées soit dans un contrat individuel ou collectif, soit dans un statut ou règlement de l'autorité administrative ».

Un projet de règlement des médecins pénitentiaires est soumis lors du congrès de 1970 par le ministère de la Justice<sup>5</sup> qui prévoit en huit articles les conditions de nomination des médecins ainsi que leurs principales prérogatives. L'une des nouveautés de ce statut est de formaliser le mécanisme permettant

<sup>1</sup> Daniel Gonin, psychiatre puis généraliste à la M.A de Lyon de 1967 à 1989. Entretiens réalisés les 25/02/2008, 10/03/2008, 26/03/2008. Durées : 2H ; 2H ; 2H.

<sup>2</sup> « La veuve d'un détenu mort en prison obtient des dommages et intérêts », *Le Monde*, 16-17/03/1969.

<sup>3</sup> DAP, *Journées nationales de médecine pénitentiaire*, imprimerie administrative de Melun, 1971, p.16.

<sup>4</sup> HIVERT Paul, « La responsabilité pénale du médecin des prisons », *RPDP*, 01-03/1971, pp.37-41.

<sup>5</sup> DAP, *Journées nationales de médecine pénitentiaire*, op.cit., p.34.

de sanctionner administrativement le praticien, auparavant laissé à la libre appréciation du directeur d'établissement, « en cas de faute grave intéressant le fonctionnement administratif du service médical pénitentiaire »<sup>1</sup>. Il est ainsi prévu que les médecins puissent être licenciés sans préavis après avis du Médecin-inspecteur et de la Commission paritaire composée de deux médecins élus et de trois représentants de l'Administration pénitentiaire dont son directeur. La majorité accordée aux instances pénitentiaires ainsi que le flou des raisons pouvant être invoquées afin de licencier un praticien inquiètent cependant un médecin rendant compte du congrès : « Encore faudrait-il définir ce qui est entendu par "faute intéressant le fonctionnement administratif du service médical"... On peut y voir les absences notoires, la divulgation de secrets aux détenus, des mesures perturbant la discipline, la sécurité de l'établissement »<sup>2</sup>. Cette Commission consultative doit également être consultée « sur tous les problèmes généraux que posent l'organisation et le fonctionnement des services médicaux »<sup>3</sup>.

Le projet de règlement fait l'objet de discussions entre le Syndicat des médecins pénitentiaires et le ministère de la Justice avant d'aboutir à un accord le 3 juillet 1972. Le texte final diffère peu du texte initial<sup>4</sup>. Quelques modifications sont cependant adoptées à la demande du Syndicat des médecins. Tandis que le document de travail indiquait que « les médecins exerçant auprès des établissements pénitentiaires sont tenus au secret à l'égard de l'administration », le règlement ajoute que « le personnel placé sous l'autorité des médecins, doit respecter les mêmes obligations »<sup>5</sup>. Outre l'octroi de certains droits (congrés payés, régime général de la Sécurité sociale, retraite complémentaire), le texte précise les conditions de rémunération des médecins. Comme l'indique une note adressée par le directeur de l'Administration pénitentiaire aux chefs d'établissement, le règlement prévoit notamment que les examens des candidats à un emploi dans l'Administration pénitentiaire fassent l'objet d'une rémunération supplémentaire : « Ces examens sont particulièrement nombreux à l'heure actuelle en raison de l'intensification des recrutements. Jusqu'à maintenant les examens en question ont été effectués dans le cadre de vacations ; ils ne donnent donc lieu à aucune rémunération particulière. Il est indispensable de mettre fin à ces errements »<sup>6</sup>.

Si elles marquent une première étape dans la revalorisation de la présence médicale en milieu carcéral, les *Clauses et conditions générales relatives à l'exercice des fonctions de médecin pénitentiaire* demeurent fragiles afin d'assurer l'autonomie professionnelle des praticiens. Il semble même que ces *Clauses* n'aient pas connues de réelle application. Un praticien licencié par la DAP en 1979 conteste les conditions de cette procédure et notamment l'absence d'indemnité de licenciement ou de réunion de la Commission consultative paritaire. Il se voit répondre par l'Administration centrale que celle-ci « n'a pas été instituée par un texte réglementaire et qu'elle n'avait, par conséquent, qu'un caractère officieux »<sup>7</sup>. Aucune autre trace des conditions d'application de ce texte n'a été trouvée. Il semblerait par conséquent que les praticiens pénitentiaires soient demeurés sans réel statut, les plaçant ainsi dans une forte dépendance à l'égard du ministère de la Justice qui les emploie.

En dépit de certaines déclarations critiques, le Médecin-inspecteur occupe au sein du débat public un rôle de caution, parfois involontaire, de l'Administration pénitentiaire. Cela est

<sup>1</sup> Article VII du projet de règlement fixant les conditions dans lesquelles les médecins exercent leurs fonctions auprès des établissements pénitentiaires. *Ibidem*, p.40.

<sup>2</sup> « Journées de médecine pénitentiaire de Marseille », *Instantanés criminologiques*, n°12, 1971, p.42.

<sup>3</sup> DAP, « Note sur les médecins », 1975, 21 pages. Archives internes DAP.

<sup>4</sup> DAP, *Clauses et conditions générales relatives à l'exercice des fonctions de médecin pénitentiaire*. Document ronéotypé de 6 pages non daté. Archives internes DAP.

<sup>5</sup> Plus qu'au personnel infirmier, cette mention fait probablement référence aux surveillants et détenus amenés à travailler dans les infirmeries pénitentiaires.

<sup>6</sup> DAP, « Service médical des établissements pénitentiaires », note de service adressée aux chefs d'établissements, 7/08/1972. Document ronéotypé, 4 pages (CAC. 19960136. Art.113. Dossier M111 : Médecins (1960-1979)).

<sup>7</sup> Lettre de la DAP à un médecin psychiatre de la M.A de Fresnes datée du 27/11/1979.

manifeste au cours d'un débat télévisé consacré à la commission d'enquête sur les événements de Toul dont il était membre. Le président de la commission, Robert Schmelck, interrogé avec insistance par Jean-Marie Domenach, membre du GIP, sur l'état des prisons françaises prend alors à partie Georges Fully : « Toul, dans notre esprit à tous, à tous les membres de la commission, est absolument une bavure. Nous avons perçu à travers Toul tout ce qui ne pouvait pas aller dans une prison. Mais il n'était dans l'esprit d'aucun de nous, et le Dr Fully ne me démentira pas, de dire que ça se passe partout comme cela. Ce n'est absolument pas vrai ! »<sup>1</sup>. Un peu plus tard, attaqué par d'autres journalistes quant à l'existence de violences à l'égard des détenus, Robert Schmelck déclare au sujet des auditions de détenus par la commission : « Et bien alors que pourtant c'était l'occasion ou jamais, qu'ils se plaignent bien souvent des sévices [...] Et bien tous ces détenus, et le Dr Fully est là pour me conforter dans ce que je dis, nous ont dit, et bien non, qu'il n'y avait pas de brutalités systématiques... »<sup>2</sup>. La délicate position du Médecin-inspecteur à l'égard de sa hiérarchie est manifeste au sujet de l'usage de la contention. Au cours du débat, le Georges Fully précise qu'il a « quelques scrupules à considérer cet instrument comme un instrument médical » après que le représentant de FO pénitentiaire, Hubert Bonaldi, ait justifié le recours à la contention du fait de la prescription médicale. On voit alors à l'écran ce dernier froncer les sourcils. Le Dr Fully nuance son propos tout en demeurant critique :

*« Cependant, il faut dire, à l'appui de ce qu'il vient de dire [Bonaldi], que dans les prisons il n'y pas une permanence médicale. Il n'y pas toujours un médecin de garde. Et dans les cas d'urgence, le texte dit de "fureur grave", d'agitation, il importe qu'un sujet puisse être maintenu, puisse être contenu, pendant un temps limité. Mais les textes prévoient que le médecin doit intervenir très rapidement [...] Mais je voudrais bien préciser qu'il y a une faute, et c'est ce que nous avons relevé à Toul, dans la mesure où cette ceinture de contention ne doit pas être maintenue au-delà d'un temps strictement nécessaire à l'arrivée du médecin et seulement lorsque tout autre moyen thérapeutique s'est avéré inefficace ».*

En dépit de ses tentatives d'améliorer la qualité des soins et d'assurer le respect de la déontologie médicale, le Médecin-inspecteur symbolise ainsi l'échec des praticiens pénitentiaires à faire entendre leur voix au sein du milieu carcéral. Dans une lettre adressée à René Pleven, l'ADDD (Association de défense des droits des détenus) demande la démission du Dr Fully :

*« Comme responsable de la médecine pénitentiaire, le Docteur Fully a, depuis des années, laissé se développer la misère sanitaire des prisons. On voit mal comment celui qui n'a su ni apporter aux détenus des soins médicaux décents, ni éviter la multiplication des suicides et des tentatives de suicides pourrait avoir désormais la charge de doter les prisons d'un équipement médical convenable, en personnel et en équipement »<sup>3</sup>.*

<sup>1</sup> « Actualité en question », 1<sup>ère</sup> chaîne, 13/01/1972, archives de l'INA.

<sup>2</sup> *Ibidem*.

<sup>3</sup> Lettre de revendication de l'ADDD au ministre de la Justice datée du 18/05/1973, 4 pages (Fonds Etienne Bloch. ARC 3017-15. IV-26 : Cahiers de revendication).

Les efforts du Médecin-inspecteur afin d'autonomiser l'action des praticiens placés sous sa responsabilité sont interrompus par son assassinat, le 20 juin 1973, par un colis piégé reçu à son domicile<sup>1</sup>. Le commentaire que fit alors le Comité d'action des prisonniers traduit l'ambiguïté dont souffre la représentation du médecin pénitentiaire, considéré tantôt comme un complice de l'Administration, tantôt comme un allié des détenus: « Le docteur Fully était un allié des prisonniers pour une médecine humaine, un allié inefficace il est vrai, mais un allié quand même » (*LM*, 24-25/06/1973).

La mort de Georges Fully clôt une première page de l'histoire de la médecine pénitentiaire. Celle qui lui succède, Solange Troisier, poursuit certes la stratégie engagée par ce dernier, afin de faire de la médecine pénitentiaire une spécialité médicale à part entière. Elle ne perçoit cependant pas tant cette spécialisation comme un moyen d'accorder plus d'autonomie aux praticiens que comme une façon de diffuser une certaine représentation de l'exercice médical en détention. Pour elle, la médecine est pénitentiaire au sens où elle doit répondre à certaines exigences carcérales. C'est ainsi qu'elle sera amenée à justifier l'intervention du praticien en cas de grève de la faim, le non-respect du secret médical à des fins judiciaires ou encore le licenciement de certains praticiens jugés trop contestataires. Le praticien est pour elle avant tout un « auxiliaire de Justice » dont l'action est subordonnée au respect de la réglementation pénitentiaire. La spécialisation de la médecine pénitentiaire, comme affirmation d'une spécialité médicale, est pour Solange Troisier le moyen de réhabiliter un secteur d'action publique désormais largement discrédité. C'est à partir de ce schéma de spécialisation où la médecine pénitentiaire est décrite comme quelque chose de spécifique que le nouveau Médecin-inspecteur s'oppose au « décroïsonnement » imaginé dans la seconde moitié des années soixante-dix. C'est parce que la médecine pénitentiaire est quelque chose de spécifique (« C'est toute la médecine avec quelque chose en plus »), qu'elle ne peut être transférée au ministère de la Santé et doit rester sous la tutelle de la DAP. Le nouvel idéal carcéral et le discours d'humanisation des prisons qui apparaissent après les révoltes de détenus produisent ainsi peu d'effets directs sur la prise en charge médicale des détenus.

---

<sup>1</sup> « Le docteur Georges Fully a été victime d'un attentat », *Le Monde*, 22/06/1973.



## CHAPITRE 2. UN NOUVEL IDEAL CARCERAL ET L'EMERGENCE DE L'IDEE DE « DECLOISONNEMENT »

Compte rendu d'une journée d'étude ayant lieu à l'ENAP en 1975 et « composée en majorité de juges de l'application des peines et de directeurs d'établissements » : « *Le Directeur de l'administration pénitentiaire [M. Mégret] a demandé aux participants à la journée d'étude leur sentiment sur la réforme [pénitentiaire] en général. A l'exception d'un seul qui a exprimé son opposition, le silence a régné dans l'assemblée. La discussion n'a pu avoir lieu faute de combattants* »<sup>1</sup>.

L'arrivée de Valéry Giscard d'Estaing à la présidence de la République est tenue dans l'histoire des prisons comme l'avènement d'une nouvelle politique pénitentiaire qualifiée de « libéralisation » ou d'« humanisation ». Si cette orientation n'est pas, comme on le soulignera, imputable au seul volontarisme du président, elle n'en marque pas moins une profonde rupture avec les politiques pénitentiaires précédentes, toutes fondées sur la séparation entre le délinquant et la société. La philosophie du système pénitentiaire français, et notamment le « sens de la peine », a en effet longtemps reposé sur le modèle du « tout-carcéral » développé dans le cadre de la réforme dite « Amor » adoptée lors de la Libération<sup>2</sup>. Ce modèle du traitement moral, supposant l'isolement des détenus, fut cependant rapidement entravé par de fortes restrictions budgétaires, le régime progressif demeurant limité à une minorité de détenus<sup>3</sup>.

Le degré de fermeture de l'institution carcérale s'accroît à partir de 1957 du fait de la guerre d'Algérie qui se traduit par une augmentation du nombre de détenus, qui progresse alors de 22% chaque année<sup>4</sup>. Les agressions à l'encontre du personnel<sup>5</sup>, ainsi que les conflits entre les deux principales organisations algériennes accentuèrent les tensions. Les détenus de catégorie « A » cédèrent la place en 1961 aux partisans de l'Algérie française très revendicatifs. Les évasions de quelques détenus OAS conduisirent à un repli de l'Administration pénitentiaire sur sa mission de garde, incarnée par une discipline rigoureuse ou la construction d'établissements haute sécurité tel Fleury-Mérogis. « L'évasion est la plus grave faute du service pénitentiaire. [...] Tous les agents de cette administration doivent être dans une véritable angoisse de l'évasion », annonce en septembre 1964 le garde des Sceaux Jean Foyer aux directeurs régionaux<sup>6</sup>. Attestent de cette politique sécuritaire le doublement des sanctions

---

<sup>1</sup> « Journée d'études à l'école d'administration pénitentiaire », 4 pages (Fonds Etienne Bloch. ARC 3017-15. IV 29- Politique pénitentiaire).

<sup>2</sup> Cf. Annexe 12 : « La réforme Amor de 1945 et le modèle du "tout-carcéral" ».

<sup>3</sup> Au 1<sup>er</sup> janvier 1952, seulement 1.255 détenus sur 15.920 bénéficiaient de la réforme Amor. En 1959, 1.977 condamnés sur les 5.633 placés en M.C sont soumis au régime progressif (VIMONT Jean-Claude, *La prison : à l'ombre des hauts murs*, op.cit., p.76).

<sup>4</sup> FAUGERON Claude, « De la Libération à la guerre d'Algérie : l'espoir d'une réforme pénitentiaire » dans PETIT J.G et alii, *Histoire des galères*, op.cit., p.315.

<sup>5</sup> En 1961, neuf surveillants sont tués et soixante-sept autres sont agressés (LETENEUR Henri, *art.cit.*, p.191).

<sup>6</sup> Cité dans FAVARD Jean, *Des prisons*, op.cit., p.19.

disciplinaires entre 1962 et 1963 ou la création des « Détenus particulièrement signalés » en 1967<sup>1</sup>.

Tout en conservant officiellement l'idée d'amendement des détenus, la politique pénitentiaire adopte ainsi au cours des années soixante une tonalité plus répressive. Le ministre de la Justice, Jean Foyer, qui regretta « la considération abusive de la personne du délinquant », défend alors la fermeture des chantiers extérieurs, le maintien de la peine de mort, l'exécution intégrale des condamnations et un moindre usage de la libération conditionnelle et de la semi-liberté<sup>2</sup>. Cette conception proche de la « défense sociale » préconisée par la doctrine positiviste, consistant à protéger la société contre l'individu présumé dangereux, est contestée au cours des années soixante-dix par les « sciences pénitentiaires »<sup>3</sup> qui y voient l'origine des émeutes de détenus. En témoigne cette thèse de science pénitentiaire soutenue en 1975 : « Au terme et à l'accomplissement de cette doctrine pour laquelle il est abusif de considérer la personne du délinquant, il y a les drames de Nîmes, Lyon, Aix-en-Provence, Clairvaux, Toul [...] Il semble que la dureté du châtiment a peu d'effet intimidant sur le délinquant lui-même et sur les autres, car ceux qui sont sur le point de commettre un crime ne se préoccupent jamais de la peine qu'ils encourent »<sup>4</sup>.

A l'encontre de l'idée que la peine serait un élément bénéfique, la politique d'« humanisation » qu'inaugure Valéry Giscard d'Estaing part du constat, formulé aussi bien par les militants de la cause carcérale que les experts des questions pénitentiaires, que la prison est une institution « criminogène » ne remplissant pas sa fonction de réinsertion. Le secrétaire général de la Société internationale de criminologie, Jacques Vérin, constate ainsi que « s'il est une conclusion qui ressort clairement des recherches menées à ce jour par les criminologues du monde entier, c'est bien que la prison, comme mode de traitement appliqué à la généralité des délinquants, est une institution du passé »<sup>5</sup>. L'utilité sociale de l'institution carcérale apparaissant négative, certains spécialistes vont jusqu'à remettre en cause son existence : « La prison est une institution du passé, et elle a trop duré. Ses structures sont archaïques, et son anachronisme a été souvent dénoncé. Il est probable que, dans quelques générations, nos descendants auront pour leurs prisons de leurs aïeux la même considération

<sup>1</sup> Initialement pensé pour des détenus présentant un risque d'évasion important (grand banditisme), le statut de DPS, encore en vigueur aujourd'hui, a été étendu aux détenus devant être suivis pour les risques qu'ils encourent : personnalités, anciens fonctionnaires de la Justice ou de la police par exemple.

<sup>2</sup> FOYER Jean, « La doctrine de la Cinquième République en matière de répression », *RPDP*, 1963, pp.281-287.

<sup>3</sup> Les « sciences pénitentiaires » sont une branche du droit, proche de la criminologie, spécialisée dans l'étude des questions carcérales (conditions de détention, philosophie pénale, récidive, etc.) qui s'est notamment développée au cours des années soixante-dix. Bien que faisant l'objet d'enseignements ponctuels, cette discipline ne semble pas pleinement reconnue aujourd'hui dans le milieu universitaire puisqu'elle ne fait l'objet d'aucun diplôme *per se*.

<sup>4</sup> GOLPAYEGANI Behrouz, *L'humanisation de la peine privative de liberté*, op.cit, pp.105-106.

<sup>5</sup> VERIN Jacques, « Esquisse d'un programme de recherches liées à une réforme pénitentiaire », *RSCDPC*, 1972, p.155.

que celle que nous éprouvons actuellement pour les galères et les bagnes »<sup>1</sup>. Pourtant à moyen terme, bien que nocive, la détention apparaît aux yeux des spécialistes comme un mode de sanction devant être maintenu. Pour répondre aux partisans de l'abolition des prisons, les sciences pénitentiaires proposent de pallier les effets délétères de l'incarcération en rendant les conditions de détention les plus humaines possibles. C'est ce que suggère cette thèse consacrée à l'humanisation des prisons :

*« Malgré ces constations qui mettent en cause l'efficacité absolue de la peine de prison, il faut admettre que l'emprisonnement paraît le seul moyen inéluctable de notre époque [...] Il est probable qu'un choc psychologique de brève durée est nécessaire à condition qu'il soit intégré dans un ensemble de mesures rééducatives [...] Comment peut-on concilier l'exigence du recours à la prison en tant que l'institution du traitement d'une certaine catégorie des délinquants appelée "école de la vie" avec celle de "la prison criminogène"? Est-il possible d'éviter, sinon de réduire, les effets négatifs de l'emprisonnement et diminuer par-là le taux de récidive ? Justement, nous voilà en présence des questions dont la réponse constitue le thème essentiel de notre thèse. Au cas où l'on recourt à la peine de prison, afin d'éviter ses conséquences fâcheuses, il faut qu'elle soit humainement appliquée »<sup>2</sup>.*

La politique de libéralisation ou d'humanisation des prisons apparaît ainsi comme le moyen de relégitimer une institution en crise en la dotant de nouveaux principes. « Remotivée » dans sa fonction de mise à l'écart des détenus, l'institution carcérale bénéficierait dès lors d'une légitimité accrue au point d'apparaître comme nouvelle<sup>3</sup>. Même si sa traduction concrète apparaît modeste, le programme dessiné par Valéry Giscard d'Estaing en matière pénitentiaire ouvre la voie à un nouvel « idéal » carcéral dont s'inspirent encore aujourd'hui les réformateurs dans leur transformation de la prison.

Comme on l'a montré ailleurs au sujet de la réforme du 18 janvier 1994, analyser une réforme pénitentiaire uniquement à travers le prisme foucaldien de la permanence de l'institution empêche cependant d'en percevoir toutes les conséquences<sup>4</sup>. Si elle légitime le recours à l'incarcération, la politique d'humanisation des prisons a également contribué à transformer la représentation de la détention et de l'institution carcérale elle-même. S'impose tout d'abord une nouvelle considération des détenus auxquels est reconnu, malgré la privation de liberté, l'exercice de certains droits, et notamment d'un droit à la santé à partir duquel est légitimée une réforme de la protection sociale des détenus (Section 1). L'institution pénitentiaire apparaît, d'autre part, de moins en moins extérieure à la société comme en atteste l'émergence

<sup>1</sup> MEZGHANI Ridha, *La condition juridique du détenu*, thèse de science pénitentiaire, Paris 2, 1975, p.319.

<sup>2</sup> GOLPAYEGANI Behrouz, *L'humanisation de la peine privative de liberté*, op.cit., pp.10-12.

<sup>3</sup> Empruntant cette notion à l'analyse que fait François Héran de la linguistique de Saussure (« L'institution remotivée. De Fustel de Coulange à Durkheim et au-delà », *Revue française de sociologie*, n°1, 01-03/1987, pp.67-97), Antoine Vauchez décrit un processus de « remotivation » de la magistrature italienne qui, accusée d'être trop politisée par la droite berlusconienne, a réussi à imposer un nouveau modèle d'excellence professionnelle et se doter d'un rôle nouveau de transformation de l'ordre social (VAUCHEZ Antoine, *L'institution judiciaire remotivée. Le processus d'institutionnalisation d'une « nouvelle justice » en Italie (1960-2000)*, Paris, LGDJ, Collection « Recherches et travaux du Réseau Européen Droit et Société », 2004).

<sup>4</sup> FARGES Eric, « Penser la réforme pénitentiaire avec Michel Foucault. Apports et limites à une sociologie politique de la loi du 18 janvier 1994 », *Raisons politiques*, n°25, 02/2007, pp.101-125.

de la notion de « décroisonnement » à partir de laquelle est envisagée l'intégration de certains secteurs d'activité, et notamment les services de médecine et de psychiatrie, dans le système de droit commun. Œuvrant pour la reconnaissance d'une médecine pénitentiaire spécifique, Solange Troisier s'oppose cependant à tout « décroisonnement » du service de santé aux détenus et ainsi à son transfert auprès du service public hospitalier (Section 2).

## Section 1 - Vers une nouvelle considération de la détention : la progressive reconnaissance du détenu comme sujet de droit

Louis Joinet, juge d'application des peines : « Il faut savoir que dans la prison il y a un tribunal qu'on appelle le prétoire, il y a une prison dans la prison qui s'appelle le mitard mais il n'y pas de règles de droit qui permettent de voir comment cela fonctionne ou comment on doit le contrôler. Un juge, c'est d'abord celui qui est chargé de faire respecter les libertés fondamentales, les droits fondamentaux. Un détenu, c'est une évidence, il lui reste un certain nombre de droits. Il suffit de voir les cahiers de revendications actuellement. Qu'est-ce qu'ils demandent ? Un ensemble de choses extrêmement banales... On se demande pourquoi ils se révoltent... Ils demandent tout simplement à être respectés dans leur dignité ! Ils ont droit au travail, à la santé... »<sup>1</sup>.

En dépit des mutineries et du mouvement d'opinion en faveur des prisons apparu au début des années soixante-dix, les conditions de détention évoluent dans un premier temps très peu. René Pleven défend encore une conception de l'incarcération selon laquelle le détenu devrait être coupé du reste de la société. En atteste son discours à l'Assemblée nationale lors du vote de la loi créant notamment les réductions de peine pour bonne conduite<sup>2</sup> : « Ces mesures ne suppriment pas les caractéristiques inhérentes à la vie carcérale, qui sont la privation de liberté, l'agglomération des condamnés, les nécessités de la discipline et la coupure avec le monde extérieur »<sup>3</sup>.

Une nouvelle représentation de la détention est néanmoins adoptée par ses successeurs. Déjà, la fin de la présidence de Georges Pompidou est marquée par une relative libéralisation de la politique à l'égard des prisons. Suite aux élections législatives de mars 1973 qui reconduisent la majorité UDR, René Pleven est remplacé par Jean Taittinger. Réputé pour son libéralisme, le nouveau garde des Sceaux procède à un changement d'équipe, en nommant Georges Beljean directeur de l'Administration pénitentiaire, en remplacement d'Henri Le Corno dont le nom était associé aux mutineries<sup>4</sup>. Le retour d'un magistrat à la tête de l'Administration pénitentiaire, ce qui n'était plus le cas depuis 1964, est perçu comme un signe de libéralisme (*LM*, 8/06/1973). Enfin, le nouveau ministre de la Justice s'adjoint Pierre Arpaillange comme directeur de cabinet, auteur d'un rapport critique sur la Justice pénale. Le 15 juin 1973, le ministère de la Justice publie une note annonçant, entre autres, une amélioration des conditions de détention, notamment en matière médicale<sup>5</sup>. Très vite des mesures sont adoptées

<sup>1</sup> « Actualité en question », 1<sup>ère</sup> chaîne, 13/01/1972, archives de l'INA.

<sup>2</sup> Loi n° 72-1226 du 29 décembre 1972 simplifiant et complétant certaines dispositions relatives à la procédure pénale, aux peines et à leur exécution.

<sup>3</sup> « Trente ans de politique pénitentiaire », *Justice*, n°33, 1974, p.3-8.

<sup>4</sup> Georges Beljean (1927-1993) est un magistrat ayant mené une carrière de parquetier. Membre du syndicat de la magistrature et critique à l'égard du projet de loi « Sécurité et liberté » d'Alain Peyrefitte, il deviendra en 1981 directeur de cabinet de Robert Badinter, ministre de la Justice.

<sup>5</sup> DARMON Marco, « L'exclusion pénitentiaire », *Droit social*, n°11, 11/1974, p.138.

(installation du chauffage dans les prisons qui n'en disposaient pas, autorisation des détenus à conserver leur montre) mais elles demeurent incapables de répondre au mécontentement des détenus. Plusieurs révoltes éclatent à la Centrale de Melun, considérée comme une prison modèle, dont les détenus réclament une amélioration de leur vie quotidienne et notamment des soins<sup>1</sup>. La politique de Taittinger s'accompagne de l'hostilité des surveillants, qui se sentant déconsidérés, vont jusqu'à réclamer un « droit à l'insurrection » pour les personnels pénitentiaires, ce dernier étant reconnu de fait, selon eux, aux détenus<sup>2</sup>.

L'élection en mai 1974 de Valéry Giscard d'Estaing confirme cette réorientation de la politique pénitentiaire. A l'image du rapprochement entre les structures sociales et politiques opéré dans le cadre d'une politique de libéralisation de la société française<sup>3</sup>, le président de la République inaugure un nouvel idéal d'humanisation des prisons visant à réduire l'écart entre le milieu carcéral et le reste de la société. L'amélioration des conditions de détention apparaît dès lors inextricablement liée à la reconnaissance de droits en faveur des détenus (1). Cette montée en puissance du droit au sein du débat carcéral s'explique en partie par les transformations du militantisme pénitentiaire, progressivement moins politisé, dans lequel s'engagent de plus en plus les professionnels travaillant en détention (2). C'est à partir de l'affirmation d'un « droit à la santé » que l'organisation des soins en prison est l'objet de critiques récurrentes mais surtout que s'impose l'idée d'une affiliation des détenus à la Sécurité sociale (3).

### 1. La « petite phrase de Giscard » et l'idée de « droits » des détenus

*« La philosophie de la réforme pourrait se résumer en une phrase : "votre liberté vous est confisquée, le reste vous est laissé" [...] La pratique du sport devrait être plus largement encouragée ; les lectures devraient être autorisées de façon plus libérale [...] Les possibilités éducatives devraient être réelles et non théoriques [...] Les deux tiers de la population pénale de la Maison d'arrêt de Rennes n'ont donc pas d'emploi et passent vingt-trois heures sur vingt-quatre dans leur cellule, complètement oisifs [...] Ne devrait-on pas commencer par supprimer l'hygiaphone ou les grilles du parloir très difficiles à supporter psychologiquement ? [...] On pourrait peut-être ouvrir les portes de la prison pour les détenus qui le souhaitent aux ministres du culte, aux médecins de famille, aux psychiatres appartenant au secteur du domicile du détenu... »<sup>4</sup>.*

<sup>1</sup> « Melun : Révolte. Les détenus criaient : aidez nous ! », *Libération*, 27-28/10/1973 ; « Melun : nouvelle révolte de détenus », *Libération*, 9/01/1974.

<sup>2</sup> FAUGERON Claude, « Les prisons de la V<sup>e</sup> République », *art.cit.*, p.332.

<sup>3</sup> Durant les premiers mois de son septennat, Valéry Giscard d'Estaing multiplie les réformes visant à adapter la loi à l'évolution des mœurs : éclatement de l'ORTF, abaissement de la majorité civile, loi sur le divorce par consentement mutuel, loi Veil sur l'interruption volontaire de grossesse.

<sup>4</sup> AQUIZERATE-FONTAINE Joëlle, *Contribution à l'étude des conduites suicidaires en milieu carcéral. A propos de 23 cas étudiés à la maison d'arrêt de Rennes*, thèse de médecine, dirigée par le Pr Sabouraud, Rennes, 1977, pp.63-64.

Dès le début de son septennat, Valéry Giscard d'Estaing témoigne d'une approche plus libérale de la question carcérale en choisissant Jean Lecanuet comme garde des Sceaux qui nomme directeur de cabinet Robert Schmelck, ancien DAP et président de la commission sur les émeutes de Toul. Figure, d'autre part, dans le second gouvernement Chirac un secrétariat d'Etat à la condition pénitentiaire confié à Hélène Dorlhac de Borne<sup>1</sup>, qui marque, outre la recherche d'un effet de nouveauté (on voit également apparaître un ministère des Réformes ou encore un secrétariat d'Etat pour les Travailleurs immigrés ou pour la Condition féminine), la volonté du nouveau président de la République de conduire, comme il le déclare lors de la composition du gouvernement, « l'indispensable réforme des prisons »<sup>2</sup>. La suppression de l'Education surveillée et de l'Administration pénitentiaire, qui « fait trop parler d'elle et de ses détenus », est envisagée, ainsi que la mise à l'écart de Pierre Arpaillange et de Georges Beljean, avant d'être finalement écartée alors que le nouveau gouvernement est confronté à la question carcérale (LM, 6/07/1974). Mutineries et émeutes se multiplient en effet au cours de l'été 1974 dans plusieurs établissements en réaction aux conditions de détention mais aussi au peu d'effet de la loi d'amnistie<sup>3</sup>. Valéry Giscard d'Estaing entreprend alors une politique de détente en déclarant que « la peine, c'est la détention... ce n'est pas plus que la détention. Autrement dit, la pratique interne à la vie pénitentiaire ne doit pas ajouter d'autres sanctions à la détention »<sup>4</sup>.

Qualifiée par certains journalistes de « révolutionnaire », cette phrase est aussitôt interprétée comme le signe d'une nouvelle politique pénitentiaire : « Cette constatation [...] n'aurait rien, en elle-même, d'extraordinaire si elle ne remettait en question toute la politique suivie chez nous depuis la fin de l'ancien régime »<sup>5</sup>. « Si la remarque vaut, comme il faut le penser, promesse d'agir, la liste va être longue des énormes différences qui séparent les conditions de détenus et d'hommes libres et qu'il va falloir supprimer », écrit Philippe Boucher dans *Le Monde* (27/07/1974). Cette « petite phrase » devient très vite le symbole d'une politique de « libéralisation » des conditions de détention, à l'image de la réforme de la société française. Le président poursuit cet engagement au cours d'une visite aux prisons de Lyon où il annonce que « la réforme pénitentiaire sera menée à son terme » (LM, 13/08/1974) mais où, surtout,

<sup>1</sup> Au-delà de la symbolique, le secrétariat d'Etat jouera cependant un moindre rôle dans la détermination de la politique pénitentiaire en raison des relations difficiles entre Hélène Dorlhac et son ministre de tutelle, Jean Lecanuet. Créatrice d'un club « Perspectives et réalités » à Nîmes, la secrétaire d'Etat est en effet une proche du président de la République qui sera perçue par le garde des Sceaux, centre démocrate, comme l'« œil de l'Elysée » à la Justice (CAUVIN Claire, PONCET Dominique, *Les femmes de Giscard*, Paris, 1975).

<sup>2</sup> Cité dans DORLHAC DE BORNE Hélène, *Changer la prison*, Paris, Plon, 1984, p.19.

<sup>3</sup> « Mutinerie à la centrale de Nîmes » *Le Monde*, 6/07/1974 ; « Mutinerie à la maison d'arrêt de Valence » *Le Monde*, 14-15/07/1974 ; « Mutinerie à la centrale de Clairvaux » *Le Monde*, 21-22/07/1974 ; « Mouvement important à la Maison centrale de Caen le 24 juillet » *Le Monde*, 26/07/1974 ; « Emeute le 25 Juillet. La centrale de Loos-les Lille est totalement dévastée », *Le Monde*, 27/07/1974.

<sup>4</sup> « Justice : la peine, c'est la détention », *Le Monde*, 27/07/1974.

<sup>5</sup> « La petite phrase de Giscard », *L'Aurore*, 27/07/1974.

il se mêle aux détenus afin de leur serrer la main. Même s'il tentera de lui attribuer *a posteriori* une moindre signification<sup>1</sup>, ce geste fut interprété, de même que les nombreuses visites de Mme Dorlhac en détention, comme le signe, outre la recherche d'un style d'exercice du pouvoir<sup>2</sup>, d'une nouvelle action pénitentiaire. Confronté à de nombreuses révoltes, le nouveau président de la République place la question carcérale au cœur des premiers mois de son mandat. « La crise pénitentiaire est devenue la principale préoccupation du gouvernement », titre *Le Monde* le premier août 1974.

Le garde des Sceaux adopte dès fin juillet certaines mesures afin de concrétiser la volonté réformatrice présidentielle. Il instaure notamment des « missions d'urgence » destinées à « éviter l'extension ou la contagion des désordres », prévoyant notamment une amélioration de l'alimentation et des conditions d'hygiène (*LM*, 31/07/1974). Jean Lecanuet présente, d'autre part, une réforme proposant de « désenclaver » la prison qui est, malgré une méfiance initiale, largement saluée par la presse<sup>3</sup> à l'exception néanmoins de *Libération*<sup>4</sup>. Face à l'aggravation des mouvements de révolte et aux nombreux dégâts qui en découlent<sup>5</sup>, le plan Lecanuet est cependant ajourné notamment du fait du ministre de l'Intérieur, Michel Poniatowski, qui déclare que « la réforme des prisons est actuellement empêchée par les prisonniers eux-mêmes » (*LM*, 2/08/1974). Une opération « portes ouvertes » est lancée le 5 août à la prison de Loos-lès-Lille, ravagée quelques jours auparavant, afin de souligner le coût des dégâts engendrés (*LM*, 7/08/1974). Pourtant en entérinant le projet de réforme, Valéry Giscard d'Estaing désavoue le garde des Sceaux décrit comme le « vassal de M. Poniatowski » (*LM*, 2/08/1974). Le principal axe de la réforme réside dans l'amélioration et la libéralisation des conditions de détention menée sous la houlette du nouveau directeur de l'Administration pénitentiaire, Jacques Mégret, nommé suite à la démission de M. Beljean en

<sup>1</sup> Valéry Giscard d'Estaing relativisera ce geste, qui lui fut beaucoup reproché par son électorat, au cours de la campagne électorale de 1981 : « On m'a dit "Pourquoi leur avez-vous serré la main ?". C'est à cause d'un principe de droit. Ce principe de droit que je respecte, c'est que lorsque quelqu'un n'est pas jugé, je ne sais pas s'il est coupable. Or les détenus qui étaient là étaient en détention provisoire » (*Le Monde*, 27/03/1981). Le président a pourtant ce jour là serré la main de tous les détenus sans distinction entre condamnés et prévenus (FAVARD Jean, *Des prisons*, op.cit., pp.22-23).

<sup>2</sup> Héritier d'une longue famille politique, polytechnicien et énarque, Valéry Giscard d'Estaing est issu d'un milieu élitiste dont il va tenter de se démarquer au cours de sa présidence en inaugurant « une nouvelle ère de la politique française » comme il l'affirme lors de son discours d'installation le 27 mai 1974. Le plus jeune président de la V<sup>e</sup> République, il a alors 48 ans, va développer une politique de communication moderne tournée vers les classes sociales les plus modestes en accumulant les coups d'éclats : petit-déjeuner à l'Élysée avec des éboueurs, rencontre de travailleurs immigrés dans la banlieue Nord de Marseille, repas au domicile de simples citoyens, etc. (CHEVALLIER Jean-Jacques, CARCASSONNE Guy, DUHAMEL Olivier, *La V<sup>e</sup> République. Histoire des institutions et des régimes politiques de la France*, Paris, Armand Colin, 2001, pp.226-227).

<sup>3</sup> « Prisons : le gouvernement passe enfin à l'action », *Le Quotidien de Paris*, 31/07/1974 ; « Après l'adoption de la réforme pénale et pénitentiaire. Plus que des promesses, des engagements », *Le Monde*, 9/08/1974.

<sup>4</sup> « Giscard a choisi une réforme sans changement », *Libération*, 17-18/08/1974.

<sup>5</sup> On enregistre entre le 19 juillet et le 5 août 1974 quatre-vingt-neuf mouvements de révolte collective, dont neuf mutineries au cours desquelles sept détenus trouvèrent la mort, tandis que onze établissements étaient totalement ou partiellement dévastés (DORLHAC DE BORNE Hélène, *Changer la prison*, op.cit., p.46).



août 1974 (LM, 30/08/1974). Maître des requêtes au Conseil d'Etat, Jacques Mégret se caractérise par son humanisme, si l'on en croit Yvan Zakine, alors détaché dans cette direction ministérielle :

*« Mégret était un homme remarquable. C'était un humaniste jusqu'à la moelle des os. Ce fut d'ailleurs le créateur de l'ouverture du recrutement, ce qui n'était pas neutre, pour le personnel de direction. Car avant ils étaient issus des rangs. C'était encore fermé, comme la prison si j'ose dire ! Ils avaient tous été soit surveillants, soit économes, soit éducateurs. Mais ils étaient issus du concours basique. L'idée de Mégret était de dire, et c'était là aussi cette ouverture de la prison vers la Cité : "C'est inconcevable. La prison doit être comme tous les autres services publics, c'est-à-dire avoir un concours interne et un concours externe". Et on a vu affluer des anciens étudiants de droit ou de sciences humaines »<sup>1</sup>.*

La promesse présidentielle se concrétise dans la circulaire du 23 août 1974 portant application de la réforme pénitentiaire. Celle-ci met fin aux limitations de correspondance, autorise l'utilisation des transistors, marque l'abandon du port du costume pénal (le « droguet »), assouplit les conditions d'obtention des parloirs, autorise les détenus à se marier et à laisser pousser leur barbe, cheveux et moustache. Cet assouplissement de la détention trouve sa meilleure expression dans la création d'une nouvelle catégorie d'établissement pénitentiaire au fonctionnement moins strict, les Centres de détention, réservés aux détenus considérés comme les moins dangereux et les plus réinsérables. A la libéralisation des conditions de vie, s'ajoute une politique pénale plus souple notamment par loi du 11 juillet 1975 qui crée les peines de substitution, accroît les libérations conditionnelles et étend le secteur d'application du sursis avec mise à l'épreuve<sup>2</sup>. L'assouplissement de la vie carcérale et la diminution du nombre de détenus, qui passe de 31.600 en 1972 à 26.000 en 1975, rend possible un maintien du calme relatif dans les établissements pénitentiaires (on compte trente-six incidents en 1975 contre cent cinquante-deux en 1974)<sup>3</sup> bien que le mécontentement demeure important : « Le climat des prisons n'est pas bon ; leur calme apparent, périodiquement troublé, est probablement illusoire et fragile. Les surveillants estiment que peu est fait pour eux [...] Les prisonniers pensent au contraire que, malgré les promesses faites en Août, après les révoltes, "rien ne vient" [...] Quant à Mme Dorlhac, jugée peu crédible par les syndicats ou les organisations du ministère de la Justice, on la dit sur le départ » (LM, 30/04/1975). Certains, tel le Juge d'application des peines (JAP) Etienne Bloch, regrettent que cette libéralisation en trompe l'œil vienne justifier la création, par le décret du 23 mai 1975, d'un régime de détention plus strict, les Quartiers à sécurité renforcée (QSR) communément appelés Quartiers de haute sécurité (QHS) :

*« Les améliorations apportées au régime de détention ne concernent que les détenus des centres de détention, soit en gros 3.000 condamnés. La population pénale se compose d'environ 28.000 détenus*

<sup>1</sup> Yvan Zakine, magistrat directeur de la DAP de 1981 à 1983. Entretien réalisé le 20/03/2008. Durée : 3H00.

<sup>2</sup> SALLE Grégory, *Emprisonnement et Etat de droit*, op.cit., p.133.

<sup>3</sup> FAVARD Jean, *Le labyrinthe pénitentiaire*, op.cit., p.178.

*[...] Sous prétexte d'instituer une homogénéité de la population pénale, en fait on imagine un nouveau critère de dangerosité dont seule l'administration centrale sera juge »<sup>1</sup>.*

A l'encontre des impératifs sécuritaires qui avaient jusque-là prévalu<sup>2</sup>, le nouveau président de la République propose durant les premières années de son mandat une politique pénitentiaire d'« humanisation », pouvant être définie comme l'effort visant à rapprocher le milieu carcéral de la vie en liberté de façon à ce que l'incarcération n'ait pas d'effets nuisibles<sup>3</sup>. Cette politique s'accompagne de la reconnaissance de droits aux détenus venant justifier les transformations des conditions de détention. En vertu du principe posé par Valéry Giscard d'Estaing, le détenu est en effet progressivement reconnu comme un individu pouvant disposer des droits reconnus à quiconque. En témoigne le compte-rendu d'un colloque organisé par l'Administration pénitentiaire en 1975 :

*« La peine privative de liberté ne devrait en principe consister que dans la seule privation de liberté. Il serait souhaitable d'assurer la participation du détenu au fonctionnement, à l'aménagement de la communauté carcérale, avec des choix laissés, si possible, à ce détenu, et quelque fois une part de responsabilité [...] L'idée a même été présentée de l'organisation d'un recours du détenu contre les décisions dont il souffre »<sup>4</sup>.*

La circulaire du 23/08/1974 fait mention d'un « statut du détenu ». Plusieurs droits sont successivement évoqués sans être l'objet d'une reconnaissance juridique en tant que telle. Le droit de vote, déjà évoqué à l'occasion de l'élection présidentielle de mai 1974<sup>5</sup>, est attribué par la loi du 31 décembre 1975 à toutes les personnes placées en détention provisoire ainsi qu'à tous les détenus purgeant une peine n'entraînant pas une incapacité électorale (LM, 13-14/03/1977). C'est au nom du « droit à l'enseignement » qu'est créé en mars 1975 le Groupement étudiant national d'enseignement aux personnes incarcérées (GENEPI) sur l'initiative d'Hélène Dorlhac et avec le soutien de Valéry Giscard d'Estaing (LM, 1/03/1975), ainsi qu'une Section d'enseignement aux étudiants incarcérés à l'université de Paris VII (LM, 5/07/1978). Enfin, c'est au nom du « droit la culture » et du « droit à l'information » que des détenus ou des personnalités exigent que l'Administration autorise la lecture d'ouvrages ou de revues jusque-là censurés<sup>6</sup>.

<sup>1</sup> BLOCH Etienne, « La réforme pénitentiaire », mai 1975, 7 ff. dact. (Fonds Etienne Bloch. ARC 3017-15. IV-23 : La réforme de 1975).

<sup>2</sup> En mai 1975, le directeur de l'Administration pénitentiaire déclare ainsi que « la crainte de l'évasion ne saurait constituer pour les chefs d'établissement et leur personnel leur unique et obsessionnelle préoccupation » (DELBAERE Loïc, *Le système pénitentiaire à travers les luttes des détenus de 1970 à 1987*, op.cit., p.67).

<sup>3</sup> Dans le bilan qu'il dresse des deux premières années de son septennat, Valéry Giscard d'Estaing fait par exemple figurer « la condition pénitentiaire humanisée » (*Démocratie française*, Paris, Fayard, 1976, p.16).

<sup>4</sup> « L'exécution de la peine privative de liberté et les droits de l'individu », *RSCDPC*, 1975, n°3, pp.741-751.

<sup>5</sup> « Depuis 1945 dans les prisons on ne vote pas », *Libération*, 16/05/1974 ; « Dimanche, le sort de la France aurait pu dépendre de 20.000 détenus », *Libération*, 19/09/1974.

<sup>6</sup> « Grève de la faim à la Santé : « Le droit de lire les livres qu'ils veulent » » ; *Libération*, 12/06/1974 ; « Le droit de lire, d'écouter la radio... », *Libération*, 20/06/1974 ; « Déclaration commune de 18 écrivains et avocats, le 19 juin, protestant contre la censure politique de l'administration » *Le Monde*, 23-24/06/1974 ; « Ayant cessé de s'alimenter depuis le 4 juin, P. Noulet a été transporté à l'hôpital des prisons car il veut obtenir la complète liberté de lecture », *Le Monde*, 30/06-1/07/1974 ; « Peut-on lire "Actes" à Fleury-Mérogis ? », *Le Monde*,

Si l'idée de « droit des détenus » marque le fondement des réformes des conditions de détention adoptées au milieu des années soixante-dix, cette notion n'est pas pour autant nouvelle. Déjà à la Libération des magistrats s'interrogeaient sur la possibilité de concilier le droit de punir qu'exige la société et les droits dont dispose chaque individu, la peine devant réaliser l'équilibre entre la légitime défense sociale et l'amendement des détenus : « Les châtiments physiques sont encore nécessaires mais ils doivent être humains. Le critérium pourrait être le suivant : la souffrance ne doit pas dépasser ce qui est légitime d'un point de vue utilitaire. Autrement dit, il faut essayer de créer une détention humaine compatible avec la sauvegarde de certains droits de l'individu »<sup>1</sup>.

L'idée de « droits des détenus », jusque-là théorique, se concrétise à partir des années cinquante sous le poids d'une codification internationale (Cf. Encadré). Le Code de procédure pénale stipule en 1959 que « lors de son entrée dans un établissement pénitentiaire, chaque détenu doit être informé sur les points qu'il lui est nécessaire de connaître concernant ses droits et ses obligations » (D.257 CPP). La reconnaissance de droits aux détenus demeure cependant au cours des années soixante avant tout incantatoire en l'absence d'autorité assurant leur effectivité : « Il ne s'agit que de certaines concessions octroyées aux détenus par l'Administration en application des principes généraux des méthodes pénitentiaires actuelles [...] Le détenu qui s'estime injustement privé de tel ou tel avantage n'a d'autre recours que de solliciter l'application à son cas particulier, des mesures ou faveurs qu'il croit avoir méritées »<sup>2</sup>.

### L'AMORCE D'UNE CODIFICATION INTERNATIONALE DES « DROITS DES DETENUS »

Déjà en 1933, la Société des Nations adopte un « Ensemble de règles minima pour le traitement des prisonniers » qui est, du fait de la guerre, sans grand retentissement au sein de chaque Administration pénitentiaire<sup>3</sup>. En 1955, la Commission Pénale et Pénitentiaire des Nations Unies révisé cet ensemble de règles, portées à quatre-vingt-quinze, afin de les adapter aux « exigences de la politique pénale moderne »<sup>4</sup>. Principalement fondées sur la Déclaration universelle des droits de l'homme, ces recommandations font de la réinsertion l'objectif premier de la peine, comme le rappelle le Directeur de l'Administration pénitentiaire belge : « Le traitement pénitentiaire ne doit pas mettre l'accent sur l'exclusion des détenus de la société mais, au contraire, sur le fait qu'ils continuent à en faire partie. La privation de liberté constitue un châtiment socialement nécessaire mais suffisant par lui-même : il ne faut donc pas l'aggraver par des souffrances accessoires »<sup>5</sup>.

28/06/1977 ; « *Libération* censuré dans certaines prisons », *Le Monde*, 7/10/1977 ; « C.A.P interdit dans les prisons par décret du 5 novembre », *Le Monde*, 30/11/1977.

<sup>1</sup> MAUREL Edouard, « Une déclaration universelle des droits du détenu sera-t-elle un jour rédigée ? », *RPDP*, 10-12/1949, pp.374-380.

<sup>2</sup> DUPREEL Jean, « Une notion nouvelle : les droits des détenus », *RDPC*, 1957-1958, p.175.

<sup>3</sup> MEZGHANI Ridha, *La condition juridique du détenu*, op.cit., p.71.

<sup>4</sup> *Ibidem*, p.74

<sup>5</sup> DUPREEL Jean, « Une notion nouvelle : les droits des détenus », *RDPC*, 1957-1958, p.169.

En 1973, le Conseil de l'Europe adapte ces règles à un cadre européen soulignant que « même si un requérant se trouve détenu en exécution d'une condamnation, cette circonstance ne le prive pas cependant de la garantie des droits et des libertés définis dans la Convention de sauvegarde des droits de l'Homme et des libertés fondamentales »<sup>1</sup>.

Au fur et à mesure de ce travail de codification, les « droits » reconnus aux détenus s'étendent considérablement. Tandis que la résolution du 30/09/1933 se restreint à certaines fonctions vitales (alimentation, exercice physique), les règles adoptées le 2/09/1955 s'étendent au travail pénal (droit à une rémunération, indemnisation des accidents du travail) et accordent un droit à l'information.

Confinée jusque-là au domaine des sciences pénitentiaires, l'idée de « droits des détenus » se diffuse au début des années soixante-dix durant les mouvements de révolte. Ce terme apparaît certes rarement dans les tracts et les argumentaires des premières mutineries où il est davantage question de « scandale des prisons »<sup>2</sup>, à l'exception cependant des détenus « politiques » réclamant pour eux-mêmes l'attribution de certains droits (à la circulation, à la culture, à l'information, aux communications)<sup>3</sup>. Une transformation semble cependant progressivement s'opérer. Tandis que les détenus de Melun revendiquent initialement un « droit au travail pour tout libérable » (*L'Express*, 17/01/1972), ils demandent dans leurs révoltes successives « le respect des droits de l'homme enfermé » (*Journal des prisonniers*, 01/1974), comme si la notion de droit avait acquis une légitimité nouvelle dans l'esprit des détenus. On peut voir dans cette transformation une conséquence de la mobilisation des militants de la cause carcérale, pour lesquels la dénonciation des conditions de détention, jugées « intolérables », avait pour corollaire l'idée implicite que chaque prisonnier dispose de droits qui seraient bafoués en prison. C'est ainsi que deux des principaux animateurs du GIP rendent compte de leur action.

Au sujet des enquêtes menées sur les conditions d'incarcération, Daniel Defert précise que « ces questions parlent moins de l'expérience des détenus, ou de leur misère que de leurs droits. Droit à pouvoir se défendre contre les tribunaux. Droit à l'information, aux visites, au courrier. Droit à l'hygiène et à la nourriture [...] Le questionnaire est une manière de déclarer ces droits et d'affirmer qu'on veut les faire valoir »<sup>4</sup>. Le but du GIP aurait ainsi été, selon Jean-Marie Domenach, de « rendre aux familles des détenus et aux détenus eux-mêmes conscience de leur dignité : qu'ils cessent d'être une foule d'isolés exposés à l'injustice et

<sup>1</sup> MEZGHANI Ridha, *La condition juridique du détenu*, op.cit., p.250.

<sup>2</sup> Les *Cahiers de revendications sortis des prisons lors des récentes révoltes* font cependant mention d'un « droit d'avoir des transistors », d'un « droit de cantiner des livres de poche », d'un « droit au colis de Noël » ou d'un « droit au libre parloir » (Cf. ARTIERES Philippe, alii, *Le Groupe d'information sur les prisons*, op.cit.).

<sup>3</sup> Cf. Lettre d'un détenu « politique », *Esprit*, 12/1970, p.973.

<sup>4</sup> DEFERT Daniel, « Quand l'information est une lutte », *La Cause du peuple-J'accuse*, 25/05/1971.

qu'ils aient conscience des droits minimaux dus à la personne »<sup>1</sup>. Cette conception plus légaliste de la lutte en faveur des détenus semble surtout avoir été présente parmi les intellectuels comme Jean-Marie Domenach ou Gilles Deleuze qui lors d'un procès affirma que le problème des prisons est « avant tout un problème de droit » : « Le tribunal, disent les prisonniers, les condamne à une peine privative de liberté. Or, dès qu'ils passent la porte, ils s'aperçoivent qu'ils sont condamnés à toute autre chose [...] Ils n'ont pourtant jamais été condamnés à ne plus jouir d'aucun droit »<sup>2</sup>. Ainsi, bien que les revendications faites lors des révoltes aient rarement recours à une légitimité juridique, elles n'en reposent pas moins, comme le souligne Jean-Jacques de Felice, sur « le droit à l'insurrection des détenus pour les droits élémentaires » (LM, 21/01/1972). L'idée que les détenus ne cesseraient pas, du fait de leur incarcération, de bénéficier des droits dus à chaque homme heurte pourtant la conception doctrinale alors dominante, selon laquelle les droits seraient « suspendus » par l'incarcération. Le développement au même moment d'un mouvement de politisation du droit, et plus généralement l'implication du secteur judiciaire au sein des mouvements sociaux<sup>3</sup>, expliquent que cette revendication militante ait pu se traduire par une nouvelle représentation juridique de la peine :

*« La conception moderne enseigne que le détenu conserve l'exercice de ces mêmes droits, dans la mesure où il n'en est pas expressément privé par la loi ou par un jugement. On doit à cette conception, qui prend conscience de la non-exclusion des détenus de la communauté, le gros des réformes tendant à améliorer le sort des prisonniers »<sup>4</sup>.*

Après avoir été l'objet des militants de la cause carcérale puis des sciences pénitentiaires, la notion de « droit des détenus » est dans un dernier temps consacrée au sein des textes officiels<sup>5</sup>. Déjà en 1972, René Pleven institue une commission de réflexion sur « les droits et les obligations des détenus » qui conclut que « la politique générale de l'institution pénitentiaire a pour but d'assurer [aux détenus] d'exercer leurs droits au sein de la société » (LM, 3/03/1972). L'Administration met en place la même année une « notice d'information à l'usage du détenu », sorte de *vade-mecum* remis à chaque nouvel arrivant lui permettant de connaître ses « droits et devoirs »<sup>6</sup>. Les « règles minima » adoptées par le Conseil de l'Europe en 1973 offrent, d'autre part, aux détenus un droit de recours individuel auprès de la Cour

<sup>1</sup> DOMENACH Jean-Marie, « Rendre aux détenus et à leur famille conscience de leur dignité », *La Croix*, 24/02/1972.

<sup>2</sup> DELEUZE Gilles, « Le problème de la détention... », 27/04/1972. Cité dans ARTIERES Philippe, alii, *Le Groupe d'information sur les prisons*, op.cit.

<sup>3</sup> Cf. Annexe 13 : « Le mouvement de contestation du droit des « années 68 » face aux prisons et la judiciarisation de la détention ».

<sup>4</sup> MEZGHANI Ridha, *La condition juridique du détenu*, op.cit., p.263.

<sup>5</sup> Cette judiciarisation de la peine et de la détention semble aurait eu lieu aux Etats-Unis en dehors de toute politisation, les tribunaux ayant directement reconnu des droits aux détenus (RICHERT J.P., « Le développement des droits des condamnés américains », *Justice*, n°32, 1974, pp.2-4.)

<sup>6</sup> Circulaire A.P 72-5 du 3/11/1972.

européenne des droits de l'Homme. Mais c'est surtout à partir de la politique d'humanisation dont se revendique le nouveau président de la République que l'idée de droit des détenus s'ancre plus explicitement dans la politique pénitentiaire : « Pour que la prison puisse restituer un homme à la Cité, il faut, à côté des contraintes inéluctables liées à la privation de liberté, reconnaître des *droits* au détenu », déclare la secrétaire d'Etat à la condition pénitentiaire<sup>1</sup>.

C'est sous l'effet conjugué de ces différentes transformations (codification internationale, contestation des militants de la cause carcérale ainsi qu'au sein du secteur juridique, nouvel idéal pénitentiaire) que l'idée de droit des détenus se diffuse dans la presse qui évoque le droit au travail (*Libération*, 15/06/1974), « le droit de vote des prisonniers » (*LM*, 13-14/03/1977) ou encore le droit à faire du sport (*LM*, 22/02/1977).

La reconnaissance de droits aux détenus doit cependant être relativisée. Ces droits sont tout d'abord le plus souvent imprécis, le mot « droit » ne figure d'ailleurs que très rarement dans les textes officiels, l'Administration lui préférant l'expression « les détenus peuvent.... »<sup>2</sup>. Ces droits ne revêtent, en outre, jamais l'aspect d'un texte de loi voté au parlement puisqu'ils sont adoptés sous la forme de décrets ou de circulaires et sont ainsi privés de toute valeur législative. Faute de recours contentieux en cas de violation de ces droits, le Pr Alain Sériaux y voit, lors d'un débat à la Société générale des prisons, des « facultés octroyées aux détenus en vue de leur réadaptation sociale » et Jean Dupreel, ancien DAP des prisons belges, des « concessions octroyées aux détenus par l'administration en application des principes généraux des méthodes pénitentiaires actuelles »<sup>3</sup>.

En dépit de ces limites, émerge un discours politique souhaitant limiter la peine à la seule détention et reconnaissant le détenu comme un sujet de droit. L'absence de jugement de valeur ou le fait qu'il ne soit désormais plus question de rendre « meilleur » le « détenu » (qui se substitue au « prisonnier ») traduisent peut-être une nouvelle théorie de la peine. La peine a désormais explicitement comme but la neutralisation des individus du corps social et perd sa prétention à « corriger » les individus comme le proposait le modèle du « tout-carcéral »<sup>4</sup>. C'est peut-être pourquoi, Claude Faugeron estime que désormais la politique pénitentiaire se réduit à une approche managériale du problème carcéral, consistant à concilier les intérêts divergents des détenus, des syndicats et des contraintes budgétaires et électorales<sup>5</sup>. La politique pénitentiaire giscardienne est pourtant fondée sur une théorie de la peine où les

<sup>1</sup> DORLHAC DE BORNE Hélène, *Changer la prison*, op.cit., pp.168-171.

<sup>2</sup> À l'exception du « droit à l'information » explicitement reconnu dans la circulaire du 26/08/1974.

<sup>3</sup> SERIAUX Alain, « Des intérêts légitimes sans protection juridique : les droits des détenus », *RPDP*, n°3, 1979, p.467.

<sup>4</sup> Cf. Annexe 12 : « La réforme Amor de 1945 et le modèle du "tout-carcéral" ».

<sup>5</sup> FAUGERON Claude, « Avant-propos », *Problèmes politiques et sociaux*, Paris, La documentation française, n° 755-756, 1992, p.5.

droits de la personne humaine s'autonomisent progressivement de l'idée de sanction : « Désormais, deux niveaux sont donc distingués : celui de la personne privée et celui de l'être social »<sup>1</sup>. Si elle s'inscrit dans le cadre d'un projet de libéralisation de la société, cette nouvelle considération des détenus est également le fruit de la mobilisation de professionnels de la prison qui inaugure un militantisme moins politisé et plus légaliste où la défense des détenus passe par la revendication et la mise en œuvre de certains droits.

## ***2. De la revendication du droit à la mobilisation des professionnels de la prison : l'émergence d'un nouveau militantisme carcéral***

« J'ai demandé systématiquement à tous les intervenants en milieu pénitentiaire si la prison leur paraissait utile. Et tous, enseignants, éducateurs, assistants sociaux, surveillants, chefs d'établissements, juges, détenus, à quelques rares exceptions près, m'ont répondu que non, que la prison ne remplissait pas, ne pouvait pas remplir, le rôle qui lui était assigné. Lorsque tous ceux qui la servent ou la subissent portent un tel jugement sur l'institution, appellent de leurs vœux le système qui la remplacera, la prison semble condamnée à brève échéance »<sup>2</sup>.

Le Groupe d'information sur les prisons s'autodissout en décembre 1972 sans qu'on en connaisse précisément les raisons, la thèse la plus communément admise étant que le GIP aurait achevé la mission qu'il s'était impartie<sup>3</sup>. Quelques mois avant, en juillet 1972, une autre organisation est apparue. Serge Livrozet, symbole des revendications formulées par « les ouvriers détenus de la centrale de Melun », crée le Comité d'action des prisonniers<sup>4</sup>. Le C.A.P est un mouvement composé exclusivement de détenus ou d'ex-détenus prônant un rapprochement avec la lutte des ouvriers ou encore avec les surveillants. Sa principale activité est la diffusion d'un mensuel, le *Journal des prisonniers*, d'abord devant les prisons puis au sein des détentions. Dès l'origine, le C.A.P tente de s'inscrire en continuité avec le GIP, comme en atteste la préface de Michel Foucault au livre de Serge Livrozet<sup>5</sup>. Le premier éditio du *Journal des prisonniers*, co-signé par les deux organisations, annonce d'ailleurs qu'il « n'y a pas d'incompatibilité entre le GIP et le C.A.P. Il pourra y avoir une fusion des deux ou bien une coexistence étroite » (n°1, 12/1972). Mais dès le quatrième numéro, Michel Foucault et Daniel Defert se retirent du comité de rédaction. Même si le C.A.P est une association très politisée, elle participe également au mouvement de judiciarisation de la détention, en revendiquant dans ses colonnes « le droit au travail », « le droit de lire » (*Journal des prisonniers*, 06/1974) ou encore le « droit à la sexualité » (*Journal des prisonniers*, 07/1976).

<sup>1</sup> SEYLIER Monique, « La banalisation pénitentiaire ou le vœu d'une réforme impossible », *Déviance et société*, vol.4., n°2, 1980, p.139.

<sup>2</sup> ABECASSIS Alain, *La culture en milieu carcéral. Eduquer en prison, utopie ou réalité ?*, mémoire de fin d'études, Sciences Po Paris, 1979, p.9.

<sup>3</sup> Grégory Salle soulève néanmoins deux autre hypothèses : une lassitude militante et l'existence de dissensions trop fortes au sein du groupe (SALLE Grégory, *Emprisonnement et Etat de droit*, op.cit., pp.125 et suiv.).

<sup>4</sup> SOULIE Christophe, « Années 70- Contestation de la prison », *art.cit*, pp.33.

<sup>5</sup> LIVROZET Serge, *De la prison à la révolte*, Paris, Mercure de France, 1972.

C'est également au nom du « droit à la santé » que l'association revendique la mise en place d'« une médecine pénitentiaire non différente de la médecine humaine » :

*« Alors que l'on parle d'humanisation des prisons, le C.A.P. Intérieur de Fleury a enquêté sur place et tient à faire connaître au public ce qu'est exactement la médecine pénitentiaire. Nous voulons aussi prouver que la prison n'est pas que "la privation de liberté et rien de plus", mais c'est aussi un lieu où même le droit à la santé n'existe plus [...] Des hommes meurent ou seront estropiés ou diminués à vie parce qu'en prison, le médecin est exclusivement au service de l'administration pénitentiaire, au détriment de la santé des individus. Il faut libérer la médecine pénitentiaire, et nous espérons que cette enquête fera prendre conscience à tous de la nécessité du combat pour une médecine humaine en prison »<sup>1</sup>.*

L'Association de sauvegarde des droits des détenus créée en mai 1972, ensuite nommée l'Association pour la défense des droits des détenus (ADDD), incarne de façon emblématique le tournant légaliste adopté par le militantisme carcéral. Principalement composée d'intellectuels (Gilles Deleuze, Daniel Defert, Dominique Eluard, Claude Mauriac), l'association agit « dans le cadre d'une action plus discrète, plus légaliste, plus institutionnelle que le GIP, fonctionnant davantage sur le modèle du comité de soutien »<sup>2</sup>. Contrairement au GIP ou au C.A.P, l'ADDD, dotée d'un statut de loi 1901, n'a pas pour but, comme le souligne Grégory Salle, de « libérer une parole sauvage »<sup>3</sup>, l'association ne pouvant par exemple recevoir la plainte d'un détenu qu'avec l'aide de son avocat, mais « d'aider les détenus à connaître leurs droits, à se faire respecter, à obtenir des droits nouveaux et légitimes »<sup>4</sup>. L'association tient par exemple une permanence dans une maison près du parc Montsouris où les familles peuvent recevoir l'aide d'un avocat en cas de conflit avec l'Administration pénitentiaire. Mais c'est surtout au nom du droit que l'association dénonce la mauvaise prise en charge médicale des détenus, comme ici dans une lettre adressée à René Pleven :

*« Vous n'ignorez pas les multiples témoignages qui concourent à démontrer que la santé physique et mentale des détenus est, en France, la dernière des préoccupations de l'Administration pénitentiaire. Ce scandale a atteint des proportions déshonorantes. Que comptez-vous faire [...] pour assurer à tous les détenus le droit de recevoir tout soin nécessaire à sa santé, qu'il soit prévenu, condamné à moins ou à plus de six mois ? Pour assurer les soins dentaires dans les prisons ? Le droit des médecins à la libre prescription et au secret, ainsi qu'une rémunération décente pour les internes ? »<sup>5</sup>.*

La création de l'ADDD marque un tournant dans le militantisme carcéral. Il s'agissait jusqu'alors d'associations fortement marquées politiquement se situant dans une perspective de contestation de la prison<sup>6</sup>. Souvent d'inspiration maoïste ou marxiste, la critique de l'institution carcérale prenait place dans une analyse plus globale des structures de domination, dont la prison n'était qu'un exemple. Les militants de la cause carcérale

<sup>1</sup> C.A.P Fleury, « La santé à Fleury », *Journal des prisonniers*, n°38, 07/1976, p.8.

<sup>2</sup> ROBERT Brigitte, *Les luttes autour des prisons 1971/1972*, op.cit., p.73.

<sup>3</sup> SALLE Grégory, *Le Groupe d'information sur les prisons*, op.cit., p.67.

<sup>4</sup> JAUBERT Alain, *Guide de la France des luttes*, op.cit., p.131.

<sup>5</sup> Lettre de revendication de l'ADDD au ministre de la Justice datée du 18/05/1973, 4 pages (Fonds Etienne Bloch. ARC 3017-15. IV-26 : Cahiers de revendication).

<sup>6</sup> Bien que Michel Foucault se démarqua à plusieurs reprises du Secours Rouge et de la Gauche prolétarienne, dont provenaient de nombreux militants du GIP, la filiation entre ces organisations apparaît évidente notamment à travers la radicalité du discours (SALLE Grégory, *Le Groupe d'information sur les prisons*, op.cit., pp.46-48).



privilégient désormais une perspective plus pragmatique davantage fondée sur la défense des droits des détenus que sur la dénonciation d'un régime de pouvoir<sup>1</sup>. Certes les individus qui y participent se situent majoritairement à gauche, comme en attestent leurs divers soutiens (SM, MAJ), mais leur discours ne s'inscrit pas dans un schéma politique nettement défini. C'est dans le cadre de cette moindre politisation qu'émergent deux associations de professionnels de la prison, le Groupe multiprofessionnel pour les questions pénitentiaires à Lyon (GMQP) et le Groupe multiprofessionnel des prisons à Paris (GMP) qui présentent, en dépit des similitudes, d'importantes différences. Après avoir présenté les principales caractéristiques de ces deux organisations, on soulignera dans quelle mesure elles ont participé à la contestation de la médecine pénitentiaire.

Bien qu'un de ses auteurs en fasse remonter *a posteriori* l'origine au « bouleversement de mai 68 »<sup>2</sup>, c'est à partir d'une réunion entre différents professionnels intervenant en détention, survenue le 26 juin 1972, que s'organise le GMQP, alors appelé « groupe de techniciens de la Justice et de travailleurs de la détention ». Axel Lochen, membre de la communauté protestante de Taizé et visiteur de prison<sup>3</sup>, est à l'origine de ce qui rassemble de façon informelle des individus et des organisations (SM, SAF, Union des jeunes avocats, Syndicat des éducateurs, Union départementale des travailleurs sociaux) qui, confrontés aux questions pénale et carcérale, entendent confronter leur expérience<sup>4</sup> : « Il se propose de constituer un lieu de rencontre, en dehors des structures officielles et d'information du public, sur le système pénitentiaire, puisque aucune évolution ne semble pouvoir être attendue de ce système »<sup>5</sup>. L'origine du GMPQ est le fruit du constat, ici fait par Axel Lochen, que l'origine des révoltes de détenus se situe dans le non-respect de la loi au non de laquelle les individus sont pourtant incarcérés :

<sup>1</sup> Il semble que ce soit également le cas en Angleterre où apparaît le *Preservation of the rights of prisoners* (PROP), qui publie une « charte des détenus », sorte de vade-mecum des droits des détenus. Y sont revendiqués notamment le « droit aux soins médicaux », le « droit de consulter des conseillers médicaux indépendants » et le « droit aux assurances sociales » (*Bulletin du GMP*, n°9, 09/1976). Il semblerait en revanche que les associations canadiennes de défense des détenus aient connu un cheminement inverse. L'office des droits des détenus, relevant de la Ligue des droits de l'homme, a ainsi défendu initialement lors de sa création en 1972 un point de vue légaliste avant de soutenir dès 1975 l'abolition du système pénitentiaire (« Les luttes en milieu pénitentiaire au Canada », *Actes*, 1978, n°18, pp.27-30).

<sup>2</sup> GONIN Daniel, *La santé incarcérée*, Paris, Editions de l'Archipel, 1991, p.82.

<sup>3</sup> Se définissant comme « théologien » et « travailleur social », Axel Lochen, après des études de théologie à Paris puis Genève, et frère de la communauté de Taizé depuis 1949, a exercé en tant que mécanicien, chauffeur, ouvrier sur chantiers navals et en ateliers avant de devenir éducateur à Genève. Il est devenu aumônier pour l'Eglise protestante aux prisons de Lyon en 1971 avant de devenir en 1983 Aumônier général des prisons de la Fédération protestante de France (LOCHEN Axel, *Maison d'arrêt*, Paris, Le signe- Fayard, 1968).

<sup>4</sup> D'après une note de la DAP consacré à ce groupe, les principaux membres étaient des avocats (Boyer, Lenoir, Thomassin), des magistrats (Colcombet, Verpeaux), des médecins (Broussolle, Colin, Gravier), des visiteurs (Lochen, Vaux) et une psychologue (Buffard). Note d'information du directeur des prisons de Lyon à Xavier Nicot, sous-directeur DAP datée du 17/12/1974, 2 pages. (CAC. 19960136 art 132 dossier M. 654 : Groupe multiprofessionnel sur les questions pénitentiaires (1975-1980)).

<sup>5</sup> Cette présentation s'appuie sur une brochure retraçant l'histoire du GMQP : *Groupe multiprofessionnel sur les questions pénitentiaires*, Taizé, Presses de Taizé, 1974, 15 pages. CAC. 19960136. Art. 132. Dossier M. 654.

*« Que demandent-ils donc ? Des choses élémentaires qui sont prévues dans des textes de lois. Ils exigent l'application des droits que devraient leur garantir la loi. Puisque, après tout, on leur applique à eux les rigueurs de cette loi, ils en attendent également les avantages [...] Comment est-il concevable que l'administration de la Justice contrevienne depuis des années à l'application effective des textes de réforme et d'humanisation de la peine ? [...] Il y a loin des excellents textes de procédure pénale aux réalités pénitentiaires [...] Ils ne veulent pas recevoir de coups et subir des fouilles sans aucun égard pour les règles élémentaires de la Justice. Ils demandent du travail, des conditions de vie décentes, une nourriture convenable et un chauffage suffisant, des éléments d'hygiène élémentaire. Toutes choses qui sont explicitement prévues par la loi et plus souvent évoquées dans les textes que vécues dans la réalité quotidienne »<sup>1</sup>.*

Outre cette revendication de droits des détenus, la spécificité du GMQP est d'être un mouvement de concertation destiné à mettre fin à l'isolement dans lequel exercent les différents « travailleurs de la Justice pénale » : « Médecins et aumôniers s'ignorent. Directeurs et assistants sociaux sont un peu comme des étrangers. Où est donc cette équipe que certains évoquent comme la première des réformes à rétablir ? »<sup>2</sup>. La création du GMQP doit ainsi être replacée dans le cadre du travail d'équipe entrepris depuis le début des années soixante par des professionnels de santé s'étant heurtés à de multiples obstacles et à un sentiment d'isolement<sup>3</sup>, dont rend compte un interne dans sa thèse : « L'équipe soignante est un peu considérée comme un corps étranger dans la prison ; elle est utile, nécessaire mais elle est relativement récente, jusqu'à présent peu représentée et surtout elle a une place bâtarde car elle ne s'intègre pas dans la vaste hiérarchie pénitentiaire [...] Le médecin est en règle générale, privé de tout renseignement sur le comportement des malades à la prison et sur la vie institutionnelle. Il ne sait pas ce qui s'y passe »<sup>4</sup>. Avec la création du GMQP, le fait de se réunir dans un lieu extérieur à l'enceinte pénitentiaire permet à ces professionnels d'échanger librement en dehors du cadre carcéral dont pourtant, reconnaît ce psychiatre ayant participé au groupe, le degré de contrôle relève avant tout du ressenti :

*« C'était un moment de réflexion, hors les murs. Sans le poids des grilles, des serrures qui claquent. Du regard pénitentiaire quoi ! Et ça a une importance extrême. Je ne sais pas si on disait des choses... Je n'en sais rien. Est-ce qu'on disait des choses qu'on ne pouvait pas dire à l'intérieur ? A priori non. Parce qu'on n'était pas non plus fliqués. Il n'y avait pas de micros. Mais je ne sais pas le poids, le poids carcéral quoi, était tellement là, c'était comme si sans doute, ça tue peut-être pas mais ça bloque la parole, ça inhibe et le fait de n'aller que serait-ce en face de la prison, ça permettait de dire les choses »<sup>5</sup>.*

Pour Daniel Gonin, médecin aux prisons de Lyon depuis 1962, le GMQP est également un « groupe de discussion » permettant aux différents intervenants de « sortir du quotidien » et « confronter des opinions » afin de porter « un regard multiple sur la détention » : « J'avais vu des surveillants assez à l'aise pour critiquer y compris leur hiérarchie, disant qu'ils étaient

<sup>1</sup> ROULLEAU Claude-Alain, *La psychiatrie en prison*, mémoire de CES en psychiatrie, faculté de médecine, université Lyon 1, 1976, pp.15-22.

<sup>2</sup> *Ibid.*, p.4.

<sup>3</sup> Cf. Chapitre 1- section 3 : « Les médecins face à l'Administration pénitentiaires : loyauté, apathie... ».

<sup>4</sup> DELAMARE Nicole, *L'interne en psychiatrie et la prison*, mémoire de CES en psychiatrie, université de Lyon, faculté de médecine, 1974, p.19.

<sup>5</sup> Luc, interne aux prisons de Lyon de 1974 à 1975 puis assistant en psychiatrie au CMPR de 1977 jusqu'en 1984. Aujourd'hui chef de service à l'hôpital du Vinatier. Entretien réalisé le 25/02/2008. Durée : 2H.

considérés comme des pions [...] On essayait de faire comprendre les exigences de la médecine pénitentiaire auprès des surveillants ou des assistant sociaux. On parlait de la préparation à la sortie, de la période de jugement, des risques suicidaires, de l'avenir des peines. C'étaient quand même des choses qui étaient pratiques, qui avaient des retentissements dans le présent [...] ça permettait une articulation entre intervenants qui s'ignoraient souvent. Moi, les visiteurs de prison, je les connaissais très peu »<sup>1</sup>. Si le besoin de créer ce groupe est apparu au milieu des années soixante-dix à beaucoup d'intervenants présents pourtant depuis longtemps, c'est d'une part du fait des obstacles sécuritaires apparus après les révoltes de détenus et d'autre part en raison du malaise ressenti par chacun d'entre eux suite à la dénonciation du « scandale des prisons ». Le GMQP est ainsi décrit par son fondateur comme une réponse collective permettant de dépasser le sentiment d'impuissance éprouvé par de nombreux intervenants de façon isolée :

*« C'est un lieu de communication qui permet de décroiser la vie professionnelle de chacun. C'est l'occasion d'une confrontation des pratiques et des principes avec la réalité vécue du monde pénitentiaire [...] où nous sommes astreints à un travail morcelé [...] Décidés à poser des questions sérieuses à propos des contradictions du traitement pénitentiaire et de la finalité de la peine, nous ne voulons plus servir d'alibi à l'Administration pénitentiaire. Si nous ne pouvons pas profondément changer les choses, nous tenons à dire publiquement "au dehors" ce qui se passe au palais de justice, en prison et après [...] Nous ne prétendons pas supprimer les prisons mais faire naître un nouveau débat par un témoignage crédible »<sup>2</sup>.*

Ainsi, au-delà d'une concertation entre professionnels, le GMQP développe une action d'information et d'« alerte » à l'égard des autorités pénitentiaires<sup>3</sup>, judiciaires<sup>4</sup> ou politiques. En février 1973, à l'occasion de la campagne des élections législatives, le groupe fait parvenir à chaque candidat à la députation du Rhône une lettre ouverte dénonçant le « scandale des prisons »<sup>5</sup>. Bien que n'obtenant qu'un faible écho chez les candidats (seul le Parti communiste répond), cette première initiative permet au groupe de bénéficier d'un début de notoriété

<sup>1</sup> Daniel Gonin, psychiatre travaillant comme généraliste à la M.A de Lyon de 1962 à 1989. Entretiens réalisés les 25/02/2008, 10/03/2008, 26/03/2008. Durées : 2H ; 2H ; 2H.

<sup>2</sup> LOCHEN Axel, « Le Groupe Multiprofessionnel sur les Questions pénitentiaires », *Esprit*, 11/1979, p.65.

<sup>3</sup> C'est ainsi que l'association a saisi la DAP au sujet d'une psychologue dont le poste était menacé, de la prise en charge sanitaire des détenus ou des mesures disciplinaires adoptées contre des éducateurs de Fleury-Mérogis.

<sup>4</sup> On trouve ainsi dans le dossier d'archives du GMQP de la DAP des lettres du Procureur général près de la Cour d'appel de Lyon faisant état d'entrevues avec Axel Lochen qui agit en tant que « porte-parole ». Le Procureur semble cependant rejeter toute possibilité de collaboration : « Leur attitude faite de méfiance et parfois de mépris n'a rien de spécialement constructif dans l'immédiat. Ils considèrent en effet comme dérisoire tout projet de réforme de l'administration qui ne modifie pas la conception globale de la Justice et le traitement du délinquant, pour qui la prison est "une situation concentrationnaire, oppressive et dégradante" qui "réinvente la ségrégation entre pauvres et riches". Leur rôle est essentiellement d'alerter l'opinion publique sur un système qui ne constitue pour eux qu'une "vaste machine à déshumaniser" ». Lettre du Procureur général près de la Cour d'appel de Lyon à Xavier Nicot, sous-directeur de la DAP, datée du 5/12/1974 (CAC. 19960136 art 132 dossier M. 654).

<sup>5</sup> Lettre du 20/02/1973 aux candidats à la députation dans le Rhône (CAC.19960136. Art. 132. Dossier M. 654).

auprès des journalistes et des autorités pénitentiaires<sup>1</sup>. Le GMQP poursuit cette stratégie de médiatisation en avril 1973 à l'occasion de la révolte des détenus de la M.A de Saint-Paul où il publie un communiqué de presse, bien relayé<sup>2</sup>, dans lequel l'agitation carcérale est présentée comme « une confirmation de la dégradation de la situation de sorte que les détenus ont dû recourir à la révolte pour permettre à leur dignité de s'exprimer »<sup>3</sup>. Craignant probablement d'être identifié à un mouvement protestataire, comme le fut le GIP, le GMQP remet cependant en cause cette première phase d'activisme durant l'été 1973 : « Le groupe constate que ses interventions ont eu un certain impact. Il s'inquiète cependant d'avoir été entraîné à l'action avant d'avoir abordé sérieusement le travail qu'il s'était proposé. Il veut approfondir son travail critique et d'information en essayant de se dégager d'une identification à la défense des droits des détenus »<sup>4</sup>.

Tout en ayant recours de façon ponctuelle à l'opinion publique<sup>5</sup>, le GMQP réoriente son action dans deux directions. Le groupe entame tout d'abord une réflexion sur son identité qui aboutit en mai 1974 à la publication d'une brochure de présentation. Il en ressort que le GMQP prend un peu plus ses distances à l'égard des militants de la cause carcérale : « Nous n'avons pas voulu nous laisser entraîner dans certaines aventures pour conserver notre capital de crédibilité [...] Le groupe n'est ni une tribune, ni une chambre de réflexion qui élaborerait des théories sur le monde des prisons [...] Le groupe multiprofessionnel de Lyon ne prétend pas refaire le monde pénitentiaire »<sup>6</sup>. Le GMQP exclut ainsi de ses réunions le C.A.P.<sup>7</sup>. Parallèlement à ce travail de réflexion interne, le groupe lyonnais, fort de sa médiatisation, entreprend une action de collaboration avec les autorités judiciaires et pénitentiaires à laquelle l'association met cependant vite fin. La difficulté à institutionnaliser une collaboration traduit deux dilemmes auxquels est confronté le GMQP. Le fait tout d'abord que le groupe soit né de la volonté de professionnels de se dégager des contraintes institutionnelles qui leur étaient imposées rend problématique toute participation active à la transformation de l'institution carcérale. Ce faisant, il apparaît délicat pour eux, voire inacceptable, de prendre part à des initiatives pilotées par l'Administration pénitentiaire même lorsqu'elles vont dans le sens de

<sup>1</sup> (« La situation dans les prisons est rappelée aux candidats du Rhône par un groupe de "travailleurs de la détention" », *Le Monde*, 27/02/1973). Jean-Marc Théolleyre, correspondant régional du *Monde* également responsable de la rubrique « justice » du quotidien, publia plusieurs articles favorables au GMQP.

<sup>2</sup> *Le Monde*, 7/04/1973 ; *Le Monde*, 8-9/04/1973 ; *Le Monde*, 14/04/1973.

<sup>3</sup> GMQP, *Groupe multiprofessionnel sur les questions pénitentiaires*, op.cit., p.4.

<sup>4</sup> *Ibidem*, p.7.

<sup>5</sup> Le GMQP publie ainsi à l'été 1973 un communiqué au sujet de la sévérité des peines et diffuse en octobre 1974 une « lettre à l'opinion ».

<sup>6</sup> LOCHEN Axel, « Le Groupe Multiprofessionnel sur les Questions pénitentiaires », *art.cit*, p.67.

<sup>7</sup> Invité à participer aux réunions, les membres du GMQP auraient très vite été débordés par les initiatives du C.A.P ayant agi en « véritables animateurs » multipliant les revendications. Ayant craints d'être instrumentalisés, les membres du GMQP ont préféré se réunir sans les anciens détenus (*Le Monde* 15/01/1974).

leurs revendications : « Le groupe ne veut pas être réintégré dans une structure dont il vient à peine de s'échapper [...] Le groupe entend rester un organe de contestation et de critique »<sup>1</sup>.

Outre les problèmes posés par le difficile positionnement du GMQP à l'égard de l'institution carcérale, d'ailleurs bien perçus par l'Administration pénitentiaire elle-même<sup>2</sup>, les réticences des membres du GMQP à se constituer en association marquent une seconde limite. Refusant d'adopter le statut de la loi 1901, les membres du groupe semblent alterner entre la volonté d'agir de façon concertée et le refus de s'institutionnaliser à travers une structure hiérarchisée. Le GMQP est une mobilisation de professionnels souhaitant infléchir la politique pénitentiaire tout en craignant de perdre l'autonomie nouvellement gagnée. Cette tension permet de dire que le groupe lyonnais est avant tout un mouvement où l'individu prime sur le collectif. Si l'utilité du GMQP est avant tout dans le témoignage selon Simone Buffard, psychologue aux M.A de Lyon<sup>3</sup>, ou encore selon cet interne lyonnais ayant participé au groupe, c'est peut-être parce qu'il s'agit d'un moyen pour eux d'adopter une position plus militante bien que non politisée :

*« Le rôle le plus réel du groupe multiprofessionnel n'est pas dans ses réunions interne, ni bien sûr dans les communications avec d'autres spécialistes, mais dans les interventions et les actions dirigées vers l'extérieur. C'est lorsque nous participons à des réunions de quartier, d'établissements scolaires, de Maisons des Jeunes, etc. que nous sommes à notre place : de témoins pour un monde secret et silencieux et d'acteurs engagés dans une tâche, et donc heureusement dénués de la sérénité du chercheur »<sup>4</sup>.*

*« Je crois que ça nous permettait de... d'être à la fois agent du groupe social, puisqu'on était quand même agent du groupe social. Je veux dire aussi quand on cautionne, parce qu'on cautionne. On était quand même là dans le punir. Surveiller et punir. Et on y ajoute soigner. Tout en permettant de prendre une dimension un peu au-dessus. En rapportant ce qui se joue dans cette institution au jeu des institutions, on va dire plus globalement quoi [...] Mais pour pouvoir considérer ces mécanismes de société et ne pas être complètement ligoté dans leur seule application, je crois que ça permet de prendre une autre dimension et aussi de se sentir utile pour le coup. A témoigner. A avoir un autre discours. Et alors là pour le coup auprès de tous ceux qui nous entourent. Pas uniquement auprès de ces professionnels qui travaillent là-dedans. Auprès du corps social dans son ensemble. Les voisins, les amis qui n'ont qu'une vision réductrice de la prison. J'avais témoigné plusieurs fois. J'ai participé à des soirées organisées par Amnesty. Ça faisait partie un peu de... de la mission ! »<sup>5</sup>.*

A l'inverse du GMQP, le Groupe multiprofessionnel des prisons de Paris (GMP), créé par Antoine Lazarus dans les premiers mois de 1973<sup>6</sup>, se constitue à partir d'une approche plus

<sup>1</sup> GMQP, *Groupe multiprofessionnel sur les questions pénitentiaires*, op.cit., pp.11-12.

<sup>2</sup> Ce problème est évoqué à plusieurs reprises dans des enquêtes internes de l'Administration pénitentiaire, qui reprend d'ailleurs une conclusion formulée par le GMQP lui-même : « Le groupe est coincé entre sa fonction de critique voire dénonciatrice de la prison et son rôle d'agent du système » (*Ibidem*, p.15).

<sup>3</sup> Cf. Annexe 9 : « "Le froid pénitentiaire" : le nécessaire témoignage d'une psychologue confrontée à l'inertie pénitentiaire ».

<sup>4</sup> BUFFARD Simone, « Y a-t-il une évolution de la prison ? Réflexion du groupe multiprofessionnel de Lyon sur les questions pénitentiaires », *Déviance et société*, 1977, vol.1, n°2, pp.203-208.

<sup>5</sup> Luc, interne aux prisons de Lyon de 1974 à 1975 puis assistant en psychiatrie au CMPR de 1977 jusqu'en 1984. Aujourd'hui chef de service à l'hôpital du Vinatier. Entretien réalisé le 25/02/2008. Durée : 2H.

<sup>6</sup> Cf. Chapitre 1 – section 3.2 : « La contestation des internes, effet de la politisation des étudiants de médecine ».

militante et plus méfiante à l'égard de l'Administration pénitentiaire<sup>1</sup>. Il fédère un certain nombre d'individus et de personnes morales qui sont tous des « travailleurs de la Justice pénale » désireux de rompre l'isolement et le silence imposé par la hiérarchie pénitentiaire<sup>2</sup> : « Le groupe multiprofessionnel des prisons de Paris a été créé pour lutter contre le secret, l'arbitraire et le rôle pathogène de la prison. Il est constitué de travailleurs de la Justice pénale, dont la fonction s'exerce avant, pendant et après la prison. Ils se sont réunis pour essayer de décloisonner le système. Leur moyen d'intervention, c'est d'informer » (*Bulletin du GMP*, n°3, 15/1975). Se réunissant initialement de façon mensuelle à titre informel, le groupe se dote en juin 1974 d'un statut associatif « pour suivre le désir exprimé par certains membres d'être intégrés dans une structure qui les laisse moins seuls face à l'administration pénitentiaire » (*Bulletin du GMP*, n°00, 01/1975) ainsi que d'un bulletin d'information, publié avec l'aide de la CIMADE, destiné à rendre compte des réunions du GMP ainsi que de l'« actualité pénitentiaire ». La liaison que tente d'introduire le GMP avec son homologue lyonnais, dont les réunions et les actions sont rapportées dans le bulletin, se heurte cependant à une différence de conception. L'association parisienne apparaît plus organisée et plus personnalisée que le GMQP. Contrairement à ce dernier, le GMP est en effet principalement structuré autour de son fondateur, Antoine Lazarus, qui signe par exemple en son nom propre les éditos des premiers numéros du bulletin.

Tout en s'inscrivant dans des perspectives propres, le GMP et le GMQP contribuent à la prise en compte de la dimension sanitaire en milieu carcéral de trois manières. Même si leur principal objectif n'est pas, contrairement au GIP, de contester l'institution pénitentiaire, ces associations sont nées de la volonté de professionnels de témoigner de leur expérience, comme en attestent la devise du groupe parisien (« Il y a des circonstances où l'obligation de réserve se confond avec la complicité ») ou la brochure du groupe lyonnais : « Il est l'heure de dénoncer, de dire que la prison est un pourrissoir et qu'elle ne peut être humanisée et c'est à ce prix là qu'ils [les professionnels] continueront à exercer leurs fonctions »<sup>3</sup>. La prise en charge médicale des détenus est à ce titre à plusieurs reprises présentée comme un symptôme de la misère des prisons françaises : « A l'heure des décolonisations, un territoire reste à part. Lui aussi "oublié de la décolonisation". C'est le domaine pénitentiaire [...] La médecine qui s'y exerce ressemble à celle des dispensaires de brousse ou de jungle : longues attentes,

<sup>1</sup> Tandis que le GMQP se situe dans une perspective explicitement réformatrice, Antoine Lazarus est plus proche d'une perspective abolitionniste au sens où l'institution carcérale serait purement symbolique : « Supprimer les prisons pourra alors être entendu, non pas au sens de détruire les murs, mais d'éradiquer l'usage, c'est-à-dire ne plus y mettre de détenus » (LAZARUS Antoine, « Quand la prison devient refuge », *Sociétés & représentations*, n°3, CREDHESS, novembre 1996, p.319).

<sup>2</sup> De même que le GMQP, le GMP rassemble, outre des aumôniers, médecins, avocats, surveillants, assistantes sociales, éducateurs, des responsables de foyers, des animateurs de rue, des employeurs et des journalistes.

<sup>3</sup> GMQP, *Groupe multiprofessionnel sur les questions pénitentiaires*, op.cit., p.11.

équipements inexistant, aides-soignants à peine formés, cachets d'aspirine » (*Bulletin du GMP*, n°4, 07-08/1975). Ces critiques confirment un refus croissant des professionnels de santé de cautionner certaines pratiques auxquelles ils participent : « Le système pénitentiaire nie les malades qu'il produit et ne voit en eux que des simulateurs ; et bien souvent les prescriptions sont oubliées ou arrêtées, le régime contesté, tronqué ou écourté »<sup>1</sup>.

Outre cette activité de dénonciation, le GMP occupe une fonction d'amplificateur dans la lutte menée par le personnel sanitaire en lui offrant une tribune d'expression dans son *Bulletin*. Il publie ainsi une lettre d'infirmières de La Santé protestant contre le manque de considération dont elles bénéficient ou encore le témoignage d'« un "docteur" de la Santé », intitulé « Médecine= Bonne Conscience des Prisons », dénonçant le rôle conféré aux praticiens en milieu carcéral :

*« L'Administration Pénitentiaire attend de lui [médecin] que tout se passe bien. Cela veut dire : que le détenu soit calme, ne se suicide pas, supporte les conditions d'incarcération [...] Ainsi, induite par toute l'idéologie carcérale, s'est instaurée la "surveillance chimique". Et de toute façon le médecin, comme le détenu, est pris au piège [...] En fait, toute l'agressivité dirigée sur la Justice, sur l'administration, sur le règlement, est d'abord reçue par la médecine, personnalisée, médicalisée et atténuée [...] Ainsi, le comprimé calmant sert à faire supporter la réalité répressive de la Justice et d'un de ses exécutoires, la prison [...] Messieurs les magistrats, les médecins (entre autres) en ont assez de supporter et de réparer les effets de votre justice aberrante, mécanisée, où vous ne considérez que des faits et non des hommes [...] Nous en avons assez d'être l'alibi des prisons et qu'on fasse de nous des "flics humains". NOUS EN AVONS ASSEZ D'AIDER A SUPPORTER LE GACHIS HUMAIN SYSTEMATIQUE »* (*Bulletin du GMP*, n°3, 05/1975).

Au-delà du rôle d'amplificateur que le GMP et le GMQP ont eu à l'égard des revendications liées à la prise en charge médicale des détenus, il est important de souligner que ces associations sont nées en partie du refus de certains professionnels de santé de cautionner le « régime pénitentiaire » alors en vigueur. Au GMQP figurent ainsi au moins trois médecins-psychiatres et une psychologue travaillant aux M.A de Lyon. Le fait que ces soignants proviennent tous du secteur de la santé mentale atteste l'hypothèse de ressources propres à ce secteur professionnel ayant facilité la prise de parole au sein de l'institution carcérale<sup>2</sup>. Bien que médecin de santé publique, Antoine Lazarus est également proche du secteur de la psychiatrie<sup>3</sup>. Le rôle qu'il a joué personnellement dans l'« affaire Mirval » illustre la position de contestation de plus en plus endossée par certains médecins pénitentiaires<sup>4</sup>.

Au-delà des spécificités de sa trajectoire, les prises de position d'Antoine Lazarus, et plus largement la création du GMQP et du GMP, traduisent l'émergence d'une nouvelle génération de professionnels non pénitentiaires (assistants-sociaux, enseignants, soignants) exerçant en institution carcérale : « Jeunes pour la plupart, ils [les personnels médicaux,

<sup>1</sup> Lettre du 20/02/1973 aux candidats à la députation dans le Rhône (CAC. 19960136. Art. 132. Dossier M. 654).

<sup>2</sup> Cf. Chapitre 1 – Section 3-1 : « De la psychiatrie asilaire à la psychiatrie pénitentiaire : l'émergence... ».

<sup>3</sup> Avant d'intervenir à Fleury-Mérogis, Antoine Lazarus était interne en psychiatrie à l'hôpital Paul-Brousse.

<sup>4</sup> Cf. Annexe 14 : « L'"affaire Mirval" ou la contestation d'un interne militant ».

sociaux et éducatifs] sont issus des générations qui ont applaudi mai 68. Sans même envisager ce que leur pratique a pu modifier, leur seule circulation dans la détention, leur seul regard extérieur, a d'ores et déjà brisé la vieille autorité pénitentiaire »<sup>1</sup>. Si elle se situe principalement à gauche du spectre politique, cette génération de professionnels de la prison privilégie une démarche legaliste plutôt qu'une stratégie révolutionnaire. Ces associations revendiquent la reconnaissance d'un « droit à la santé » à partir duquel une réforme du régime de protection sociale des détenus est adoptée en 1975.

### ***3. La reconnaissance d'un «droit à la santé» et le rattachement des détenus à la Sécurité sociale***

Georges Fully : « Les détenus ne sont pas assurés sociaux. Ils perdent leur droit à la Sécurité sociale un mois après leur incarcération. En fait, ils ne bénéficient plus de la Sécurité sociale sitôt après leur incarcération ».

Journaliste : « Ceci n'a pour eux plus d'importance puisqu'ils sont soignés ici gratuitement, mais pour leur famille ? ».

Fully : « Oui, leur famille se trouve pénalisée indirectement puisqu'elle ne bénéficie plus des droits à la Sécurité sociale et nous le regrettons et nous recherchons d'ailleurs actuellement un système qui permettrait de faire des détenus des assurés sociaux ou tout au moins de maintenir leurs droits »

Journaliste : « Car il est injuste, en fait, de pénaliser des familles qui, elles, sont innocentes... »

Fully : « Oui, c'est évident ! »<sup>2</sup>.

Dans le cadre du mouvement de judiciarisation de la vie carcérale précédemment décrit, le droit à la santé s'affirme comme l'un des principaux droits dont devraient bénéficier les détenus. Sans y faire directement référence, le CPP consacrait dès 1958 le principe de la gratuité des soins. Déjà présente de manière implicite dans les « règles minima » de l'ONU de 1955 (article 26), la nécessité de soigner les détenus est affirmée avec précision dans la résolution du Conseil de l'Europe de 1973. Le principe d'un « droit à la santé » semble alors largement reconnu par les médecins pénitentiaires. « Le détenu a droit aux soins dont il a besoin », écrit ainsi le médecin-chef des prisons de Lyon en 1971<sup>3</sup>. Cette idée est également présente au sein du secteur juridique. Un avocat membre de la Ligue des droits de l'homme, du MAJ et de l'ADDD constate ainsi que « ce droit n'est plus un mythe comme au XIX<sup>ème</sup> siècle. Il a été affirmé par des instances internationales »<sup>4</sup>. M<sup>e</sup> Varaut s'insurge également contre les « nombreuses violations » dont fait l'objet le « droit à la santé »<sup>5</sup>. Enfin, un Directeur régional des services pénitentiaires n'hésite pas à « saluer[r] comme un heureux

<sup>1</sup> BOULLANT François, « 1974 : "L'affaire Mirval" », *Cultures et conflits*, n°55, 2004, pp.107-108.

<sup>2</sup> « La médecine pénitentiaire », documentaire, 04/11/1965, ORTF, 68 minutes, archives de l'INA.

<sup>3</sup> COLIN Marcel, « Introduction », *Cahiers Laënnec*, n°2, juin 1971, p.3.

<sup>4</sup> ZIWE William Francis, *Droits du détenu et droits de la défense*, op.cit., p.308.

<sup>5</sup> VARAUT Jean-Marc, *La prison pour quoi faire ?*, op.cit., pp.200-201.



avènement l'aurore d'une époque où devront être reconnus les droits du détenu, à commencer sans doute par le droit à la santé »<sup>1</sup>.

Ce n'est que plus tard que cette notion apparaît dans les argumentaires des militants de la cause carcérale. En 1973, le C.A.P exige ainsi le « droit à des soins médicaux » incluant « une médecine carcérale non différente de la médecine humaine », « la disposition, pour le Corps médical, de toutes les spécialités pharmaceutiques » et l'« indépendance totale et véritable du service médical vis-à-vis de l'administration pénitentiaire » (*Journal des prisonniers*, 05/1973). En 1976, le *Preservation of the rights of prisoners* (PROP), équivalent britannique du C.A.P, définit dans une « charte des détenus » un ensemble de droits (droit de communication avec la presse, droit au mariage, droit d'assister aux obsèques de tout parent proche, droit à une formation professionnelle) dont le « droit de consulter des conseillers médicaux indépendants » ou le « droit aux assurances sociales » (*Bulletin du GMP*, n°9, 09/1976). Le C.A.P de Fleury-Mérogis affirme au même moment que « la prison n'est pas "la privation de liberté et rien de plus", mais c'est aussi un lieu où même le droit à la santé n'existe plus ! » (*Journal des prisonniers*, 07/1976).

A mesure qu'elle est revendiquée par les professionnels et les militants de la prison, la notion de « droit à la santé » est l'objet d'un travail théorique par les sciences pénitentiaires. Outre une raison « humanitaire », selon laquelle « le détenu n'est plus le grand malfaiteur qu'il faut retrancher de la société »<sup>2</sup>, le droit à la santé est légitimé à partir de deux arguments reposant davantage sur le bénéfice de la société que celui de l'individu. Le maintien des détenus en bonne santé se justifierait tout d'abord au regard de la protection de la collectivité : « Si nous considérons que parmi les détenus se trouvent un grand nombre de personnes incarcérées à titre préventif, qui sortiront éventuellement innocentes après le jugement, l'importance de surveiller avec vigilance la santé des détenus et de soigner leur souffrance en cas de maladies, nous apparaîtra plus clairement »<sup>3</sup>. De même, un médecin pénitentiaire remarque : « Il apparaît évident que la Société n'a aucun intérêt à laisser se dégrader la santé d'individus qui, provisoirement écartés de son sein, sont appelés tôt ou tard à le réintégrer. Les soins risquent alors d'être plus longs et plus coûteux »<sup>4</sup>.

C'est en second lieu au regard des objectifs de « reclassement » et de « réadaptation sociale », peu compatibles avec l'absence de soins médicaux, que le droit à la santé est justifié : « Il est naturel qu'on ne pense qu'à ses souffrances physiques et à ses préoccupations psychiques

<sup>1</sup> GAYRAUD Albert, « Aspects administratifs de l'organisation médicale des prisons », *Cahiers Laënnec*, n°2, juin 1971, p.8.

<sup>2</sup> PRADEL Jean, « La santé du détenu », *RSCDPC*, 1974, n°2, p.269.

<sup>3</sup> GOLPAYEGANI Behrouz, *L'humanisation de la peine privative de liberté*, op.cit., pp.166-167.

<sup>4</sup> DUCLOY Michel, *Les détenus et leur prise en charge par la sécurité sociale*, thèse de médecine, Faculté de Lille, 1974, p.50.

angoissantes, lorsqu'on a une affection physique ou des problèmes d'ordre moral. Aussi pour que le condamné puisse subir le traitement pénitentiaire d'une manière beaucoup plus efficace et satisfaisante, avant tout, il doit être en bonne santé »<sup>1</sup>. L'importance accordée aux soins donnés aux détenus s'accrut d'ailleurs à mesure que la criminologie et les sciences pénitentiaires établirent que « la morbidité est très probablement criminogène : la tuberculose, la syphilis, l'épilepsie, les troubles psychiques et du caractère semblent bien exercer une influence sur la criminalité »<sup>2</sup>. L'idée d'un droit à la santé se justifierait ainsi davantage au nom de la sécurité collective que du bien être individuel.

C'est à partir de ce droit à la santé que les conditions d'exercice de la médecine pénitentiaire sont l'objet de critiques de plus en plus récurrentes. Déjà lors du congrès de médecine pénitentiaire de 1968, un médecin de M.A affirme : « Le droit à la santé des détenus ne saurait être remis en cause, et, l'abolition des châtiments corporels ayant été admise, il ne saurait persister une différence de qualité de soins entre les individus malades, qu'ils soient ou non délinquants [...] Les détenus ne bénéficient pas d'une qualité de soins identique à celle à laquelle ils pourraient prétendre en tant qu'assurés sociaux libres. Il existe, de l'avis de tous les médecins pénitentiaires, des restrictions en ce qui concerne l'hospitalisation, le traitement de certaines infirmités »<sup>3</sup>. Dans sa thèse, un interne constate en 1970 : « Il semblerait que le droit aux soins, c'est-à-dire le droit à la santé, soit reconnu actuellement. Il paraît donc surprenant que la population pénitentiaire en soit tenue à part »<sup>4</sup>.

Les soins dentaires représentent depuis les années soixante, aux yeux des praticiens exerçant en milieu carcéral, la dimension la plus controversée de la prise en charge médicale des détenus<sup>5</sup>. Un groupe de travail réuni lors du congrès de 1963 décrit l'inégalité de soins entre détenus, selon qu'ils soient riches ou pauvres, comme « une monstruosité sur le double plan médical et social »<sup>6</sup>. Le Dr Gonin voit dans cette « anomalie scandaleuse, régulièrement dénoncée à chaque congrès de médecine pénitentiaire [...] une marque infamante de la prison »<sup>7</sup> tandis que le responsable du service de santé des prisons de Lyon l'interprète comme

<sup>1</sup> GOLPAYEGANI Behrouz, *L'humanisation de la peine privative de liberté*, op.cit., p.165.

<sup>2</sup> PRADEL Jean, « La santé du détenu », *art.cit.*, p.269.

<sup>3</sup> Propos cités dans DUCLOY Michel, *Les détenus et leur prise en charge par la sécurité sociale*, op.cit., p.41.

<sup>4</sup> GRAND Serge, *La morbidité en milieu carcéral et sa prise en charge par la sécurité sociale*, thèse de médecine, Université de Lyon, 1970, p.52.

<sup>5</sup> En vertu du CPP, dans tout établissement, un chirurgien-dentiste procède à l'examen dentaire systématique des détenus. Seuls les soins courants sont cependant assurés gratuitement, les autres soins ne présentant pas un caractère d'urgence étant à la charge du détenu (D.392 CPP). Beaucoup de détenus n'ayant pas de ressources suffisantes se contentent alors d'un arrachage de dents, beaucoup étant ainsi littéralement « édentés ».

<sup>6</sup> DAP, *Le service médical en milieu pénitentiaire*, Ministère de la Justice, imprimerie de Melun, « Etudes et documentation », 1964, p.42

<sup>7</sup> GONIN Daniel, « L'exercice de la médecine en milieu pénitentiaire », *Cahiers Laënnec*, n°2, juin 1971, p.23.

la marque d'une « peine privative de soins »<sup>1</sup>. Cette « exception à la gratuité des soins » est ainsi reconnue par la plupart des professionnels de la prison comme une « une entorse au droit de la santé »<sup>2</sup>, posant avec acuité la question de la protection sociale des détenus : « Le bénéfice de la Sécurité sociale est retiré aux détenus et à leurs ayants-droit. Le séjour en prison a donc fréquemment pour conséquence, une chute irréversible du coefficient masticatoire »<sup>3</sup>.

Le « droit à la santé » trouve alors sa meilleure expression à travers l'affiliation des détenus à la Sécurité sociale dont ils étaient jusque-là dépourvus<sup>4</sup>. Outre le bénéfice de l'assurance vieillesse et en cas d'accident du travail, la non-affiliation des détenus à l'Assurance maladie est fréquemment mise en cause dans la presse, comme à l'occasion de la démission des trois internes qui rendent ainsi compte de la misère de la médecine pénitentiaire : « La cause ? Les prisonniers ne sont pas pris en charge par la Sécurité sociale et l'administration pénitentiaire n'est pas riche » (*LF*, 30/11/1972). Le rattachement des détenus au système de protection sociale est un objet de préoccupation depuis longtemps dans plusieurs pays européens. En atteste la résolution adoptée par le Conseil de l'Europe le 1<sup>er</sup> février 1962 : « Le seul fait de la détention n'altère pas les droits aux prestations de Sécurité sociale acquis par le détenu avant son incarcération »<sup>5</sup>. En Belgique, l'arrêté royal du 3/09/1972 dispense les sortants de prison de la période de cotisation nécessaire pour bénéficier des prestations santé et prévoit la couverture des personnes à la charge du détenu<sup>6</sup>. En France, tandis que cette question était longtemps restée une question administrative, le rattachement des détenus à la Sécurité sociale devient au cours des années soixante-dix une revendication récurrente dans la condamnation du « scandale des prisons »<sup>7</sup>.

L'un des principaux arguments justifiant cette réforme est la non-couverture de la famille du détenu, présentée comme une injustice. Se diffuse à cette époque l'idée que la peine n'affecterait pas seulement le condamné mais l'ensemble de ses proches<sup>8</sup>. C'est par

<sup>1</sup> COLIN Marcel, GILLON Jean-Jacques, MEGARD Marc, « La médecine en geôle (petit livre blanc de la médecine pénitentiaire) », *Le concours médical*, 23/05/1970, p.4692.

<sup>2</sup> MEZGHANI Ridha, *La condition juridique du détenu*, op.cit., p.278.

<sup>3</sup> GONIN Daniel, « L'exercice de la médecine en milieu pénitentiaire », *art.cit.*, p.27.

<sup>4</sup> Ne pouvant remplir les conditions d'ouverture des droits prévues par l'article L.249 du Code de la sécurité sociale (justifier de 200 heures de travail au cours des trois derniers mois), les détenus perdaient leur affiliation aux assurances sociales un mois après leur incarcération. En outre la relation entre la DAP et le détenu ne peut être assimilée à un véritable contrat de travail, ce qui impliquerait l'application du Code du travail.

<sup>5</sup> PAPELARD Alain, *Histoire de la médecine pénitentiaire en France*, thèse de médecine, Paris, 1968, p.164.

<sup>6</sup> COLARDYN, « L'application de la législation sociale aux détenus et aux membres de leur famille », *Bulletin de l'Administration pénitentiaire*, 09-10/1972.

<sup>7</sup> La circulaire du 9/12/1968 des Affaires sociales avait permis de maintenir le droit aux prestations pendant les trois premiers mois de détention tandis que le décret n°69.338 du 11/04/1969 permettait le maintien des prestations sociales à tout prévenu (GRAND Serge, *La morbidité en milieu carcéral*, op.cit., pp.8 et suiv).

<sup>8</sup> En témoignent les propos de ce visiteur de prison : « L'incarcération ne punit pas seulement les condamnés. Elle affecte -aux deux sens du mot- leurs familles. Si l'on tient compte des parents, des grands parents, des

conséquent aussi bien au nom de l'individualisation de la peine qu'au nom du droit à la santé que les professionnels judiciaires et pénitentiaires demandent le maintien des prestations de la Sécurité sociale. « Il est également injuste que les détenus cessent de bénéficier du régime de la Sécurité sociale après leur condamnation. La suppression des droits sociaux sanctionne non pas le chef de famille qui est soigné gratuitement, mais sa femme et ses enfants [...] Il est aberrant de ne pas maintenir l'affiliation des condamnés au profit de leur famille », écrit M<sup>e</sup> Varaut<sup>1</sup>. Dans son étude de la situation des détenus à l'égard de la Sécurité sociale, Suzanne Barral remarque qu'il « serait surtout équitable de trouver une solution pour les familles injustement exclues d'une protection particulièrement nécessaire en l'absence du père »<sup>2</sup>. Cette revendication, défendue depuis plusieurs années par les médecins pratiquant en institution carcérale, acquiert au début des années soixante-dix un intérêt renouvelé<sup>3</sup>. Dans la thèse qu'il consacre à ce sujet, un praticien des prisons de Lyon souligne les obstacles à une réforme qu'il considère comme nécessaire, faute de pouvoir accorder un statut au travail pénal : « En effet, il apparaît impensable aux autorités d'assimiler le travail pénal au travail libre. Il y aurait alors application des réglementations du travail à l'intérieur de la prison. Qu'on songe à ce qu'il adviendrait si les détenus avaient le droit de grève ! »<sup>4</sup>.

La couverture sociale des personnes condamnées, et plus particulièrement de leurs ayants-droits, apparaît comme l'une des principales préoccupations pénitentiaires à partir des révoltes de 1974 et ce non seulement au titre du droit à la santé, mais surtout au nom de l'inscription des détenus au cœur de la société. La coupure qui prévalait jusque-là cède le pas à une prise en compte croissante de la population carcérale. En atteste selon le Conseiller technique de Jean Taittinger l'importance accordée pour la première fois au thème de l'« exclusion pénitentiaire » dans une revue spécialisée en protection sociale : « Une revue qui consacre un numéro spécial au phénomène d'exclusion sociale prévoit une rubrique pour traiter de l'exclusion pénitentiaire. Quel chemin parcouru depuis quelques années dans la prise de conscience des formes et des mécanismes d'exclusion ! »<sup>5</sup>. La réforme de la protection sociale

---

collatéraux, des enfants, on peut évaluer à une moyenne de cinq le nombre de personnes liées affectivement, matériellement, moralement au sort de chaque détenu [...] On arrive donc, chaque année, à un total de quelque 500.000 personnes concernées » (QUEANT Olivier, *Le monde inconnu des prisons*, Paris, Plon, 1970, p.13).

<sup>1</sup> VARAUT Jean-Marc, *La prison pour quoi faire?*, op.cit., p.201.

<sup>2</sup> BARRAL Suzanne, « La situation des détenus et de leurs familles au regard de la sécurité sociale », *Droit social*, n°12, 12/1973, p.604.

<sup>3</sup> Déjà les premières journées de médecine pénitentiaire en 1963 s'étaient conclues par le souhait du « maintien aux détenus du droit à la sécurité sociale » (« Pour une réforme du système hospitalier des prisons », *Le Monde*, 26/06/1963). Cette proposition fut reformulée au congrès de 1968 : « La suppression des prestations à la famille du condamné apparaît comme une punition collective. Rompant un des liens organiques qui unissent la famille au détenu, elle accroît l'isolement préjudiciable à la réinsertion en allant à l'encontre de la personnalisation de la peine. Il apparaît donc souhaitable que le problème de l'affiliation des détenus et de leur famille soit repensé » (*Rapport général de la DAP pour l'année 1968* (Extrait du), dans *RPDP*, janvier mars 1969, p.757 et suiv.).

<sup>4</sup> GRAND Serge, *La morbidité en milieu carcéral*, op.cit., p.12.

<sup>5</sup> DARMON Marco, « L'exclusion pénitentiaire », *Droit social*, art.cit., p.137.

des détenus en 1975 est d'ailleurs présentée comme l'une des mesures phares de la réforme de la condition pénitentiaire voulue par Valéry Giscard d'Estaing. « Conformément à la volonté de M. Le Président de la République, il convient de veiller à ce que les périodes de détention n'entraînent pas des conséquences diverses susceptibles d'aggraver considérablement la privation de liberté qui doit à elle seule constituer l'essentiel de la peine », déclare Paul Dijoud, secrétaire d'Etat aux travailleurs immigrés, à l'occasion des débats parlementaires<sup>1</sup>.

La loi du 29 janvier 1975, qui devient l'article L. 242-4 de Code de la Sécurité sociale, stipule ainsi que les détenus sont affiliés aux assurances maladie et maternité de la Sécurité sociale au titre soit des cotisations qu'ils versent eux-mêmes s'ils exercent un travail pénal, soit du fait d'une cotisation versée par l'Administration pénitentiaire aux caisses de Sécurité sociale<sup>2</sup>. Mais c'est surtout l'affiliation des membres de la famille du détenu, non couverts à un autre titre, que salue largement la presse : « Désormais, l'incarcération du chef de famille n'aura plus d'aussi graves conséquences qu'avant sur sa femme et ses enfant, c'est à dire sur des innocents »<sup>3</sup>.

Pourtant dans le même temps, la réforme laisse inchangé l'article D.380 du Code de procédure pénale qui pose le principe de la gratuité des soins aux détenus pris en charge par la DAP. Faute d'accord entre ministères, l'affiliation des détenus à l'Assurance maladie ne modifie ainsi en rien les conditions dans lesquelles les détenus sont soignés puisqu'ils continuent à être pris en charge par l'Administration pénitentiaire : rétive à cette affiliation, la Direction de la Sécurité sociale conditionne la prise en charge économique des détenus pendant leur incarcération à la suppression de la médecine pénitentiaire (Cf. Encadré). En outre les Caisses de Sécurité sociale considèrent, second obstacle à l'effectivité de la réforme, que le milieu pénitentiaire n'est pas de leur ressort<sup>4</sup>. La loi du 29 janvier 1975 leur permet par conséquent seulement d'être couverts à leur libération laissant inchangées les conditions de prise en charge sanitaire, comme le dénonce Raymond Forni à l'Assemblée nationale : « Honnêtement, qui oserait soutenir, que le système sanitaire en vigueur dans les prisons soit satisfaisant en 1975 ? Ce système est, en fait, le règne d'une sous-médecine, d'une médecine au rabais, avec peu de possibilités de consultation, une absence quasi-totale

<sup>1</sup> Débats parlementaires au Sénat. Séance du 18 juin 1975, pp.1756-1757 (DSS/2004/008. Art.14 : protection sociale des détenus. Assurance maladie).

<sup>2</sup> « Les détenus et leurs familles bénéficieront des assurances maladie et maternité », *Le Monde*, 31/01/1975.

<sup>3</sup> « Le statut du détenu : une décision de justice ne doit pas créer des injustices », *La Croix*, 31/01/1975.

<sup>4</sup> Du fait de l'affiliation des détenus ayant un emploi à l'Assurance maladie, les Caisses de sécurité sociale sont en effet chargées de prendre en charge certaines dépenses non couvertes par l'Administration pénitentiaire (prothèses, chaussures orthopédiques) ou en cas d'hospitalisation dans un établissement de soins public. Considérant la circulaire du 9 décembre 1968, des Caisses refusèrent d'appliquer cette prise en charge, comme le relève en 1984 un rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS, *Rapport sur les problèmes de santé dans les établissements pénitentiaires*, rapport IGAS, mai 1984, pp.128-129).

de bilans médicaux périodiques et une impossibilité de se faire soigner »<sup>1</sup>. Cette réforme marque ainsi surtout de façon symbolique la progressive et fragile intégration des détenus dans la communauté nationale. C'est ce que confirment la loi du 2 juillet 1975, accordant l'assurance maternité aux détenu(e)s et à leur famille, et la loi du 31 décembre 1975, qui accorde aux détenus ayant un travail la possibilité d'avoir droit à l'assurance-vieillesse ainsi qu'à l'assurance-chômage à leur libération (*LM*, 27/11/1975).

### LA POSITION DE LA DIRECTION DE LA SECURITE SOCIALE SUR L'AFFILIATION DES DETENUS A L'ASSURANCE MALADIE

L'affiliation des détenus à la Sécurité sociale n'est pas une question nouvelle. Déjà en 1973 elle fait l'objet de pourparlers dans le cadre de la généralisation de la Sécurité sociale. Celle-ci suppose que le travail des détenus soit considéré comme n'importe quel autre travail. Or cette question est débattue entre les ministères de la Justice et de la Santé, notamment au sein d'un groupe chargé d'étudier la protection sociale du détenu et de sa famille. En tant que secrétaire générale du Conseil supérieur de la magistrature, Simone Veil, estime que « la prison, bien que privative de liberté, ne doit pas pour autant priver le détenu des avantages que le travail procure »<sup>2</sup>. Le représentant de la Direction de la Sécurité sociale (DSS), André Getting, estime que cette réforme est conditionnée à un changement de tutelle de l'organisation des soins en prison : « Jusqu'ici le travail pénal n'a pas été assimilé à un travail salarié de droit commun. Si on remet en cause ce principe, il faut en tirer toutes les conséquences, notamment supprimer la médecine pénitentiaire ».

Lors d'une seconde réunion, qui a lieu le 20 février 1974, la DSS maintient son refus d'assimiler le travail pénal au travail extérieur. Initialement prévue pour 1978, cette question est remise à l'agenda après l'annonce par le président de la République d'une réforme pénitentiaire. A l'occasion d'une réunion interministérielle ayant lieu à Matignon en octobre 1974, le représentant du ministère du Travail « indique son désaccord sur le financement prévu, en fait par le régime général de la Sécurité sociale. Il y a lieu de distinguer entre les détenus qui travaillent et ceux qui ne travaillent pas : dans ce dernier cas ce n'est pas au régime général de Sécurité sociale de supporter la dépense mais à l'Etat »<sup>3</sup>. C'est sur la base de cette opposition de la DSS et du ministère du Travail que le bénéfice de la Sécurité sociale n'est accordé aux détenus qu'au moment de leur libération. « Actuellement, l'incarcération ne peut créer des droits », déclare André Getting<sup>4</sup>.

L'exclusion des détenus du système de protection sociale est apparue comme une injustice à mesure que s'imposait une nouvelle représentation de la peine, selon laquelle les détenus bénéficieraient, en dépit de l'incarcération, de droits inaliénables. Le « droit

<sup>1</sup> Débats parlementaires à l'Assemblée nationale. Séance du 22 mai 1975, p.3090 (DSS/2004/008. Art.14).

<sup>2</sup> Compte rendu de la réunion du groupe de travail chargé d'étudier la protection sociale du détenu et de sa famille, 5/12/1973 (DSS/2004/008. Art.14 : protection sociale des détenus. Assurance maladie).

<sup>3</sup> Compte-rendu de la réunion interministérielle du 29/10/1974 à l'Hôtel Matignon sous la présidence de M. Toubon consacrée à l'application des décisions gouvernementales relatives à l'amélioration de la condition pénitentiaire (DSS/2004/008. Art.14 : protection sociale des détenus. Assurance maladie).

<sup>4</sup> Compte rendu de la réunion du groupe de travail chargé d'étudier la protection sociale du détenu et de sa famille, 5/12/1973 (DSS/2004/008. Art.14 : protection sociale des détenus. Assurance maladie).

imprescriptible à la santé » auquel se réfère le ministre de la Justice, Alain Peyrefitte, lors du congrès de médecine pénitentiaire de 1978 s'intègre désormais dans une politique pénitentiaire davantage soucieuse du respect de la « personne détenue » (*LF*, 24/11/1978)<sup>1</sup>. Au-delà du mouvement de contestation propre au secteur carcéral, cette considération du détenu en tant que citoyen trouve ses racines dans l'émergence d'une nouvelle représentation sociale des institutions. Dans le cadre de la pensée de l'individu apparue à la fin des années soixante, les institutions, jusque-là perçues comme protectrices, sont présentées comme des menaces pour l'individu. Sont ainsi déclarés « intolérables » par le GIP : « Les tribunaux/ Les flics / Les hôpitaux, les asiles / L'école / Le service militaire / La presse, la télé / L'Etat / Et d'abord les prisons »<sup>2</sup>. Au-delà de leur diversité, ces institutions sont accusées à partir des « années 68 » de participer à une « normalisation » de la société fondée sur un modèle univoque. S'il n'épargne pas l'école, l'université ou l'hôpital, ce mouvement de critique institutionnelle s'adresse avant tout aux institutions fermées où sévit une discipline stricte (hôpitaux psychiatriques, casernes, internats, prisons).

Le point de départ de ces luttes, le refus d'un asservissement de l'individu à l'institution, explique que des liens s'établissent entre les militants de ces différentes causes. Dès le troisième numéro du *Journal des prisonniers* apparaît ainsi une rubrique « autres prisons » destinée, comme l'indique la devise du C.A.P., à souligner la continuité des luttes : « Les chaînes des prisonniers sont les mêmes que celles de tous les hommes sans pouvoir sur leur vie : elles sont simplement plus visibles. Les détenus face aux tentatives du pouvoir pour les isoler dans leur lutte, ont besoin du soutien de tous les révoltés. Leur colère est la nôtre ». Le journal du Groupe d'information des travailleurs sociaux (GITS), *Champ social*, propose de façon similaire une interprétation commune de ces différentes protestations :

*« Dans les usines, dans les quartiers, dans les prisons, dans les asiles, dans les casernes, dans les lycées, dans les universités, à chaque symptôme de solidarité, le pouvoir s'ébranle et réagit violemment [...] Dans les usines, les cadences s'accroissent ; dans les quartiers, grâce aux promoteurs, le cloisonnement des gens se fait ; dans les prisons, c'est le cachot ; dans les asiles, c'est plus facile grâce aux calmants ; dans les casernes, c'est 12 mois sur 12 ; dans les universités et les lycées, c'est à petites doses chaque jour. Face à cette répression des gens tentent de s'organiser et luttent. Notre lutte est la même et nous devons lutter à leur côté dans le même combat »<sup>3</sup>.*

Parmi ces mobilisations, une relation particulière s'établit entre les militants de la cause carcérale et ceux contestant les institutions psychiatriques. A côté de la « charte des détenus », le GMP publie ainsi la « charte des internés » proposée par des psychologues, des infirmiers,

<sup>1</sup> Notons cependant que figurait dans le discours original la phrase suivante, « Le plein accès à la médecine, pour tous les détenus, c'est la suite logique des réformes libérales menées depuis 1945 et notamment la réforme de 1975 », qui fut barrée probablement de la main du ministre et accompagné de l'expression notée en marge : « Hum !! » (Projet de discours du ministre pour le congrès de médecine pénitentiaire du 23/11/1978 annoté : trois pages. CAC. 200010085. Art. 111 : archives d'Alain Peyrefitte, ministre de la Justice).

<sup>2</sup> GIP, *Enquête dans une prison modèle : Fleury-Mérogis*, op.cit., quatrième de couverture.

<sup>3</sup> BENLEVI Erick, « Travail-profit », *Champ social*, n°6, 1974.

des travailleurs sociaux et des internés réunis dans une coordination intitulée « Psychiatisés en lutte »<sup>1</sup>. A cette occasion, le GMP rappelle que pour 30.000 détenus, la France compte près de 140.000 internés dans les établissements psychiatriques : « Bien que spectaculaire et journalistique, la prison n'est que le lieu minoritaire de l'enfermement en France aujourd'hui » (*Bulletin du GMP*, 09/1976). Outre des conditions de vie dégradantes, le rapprochement entre ces deux institutions repose sur l'idée qu'il s'agirait de lieux où le corps social refoulerait toutes les déviances : « La prison, l'hôpital psychiatrique, les mesures de contrôle social sont les outils de notre système à nous. Moins systématiques que les camps de la mort, ils n'en relèvent pas moins du même désir confus de liquidation des marginaux » (*Bulletin du GMP*, 05/1975).

Ainsi, plus qu'une critique de la privation de liberté en tant que telle, ces mouvements de contestation ont en commun un refus de la normalisation qu'incarneraient les institutions fermées qui auraient pour objectif de réadapter et traiter les déviances. C'est d'ailleurs à partir de ces associations de remise en cause des hôpitaux psychiatriques et de la prison que naît en 1974 le mouvement MARGE destiné à défendre toutes les populations marginales : handicapés, homosexuels, prostituées, toxicomanes, internés et bien sûr détenus<sup>2</sup>. Cette remise en cause s'inscrit le plus souvent dans un schéma politique, la figure du déviant-détenu-interné étant interprétée à l'aune de la théorie de la lutte des classes :

*« Les internés sont issus des mêmes couches sociales que les prisonniers : les classes ouvrières, aux revenus modestes, dont les conditions de travail et de vie sont difficiles. D'où un combat similaire entre le C.A.P et le GIA (Groupe information asile). La psychiatrie est un instrument de normalisation des individus, la prison ne suffisant plus pour réprimer les corps et les esprits, on va vers la création des prisons-asiles »* (Journal des prisonniers, 11/1976)

Cette nouvelle représentation des institutions n'est pas uniquement le fait d'acteurs militants. Les travaux sociologiques tendent également à assimiler prisons, asiles et casernes comme des institutions répressives pouvant nuire à l'individu. *Asiles* de Goffman et la notion d'« institution totale » en constituent le meilleur exemple<sup>3</sup>. Lui-même symptomatique de ces

<sup>1</sup> Initié en 1972 par quatre internes en psychiatrie au CHS de Perray-Vaucluse dans l'Essonne, le GIA visait à dénoncer les excès de certains hôpitaux psychiatriques. Dès 1974, le GIA se met à soutenir des procédures judiciaires entamées par des personnes ayant subi un internement jugé abusif. *Psychiatisés en lutte* devint le titre de la revue créée par le GIA qui devient une association ad hoc, l'APLP (Association pour la liaison des psychiatisés). *Psychiatisés en Lutte* paraîtra irrégulièrement durant quatre ans et comptera vingt-et-un numéros. En 1977, le GIA publia la Charte des internés.

<sup>2</sup> MARGE est né du rapprochement de plusieurs groupes dont le C.A.P, l'Association pour l'étude et la rédaction des livres des institutions psychiatriques (AERLIP), les Cahiers pour la folie, le GIA, le Comité de lutte des handicapés (CLH), le Front homosexuel d'action révolutionnaire (FHAR) ou encore le Mouvement de libération des femmes (MLF). Ce regroupement s'effectue autour de Jacques Lesage de la Haye, un détenu ayant participé à de nombreuses révoltes au cours des années soixante, qui rejoint le GIP en 1971 qu'il quitte en 1973 pour le C.A.P. Enseignant de psychologie et de criminologie à l'Université de Vincennes, il fédère le MARGE qui regroupe entre trente et soixante-dix militants, vivant pour la plupart dans un squat du 20<sup>ème</sup> arrondissement de Paris, et publie une lettre mensuelle jusqu'à sa dissolution en 1979.

<sup>3</sup> Pour une analyse de l'importation de cet ouvrage en France et ses effets sur la sociologie carcérale, on renvoie à l'Introduction. On souhaite ici souligner ses effets sur les professionnels eux-mêmes.



mouvements de critique institutionnelle, cet ouvrage a probablement contribué à alimenter leur développement. En attestent les nombreuses références faites à Goffman dans les discours des militants de la cause carcérale. La revue *Actes* propose ainsi « d'aborder la prison sous l'angle de son fonctionnement totalitaire », établissant ainsi un parallèle « entre "l'organisation totalitaire" définie par Goffman à partir de l'hôpital psychiatrique et le "panoptisme" dégagé par M. Foucault à partir de la prison », en particulier du point de vue des personnels de surveillance ainsi que « médico-socio-éducatifs »<sup>1</sup>.

Certains professionnels de santé pénitentiaires critiques font également référence au sociologue américain pour rendre compte de leur activité. Dans un article décrivant le fonctionnement du service médical, un médecin de la M.A de Lyon souligne dans quelle mesure les conditions d'administration des médicaments infériorisent le détenu : « Ainsi, dans cette "institution totalitaire"- pour citer Erving Goffman – un tel système tend-il à renforcer le fait que si "le personnel a tendance à se croire supérieur et à ne jamais douter de son bon droit, les reclus ont tendance à se sentir inférieurs, faibles, déçus et coupables". Si ce n'est pas toujours vrai, du moins y sont-ils poussés »<sup>2</sup>. Etablissant un parallèle avec l'analyse que propose Goffman des hôpitaux psychiatriques, Simone Buffard psychologue aux prisons de Lyon observe « l'oppression carcérale » :

*« J'ai prononcé le mot d'oppression, je peux dire, si vous préférez, "punition" ou "châtiment" ou "peine", mais cela a toujours deux significations : suppression d'une partie des droits de citoyen et servitude ; suppression du droit à la liberté mais aussi du droit au travail, du droit à l'information, du droit de réunion, réduction du droit à la santé, suppression du droit parental lui-même, du moins de la possibilité de l'exercer »<sup>3</sup>.*

Parfois la référence à *Asiles* est plus implicite à travers la référence notamment à la nature « totalitaire » de l'institution carcérale. « Nos collègues de l'"extérieur" pour leur part se demandent comment nous faisons pour continuer à exercer dans un tel cadre (comme si l'HP était plus facile). Ils pensent que la prison étant une institution totalitaire (ils ont raison), elle ne saurait nous garder intacts », observe un psychologue membre du GMP<sup>4</sup>. « En prison aussi l'on trouve quelques médecins. C'est une étonnante contradiction qui amène dans ce milieu totalitaire destiné à punir, des praticiens supposés soulager la souffrance physique du monde », remarque pour sa part Antoine Lazarus<sup>5</sup>.

On comprend ici que l'ouvrage de Goffman a été utilisé par les militants tout comme par certains professionnels aussi bien pour comprendre que pour transformer la réalité carcérale.

<sup>1</sup> « Les personnels de l'Administration pénitentiaire : du répressif à l'éducatif ou les multiples rôles solidaires d'un fonctionnement totalitaire », *Actes*, n°13-14, printemps 1977, p.13.

<sup>2</sup> MEGARD Marc, « La médecine pénitentiaire », *art.cit.*, p.549.

<sup>3</sup> BUFFARD Simone, « Psychothérapie et sociothérapie en milieu carcéral », *Instantanés criminologiques*, n°11, 1970, p.28.

<sup>4</sup> JACQUETTE Philippe, « A propos de la psychiatrie en prison : du mythe à la réalité », *Actes*, 13, 1977, p.17.

<sup>5</sup> LAZARUS Antoine, « Le médecin pénitentiaire entre deux demandes », *Connexions*, n°20, 1976, p.64.

En dépeignant une entité repliée sur elle-même, coupée du reste de la société, l'ouvrage de Goffman invite implicitement à transformer les institutions. C'est cette idée d'ouverture, apparue initialement dans le domaine psychiatrique<sup>1</sup>, qui s'impose progressivement au secteur carcéral durant la seconde moitié des années soixante-dix sous l'appellation de « décroisonnement ». C'est à partir de cette notion que des militants et des professionnels de la prison vont demander l'intégration de la médecine pénitentiaire au système de santé de droit commun. En faisant valoir la perte de pouvoir que cela représente pour l'Administration, le Médecin-inspecteur va s'opposer à ce projet et défendre ainsi l'idée d'une médecine pénitentiaire spécifique.

---

<sup>1</sup> Cf. Annexe 10 : « Les mouvements de remise en cause de la psychiatrie institutionnelle depuis la Libération ».

## Section 2 - Le « décroisonnement » des services de santé pénitentiaires : la perte d'un monopole carcéral ?

Au cours des années soixante-dix est progressivement défendue l'idée, d'abord par les professionnels et les militants de la prison puis par les sciences pénitentiaires puis enfin par les autorités politiques, d'une ouverture progressive de la prison au reste de la société. Ce phénomène qualifiée tantôt de « décroisonnement », tantôt de « désenclavement » ou parfois plus simplement d'« ouverture », n'est pas spécifiquement français. Il est également l'objet d'une réflexion au niveau européen. En attestent les « règles minima pour le traitement des détenus » adoptées par le Conseil de l'Europe en 1973, qui indiquent que « le traitement ne doit pas mettre l'accent sur l'exclusion des détenus de la société mais, au contraire, sur le fait qu'ils continuent à en faire partie » (article 6-2)<sup>1</sup>. Il est notamment « recommandé », à cette fin, de « recourir, dans la mesure du possible, à la coopération d'organismes de la communauté » et ce notamment dans le domaine de la santé (article 21-1) et de l'instruction (article 78-2). La prudence employée par le Conseil de l'Europe dans la formulation de cette recommandation traduit la sensibilité que revêt alors pour les gouvernements la question de la prise en charge des détenus, notamment en matière de soins.

Si l'idée d'un transfert de tutelle auprès du ministère de la Santé est évoquée dans plusieurs pays, elle se heurte cependant à la crainte des Administrations pénitentiaires d'être dépossédées de l'une de leur principale prérogative. Ces réticences permettent de comprendre le flou entourant la politique d'« ouverture » adoptée par la France en matière pénitentiaire dont on propose de restituer l'origine. Apparu comme une revendication des professionnels de santé, le terme de « décroisonnement » est développé par les militants de la cause carcérale et les sciences pénitentiaires selon des acceptions très différentes. La politique giscardienne de libéralisation s'en inspira dans sa réforme de la condition pénitentiaire tout en lui préférant les termes de « désenclavement » ou d'« ouverture » (1). En matière de soins aux détenus, où le « décroisonnement » fut l'une des principales revendications professionnelles, le projet d'un transfert de compétence auprès du ministère de la Santé se heurta cependant à la volonté du nouveau Médecin-inspecteur, Solange Troisier, de faire de la médecine carcérale une discipline spécifique (2). C'est dans le domaine d'action de l'Administration pénitentiaire le plus contesté, les soins psychiatriques, que le « décroisonnement » fut mené à son terme par l'intégration de la psychiatrie pénitentiaire au dispositif de santé mental national (3).

---

<sup>1</sup> La résolution n°73-5 adoptée par le Conseil de l'Europe le 19 janvier 1973 était la première adaptation au niveau européen des règles minima adoptées par les Nations-Unies en 1955. Elles ont été depuis redéfinies en 1987 puis en 2006.

## 1. Le « décroisonnement », entre revendication professionnelle et politique publique : la polysémie d'un concept

« La ville, c'est comme un grand rond dont le centre est occupé par ceux qui ont de l'argent, le savoir, le pouvoir. Elle expulse peu à peu vers l'extérieur ceux qui ont moins d'argent, point de chance et cela fait les banlieues de béton et les cités-dortoirs. Elle repousse de plus en plus loin ceux qui sont en marge et ils commencent à lui faire peur. Alors, elle les enferme. Et quand tout a raté ; la ville verrouille les portes de ses prisons sur ceux qui n'en pouvaient plus de ne pas avoir de chance. Car la ville ne pardonne pas à ceux qui ne sont pas au centre du rond, d'avoir voulu se rapprocher de celui-ci »<sup>1</sup>.

Il n'est pas aisé de retracer la trajectoire d'une idée. D'après les recherches effectuées, le terme de « décroisonnement » eu égard à l'institution carcérale apparaît pour la première fois très précisément au sujet de la médecine pénitentiaire. Déjà en 1969, à l'occasion du 10<sup>ème</sup> congrès français de criminologie, le Pr Marcel Colin évoquait l'idée de décroisonnement sans toutefois en citer le terme précis : « La prison doit s'ouvrir vers la Cité [...] Il faut "laïciser" et donner un caractère anti-autarcique à la prison et, à ce propos, l'on peut se réjouir de la prise en charge par les instances hospitalières civiles de certains traitements de détenus en milieu carcéral »<sup>2</sup>.

Lors du congrès de médecine de 1972 au cours duquel l'Administration est fortement contestée<sup>3</sup>, le mot « décroisonnement » est utilisé à plusieurs reprises afin de promouvoir une plus grande intégration des praticiens au ministère de la Santé. A partir du constat de l'écart grandissant avec la médecine hospitalière, le Dr Laffont des prisons de Fresnes préconise « le décroisonnement des structures hospitalières pénitentiaires de type autarcique par l'institution d'une liaison effective et permanente avec les C.H.U »<sup>4</sup>. Sans se référer à cette expression, le Dr Petit, médecin-chef de l'Hôpital de Fresnes, va plus loin en proposant dans des termes proches un transfert de tutelle : « Je crois très sincèrement que l'hôpital des prisons, propriété exclusive du ministère de la Justice, a vécu. Il faut le sortir de son isolement. C'est au ministère de la santé de prendre en charge un tel hôpital [...] Au moment où l'Administration parle de milieu ouvert, pourquoi ne pas imaginer cette "ouverture médicale" ? »<sup>5</sup>. Lors du même congrès, le Dr Pickering expose le fonctionnement des services médicaux des prisons britanniques travaillant avec le *National health service*. Le congrès, enfin, s'achève par la rédaction d'une motion finale proposant « le décroisonnement des systèmes sanitaires et

<sup>1</sup> CIMADE, ARAPEJ, « La prison dans la ville : exposition à la Fête de l'Humanité 1978 ». Cité dans LE NEZET Marie Pierre, *La régression de la politique pénitentiaire depuis 1975*, DEA d'Etudes politiques, Université de Rennes, 1980.

<sup>2</sup> COTTRAUX, BOISSENIN, « Compte-rendu des travaux de la section » in Association française de criminologie, *Le traitement dans le service pénal. Perspectives nouvelles*, Paris, Masson, 1970 p.86.

<sup>3</sup> Cf. Encadré : « Une prise de parole interne difficile : l'exemple du congrès de médecine pénitentiaire de Strasbourg de 1972 ».

<sup>4</sup> « Rapport de l'Administration pénitentiaire pour l'année 1972 », dans *RPDP*, 10-12/1973, pp.645 et suiv.

<sup>5</sup> DAP, *Journées européennes de médecine pénitentiaire*, op.cit., pp.25-26.

pénitentiaires en vue de leur ouverture aux structures hospitalières, dans le sens d'une intégration réciproque » (LM, 5/12/1972).

Le recours à cette expression traduit la volonté des différents praticiens de ne pas être exclus du secteur médical, notamment hospitalo-universitaire, déjà exprimée lors du congrès de Marseille de 1970 au cours duquel les médecins avaient affirmé « que la personnalité et la santé d'un détenu ne sont pas seulement du ressort de l'administration pénitentiaire mais de celui du corps médical et du ministère de la Santé »<sup>1</sup>. Prédomine en effet à ce moment parmi les médecins exerçant en prison l'idée que les autorités sanitaires se désintéresseraient de leur situation, laissant ainsi fonctionner l'Administration pénitentiaire de manière « autarcique » : « Un hôpital comme celui de Fresnes qui comporte 300 lits, un bloc opératoire moderne, un laboratoire, des installations de radiologie, des salles d'accouchement est ignoré par le ministère de la Santé et n'a jamais été inspecté », s'étonne un médecin dans un journal médical<sup>2</sup>. Le « décroisonnement » répondrait ainsi au besoin de reconnaissance ressenti par beaucoup de praticiens refusant d'être assimilés à des sous-médecins. En atteste le responsable du service de médecine pénitentiaire des prisons de Lyon :

*« Le Service de Santé Pénitentiaire, en dépit de l'aide qui lui est apportée par la Direction de l'Action Sanitaire et Sociale pour le dépistage des fléaux sociaux, vit encore en économie fermée, ce qui était parfaitement concevable il y a un siècle, mais est incompatible avec l'interdépendance actuelle des services qui condamne à l'isolement et à l'autarcie. Souvent ignorée ou isolée du reste de la Communauté-Santé, la médecine pénitentiaire, au sein même du service pénal, est exposée à l'enkystement, au cloisonnement des activités diverses, à la submersion dans les activités administratives »<sup>3</sup>.*

Apparu dans le contexte spécifique de la médecine pénitentiaire, le terme de « décroisonnement » s'étend rapidement à propos de l'ensemble de l'institution carcérale sous l'action des associations de professionnels de la prison qui en font explicitement l'un de leurs objectifs<sup>4</sup>. Ce terme semble cependant doté de nombreuses significations. Pour le Groupe multiprofessionnel sur les questions pénitentiaires (GMQP), qui se donne pour but de « Critiquer », d'« Agir » et de « Décroisonner », il recouvre une démarche de mise en relation entre les différents intervenants présents en détention : « Les professionnels du système pénitentiaire sont réduits à l'impuissance. Ils travaillent isolément ; ils s'épuisent, chacun dans sa petite sphère [...] Il fallait se dégager d'un tel climat, se retrouver en dehors des institutions pour se parler, redire et raconter la prison »<sup>5</sup>. L'association offre à des individus isolés dans leur pratique professionnelle et confrontés à des contraintes similaires l'opportunité de se rencontrer et d'initier une démarche commune. Elle représente ainsi, selon son fondateur, « un

<sup>1</sup> « Journées de médecine pénitentiaire de Marseille », *Instantanés criminologiques*, n°12, 1971, p.22.

<sup>2</sup> MOREAU, « Médecin de prison : un "civil" à tout faire au royaume de l'absurde », *Tonus*, 14/08/1972.

<sup>3</sup> COLIN Marcel, « Introduction », *Cahiers Laënnec*, n°2, juin 1971, p.4.

<sup>4</sup> Cf. Chapitre 2 - Section 1-2 : « De la revendication du droit à la mobilisation des professionnels de la prison ».

<sup>5</sup> *Groupe multiprofessionnel sur les questions pénitentiaires*, op.cit., p.11.

lieu de communication qui permet de décroisonner la vie professionnelle de chacun » au-delà des secteurs d'intervention respectifs (médical, éducatif, associatif, etc.)<sup>1</sup>. C'est dans l'objectif d'un décroisonnement que les membres du GMQP tentent d'entrer en contact avec le directeur d'établissement, le juge d'application des peines ou encore le procureur général de Lyon.

D'une façon semblable, le Groupe multiprofessionnel des prisons de Paris (GMP) rassemble des travailleurs de la Justice pénale, exerçant « avant, pendant et après la prison », « réunis pour essayer de décroisonner le système » (*Bulletin du GMP*, n°3, 05/1975). Contrairement à son équivalent lyonnais, le GMP choisit de s'institutionnaliser à travers une structure associative. En outre, tandis que le GMQP conserve une ambition locale, l'association parisienne ambitionne de promouvoir le décroisonnement à une échelle nationale, voire européenne. Passant outre les cloisonnements imposés par l'institution, le GMP édite ainsi un bulletin constitué essentiellement de documents administratifs (une circulaire relative à la délivrance de certificats de travail aux libérés ou le règlement intérieur des prisons de Fresnes) afin d'informer les différents professionnels exerçant en milieu carcéral<sup>2</sup>. Outre cette coopération entre professionnels de la Justice également présente au sein du groupe lyonnais, le GMP voit dans le « décroisonnement » un moyen de questionner le rôle de l'institution carcérale. Afin de « décroisonner prison et opinion » et de remédier ainsi au « fossé d'incompréhension dû à l'immense méconnaissance » qui sépare les victimes des coupables, l'association participe à plusieurs émissions télévisées au cours desquelles la prison est présentée comme une réalité quotidienne, et ce à l'encontre de la représentation dominante : « un continent lointain qui ne concernerait que quelques initiés ». Le décroisonnement, entendu ici comme l'abattement du « mur de la mise à l'écart », aboutirait à terme à « la "disparition de la prison" » (*Bulletin du GMP*, 07-08/1975). Pour le GMP, le décroisonnement est ainsi un mouvement opéré entre les différents intervenants de la détention mais aussi entre le dedans et le dehors afin de mettre fin à l'isolement qui caractérise l'institution carcérale.

Revendication des médecins pénitentiaires puis mot d'ordre des associations de professionnels de la prison, le « décroisonnement » est simultanément un objet de réflexion des sciences pénitentiaires dans le cadre de la recherche de nouvelles politiques pouvant porter remède au constat d'échec de la prison formulé alors. Au cours de la première séance

<sup>1</sup> LOCHEN Axel, « Le Groupe Multiprofessionnel sur les Questions pénitentiaires », *Esprit*, 11/1979, p.67.

<sup>2</sup> Cette dimension informative semble très appréciée des lecteurs du *Bulletin* comme en témoignent quelques courriers. Une avocate affirme ainsi qu'elle souhaite se « servir de [la] circulaire sur les suicides pour défendre un dossier. Continuez à nous donner des documents de ce type, cela nous est très utile... » tandis qu'un aumônier écrit : « Votre bulletin est très bon. Continuez surtout à publier des documents. Les baratins on sait les faire. Les documents on ne peut pas se les procurer » (*Bulletin du GMP*, n°4, 07-08/1975).

consacrée par la Société générale des prisons (SGP)<sup>1</sup> au thème du « décroïsonnement de l'Administration pénitentiaire », le rapporteur, Jacques Vérin, souligne que puisque « le dépeuplement souhaitable des prisons sera fort long », il est utile d'« étudier les moyens d'améliorer la situation pénitentiaire actuelle, tout en évitant que les solutions proposées ne contribuent à pérenniser la prison. L'un de ces moyens, que l'on a souhaité mettre à l'étude au cours des prochaines réunions de notre société, a été baptisé, non sans beaucoup d'hésitation, le décroïsonnement de l'Administration pénitentiaire, appellation qui laisse un peu perplexe »<sup>2</sup>. Au cours de son exposé, ce magistrat, secrétaire général de la Société internationale de criminologie, attribue à cette notion une définition sensiblement différente de celle des militants de la cause carcérale. « Bien qu'elle s'appuie aussi sur la nocivité et l'incongruité de cette coupure avec la société que constitue l'emprisonnement », la notion de décroïsonnement ne désigne pas pour Jacques Vérin, qui prend l'exemple des prisons anglaises<sup>3</sup>, la coupure instaurée avec la vie extérieure mais la responsabilité des autres ministères dans la prise en charge des détenus : « Elle ne s'adresse pas tant à l'Administration pénitentiaire qu'à la société elle-même et aux autres administrations publiques [...] Ainsi, ce que nous entendons par décroïsonnement, c'est un rappel de tous les services de la société à leurs responsabilités dans le "traitement" des délinquants condamnés »<sup>4</sup>. Si le rapporteur observe que le détenu malgré l'incarcération « n'en continue pas moins à faire partie de la société », c'est pour conclure à « une véritable responsabilité qui demeure à la charge de chaque service public ». Ainsi, au terme de cette conception de l'incarcération, chaque ministère se verrait rappeler sa responsabilité dans le traitement des détenus, de sorte que l'existence d'une administration spécialisée ne les conduise pas à s'en désintéresser. La santé serait d'ailleurs l'un des secteurs « privilégiés » de cette politique selon Jacques Vérin :

*« L'autarcie pénitentiaire présente ici des dangers évidents qui ont été maintes fois dénoncé dans tous les pays : danger d'une médecine coupée des courants scientifiques et ne profitant pas des avancées réalisées à l'extérieur, danger d'une médecine au rabais tenant à la pénurie chronique des moyens, tenant a priori les malades pour des simulateurs [...] Il conviendrait que le ministère de la Santé se sente responsable de la santé des détenus comme de tous les autres habitants du pays et décide, de concert avec les autorités pénitentiaires, de l'organisation des soins la mieux adaptée à la situation particulière des détenus »<sup>5</sup>.*

<sup>1</sup> Fondée en 1877, la SGP est une « association d'initiative gouvernementale » qui va servir de laboratoire d'idées aux différentes réformes pénitentiaires notamment pendant la période républicaine (Cf. KALUSZYNSKI Martine, « Réformer la société. Les hommes de la Société générale des prisons 1877-1900 », *Genèses*, Etatisations, n° 28, sept. 1997, pp.75-93).

<sup>2</sup> « Le décroïsonnement de l'administration pénitentiaire et des autres administrations publiques », *RPDP*, 01-03/1974, p.12.

<sup>3</sup> Dans son allocution, Jacques Vérin cite l'exemple la prise en charge de la lecture en prison en Grande-Bretagne où « l'autorité municipale continue à considérer les détenus comme des lecteurs auxquels elle fournit les mêmes services qu'à tout autre habitant » (*Ibidem*, p.16).

<sup>4</sup> *Ibidem*, p.14.

<sup>5</sup> *Ibidem*, p.18.

Ce décloisonnement, qualifié d'« horizontal » par Jean Pinatel<sup>1</sup>, qui consiste à attribuer à chaque ministère le champ de compétence qui lui appartient, présente cependant deux risques aux yeux des participants. Est tout d'abord défendue l'idée que la question carcérale formerait un tout qu'on ne pourrait découper en autant de spécialités (social, sanitaire, éducation, travail) au risque d'en perdre la cohérence. C'est ainsi que Paul Amor, premier DAP à la Libération, justifie son opposition « au dessaisissement de l'Administration pénitentiaire au profit d'autres administrations » : « L'Administration pénitentiaire forme un ensemble : il n'apparaît guère possible d'en détacher telles ou telles branches pour en confier la responsabilité à d'autres administrations »<sup>2</sup>. Pour prévenir cette objection, Jacques Vérin observe que les différents ministères ne seraient pas pour autant « maîtres de leurs décisions » puisque leur intervention s'exercerait sous la tutelle d'une « autorité coordinatrice spécialisée », le décloisonnement ne pouvant ainsi être assimilé à une « dépossession » de l'Administration pénitentiaire<sup>3</sup>.

Est d'autre part soulevé le risque de déclassement des surveillants qu'entraînerait ce transfert de compétence. Ainsi, lors d'une séance consacrée au décloisonnement des activités éducatives et culturelles, le rapporteur, M. Laplace, se demande « si le caractère "gratifiant" de la mise en œuvre de ces activités doit être refusé au personnel de l'Administration pénitentiaire »<sup>4</sup>. Au-delà de la (dé)valorisation du métier de surveillant, la question sous-jacente au débat est de déterminer si la spécificité du secteur pénitentiaire justifie que tous les personnels travaillant en prison relèvent du ministère de la Justice. Bien que les participants s'accordent à reconnaître l'utilité d'une intervention extérieure, beaucoup mettent en avant le risque d'incompétence ou de désintérêt des autres ministères à l'égard des détenus. Remémorant les conditions de création d'un corps d'infirmières et d'assistantes sociales pénitentiaires à la Libération, Paul Amor conclut que « le nombre de détenus –30.000– est trop faible par rapport à l'ensemble de la population française pour que ces administrations attachent un grand intérêt à la population pénale », avant d'ajouter qu'il est « opposé au dessaisissement de l'Administration pénitentiaire au profit d'autres administrations pour tel ou tel domaine particulier »<sup>5</sup>. Jacques Vérin écarte une nouvelle fois cette objection en soulignant que le décloisonnement « ne consisterait pas, pour un autre service public, à fournir un contingent de ses propres spécialistes à l'administration pénitentiaire mais, ce qui

<sup>1</sup> Jean Pinatel (1913-1999) fut à la croisée du monde de la haute fonction publique, en tant qu'Inspecteur général de l'administration au ministère de l'Intérieur, et du monde de la recherche en tant que criminologue et Président de la société internationale de Criminologie.

<sup>2</sup> *Ibidem*, p.23.

<sup>3</sup> *Ibidem*, p.20.

<sup>4</sup> « L'organisation des activités éducatives et culturelles dans les établissements pénitentiaires doit-elle relever exclusivement de l'administration pénitentiaire ? », *RPDP*, n°1, 01-03/1975, p.18.

<sup>5</sup> « Le décloisonnement de l'administration pénitentiaire... », *art.cit.*, p.24.



représenterait un effort bien plus considérable, à procéder à une réflexion commune débouchant sur la formation appropriée du personnel même de l'administration pénitentiaire »<sup>1</sup>.

Ainsi, si tous les participants semblent partager l'idée, exprimée par Marc Ancel, que les pouvoirs publics doivent conduire l'opinion à considérer que c'est la société toute entière qui est concernée, qui doit prendre en charge les détenus pour les ramener en son sein »<sup>2</sup>, ce consensus recouvre de fortes divergences quant à la forme que doit prendre ce « décroisonnement ». Tandis que certains sont favorables à l'intervention du personnel des différents ministères, d'autres jugent préférable la formation des membres de la DAP. Initialement présenté comme un transfert de compétence, le décroisonnement serait alors un moyen de mettre à contribution les autres administrations afin de pallier les carences, notamment budgétaires, de l'Administration pénitentiaire.

Plus qu'un désintérêt pour le monde carcéral, les intervenants, et notamment Paul Amor lorsqu'il évoque l'intervention de la Croix-Rouge en 1945, craignent peut-être que l'Administration perde le contrôle de ceux qui interviennent dans ses murs. En effet, la création des premiers postes d'infirmières à la Libération avait posé avec acuité le problème de leur indépendance statutaire<sup>3</sup>. Au sujet du décroisonnement de la médecine pénitentiaire, M. Schweitzer s'inquiète d'ailleurs sur le « droit de contrôle de l'Administration pénitentiaire sur le choix des médecins » : « Si on laissait carte blanche aux C.H.U l'administration n'aurait plus son mot à dire et, à la limite, si le secrétaire général du C.A.P ou du GIP avait la qualité de médecin, il pourrait ainsi avoir ses entrées dans un établissement pénitentiaire »<sup>4</sup>. Face aux inquiétudes des participants, Jacques Vérin tient d'ailleurs à rappeler qu'il n'est pas question à travers le décroisonnement que le ministère de la Justice se dessaisisse au profit de services extérieurs :

*« Ce n'est pas du tout ce que nous envisageons. L'Administration pénitentiaire restera maîtresse chez elle, mais nous entendons placer les autres services publics en face de leurs responsabilités de façon qu'ils se sentent concernés, eux aussi, par les problèmes des prisonniers [...] Ce que nous souhaitons, c'est faire disparaître le réflexe qui conduit à dire : "C'est un délinquant, son sort concerne l'Administration pénitentiaire, il ne nous regarde plus" »<sup>5</sup>.*

Au cours de la réunion, Jean Pinatel défend pour sa part un décroisonnement « vertical » selon lequel chaque ministère serait intégralement compétent pour l'exécution des peines selon les publics concernés : les détenus toxicomanes ou mentalement anormaux seraient placés dans

<sup>1</sup> *Ibidem*, p.20.

<sup>2</sup> « L'organisation des activités éducatives et culturelles... », *art.cit.*, p.27.

<sup>3</sup> Annexe 16 : « Les craintes de la Pénitentiaire face à un regard médical extérieur : les premières infirmières Croix-Rouge en détention ».

<sup>4</sup> « Le décroisonnement médico-hospitalier du service de santé pénitentiaire ; Séance de section du 27 avril 1974 », *RPDP*, 7/09/1974, p.376.

<sup>5</sup> « Le décroisonnement de l'administration pénitentiaire... », *art.cit.*, p.30.

des établissements relevant exclusivement du ministère de la Santé, les pénitenciers agricoles seraient sous l'autorité du ministère de l'Agriculture et les prisons-écoles sous l'autorité de l'Education nationale<sup>1</sup>. Un visiteur de prison propose enfin de mettre fin à « un cloisonnement qui est une source de problèmes pour beaucoup de détenus : la privation de rapports sexuels »<sup>2</sup>.

Suffisamment vague pour permettre l'émergence d'un consensus, l'expression de « décroisonnement » est critiquée par tous les membres de la Société générale des prisons du fait de son ambiguïté. Tandis qu'une intervenante, M<sup>elle</sup> Marx, juge le terme « dangereux » en raison de son sens littéral, le magistrat Georges Levasseur remarque qu'il « peut laisser penser qu'il s'agit de faire tomber les murs et les portes des prisons pour permettre des échanges dans tous les domaines, y compris dans le domaine sexuel »<sup>3</sup>. Si cette expression est employée, c'est parce que, conclut le secrétaire général Bernard Dutheillet-Lamonthézie, aucune autre n'a été trouvée pour la remplacer.

Initialement apparu en tant que revendication des médecins pénitenciers, le terme de « décroisonnement » s'étend progressivement pendant le milieu des années soixante-dix à l'ensemble de l'institution carcérale dans deux cadres distincts. Conçu comme un moyen de redonner à la peine tout sa légitimité par les sciences pénitenciers, le décroisonnement devient le mot d'ordre de professionnels désireux d'échapper à l'hégémonie de l'Administration pénitentiaire, voire pour certains de mettre fin à l'incarcération elle-même. Cette pluralité de sens explique peut-être que ce terme ne soit pas réemployé par le ministère de la Justice dans la description de la nouvelle politique pénitentiaire giscardienne, les expressions « désenclavement » et « ouverture » étant ainsi privilégiées par les autorités politiques. L'idée sous-jacente dans le discours libéral prononcé par Jean Taittinger que la prison « fait partie intégrante de la société » est qualifiée de « désenclavement » (*LM*, 9/03/1974). Lors de la réforme voulue par Valéry Giscard d'Estaing, et dont l'une des mesures clefs est la suppression de la communication du casier judiciaire à l'employeur qui en fait la demande, Philippe Boucher remarque ainsi que « schématiquement, il s'agit de "désenclaver" la prison, de la réinsérer dans l'ensemble pénal de protection sociale dont elle n'aurait jamais dû être écartée » (*LM*, 31/07/1974). Le garde des Sceaux, Jean Lecanuet, décrit dans des termes proches cette idée d'ouverture de la société face aux détenus : « Ce que tout le monde doit comprendre, c'est que la prison n'est pas en dehors de la Cité, mais qu'elle fait partie de la Cité ; que les détenus sont [...] des hommes qui ne sont pas foncièrement différents des autres. Les détenus ne doivent pas être considérés comme des "exclus" » (*La*

<sup>1</sup> « Le décroisonnement de l'administration pénitentiaire... », *art.cit.*, p.22.

<sup>2</sup> *Ibidem*, p.24.

<sup>3</sup> *Ibidem*, p.27.

*Croix*, 9/08/1974). Quelques années plus tard, son successeur, Alain Peyrefitte, déclare que « l'ouverture de la prison sur l'extérieur est l'une des conditions indispensables pour la réalisation de toute politique de réinsertion sociale » (*LM*, 12/11/1977). Bien que réduite à sa plus simple expression, il semble que l'idée d'ouverture ou de désenclavement puise ses origines dans la réflexion apparue dans la première moitié des années soixante-dix sur le décroïsonnement de l'institution carcérale sans pour autant que celle-ci soit érigée en nouveau référentiel, au sens de B. Jobert et de P. Muller, de la politique pénitentiaire. Le fait que le « décroïsonnement » ne devienne le mot d'ordre du ministère de la Justice que lors de l'accession de la gauche au pouvoir en 1981 souligne les connotations politiques de ce terme, peut-être considéré comme trop polémique car revendiqué par certains militants de la cause carcérale. En dépit d'une certaine ouverture de la prison à la société, que concrétise la réforme de la condition pénitentiaire de 1974, l'idée d'un transfert de responsabilité de certaines compétences à d'autres ministères fait l'objet de vives controverses au sein de l'Administration pénitentiaire, comme en atteste le projet de réforme, ajourné, de la médecine pénitentiaire.

## ***2. La défense d'une médecine pénitentiaire spécifique et l'échec du projet de « décroïsonnement total » de l'organisation des soins***

*« Cette médecine s'adresse à une population pénale nombreuse qui tôt ou tard réintégrera la société. Elle ne doit donc pas être spécifique mais au contraire s'intégrer autant que possible dans l'ensemble du dispositif médico-social de la communauté nationale ou, à tout le moins, être aussi proche que possible de celle dont bénéficie l'ensemble du corps social. Dans cette optique le ministère de la Justice en liaison avec le Ministère de la Santé a mis à l'étude une formule de décroïsonnement de la médecine pénitentiaire qui consisterait à intégrer celle-ci dans les structures hospitalières générales ou hospitalo-universitaires afin de parvenir à une meilleure distribution des soins médicaux »<sup>1</sup>.*

Tandis que le terme de « décroïsonnement » n'est pas utilisé par le ministère de la Justice et par les différents commentateurs pour décrire la politique carcérale, il s'impose progressivement en matière d'action sanitaire. Lors de l'annonce, durant l'été 1974, de la réforme pénitentiaire, le ministère annonce « un décroïsonnement de la médecine préventive en prison par convention ou intégration avec la santé publique » (*LM*, 09/08/1974). La même expression figure d'ailleurs dans la circulaire d'application de la loi : « Il s'agit d'insérer la médecine de la prison dans l'ensemble des structures médicales de la Cité. Tel est le sens de l'opération de "décroïsonnement" actuellement projetée »<sup>2</sup>. Enfin, le rapport d'activité de l'Administration pénitentiaire de 1977 remarque qu'« il importe que la médecine pénitentiaire ne soit pas cloisonnée et qu'elle s'insère autant que possible dans le dispositif public de

<sup>1</sup> Bureau des méthodes et de la réglementation, « Note sur la situation sanitaire dans les établissements pénitentiaires », mai 1976, 17 pages (CAC. 19960136. Art.112. M0. Généralités).

<sup>2</sup> Circulaire de la DAP en date du 23/08/1974, *RPDP*, 01-03/1975, p.118.

santé »<sup>1</sup>. La répétition de cette formule contraste alors avec l'absence de précisions apportées quant au contenu de cette réforme.

Le projet d'une réforme visant à « décloisonner » la médecine pénitentiaire semble avoir été défendu par la secrétaire d'Etat à la condition pénitentiaire<sup>2</sup>. Elle-même médecin du travail, Hélène Dorlhac de Borne semble soucieuse de l'autonomie des soignants travaillant en prison. Ses propos lors du congrès de 1975 en attestent : « Gardez-vous, mes chers confrères, de perdre votre indépendance, gardez-vous des pressions, n'oubliez pas que vous êtes médecins et que vous ne devez de compte qu'à votre seule conscience [...] Vous devez pouvoir exercer votre profession dans des conditions matérielles dignes de la médecine. La médecine pénitentiaire ne doit pas souffrir dans sa qualité des murs, des grilles, des clefs »<sup>3</sup>. Dans le projet de cette revalorisation de l'exercice médical en prison, elle évoque le « décloisonnement » : « Dans le but d'améliorer les soins donnés en milieu carcéral, et dans le cadre du "décloisonnement" de la médecine pénitentiaire, il va être proposé de placer l'ensemble des médecins [...] sous des statuts étroitement inspirés de ceux qui régissent le personnel hospitalier en général »<sup>4</sup>.

S'il est régulièrement cité dès le milieu des années soixante-dix, le décloisonnement de la médecine pénitentiaire demeure cependant une notion floue. Initialement présenté comme une revendication des praticiens exerçant en prison, il ne se traduit que difficilement dans une réforme administrative. Un document datant de 1975 établit cependant un projet de révision du statut des praticiens pénitentiaires adopté en 1972<sup>5</sup>. Après avoir rappelé qu'« il est incontestable que ce document a apporté une amélioration sensible à la situation de ces médecins », la note précise que ce texte « n'a aucune valeur légale, réglementaire ou contractuelle, qu'il n'est qu'un "modus vivendi" établi entre les deux parties en présence et qu'il représente bien des inconvénients »<sup>6</sup>. Outre le fait que le recrutement des médecins soit laissé au « libre choix de l'administration », le texte met en avant l'absence de « base médicale valable » au mode de calcul de la rémunération des médecins permettant par exemple d'accorder à un praticien pénitentiaire cinq cents cinquante vacations de trois heures par an contre trois cent douze pour un médecin hospitalier intervenant tous les jours.

<sup>1</sup> « Conseil supérieur de l'Administration pénitentiaire », *RSCDPC*, 1978, n°4, p.902.

<sup>2</sup> Aucun carton d'archive n'a été trouvé sur ce projet de réforme. Celui-ci est, par conséquent, présenté à l'aide de sources éparées et lacunaires.

<sup>3</sup> DAP, *Deuxièmes journées européennes de médecine pénitentiaire*, Imprimerie Administrative de Melun, « Etudes et documentation », 1976, p.17.

<sup>4</sup> « Colloque du centenaire de la société générale des prisons », *RPDP*, 1976, n°4, p.660.

<sup>5</sup> Cf. Encadré : « Un statut des médecins comme réponse à leur responsabilité médicale ».

<sup>6</sup> DAP, « Note sur les médecins », 1975. Document dactylographié, 21 pages. Archives internes DAP.

Au-delà des règles officielles<sup>1</sup>, il semblerait alors que la détermination du nombre de vacations soit des plus fantaisistes et réponde davantage au besoin de satisfaire la demande de tel ou tel praticien. En atteste une note interne à la DAP demandant au sujet d'un généraliste de Fleury d'« ajuster le nombre de vacations du docteur de manière à lui consentir une indemnité annuelle de 6.000 francs »<sup>2</sup>. Mais outre le principe même de la vacation<sup>3</sup>, certains médecins contesteraient le taux de ces vacations, alignées sur la rémunération des services de prévention médico-sociale ne tenant ainsi pas compte de « l'état sanitaire de la population pénale et la fréquence de la surveillance médicale à laquelle cette population doit être soumise ». La non-reconnaissance d'une médecine de soins explique que « ces praticiens ont l'impression d'être considérés comme "des parents pauvres" de l'Administration pénitentiaire ». C'est pour répondre à ces griefs que la note propose à terme le « rattachement de la médecine pénitentiaire à la médecine hospitalière ».

Une réflexion interne à l'Administration pénitentiaire s'élabore à la fin de l'année 1974 comme le révèle une note portant sur « la réforme du statut de la médecine pénitentiaire »<sup>4</sup>. Intitulé « le décroisement de la médecine pénitentiaire », ce document souligne le caractère indéterminé de la politique sanitaire en prison qui fait alors consensus : « Le gouvernement a retenu parmi les éléments de la réforme pénitentiaire, le "décroisement de la médecine pénitentiaire". Le sens de l'opération est clair sans que pour autant son contenu ait été précisé : il s'agit de mettre fin à la spécificité de la médecine pénitentiaire dont la qualité ne s'est pas affirmée ». S'il est alors question de l'échec de la définition de la médecine pénitentiaire en tant que nouvelle spécialité, c'est probablement en raison des critiques qui lui sont adressées depuis quelques années.

Au-delà de l'idée que l'organisation des soins aux détenus doit désormais s'ouvrir au système public de santé, le statut des médecins intervenant en prison fait débat. La note prévoit, par exemple, que les hôpitaux pénitentiaires, comme Fresnes ou les Baumettes, ainsi que les « centres de soin » de capacité plus réduite soient intégrés au système hospitalier. A l'occasion d'une séance de la Société générale des prisons (SGP) consacrée au « décroisement médico-hospitalier du service de santé pénitentiaire », le Dr Petit présente la réforme de l'Hôpital de Fresnes et des Baumettes comme une nécessité :

<sup>1</sup> Le nombre de vacations accordé à chaque médecin est censé être calculé selon les normes suivantes : Nombre de détenus dans l'établissement \* 9 (nombre moyen de consultations par an et par détenu), le tout divisé par 4 (nombre de détenus examinés par vacation horaire).

<sup>2</sup> Note de M. Daeschler à M. Bonney datée du 14/06/1968 (CAC.199405111. Art.90).

<sup>3</sup> Le nouveau statut des médecins pénitentiaires impose le paiement à la vacation pour tous les praticiens, certains disposant d'un régime antérieur plus avantageux refusant ainsi de le signer (CAC. 199405111. Art.90).

<sup>4</sup> DAP, « Le décroisement de la médecine pénitentiaire. Orientations », 1974. Document dactylographié, 3 pages (CAC. 19960136. Art. 112. (E4580). M1 : Organisation sanitaire)

*« Il y a fort longtemps que l'on parle, mais avec timidité, du décloisonnement médico-hospitalier du service de santé pénitentiaire. Pour ma part, j'en ai lancé l'idée voici cinq à six ans [...] Au moment où l'administration parle de milieu ouvert, elle se doit de favoriser cette "ouverture médicale" qui devient une nécessité évidente. L'heure de l'isolationnisme a vécu [...] L'hôpital central des prisons de Fresnes sera "catégorisé" comme n'importe quel autre hôpital et rattaché à un C.H.U [...] En conclusion, j'estime nécessaire le décloisonnement du système sanitaire pénitentiaire actuel et son ouverture aux structures hospitalières et universitaires, dans le sens d'une intégration réciproque (applaudissements) »<sup>1</sup>.*

Les petites infirmeries, « du type de celle que comporte tout établissement », conserveraient en revanche un statut pénitentiaire. Le document envisage cependant qu'en cas d'affiliation des détenus à la Sécurité sociale, le système des médecins vacataires soit abandonné au profit du « droit commun de la médecine en milieu ouvert ». Lors de la réunion du 28 novembre 1974 qui rassemble le directeur de l'Administration pénitentiaire, Jacques Mégret, le Médecin-inspecteur Solange Troisier ainsi que sept magistrats détachés à la DAP<sup>2</sup>, l'orientation de cette note est cependant remise en cause, et ce, pour des raisons de sécurité, si l'on en croit le compte-rendu :

*« La discussion s'engage ensuite sur la question principale des rapports qui pourront s'instaurer dans le système proposé, entre les autorités médicales et le personnel de l'Administration pénitentiaire chargé notamment de la sécurité. Il paraît finalement difficile de concilier les deux impératifs dans le cadre du décloisonnement total qui a été envisagé, car si tous les personnels sont soumis au statut des hôpitaux publics, il est à craindre qu'il ne se développe en leur sein une autonomie qui risque de les faire échapper complètement au contrôle de l'Administration pénitentiaire »<sup>3</sup>.*

Afin de conserver une autorité sur les personnels au sein des hôpitaux pénitentiaires, au « décloisonnement total » de ces établissements, c'est-à-dire leur intégration au système hospitalier, est préféré « le principe du décloisonnement limité au personnel médical au sens strict, ce qui signifie que seuls les médecins et les internes seraient recrutés et auraient le statut des médecins des hôpitaux publics ». A l'inverse, tandis que la note envisageait de maintenir le système de vacations pour les petits établissements, majoritaires, il est décidé que toutes les infirmeries soient rattachées sous la forme de conventions à l'hôpital public le plus proche. Il reviendrait alors « aux responsables hospitaliers de prendre en charge les soins et la médecine de dispensaire notamment en déléguant périodiquement un interne chargé d'effectuer les visites de routine et de requérir un médecin si le besoin s'en fait sentir ». Le décloisonnement de la médecine pénitentiaire, et sa disparition, évoqués dans la note sont ainsi écartés au profit d'un système mixte où le contrôle des hôpitaux pénitentiaires apparaît alors plus important que le reste des établissements. Tout transfert de tutelle au profit du ministère de la Santé est écarté. Pourtant, certains magistrats de la Chancellerie semblent y

<sup>1</sup> « Le décloisonnement médico-hospitalier du service de santé pénitentiaire ; Séance de section du 27 avril 1974 », *RPDP*, 7/09/1974, pp.363-369.

<sup>2</sup> Sont présents M.M. Daeschler, Dinthillac, Erbès, Favard, Massy, Nicot, Portheault.

<sup>3</sup> DAP, « Mémoire de la réunion du 28 novembre 1974 au sujet de la réforme du statut de la médecine pénitentiaire ». Document dactylographié, trois pages (CAC. 19960136. Art. 112. (E4580). M1).

être favorables, tel que M. Philippe Daeschler, chef de bureau des affaires financières de la DAP :

*« On a commis une grave erreur en faisant de l'Administration pénitentiaire une institution à part ayant ses règles spécifiques. Il faut aujourd'hui la réintégrer, ainsi que les détenus, dans la nation. De même que l'on fait déjà appel dans les prisons à des instituteurs de l'Education nationale et à des moniteurs d'éducation physique de la Jeunesse et des Sports, on devra, tôt ou tard, abolir la médecine pénitentiaire et insérer les détenus dans le régime général de la Sécurité sociale » (RPDP, 07-09/1974).*

« Abolir la médecine pénitentiaire », tel semble être ce à quoi s'oppose alors le Médecin-inspecteur. Désireuse d'être à la tête d'une nouvelle spécialité médicale, Solange Troisier voit probablement dans le projet de décroisonnement en voie de discussion un obstacle à ses ambitions<sup>1</sup>. Elle propose ainsi lors du congrès de 1975 de « revaloriser la médecine pénitentiaire, non pas en la décroisonnant vers la Santé publique, car nous serions totalement absorbés par celle-ci et nous perdriions notre caractère spécifiquement pénitentiaire, mais en l'ouvrant vers les normes des hôpitaux de deuxième catégorie »<sup>2</sup>. Ainsi, plutôt que de faire disparaître la médecine pénitentiaire en lui ôtant son caractère spécifique, le Médecin-inspecteur propose d'en faire un service de pointe en le calquant sur les normes hospitalières alors en voie de définition. Elle tente pour cela d'entrer en contact avec le ministère de la Santé et notamment avec Myriam Ezratty<sup>3</sup>, conseillère technique de Simone Veil elle-même sensibilisée à la question des prisons<sup>4</sup>, à qui est confié le dossier de la médecine pénitentiaire. Désireuse d'entreprendre des réformes, cette dernière se heurte rapidement aux projets de Solange Troisier, dont elle désapprouve aussi bien les idées que la méthode :

*« Le premier dossier que m'avait donné son directeur de cabinet, Dominique Le Vert, était sur la médecine pénitentiaire. Premier essai, je n'ai pas réussi réellement à quoi que ce soit parce que le ministère de la Justice ne s'intéressait pas du tout à cet aspect à cette époque. Et régnait sur la prise en charge médicale des détenus l'inspectrice générale Solange Troisier. Son principal souci à l'époque dans ses relations avec le ministère de la Santé, je me rappelle, était de créer près de Marseille un lieu pour y coller les jeunes drogués. Moyennant quoi on n'a pas, pour un tas de raisons, et des raisons éthiques, prêter la main en quoi que ce soit, et moi notamment, pour aider à ce projet qui me paraissait ni réaliste, ni déontologiquement [...] Solange Troisier était un personnage... très complexe ! Mais en même temps, par certains côtés, je ne dis pas insupportable. Mais elle vivait*

<sup>1</sup> Cf. Chapitre 3: « Tentatives et limites de spécialisation d'une activité médicale controversée ».

<sup>2</sup> DAP, *Deuxièmes journées européennes de médecine pénitentiaire*, op.cit., p.22.

<sup>3</sup> Magistrat, Myriam Ezratty a occupé différentes fonctions à la Chancellerie, où elle est rentrée en 1959, notamment à la direction de l'Education surveillée et la direction des Affaires civiles. Elle fut Conseiller technique de 1974 à 1978 au cabinet de Simone Veil, ministre de la Santé, l'une de ses amies d'enfance, avant d'être nommée en juin 1978 à la Cour d'appel de Paris. En 1981 elle devient directrice de l'Education surveillée avant d'être nommée en 1983 directrice de l'Administration pénitentiaire (*Le Monde*, 13/04/1983).

<sup>4</sup> Née en 1927, Simone Veil entreprend, à son retour de Bergen-Belsen, des études de droit. Elle passe le concours de la magistrature et est affectée à l'Administration pénitentiaire en 1956 avant de passer en 1964 aux Affaires civiles où elle s'occupe d'adoption. En 1969, elle entre comme Conseiller technique au cabinet de René Pleven. Son fils, Nicolas Veil, fut par ailleurs interne à la prison de Fresnes dans les années soixante-dix. Dans son autobiographie elle décrit la manière dont elle fut scandalisée lors de sa prise de poste à la DAP par la dureté des conditions de détention avant de conclure : « Sans doute à cause de ce que j'avais subi en déportation, j'ai toujours développé une sensibilité extrême à tout ce qui, dans les rapports humains, génère humiliation et abaissement de l'autre. Détestant la promiscuité physique autant que l'aliénation mentale, je ne pouvais que me considérer que comme une sorte de militante des prisons » (VEIL Simone, *Une vie*, Paris, Stock, 2007, 398p.)

*autour d'elle-même, elle tenait énormément à son emprise. Elle était très soutenue en plus, elle, politiquement et je faisais très attention à ne pas trop la mêler »<sup>1</sup>.*

Outre son projet de centre pour toxicomanes incarcérés, jamais mis à l'étude, le Médecin-inspecteur a pour ambition de moderniser les hôpitaux de Fresnes et des Baumettes. Consciente en effet du problème que les hospitalisations représentent pour le ministère de la Justice<sup>2</sup>, Solange Troisier propose d'établir une « concertation tripartite entre les ministères de la Justice, de la santé et de l'intérieur » (*QDM*, 15/12/1975) ou encore de « jeter un pont entre les ministères de la Justice et de la Santé en créant un hôpital réservé aux prisonniers mais dépendant entièrement de la Santé publique » (*Le Point*, 15/12/1975). Le placement des détenus dans des services sécurisés, surveillés par des membres de l'Administration pénitentiaire, présente l'avantage de ne pas recourir aux forces de police dont le coût est en grande partie responsable de l'augmentation considérable des dépenses de santé qui progressent de 300% entre 1973 et 1979, passant de dix-neuf à soixante-trois millions de francs<sup>3</sup>.

Si Solange Troisier n'abandonne pas la perspective de faire des praticiens exerçant en milieu carcéral des médecins des hôpitaux publics, comme elle l'affirme lors du congrès de médecine pénitentiaire de 1978 (*QDM*, 24/11/1978), ce n'est pas en transférant la compétence sanitaire au ministère de la Santé mais en faisant d'eux l'égal des praticiens hospitaliers. Conçue comme une nouvelle spécialisation médicale, la médecine pénitentiaire, reconnue au niveau universitaire permettrait à ceux qui l'exercent de bénéficier d'un statut hospitalier. Une note de 1975 détaille les modalités de ce projet<sup>4</sup>. Une fois reconnue la qualité de « service de santé » à la DAP, en référence à la loi du 31 décembre 1970 créant le service public hospitalier<sup>5</sup>, les infirmeries pénitentiaires seraient gérées par des attachés, tandis que les hôpitaux de Fresnes et de Marseille deviendraient des hôpitaux publics de 2<sup>ème</sup> catégorie où officieraient des praticiens hospitaliers à temps partiel recrutés par voie de concours. Faute de chefs de service que doivent seconder normalement les attachés, la note propose que le Médecin-inspecteur soit « considéré comme le chef de service médical de tous ces services extérieurs sous l'autorité duquel exerceraient les attachés qui restent néanmoins responsables dans leur secteur d'activité »<sup>6</sup>. Solange Troisier proposerait ainsi la nomination des attachés, l'administration conservant « la possibilité de ne pas renouveler annuellement l'agrément des

<sup>1</sup> Myriam Ezratty, magistrate et directrice de la DAP d'avril 1983 à juillet 1986. Entretien le 8/02/2008, 3H30.

<sup>2</sup> Cf Annexe 17 : « Les hospitalisations civiles : cause et obstacle au "décloisonnement total" de la médecine pénitentiaire »

<sup>3</sup> LALE, « Le personnel pénitentiaire », *RPDP*, 04-06/1981, p.179.

<sup>4</sup> DAP, « Note sur les médecins », 1975. Document dactylographié, 21 pages. Archives internes DAP.

<sup>5</sup> Toute cette note repose sur l'hypothèse que l'Administration pénitentiaire se voit reconnaître la qualité de « service de santé », tout comme la Préfecture de Paris lui a reconnu le statut de service social. C'est ce statut de service de santé qui fut attribué par la loi hospitalière du 31 décembre 1970 à la médecine militaire.

<sup>6</sup> *Ibid.*, p.8.



attachés effectuant moins de trois vacations hebdomadaires » ou de les mettre à pied en cas de faute grave. La note évalue le coût de cette opération à 520.000 francs pour les infirmeries pénitentiaires (soit un surcoût de 20%) et de 1,8 millions de francs pour l'hôpital de Fresnes (au lieu des 230.000 dépensés) et de 1,4 pour Marseille (au lieu des 55.000 francs). Ce surcoût considérable au regard de l'existant apparaît cependant justifié par plusieurs raisons :

*« En conclusion, il n'en demeure pas moins que la mise en place de ces structures médicales nouvelles, que ce soit pour les hôpitaux pénitentiaires ou pour les services d'infirmerie, devrait permettre à l'administration pénitentiaire de réaliser ses objectifs et de poursuivre la politique qu'elle entend mener dans le domaine sanitaire pour faire face à la mission qui lui est confiée. Elle va nécessiter un accroissement sensible des dépenses du moins dans le domaine de l'hospitalisation. Aussi est-il indispensable que des moyens importants lui soient consentis. Cette réforme devrait entraîner l'adhésion du personnel médical, lequel souhaite que sa présence dans les établissements pénitentiaires pour dispenser des soins soit effectivement reconnue et se concrétise par l'octroi d'un statut et d'une rémunération plus importante et suivant l'évolution des traitements de la fonction publique [...] Si dans l'immédiat, la réalisation de cette vaste réforme peut s'avérer onéreuse, elle devrait par contre, permettre à plus long terme des économies substantielles, ne serait-ce que dans le domaine des admissions dans les hôpitaux publics, lesquelles nécessitent en outre, la mise en place de chambres de sûreté et un système de garde dont les contraintes sont de plus en plus lourdes pour la police »<sup>1</sup>.*

Le projet de « décroisonnement total » initialement envisagé se heurte par conséquent à la volonté de Solange Troisier de spécialiser la médecine carcérale, en affirmant son caractère spécifique. Aux termes de ce projet, probablement imaginé par elle, le Médecin-inspecteur serait à la tête d'un service de médecine carcérale ayant un statut hospitalier bien que rattaché à l'Administration pénitentiaire. Son ambition coïncide avec les craintes de la DAP de voir le personnel sanitaire s'autonomiser de la tutelle pénitentiaire. Comme le souligne un cours dispensé par un magistrat à l'Ecole nationale d'administration pénitentiaire (ENAP), l'« étendue et la diversité des attributions conférées aux médecins des établissements pénitentiaires impliquent que l'Administration pénitentiaire ait la maîtrise de leur recrutement »<sup>2</sup>.

L'absence de transfert en faveur du ministère de la Santé s'explique également par la position du ministère de la Santé en la matière. Sollicité au même moment par le garde des Sceaux, la ministre de la Santé, Simone Veil, pose en effet certaines limites à la collaboration de ses services : « Je suis favorable au principe du "décloisonnement" des services de médecine pénitentiaire, mais sa mise en œuvre pour l'ensemble des activités médicales pose un certain nombre de problèmes [...] Cependant, ce principe du "décloisonnement" me paraît d'ores et déjà devoir trouver sa première application dans le domaine des soins aux détenus atteints de troubles mentaux »<sup>3</sup>. Le rattachement des infirmeries aux hôpitaux évoqué au cours de la

<sup>1</sup> *Ibid.*, pp.20-21.

<sup>2</sup> « La médecine en milieu pénitentiaire », cours de l'ENAP, 22/11/1978, p.9. Archives internes DAP.

<sup>3</sup> Lettre du ministre de la Santé au garde des Sceaux du 29/04/1975, 4 pages. Archives internes DAP.

réunion du 28 novembre 1974 est alors repoussé pour des raisons propres au système hospitalier, comme le remarque une note faisant le point de cette réforme :

*« Pour les infirmeries des établissements pénitentiaires [...] il ne semble pas que la formule du décloisonnement de la médecine pénitentiaire puisse en l'état être retenue. En effet, la mise à disposition de l'administration pénitentiaire ou le détachement de personnel de l'hôpital civil le plus proche ne semble pas réalisable en raison de la pénurie actuelle du personnel médical dans les hôpitaux publics et de l'interdiction faite à ce personnel d'intervenir à l'extérieur de l'établissement de soins. La réalisation de cet objectif passe donc nécessairement par la revalorisation de la rémunération des médecins, et la mise à l'étude d'un véritable statut de la médecine pénitentiaire »<sup>1</sup>.*

Les contraintes du système hospitalier, les craintes de la DAP de perdre le contrôle des personnels intervenant dans ses murs rendent nécessaire la spécialisation de l'exercice médical en prison afin d'en faire, et ce conformément aux vues du Médecin-inspecteur, une spécialité médicale reconnue. En revanche, comme le rappelle le courrier de Simone Veil, c'est là où la tutelle pénitentiaire apparaît la plus contestée, en matière de santé mentale, qu'a lieu le « décloisonnement total » initialement imaginé pour la médecine somatique.

### ***3. La contestation de la psychiatrie pénitentiaire et son intégration au dispositif de santé mentale : la réforme de 1977***

Journaliste : « La réforme de la condition pénitentiaire est en bonne voie. C'est du moins ce que disait Hélène Dorlhac hier au conseil des ministres. C'est une action nécessaire mais mal comprise, lui répondait Valéry Giscard d'Estaing. Elle va dans le sens de l'humanisation de notre société. Mais quelle sorte d'humanisation dans les prisons ? C'est un peu la question que l'on a envie de se poser en écoutant François Martzloff, jeune psychiatre qui fut deux ans interne à la maison d'arrêt de La Santé à Paris. Lors d'une thèse récemment présentée à la faculté de médecine de Créteil, il a dénoncé avec vigueur la psychiatrisation insidieuse des prisons. Les prévenus comme les détenus y feraient une consommation importante de produits hypnotiques et autres produits psychosomatiques »<sup>2</sup>.

« L'aspect le plus contesté de la présence médicale en milieu pénitentiaire est l'action psychiatrique », observe un psychiatre hospitalier dans le numéro d'une revue psychiatrique consacrée à la médecine en prison<sup>3</sup>. Cette forte remise en cause s'explique au moins par trois raisons. La psychiatrie pénitentiaire semble tout d'abord davantage exposée à la critique du fait de l'assimilation progressive qui est faite au sein des médias entre, d'une part, les services psychiatriques et, d'autre part, la prescription massive de psychotropes, désignée sous l'appellation de « camisole chimique »<sup>4</sup>. C'est dans le cadre de la condamnation du « scandale des prisons » que cette idée apparaît pour la première fois en 1971. Alors que se déroule la mobilisation en faveur des détenus gauchistes incarcérés, un journaliste remarque que « dans

<sup>1</sup> Bureau des méthodes et de la réglementation, « Note sur la situation sanitaire dans les établissements pénitentiaires », mai 1976, 17 pages (CAC. 19960136. Art.112. M0. Généralités).

<sup>2</sup> « La médecine dans les prisons », France Inter, 13H, 13/11/1975, 10 minutes, Archives INA.

<sup>3</sup> BEAUCHESNE Hervé, « Médecine pénitentiaire », *Perspectives psychiatriques*, n°42, 1973, pp.7-8.

<sup>4</sup> Rappelons une nouvelle fois que la mise en avant des critiques adressées à la prise en charge sanitaire des détenus, ici en matière psychiatrique, ne vise pas à scandaliser le lecteur mais à souligner la pression médiatique s'exerçant sur ce secteur d'action publique indissociable, d'après nous, de sa réforme, ici en 1977.

la population, apparemment normale, des 2000 détenus de la prison de Fresnes, les médecins font distribuer chaque soir 620 doses massives de calmants. Un prisonnier sur trois a droit à sa camisole chimique » (*L'Express*, 24-30/01/1971). Ces accusations s'adressent dans un premier temps à l'ensemble du corps médical travaillant en milieu carcéral, comme en atteste cette description qu'un journaliste médical donne du médecin pénitentiaire : « Sa présence est sécurisante pour la direction de l'établissement : si un détenu est très agité, les moyens de correction brutale étant de moins en moins utilisés, on fait appel au médecin et surtout à sa seringue, véritable camisole chimique plus efficace que toutes les sangles »<sup>1</sup>. A l'inverse, la critique, quelques années plus tard des « psychoflics » par un détenu de Fresnes, atteste du lien de plus en plus ténu établi entre la prescription de psychotropes et la figure du psychiatre :

*« La plupart des "civils" qui travaillent dans les prisons sont sans doute des "braves-gens". Mais la réalité est qu'en majorité ceux-ci sont incapables d'entamer la moindre opposition, aussi dérisoire soit-elle, à l'arbitraire pénitentiaire. Parmi ces gens de "bonne volonté" les psychoflics ne sont pas les moins empressés à nous bassiner à force de répéter qu'ils "font ce qu'ils peuvent"... [...] Dehors ! Cessez de continuer à cautionner l'arbitraire pénitentiaire (et même d'y collaborer le plus souvent) [...] Vous n'avez aucune autorité médicale ici ! »* (*Journal des prisonniers*, n°47, 06/1977).

Cette critique du rôle répressif de la psychiatrie est peut-être à mettre en lien avec la contestation dont est l'objet à cette époque le savoir psychiatrique en cours d'institutionnalisation<sup>2</sup>. Asiles et prisons ne feraient ainsi, du point de vue de leurs détracteurs, plus qu'un dans la tentative de normaliser et de psychiatriser les individus contestataires. Ce discours s'appuie notamment sur la critique des « asiles pénitentiaires » italiens<sup>3</sup> ou encore sur l'usage politique de l'internement psychiatrique dans le régime soviétique : « Ainsi, comme en Russie, nous voici engagés en France sur la voie trop large et trop facile de la détention de type psychiatrique. La brutalité physique cède peu à peu le pas à la violence médicale et psychique »<sup>4</sup>. C'est dans ce contexte que les militants de la cause carcérale dénoncent la « superposition » des institutions psychiatriques et pénitentiaires. Le GMP regrette ainsi, à l'occasion du suicide d'un détenu dans une cellule d'un CMPR, que les deux institutions « jouent au ping-pong » avec un psychopathe délinquant (*LM*, 23/05/1974). Le C.A.P remarque quant à lui que les autorités choisissent suivant les cas « de diriger celui qui dévie vers la prison et le mitard ou bien la prison et l'hôpital psychiatrique et ses électrochocs [...] L'hôpital psychiatrique prend la relève de la taule quand on veut enfermer à perpétuité sans jugement public » (*Journal des prisonniers*, 10/1974). Au-delà de la seule psychiatrie pénitentiaire, c'est le système « juridico-hospitalo-carcéral » que condamne la

<sup>1</sup> MOREAU, « Médecin de prison : un "civil" à tout faire au royaume de l'absurde », *Tonus*, 14/08/1972.

<sup>2</sup> Cf. Annexe 10 : « Les mouvement de remise en cause de la psychiatrie institutionnelle depuis la Libération ».

<sup>3</sup> *Esprit* et *Le Monde* font ainsi état du mouvement d'opinion italien à l'encontre des « manicomi giudiziari » où seraient incarcérés, dans des conditions déplorables, « des "criminels" atteints de troubles mentaux et aussi des détenus ordinaires "rebelles" au régime des prisons » (« Les asiles pénitentiaires », *Esprit*, 04/1975, pp.562-563).

<sup>4</sup> LIVROZET Serge, *Aujourd'hui, la prison*, op.cit., p.168.

presse militante, comme par exemple *Libération* à l'occasion de l'« "hospitalisation volontaire" contre son gré » d'un détenu gréviste de la faim (24/01/1978).

Se situant à l'intersection de deux ordres considérés comme répressif, la psychiatrie pénitentiaire est au cœur de la critique. C'est notamment le cas de la Centrale d'Haguenau qui dispose d'un « centre de réadaptation pour détenus psychopathes » dont le journal du C.A.P donne une description sordide : « Une prison, c'est inhumain de même qu'un hôpital psychiatrique alors imaginez ce que peut être une prison psychiatrique [...] Dès leur arrivée, ils sont automatiquement mis à l'isolement psychiatrique pour 15 jours, c'est-à-dire qu'on lui fait prendre divers médicaments par voie buccale ou par piqure s'il refuse » (*Le journal des prisonniers*, 11/1978). Un article particulièrement virulent publié dans *Libération* et coécrit avec un ancien interne pénitentiaire dénonce également la psychiatrie pénitentiaire : « Annihiler toute manifestation qui pourrait être reprise de l'extérieur, telle est la finalité d'une expérience dite "humaniste" : les psychiatres en prison »<sup>1</sup>. L'objet de la « pratique psychiatrique » serait, selon le quotidien, d'isoler et d'opposer entre eux les détenus et participerait ainsi à un « morcellement de la révolte » : « Le psychiatre est là pour écouter individuellement chacun des détenus, pour personnaliser son angoisse, pour faire de sa souffrance un phénomène unique ». En médicalisant les troubles ressentis par les détenus, cette nouvelle discipline dépolitiserait et annihilerait ainsi toute contestation au sein de l'institution carcérale : « La psychiatrie est mise en place pour faire accepter l'inacceptable au prisonnier en rapportant son malaise à des angoisses de nature pathologiques, alors qu'il s'agit en fait d'une souffrance partagée par toute la population pénale ». Le psychiatre est alors décrit comme un « complice de l'administration pénitentiaire » ayant pour tâche de « faire supporter à un homme ce qui n'est pas supportable », et notamment en l'assommant « à coups de matraque chimique de façon à le laisser dans un état de larve semi-comateuse ». « Bonne conscience » du ministère de la Justice, la psychiatrie pénitentiaire est ainsi présentée comme un outil répressif dénué de toute perspective thérapeutique.

Sans qu'on puisse établir avec certitude les effets de cette critique des services psychiatriques pénitentiaires, on peut constater que celle-ci n'est pas seulement le fait de militants mais également, second facteur de remise en cause, de praticiens exerçant en prison et tout particulièrement des internes. En novembre 1972, les trois internes démissionnaires de La Santé déclarent à la presse par exemple refuser d'être les « porte seringues » chargés d'administrer une « camisole chimique » aux détenus trop agités<sup>2</sup>. Bien que cette prise de parole publique demeure limitée, beaucoup d'internes pénitentiaires s'interrogent, comme en

<sup>1</sup> « Prisons. Une répression nouvelle : la camisole chimique », *Libération*, 6/02/1974.

<sup>2</sup> « Démissionnaires, trois médecins de la prison de La Santé s'expliquent », *Le Figaro*, 30/11/1972.

témoignent leurs thèses de médecine, sur le rôle des psychotropes en prison et plus largement sur le sens de leur intervention<sup>1</sup>. L'idée d'une substitution de la « contention chimique » à la contention physique y est récurrente. Attestant cette évolution par la diminution du nombre de placements en contention à Fleury-Mérogis (301 en 1971, 137 en 1972, 55 en 1973), un interne souligne l'« ambiguïté notoire » devant laquelle se trouve le psychiatre : « Tout en accusant le système carcéral d'induire une régression telle qu'elle pousse le détenu au passage à l'acte, le médecin cautionne l'institution en "anesthésiant" le détenu pour qui il plaiderait encore il y a un instant »<sup>2</sup>. D'une façon similaire, un ancien interne de La Santé remarque qu'« une part importante de la répression dans les prisons est assumée par le corps médical » : « Il ne faudrait pour le démontrer, que cesser la distribution des psychotropes pendant trois jours, pour qu'une mutinerie voit le jour »<sup>3</sup>. Un autre interne de Fleury-Mérogis regrette que le psychiatre soit « un auxiliaire chargé de faire accepter la détention » avant de se demander s'il n'est pas « contradictoire de placer des hommes dans des conditions qui favorisent le développement de troubles du comportement et des troubles mentaux et de faire ensuite appel au psychiatre »<sup>4</sup>. Cet autre interne de Fleury questionne le sens que revêt en prison la demande de soin quand est adressé à la consultation le détenu « qui n'accepte pas de se plier au règlement et aux diverses contraintes imposées, celui qui se plaint, qui proteste, qui refuse »<sup>5</sup>.

D'une manière générale, les internes sont pessimistes sur l'utilité de leur présence en détention, même ceux travaillant pourtant dans les meilleures conditions<sup>6</sup>. Un interne de l'équipe lyonnaise regrette dans sa thèse qu'en dehors d'un « véritable "droit" au médicament » (« c'est la seule chose qui lui soit offerte gratuitement et à volonté »), la psychothérapie dispose d'effets très limités en raison de l'« anti-thérapie institutionnelle » que représente « cet univers de frustration, d'anxiété et d'agressivité » :

*« Si la prison ne peut s'adapter à la psychiatrie, la psychiatrie est priée de s'adapter à la prison ; son exercice exige de nombreuses concessions ; le psychiatre se trouve un peu comme le prêtre, il confesse, il reconforte [...] Certes un entretien rapporte un plaisir de l'instant, une impression d'évasion, une relation d'autre qualité ; mais ce soulagement est éphémère et ne survit guère, une fois la porte de bureau franchie, lorsque le détenu est à nouveau plongé dans la réalité agissante et nocive de la prison ; il retrouve vite son malaise. La répétition régulière des entretiens aide parfois à le*

<sup>1</sup> Si la plupart des thèses critiques citées ici proviennent d'internes ayant exercé à Fleury-Mérogis, c'est en raison de la forte synergie qui a eu lieu entre l'équipe psychiatrique chargée de cet établissement et l'hôpital psychiatrique de l'Essonne, comme cela sera détaillé plus loin.

<sup>2</sup> DESLAURIERS Michel, *Aspects actuels de la médecine dans une prison modèle : Fleury-Mérogis*, thèse de médecine, faculté de Paris Saint-Antoine, sous la direction du Pr Ceccaldi, 1974, p.66.

<sup>3</sup> DEJOURS Christophe, « Réflexions sur les rôles respectifs... », *art.cit.*, pp.17-19.

<sup>4</sup> LEDERMANN Rosette, *Le service médico-psychologique à la maison d'arrêt de Fleury-Mérogis*, diplôme de psychiatrie, Faculté de Paris, 1972.

<sup>5</sup> KLEISS Jean, *Expérience psychiatrique en milieu carcéral*, thèse de médecine, Faculté de médecine de Paris VI Pitié-Salpêtrière, 1976, pp.10-11.

<sup>6</sup> Cf. Annexe 18 : « Le regard désenchanté d'un interne en psychiatrie sur l'utilité de sa présence en milieu carcéral ».

*supporter et à la réduire. Les détenus qui demandent une entrevue au psychiatre ont toujours une faim importante de ces rencontres ; ils "bouffent du médecin" [...] Le plaisir de l'entretien est semblable à celui du fumeur, du buveur ou du gourmand ; il doit être sans cesse recommencé. Comme on ne peut offrir un thérapeute permanent à chaque détenu, celui-ci a trouvé un substitut symbolique plus accessible, plus maîtrisable : le médicament [...] Face à cette avidité désespérée et compulsive, le psychiatre se sent parfois impuissant, d'où l'établissement d'un contre-transfert très négatif. Il lui arrive d'avoir l'impression de devoir réparer tous les effets néfastes de la prison avec des moyens trop limités. Il se sent plus objet que sujet et se vit parfois comme le "paratonnerre" de la prison, chargé de recueillir et de concentrer sur lui toute la tension des lieux »<sup>1</sup>.*

Tandis que ces réflexions demeurent confinées au milieu universitaire ou psychiatrique, le travail universitaire d'un autre interne de La Santé connaît d'importantes retombées médiatiques<sup>2</sup>. Sa thèse, ayant explicitement pour objet la « psychiatisation » de la vie en détention, fait en effet l'objet d'un reportage de France Inter ainsi que d'un article détaillé dans *Le Monde*<sup>3</sup>. Rappelant l'augmentation de psychotropes entre 1969 et 1973 à La Santé<sup>4</sup>, la journaliste soulève le rôle du médicament et du praticien en prison :

*« Le médecin est devenu en quelque sorte le "gentil incarcérateur" en délivrant abusivement tranquillisants et sédatifs à des personnes qui, sans cela, ne supporteraient pas l'univers carcéral [...] Par la dose massive de sédatifs qu'il ordonne, soit prescrite de son plein gré, soit fortement sollicitée par le gardien ou l'administration, le médecin, inconsciemment, fait accepter les barreaux dans l'euphorie, ou calme une période de violence ou de rébellion, dont rien ne permet d'affirmer qu'elle n'est pas motivée [...] Pour l'auteur c'est indiscutablement la prison qui est pathogène. Aussi se demande-t-il s'il est logique et normal d'adapter le détenu à la prison ; s'il n'est pas sain et normal de se révolter contre l'incarcération ».*

De même que pour les militants de la cause carcérale, la critique du rôle du médicament en détention s'inscrit chez cet interne dans une critique plus générale de la psychiatrie. Pour ce médecin ayant refusé d'exercer à la fin de ses études en tant que psychiatre, le problème qui se pose est avant tout celui de la présence du psychiatre en milieu pénitentiaire, voire de l'existence de la discipline psychiatrique elle-même : « En entrant dans la prison, les psychiatres ont donné un statut au dément [...] Si bien que l'étiquette d'aliéné s'étend implicitement à l'ensemble des détenus. Ils sont abordés comme des aliénés et peu à peu répondent comme tels [...] Assimiler ces déviants à des malades est le seul biais qui lui [notre civilisation] permette de les rejeter sans se remettre elle-même en cause ; en effet, ce n'est plus en raison de leur déviance à un système, mais à cause d'un mal qui frappe aveuglément [...] Le fou est un problème social, relationnel, métaphysique... mais en aucun point médical »<sup>5</sup>. On comprend dans ces conditions le rapprochement opéré entre la critique de la psychiatrie pénitentiaire et celle exercée en institution asilaire. En témoigne, par exemple,

<sup>1</sup> ROULLEAU Claude-Alain, *La psychiatrie en prison*, mémoire de CES en psychiatrie, faculté de médecine, université Lyon 1, 1976, pp.15-22.

<sup>2</sup> MARTZLOFF François, *Détention provisoire, médicaments psychotropes et psychiatisation*, thèse de médecine, Faculté de Paris-Créteil, 1975.

<sup>3</sup> « "Camisole chimique" à La Santé ? Une thèse sur l'abus des tranquillisants en milieu carcéral », *Le Monde*, 13/11/1975 ; « La médecine dans les prisons », France Inter, 13H, 13/11/1975, 10 minutes, Archives INA.

<sup>4</sup> Les traitements quotidiens, rapportés à mille détenus, d'hypnotiques sont passés de 47 en 1969 à 416 en 1973, les traitements sédatifs de 90 en 1969 à 266 en 1973 et les traitements par anti-dépresseurs de 784 à 1.436.

<sup>5</sup> MARTZLOFF François, *Détention provisoire...*, op.cit., pp.35-92.

la publication par deux revues professionnelles de numéros spéciaux consacrés à l'exercice psychiatrique en prison<sup>1</sup>.

Les psychiatres pénitentiaires disposent enfin, troisième facteur de remise en cause, d'une forte autonomie, au regard de leurs confrères généralistes, à l'égard de l'Administration pénitentiaire. Ils ont tout d'abord la particularité de tous disposer, contrairement aux médecins pénitentiaires, d'un parcours hospitalier. Leur pratique en prison demeure une part très congrue de leur activité professionnelle leur permettant ainsi de conserver le plus souvent un lien avec le milieu hospitalier. Ils ont d'autre part souvent accès à des revues professionnelles psychiatriques où ils peuvent élaborer une réflexion sur leur exercice professionnel. Bien que spécifique, la trajectoire du service des prisons de Lyon illustre les relations dont disposent alors certains psychiatres intervenant en institution pénitentiaire avec le secteur hospitalo-universitaire (Cf. Encadré).

Les critiques adressées à l'organisation des soins psychiatriques en milieu carcéral et l'inscription de ces praticiens dans le secteur hospitalier expliquent leur désir d'autonomie. Les limites imposées par la circulaire du 30/09/1967, réglementant le fonctionnement des Centres médico-psychologiques régionaux (CMPR), sont de plus en plus mal vécues par ces praticiens<sup>2</sup>. Ainsi, les demandes de soin émanent de l'Administration, observe un psychiatre de La Santé, alors même que les problèmes en question relèvent davantage du règlement pénitentiaire. Ce praticien présente plusieurs cas cliniques pour étayer ce qui soulève, d'après elle, « les limites du rôle de l'équipe médico-psychologique en milieu pénitentiaire » :

*« W... Cet homme est détenu depuis le mois de décembre 1969 et inculqué pour des motifs graves. Il est âgé de trente-deux ans. Intelligent, immature, très isolé, inhibé, il supporte mal les frustrations affectives et quête en permanence aide, compréhension, contact. Pris en charge par un médecin du CMPR (La Santé). Ce dernier écrivait dans le dossier :*

*20 novembre 1970 - "Le problème est actuellement dominé par un passage vers une maturation qui le conduit à une prise de conscience lucide, tant des risques objectifs que des conclusions de son auto-introspection narcissique. Il est totalement isolé affectivement : cours et visiteur lui auraient été refusés pour des motifs administratifs et judiciaires. Je crains un suicide, et l'augmentation des doses de médicaments n'y changera rien".*

Des démarches furent entreprises pour rompre l'isolement absolu avec l'extérieur : sans efficacité.

*Le 12 décembre 1970 – Tentative de pendaison nécessitant une longue réanimation.*

*Le 15 décembre 1970 – Son avocat vient le voir. Un expert est commis pour une mission urgente.*

Ainsi, l'isolement fut rompu trois jours après la tentative de suicide.

*Le 9 janvier 1971 – En raison de la gravité de la tentative de pendaison, alors que l'impasse existentielle tragique signalée ne l'avait pu, l'administration et le service social de l'établissement relaient l'action psychothérapeutique en permettant un élargissement des centres d'intérêt (reprise des cours de langue étrangère interrompus, octroi d'une visiteuse).*

<sup>1</sup> *Psychiatrie aujourd'hui*, 01-02/1972, n°7 ; *Perspectives psychiatriques*, n°42, 1973.

<sup>2</sup> Cf. Annexe 7 : « La création des CMPR en 1967 : un début de reconnaissance de la psychiatrie pénitentiaire ».

*Depuis cette date, la situation est acceptée par l'intéressé. Ce cas banal est exemplaire par la chronologie des événements »<sup>1</sup>.*

Durant l'été 1974, douze psychiatres se réunissent à Paris, « au moment où de graves événements se produisaient dans les prisons », pour réfléchir à leurs conditions de travail et avoir une « réflexion sur le fonctionnement global de l'institution pénitentiaire »<sup>2</sup>. Leur rencontre débouche sur un ensemble de propositions remises aux ministères de la Justice et de la Santé comportant, outre la demande de davantage de moyens, une réflexion éthique quant à leur rôle de soignant en milieu carcéral : « Le médecin ne doit être, ni le complice du détenu, ni l'auxiliaire du système répressif. Or il apparaît qu'en prison les conditions d'exercice de la médecine et de la psychiatrie sont en général beaucoup trop précaires et souvent déplorables [...] Il arrive trop souvent, encore actuellement, que des pressions soient exercées sur les médecins pour que soient mises en œuvre des thérapeutiques chimiques sédatives qui constituent une véritable condition médicamenteuse »<sup>3</sup>. C'est pour échapper à la tutelle carcérale que ces praticiens demandent « d'ouvrir la prison aux soignants qui dépendent du dispositif d'assistance et d'hygiène mentale maintenant mis en place dans toute la France »<sup>4</sup>.

### L'INTEGRATION DE LA PSYCHIATRIE PENITENTIAIRE DANS LE SECTEUR HOSPITALO-UNIVERSITAIRE : L'EXEMPLE LYONNAIS

C'est en 1949, dans le cadre du mouvement de la Défense sociale, qu'est créée l'Annexe psychiatrique des prisons de Lyon<sup>5</sup>. Elle ne comporte alors que deux médecins, une infirmière et quatre surveillants et ne procède à des consultations qu'à des fins de dépistage de détenus atteints de troubles mentaux. Après une interruption, l'Annexe reprend ses activités en 1954 sous la direction du Dr Broussole, médecin des hôpitaux psychiatriques, et ce à la demande du Pr Colin. Avec le Dr Dubor, ancienne interne des hôpitaux psychiatriques, du Dr Gonin et du Dr Hochmann, assistant à l'Institut de médecine légale, ils tentent de former un premier service en prison conçu comme un prolongement du service hospitalier de psychiatrie:

*« Broussole a fait venir un interne et ça s'est petit à petit construit comme ça. Et l'Administration était bien sûr pas très contente mais ça ne lui coûtait rien... parce que c'étaient des services extérieurs. Tout était pris en*

<sup>1</sup> SCHAUB-LANDAU Sylvie, « Réflexions sur les limites du rôle de l'équipe médico-psychologique en milieu pénitentiaire. A propos de candidats suicidaires ou de refus d'aliments », *RPDP*, 01-03/1972, pp.41-48. p.41.

<sup>2</sup> Sont présents Paul Hivert, Albert Grasset, médecin-chef de l'infirmerie psychiatrique de la préfecture de police, François Benrais, psychiatre à La Santé, Jacques Breton, psychiatre à la préfecture de police, Henri Grivois, psychiatre à la salle Cusco de l'Hôtel-Dieu, Jean-Louis Haas, interne à Fleury-Mérogis, Anne Leduc, neuropsychiatre à la Santé, André Mathé, psychiatre à la Centrale de Melun, Jacques Mérot, psychiatre à Fleury-Mérogis, Jean-Claude Ollivier, psychiatre à La Santé, Guy Pariente, interne à La Santé, Jean-Claude Richiéro, psychiatre à La Santé, (GRASSET Albert, MATHE André, « Le psychiatre et le fonctionnement du système pénitentiaire », *RPDP*, 07-09/1975, pp.383-402. p.383).

<sup>3</sup> *Ibidem*, p.391.

<sup>4</sup> *Ibidem*, p.390.

<sup>5</sup> Cette présentation s'appuie notamment sur les travaux suivants : BEDAT, *L'annexe psychiatrique de la M.A de Lyon*, thèse de médecine, Faculté de Lyon, 1964 ; GEOFFRAY Denise, *Psychiatrie-prison. Passé, présent, perspectives*, thèse de médecine, Faculté de Lyon, 1986.



*charge par l'hôpital. Il y a eu un assistant, des internes qui venaient. Et puis petit à petit, l'Annexe a obtenu d'avoir quelques crédits de l'hôpital pour avoir un secrétariat, une assistante sociale »<sup>1</sup>.*

En 1958, l'Annexe devient un centre de cure de désintoxication en faveur des alcooliques alors décrit par ceux qui en sont à l'origine comme « un cas particulier de la pénétration de l'hygiène mentale dans le monde des prisons »<sup>2</sup>. En 1962 est inauguré, pour la première fois en France, le travail de psychothérapie de groupe en prison. La création de trois groupes, animés par les docteurs Gonin et Hochmann et par une psychologue, Mme Buffard, est rendue possible par le rapport que le Pr Colin a remis au Comité consultatif des Nations Unies sur ce sujet. Ces thérapeutes communiquent les premiers résultats de cette expérience par le biais de nombreuses communications lors de congrès ou au sein de revues spécialisées.

Les motivations de ces soignants sont multiples. En investissant la prison comme un lieu de soin, ils visent aussi bien à développer une école lyonnaise de criminologie et de médecine légale qu'à répondre à un besoin sanitaire jusque-là non pourvu. Ils inscrivent ici leur action dans une conception militante de la médecine. En témoignent les propos du Dr Gonin :

*« Ces gens étaient obstinés. Ils avaient une croyance. C'étaient des chrétiens de gauche. Ils avaient à la fois une croyance religieuse et puis une croyance dans la société [...] Je faisais ça dans un but humanitaire. Y avait pas les ONG mais on a quand même fait un peu un travail d'ONG, notamment par rapport au FLN. Ça a été un regard sur. On peut pas dire : "La prison, on les met là-dedans et on s'en occupe plus" [...] On était... militants... Je sais pas si on peut dire ça comme ça, pour être honnête avec vous. Mais y avait quand même une dimension militante dans ce qu'on faisait [...] Mme Buffard était socialiste et très laïque, je dirais. On était pas tous si vous voulez dans le même bain mais on était tous dans un humanisme, si ce mot veut dire quelque chose »<sup>3</sup>.*

En 1966, des consultations sont mises en place dans les différents quartiers de la prison. Le Dr Gonin retrace *a posteriori* comment « l'acceptation des soignants par l'institution s'est traduite au long des années par l'accroissement de leur territoire »<sup>4</sup> :

*« A Saint-Paul, le rez-de-chaussée du grand bâtiment H fut conquis cellule par cellule, pour établir, après la "salle de soins" et le "cabinet médical" initiaux, le vestiaire, la salle d'attente, la tisanerie, puis une salle radio, des cellules d'infirmerie, où furent installés l'eau courante et les W.C. Nous étions très satisfaits d'entrer au cœur de la détention, aux côtés des détenus et des surveillants. Enfin, un projet d'infirmerie vint symboliquement couronner l'importance des soins en prison [...] Pour nous rapprocher des détenus, nous avons pu établir des antennes, des petites salles de soins occupant une cellule, dans les bâtiments les plus éloignés des locaux d'infirmerie. La collaboration nécessaire du chef de détention pour l'attribution et l'aménagement de ces locaux a affirmé un peu plus l'acceptation d'un certain quadrillage des aires de détention par la médecine pénitentiaire »<sup>5</sup>.*

Parallèlement à cette extension du territoire, les praticiens voient leur rôle s'accroître dans la vie de l'établissement. Des réunions d'équipe hebdomadaires sont instaurées entre surveillants, éducateurs, assistantes sociales et psychiatres. L'Annexe s'implique également dans l'étude des projets de libération conditionnelle et de semi-liberté. Initialement réduits à un rôle de dépistage, les médecins lyonnais, le plus souvent des psychiatres, sont désormais investis de nombreuses missions. Ils s'interrogent alors sur la nécessité de travailler à temps plein en milieu carcéral, hypothèse qu'ils rejettent par souci de leur rattachement hospitalier :

<sup>1</sup> Daniel Gonin, psychiatre puis généraliste à la M.A de Lyon de 1967 à 1989. Entretiens réalisés les 25/02/2008, 10/03/2008, 26/03/2008. Durées : 2H ; 2H ; 2H.

<sup>2</sup> BROUSSE, THIEBAULT, BOUVART, ROQUES, « Quatre années de cure de répulsion alcoolique à l'annexe psychiatrique des prisons de Lyon », *Revue de l'alcoolisme*, n°1, 1961.

<sup>3</sup> Daniel Gonin, psychiatre puis généraliste à la M.A de Lyon de 1967 à 1989. Entretiens réalisés les 25/02/2008, 10/03/2008, 26/03/2008. Durées : 2H ; 2H ; 2H.

<sup>4</sup> GONIN Daniel, *La santé incarcérée*, op.cit., pp.78.

<sup>5</sup> *Ibidem*, pp.79-80.

« Le psychiatre risque rapidement de se sentir incarcéré à son tour. On risquerait aussi de voir l'annexe psychiatrique, rapidement coupée du monde extérieur, vivre en vase clos, et s'étouffer progressivement. Par ailleurs, ce psychiatre des prisons serait forcément sous l'entière dépendance de l'Administration pénitentiaire, qui le considérerait comme un fonctionnaire [...] Il semble donc, qu'il est préférable de conserver la pluralité des psychiatres, avec les inconvénients que cela représente (travail discontinu, manque parfois de corrélation dans certaines activités) mais aussi avec tous ses avantages : confrontation de différents points de vue, possibilité dans une certaine mesure pour le détenu de choisir son médecin, plus grande liberté d'action, plus grande variété d'activités thérapeutiques »<sup>1</sup>.

« Consciente du risque d'étouffement à travailler dans un milieu clos »<sup>2</sup>, l'équipe multiplie les relations avec l'extérieur espérant ainsi devenir « un des foyers de culture criminologique »<sup>3</sup>. Outre de nombreux contacts avec les autorités judiciaires, les praticiens lyonnais entretiennent une étroite collaboration avec l'hôpital du Vinatier, facilitée par le fait que le médecin-chef, le Dr Broussole, travaille également au CHS. Ce dernier fait ainsi venir à l'Annexe, par période de six mois, chacun des internes de son service hospitalier : « Ceci contribue à intégrer l'annexe psychiatrique dans le cadre général du secteur psychiatrique et par ailleurs à lui donner une valeur d'enseignement auprès des internes de l'Hôpital du Vinatier »<sup>4</sup>.

D'autre part, l'équipe de l'Annexe entretient des relations étroites avec le monde académique par le biais de l'Institut universitaire de médecine légale et de criminologie clinique dirigé par le Pr Roche et dans lequel interviennent le Pr Colin et le Dr Hochmann. Outre le diplôme de médecine légale, l'équipe dispense des cours de criminologie clinique à la faculté de droit, à l'Ecole nationale de police de Saint-Cyr au Mont d'Or ou encore auprès de surveillants, assurant ainsi la renommée de l'« école » de criminologie lyonnaise. Cette dernière se dote d'ailleurs en 1967 d'une revue, intitulée *Instantanés criminologiques*, qui rend fréquemment compte des questions pénitentiaires, notamment en matière médicale. Le service de soins psychiatriques, désormais nommé CMPR, se développe encore au début des années soixante-dix en bénéficiant en 1973 d'un stagiaire interné puis, en 1974, d'un interne, d'une infirmière et d'une secrétaire mi-temps. En 1975, enfin, le CMPR est doté d'une ligne téléphonique extérieure, vieille revendication perçue comme le « symbole d'une brèche dans ce monde clos »<sup>5</sup>.

D'une petite équipe restreinte à une fonction de dépistage, le dispositif de psychiatrie pénitentiaire de Lyon est ainsi devenu un service bien doté assurant de nombreuses consultations auprès des détenus et nourrissant, d'autre part, de nombreux liens avec le secteur hospitalo-universitaire.

La création du premier secteur psychiatrique en milieu pénitentiaire a lieu de façon expérimentale à Fleury-Mérogis. Jusqu'alors, le plus grand établissement pénitentiaire d'Europe, inauguré en 1968 est dépourvu de consultation psychiatrique. C'est suite aux révoltes de détenus que l'Administration ressent le besoin d'une telle intervention, comme le relate un interne dans sa thèse consacrée à cet établissement :

« C'est à la suite des différents incidents survenus alors dans le monde des prisons (l'émeute de Toul en particulier) que l'administration perçut l'absolue nécessité d'un service psychiatrique pour ce gigantesque édifice pénitentiaire. Durant ces premières années, les internes en médecine assuraient tant bien que mal la "psychiatrie" avec à leur disposition – en cas d'échec thérapeutique deux moyens : celui d'attacher les agités, les "suicidaires", c'est-à-dire de les placer sur un lit de

<sup>1</sup> BEDAT, *L'annexe psychiatrique de la M.A de Lyon*, op.cit. p.119.

<sup>2</sup> GEOFFRAY Denise, *Psychiatrie-prison. Passé, présent, perspectives*, op.cit., p.40.

<sup>3</sup> GONIN Daniel, « Une expérience de douze années à l'annexe psychiatrique de la maison d'arrêt de Lyon », *L'information psychiatrique*, 1966, n°9, p.890.

<sup>4</sup> BEDAT, *L'annexe psychiatrique de la M.A de Lyon*, op.cit. p.123.

<sup>5</sup> GEOFFRAY Denise, *Psychiatrie-prison. Passé, présent, perspectives*, op.cit., p.42.

*contention ou celui d'hospitaliser les cas les plus graves au centre médico-psychiatrique déjà surchargé de la prison de la Santé »<sup>1</sup>.*

L'équipe psychiatrique chargée de ce secteur géographique ne souhaitant pas prendre en charge ce surplus de travail, il est décidé en 1971 d'instaurer, avec le soutien de la Direction départementale des affaires sanitaires et sociales (DDASS) et la coopération du Centre hospitalier spécialisé (CHS) d'Etampes, une organisation administrative et budgétaire autonome<sup>2</sup>. Est ainsi créé le 11<sup>ème</sup> secteur de l'Essonne, chargée des soins à Fleury-Mérogis. Placé sous l'autorité fonctionnelle du Dr Jacques Mérot, le service est doté, outre un psychiatre-chef temps plein, d'un assistant, de trois internes, de deux psychiatres vacataires, de deux psychologues, d'un infirmier et de deux secrétaires, tous rémunérés par la DASS. Les conditions particulières de cette expérience, et notamment sa riche dotation, doivent être restituées dans le cadre de la sectorisation psychiatrique différemment mise en œuvre selon les départements, comme le souligne celle qui fut chargée dans les années quatre-vingt d'une réforme de la psychiatrie en prison et qui travaillait alors dans l'Essonne :

*« Il faut savoir que l'Essonne était le département le plus... riche c'est à dire avec les plus grands psychiatres comme Bonnaffé<sup>3</sup>. C'était le département le plus militant au niveau de la psychiatrie en France. Parce que c'était un département neuf qui avait été créé.... Ça a été un département pilote à tous les niveaux, sur le plan de l'aide sociale à l'enfance par exemple. Et c'était un département avec un conseil général communiste, ce qui à l'époque était rare, et avec des gens qui étaient vraiment très militants. Et à l'époque, il fallait savoir qu'en psychiatrie tout ce qu'on faisait intra-hospitalier, c'était la Sécu et tout ce qu'on faisait à l'extérieur de l'hôpital, c'était le Conseil général. Et donc là, le Conseil général était communiste et donc partisan de... Et Bonnaffé était un psychiatre militant, leader et communiste, et à l'époque le politique était très impliqué dans tout ça ! Et l'hôpital d'Etampes était à l'époque un hôpital extraordinaire avec des gens qui ont vraiment compté pour la psychiatrie. Et Mérot, si vous voulez, a baigné dans ce bain là, dans cette atmosphère. Et Fleury a ouvert en 68... Donc y avait vraiment quelque chose de très militant. Y avait des moyens ! Moi, je me rappelle, je suis arrivée dans l'Essonne en 75, et vous demandiez dix infirmières pour en avoir cinq et trois mois après vous les aviez forcément... C'était vraiment une époque extraordinaire ! »<sup>4</sup>.*

L'extension de ce dispositif à tous les grands établissements pénitentiaires est favorisée par la volonté du ministère de la Justice de porter remède à l'aggravation des problèmes liés à la présence de détenus souffrant de troubles psychiques. Un magistrat alors chargé de la gestion médicale au Bureau de la détention en rappelle le contexte : « La médecine générale elle était traitée bon an mal an, mais c'était le côté psychiatrique qui posait de gros problèmes parce que c'était l'époque où les hôpitaux psychiatriques commençaient à s'ouvrir sur l'extérieur et où l'enfermement dans l'hôpital psychiatrique était de moins en moins pratique et ce qui

<sup>1</sup> DESLAURIERS Michel, *Aspects actuels de la médecine dans une prison modèle...*, op.cit, p.45.

<sup>2</sup> MEROT Jacques, DUBEC Michel, « Réalité psychiatrique à Fleury-Mérogis », *L'information psychiatrique*, vol. 54, 2, février 1978, p.138.

<sup>3</sup> Lucien Bonnaffé (1912-2003) est un psychiatre « désaliéniste » ayant participé à la mise en place de la politique de secteur. Son appartenance au Parti communiste français ne l'a pas empêché de dénoncé l'instrumentalisation de la psychiatrie par l'URSS. Il est aussi connu pour sa mise en valeur du rôle des infirmiers psychiatriques. Cf. FOURQUET François, MURARD Lion, *Histoire de la psychiatrie de secteur*, Paris, Encres, « Editions de recherche » (1<sup>ère</sup> éd.1975), 1980, p.86.

<sup>4</sup> Lucie, psychiatre, membre de la DGS de 1985 à 1988, médecin-chef du SMPR de Rouen de 1989 à 1996 et membre de la DGS de 1994 à 1996. Entretiens réalisés les 2/02/2006 et 5/05/2006, 4H et 2H45.

posait un problème de sécurité majeure pour les délinquants qui arrivaient en prison. Les psychiatres étaient de plus en plus réticents à recevoir des délinquants »<sup>1</sup>. En effet, la « libéralisation » des structures psychiatriques initiée dans les années soixante se traduit, souligne le Conseiller technique de Jean Taittinger, par une disparition des quartiers de sécurité au sein des hôpitaux psychiatriques « qui répugnent de plus en plus à accueillir les délinquants présentant des troubles mentaux »<sup>2</sup>. Déjà en 1974, l'autorité préfectorale ne prend plus dans une vingtaine de départements d'arrêtés de placement d'office au sujet de détenus, faute d'hôpitaux pouvant les accueillir. En découle une difficile gestion de certains détenus en établissement pénitentiaire : « Nous sommes submergés de malades psychiatriques très agités qui n'ont plus rien à faire dans nos services et que l'on n'arrive pas à faire réintégrer au Centre psychiatrique [CMPR] de La Santé, faute de places », observe le médecin-chef de l'Hôpital de Fresnes en 1973<sup>3</sup>. A l'initiative de la Chancellerie, une commission Santé-Justice est instituée en 1974 afin de solliciter une augmentation des dotations attribuées par les DDASS<sup>4</sup>.

Si le ministère de la Santé se déclare favorable à une augmentation du nombre de consultations, il pose néanmoins comme condition qu'une nouvelle organisation des services soit adoptée. En atteste ce courrier de Simone Veil au garde des Sceaux : « Il me semble cependant nécessaire que ces consultations puissent être mises en place dans des conditions valables. Il m'est revenu en effet que les conditions peu satisfaisantes dans lesquelles elles étaient parfois dispensées ont entraîné une désaffection des psychiatres qui n'avaient pas l'impression d'y faire œuvre utile »<sup>5</sup>. S'inspirant de Fleury-Mérogis, Marie-Rose Mamelet, sous-directrice de la Protection sanitaire à la Direction générale de la santé (DGS), et qui fut à l'origine de la circulaire du 15 mars 1960 créant la psychiatrie de secteur, propose alors d'équiper les CMPR sur le modèle du secteur psychiatrique<sup>6</sup>. La ministre de la Santé reprend cette idée en suggérant le « décloisonnement » des services de psychiatrie pénitentiaire. Elle refuse pour cela, comme le ministère de la Justice l'avait proposé, que l'Administration pénitentiaire continue « à recruter et à payer le personnel para-médical, dont le statut resterait "cloisonné" »<sup>7</sup>. L'intégration du service de psychiatrie pénitentiaire à la sectorisation a pour avantage, souligne Simone Veil, de « permettre le recrutement de médecins et de personnel para-médical relevant de l'hôpital psychiatrique du lieu. Ainsi, seraient réglés les problèmes

<sup>1</sup> Yvan Zakine, magistrat affecté à la DAP de 1962 à 1970 puis directeur de la DAP de 1981 à 1983. Entretien réalisé le 20/03/2008. Durée : 3H00.

<sup>2</sup> DARMON Marco, « L'exclusion pénitentiaire », *art.cit.*, p.141.

<sup>3</sup> Lettre de Jacques Petit à Solange Troisier datée du 7/12/1973 (CAC. 19830701. Art.482).

<sup>4</sup> HIVERT Paul, « Les C.M.P.R. Aspects historiques », *L'information psychiatrique*, vol. 59, 2, 1983, p.157.

<sup>5</sup> Lettre du ministre de la Santé au garde des Sceaux du 29/04/1975, 4 pages. Archives internes DAP.

<sup>6</sup> HIVERT Paul, « Les C.M.P.R. Aspects historiques », *art.cit.*

<sup>7</sup> Lettre du ministre de la Santé au garde des Sceaux du 29/04/1975, 4 pages. Archives internes DAP.

de statut et de mobilité de ce personnel qui, en cas de besoin, pourrait réintégrer les services de l'hôpital dont il dépend. Le "décloisonnement" souhaité serait donc intégralement réalisé ». A partir de cette proposition, le « decloisonnement psychiatrique » est présenté par Solange Troisier, notamment à l'occasion du congrès de médecine pénitentiaire de 1975 auquel assistent Marie-Rose Mamelet et Simone Veil, comme le symbole de la réforme de la médecine pénitentiaire :

*« Je voudrais vous parler d'une innovation française qui est extrêmement importante et qui est en train maintenant de se concrétiser : il est capital que je vous parle en effet des centre médico-psychologiques régionaux, qui sont le decloisonnement de la Médecine Pénitentiaire vers le Ministère de la Santé »<sup>1</sup>.*

Le projet d'un rattachement fonctionnel de la psychiatrie pénitentiaire au système de protection de la santé mentale, qui recueille l'assentiment des ministères de la Santé et de la Justice, se heurte cependant à l'hostilité des psychiatres hospitaliers. En atteste la position du Syndicat des psychiatres des hôpitaux (SPH) en septembre 1974 : « S'il existe un problème des délinquants anormaux mentaux, dont il est compréhensible qu'ils puissent avoir des difficultés à séjourner dans les services pénitentiaires courants, il appartient à l'Administration pénitentiaire d'adapter certains de ses services à cette partie de sa propre clientèle »<sup>2</sup>.

On peut distinguer au moins trois raisons à cette hostilité des psychiatres hospitaliers à une intégration des CMPR à la politique de secteur. La première est d'ordre budgétaire, les secteurs craignant de perdre une partie des crédits qui leur sont alloués. Le SPH déclare ainsi le 24 janvier 1977 son « hostilité générale [à ce projet] dans la mesure où il ampute les crédits de la santé déjà insuffisants au bénéfice du pénitentiaire »<sup>3</sup>. Il existait, d'autre part, selon un magistrat de l'Administration pénitentiaire, un consensus au sein de la psychiatrie hospitalière pour considérer que le milieu carcéral était incompatible avec l'intervention de la psychiatrie publique<sup>4</sup>. La plupart des psychiatres hospitaliers estimaient alors, comme le souligne le Dr Hivert, psychiatre à La Santé depuis 1961, « que le milieu carcéral était pathogène et qu'il lui appartenait de modifier les conditions de vie pour réduire sa pathologie. L'institution pénitentiaire devait assumer la charge de ses malades sans faire appel au secteur »<sup>5</sup>. Enfin, la faible légitimité dont disposent à cette époque les psychiatres hospitaliers au sein du système de santé explique que ces derniers craignent d'être amalgamés à l'institution

<sup>1</sup> TROISIER Solange, « Séance inaugurale de Madame le Professeur S. Troisier », *Attestation d'études relatives à la médecine pénitentiaire. Année universitaire 1979-1980*, Université Paris VII, Faculté de médecine de Lariboisière- Saint Louis, p.5.

<sup>2</sup> AYME Jean, *Chroniques de la psychiatrie publique*, Ramonville-Sainte-Agne, Eres, 1995, p.280.

<sup>3</sup> SENON Jean-Louis, RICHARD Denis, « Punir ou soigner : histoire des rapports entre psychiatrie et prison jusqu'à la loi de 1994 », *RPDP*, 1999, n°1, p.106.

<sup>4</sup> DARBEDA Paul, « L'administration pénitentiaire. Prise en charge des détenus atteints de troubles mentaux », *Soins Psychiatrie*, n° 116-117, juin-juillet 1990, p.19.

<sup>5</sup> HIVERT Paul, « Les C.M.P.R. Aspects historiques », *art.cit.*, p.156.

pénitentiaire<sup>1</sup>. En attestent les propos de ce psychiatre hospitalier : « Cette psychiatrie spéciale à laquelle nous sommes conviés à coopérer, sous le regard d'une presse qui n'a tendance à ne voir en nous que des gardiens de l'ordre, des flics, ne risque-t-elle pas de ternir notre image... Les psychiatres des hôpitaux ont mis plus de 120 ans à sortir de leur asile vont-ils maintenant aller en prison ? »<sup>2</sup>. La position de refus adoptée au sein du SPH par son président, Jean Ayme, mais surtout par Michel Audisio, se résume alors en deux mots : « Discredit et crédits »<sup>3</sup>.

La résistance des psychiatres hospitaliers, pouvant potentiellement mettre un terme au projet, semble s'émousser progressivement pour deux raisons. Outre l'espoir de mieux faire entendre la voix des psychiatres dans la redéfinition du Code pénal<sup>4</sup>, le SPH est alors sensible à l'idée que le développement des services psychiatriques en milieu carcéral permettrait de libérer des hôpitaux les patients les plus agités, jugés indésirables à un moment où est engagée une politique de « libéralisation » de la psychiatrie hospitalière. Cet argument avait déjà dans une moindre mesure prévalu dans le soutien que le CHS du Vinatier avait apporté durant les années soixante au CMPR des prisons de Lyon. Dans un bilan du fonctionnement des services psychiatriques, le Dr Daniel Gonin remarque en effet que les chimiothérapies et le service d'hospitalisation interne à la prison avaient permis de faire chuter le nombre de détenus internés de vingt-deux en 1962 à huit en 1965, « déchargeant parfois les services de l'hôpital psychiatrique craignant souvent cette sorte de clientèle »<sup>5</sup>.

C'est le même argument que mit en avant Jacques Mérot dans la promotion du service dont il avait la charge à Fleury-Mérogis. D'abord limité à un médecin-chef, deux internes et une infirmière, il réussit à étoffer son équipe d'un médecin-adjoint, de deux internes et de trois infirmiers supplémentaires en faisant valoir l'allègement de la charge du CHS d'Etampes<sup>6</sup>. Il reçut pour cela le soutien de Jean-Yves Achalle, président de la Commission médicale du CHS. Deux psychiatres pénitentiaires observent dans leur historique de l'évolution des soins en prison que « ce dernier argument sera dans les années suivantes une motivation

<sup>1</sup> L'ancien président du SPH rappelle ce contexte : « Au milieu des années 70, la politique de secteur est en pleine extension [...] Il n'en reste pas moins que, dans l'opinion publique, l'hôpital psychiatrique conserve la même image de lieu d'enfermement [...] La presse n'est pas en reste dans ce dénigrement [...] La colère des psychiatres est à son comble » (AYME Jean, « Les rapports historiques de la psychiatrie et de la médecine légale, de l'hôpital psychiatrique et de la prison » dans DORMOY Odile, *Soigner et/ou punir*, Editions l'Harmattan, Paris 1995, p.33).

<sup>2</sup> FORTINEAU Jacques, « Les psychiatres des hôpitaux en prison ? », *Bulletin des psychiatres des hôpitaux*, 1977, n°3, pp.18-19.

<sup>3</sup> AYME Jean, « Les rapports historiques de la psychiatrie et de la médecine légale... », *art.cit.*, p.34.

<sup>4</sup> La commission Santé-Justice de 1974 ayant notamment pour fonction de réformer l'article 64 permettant les internements psychiatriques forcés, auxquels étaient défavorables les psychiatres hospitaliers, le président du SPH espérait « en contrepartie, être mieux entendus à la commission de refonte du Code pénal » (AYME Jean, *Chroniques de la psychiatrie publique*, op.cit., p.331).

<sup>5</sup> GONIN Daniel, « Une expérience de douze années à l'annexe psychiatrique... », *art.cit.*, p.888.

<sup>6</sup> HIVERT Paul, « Les C.M.P.R. Aspects historiques », *art.cit.*, p.157.

déterminante pour vaincre les résistances des directions hospitalières et surtout des Commissions Médicales Consultatives des Hôpitaux psychiatriques où seront créés les CMPR »<sup>1</sup>. Cette diminution des internements tant espérée par les CHS présupposait cependant une transformation radicale des règles régissant le fonctionnement des CMPR. En vertu de l'article 21 de la circulaire du 30/09/1967, c'est en effet au chef d'établissement que revient alors toute décision quant à l'admission ou la sortie d'un détenu de l'infirmierie.

L'assurance que l'Administration pénitentiaire soit dépossédée de toute autorité en matière médicale semble avoir été une des conditions d'acceptation de la réforme imposée par le ministère de la Santé. En atteste une lettre de Simone Veil au garde des Sceaux : « On ne peut, en effet, aller à l'encontre de l'évolution des hôpitaux et des services psychiatriques qui constituent maintenant des établissements très ouverts, se consacrant à leur mission de soins, au détriment d'une fonction de gardiennage qu'il leur est difficile d'assumer »<sup>2</sup>. La Commission des maladies mentales du ministère de la Santé donne finalement son accord le 24 novembre 1977 au projet de réforme prévoyant la création de dix-sept CMPR<sup>3</sup>. La circulaire interministérielle Santé-Justice du 28 mars 1977 établit que le coût du personnel est à la charge des DDASS tandis que les frais de fonctionnement (locaux, surveillance et pharmacie) incombent ministère de la Justice. Cette « circulaire Veil », comme elle fut parfois appelée, « insiste dans son préambule sur la nécessaire prise en charge du détenu souffrant de troubles mentaux "en évitant au maximum le transfert dans les hôpitaux spécialisés de malades atteints de troubles sans gravité »<sup>4</sup>.

C'est dans le cadre de la politique d'ouverture de la prison à l'égard du reste de la société, parfois appelée « décroisonnement », qu'est posée au cours des années soixante-dix, et ce pour la première fois, la question du statut des soignants intervenant en milieu carcéral. Les difficultés éprouvées par l'Administration pénitentiaire dans la prise en charge des détenus, mises en évidence par les militants de la cause carcérale, rencontrent alors favorablement le désir d'autonomie exprimé par certains professionnels. La réforme de la

<sup>1</sup> SENON Jean-Louis, RICHARD Denis, « Punir ou soigner... », *art.cit.*, p.106.

<sup>2</sup> Lettre du ministre de la Santé au garde des Sceaux du 29/04/1975, 4 pages. Archives internes DAP.

<sup>3</sup> La circulaire du 30/09/1967 créant les CMPR était restée lettre morte dans de nombreux établissements. C'est le cas à Rennes où un CMPR voit le jour en novembre 1977 malgré les réticences du Conseil général et du Centre hospitalier spécialisé en psychiatrie de Rennes dont la Commission médico-consultative adopte le vœu qu'« il ne faudrait pas que ce centre ait comme conséquence de réaliser au C.H.S.P une concentration de repris de justice difficiles ou dangereux. On ne pourrait en effet pas avec les structures actuelles du C.H.S.P réaliser ici un PSEUDO-SARREGUEMINES ou un PSEUDO-CADILLAC » (BERTHET Jean-Paul, *Contribution à l'étude de la psychiatrie en prison : à propos d'un an de pratique au Centre Médico-psychologique pénitentiaire régional de Rennes*, thèse de médecine, université de Rennes, thèse sous la direction du Pr Michaux, 1983, p.43).

<sup>4</sup> *Ibidem*, p.38.

psychiatrie pénitentiaire de 1977, qualifiée aussi bien par les acteurs de l'époque que ceux d'aujourd'hui de « décloisonnement », répond, d'une part, à la volonté de l'Administration de disposer de davantage de moyens en matière psychiatrique et, d'autre part, au besoin de mettre fin aux critiques dont les services psychiatriques en détention étaient l'objet, aussi bien de la part des médias et des associations que de certains praticiens pénitentiaires.

Ce second objectif ne semble cependant pas avoir été atteint. *Libération* voit même dans ce rattachement des psychiatres à leurs confrères hospitaliers une « clarification » de la fonction pénitentiaire des psychiatres : « Dire que les asiles sont devenus des prisons sera devenue chose faite, parler de carcération en évoquant l'internement, sera du domaine du commun et écrire que les psychiatres sont des flics, sera un pléonasme »<sup>1</sup>. Il semblerait que cette réforme ait même accru les inquiétudes des psychiatres exerçant en institution carcérale, comme le remarque un quotidien médical à l'occasion du congrès de médecine pénitentiaire de 1978 : « Certains s'interrogent sur la fonction de normalisation des médecins. Le développement des équipes psychiatriques dans les prisons peut apparaître comme la mise en place d'un réseau de contrôle social diffus, comme un moyen de déresponsabilisation de l'institution judiciaire aussi, dans la mesure où elle se porte garante de l'intégrité psychique des détenus » (*QDM*, 24/11/1978).

Cette contestation n'est probablement pas sans lien avec le nombre croissant de détenus souffrant de troubles mentaux. La possibilité d'hospitaliser ces derniers dans les CMPR, dotés de lits, est l'objet de conflit. A l'occasion d'un cours de médecine pénitentiaire, le Dr Hivert, médecin-chef du CMPR de La Santé, observe qu'« il restera toujours un type de grands malades mentaux qui n'auront jamais leur place tout au mois en période de décompensation, en prison et pour lesquels il y aura toujours une nécessité de passage à l'hôpital psychiatrique »<sup>2</sup>. Le Pr Troisier intervient alors, comme en atteste la retranscription du cours, pour souligner l'inadéquation croissante entre les détenus et les hôpitaux psychiatriques tels qu'ils sont désormais conçus :

*« Quand je vais dans des hôpitaux psychiatriques, en particulier à Prémontré où je me suis rendue récemment, quand je vois mes malades mentaux, ils me disent qu'ils veulent retourner en prison, qu'ils y sont plus heureux. Je crois que l'atmosphère, en particulier la cohabitation, avec un certain nombre de graves malades mentaux est difficile, pour nos détenus qui sont certes dangereux mais ne sont pas très malades. D'ailleurs ils s'évadent souvent et je ne pense pas que l'hôpital ouvert est satisfaisant du tout pour l'esprit. C'est la raison pour laquelle je me bats tellement pour que nos CMPR soient de plus en plus grands. J'essaie d'augmenter le nombre de lits. A Metz il y avait énormément de bureaux pour les thérapeutes et je pense que plus nous aurons de lits, moins il y aura d'hospitalisations et mieux notre prise en charge sera valable »<sup>3</sup>.*

<sup>1</sup> « Les prisons-Asiles », *Libération*, 4/10/1977.

<sup>2</sup> HIVERT Paul, « Les hospitalisations de malades mentaux », *Attestation d'études relatives à la médecine pénitentiaire. Année universitaire 1979-1980*, Université Paris VII, Faculté de Lariboisière-Saint Louis, p.2.

<sup>3</sup> *Ibidem*, p.3.



Le risque de « psychiatisation des détenus », soulevée par certains praticiens, est repris à son compte lors du congrès de 1978 par le garde des Sceaux, Alain Peyrefitte : « Il faut se garder des dangereuses facilités intellectuelles qui font voir en chaque délinquant un malade mental. Cette position est rassurante pour l'esprit, elle permettrait, si on l'adoptait, de remplacer les grillages des prisons par les piqûres calmantes » (*Libération*, 25-26/11/1978). En dépit de ce rappel à l'ordre unanimement salué, l'image de la camisole chimique perdure au sein des médias : « En prison, on consomme aussi beaucoup de médicaments, surtout des euphorisants et des petites pilules pour dormir. C'est ce qu'on appelle la "camisole chimique" qui aide à supporter l'incarcération »<sup>1</sup>. Cette réforme permet néanmoins, à l'exception de quelques établissements où l'autonomie déjà acquise par le personnel évolue peu (par exemple à M.A de La Santé)<sup>2</sup>, la création d'équipes médicales relativement bien structurées. Cette nouvelle organisation des soins psychiatriques aux détenus, sur laquelle l'Administration pénitentiaire perdra tout contrôle de façon définitive en 1986, soulignera progressivement les carences de la médecine somatique rendant sa réforme d'autant plus nécessaire.

---

<sup>1</sup> « Dijon, capitale de la médecine pénitentiaire », JT 20H, Antenne 2, 24/11/1978, Archives INA.

<sup>2</sup> JACQUETTE Philippe, « À propos de la psychiatrie en prison : du mythe à la réalité », *Actes*, 13-14, 1977, pp.17-25.

En proposant de limiter la peine à la seule privation de liberté, Valéry Giscard d'Estaing inaugura un nouvel idéal carcéral largement inspiré des revendications de professionnels et des réflexions des spécialistes des questions pénitentiaires. En présentant une alternative au modèle sécuritaire qui avait prévalu jusque-là, leur objectif était de mettre fin aux mouvements de critique qui avaient ébranlé l'institution carcérale, de l'intérieur comme de l'extérieur. L'abolition des prisons, alors évoquée par certains grands criminologues, céda progressivement la place à la définition d'un lieu « privatif de liberté » dont l'effet de désocialisant serait le plus réduit possible. S'il contribua *in fine* à légitimer le recours à l'incarcération, ce nouvel idéal carcéral fut également à l'origine de nombreuses transformations de l'institution pénitentiaire.

La notion de « décroisonnement » peut ainsi être analysée comme la « traduction », du point de vue des sciences pénitentiaires et de ceux qui intervenaient en détention, de la principale revendication défendue au début des années soixante-dix par les militants de la cause carcérale : mettre fin à la coupure entre le dedans et le dehors qui condamnait à l'échec, selon eux, cette institution initialement destinée à « ré-insérer ». Décroisonner la prison signifiait dès lors faire tomber les murs invisibles qui empêchaient jusque-là que les détenus puissent jouir de leurs droits, à l'exception de celui d'aller et venir. Présenté comme un outil de domination en faveur d'une minorité, le droit fut désormais pensé comme un instrument au service des détenus. Certes le droit à la santé ou le droit au travail tant réclamés demeurent privés de toute consécration législative. Ils n'en constituent pas moins des ressources symboliques fortes dans la tentative de réformer la prison. C'est ainsi qu'est justifié l'octroi de certains droits sociaux (assurances vieillesse, maternité et maladie). Le bénéfice de la Sécurité sociale se heurte cependant à la volonté de l'Administration pénitentiaire de maintenir le contrôle de l'organisation des soins ainsi qu'au désintérêt des caisses chargées de son application.

La crainte du ministère de la Justice de voir s'autonomiser certains professionnels intervenant en détention coïncide avec le manque d'intérêt des acteurs non pénitentiaires. C'est sur la base d'un accord tacite établi entre les ministères de la Justice et de la Santé que demeure inchangé le statut de l'organisation des soins somatiques en prison. Le décroisonnement fut ainsi inégalement mis à profit par les professionnels travaillant en détention afin de s'autonomiser de la tutelle pénitentiaire. La psychiatrie, soumise à de nombreuses critiques et dotée d'une d'autonomie déjà importante, bénéficia de l'appui du ministère de la Santé pour s'affranchir du cadre carcéral. Plus dispersés, bénéficiant de ressources moindres, les généralistes étaient moins en mesure de défendre leur autonomie. Ils représentaient également un enjeu plus

important pour l'Administration, réticente à s'en dessaisir. La rédaction des certificats médicaux en cas de coups et blessures, le placement à l'isolement, le traitement des grévistes de la faim sont autant de circonstances où l'Administration souhaite pouvoir disposer du soutien du praticien. La médecine somatique représente, d'autre part, un enjeu numérique important puisqu'on compte en 1978 cent quatre-vingt-deux généralistes et cinquante-quatre spécialistes contre seulement vingt-cinq psychiatres<sup>1</sup>. Le nouveau dispositif psychiatrique apparaît peu menaçant à l'égard de l'Administration pénitentiaire, comme le souligne ce magistrat ayant participé à la mise en œuvre des réformes adoptées sous Giscard :

*« Les CMPR c'était quand même des petites structures. Et ils n'étaient pas bien intégrés dans la prison. C'était un personnage étranger. Ils étaient très faibles. Et il y avait très peu de psy. C'étaient surtout des infirmiers [...] Il y en avait très peu de psychiatres. D'autant plus qu'ils avaient comme discours qu'ils voulaient rester très loin de la prison. Ils n'effrayaient pas »<sup>2</sup>.*

Tout en permettant pour la première fois à des praticiens d'être autonomes de la DAP, la réforme des soins psychiatriques de 1977 contribua à diviser davantage le corps médical travaillant en milieu carcéral. Désormais, remarque le Dr Daniel Gonin, deux médecines cohabitent : « L'individualisation des deux médecines est accentuée par le fait que les praticiens de chacune de ces deux disciplines ont leur patron propre et non des moindres : ministère de la Justice pour la médecine pénitentiaire, ministère de la Santé pour la médecine psychiatrique »<sup>3</sup>. Cette cohabitation n'est pas sans problèmes. La venue de praticiens hospitaliers provoque la jalousie de certains médecins pénitentiaires, soucieux de conserver le contrôle qu'ils exerçaient parfois, en tant que médecin-chef de l'établissement, sur l'organisation des soins. Un généraliste, disposant d'une forte ancienneté, s'étonne ainsi dans un courrier adressé au Directeur de l'administration pénitentiaire que le contrôle des prescriptions médicales du CMPR lui échappe<sup>4</sup>. Les différences de moyens dont disposent désormais les psychiatres et généralistes<sup>5</sup> rend alors de plus en plus criante la « misère » de l'organisation des soins somatiques, comme le souligne un magistrat de la DAP :

*- « Et par contre cette réforme de la psychiatrie, est-ce que ça n'a pas entraîné de grandes différences entre d'un côté les généralistes et de l'autre les psychiatres ?*

*- Mais bien sûr ! Vous avez absolument raison ! C'était flagrant. Vous aviez, au moins dans ces quelques grandes Maisons d'arrêt, des équipes de psychiatrie qui étaient fortes, qui étaient*

<sup>1</sup> « La médecine en milieu pénitentiaire », cours de l'ENAP, 22/11/1978. Archives internes DAP.

<sup>2</sup> Favard Jean, magistrat à la DAP de 1970 à 1975 puis Conseiller technique du ministre de la Justice de 1981 à 1986. Entretien réalisé le 10/012008, 3H00.

<sup>3</sup> DAP, *Premier congrès mondial de médecine pénitentiaire*, op.cit., p.123.

<sup>4</sup> Lettre de Dablanc, DAP, au médecin-chef de la M.A de Poitiers du 8/05/1980 (CAC. 19940511. Art. 96).

<sup>5</sup> C'est par exemple le cas à la M.A de Fleury-Mérogis dont le CMPR comprend un médecin-chef temps plein, un médecin assistant temps-plein, 4 postes d'internes, 3 psychologues, 4 infirmières et une secrétaire médicale alors que le service de médecine générale ne dispose que d'un médecin-chef vacataire, de 4 internes et de 4 infirmières pour une charge de travail bien plus conséquente (WIRTH Jean-François, « Organisation de la psychiatrie à Fleury-Mérogis », *Attestation d'études relatives à la médecine pénitentiaire. Année universitaire 1979-1980*, Université Paris VII, Faculté de Lariboisière-Saint Louis, p.1).

*structurées. Et pour cause, c'étaient des structures de droit commun. Et à côté, il y avait la misère ! Il y avait la misère... Je n'ose même pas dire l'équipe somatique »<sup>1</sup>.*

La notion de décloisonnement et le nouvel idéal carcéral affectent ainsi peu dans l'immédiat l'organisation des soins somatiques. Ils transforment cependant la représentation que de nombreux magistrats ont de l'institution pénitentiaire et ne produiront leurs effets que plus tard. Les réticences du ministère de la Justice à se dessaisir de l'ensemble de l'organisation des soins aux détenus rencontrent à ce moment la volonté du Médecin-inspecteur, désireux de faire de la médecine pénitentiaire une nouvelle spécialité médicale. Très politisée, Solange Troisier a pour tâche, lorsqu'elle est nommée, de mettre fin aux critiques adressées à la prise en charge médicale des détenus depuis quelques années. Elle ambitionne pour cela de faire de la médecine pénitentiaire une spécialité médicale reconnue dont elle serait la « patronne ». Les particularités de cet exercice médical viendraient justifier son organisation spécifique, et notamment la tutelle de la Chancellerie, faisant du praticien un « auxiliaire de Justice ». Il s'agit ainsi, comme l'a souvent répété Solange Troisier, de lier de façon inextricable Thémis et Asclépios.

---

<sup>1</sup> Jacques, magistrat chargé à la DAP de la réglementation sanitaire de 1982 à 1989. Entretien réalisé le 11/01/2008, 3H30.

### CHAPITRE 3. TENTATIVES ET LIMITES DE SPECIALISATION D'UNE ACTIVITE MEDICALE CONTROVERSEE

La médecine pénitentiaire connaît une importante inflexion au cours de la seconde moitié des années soixante-dix avec l'arrivée du nouveau Médecin-inspecteur, Solange Troisier, nommée trois mois après la mort de Georges Fully. Gynécologue-accoucheur dans une maternité de l'Assistance publique à Paris, Solange Troisier assure depuis 1962 une consultation hebdomadaire de gynécologie à la M.A de la Petite Roquette<sup>1</sup>. Bien que peu implantée dans le secteur de la médecine pénitentiaire (elle n'avait jusqu'alors pas publié d'articles sur la question et ne figure dans aucun acte de congrès), elle est nommée en septembre 1973 Médecin-inspecteur par le Premier ministre, Pierre Messmer, dont elle est considérée comme « proche » (LM, 15/06/1973)<sup>2</sup>. Bien qu'elle écrit avoir été « sollicitée par de nombreux collègues, médecin de prisons tant à Paris qu'en province », ou être une amie proche de Georges Fully, les raisons ayant conduit à la nomination de Solange Troisier semblent être avant tout d'ordre politique<sup>3</sup>. Médecin traitant de Marie Bonaparte, elle fréquente, notamment du fait de ses ancêtres, de nombreux hommes politiques dont le général de Gaulle, Georges Pompidou (témoin de son mariage), Michel Debré, Jacques Chaban-Delmas ou Jacques Chirac (Cf. Encadré). Sa nomination, contestée par le DAP, Georges Beljean, semble ainsi avant tout motivée par des raisons politiques :

*« Mon arrivée place Vendôme ne lui [Beljean] plaisait guère. Il avait fait son choix, un médecin de gauche ami de Fully, adoptant un parfait laxisme face aux détenus psychopathes ou non, les plus dangereux. Mais les ordres étaient venus de plus haut, de très haut même »<sup>4</sup>.*

#### SOLANGE TROISIER, PORTRAIT D'UNE « BARONNE DU GAULLISME »

Née en 1919 à Paris, Solange Troisier compte parmi ses ancêtres Emile Ollivier, premier ministre du second Empire, et le Bailli de Suffren<sup>5</sup>. Issue d'une famille de prestigieux médecins (son père est

<sup>1</sup> TROISIER Solange, *J'étais médecin des prisons*, Paris, La Table Ronde, 1985, pp.31-32.

<sup>2</sup> Solange Troisier était une amie de Mme Messmer avec laquelle elle avait servi en tant qu'infirmière pendant la Seconde guerre mondiale.

<sup>3</sup> Certains doutent même de l'amitié qu'elle revendique envers Georges Fully à titre posthume : « Depuis longtemps déjà, Solange intrigue pour obtenir la place. Elle avait même tenté de faire passer Fully pour un dangereux communiste » (CAUVIN Claire, PONCET Dominique, *Les femmes de Giscard*, Paris, Tema Editions, 1975, p.131). L'accusation de « communisme » est alors un moyen de disqualifier certains médecins pénitentiaires comme en témoigne une lettre dans laquelle Georges Fully défend le médecin de la M.A d'Ajaccio auprès du garde des Sceaux Edmond Michelet : « Dans le but évident de faire échouer la candidature du Docteur [...], le préfet et le maire n'ont pas hésité à écrire dans la lettre qu'ils vous ont adressé que le docteur [...] était communiste... Je le connais suffisamment et depuis assez longtemps pour pouvoir affirmer qu'il s'agit là d'une accusation fautive » (Lettre de Georges Fully au ministre de la Justice du 7/08/1960. CAC. 19940511. Art. 91).

<sup>4</sup> TROISIER Solange, *Une sacrée bonne femme*, Paris, La Table Ronde-La Palatine, 2003, p.235.

<sup>5</sup> On s'inspire des articles suivants: *Le Monde*, 01/08/1969; 09/04/1970; 17/03/1972; 24/09/1973; 18/03/1983 ; *Libération*, 17/03/1983.

membre de l'Académie de médecine), elle entreprend des études médicales qu'elle interrompt pendant la guerre pour s'engager parmi les F.T.P du colonel Fabien. Elle est ensuite intégrée comme infirmière au sein du 151<sup>ème</sup> régiment d'infanterie de l'armée française ce qui lui vaut la Croix de guerre avec palmes. De sa rencontre avec le Général de Gaulle, elle dit hériter un « gaullisme inconditionnel ».

Parallèlement à son activité médicale (interne des hôpitaux de Paris en 1948 puis assistante des hôpitaux de Paris à partir de 1955), elle tente de faire carrière en politique. Elue aux municipales de 1959 sur la liste UNR-UDT (Union pour la nouvelle République-Union démocratique du travail) de Saint-Tropez, elle se présente en 1968, à la demande du Général de Gaulle et de Jacques Foccart, à la députation dans le département du Val d'Oise, après une tentative malheureuse en 1967 dans le vingtième arrondissement de Paris sous l'étiquette du « Front travailliste ». Elle est alors élue députée gaulliste UDR (Union pour la défense de la République) face au député sortant communiste et face à Claude-Pierre Brossolette, fils du fameux résistant. Solange Troisier est cependant battue aux élections municipales de 1971 à Sarcelles et perd son siège de député aux législatives de 1973.

Bien que membre du bureau exécutif de l'UDR, puis dès 1975 membre du conseil national du RPR (Rassemblement pour la République) et de son comité central, Solange Troisier se met en retrait de la vie politique pour se consacrer à sa nouvelle fonction de Médecin-inspecteur. Elle est alors surtout connue au sein de l'opinion publique pour son engagement en faveur du droit des femmes, notamment par son rapport sur les problèmes d'égalisation des salaires entre hommes et femmes ou son soutien à la réforme de l'autorité parentale.

Contrairement à son prédécesseur, Solange Troisier dispose de multiples ressources, en raison de sa position « marginale-sécante » entre la médecine et la politique<sup>1</sup>. Bien qu'appartenant à l'Administration pénitentiaire, le Médecin-inspecteur dispose d'une importante autonomie fonctionnelle puisqu'il n'est rattaché à aucune sous-direction ministérielle et dépend seulement du Directeur central. Issue d'une famille de prestigieux médecins, Solange Troisier dispose également d'importantes ressources politiques tant du fait de ses ancêtres que de ses amitiés gaullistes. Ce sont ces ressources qu'elle met à profit afin de faire de la médecine pénitentiaire une spécialité médicale à part entière dont elle serait la « patronne ». Peu de temps après sa prise de fonction, elle écrit en hommage à Georges Fully : « Je suivrais son exemple et travaillerais pour faire de la médecine pénitentiaire une médecine à part »<sup>2</sup>.

Ses ambitions coïncident alors avec le souhait de l'Administration pénitentiaire de revaloriser l'exercice médical en prison afin de le rendre plus attractif auprès des professionnels de santé. L'organisation des soins en prison apparaît en effet, au lendemain de l'importante vague de contestation des prisons françaises, largement discréditée aussi bien au sein de l'espace public

<sup>1</sup> Dans son étude de la réforme des études médicales, Haroun Jamous observe l'existence d'un petit groupe de réformateurs marginaux hostiles au système traditionnel mais se situant à l'intersection de plusieurs sous-systèmes clefs, position sécante d'où ils tirent leur influence (JAMOUS Haroun, *Contribution à une sociologie de la décision : la réforme des études médicales et des structures hospitalières*. Paris, Copédith, 1968). A partir de ces travaux, Erhard Freidberg et Michel Crozier ont défini le « marginal-sécant » comme « un acteur qui est partie prenante dans plusieurs systèmes d'action en relation les uns avec les autres et qui peut, de ce fait, jouer le rôle indispensable d'intermédiaire et d'interprète entre des logiques d'action différentes, voire contradictoires ». Ils ont ainsi gommé de leur analyse la position « marginale » qu'avait mis en avant Haroun Jamous (CROZIER Michel, FRIEDBERG Erhard, *L'acteur et le système*, Paris, Seuil, 1977, p.86.).

<sup>2</sup> DAP, *Journées européennes de médecine pénitentiaire*, op.cit., p.2.

que du secteur médical. La spécialisation de la médecine pénitentiaire apparaît dès lors comme un moyen destiné à réhabiliter un secteur d'action publique contesté et peu attractif (Section 1).

En dépit d'un début de reconnaissance, aussi bien au sein du secteur professionnel d'origine que de l'espace public, cette dynamique de spécialisation est entravée par de nombreux obstacles qui apparaissent comme autant de limites à la stabilisation de la figure professionnelle du « médecin pénitentiaire ». L'échec à faire reconnaître la médecine pénitentiaire en tant que spécialité médicale établie apparaît ainsi indissociable de la critique qu'elle subit. La personnification de ce secteur d'activité dans son Médecin-inspecteur, fortement politisé et contesté, tend à amplifier cette critique (Section 2). Cette remise en cause permanente rend impossible l'institutionnalisation de la médecine pénitentiaire au sein du secteur hospitalo-universitaire français.

## Section 1 - La spécialisation de la médecine pénitentiaire comme réhabilitation d'un secteur d'action publique peu attractif

Docteur Petit, médecin-chef de l'Hôpital de Fresnes : « *La plupart des mes collègues travaillent à la vacation; un certain nombre d'autres comme moi travaillent au K opératoire. Je peux vous livrer un petit secret si vous voulez : le K opératoire de la Sécurité sociale est à 6,20 [francs] par exemple à l'heure actuelle. Et bien nous, nous travaillons à 1,88 depuis 1969 très exactement...* »

Journaliste : « *Comme si c'était une médecine au rabais...* »

Docteur Petit : « *Comme si c'était une médecine au rabais ! Alors votre question est très juste et très agréable. On doit dire très certainement : "Ces pauvres médecins et chirurgiens sont les derniers de la lignée et on doit les payer à leur valeur et pas plus !" »<sup>1</sup>.*

La médecine pénitentiaire est confrontée au milieu des années soixante-dix à un malaise. Soumis à des conditions de travail difficiles, plusieurs personnels de santé, notamment infirmiers, refusent de poursuivre une activité faiblement rémunérée et démissionnent au point que de nombreux postes demeurent vacants<sup>2</sup>. En outre, le mode de recrutement par concours institué à la fin des années soixante pour les infirmières « s'est soldé par un échec » comme le constate un médecin de la M.A de Lyon<sup>3</sup>. Les deux concours organisés en 1973 ne permettent par exemple « de mettre à la disposition de l'administration pénitentiaire que 4 infirmières stagiaires ce qui est loin de correspondre à celui des vacances d'emploi »<sup>4</sup>. Comme l'observe un journal professionnel, si le prix des vacations augmente régulièrement, « les vocations, quant à elles, semblent loin de soutenir ce rythme... » (*QDM*, 16/9/1975). Car au-delà des raisons matérielles, le problème de recrutement s'explique en partie par la mauvaise image dont souffre la médecine pénitentiaire au sein du secteur médical.

La prison est au début des années soixante-dix l'objet d'une attention de plus en plus grande de la part de la presse médicale. A l'occasion du « scandale de Toul » et du rapport du Dr Edith Rose, le corps médical s'indigne pour la première fois des conditions d'exercice en prison<sup>5</sup>. Dans un éditorial du *Concours médical*, le Dr Koupernik rend hommage à son confrère psychiatre : « Dans ce monde concentrationnaire où, avec les faibles moyens qu'on vous tolère, vous avez apporté un peu de lumière, un peu de chaleur, tout le monde paraît aliéné. On attache donc encore certains détenus, forçant les surveillants à les nourrir. On en

<sup>1</sup> « Médecins des prisons : 1<sup>ère</sup> partie », 1<sup>ère</sup> chaîne, 17/03/1976, 55 minutes, Archives INA.

<sup>2</sup> Cf. Annexe 19 : « L'obstacle récurrent de la rémunération dans le projet de la création d'un corps des soignants pénitentiaires ».

<sup>3</sup> « Journées de médecine pénitentiaire de Marseille », *Instantanés criminologiques*, n°12, 1971, p.42.

<sup>4</sup> « Rapport général pour l'année 1973 », *RPDP*, 01/03/1976, p.101.

<sup>5</sup> Cf. Chapitre1 – Section 3-1 : « De la psychiatrie asilaire à la psychiatrie pénitentiaire : l'émergence... ».



isole d'autres, cependant que de savants auteurs, des psychiatres comme vous, dissertent sur la pathogénie de la psychose carcérale »<sup>1</sup>. Le même éditorialiste<sup>2</sup> oppose au courage des Dr Rose ou Dayant, venant de publier son récit, la honte apportée à d'autres médecins travaillant en prison : « Il m'est arrivé de lire sur la pathologie carcérale des ouvrages dont par charité je tairais la signature et dont l'unique souci était de dépister la simulation. Le livre de Charles Dayant fait honneur au Corps médical »<sup>3</sup>.

Se diffuse alors au sein du secteur médical l'image d'une profession ingrate. A l'encontre de la prudence adoptée par *Le Quotidien du Médecin*, rarement critique envers le corps médical, le journal *Tonus*, davantage politisé, restitue ainsi la difficulté de cette profession<sup>4</sup>. Le médecin pénitentiaire y est présenté comme « un "civil" à tout faire au royaume de l'absurde » : « C'est un vacataire qui n'a pas de contrat, est nommé par arrêté ministériel, n'a pas de stabilité de l'emploi, pas de congés annuels, pas de retraite, pas de revalorisation régulière [...] Le médecin doit se débrouiller avec le minimum dans la cellule exiguë, peu éclairée qui lui est allouée, avec un matériel très sommaire qui l'oblige à avoir recours à des spécialistes pour le moindre examen d'œil »<sup>5</sup>. En publiant un article de l'équipe lyonnaise, *Le concours médical* diffuse également une image peu flatteuse de la médecine pénitentiaire, susceptible de décourager d'éventuels candidats :

« Pas de secrétariat, un "dispensaire" aménagé dans une ou deux cellules à peine transformées, pas de lits d'examen, une "infirmerie" avec dortoir au confort plus que précaire. Quant aux soins... Il est très difficile, souvent impossible, d'appliquer en prison certains traitements, fussent-ils classiques, ne faisant pas question en pratique de ville et souvent irremplaçables [...] c'est dans ce monde qu'il s'agit d'être médecin. La position de ce dernier n'a rien de confortable. Il lui faut bien sûr, se soumettre à la règle et admettre une subordination administrative contraignante [...] Lié par son métier et le contrat moral qui l'attache, le médecin de prison a l'impression de porter caution à cette conception d'ensemble du monde carcéral, d'où sa sensation continue d'être en porte à faux [...] Il faut avoir le cœur bien accroché et de solides motivations idéologiques pour être médecin de prison »<sup>6</sup>.

Pour compenser ce manque d'attractivité et éviter les défections, le ministère de la Justice accepte progressivement une règle tacite selon laquelle les médecins ne seraient pas tenus d'effectuer la totalité des vacations qui leur sont rémunérées<sup>7</sup>. Après une première période

<sup>1</sup> KOUPELNIK Cyrille, « Lettre ouverte à Madame le docteur Rose », *Le concours médical*, 22/01/1972, p.483.

<sup>2</sup> D'origine russe, Cyrille Koupernik fut un psychiatre très engagé en matière d'éthique médicale, en participant par exemple en 1972 à la création d'un Comité contre l'utilisation de la psychiatrie à des fins politiques.

<sup>3</sup> KOUPELNIK Cyrille, « Les murs de la honte », *Le concours médical*, 30/12/1972, pp.8827-8828.

<sup>4</sup> Créé en 1960 par le laboratoire pharmaceutique Winthrop, *Tonus* est un journal médical qui se distingue dans les années soixante-dix pour ses prises de position. Après avoir incité les médecins à s'engager dans l'action humanitaire, il participe indirectement par l'entremise de son directeur, Raymond Borel, à la constitution de Médecins sans frontières en 1971. *Tonus* se distingua, en outre, par son engagement, en diffusant notamment en 1983 une pétition en faveur d'une enquête sur les violences commises à l'encontre de détenus au Kurdistan iranien (*Tonus*, 14/10/1983).

<sup>5</sup> MOREAU, « Médecin de prison : un "civil" à tout faire au royaume de l'absurde », *Tonus*, 14/08/1972.

<sup>6</sup> COLIN Marcel, GILLON Jean-Jacques, MEGARD Marc, « La médecine en geôle... », *art.cit.*, pp.4691-4700.

<sup>7</sup> Le nombre de vacations horaires est théoriquement défini par le nombre de détenus mais est dans les faits laissé au bon vouloir de la DAP. Le nombre de vacations annuelles allouées à un praticien varie entre 50 et 1200

durant laquelle l'Administration semble refuser tout absentéisme<sup>1</sup> et où certains médecins effectueraient même des heures supplémentaires non rémunérées<sup>2</sup>, il semble admis au cours des années soixante-dix que ceux-ci n'effectuent que la moitié de leurs vacations. Il s'agit, selon un magistrat de la DAP d'un accord établi le plus souvent au plan local : « Dans certains endroits ou dans certaines directions régionales, il y avait un *modus vivendi*. On lui avait dit : "Bon, docteur, on vous paye deux vacations mais vous ne venez qu'une heure". Bon... sachant que ça, c'était aussi pour que ce soit plus attractif pour lui parce que... »<sup>3</sup>.

Pourtant plusieurs indices plaident en faveur d'une politique élaborée au niveau national. Les contrôles effectués en 1983 révèlent tout d'abord qu'aucun médecin n'effectue la totalité de ses vacations, pas même le plus souvent la moitié. Ce cours dispensé à l'ENAP confirme cette information : « Le nombre de ces vacations est uniquement fonction de l'établissement et n'a aucun rapport avec le temps réel que les médecins consacrent à leurs fonctions qui est laissé à leur conscience professionnelle [...] Il est difficile d'apprécier dans quelle mesure la présence effective des médecins dans l'établissement correspond au nombre de vacations allouées »<sup>4</sup>. Le fait qu'un médecin généraliste consacrant 150 heures à son activité en milieu carcéral, c'est-à-dire un « total supérieur à son minimum éligible,  $224/2=112$  »<sup>5</sup>, obtienne une augmentation de ses vacations, et par conséquent de sa rémunération, atteste que l'Administration pénitentiaire n'exige jamais plus de la moitié des vacations, le nombre réel étant souvent bien plus bas.

Au-delà de cette règle tacite permettant de pallier le manque de motivation des praticiens en place, le ministère de la Justice souhaite réhabiliter l'image de la médecine pénitentiaire au sein du secteur médical. Encouragé par les autorités pénitentiaires, le Médecin-inspecteur entreprend ainsi de faire de cette activité une spécialité médicale à part entière. Comme l'ont montré Claude Dubar et Pierre Tripiér en sociologie des professions<sup>6</sup> et Isabelle Baszanger en sociologie de la médecine<sup>7</sup>, pour qu'un groupe soit considéré comme une profession établie, il

---

rendant ces postes plus ou moins attractifs (Cf. Introduction du Chapitre 4 : « Les spécificités carcérales à l'épreuve du décloisonnement »).

<sup>1</sup> Une note adressée le 20 janvier 1950 aux directeurs d'établissements soulève la question de l'absentéisme des pharmaciens gérants : « Dans la plupart des cas celui-ci n'assure pas réellement la gestion de la pharmacie de l'établissement en question. Son rôle se borne souvent à signer les commandes [...] Ce pharmacien doit gérer réellement la pharmacie de l'établissement » (CAC. 19960279. Art. 120. (M. 321 Pharmaciens gérants)).

<sup>2</sup> L'enquête effectuée à l'occasion du congrès de 1963 auprès des médecins pénitentiaires relève que « beaucoup disent passer plus de temps à la prison que leur vacation théorique » (AP, *Le service médical...*, op.cit., p.19).

<sup>3</sup> Jacques, magistrat chargé à la DAP de la réglementation sanitaire de 1982 à 1989. Entretien réalisé le 11/01/2008, 3H30.

<sup>4</sup> « La médecine en milieu pénitentiaire », cours de l'ENAP, 22/11/1978. Archives internes DAP.

<sup>5</sup> Lettre du Directeur régional des services pénitentiaires de Marseille au Bureau des personnels de la DAP du 8/11/1979 (CAC. 19940511. Art.87).

<sup>6</sup> DUBAR Claude, TRIPIER Pierre, *Sociologie des professions*, Paris, Armand Colin, 2003, p.247.

<sup>7</sup> BASZANGER Isabelle, « Emergence d'un groupe professionnel et travail de légitimation. Le cas des médecins de la douleur », *Revue française de sociologie*, XXI, 1990, pp.257-282.

doit réaliser un travail de légitimation à au moins deux niveaux. Il doit tout d'abord conférer à ses différents membres une identité commune en définissant, d'une part, l'objet de leur pratique et, d'autre part, des standards professionnels homogènes. C'est dans le but de délimiter les frontières de cette nouvelle spécialité médicale que Solange Troisier poursuit le travail initié par Georges Fully de mise en évidence et d'enseignement de la « pathologie carcérale » (1). Pour être reconnu en tant que profession, un groupe doit en second lieu effectuer un travail au sein même du secteur professionnel dans lequel il souhaite être reconnu. L'adoption d'un code éthique spécifique au milieu carcéral ou encore la consécration de l'appellation de « médecine pénitentiaire » attestent de la progressive reconnaissance de cette nouvelle spécialité au sein du secteur médical (2).

### ***1. Le travail interne de délimitation d'une nouvelle spécialité médicale : la mise en évidence d'une « pathologie carcérale »***

*Journaliste : « Exercer la profession de médecin dans le milieu pénitentiaire, qu'est ce que cela signifie ? Les détenus sont des hommes comme les autres, la médecine devrait être la même. Et il est vrai que le médecin-chef de la prison de Fresnes voit défiler à sa consultation les mêmes maladies qu'un médecin de quartier par exemple. Pourtant, même lorsqu'il s'agit d'une maladie purement organique la situation du patient ne peut pas ne pas être prise en compte [...] Et puis le milieu pénitentiaire sécrète une pathologie spécifique. C'est à dire que certaines maladies, certaines tensions trouvent un terrain privilégié dans ce monde coupé du monde. Non, le médecin des prisons ne peut pas être un médecin comme les autres »<sup>1</sup>.*

Si l'on excepte l'annexion de disciplines connexes (hygiène publique, anatomie, physiologie) par le secteur médical<sup>2</sup>, les premières spécialités de la médecine clinique s'affirment dès la seconde moitié du XIX<sup>ème</sup> siècle à partir de la connaissance de certains organes (ophtalmologie, stomatologie, oto-rhino-laryngologie, etc.) ou de certaines pathologies (infectiologie, allergologie, etc.) rendue possible par les développements de la science<sup>3</sup>. Longtemps laissées à la seule appréciation du secteur médical, ces spécialités sont l'objet en France d'une régulation étatique à partir de la Libération rendue nécessaire à mesure que s'érige le système de protection sociale. Le corps humain est cependant l'objet d'un découpage si minutieux entre spécialités que toute nouvelle entrée dans le secteur de la médecine se produit, sauf découverte scientifique majeure, sur le fondement d'une demande spécifique à laquelle répondrait un groupe de professionnels<sup>4</sup>. La mise à profit d'une demande

<sup>1</sup> « Médecins des prisons : 1<sup>ère</sup> partie », 1<sup>ère</sup> chaîne, 17/03/1976, 55 minutes, Archives INA.

<sup>2</sup> PINELL Patrice, « Spécialisation » dans LECOURT Dominique (dir.), *Dictionnaire de la pensée médicale*, Paris, PUF, Coll. « Quadrige », 2004, pp.1063-1069.

<sup>3</sup> Cette première explication de la logique de la spécialisation médicale fut développée par l'historien américain Rosen et reprise par Ackerknecht (ROSEN George, *The specialization of medicine*, New York, Froben Press, 1944 ; ACKERKNECHT E.H., *La médecine hospitalière à Paris (1794-1848)*, Paris, Payot, 1986).

<sup>4</sup> Jean Peneff précise ainsi que, tandis que les premiers services d'urgence étaient l'œuvre de chirurgiens, la médecine urgentiste est née dans les années soixante de la rencontre entre une exigence sociale (ouverture de l'hôpital à la ville et transformations de la vie dans les métropoles) et un groupe de médecins réanimateurs-anesthésistes (PENEFF Jean, *Les malades des urgences*, Paris, Métailié, 2000, pp.21-22).

sociale par un groupe professionnel serait ainsi à l'origine des nouvelles spécialités médicales. Une profession ne pouvant maintenir son mandat que par le biais d'une « rhétorique professionnelle » par laquelle elle définit le problème auquel elle serait seule à pouvoir résoudre<sup>1</sup>, l'émergence d'une nouvelle spécialité médicale exige par conséquent que celle-ci soit reconnue comme la réponse à un problème, que celui-ci soit purement biomédical ou plus largement social. La médecine pénitentiaire tente d'affirmer sa spécificité en démontrant qu'elle répond, d'une part, à un besoin médical en tant que tel, les détenus étant pensés comme des malades spécifiques, et d'autre part, à un rôle social de réinsertion des détenus.

L'un des éléments d'affirmation de la médecine pénitentiaire est en premier lieu la mise en évidence d'une « pathologie carcérale », terme désignant les affections spécifiques au milieu pénitentiaire, qui rendrait nécessaire la reconnaissance d'une nouvelle spécialité médicale. Georges Fully justifiait déjà ainsi en 1966, dans une revue consacrée aux études médicales, le fait que la médecine pénitentiaire soit considérée comme une « forme d'exercice de la médecine » au côté de la médecine légale ou de la médecine militaire : « Les médecins pénitentiaires, aussi bien généralistes que spécialistes et psychiatres, sont unanimes à reconnaître qu'il existe des formes pathologiques inhérentes à l'incarcération et qui sont inconnues ou presque en pratique normale [...] Cette pathologie [...] fait de la médecine pénitentiaire, de plus en plus, une spécialité d'un genre particulier »<sup>2</sup>. Bien qu'ancienne, l'idée d'une pathologie carcérale acquiert une certaine reconnaissance au cours des années soixante-dix sous la forme de congrès et de publications<sup>3</sup>. Une commission lui est par exemple consacrée lors des Journées nationales de médecine pénitentiaire de 1970<sup>4</sup>.

Ces rencontres sont l'occasion pour chaque praticien de spécifier sa spécialité d'origine au regard du milieu carcéral. Au cours du congrès de 1978, l'urologue de l'Hôpital de Fresnes justifie ainsi la particularité de « l'urologie pénitentiaire » du fait, d'une part de la simulation, puis d'autre part en raison d'affections « le plus souvent rencontrées en milieu pénitentiaire », que ce soient des maladies rarement présentes dans les pays occidentaux (telles la bilharziose vésicale ou la chylurie) ou des comportements propres à la prison, tels que l'introduction de corps étrangers dans l'urètre (fil électrique, aiguilles, clous)<sup>5</sup>. Lors de cette rencontre entre praticiens pénitentiaires, le radiologue de Fresnes précise, au sujet des ulcères bulbaires ou

<sup>1</sup> PARADEISE Catherine, « Rhétorique professionnelle et expertise », *Sociologie du travail*, 1, 1985, pp.17-31.

<sup>2</sup> FULLY Georges, « La médecine pénitentiaire », *Avenirs*, 170-171, 1966, pp.250-255.

<sup>3</sup> En 1897, Chipier évoque dans sa thèse de médecine une « pathologie spéciale » : « Nous avons cru remarquer qu'il existait une nosologie spéciale aux habitants des prisons. Certaines maladies observées par nous étaient très fréquentes et se présentaient avec les mêmes caractères, les mêmes symptômes, se terminant de la même façon, nous avons pensé qu'il existait un cadre d'affections particulières à ces individus qui vivent d'une façon identique et sont soumis à un régime identique. Nous disons que la question des maladies de prison est nouvelle » (Cité dans PAPELARD Alain, *Histoire de la médecine pénitentiaire en France*, op.cit., p.131).

<sup>4</sup> DAP, *Journées nationales de médecine pénitentiaire*, op.cit., pp.19-20.

<sup>5</sup> DAP, *Premier congrès mondial de médecine pénitentiaire*, op.cit., p.271-276.

duodénaux, qu'« il n'est pas exagéré de parler d'une véritable pathologie carcérale » pouvant s'expliquer par des facteurs nutritionnels ou psychiques<sup>1</sup>. La notion de pathologie carcérale se diffuse même, de manière relative, au sein de l'espace public par le biais de reportages télévisés. « La chirurgie pénitentiaire, il faut bien le dire, est une chirurgie spéciale qui s'adresse à des gens spéciaux et qui s'exerce dans des locaux spéciaux », déclare ainsi le Dr Petit dans le premier documentaire télévisé consacré à la médecine pénitentiaire<sup>2</sup>.

Bien qu'elle soit l'objet de nombreuses publications, l'idée d'une « pathologie pénitentiaire » ne constitue cependant pas une notion homogène comme en attestent les débats quant à la définition des troubles qu'elle recouvre. Dans sa thèse consacrée à la « médecine carcérale », un praticien y englobe les problèmes digestifs, l'ingestion de corps étrangers, les grèves de la faim, les autolyses, les simulations et de « nombreux problèmes psychiatriques »<sup>3</sup>. Le médecin-chef d'une M.A restreint en revanche la portée de cette notion, dans un article qui lui est pourtant consacré et qu'il utilise d'ailleurs avec des guillemets comme pour mieux exprimer sa réserve : « Existe-il une "pathologie pénitentiaire" ? En réalité, si l'on peut préciser les circonstances qui favorisent la maladie, décrire le terrain où elle se développe et les signes cliniques qui la caractérisent en prison, on ne peut citer que trois manifestations pathologiques propres au régime pénitentiaire : les grèves de la faim, les automutilations et les suicides »<sup>4</sup>. Ces divergences d'interprétation soulignent la fragilité d'une notion qui s'avère progressivement remise en cause à mesure que les praticiens intervenant en milieu carcéral gagnent en expérience.

Médecins libéraux, les généralistes semblent en effet enclins durant les premières années de leur exercice à qualifier de « carcéral » des phénomènes qu'ils n'ont jamais rencontrés dans leur pratique quotidienne. Si la médecine pénitentiaire est « si particulière », selon un interne, c'est parce qu'« on découvre une médecine parfois déroutante pour laquelle on n'a pas été préparé (grève de la faim, automutilation, autolyse, ingestion de corps étrangers, simulation, toxicomanes, alcooliques, transsexuels) »<sup>5</sup>. A l'inverse, les psychiatres, souvent confrontés à des situations similaires en institution psychiatrique, sont réticents à reconnaître l'existence d'une pathologie spécifiquement carcérale. En témoignent les divergences d'interprétation entre généralistes et psychiatres à propos de la simulation (Cf. Encadré)<sup>6</sup>. S'ils remarquent parfois l'existence de pathologies propres à la prison, les professionnels de la santé mentale

<sup>1</sup> *Ibidem*, p.281.

<sup>2</sup> « Médecins des prisons : 1<sup>ère</sup> partie », 1<sup>ère</sup> chaîne, 17/03/1976, 55 minutes, Archives INA.

<sup>3</sup> SCHMITT Jean-Noël, *La médecine carcérale*, op.cit., p.3.

<sup>4</sup> FORGET Daniel, « La pathologie carcérale », *Médecine de l'homme*, n°95, 05/1977, pp.12-16.

<sup>5</sup> GERON Yvan, *Rôle médico-social du médecin pénitentiaire*, thèse de médecine, Paris VI, 1980, p.1.

<sup>6</sup> Le fait que les médecins urgentistes ayant investi le champ carcéral au cours des années quatre-vingt-dix refusent toute spécificité à la médecine pénitentiaire peut également s'expliquer, entre autres, par le fait qu'ils sont confrontés à des phénomènes similaires dans leur exercice quotidien d'urgentiste.

exerçant en milieu carcéral, comme ici ceux de Lyon, en soulignent l'origine psychologique : « Comme le rappelle le Dr Broussole, du point de vue psychosomatique, le délinquant présente également une pathologie particulière : l'anxiété due à l'ensemble du processus pénal révèle ou aggrave certaines manifestations psychosomatiques »<sup>1</sup>. Bénéficiant d'une expérience en hôpital psychiatrique, ces médecins sont amenés à relativiser l'originalité des pratiques qu'ils observent en prison. C'est par exemple le cas de cette interne en psychiatrie consacrant sa thèse aux automutilations en prison : « La pathologie dite "carcérale" recouvre un ensemble de manifestations morbides qui, bien que non pathognomoniques [caractéristiques] de ce milieu, y sont observées avec une relative constance »<sup>2</sup>.

### LA SIMULATION : ELEMENT DE PATHOLOGIE CARCERALE OU EXPRESSION D'UNE SOUFFRANCE ?

La simulation, pouvant être définie comme la feinte ou l'exagération de symptômes destinée à obtenir les avantages accordés par la maladie, a été considérée par certains médecins comme une pathologie justifiant la spécificité de la pratique médicale en milieu pénitentiaire. Très tôt pourtant des psychiatres exerçant en institution carcérale défendent l'idée que la simulation serait une réaction rationnelle des détenus face au manque de considération dont ils sont l'objet : « Langage des opprimés, des diminués, la simulation se rencontre chaque fois que l'individu se sent inférieur par la société [...] Lorsque la prison perdra ce caractère oppressant et humiliant pour l'individu et deviendra l'instrument d'une authentique promotion de l'Homme, la simulation en milieu carcéral sera devenue un phénomène historique »<sup>3</sup>. Dans une approche globale de la personne, les professionnels de la santé mentale voient la simulation comme un élément « normal » de leur pratique médicale, tentant ainsi de distinguer la signification latente de ce comportement. C'est ainsi qu'un interne en psychiatrie y voit dans sa thèse « un faux problème » : « La simulation est un mode de comportement, donc un symptôme et comme tel il doit être interprété »<sup>4</sup>.

A l'inverse des psychiatres, les médecins pénitentiaires, peu habitués à rencontrer des patients feindre une maladie, voient dans la simulation une spécificité de l'exercice en milieu carcéral, tel ce chirurgien, médecin-chef des prisons de Fresnes : « Notre malade, avec sa pathologie "volontairement déformée" et son comportement si particulier [...] font que la chirurgie pénitentiaire revête un aspect qui ne se retrouve ni dans les maisons de santé privées, ni dans les hôpitaux militaires »<sup>5</sup>. Pour les mêmes raisons, la détection de la simulation est considérée par le Dr Albert-Weil, médecin-chef de service à Fresnes de 1950 à 1966, comme le principal élément de définition de son activité médicale en détention : « Je devais donc à tout prix, sous peine de perdre la face et ne pas conserver la confiance de mes malades, déceler la tromperie, la simulation. Ces principes devaient guider tout mon comportement ultérieur »<sup>6</sup>. Ce même praticien consacre d'ailleurs un ouvrage à cette « affection » au sein duquel il décrit les différentes méthodes d'examen ainsi que des études de cas clinique<sup>7</sup>. « Il est

<sup>1</sup> BUFFARD Simone, BROUSSOLE M., COLIN Marcel, COTTREAU Jean, DUCOTTET François, GONIN Daniel, « L'équipe médico-psychologique en milieu pénitentiaire », *Cahiers médicaux lyonnais*, vol.48, n°21, 26/05/1972, pp.2393-2402.

<sup>2</sup> FROGER Christiane, *L'automutilant en milieu carcéral. Approche psycho-dynamique*, thèse de médecine, faculté de Lyon, 1983, p.15.

<sup>3</sup> HIVERT Paul, « La simulation en prison », *RPDP*, 07-09/1967, pp.621-624.

<sup>4</sup> BERTHET Jean-Paul, *Contribution à l'étude de la psychiatrie en prison*, op.cit., p.38.

<sup>5</sup> PETIT Jacques, « La chirurgie en milieu pénitentiaire » dans *DAP, Le service médical en milieu pénitentiaire*, op.cit., p.70.

<sup>6</sup> ALBERT WEIL Jean, *J'ai été 16 ans médecin à Fresnes*, op.cit., p.11.

<sup>7</sup> ALBERT-WEIL Jean, *Simulations médicales*, Paris, Doin et Compagnie, 1962.

symptomatique que le seul ouvrage français récent traitant de la médecine en prison soit exclusivement consacré à la simulation alors que les simulateurs ne représentent qu'un pourcentage infime des malades », observent deux praticiens des prisons de Lyon ayant une formation psychiatrique<sup>1</sup>.

La simulation est aux yeux des médecins et de l'Administration un phénomène tellement particulier au milieu pénitentiaire qu'elle est présentée, par exemple dans cette thèse de science pénitentiaire, comme la meilleure illustration de la spécificité de cette nouvelle spécialité médicale : « La pratique de la médecine en milieu pénitentiaire a des aspects particuliers entièrement différents de ceux rencontrés en milieu libre. Un des problèmes essentiels est celui de la simulation des symptômes de la maladie »<sup>2</sup>.

Même si Georges Fully en soulignait déjà l'importance, Solange Troisier a largement contribué à faire de la simulation une pathologie pénitentiaire en tant que telle, notamment au cours de ses déclarations publiques, comme ici lors du congrès de médecine pénitentiaire de Dijon en 1978 : « Bien souvent l'on me demande qu'elle est la différence entre la médecine pénitentiaire et la médecine tout court. Bien sûr, toutes les maladies sont retrouvées en prison, mais majorées, maquillées, utilisées ou volontairement niées. Mais il y a chez chaque détenu tout un cortège carcéral où la maladie imaginaire devient parfois réelle » (*Libération*, 25-26/11/1978). Outre l'idée alors débattue qu'à force de simuler le détenu provoquerait la maladie<sup>3</sup>, la représentation de la simulation en tant que pathologie repose sur l'idée d'une spécificité de la population pénale, ainsi que le rappelle Solange Troisier :

*« Ce qui est particulier, c'est qu'il s'agit d'une population pénale pathologique [...] Les détenus sont tous plus ou moins des déséquilibrés, des désœuvrés, beaucoup sont très instables, ne sont pas assurés sociaux ou n'ont même jamais travaillé. Il s'agit donc d'une population particulière qui va avoir des maladies et un comportement psychique différents des autres. Il n'est donc pas étonnant qu'il y ait des simulations totales »<sup>4</sup>.*

Erigée en catégorie médicale, la simulation est cependant vécue par certains praticiens comme une immixtion de l'Administration dans l'exercice de leur profession. C'est en effet souvent sous l'injonction du directeur de l'établissement que les médecins sont contraints d'exercer une fonction de dépistage à des fins disciplinaires<sup>5</sup>. La détection de la simulation est souvent décrite comme une qualité essentielle du métier de praticien pénitentiaire car nécessaire à la construction d'un lien de confiance avec le directeur d'établissement. En témoigne cet interne de Fresnes :

*« La situation du médecin en milieu pénitentiaire doit être claire et sans équivoque [...] vis-à-vis de l'administration, qui doit savoir que le corps Médical Pénitentiaire soigne et protège les vrais malades, et que de ce fait, la "raison administrative" doit dans leur cas, céder le pas devant la "raison médicale". En contrepartie, elle doit savoir aussi que les médecins sont capables de dépister les simulateurs dans la plupart des cas, et que, de toute façon, ces derniers ne bénéficieront pas de leur complicité »<sup>6</sup>.*

Elément de définition de la médecine pénitentiaire, la simulation est à l'inverse pour ses détracteurs l'un des emblèmes de l'emprise de l'Administration sur l'organisation des soins. Charles Dayant relate ainsi comment il fut amené à décrocher la pancarte, rappelant que « Toute consultation non motivée sera punie », apposée à la porte de l'infirmerie :

*« Dès la prise de mes fonctions à La Santé, le directeur m'avait donné tous les pouvoirs [...] pour démasquer les délinquants d'un type nouveau : les simulateurs, que je devais ensuite dénoncer pour "consultation non motivée" [...] Curieux médecin en vérité que ce dépisteur de simulations, que ce supergardien à diplômes par le*

<sup>1</sup> HOCHMANN Jacques, COLIN Marcel, « Considération sur la signification du régime diététique en milieu pénitentiaire » in COLIN Marcel, *Etudes de criminologie clinique*, Paris, Masson, 1963, p.241.

<sup>2</sup> GOLPAYEGANI Behrouz, *L'humanisation de la peine privative de liberté*, op.cit., pp.218.

<sup>3</sup> Cf. SCHMITT Jean-Noël, *La médecine carcérale*, op.cit., p.75.

<sup>4</sup> « Le Dr Solange Troisier : "Plus de médecine vétérinaire pour les détenus" », *Tonus*, n°208, 17/10/1977.

<sup>5</sup> Rappelons qu'en cas de « consultation abusive » le médecin était en droit de demander la sanction du détenu.

<sup>6</sup> GRUN Victor, *La simulation médicale en milieu pénitentiaire*, thèse de médecine, Faculté de Paris, 1958, p.55.

*truchement duquel le bras trop court de l'autorité répressive atteindrait même au cœur de l'infirmier ceux qui espéraient nouer avec un civil des relations humaines normales »<sup>1</sup>.*

Malgré la quasi-unanimité observée dans les publications médicales, les praticiens exerçant en prison semblent profondément partagés sur la dimension médicale conférée à la simulation. Un groupe de travail réuni lors du congrès de médecine pénitentiaire de 1963 refuse ainsi de considérer la simulation comme une pathologie : « En fait une consultation est toujours motivée, il y a toujours un motif même si ce motif n'est pas classique »<sup>2</sup>. Dans un ouvrage consacré à la relation clinique, un psychiatre intervenant aux prisons de Lyon consacre un chapitre au « faux problème de la simulation » : « Décréter simulé un comportement parce qu'il est utilitaire, c'est s'en tenir à un diagnostic descriptif et en refuser le sens »<sup>3</sup>. Citant cet ouvrage fort commenté, un médecin s'interroge dans sa thèse afin de savoir si la simulation doit être considérée comme la réaction d'un individu en détresse ou comme une pathologie en tant que telle : « Le problème est de savoir si ce type de simulation représente une entité réelle ou s'il ne se cache pas autre chose derrière ? [...] La simulation, qu'elle ait un but utilitaire ou non est-elle une maladie ? »<sup>4</sup>.

La réponse négative apportée à cette question par ce même médecin traduit peut-être un rapprochement de la représentation qu'ont les médecins de la simulation avec celle des psychiatres : « C'est parce que l'institution le condamne à un perpétuel combat, parce qu'elle nie en lui et en autrui toute revendication à la dignité, qu'elle favorise les conduites infantiles à quoi se réduit le théâtralisme utilitaire. Le détenu ne peut combattre avec ses mains ou sa voix mais avec ses plaintes »<sup>5</sup>. C'est cette évolution que constate Antoine Lazarus parmi les médecins pénitentiaires : « De plus en plus l'on prend conscience que le symptôme proposé pour justifier la demande de consultation n'est qu'un moyen pour approcher le médecin auquel on a besoin de parler »<sup>6</sup>. Les entretiens réalisés auprès de médecins et d'infirmières ayant travaillé en prison au cours des années quatre-vingt confirment une progressive prise de distance à l'égard de cette représentation de la simulation en tant que pathologie carcérale. Ils témoignent que la médecine pénitentiaire est alors de moins en moins perçue comme une spécialité médicale à part entière qui justifierait une organisation spécifique placée sous la tutelle du ministère de la Justice.

Dotés d'une faible expérience, les internes sont parmi les premiers à reconnaître cette spécificité carcérale : « Médecine déroutante parce qu'il existe une pathologie particulière [...] Lequel d'entre nous [internes] n'a pas hospitalisé un malade présentant un état fort inquiétant et dont les signes avaient disparu le lendemain matin. La simulation et surtout l'exploitation de maladies antérieures à l'incarcération, surprendront bien d'autres jeunes internes »<sup>7</sup>. Ainsi, les médecins exerçant en prison contestent, à mesure que leur expérience s'accroît, la spécificité de ces pathologies. Les suicides, les auto-agressions, la simulation ou les grèves de la faim sont peu à peu interprétés comme des réactions de défense à l'égard du milieu pénitentiaire, ne relevant ainsi pas *stricto sensu* de la médecine. Un praticien travaillant à la M.A de Lyon depuis dix ans y voit une « pathologie "psychofonctionnelle" » : « Pour Mégard, si l'on faisait abstraction du cadre de la détention et de ce qu'elle crée, on

<sup>1</sup> DAYANT Charles (avec Arnaud Still), *J'étais médecin à La Santé*, op.cit., p.22.

<sup>2</sup> DAP, *Le service médical en milieu pénitentiaire*, op.cit., p.31.

<sup>3</sup> HOCHMANN Jacques, *La relation clinique en milieu pénitentiaire*, Paris, Masson, 1964.

<sup>4</sup> SCHMITT Jean-Noël, *La médecine carcérale*, op.cit., pp.70-75.

<sup>5</sup> *Idem*, p.76.

<sup>6</sup> LAZARUS Antoine, « Le médecin pénitentiaire entre deux demandes », *art.cit.*, p.74.

<sup>7</sup> SALVETTI Antoine, « Le rôle de l'interne en milieu pénitentiaire », cours photocopié remis par Mme Salvetti.



retrouverait simplement les problèmes propres à tout exercice médical »<sup>1</sup>. Si, comme le souligne un psychiatre intervenant à Fresnes depuis le début des années soixante, « il existe une spécificité sanitaire pénitentiaire, il n'y a pas lieu de l'exagérer et de faire du délinquant un homme à part, tout à fait différent des autres »<sup>2</sup>. Certains médecins, comme ici le Dr Hintermayer de Fresnes, voient même dans la notion de pathologie carcérale une tentative abusive de faire de la médecine pénitentiaire une spécialité médicale à part entière :

Journaliste : « Monsieur, est ce que vous pensez que la médecine pénitentiaire est une médecine en soi, différente des autres ? »

Dr Hintermayer : « Pas du tout ! Je ne vais pas faire plaisir à tout le monde, en particulier à certains confrères en vous disant cela.... C'est un mythe ! Ça n'existe pas ! Vous avez pu vous en rendre compte... Vous pourrez le voir en voyant ce film. C'est exactement la même médecine qu'à l'extérieur. Nous sommes ici comme dans un cabinet médical extérieur. Avec simplement des malades un petit peu particuliers du fait qu'ils sont enfermés 23 heures sur 24 le plus souvent [...] Alors nous dire que pour cela il y a une médecine pénitentiaire... Vous pensez bien que l'hémorragie intestinale que nous avons vue tout à l'heure ou l'ulcère de l'estomac, ou le drogué même de tout à l'heure, sont exactement les mêmes qu'à l'extérieur. Alors c'est vrai qu'il y a une pathologie un petit peu particulière, c'est celle des corps étrangers, le chirurgien vous en a sans doute parlé, et des gens qui majorent les symptômes et quelques fois qui sont capables de s'automutiler pour rentrer à l'hôpital [...] Mais enfin faire de ça une médecine pénitentiaire... Je dirai que c'est bien léger ! Pour ne pas dire plus... »<sup>3</sup>.

Sans prendre position dans le débat relatif à la spécificité de la médecine pénitentiaire, on peut remarquer que les particularités qu'elle présente (automutilations diverses, grèves de la faim simulation, etc.) ont été mises à profit par ceux qui souhaitaient en faire une discipline distincte. L'idée d'une pathologie carcérale fut cependant contestée par certains praticiens exerçant eux-mêmes en détention. Loin de former un groupe professionnel homogène, les praticiens pénitentiaires sont ainsi divisés entre un segment favorable à la reconnaissance de leur spécificité et un segment souhaitant, à l'inverse, être reconnus avant tout comme des médecins généralistes. Derrière des questions d'ordre médical se jouent par conséquent des enjeux statutaires et déontologiques. La médecine pénitentiaire est-elle si spécifique au point de justifier qu'elle soit placée sous la tutelle du ministère de la Justice ? C'est cette position qu'adopte Solange Troisier en tant que Médecin-inspecteur, qui exerce alors sur ce groupe professionnel une position dominante.

Parce que la logique de spécialisation de la médecine pénitentiaire ne repose pas sur des connaissances purement médicales mais sur l'idée d'un milieu et d'une population spécifiques, elle doit, pour se légitimer, démontrer à travers sa « rhétorique professionnelle » à quel « problème public » elle entend répondre<sup>4</sup>. C'est pourquoi dans sa tentative de

<sup>1</sup> COLIN Marcel, GILLON Jean-Jacques, MEGARD Marc, « La médecine en geôle... », *art.cit.*, p.4697.

<sup>2</sup> « Le décloisonnement de l'administration pénitentiaire et des autres administrations publiques », *art.cit.*, p.24.

<sup>3</sup> « Médecins des prisons : 1<sup>ère</sup> partie », 1<sup>ère</sup> chaîne, 17/03/1976, 55 minutes, Archives INA.

<sup>4</sup> La médecine du sport s'est ainsi progressivement autonomisée depuis les années soixante-dix à mesure qu'elle est apparue comme un moyen de répondre au problème du dopage (BRISSONNEAU Christophe, LE NOE Olivier, « Construction d'un problème public autour du dopage et reconnaissance d'une spécialité médicale », *Sociologie du travail*, n°48, 2006, pp.487-508).

spécialisation, le Médecin-inspecteur tente, au moment où les prisons représentent l'une des grandes préoccupations de la société française, de mettre en évidence le rôle social que les praticiens peuvent avoir, du fait de leur profession, au sein de l'institution carcérale<sup>1</sup>. Solange Troisier, qui s'enorgueillit de son « sens de l'humain » ou de son « goût de l'apostolat social »<sup>2</sup>, défend une conception « humaniste » du médecin pénitentiaire : « Dans l'univers carcéral, celui-ci n'est pas un médecin tout à fait comme les autres parce que ses malades ne ressemblent pas complètement aux autres [...] Pour s'occuper de cette "clientèle" spéciale, il faut un supplément de psychologie et de cœur, le médecin étant souvent appelé à jouer un rôle de confident et à éviter les gestes de désespoir » (*La Croix*, 6/02/1977). Parce que les détenus sont des êtres dotés d'« une psychologie particulière » et dont « le comportement se rapproche fréquemment de celui de l'enfance », le médecin devrait selon elle développer une relation particulière avec « ses » détenus qui « ont besoin d'affection » (*LM*, 28/09/1973) : « Ces hommes et ces femmes étaient un peu "ma chose" [...] J'interpellai quelque fois les détenus d'un "Mon petit" [...] Est-ce un crime d'avoir été une mère cordiale avec des sujets certes que la société a rachetés, mais que nous, médecins, devons soigner ? »<sup>3</sup>. Les propos de Solange Troisier lors de cette émission radiophonique traduisent la conception quasi-religieuse de l'activité médicale en prison qu'elle défend :

*« Il y a tant de choses à faire pour les gens malheureux. Vous me direz que Saint Vincent a été un des premiers médecins des prisons. Ça a presque été mon prédécesseur et c'est lui qui a donné ce côté humain à la médecine pénitentiaire. C'est merveilleux ! Quand je rentre dans les cellules de mes prisonniers, même parfois quand ils sont au mitard, je leur parle pour leur demander si leur santé est bonne [...] Ils sont très contents de me voir. Je crois qu'ils sentent en moi d'abord quelqu'un qui est un être humain qui se penche sur leur détresse et qui va leur apporter une présence. Je ne suis pas là d'abord pour juger. Je suis le médecin. Je suis la liberté et donc je suis quelque chose qui leur permet de se raccrocher et bien souvent dans les moments difficiles, comme les grèves de la faim... Nous avons un rôle. Nous sommes d'abord une présence »<sup>4</sup>.*

Les médecins pénitentiaires, décrits comme « des êtres privilégiés pour les prisonniers [...] peut-être [...] leurs meilleurs alliés »<sup>5</sup>, n'auraient ainsi pas pour seule tâche de « soigner » car « tout ce qui concerne la vie des détenus intéresse le médecin ». C'est à ce titre, par exemple, que le Médecin-inspecteur obtient l'autorisation du maquillage auprès de René Pleven pour les femmes incarcérées ou qu'elle plaide, en tant que membre du Haut comité d'étude et d'information sur l'alcoolisme, en faveur de la lutte contre l'alcoolisme qu'elle considère comme un facteur de criminalité<sup>6</sup>. Dans la description qu'elle livre de son activité en milieu

<sup>1</sup> Le discours de professionnalisation de la médecine urgentiste repose également depuis le début des années quatre-vingt dix en partie sur le rôle social que ces médecins exercent auprès des populations les plus précaires.

<sup>2</sup> TROISIER Solange, *J'étais médecin des prisons*, op.cit., p.34 et p.32.

<sup>3</sup> *Ibidem*, p.42.

<sup>4</sup> « Solange Troisier », France Inter, 14/01/1974, 57 min, Archives INA.

<sup>5</sup> DAP, *Deuxièmes journées européennes de médecine pénitentiaire*, op.cit., p.21.

<sup>6</sup> Cf. TRETON DE VAUJAS DE LANGAN Arnault, *Alcoolisme, délinquance et malinsertion sociale chez deux cents détenus de la prison de Fresnes*, thèse de médecine, sous la direction de S. Troisier, Lariboisière Saint-Louis, 1981.

carcéral, Solange Troisier aborde d'ailleurs de nombreuses questions non médicales, telles que le profil social des détenus ou encore les délits à l'origine de leur incarcération.

Loin de se réduire à une pure technicité, comme pourrait le laisser croire l'idée de « pathologie carcérale », la médecine pénitentiaire constituerait ainsi selon elle « une médecine à part entière qui réclame surtout du bon sens, de la générosité, un certain sens du don de soi, une vocation » (LM, 28/09/1973). Médecine sociale, la médecine pénitentiaire exigerait avant tout un profil spécifique. « Mes médecins sont un peu des saints. Il faut beaucoup de discrétion et beaucoup d'amour », affirme le Médecin-inspecteur au micro de Jacques Chancel<sup>1</sup>. La reconnaissance de cette nouvelle spécialité médicale apparaît dès lors inextricablement liée à la fonction sociale de réinsertion des détenus impartie aux praticiens. C'est ce que souligne Solange Troisier lors du congrès de médecine pénitentiaire de 1975 :

*« Je dois par notre action, soucieuse du progrès social, donner aux détenus une chance de resocialisation. Le rôle du médecin pour cela est essentiel : travailler dans des locaux modernes, avec un matériel d'avant-garde, avec des médecins bien considérés et bien payés pour faire de la médecine carcérale une science à part entière ayant sa place au soleil »<sup>2</sup>.*

En faisant des médecins pénitentiaires des « apôtres », « mal payés, mal connus, mal appréciés », au service des détenus<sup>3</sup>, Solange Troisier met à profit une légitimité de type messianique parfois présente au sein du secteur médical mais surtout dans le secteur humanitaire. Même si cette description est avant tout le fait du Médecin-inspecteur, d'autres praticiens travaillant en prison ont parfois recouru à ce registre pour décrire leur fonction, tel que ce médecin de la M.A de Dijon s'interrogeant lors du congrès sur la fonction des praticiens en prison : « Rôle médical, rôle d'information mais surtout rôle humanitaire ? A tout moment le médecin côtoie des hommes qui ont des difficultés de toutes sortes, lors de chaque consultation si nous prenons le temps d'interroger chaque détenu nous apprenons beaucoup de détails, qui expliquent parfois certains éléments de conduite ou de leurs actes. Nous pouvons alors leur dire que nous les comprenons et que nous sommes là pour les aider »<sup>4</sup>. Cette représentation, enfin, s'étend progressivement à la définition qui est donnée de la profession de médecin pénitentiaire au sein de l'espace public. En atteste cette présentation que donne Patrick Poivre d'Arvor des médecins pénitentiaires, à l'occasion du congrès de 1978 : « Au-delà de la médecine du corps, le médecin est amené à jouer un rôle de médiateur entre l'Administration et les détenus »<sup>5</sup>.

<sup>1</sup> « Solange Troisier », France Inter, 14/01/1974, 57 min, Archives INA.

<sup>2</sup> Cité dans SCHMITT Jean-Noël, *La médecine carcérale*, op.cit., p.278.

<sup>3</sup> DAP, *Premier congrès mondial de médecine pénitentiaire*, op.cit., p.20.

<sup>4</sup> *Ibidem*, pp.182-183.

<sup>5</sup> « Dijon, capitale de la médecine pénitentiaire », JT 20H, Antenne 2, 24/11/1978, Archives INA.

Ainsi, la reconnaissance d'une spécialité médicale suppose la définition d'un domaine spécifique d'intervention, que ce soit une pathologie en tant que telle ou un problème public. Son autonomisation requiert en second lieu, souligne Anselm Strauss, l'élaboration de « standards de pratique » (*standards of practice*) par le biais de formations permettant à un groupe professionnel d'homogénéiser ses règles de fonctionnement. Déjà en 1965 à l'initiative de Georges Fully une « attestation d'études relatives à la médecine pénitentiaire » est instaurée auprès de la chaire de médecine légale de la Faculté de Paris. La création de cet enseignement est alors décrite par les pouvoirs publics comme « un progrès considérable [...] puisque la médecine pénitentiaire est en quelque sorte reconnue comme une spécialité nécessitant des connaissances particulières »<sup>1</sup> tandis que Georges Fully y voit « la reconnaissance, sur le plan universitaire, de cette discipline particulière de la science médicale »<sup>2</sup>. Pourtant, et ce à l'encontre de Solange Troisier, le premier Médecin-inspecteur ne vise pas tant à autonomiser la discipline médicale en prison qu'à accorder un plus grand rôle aux praticiens en leur assurant une assise universitaire.

Dès sa prise de poste en 1960, Georges Fully est intégré aux travaux de l'école lyonnaise de criminologie. C'est dans ce contexte qu'il envisage que l'Administration pénitentiaire devienne « une sorte de "Service de Santé" chargé du traitement de ce phénomène socio-pathologique qui a pour nom "délit" et qui traitera le délinquant »<sup>3</sup>. Regrettant le rôle subalterne longtemps conféré aux praticiens, Georges Fully ambitionne de faire « faire comprendre aux futurs médecins pénitentiaires leur véritable rôle de médecins criminologues » leur permettant d'obtenir une reconnaissance à part entière au sein de l'institution carcérale. La médecine pénitentiaire n'est ainsi pas tant conçue pour le premier Médecin-inspecteur comme une discipline autonome que comme une branche de la criminologie dont elle est au service :

*« S'il est normal que le médecin n'intervienne qu'à titre consultatif dans le déroulement de la peine et dans l'application de celle-ci, il n'en est pas moins normal de voir prendre en considération par l'Administration pénitentiaire le rôle important que joue le médecin dans l'établissement. C'est la raison pour laquelle le médecin pénitentiaire doit être intégré à la vie de l'établissement pénitentiaire et participer à toutes les formes du traitement pénitentiaire. Je crois que c'est là que l'on peut voir le point de rencontre de la criminologie et de la médecine pénitentiaire. La criminologie, science éminemment humaine et faite de disciplines multiples, absorbe, doit absorber la médecine pénitentiaire comme elle absorbe le droit pénal et la science sociologique »<sup>4</sup>.*

La création d'un enseignement de médecine pénitentiaire traduit pour Georges Fully la reconnaissance progressive du rôle spécifique des praticiens en prison, dotés d'une fonction

<sup>1</sup> DAP, « Rapport général pour l'année 1965 », dans *RPDP*, 1966, 10-11, pp.693 et suiv.

<sup>2</sup> FULLY Georges, « La médecine pénitentiaire », *Gazette médicale de France*, n°10, 5/04/1969, p.1992.

<sup>3</sup> Intervention de Georges Fully in *Examen de personnalité en criminologie. Tome II. Aspects juridiques et administratifs, 1er congrès français de criminologie, Lyon, 21-24 octobre 1960*, Paris, Masson, 1961, p.214. 231p.

<sup>4</sup> FULLY Georges, « Médecine pénitentiaire et criminologie », *art.cit.*, p.15.

de compréhension et de traitement du crime. Chargé de cours à Henri Mondor, le Médecin-inspecteur tente cependant en vain d'obtenir la création d'une chaire de médecine pénitentiaire, faute de disposer de titre hospitalier. « J'envisage la possibilité d'une forme d'intégration hospitalière partielle au CHU de Créteil dans le cadre de la médecine légale du droit médical, de la déontologie et de la médecine pénitentiaire, cette dernière pouvant faire l'objet d'activités jumelées entre l'Hôpital de Fresnes et l'hôpital Henri Mondor de Créteil », écrit le Médecin-inspecteur en 1969<sup>1</sup>. Solange Troisier, bien insérée dans les réseaux médicaux, réussit là où son prédécesseur avait échoué en inaugurant en janvier 1977 la première chaire de médecine pénitentiaire au CHU Lariboisière Saint-Louis (Paris VII)<sup>2</sup>. D'abord rattachée à celle de médecine légale puis autonome à partir de 1980, cette chaire est présentée par un journaliste comme « la reconnaissance d'une spécialité peu connue » (*La Croix*, 6/02/1977). Plus tard Solange Troisier présenta cet événement, rendu possible « grâce à l'action de M. Raymond Barre, alors premier ministre »<sup>3</sup>, comme la consécration du travail qu'elle avait entrepris depuis sa nomination. A force de publications et de congrès, elle aurait convaincu les autorités médicales et scientifiques, mais également ses confrères exerçant en prison, de « la spécificité des problèmes typiquement carcéraux » : « De Lille à Bordeaux en passant par Brest, Angers et Tours, de Strasbourg à Nice via Dijon, Besançon, Grenoble, Lyon et Marseille, j'ai sensibilisé mes collègues aux problèmes sociaux et humanitaires de la médecine carcérale »<sup>4</sup>. Enfin, en 1981 Solange Troisier devient Professeur de médecine pénitentiaire toujours grâce à des soutiens politiques, si l'on en croit le Conseiller technique de Robert Badinter : « Elle est devenue Professeur par un décret du 12 mai 81 malgré l'opposition du ministre [de l'Enseignement supérieur] de l'époque car elle bénéficiait d'une protection... »<sup>5</sup>.

Au-delà d'une réussite personnelle<sup>6</sup>, l'instauration de cette chaire marque la consécration des enseignements de médecine pénitentiaire<sup>7</sup>. Déjà l'attestation créée en 1965 avait pour but d'enseigner, comme le précise le Dr Fully lors d'une interview, « toute cette pathologie un peu spéciale, un peu particulière qui est la pathologie carcérale »<sup>8</sup>. Parmi les soixante-quinze heures de cours théoriques, réparties sur deux jours mensuels pendant une année, quarante

<sup>1</sup> FULLY Georges, « La médecine pénitentiaire », *art.cit.*, p.1985.

<sup>2</sup> « Création d'une chaire de médecine pénitentiaire », *Le Monde*, 05/02/1977.

<sup>3</sup> TROISIER Solange, « Sur la médecine des prisons », *Le Figaro*, 4/10/1996.

<sup>4</sup> TROISIER Solange, *J'étais médecin des prisons*, op.cit., pp.48-49.

<sup>5</sup> Jean Favard, magistrat à la DAP de 1970 à 1975 puis Conseiller technique du ministre de la Justice de 1981 à 1986. Entretien réalisé le 10/01/2008, durée: 3H00.

<sup>6</sup> Solange Troisier déclara avoir longtemps regretté n'avoir pu devenir Professeur de médecine en gynécologie-obstétrique, sa spécialité médicale d'origine (TROISIER Solange, *Une sacrée bonne femme*, op.cit., p.31).

<sup>7</sup> À l'exception d'un tome trouvée à l'Académie de médecine, tous les cours dispensés dans le cadre de cette chaire de médecine pénitentiaire sont malheureusement aujourd'hui introuvables.

<sup>8</sup> « Au-delà des barreaux », 1ère chaîne, 22/10/1965, 15 min, Archives INA.

heures étaient en effet dédiées aux « pathologies carcérales » ainsi qu'aux différentes branches de la médecine pénitentiaire, enseignement placé sous la direction de Léon Dérobert, Professeur de médecine légale<sup>1</sup>. Etaient notamment présentées la « gynécologie pénitentiaire », la « gastrologie pénitentiaire », la « cardiologie pénitentiaire », la « vénérologie pénitentiaire », l'« oto-rhino-laryngologie pénitentiaire », la « dermatologie pénitentiaire », l'« ophtalmologie pénitentiaire », « l'urologie pénitentiaire » ou la « radiologie pénitentiaire »<sup>2</sup>. Les trente-cinq heures restantes étaient consacrées à l'« administration médico-pénitentiaire », afin de diffuser un certain nombre de savoirs administratifs et juridiques auprès des médecins exerçant en milieu carcéral.

Désireuse d'orienter la pratique des praticiens en cas de situation extrême (grève de la faim, suicides) ou plus simplement dans leur activité quotidienne (simulation, certificats administratifs, placement au quartier disciplinaire), l'Administration encourage le développement d'un enseignement de médecine pénitentiaire<sup>3</sup>. En tentant de faire du certificat de médecine pénitentiaire l'une des conditions d'accès à un poste de praticien en prison<sup>4</sup>, le ministère de la Justice souhaitait sensibiliser les praticiens aux contraintes pénitentiaires afin de les intégrer dans leur pratique professionnelle et de faire ainsi, comme le souligne un rapport d'activité de la DAP, « de meilleurs médecins pénitentiaires, destinés à la fois à mieux servir l'administration et à mieux comprendre certains problèmes particuliers, dans l'intérêt même des malades »<sup>5</sup>.

Destiné initialement aux médecins puis ouverts aux infirmières, cette formation combinait enseignements médicaux sur les « pathologies carcérales » et éléments juridiques sur le fonctionnement des établissements. C'est d'ailleurs cette seconde dimension qui donnait tout son intérêt à cette formation d'après cette infirmière : « Mais au niveau médical on apprenait rien ! C'était surtout au niveau des lois, etc. »<sup>6</sup>. Elle permettait également à des praticiens récemment arrivés en milieu carcéral de mieux assurer le rôle d'« auxiliaire de Justice » suivant la conception qu'en développe Solange Troisier. En témoigne ce généraliste d'un petit établissement :

*« On apprenait comme ça si vous voulez... C'était du reste un peu ce qu'on faisait... La façon de savoir dire "non" à un détenu mais un "non" qui permette... Qui soit pas définitif si vous voulez, pour lui laisser l'espoir d'avoir la possibilité d'avoir tel traitement un jour ou l'autre de façon à ... Il fallait*

<sup>1</sup> Des liens très étroits unissaient Georges Fully à Léon Dérobert grâce à qui il avait fait ses études de médecine (Cf. Annexe 5 : « La création du poste de Médecin-inspecteur des prisons... »).

<sup>2</sup> « Rapport d'activité », *RPDP*, 10-12/1966, p.694.

<sup>3</sup> Cf. les propos du garde des Sceaux lors du congrès de médecine carcérale de 1970 (AP, *Journées nationales de médecine pénitentiaire*, op.cit., p.20).

<sup>4</sup> Bien qu'officiellement non obligatoire, le certificat de médecine pénitentiaire facilitait considérablement à son détenteur l'obtention d'un poste de praticien. Les titulaires de ce certificat pouvaient, en outre, bénéficier d'une augmentation de 10% dans le tarif de leurs vacations.

<sup>5</sup> DAP, « Rapport général pour l'année 1965 », *art.cit.*, p.695.

<sup>6</sup> Anne, infirmière Croix-Rouge à la M.A de Pontoise de 1980 à 1990. Entretien réalisé le 5/01/2006, 2H.

*penser à calmer le jeu surtout dans les Maisons d'arrêt surchargés, c'est important. C'était pas uniquement médical. C'était intéressant. Mais enfin bon, il était bien dit qu'il fallait travailler en accord avec l'Administration. Ce n'était pas comme un médecin indépendant en ville. C'est pas vrai. Il y avait trop de contraintes [...] C'était intéressant parce que ça permettait de rencontrer d'autres médecins de Maison d'arrêt comme nous. Parce qu'on avait pas de relations. Même si on travaillait tous à peu près pareil, en tous cas dans les Maisons d'arrêt peu médicalisés comme Pontoise »<sup>1</sup>.*

Afin d'en élargir l'audience, ce certificat fut proposé par Solange Troisier aux professionnels de la Justice, et notamment aux directeurs d'établissement, permettant ainsi d'attirer un nombre croissant de participants. Tandis qu'il ne compte que dix-neuf médecins en 1973<sup>2</sup>, près de quatre-vingt personnes y assistent à la fin des années soixante-dix.

La médecine pénitentiaire se dote au cours des années soixante et soixante-dix des attributs d'une spécialité médicale. L'idée d'une spécificité pénitentiaire est certes bien antérieure, comme en atteste la publication d'ouvrages et de thèses à la fin du XIX<sup>ème</sup> siècle sur cette nouvelle spécialité. « L'ouvrage de Laurent, véritable précis de médecine pénitentiaire, et la thèse de médecine de Chipier, de 1897, marquent semble-t-il, le début de la médecine pénitentiaire au sens de médecine particulière », relève un interne dans l'histoire qu'il consacre à cette nouvelle spécialité<sup>3</sup>. La médecine pénitentiaire s'avère cependant à cette époque incapable de diffuser des savoirs qui lui sont spécifiques. L'idée de pathologie carcérale semble alors largement supplantée par les savoirs psychiatriques jugés plus essentiels. Au cours du VI<sup>ème</sup> congrès pénitentiaire international, ayant eu lieu à Bruxelles en 1900, est votée une motion demandant à ce que tous les médecins travaillant en prison aient des connaissances en psychiatrie afin d'améliorer le dépistage des maladies mentales<sup>4</sup>. L'influence de la criminologie et le lien alors établi entre maladie mentale et délinquance expliquent en partie que le premier enseignement destiné aux médecins pratiquant en institution carcérale, créé en 1921 à Strasbourg, soit consacré exclusivement à la psychiatrie clinique et à la médecine légale psychiatrique. En inscrivant la médecine pénitentiaire dans le milieu universitaire, largement autonome bien que non sans liens avec la psychiatrie, la criminologie et la médecine légale, Georges Fully mais surtout Solange Troisier ont œuvré à la reconnaissance d'une nouvelle spécialité médicale. Le rôle social conféré aux praticiens, la description d'une pathologie spécifique et la mise en place d'un enseignement visent à conférer aux médecins exerçant en prison une identité commune. A ce travail de construction interne s'ajoute une mobilisation externe destinée à faire reconnaître cette spécialité au sein du secteur de la médecine.

<sup>1</sup> Claude, généraliste à la M.A de Pontoise de 1979 à 1991. Entretien réalisé le 12/01/2006, 1H10.

<sup>2</sup> « Rapport général pour l'année 1973 », *RPDP*, 01/03/1976, p.101.

<sup>3</sup> PAPELARD Alain, *Histoire de la médecine pénitentiaire en France*, op.cit., p.131.

<sup>4</sup> *Ibidem*, p.126.

## 2. L'inscription de la médecine pénitentiaire au sein du secteur médical français : l'adoption d'une éthique et d'une appellation spécifiques

Y. Mourousi : « La médecine pénitentiaire devient une nouvelle spécialité médicale puisque désormais on pourra choisir cette spécialité à l'université... »

S. Troisier : « Je viens d'être élue, après un vote au niveau d'un CHU puis au niveau du national, ce qui implique la prise en charge de la médecine pénitentiaire, d'une façon absolument sérieuse, de façon à faire comprendre que cette médecine existe. Il y a à peu près 170 prisons en France. Il y a environ 700 médecins<sup>1</sup> et le Médecin-inspecteur que je suis pensait qu'il fallait pouvoir faire de l'enseignement et faire prendre conscience aux jeunes médecins de l'importance du problème carcéral et montrer que c'est une médecine, certes, qui est un petit peu comme les autres mais avec des caractéristiques spécifiques tout à fait particulières »<sup>2</sup>.

Pour être reconnu en tant que membre d'un système professionnel, la sociologie fonctionnaliste considère qu'un groupe doit en partager les principales caractéristiques. A partir des travaux de T. Parsons, les sociologues fonctionnalistes ont défini l'idéal-type de la profession à partir de deux critères : « La compétence, techniquement et scientifiquement fondée et l'acceptation d'un code éthique commun »<sup>3</sup>. L'importance de l'éthique ou de la déontologie<sup>4</sup>, définies comme un ensemble de devoirs et de règles s'imposant aux membres d'une même profession, est centrale dans la sociologie des professions<sup>5</sup>. La déontologie serait pour W.J. Goode l'un des éléments de définition d'une profession en tant que communauté de valeurs partageant une « éthique de service »<sup>6</sup>. Dans sa définition d'un « schéma de la professionnalisation » hérité de Robert Merton<sup>7</sup>, à savoir les différentes étapes devant être accomplies par une occupation pour parvenir au rang de profession, H. Wilensky présente la possession d'un code de déontologie comme le dernier stade de la professionnalisation<sup>8</sup>. La

<sup>1</sup> Ce chiffre, probablement exagéré, englobe peut-être tous les spécialistes qui intervenaient de manière très ponctuelle en prison : cardiologues, ophtalmologistes, etc. On ne compte à cette époque qu'environ 200 médecins généralistes. Cf. Annexe 3 : « Evolution du nombre de médecins en milieu pénitentiaire ».

<sup>2</sup> « La médecine pénitentiaire », JT 13H, TF1, 31/01/1977, Archives INA.

<sup>3</sup> CHAPOULIE Jean-Michel, « Sur l'analyse sociologique des groupes professionnels », *Revue française de sociologie*, XIV, 1973, p.94. pp86-114.

<sup>4</sup> Bien que les termes d'éthique et de déontologie ne se recouvrent pas, on les utilise ici indifféremment selon le sens commun qui leur est attribué de « science du devoir ».

<sup>5</sup> Déjà Emile Durkheim présentait les professions comme la condition de rétablissement d'une organisation sociale stable au sein des sociétés industrielles modernes, notamment par la transmission, à l'encontre de l'anomie juridique et morale, d'un sens de la règle comme « manière d'agir obligatoire » (DUBAR Claude, TRIPIER Pierre, *Sociologie des professions*, op.cit., p.70)

<sup>6</sup> GOODE William, « Community within the community : the Professions », *American Sociological Review*, 04/1957, pp.195-200.

<sup>7</sup> Pour le fonctionnaliste Robert Merton la professionnalisation « désigne le processus historique par lequel une activité (*occupation*) devient une *profession* du fait qu'elle se dote d'un cursus universitaire qui transforme des connaissances empiriques acquises par expérience en savoirs scientifiques appris de façon académique et évalués de manière formelle, sinon incontestable » (DUBAR Claude, TRIPIER Pierre, *Sociologie des professions*, op.cit., p. 84).

<sup>8</sup> Wilensky distingue six étapes qui caractérisent le processus de professionnalisation : le passage à un exercice à plein temps, la mise en place d'une réglementation concernant l'activité, la formation par des écoles spécialisées, la représentation par des organisations professionnelles, la protection légale du monopole de l'activité,



place croissante de l'éthique parmi les médecins pénitentiaires, d'abord sous la forme de déclarations au Code de la déontologie puis par la définition d'une éthique spécifique, marquerait ainsi un pas supplémentaire dans la dynamique de spécialisation. Pour être reconnus en tant que spécialité médicale, les services de santé aux détenus tentent d'autre part de faire reconnaître une appellation spécifique, la « médecine pénitentiaire », au sein du secteur médical.

C'est dans un premier temps au cours des congrès médicaux que les praticiens expriment leur attachement à la déontologie médicale. Lors des Journées de médecine pénitentiaire de 1970, Georges Fully souligne ainsi, au sujet de la pauvreté des moyens mis à la disposition du médecin, le « risque de contrevenir aux obligations qui lui sont imposées légalement et par le Code de la déontologie »<sup>1</sup>. En 1972, quelques semaines seulement après les révoltes de détenus et la démission de trois internes de La Santé, les praticiens réunis en congrès manifestent par une motion leur respect de la « déontologie du monde libre »<sup>2</sup>. Tandis que l'attachement aux règles de la médecine visait pour le premier Médecin-inspecteur à souligner l'autonomie des praticiens, Solange Troisier poursuit cette démarche dans un but nouveau. La formalisation d'une éthique spécifique à la médecine pénitentiaire est pour elle un moyen de valoriser cet exercice au sein du secteur médical. Elle crée pour cela le Conseil international pour les services médicaux dans les prisons (CISMP), en 1977 à Honolulu, dont elle devient la présidente (*LM*, 1/09/1977).

L'objet de cette association est d'élaborer, comme le souligne le Médecin-inspecteur lors de sa première assemblée à Dijon en décembre 1978, « une déontologie et une éthique de la médecine en prison, et de définir quels doivent être les comportements des médecins face à des problèmes graves » (grèves de la faim, peine de mort, grâce, torture)<sup>3</sup>. Ce travail de formalisation aboutit, lors des deuxièmes rencontres organisées en septembre 1979 à Athènes, à un serment professionnel (*QDM*, 11/09/1979). Présenté comme un « véritable codicille à la Déclaration des droits de l'homme »<sup>4</sup>, le « serment d'Athènes » est érigé par Solange Troisier comme un indice de la maturité acquise par la médecine pénitentiaire. Par cette charte, établie « dans l'esprit du Serment d'Hippocrate », les médecins intervenant en prison s'engagent à « prodiguer les meilleurs soins possibles » ainsi qu'à « condamner tout châtiment corporel »

---

l'établissement d'un code déontologique (WILENSKY Harold, « The professionalization of everyone », *American journal of sociology*, 1964, vol.70, n°2, pp.137-158).

<sup>1</sup> DAP, *Journées nationales de médecine pénitentiaire*, op.cit., p.16.

<sup>2</sup> « Réunis à Strasbourg, les médecins de prison veulent appliquer la "déontologie du monde libre" aux détenus » *Le Monde*, 5/12/1972.

<sup>3</sup> « Elaborer au niveau mondial une éthique de la médecine en prison », *Le Quotidien du Médecin*, 1/12/1978.

<sup>4</sup> TROISIER Solange, « La médecine pénitentiaire et les droits de l'homme », *Revue des sciences morales et politiques*, n°4, 1982, pp.617-619.

et à « respecter le secret des informations »<sup>1</sup>. Toujours dans l'objectif de spécifier la médecine pénitentiaire, le Médecin-inspecteur est l'auteur d'une « charte des médecins de prison », sorte de code moral que les praticiens exerçant en institution carcérale sont appelés à respecter :

*« Le médecin pénitentiaire doit être libéral [...] être ferme car nous avons à faire à des êtres qui cherchent la faille chez le médecin pour exercer du chantage [...] être solide surtout face à un être fragile, simulateur, roublard, psychopathe, anxieux mais aussi malade et que nous devons soigner, aider, comprendre en un mot ; être humain face à un sujet que la société rejette »<sup>2</sup>.*

A partir d'une perspective fonctionnaliste, il est possible de conclure qu'en adoptant son propre guide de conduite la médecine pénitentiaire accèderait à un degré de reconnaissance plus abouti. Le serment d'Athènes traduirait une certaine homogénéité des standards professionnels des médecins travaillant en milieu carcéral. D'autres phénomènes soulignent pourtant la fragilité, voire même l'absence, des règles communes en matière de déontologie. Il faut tout d'abord rappeler que les praticiens pénitentiaires sont au même moment l'objet de nombreuses critiques sur le plan éthique, notamment concernant les grèves de la faim<sup>3</sup>. L'adoption du serment d'Athènes n'est d'ailleurs peut-être pas sans lien avec l'inscription quelques mois auparavant, en juin 1979, d'un article dans le Code de déontologie médicale visant spécifiquement l'exercice en milieu carcéral : « Un médecin amené à examiner une personne privée de liberté ou à lui donner des soins ne peut, directement ou indirectement, serait-ce par sa seule présence, favoriser ou cautionner une atteinte à l'intégrité physique ou mentale de cette personne ou à sa dignité »<sup>4</sup>. En même temps qu'il apparaît comme un rattachement à l'éthique médicale hippocratique, le serment d'Athènes est peut-être une tentative de se soustraire aux rappels à l'ordre du Conseil de l'Ordre, notamment en matière de grèves de la faim.

En second lieu, il semblerait que le serment d'Athènes soit demeuré symbolique et n'ait pas eu de conséquences sur la pratique médicale en prison. Très peu de praticiens semblent d'ailleurs en connaître l'existence<sup>5</sup>. Contrairement au Code de déontologie, l'éthique pénitentiaire s'apparente, en outre, davantage à un attachement à quelques principes très généraux de la médecine plutôt qu'à des devoirs précis s'imposant au médecin dans sa pratique quotidienne. La codification de règles détaillées ne semble d'ailleurs pas jugé souhaitable, comme le confirme cette observation d'un journaliste au sujet du onzième

<sup>1</sup> TROISIER Solange, « Médecine pénitentiaire et droits de l'homme », *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, tome 177, juin 1993, p.1004.

<sup>2</sup> Cité dans GERON Yvan, *Rôle médico-social du médecin pénitentiaire*, op.cit, p.61.

<sup>3</sup> Cf. Annexe 20 : « Asclépios au service de Thémis ou la position controversée de Solange Troisier en matière de grèves de la faim ».

<sup>4</sup> Article 8 du décret du 28/06/1979, devenu article 10 du décret du 6/09/1995, le Code de déontologie médicale élaboré par le Conseil national de l'Ordre des médecins ayant la forme d'un décret. Le premier date de 1947.

<sup>5</sup> Outre le fait que très peu d'articles ou de thèses se réfèrent à cette charte éthique, il s'avère que presque aucun des médecins interviewés n'avait entendu parlé du serment d'Athènes.

congrès de médecine légale consacré à la déontologie du médecin pénitentiaire : « Il n'est pas apparu possible de définir les limites exactes de l'action des médecins dans un contexte coercitif, comme le prouve l'absence de toute déclaration, jugée "prématurée" et même "inutile" par les membres du congrès »<sup>1</sup>.

La diversité des positions mais surtout la forte contradiction entre les principes proclamés et la réalité des pratiques en matière de grèves de la faim illustre l'absence d'une déontologie commune aux médecins pénitentiaires. Les tentatives du corps médical de respecter le principe du consentement du patient se heurtent, en effet, aux contraintes de l'Administration pénitentiaire qui tente d'obtenir l'alimentation forcée des détenus d'abord de façon autoritaire, puis indirectement par le biais du Médecin-inspecteur. Face à la multiplication des atteintes au principe du consentement du patient, la médecine pénitentiaire est l'objet de virulentes critiques de la part du secteur médical, notamment du fait de quelques journalistes médicaux<sup>2</sup>. Ce qui est reproché à certains médecins, et plus particulièrement à Solange Troisier, en matière de grèves de la faim c'est la primauté accordée aux considérations politiques. En atteste cette discussion survenue après l'alternance de mai 1981 entre le Médecin-inspecteur et le Conseiller technique de Robert Badinter :

*« Quand j'arrive en 81, Troisier vient me voir [...] Elle m'a expliqué que bon... elle était gaulliste de gauche... On pouvait s'entendre en quelque sorte [...] Moi, je m'en foutais qu'elle soit gaulliste de gauche ou de droite ! Si elle faisait bien son travail, le problème n'était pas là... Et alors, au bout d'un petit moment... Y avaient des grévistes de la faim et elle me dit : "Qu'est ce qu'on fait avec les grévistes de la faim ? Quelle est votre politique en matière de grève de la faim ?". Alors moi, je lui réponds qu'il y a l'article 390 [du CPP] qui dit que quand ils sont en danger, le médecin décide. "Oui d'accord, mais qu'est ce qu'on fait ? On fait comme pour les irlandais, on les laisse mourir ? ". J'étais horrifié ! "Mais Mme Troisier, c'est une question médicale ! C'est au médecin de trancher !". "Oui mais VOUS, qu'est ce que vous en pensez ?". Inutile de dire que je ne me sentais pas de lui donner une instruction pour lui dire vous les laissez mourir ou pas... Pour moi il existait le code [de déontologie] qu'elle n'avait qu'à appliquer ! C'est pour dire la distance abyssale qui nous sépareit »<sup>3</sup>.*

Ainsi, à l'encontre de l'image d'une profession unifiée ayant une même vision de la déontologie médicale derrière les barreaux, que symbolise le serment d'Athènes, il s'avère que les praticiens sont profondément divisés. Les réactions contrastées en matière de grèves de la faim en attestent.

Plus que l'attachement à la déontologie médicale, l'un des signes les plus flagrants de la volonté d'un groupe professionnel d'être reconnu en tant que nouvelle spécialité médicale

<sup>1</sup> « Au congrès de la médecine légale à Lyon. La torture et l'éthique médicale », *Le Monde*, 1/09/1979.

<sup>2</sup> Pendant longtemps la santé en prison fut uniquement couverte par des journalistes spécialisés sur les questions judiciaires. La polémique sur les grèves de la faim marque un premier intérêt de la part des journalistes médicaux pour le monde carcéral qui sera croissant par la suite aussi bien dans la presse spécialisée (*Le Quotidien du médecin*) que dans la presse généraliste (soulignons les écrits de Jean-Yves Nau et de Claudine Escoffier dans *Le Monde*).

<sup>3</sup> Jean Favard, magistrat à la DAP de 1970 à 1975 puis Conseiller technique du ministre de la Justice de 1981 à 1986. Entretien réalisé le 10/01/2008, durée: 3H00.

est probablement le langage. Les appellations de « médecine urgentiste », « médecine militaire » ou « médecine tropicale », confèrent à chaque secteur d'activité une légitimité du seul fait du rattachement à un dénominateur commun prestigieux. Longtemps qualifiés de « médecine *de* prisons » ou de « médecine *en* prison », les services de santé aux détenus sont désignés à partir du début des années soixante par ses représentants sous le nom de « médecine pénitentiaire » bien que l'usage ne soit pas encore répandu. Ainsi, lors des premières Journées de « médecine pénitentiaire » de 1963 le praticien de la M.A d'Ajaccio se réfère dans son exposé au « médecin de la Maison d'arrêt » tandis que celui de Loos-lès-Lille évoque le « médecin de prison »<sup>1</sup>. A l'encontre de ces deux praticiens, les organisateurs de l'événement, comme le Dr Mégard de la M.A de Lyon et bien sûr Georges Fully, font référence à plusieurs reprises à la « médecine pénitentiaire ». L'utilisation de cette expression se généralise progressivement au cours des différents congrès à mesure que les praticiens établissent une réflexion sur la spécificité du rôle du médecin au regard des autres professionnels intervenant en milieu carcéral<sup>2</sup>.

Apparemment insignifiante, la généralisation de cette expression traduit l'autonomisation d'une branche de la médecine dont les impératifs pénitentiaires seraient consubstantiels. L'Administration semble d'ailleurs avoir favorisé cette appellation qui véhiculerait l'idée d'une égale prise en compte des impératifs pénitentiaires et médicaux<sup>3</sup>. Dans son discours de clôture des Journées de 1970, le garde des Sceaux emploie ainsi à huit reprises l'appellation de « médecin(e) pénitentiaire »<sup>4</sup>. Cette expression est cependant rapidement victime de son succès. Devenue le nom d'usage des services médicaux en prison, la médecine pénitentiaire, parfois appelée « médecine carcérale », est l'objet de nombreuses critiques au cours des années soixante-dix. Utilisé afin de qualifier une médecine pensée comme spécifique, l'adjectif « pénitentiaire » apparaît peu à peu disqualifiant. C'est cette stigmatisation que tente de prévenir le ministre de la Justice, Alain Peyrefitte, dans son allocution aux Journées de 1975 :

*« Méfions-nous toutefois, des expressions toutes faites. Il n'y a pas une médecine de pénitence. Il y a une "médecine en milieu pénitentiaire" [...] La "médecine pénitentiaire", ce n'est pas la médecine moins quelque chose – une médecine au rabais. La "médecine pénitentiaire", c'est toute la médecine, plus une attention particulière portée à certains troubles favorisés par la vie carcérale »<sup>5</sup>.*

<sup>1</sup> DAP, *Le service médical en milieu pénitentiaire*, op.cit..

<sup>2</sup> Une commission réunie lors des Deuxièmes journées interroge ainsi les « relations entre les médecins pénitentiaires et les juridictions », les « relations entre les médecins pénitentiaires et l'administration », le « rôle du médecin pénitentiaire au cours de l'accomplissement de la peine » et enfin « l'intégration du médecin pénitentiaire au système pénal » (DAP, *Journées nationales de médecine pénitentiaire*, op.cit., pp.21-30).

<sup>3</sup> L'importance de cette dénomination fut rendue visible de manière rétrospective lors des conflits apparus au moment de la réforme de 1994 entre les tenants d'une « médecine pénitentiaire », demeurant sous l'égide du ministère de la Justice, et ceux favorables à une « médecine en prison » rattachée au ministère de la Santé.

<sup>4</sup> DAP, *Journées nationales de médecine pénitentiaire*, op.cit., pp.17-21.

<sup>5</sup> DAP, *Deuxièmes journées européennes de médecine pénitentiaire*, op.cit., p.25.

Cette mise en garde souligne l'ambiguïté de la démarche des partisans d'une médecine pénitentiaire. Le travail de spécification entrepris depuis l'arrivée du premier Médecin-inspecteur se heurte en effet au cours des années soixante-dix à un dilemme. Reconnue pour son altérité, la médecine pénitentiaire risque en effet, du fait de sa nature pénitentiaire, d'être considérée comme extérieure au secteur médical. Il s'agit, comme l'affirme Pierre Moutin, psychiatre à Fresnes, de « reconnaître certaines spécificités à la médecine pénitentiaire sans pour autant la couper de l'ensemble de la médecine »<sup>1</sup>. Ce même praticien, anciennement rattaché au Service de santé des armées, récuse d'ailleurs toute comparaison entre la médecine pénitentiaire et la médecine militaire. C'est parce que la médecine exercée en milieu carcéral doit rester au plus près de la pratique médicale classique, relève un cours dispensé à l'ENAP par un magistrat, que « la notion de "médecine pénitentiaire" doit donc demeurer essentiellement une expression du langage courant »<sup>2</sup>. « Il n'y a pas de médecine pénitentiaire, il y a seulement la médecine exercée au sein du milieu particulier que représente une prison », écrit un interne soucieux de ne pas couper sa pratique professionnelle du reste du secteur médical dans sa thèse pourtant consacrée à une « pathologie carcérale »<sup>3</sup>.

Plusieurs médecins s'élèvent d'ailleurs contre l'idée, alors présente au sein de l'Administration, de développer des postes de médecins pénitentiaires temps-plein ce qui représenterait, selon eux, un appauvrissement de la pratique médicale<sup>4</sup>. Le Dr Gonin se réjouit ainsi que le médecin pénitentiaire intervienne « heureusement » de façon libérale « car sinon ce rôle indispensable de lien entre l'"intérieur" et l'"extérieur" disparaîtrait »<sup>5</sup>. Son collègue, le Dr Gravier, remarque quant à lui que les expériences belges et hollandaises de médecins temps-plein se sont conclues par la dépression nerveuse de nombreux praticiens. Les défenseurs de la médecine pénitentiaire tentent de naviguer entre deux écueils. D'une part, une banalisation de la médecine pénitentiaire qui risquerait d'être assimilée à une médecine généraliste quelconque. D'autre part, une trop grande spécification au terme de laquelle la médecine pénitentiaire serait exclue du secteur médical, et serait ainsi par exemple rangée au côté des autres « sciences pénitentiaires ». C'est cette tension entre spécification et

<sup>1</sup> « Le décloisonnement de l'administration... », *art.cit.*, p.24.

<sup>2</sup> « La médecine en milieu pénitentiaire », cours de l'ENAP, 22/11/1978. Archives internes DAP.

<sup>3</sup> BARROIS Eric, *Corps étrangers intrathoraciques chez l'homme en milieu carcéral : à propos de deux cas*, thèse de médecine, Paris Sud, 1977, p.1.

<sup>4</sup> Notons que c'était pour des raisons similaires que l'Administration pénitentiaires rejeta à la Libération l'idée de créer un corps de médecins pénitentiaires temps plein : « Il n'est cependant pas opportun d'envisager la création d'un corps de médecins uniquement fonctionnaires. Ce serait passer de la pénurie à l'excès. En outre, il est excellent que le médecin reste au contact de la clientèle privée et ne puisse jamais se réfugier dans la somnolente tranquillité d'un emploi administratif. Pour ces raisons, il paraît nécessaire d'envisager le recrutement par voie de concours d'un corps de médecins tenus d'accorder à l'administration la moitié de leur temps (six matinées par semaine) et habilités à s'adresser à la clientèle privée aux autres heures » (Note pour le bureau du personnel destinée à servir de base à une demande additionnelle de crédit (budgets 1946) du Bureau de l'application des peines 19960279, art.22. Dossier n°72 : commission de la santé publique).

<sup>5</sup> SAINT PLANCAT C., « La médecine dans les prisons », *Le concours médical*, 29/01/1972, p.856.

banalisation qu'exprime le « paradoxe » relevé dans une thèse consacrée à *La médecine carcérale* : « Il faut reconnaître que la médecine pénitentiaire est passionnante, bien que, ou parce que paradoxale : à la fois semblable et différente des autres médecines : semblable, car toutes les maladies de ville se voient en prison ; différente, car il existe une "pathologie carcérale" induite par la privation de liberté »<sup>1</sup>.

Dotée d'un enseignement, d'un code éthique spécifique et enfin d'une appellation, la médecine pénitentiaire apparaît de plus en plus intégrée au secteur médical français, ce que confirme tout d'abord l'évolution des congrès. Jusque-là limitées aux seuls praticiens et magistrats du ministère de la Justice, les Journées de médecine pénitentiaire de novembre 1970 marquent un premier rapprochement avec le reste du secteur de la médecine<sup>2</sup>. La présence du Professeur Robert de Vernejoul, ancien président du Conseil national de l'Ordre<sup>3</sup>, ainsi que de « 23 médecins exerçant dans les établissements pénitentiaires au titre du ministère des Affaires sociales et conviés pour la première fois », ou le fait que ce congrès ait lieu au sein de la Faculté de médecine en présence de son doyen, traduisent une plus grande considération de la part des instances médicales. Mais c'est surtout sous l'impulsion de Solange Troisier que la médecine pénitentiaire s'intègre au secteur universitaire médical français. Ainsi, lors du congrès de 1975, auquel assistent les présidents départementaux et régionaux de l'Ordre, et au cours duquel le président de l'université Bordeaux 1 salue le développement de « l'enseignement de la médecine pénitentiaire », la représentante du ministère de la Santé, Mme Ezratty, souligne « une parfaite communauté de vues [entre les deux ministères] sur les solutions à apporter » aux problèmes de la médecine pénitentiaire<sup>4</sup>. Enfin, le congrès mondial de 1978 est clôturé par la ministre de la Santé, Simone Veil, dont les propos sont interprétés par Solange Troisier comme le symbole d'une reconnaissance officielle de la médecine pénitentiaire. « Le congrès qui s'achève aujourd'hui témoigne de la vitalité de cette discipline [...] C'est donc avec confiance que j'entrevois l'avenir de la médecine pénitentiaire », déclare la ministre<sup>5</sup>.

L'augmentation du nombre de thèses de médecine consacrées au milieu carcéral constitue un second indicateur de l'intégration croissante de la médecine pénitentiaire au sein du secteur médical. L'analyse des travaux universitaires de médecine depuis 1950 confirme les grandes étapes de cette reconnaissance de la médecine pénitentiaire<sup>6</sup>. Les thèses de médecine

<sup>1</sup> SCHMITT Jean-Noël, *La médecine carcérale*, op.cit., p.3.

<sup>2</sup> DAP, *Journées nationales de médecine pénitentiaire*, op.cit., p.4.

<sup>3</sup> Ancien résistant, Robert de Vernejoul était un proche du général de Gaulle. Il fut par ailleurs membre d'honneur du Mouvement initiative et liberté, « la droite civique, gaulliste et patriote », tout comme S. Troisier.

<sup>4</sup> DAP, *Deuxièmes journées européennes de médecine pénitentiaire*, op.cit., p.25.

<sup>5</sup> DAP, *Premier congrès mondial de médecine pénitentiaire*, op.cit., p.343.

<sup>6</sup> Cette analyse repose sur les index des thèses de médecine soutenues en France (depuis 1950) ainsi que les fichiers manuels (depuis la Libération) présents à la Bibliothèque inter-universitaire de médecine (BIUM) à

concernant le milieu carcéral sont tout d'abord rares jusqu'au milieu des années soixante (sept de 1950 à 1965) et s'attachent à décrire les spécificités du milieu carcéral (simulations, automutilations et pathologies carcérales), à l'exception d'une thèse en 1960 consacrée plus généralement à *L'Exercice médical dans les pénitenciers modernes*.

Le nombre de thèses se développe à partir de la fin des années soixante et surtout au cours des années soixante-dix du fait de la tentative de spécialisation initiée par Georges Fully. On en compte ainsi dix entre la fin des années 1968 et 1974. Mis à part des thèmes classiques tels que les pathologies carcérales, les sujets de thèse se diversifient considérablement. Est notamment soutenue la première thèse de médecine portant sur l'organisation des soins dans un établissement spécifique (Fleury-Mérogis). La publication de deux thèses sur les surveillants de prison ou d'une thèse sur l'affiliation des détenus à la Sécurité sociale témoignent d'un intérêt majeur des praticiens pour l'institution pénitentiaire qui cesse d'être un lieu d'observation clinique pour devenir un lieu d'exercice professionnel.

Mais surtout naît à la même époque un intérêt croissant pour la médecine pénitentiaire en tant que discipline médicale, ce que confirme la publication d'une thèse en 1968 consacrée à *l'Histoire de la médecine pénitentiaire en France*<sup>1</sup>. Inspiré d'une idée de Fully, ce travail retrace à partir de nombreuses archives l'organisation des soins en prison depuis l'Ancien régime jusqu'aux années soixante. L'auteur met notamment en avant les récriminations des médecins face au manque de moyens ou à la faiblesse des rémunérations, indiquant que cette « situation ne fut certainement pas étrangère à l'insuffisance du service médical constaté plusieurs années après », établissant ainsi un lien entre le passé et le présent. C'est à partir de ce travail, largement référencé, que la plupart des thèses portant sur le milieu carcéral développent dès lors un chapitre introductif, presque invariant, retraçant les grandes étapes de l'apparition de la médecine pénitentiaire. Deux thèses remarquent ainsi que le « 25 décembre 1819 est *réellement* créé le poste de médecin de prison » ou encore que le règlement du 5 juin 1860 « constitue un élément essentiel de l'évolution de la médecine pénitentiaire »<sup>2</sup>. L'évocation de l'histoire de l'organisation des soins en prison est souvent utilisée par les médecins pénitentiaires pour souligner la pénibilité de leur travail. Evoquant un rapport de l'Administration de 1838, Georges Fully remarque lors d'un congrès que « ce souci d'éviter d'accorder au médecin un rôle par trop humanitaire exprimé par cet éminent fonctionnaire il y

---

Paris. On a exclu les thèses consacrées à la psychiatrie pour ne retenir que celles qui relevaient de la médecine somatique. Malgré le fait que cette recherche ne prétende pas avoir recensé toutes les thèses portant sur le milieu pénitentiaire, en l'absence d'un fichier centralisant toutes les thèses françaises de médecine depuis les années cinquante, elle donne un aperçu de l'évolution de la place de l'organisation des soins en prison au sein du champ médical. Pour la liste des thèses voir l'Annexe n°4.

<sup>1</sup> PAPELARD Alain, *Histoire de la médecine pénitentiaire en France*, thèse de médecine, faculté de Paris, 1968.

<sup>2</sup> GERON Yvan, *Rôle médico-social du médecin pénitentiaire*, op.cit., p.8 ; BERAULT Pierre, *Le service médical en milieu pénitentiaire*, thèse de médecine, Paris 6 Pitié, 1985, p.10.

a cent vingt-huit ans et qui a eu pour effet de nous faire sourire, n'est malheureusement pas totalement anachronique »<sup>1</sup>.

Le nombre de thèses consacrées au milieu carcéral atteint son apogée au cours de la seconde moitié des années soixante-dix. De 1975 à 1981, vingt-sept thèses consacrées à la médecine somatique ont été recensés. Outre la bonne intégration de Solange Troisier dans le système universitaire, cette augmentation est probablement liée à la multiplication du nombre de poste d'internes qui a alors lieu. On en tient pour preuve la prédominance de l'Ile-de-France parmi les universités de soutenance où travaille la majorité des internes. Sur vingt-sept thèses, treize sont soutenues dans des universités franciliennes. La soutenance de thèses dans d'autres villes françaises (Lyon, Bordeaux, Dijon, Montpellier, Nancy, Rennes et Rouen) atteste néanmoins d'une diffusion nationale de la médecine pénitentiaire. Si de nombreux travaux continuent d'être consacrés à des pathologies carcérales, plusieurs thèses abordent également l'institution pénitentiaire en tant que milieu professionnel. Outre un « essai de compréhension de l'univers carcéral » dont toute considération médicale est absente, plusieurs thèses sont réalisées sur l'organisation de la médecine pénitentiaire, que ce soit dans un établissement précis ou au niveau national.

Enfin, dernier indice de reconnaissance de la médecine pénitentiaire au sein du secteur médical, apparaît en 1976 au sein de l'index analytique du catalogue des thèses de médecine de la BIUM une rubrique intitulée « médecine pénitentiaire » dont l'appellation semble dorénavant consacrée<sup>2</sup>.

---

Sous-équipée, sous-payée et peu reconnue, voire stigmatisée, l'organisation des soins en prison se dote au cours des années soixante-dix des attributs fonctionnels d'une spécialité médicale. Elle bénéficie de davantage de moyens de la part du ministère de la Justice, notamment grâce au soutien du DAP Christian Dablang dont Solange Troisier remercie souvent les services : « Des crédits furent débloqués, la gestion fut d'une qualité exceptionnelle, les médecins furent compris et soutenus. Tout ce que j'avais souhaité depuis longtemps prenait corps ; les locaux s'amélioraient, de nouvelles prisons étaient construites, les crédits pour la santé étaient multipliés par dix »<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup> FULLY Georges, « Médecine pénitentiaire et criminologie », *art.cit.*, p.11.

<sup>2</sup> Cette rubrique disparaît en 1982, alors que la médecine pénitentiaire est l'objet d'une large remise en cause.

<sup>3</sup> TROISIER Solange, *J'étais médecin des prisons. L'affaire des grâces médicales*, op.cit., p.46.



Ainsi, tandis que le budget global des dépenses de santé croît de 217% entre 1973 et 1979, passant de 29 à 63 millions de francs<sup>1</sup>, la somme consacrée au personnel médical augmente de 86% entre 1975 et 1979, passant de 9,5 à 17,8 millions<sup>2</sup>. Le budget consacré aux vacations de médecins et aux internes augmente sur cette même période est en hausse de 220% passant de 3,7 à 8,3 millions : le prix des vacations est revalorisé (Cf. Tableau) alors que le nombre de vacations allouées à chaque médecin est régulièrement augmenté. Solange Troisier rappelle durant les cours dispensés dans le cadre de l'attestation de médecine pénitentiaire ses efforts afin de valoriser l'exercice médical en détention :

*« La médecine fait partie de la réinsertion sociale et le rôle du médecin en prison est absolument capital, parce qu'il arrive de l'extérieur, il apporte un souffle de liberté [...] Son rôle doit être de plus en plus amélioré, reconsidéré [...] Ils doivent être payés en fonction de ce qu'ils font. Il y a eu là un réajustement des traitements, c'est certainement encore insuffisant mais soyez sûrs que j'y veille [...] Il nous faut donc avoir de bons médecins et qu'ils soient bien payés. Lorsque je suis arrivée, j'étais horrifiée car le K, le D et le Z pour la radiologie, la chirurgie et l'acte dentaire, étaient au prix que l'assistance publique avait en 1968. Il m'a bien fallu 4 ans pour arriver à ce que les K, D et Z soient à peu près corrects [...] Il faut dire que je me suis battue pendant deux ans pour obtenir pour les infirmières hospitalières [de Fresnes et des Baumettes] la prime Veil qui leur donnait une augmentation de salaire et je me bats encore pour que cette prime soit accordée à toutes nos infirmières, dans toutes les prisons de France. Je tiens aussi à faire augmenter leur prime de risque qui est très insuffisante »<sup>3</sup>.*

L'évolution de la prison de Fresnes, et en particulier de son Hôpital, confirme cette évolution de l'organisation des soins. En attestent, selon cet interne, les progrès enregistrés entre 1972 et 1978 : dans les divisions, le nombre d'internes passe de deux à quatre, le secrétariat est « mieux tenu », le dépistage de la syphilis est amélioré ainsi que les soins dentaires tandis qu'à l'Hôpital le nombre d'infirmières double (passant de quinze à vingt-neuf) ainsi que le nombre d'internes (de trois à six)<sup>4</sup>. Cette institution est présentée à de nombreuses reprises comme le symbole d'une modernisation de la médecine pénitentiaire :

*« Sur le plan chirurgical, le bloc opératoire, ultra-moderne, supporte la comparaison avec les meilleurs hôpitaux pratiquant une chirurgie courante. Qu'il nous suffise de dire, que pratiquement toutes les interventions sont faites sous monitoring par des chirurgiens chevronnés, assistés d'anesthésistes provenant des meilleurs services de la région parisiennes, d'internes bien expérimentés [...] Le niveau médical est donc satisfaisant et, les médecins ne pratiquent pas, comme certains l'insinuent ou le clament, la médecine pénitentiaire parce qu'ils sont incapables d'en exercer une autre [...] La qualité des soins (qui rappelons le sont entièrement gratuits) prodigués par un personnel médical et para-médical compétent et très dévoué hissera l'Hôpital Central de Fresnes au rang des meilleurs hôpitaux civils de deuxième catégorie »<sup>5</sup>.*

<sup>1</sup> LALE, « Le personnel pénitentiaire », *RPDP*, 04-06/1981, p.179.

<sup>2</sup> « La médecine en milieu pénitentiaire », cours de l'ENAP, 22/11/1978, p.29. Archives internes DAP.

<sup>3</sup> TROISIER Solange, « Séance inaugurale de Madame le Professeur S. Troisier », *Attestation d'études relatives à la médecine pénitentiaire. Année universitaire 1979-1980*, Université Paris VII, Faculté de médecine de Lariboisière- Saint Louis, p.8.

<sup>4</sup> SCHMITT Jean-Noël, *La médecine carcérale*, op.cit., p.279.

<sup>5</sup> *Ibidem*, pp.241-242.

« Nous étions une infirmerie de brousse, nous devenons un hôpital normal », observe Solange Troisier au sujet de l'Hôpital de Fresnes<sup>1</sup>. Ces déclarations méritent toutefois d'être relativisées par la description plus critique qu'en donne la revue *Actes* au même moment : « L'hôpital central des prisons de Fresnes est en pleine déconfiture. Salles d'opérations sous-utilisées, capacité de fonctionnement minime par rapport aux possibilités et aux besoins. Le personnel, notamment infirmier, est absent d'une manière chronique... Pendant des mois, il n'a plus été possible d'obtenir des interventions chirurgicales faute d'anesthésiste, et parfois une seule infirmière est obligée, à elle seule, d'assurer la surveillance médicale de nuit de tout l'hôpital »<sup>2</sup>. Les propos de ce chirurgien ayant commencé à exercer en 1979 à Fresnes contrastent également avec la représentation d'un hôpital moderne :

*« Au niveau de l'équipement quand je suis arrivé c'était nullissime, on était en 110 [volts] et j'avais dit que c'était peut-être le temps de passer l'hosto en 220 et de remettre des fils neufs! C'était des fils de bakélite et donc si vous touchiez les fils, ils tombaient en poussière. L'installation datait de 1920 je crois. Et quasiment tous les midis, je sais pas pourquoi, ça disjonctait. Alors j'étais sur une fracture supérieure du tibia. Midi, paf! Ça s'éteint... [rires] Alors, il y a une réserve d'accu. Ça éclaire, un peu jaune, quinze minutes et puis paf! Les accus, morts aussi! [rires] Il y a une infirmière, Mme Salvetti, je crois, qui dit : "Oh, c'est arrivé une fois au docteur Petit, je vais appeler le surveillant général". Et le surveillant général il est arrivé avec le fanal avec lequel il faisait son tour de garde et on a fini d'opérer avec l'infirmière qui m'éclairait avec le fanal! [Rires] »<sup>3</sup>.*

D'autres grands établissements semblent cependant bénéficier d'une amélioration de leurs moyens médicaux. C'est le cas des M.A de Lyon où l'équipe s'étoffe considérablement passant de sept médecins et deux infirmières en 1970 à dix-sept médecins vacataires, six infirmières temps plein, trois dentistes et un kinésithérapeute à temps partiel en 1981.

***Prix des vacations (en francs) des médecins généralistes et spécialistes entre 1974 et 1977<sup>4</sup>***

	GENERALISTES	SPECIALISTES
Avant 1974	12/14	16/18
Après 1974	18/20	28/32
Après 1975	20/22	31/35
Après 1977	24/26	36/41

<sup>1</sup> TROISIER Solange, « Intervention de fin de session de l'enseignement par le Professeur Solange Troisier », *Attestation d'études relatives à la médecine pénitentiaire. Année universitaire 1979-1980*, Université Paris VII, Faculté de médecine de Lariboisière- Saint Louis, p.3

<sup>2</sup> « La médecine pénitentiaire : une démission complice », *Actes*, n°13-14, printemps 1977, pp.34-35.

<sup>3</sup> Jean-Michel, chirurgien-orthopédiste à l'Hôpital de Fresnes de 1979 à 1988. Entretien réalisé le 9/12/2005 à son domicile à Bourg la Reine (Hauts de Seine). Durée : 2H40.

<sup>4</sup> Le premier chiffre indique la rémunération dans les villes de moins de 200.000 habitants et le second en région parisienne. À ce taux s'ajoute une indemnité de 2 F par heure pour exercice en milieu carcéral.

Quelle que soit la réalité de cette amélioration, le Médecin-inspecteur et l'Administration pénitentiaire tentent de diffuser l'image d'une médecine pénitentiaire moderne, davantage reconnue au sein de l'espace public. L'analyse des émissions radio-télévisées conservées à l'INA permet de mettre en évidence une prise en compte croissante de ce groupe à mesure qu'il se dote des attributs d'une spécialité. Tandis que pendant longtemps, les rares émissions où il était question de la santé des détenus donnaient la parole aux psychiatres ou aux psychologues<sup>1</sup>, un premier documentaire est consacré à la médecine pénitentiaire en 1965, à l'occasion de la création de l'attestation d'études par Georges Fully. « Une discipline médicale vient de se créer, et avec elle une chaire en faculté, un enseignement, des diplômes. La médecine pénitentiaire qui n'existait qu'à l'état latent, diffus, se structure et devient réalité », observe le journaliste<sup>2</sup>. Mais c'est surtout durant les années soixante-dix qu'il est question de la médecine pénitentiaire. Un documentaire datant de 1977 présente ainsi la « pathologie carcérale » ou encore l'organisation sanitaire des prisons françaises<sup>3</sup>. Au cours d'une interview, Solange Troisier affirme au même moment la spécificité de la médecine carcérale<sup>4</sup>.

Les congrès, en même temps qu'ils favorisent la constitution d'une identité homogène, accélèrent cette médiatisation des services médicaux pénitentiaires en exposant publiquement ce groupe professionnel, quelque soit le degré d'homogénéité réel entre ses membres. Tandis que les deux premiers congrès demeurent confinés aux seuls spécialistes, les Journées de 1970 sont pour la première fois l'objet de comptes-rendus, peu détaillés, dans la presse quotidienne du fait de l'attention croissante portée à la question des prisons. Le congrès de 1972, qui est l'objet d'une forte médiatisation, malgré le huis-clos imposé par l'Administration pénitentiaire, confirme l'attention portée par les médias à ces rencontres<sup>5</sup>. Le ministère de la Justice modifie alors l'esprit de ces congrès. Initialement conçus par Georges Fully comme des lieux de travail et de débat<sup>6</sup>, les congrès de médecine pénitentiaire deviennent à partir de la nomination de Solange Troisier des rencontres solennelles, fortement médiatisées, permettant d'exposer publiquement la médecine carcérale. « Nous sommes réunis pour cette médecine pénitentiaire que je voudrais tant revaloriser et tant élever au niveau qu'elle mérite. Il s'agit bien de sensibiliser les médecins à cette médecine si spécifique, de faire connaître à

<sup>1</sup> « La justice des hommes. La prison de Fresnes », 1ère chaîne, 19/10/1959, 49 min, Archives INA ; « La justice des hommes. La prison de Rennes », 1ère chaîne, 29/01/1960, 20 min, Archives INA ; « Les prisons, l'homme et la réforme », 1ère chaîne, 22/01/1963, 26 min, Archives INA.

<sup>2</sup> « La médecine pénitentiaire », documentaire, 04/11/1965, ORTF, 68 minutes. Archives de l'INA.

<sup>3</sup> « La médecine derrière les barreaux », France Inter, 03/06/1977, 17 min. Archives de l'INA.

<sup>4</sup> « La médecine pénitentiaire », JT 13H, TF1, 31/01/1977. Archives de l'INA.

<sup>5</sup> « Les journées de médecine pénitentiaire, à Strasbourg », France Inter, JT 19H, 02/12/1972. Archives de l'INA.

<sup>6</sup> Le programme du congrès de 1968 précise ainsi que « les discussions se feront en groupe de travail. Il n'y aura pas de conférence » (« Programme des journées médicales pénitentiaires », document dactylographié, deux pages. Fonds Etienne Bloch. ARC 3017-13. IV-9-10 Enseignement).

l'opinion le dévouement inlassable de ces praticiens de la "Pénitentiaire" que j'ai l'honneur de représenter ici », déclare le Médecin-inspecteur en ouverture des Journées de 1975<sup>1</sup>.

Le Dr Daniel Gonin ayant assisté aux différents congrès de médecine pénitentiaire entre 1962 et 1980 témoigne de l'évolution de ces rencontres. Celles-ci étaient avec le premier Médecin-inspecteur des moments de revendications où s'exprimait une certaine contestation : « Y avaient aussi des promesses. Y avaient des formes assez violentes au niveau du dire. Surtout du temps de Fully, c'était assez contestataire »<sup>2</sup>. Ces rencontres deviennent avec Solange Troisier plus solennelles répondant à son désir de mieux faire reconnaître la spécialité médicale dont elle a pris la tête :

*« Solange Troisier, c'était le flonflon. Il fallait qu'il y ait beaucoup de vedettes. Mais il faut être juste et il me semble que Fully et elle étaient des personnes différentes, c'est évident mais ce n'était pas la même période non plus. Fully, ça a été l'archéologie quoi ! [...] Après Solange Troisier a pris la succession, y avait déjà des choses en marche. Elle a vu qu'elle pouvait faire un truc international et elle a recruté des gens qui avaient le goût du congrès pour le congrès »<sup>3</sup>.*

Contrairement au colloque de 1972 où les internes avaient tenté de dénoncé leurs conditions de travail<sup>4</sup>, les discussions n'ont pas tant pour objet le dispositif médical que la faible rémunération des praticiens. Largement couvert par la presse, le congrès est en effet l'occasion de dénoncer, par le biais d'exemples concrets (l'ablation d'un appendice est payé 50 francs alors qu'il est remboursé 350 francs ; l'acte dentaire « D » évalué à 6,6 francs par la Sécurité sociale ne vaut que 1,77 francs en prison), l'absence de reconnaissance dont souffriraient les médecins : « Parente pauvre, mal aimée, mal comprise, trop anémique pour être un groupe de pression, la médecine pénitentiaire est à l'image de la vie et des droits des détenus : une sous-médecine »<sup>5</sup>. Le congrès qui a lieu en 1978 à Dijon confirme la dimension spectaculaire désormais conférée à ces rencontres. Pensé pour la première fois comme un événement « mondial », il rassemble plusieurs centaines de médecins venus de vingt pays et attire de nombreux journalistes. Outre une bonne couverture presse (*LF*, 24/11/1978 ; *QDM*, 24/11/1978 ; *LM*, 25/11/1978 ; *Libération*, 25-26/11/1978), ce congrès est pour la première fois l'objet de reportages télévisés diffusés lors des journaux télévisés du soir<sup>6</sup>. En dépit de cette apparente consécration au sein de l'espace public, la spécialisation de la médecine pénitentiaire entreprise par Solange Troisier se heurte cependant à de nombreux obstacles rendant difficile l'institutionnalisation de cette spécialité médicale. Soumise à de nombreuses

<sup>1</sup> DAP, *Deuxièmes journées européennes de médecine pénitentiaire*, Imprimerie Administrative de Melun, « Etudes et documentation », 1976, p.16.

<sup>2</sup> Daniel Gonin, psychiatre travaillant comme généraliste à la M.A de Lyon de 1962 à 1989. Entretiens réalisés les 25/02/2008, 10/03/2008, 26/03/2008. Durées : 2H ; 2H ; 2H.

<sup>3</sup> *Ibidem*.

<sup>4</sup> Cf. Encadré : « Une prise de parole interne difficile : l'exemple du congrès de médecine pénitentiaire de Strasbourg de 1972 ».

<sup>5</sup> « La sous-médecine pénitentiaire », *Le Monde*, 24/12/1975.

<sup>6</sup> « Congrès mondial de médecine pénitentiaire », 3ème chaîne, 23/11/1978, JT Soir 3, Archives INA.

critiques au sein de l'espace public, l'image du praticien apparaît trop discréditée pour que des individus puissent s'identifier à cette profession. La personnalisation de cette discipline par son Médecin-inspecteur, fortement politisé et contesté, tend à amplifier cette critique. Cette remise en cause incessante fait de la médecine pénitentiaire une activité stigmatisante pour ceux qui l'exercent.

## Section 2 – Une entreprise de spécialisation entravée : la non-institutionnalisation de la médecine pénitentiaire

Journaliste : « Vous, médecin, est ce que vous n'avez pas l'impression de temps en temps de vous trouver, sans le vouloir, du côté des gens disons qui répriment, alors que votre rôle à vous c'est d'aider et soigner ? »

Interne de Fresnes : « Oui, c'est le fait de la complicité. Je crois qu'il faut en être conscient. On est aussi complice que le psychiatre qui soigne quelqu'un à la demande du préfet... »

Journaliste : « Vous sentez ça ? Vous le vivez ? »

Interne (en souriant) : « Ben... heureusement pour moi, oui ! »

Journaliste : « Vous l'assumez ? »

Interne : « Oui. Il y a, je crois, beaucoup de choses qu'on peut faire en prison. Les médecins ont un rôle, spécialement à l'Hôpital de Fresnes très, très important. Et je crois que c'est une chose qui existe telle qu'elle est... Ça m'apparaîtrait un peu bête de travailler ici sans en être conscient ! »<sup>1</sup>.

En dépit de sa progressive reconnaissance au sein du secteur médical, la médecine pénitentiaire peine à s'organiser en tant que groupe professionnel homogène. La pratique en milieu carcéral demeure tout d'abord une activité marginale pour les médecins qui y consacrent le plus souvent quelques heures par semaine. Or, la première condition de professionnalisation est selon H. Wilensky l'exercice à plein temps de cette activité<sup>2</sup>. La spécialisation de la médecine pénitentiaire apparaît d'autre part limitée par la fragilité des attributs fonctionnels dont se dotent les praticiens travaillant en prison. La notion de pathologie carcérale, sur laquelle repose la spécificité de la médecine pénitentiaire, est contestée, notamment eu égard à la simulation. En dépit du Serment d'Athènes, les médecins pratiquant en institution carcérale sont, d'autre part, partagés quant à la conduite à tenir en cas de grève de la faim et font souvent l'objet de virulentes critiques. L'appellation de médecine pénitentiaire, au final, apparaît davantage stigmatisante que qualifiante pour ceux qui l'exercent. Le rapprochement avec la notion de semi-profession développée par Nina Toren souligne le caractère inachevé de la dynamique de spécialisation de l'organisation des soins en prison<sup>3</sup>.

Deux obstacles majeurs rendent difficile l'identification des praticiens avec leur activité pénitentiaire. Du fait de l'autorité hiérarchique à laquelle ils sont soumis, ces médecins sont

<sup>1</sup> « Médecins des prisons : 1<sup>ère</sup> partie », 1<sup>ère</sup> chaîne, 17/03/1976, 55 minutes, Archives INA.

<sup>2</sup> WILENSKY Harold, « The professionalisation of everyone », *art.cit.*

<sup>3</sup> Une semi-profession se définit comme un groupe présentant les critères distinctifs d'une profession de façon dégradée ou incomplète : une courte période de formation ; l'absence de monopole sur les critères de leur recrutement ; l'existence d'un code d'éthique mais vague et inconsistant ; des associations professionnelles inefficaces ou sans pouvoir (TOREN Nina, « Semi-professionalism and Social Work. A theoretical perspective » dans ETZIONI Amitai, *The semi-professions and their organization : Teachers, Nurses, Social Workers*, New York, Free Press, 1969, pp. 141-195)

en premier lieu dotés de nombreuses attributions pénitentiaires vécues comme allant à l'encontre de leur vocation soignante. Tirillés dans leur pratique quotidienne entre leur rôle de médecin traitant et de médecin vacataire de l'Administration, ces professionnels peinent à s'organiser autour d'une identité commune (1). Leur regroupement autour d'une même appellation est d'autant plus difficile que la médecine pénitentiaire est l'objet pendant les années soixante-dix de virulentes critiques. La personnification de ce secteur d'activité dans son Médecin-inspecteur, fortement politisé et contesté, tend à amplifier cette critique (2).

### *1. Les exigences contradictoires du métier de médecin pénitentiaire entre Thémis et Asclépios : une identité professionnelle contrariée*

Journaliste : « Les difficultés du médecin de prison sont celles que connaît le médecin du travail. Il a un patron qui le paye et qu'il le veuille ou non, il doit se soumettre à ses exigences. Même s'il estime qu'il existe une contradiction entre la fonction de punir et celle de soigner »<sup>1</sup>.

Le rôle non-médical attribué aux médecins pénitentiaires ne peut être compris que s'il est analysé au regard des nombreuses attributions dont ils ont bénéficié au cours des années soixante et soixante-dix, et ce grâce aux revendications de certains praticiens. Bien que l'importance des médecins en prison a été affirmée dès la Libération, ces derniers ont été néanmoins considérés pendant longtemps par le ministère de la Justice comme des intervenants extérieurs mus par une idéologie humaniste et philanthropique, à qui il convenait de rappeler le règlement<sup>2</sup>. Toute tentative de la part des généralistes d'outrepasser leur vocation soignante se heurtait alors, comme le souligne un praticien lyonnais de manière rétrospective, à la méfiance de l'Administration pénitentiaire :

« Les certificats d'orientation pour l'exécution de la peine étaient égarés presque systématiquement, si le médecin ne se contentait pas de remplir la case avec les seules notations de la pathologie somatique mais débordait en considérations psychologiques ou sociales : "Ce n'est pas ce que l'on vous demande, docteur : laissez l'aspect social aux assistantes sociales" »<sup>3</sup>.

Cette méfiance contraste avec le rôle attribué aux praticiens en détention. Le Code de procédure pénale leur confère en effet en 1958 de nombreuses prérogatives, sous la forme notamment de certificats, délivrés aux détenus dans plusieurs situations non strictement médicales. Pour bénéficier d'une douche supplémentaire ou d'un travail pénal, pour pouvoir rester allongé durant la journée, pour garder les cheveux longs, le médecin apparaît à chaque reprise comme l'interlocuteur incontournable du détenu. L'écart croissant entre la fonction réelle des praticiens et leur faible reconnaissance explique que certains médecins, désireux de ne plus être cantonnés à un rôle technique, revendiquent à partir du début des années soixante une plus grande considération, ce dont témoigne le vœu formulé lors des Journées de 1963.

<sup>1</sup> « Dijon, capitale de la médecine pénitentiaire », JT 20H, Antenne 2, 24/11/1978, Archives INA.

<sup>2</sup> PINATEL Jean, « La crise pénitentiaire », *art.cit.*, p.14.

<sup>3</sup> GONIN Daniel, *La santé incarcérée*, *op.cit.*, p.75.

Le cas des grèves de la faim illustre cette volonté des praticiens d'endosser un rôle plus large dans le fonctionnement de la détention. Se limitant jusque-là au traitement des symptômes de la grève (bilans biologiques et perfusions)<sup>1</sup>, il s'agit désormais pour eux, comme le préconise Georges Fully durant ses cours, d'être reconnus en tant que médiateur entre le détenu et l'Administration:

*« Il faut qu'il pense [le médecin] à traiter la cause de la grève. Ce traitement n'appartient pas toujours au médecin mais il faut dire que c'est souvent lui qui peut le plus, car il est l'interlocuteur de confiance [...] S'il s'agit d'une question d'ordre pénitentiaire, il est bien rare qu'après une discussion avec le directeur de l'établissement ou avec le surveillant-chef on ne trouve pas un moyen termes qui permette aussi bien au détenu qu'au personnel pénitentiaire de donner l'impression de ne pas céder [...] La simple expectative, la simple attitude neutre qui consiste à ne pas s'occuper du conflit lui-même et à attendre que le gréviste de la faim tombe dans le coma pour intervenir me paraît un peu succincte »<sup>2</sup>.*

Cette revendication professionnelle reçoit un accueil favorable de l'Administration pénitentiaire, désireuse, tel qu'en rend compte le rapport d'activité de 1964, d'impliquer davantage les praticiens dans le fonctionnement de l'établissement : « Le point de vue du médecin est d'ailleurs très souvent sollicité, aussi bien pour des questions d'ordre strictement médical que pour des problèmes plus éloignés de la médecine »<sup>3</sup>. Longtemps cantonné à un rôle de soin et de prévention des maladies, le corps médical pénitentiaire devrait ainsi « être intégré à la vie de l'établissement et participer à toutes les formes du traitement pénitentiaire »<sup>4</sup>.

Cette intégration des praticiens au fonctionnement de l'établissement s'avère toutefois problématique au début des années soixante-dix, à mesure que la question carcérale se politise. « Nous sommes inquiets de voir que depuis quelques temps le personnel sanitaire est mis de plus en plus "sur la touche" », observe Simone Buffard à Lyon en 1972<sup>5</sup>. Est notamment refusée toute intervention du médecin dans un domaine où son action n'aurait pas été sollicitée, comme par exemple en matière de médecine du travail<sup>6</sup>. Certains praticiens demandent alors, par la voix de leur Médecin-inspecteur, comme ici lors du congrès de 1970, une contrepartie à la légitimité que leur présence en prison confère au ministère de la Justice : « Ils ne désirent plus seulement être considérés comme les techniciens d'une partie des problèmes et être tenus éloignés d'une manière plus ou moins réelle des autres problèmes. Ils appliquent leur caution à l'application de la peine et ils souhaitent que ce ne soit plus

<sup>1</sup> Annexe 20 : « Asclépios au service de Thémis ou la position controversée de Solange Troisier en matière de grèves de la faim ».

<sup>2</sup> FULLY Georges, « La grève de la faim en milieu carcéral », Cours de médecine pénitentiaire à la Faculté de médecine de Paris, cours n°29, 1968-1969, 10 pages (CAC. 19960136. Art.99 (Extraits). Dossier K 362).

<sup>3</sup> DAP, « Rapport général pour l'année 1964 », *RPDP*, 10-12 1965, p.521.

<sup>4</sup> DAP, « Rapport général pour l'année 1965 », *RPDP*, 10-12 1966, p.695.

<sup>5</sup> Cité dans SAINT PLANCAT C., « La médecine dans les prisons », *Le concours médical*, 29/01/1972, p.859.

<sup>6</sup> Cf. ARNAUD Claude, *Organisation de la médecine pénitentiaire en France*, thèse de médecine, Université de Lyon, 1976, p.30.



seulement une caution mais une collaboration sincère et efficace avec les responsabilités des systèmes pénal et pénitentiaire »<sup>1</sup>. En dépit des craintes, l'Administration semble alors accepter cette plus grande prise en compte des médecins dans le fonctionnement des établissements, permettant ainsi de les responsabiliser davantage : « Il semble donc nécessaire de reconsidérer la place des médecins dans le système pénitentiaire et de les faire participer à son organisation. Alors seulement ils pourront pleinement répondre sur le plan médical des conséquences de ce système »<sup>2</sup>.

Le rôle du médecin pénitentiaire est consacré lors des années soixante-dix. Outre la reconnaissance d'un statut en 1972<sup>3</sup>, les praticiens sont alors dotés d'une fonction criminologique les incitant à appréhender les grands ressorts de la criminalité. L'idée que le médecin serait, au même titre que l'assistant social ou l'éducateur, en mesure de conseiller l'Administration dans le reclassement du détenu, se traduit par l'intégration des psychiatres et des généralistes de l'établissement à la Commission d'application des peines (CAP) en 1972<sup>4</sup>. La participation du médecin à la CAP est d'ailleurs décrite par un sous-directeur pénitentiaire comme « l'occasion, pour lui, de faire vraiment partie de l'Administration Pénitentiaire »<sup>5</sup>. Cette intégration représente pour beaucoup de praticiens la possibilité d'instaurer un rapport de coopération avec le personnel de l'établissement<sup>6</sup>. Un psychiatre, le Dr Jacques Laurens, voit dans la participation du médecin à la CAP un premier pas dans l'intégration des praticiens au système pénitentiaire au terme de laquelle les médecins pourraient, selon lui, formuler des avis non pas seulement sur des détenus mais sur les « orientations de la politique pénitentiaire »<sup>7</sup>. Cette prise en compte croissante est cependant vécue par certains praticiens, tel le Dr Daniel Gonin de Lyon, comme une tentative de « récupération » de la part de l'institution carcérale : « Aussi cherche-t-on à *assimiler* le médecin à l'ensemble de

<sup>1</sup> DAP, *Journées nationales de médecine pénitentiaire*, op.cit., pp.5-6.

<sup>2</sup> « Rapport de l'Administration pénitentiaire pour l'année 1972 », *RPDP*, 10-12/1973, pp.645 et suiv.

<sup>3</sup> Cf. Encadré : « Un statut des médecins comme réponse à leur responsabilité médicale ».

<sup>4</sup> Pour répondre à la critique d'un morcellement des interventions qui ont lieu en détention, un décret du 12/09/1972 crée les Commissions d'application des peines qui réunissent une fois par semaine directeur, assistants sociaux, généralistes et psychiatres sous la présidence du Juge d'application des peines. Une loi du 29/09/1972 confère à ce dernier le pouvoir d'accorder la libération conditionnelle à tous les condamnés à une peine privative de liberté jusqu'à trois ans.

<sup>5</sup> ALOZY, « Attestation d'études relatives à la médecine pénitentiaire », *art.cit.*, p.195.

<sup>6</sup> En effet plusieurs médecins semblent soucieux des relations établies avec le personnel de surveillance. Dans une thèse consacrée à la connaissance des surveillants de prison, un interne observe à partir d'entretiens conduits avec des gardiens de la M.A de Lyon l'« hostilité défensive » et le « complexe d'infériorité » ressenti à l'égard des personnels médico-sociaux. Afin que la prise en charge des détenus soit l'œuvre d'une « équipe thérapeutique », il suggère la mise en place d'« un dialogue entre les divers personnels » ainsi que la valorisation du métier de surveillant (GROUZY Jean, *Contribution à la connaissance de la surveillance des prisons*. « Le complexe de la Pénitentiaire », thèse de médecine, Université de Lyon, 1971).

<sup>7</sup> DAP, *Journées européennes de médecine pénitentiaire*, op.cit., pp.66.

l'administration pénitentiaire, à le "récupérer", selon la terminologie en vogue actuellement »<sup>1</sup>.

Alors même que la profession médicale est l'objet d'une plus grande considération au sein de l'Administration pénitentiaire, certains praticiens semblent, en effet, accepter de plus en plus difficilement certaines fonctions. Contrairement aux psychiatres, plus prompts à endosser cette mission criminologique<sup>2</sup>, les généralistes soulèvent les possibles atteintes au secret médical que leur participation à la CAP implique : « Nous en sommes heureux car c'est un premier pas vers une véritable "équipe pénitentiaire" [...] Mais, pour être formulé de façon valable, son avis doit nécessairement évoquer un diagnostic ? L'ambiguïté de sa position n'échappera à personne »<sup>3</sup>. Le compte-rendu d'une commission tenue lors des Journées de 1975 restitue les divergences d'opinion entre praticiens. A l'encontre de ceux qui estiment que le médecin ne devrait intervenir au sein de la CAP que pour les seuls problèmes médicaux, d'autres jugent qu'« il doit s'intégrer à part entière à cette commission, dans sa mission de resocialisation, sans se limiter à l'aspect strictement médical »<sup>4</sup>.

Si la question de la participation à la Commission d'application des peines soulève tant d'interrogations chez les praticiens pénitentiaires, c'est parce qu'elle soulève la question de savoir au bénéfice de qui travaillent ces derniers. Sont-ils les médecins traitant au service des détenus, ceux-ci ayant droit au secret médical ? Ou sont-ils des praticiens salariés de l'institution qui les rémunère et à laquelle le secret ne peut être opposé s'il bénéficie à son fonctionnement ? C'est cette seconde conception que tendent à privilégier les psychiatres, tels ici les docteurs Hivert et Pottiez : « Le médecin pénitentiaire est médecin-traitant, certes ! Mais, encore, il est investi par la société d'une fonction institutionnelle qu'il accepte, *ipso facto*, en devenant médecin en prison »<sup>5</sup>.

Un second exemple de cette tension à laquelle sont confrontés les praticiens travaillant en prison sont les certificats médicaux dont les usages sont variés. Le généraliste de la M.A de Besançon y voit une substitution du médecin à l'autorité pénitentiaire. C'est ce que relève cet interne dans sa thèse de criminologie consacrée à cet établissement : « Le médecin déplore une telle situation où il "récupère" des problèmes qui devraient pouvoir se traiter par un

<sup>1</sup> GONIN Daniel, « L'exercice de la médecine en milieu pénitentiaire », *art.cit.*, p.25

<sup>2</sup> Il est néanmoins ressorti des entretiens une différence entre les psychiatres travaillant depuis les années soixante ou soixante-dix en prison, qui considèrent normal de participer à la CAP, et ceux ayant initié à partir des années quatre-vingt, plus réfractaires à cette mission car plus attachés à la notion de secret médical.

<sup>3</sup> SCHMITT Jean-Noël, *La médecine carcérale*, op.cit., p.318.

<sup>4</sup> DAP, *Deuxièmes journées européennes de médecine pénitentiaire*, op.cit., p.82.

<sup>5</sup> POTTIEZ Serge, HIVERT Paul, « Le médecin pénitentiaire le secret professionnel », *RPDP*, 04/1977, p.218.

dialogue entre les détenus et l'administration et qui ne sont pas de son ressort »<sup>1</sup>. Les praticiens de Lyon relèvent d'une façon similaire l'importance du pouvoir qu'ils sont en mesure d'exercer et l'ambiguïté de leur position : « Cet aspect de distributeur de faveurs, mais surtout de recours contre la dureté de la vie carcérale, donne au médecin un pouvoir bien supérieur à celui de son confrère de l'extérieur [...] N'est-il pas alors tenté, dans un monde clos sans loi et sans contrôle, de se saisir de ce pouvoir et de promouvoir une sorte d'ordre médical ? »<sup>2</sup>. Ces mêmes praticiens s'alarment de voir le rôle qui leur est accordé mis au service de l'Administration, les cantonnant ainsi dans un rôle de garant de la détention :

*« Vis-à-vis de l'administration en effet, le médecin est souvent perçu de façon ambiguë : d'une part, il est désiré car il lui donne bonne conscience. Il est le vivant témoignage que "l'on fait vraiment tout ce que l'on peut pour le détenu"... Il résout les problèmes difficiles où l'autorité seule échoue. Tout va bien tant qu'il fait preuve d'une certaine "bonne volonté", qu'il adopte les vues conformistes de l'institution, qu'il s'adapte à tous ses aspects plus ou moins répugnants. Mais dès qu'apparaissent contestations (même discrètes), divergences ou affrontements, il n'est plus qu'un élément gênant : même par exemple lorsqu'il contrecarre l'application des sanctions [...] S'il cherche à sortir de ce ghetto, il se heurte à de multiples résistances : suspecté d'une idéologie humanitaire peu réaliste tendant à irresponsabiliser tous les délinquants, méconnaissant les simulateurs, et finalement essayant de prendre le pouvoir dans l'établissement »<sup>3</sup>.*

Parmi les différents certificats, celui dit d'« aptitude à la détention », attestant qu'un détenu est en mesure de supporter le placement en quartier disciplinaire, illustre au mieux l'ambiguïté à laquelle sont confrontés les médecins pénitentiaires<sup>4</sup>. L'obligation faite aux praticiens de certifier que l'état de santé du condamné est « compatible » ou « apte » avec le maintien au « mitard », où les conditions de vie sont souvent exécrables, leur confère un rôle que dénoncent les opposants à la prison<sup>5</sup>. Outre le fait que cette demande, consistant à faire « un pronostic sur la pathologie éventuellement provoquée »<sup>6</sup>, va à l'encontre de la démarche médicale traditionnelle, elle place le praticien dans une situation difficile comme le souligne le Dr Gonin : « Il pourrait lui sembler qu'il prend le pas sur les décisions disciplinaires, alors qu'en fait c'est son regard demandé qui permet, sans risque de responsabilité, l'application de la sanction »<sup>7</sup>. L'équivocité de cette sollicitation du regard médical est d'autant plus grande que le médecin est confronté à des situations parfois difficiles pouvant aller à l'encontre de l'éthique médicale. En rendent compte ces deux praticiens interviewés :

<sup>1</sup> LAURENT Geneviève, *La Maison d'Arrêt de Besançon : son organisation, ses différents quartiers*, thèse de criminologie, Paris 2, 1978, p.130.

<sup>2</sup> BUFFARD Simone, BARRAL DO Jean-Pierre, GONIN Daniel, « Le médecin en institution pénitentiaire », *Médecine et hygiène*, 42, 1559, 11/04/1984, pp.1198-1200.

<sup>3</sup> BUFFARD Simone, BROUSSE M., COLIN Marcel, COTTREAU Jean, DUCOTTET François, GONIN Daniel, « L'équipe médico-psychologique en milieu pénitentiaire », *art.cit.*, p.2399.

<sup>4</sup> « Les détenus punis doivent être visités par le médecin, si possible dès leur mise en cellule et en tous cas deux fois par semaine au moins. La punition est suspendue si le médecin constate que sa continuation est de nature à compromettre la santé du détenu » (Article D.168 du Code de procédure pénale).

<sup>5</sup> Un ancien détenu dénonce ainsi le rôle des médecins : « Pour subir ce régime particulier, il faut une soit-disant assistance médicale. Dans la réalité, c'est avec grande complaisance que le toubib déclare le détenu tout à fait apte à subir sa punition » (AGRET Roland, *Et si vous saviez ! : la prison au quotidien*, Paris, Plon, 1987, p.72).

<sup>6</sup> GONIN dans DAP, *Premier congrès mondial de médecine pénitentiaire*, op.cit., p.125.

<sup>7</sup> *Ibidem*.

*« J'ai vu des horreurs monsieur ! [...] Moi, un soir j'ai vu aux petites Baumettes un gamin qui était dans une cellule [interruption] Ce gamin... Cette cellule... Y avait pas d'ouverture ! C'était une cage en béton... Il était à poil et attaché à une chaîne, à un anneau, qui était au milieu de la pièce. Et on vous demande l'autorisation de le laisser là... [...] C'étaient eux [l'Administration pénitentiaire] qui prenaient la décision mais il fallait qu'on les cautionne ! C'était le médecin qui devait dire s'il était d'accord [...] J'avais l'impression d'assurer la discipline... »<sup>1</sup>.*

*« C'était la couverture médicale de l'Administration. On les casse, on les fait vivre dans des situations pas possibles mais il faut une couverture médicale. Si par hasard il arrive qu'un détenu se pendre au mitard et que ça se sait... Là du point de vue de l'Administration, ça pouvait être grave. Donc pour eux, le fait que j'aie au mitard, c'était la caution ! »<sup>2</sup>.*

Cette contradiction à laquelle sont soumis les praticiens est accrue lorsque sont instaurés les Quartiers de haute sécurité (QHS) en 1975. Destinés à empêcher l'apparition de mouvements collectifs de protestation, les QHS imposent un régime de détention très strict et fortement contesté<sup>3</sup>. Les propos de ces interviewés retranscrivent le malaise ressenti face à ces conditions de détention :

*« C'était épouvantable ! [...] C'était le fait de cette espèce de privation sensorielle. Tous les angles étaient arrondis. C'était une couleur uniforme. Tous les murs. Vous n'aviez pas d'angle. Vous n'aviez pas de tabouret. Vous aviez un plateau qui servait de table et le tabouret c'était un bloc de ciment scellé au sol ! Pendant un certain temps, mais ça n'a pas duré très longtemps, la lumière était allumée en permanence »<sup>4</sup>.*

*« Il y a quelque chose qui m'avait choqué au début, c'était les Quartiers de haute sécurité [...] Je me rappellerai toujours le premier qui était enchaîné... C'est toujours choquant pour un jeune médecin. Moi, je ne connaissais pas encore la Maison d'arrêt. Je ne savais pas ce qu'il avait fait. Enfin mon rôle était de dire s'il était apte à .... à... pouvoir rester en quartier de haute sécurité sur le plan médical. Sur le reste, je n'avais rien à dire ! »<sup>5</sup>.*

Le fait que le second interviewé précise son étonnement « au début » permet de soulever l'hypothèse d'une certaine « accoutumance » des praticiens à exercer ce rôle n'appartenant pas à leur identité professionnelle de soignant. Malgré la désapprobation fréquente à l'égard de la condition dans laquelle les détenus sont placés, les praticiens ont d'ailleurs rarement recours à la « suspension de peine » leur permettant de faire cesser la punition pour des raisons médicales. Interrogé sur cette possibilité, un généraliste ayant travaillé aux Baumettes estime que cette mesure se justifiait rarement : « Non ça ne m'est jamais arrivé ! De toute façon, il y a rarement des excès... »<sup>6</sup>. Un autre médecin ayant exercé à Pontoise partage cette idée : « Ça m'est arrivé une fois ou deux de les faire sortir, mais il faut reconnaître que ceux qui y étaient en principe étaient des balaises et il y avait pas de raison médicale pour les soustraire à la punition »<sup>7</sup>.

<sup>1</sup> Bernard, médecin aux Baumettes de 1975 à 1985. Entretien réalisé le 22/02/2006, 2H20.

<sup>2</sup> Bruno, généraliste à la M.A de Besançon de 1969 à 1980. Entretien réalisé le 17/01/2006, 2H.

<sup>3</sup> « Les quartiers de haute sécurité fabriquent des fauves », *Le Monde*, 12/11/1977 ; « Grève de la faim de 685 détenus le 9 janvier contre le régime des quartiers haute sécurité », *Le Monde*, 11/01/1978 ; « Une remise en question des quartiers de sécurité renforcée (Q.S.R) », *Le Monde*, 10/05/1978 ; « Des femmes détenues à Fleury-Mérogis entament, le 7 Août, une grève de la faim pour protester contre les Q.S.R », *Le Monde*, 9/08/1978.

<sup>4</sup> Gilles, psychiatre à Fresnes de 1975 à 2002. Entretien réalisé le 20/01/2006, 2H40.

<sup>5</sup> Claude, généraliste à la M.A de Pontoise de 1979 à 1991. Entretien réalisé le 12/01/2006, 1H10.

<sup>6</sup> Jérôme, généraliste puis médecin-chef aux Baumettes de 1979 à 1983. Entretien réalisé le 24/02/2006, 1H50.

<sup>7</sup> Claude, généraliste à la M.A de Pontoise de 1979 à 1991. Entretien réalisé le 12/01/2006, 1H10.

Outre la capacité réelle ou supposée des détenus à faire face à l'isolement, ces suspensions de peine placent le médecin dans un rapport de force avec l'Administration pénitentiaire. Les surveillants vivant, souligne Antoine Lazarus, la décision médicale comme un désaveu de la sanction adoptée à l'encontre d'un détenu récalcitrant, le praticien se trouve placé entre deux demandes inconciliables : « Dans ce genre de situation, le médecin n'apparaît plus comme le personnage de la neutralité mais comme un pouvoir concurrentiel qui mesure sa force à celle de la décision administrative. Ce combat est toujours suivi avec beaucoup d'attention par les autres détenus. D'une certaine manière on est mis ici dans l'obligation de choisir un camp »<sup>1</sup>. Un interne, pourtant bien rompu aux règles carcérales car fils d'un directeur d'établissement pénitentiaire, déclare que même s'il n'hésitait pas en cas de besoin à faire sortir un malade cela lui a valu des « rancœurs » de la part de certains surveillants : « C'étaient des petites choses mais on vous demande de vous déplacer à trois heures du matin pour une bricole. Bon... »<sup>2</sup>. Ces enjeux propres au système carcéral expliquent qu'il soit difficile pour le médecin, notamment dans les petits établissements où il est isolé, d'imposer sa décision. Ce fut le cas de ce praticien de la M.A de Besançon :

*« Et il me semble que, souvent, j'ai pas voulu signer le certificat médical. J'ai dû m'opposer en voulant faire ma forte tête.... Ça n'a pas dû plaire... J'ai dû réussir quelques fois à en faire sortir en alléguant des raisons médicales. Mais pas beaucoup [...] Ça m'est arrivé de dire : "Vous prenez un risque et puis est ce que le jeu en vaut vraiment la chandelle ?". Mais je me faisais vite remballer : "Vous, vous êtes là pour soigner et moi j'assure la discipline !" »<sup>3</sup>.*

Cette ambiguïté entre le rôle administratif et le rôle soignant est exacerbée au sujet de l'obligation faite au médecin pénitentiaire d'assister aux exécutions capitales afin d'assurer son bon déroulement. C'est ce que dénonce cet ancien interne de La Santé : « L'intervention de l'administration dans la fonction médicale peut prendre une forme plus outrancière, quand elle appelle l'interne pour une exécution capitale, où elle lui dictera des gestes thérapeutiques dans des circonstances où l'agent pathogène risque d'être jugé fort différemment par le médecin et le bourreau »<sup>4</sup>. La réaction du médecin-chef de l'Hôpital de Fresnes, interrogé dans un documentaire télé sur ce rôle, traduit la manière dont cette obligation est vécue par plusieurs praticiens : « Oui il m'est arrivé deux fois... Vous m'excuserez d'être bref, de ne pas m'appesantir. Ce que je puis dire, c'est que les deux fois j'ai conservé de ces deux hommes une image de courage extraordinaire. Il est toujours douloureux pour un chirurgien qui essaye tous les jours de sauver des vies humaines d'être obligé d'accompagner les condamnés à mort. C'est

<sup>1</sup> LAZARUS Antoine, « Le médecin pénitentiaire entre deux demandes », *art.cit.*, p.70.

<sup>2</sup> Julien, infirmier à Fresnes de 1974 à 1976 puis interne à La Santé de 1977 à 1978 puis médecin à Bois d'Arcy de 1981 à 1987. Entretien réalisé le 16/01/2008. Durée : 3H.

<sup>3</sup> Bruno, généraliste à la M.A de Besançon de 1969 à 1980. Entretien réalisé le 17/01/2006, 2H.

<sup>4</sup> DEJOURS Christophe, « Réflexions sur les rôles respectifs de l'administration et de la médecine dans l'institution pénitentiaire », *art.cit.*, p.18.

tout ce que je puis vous dire »<sup>1</sup>. Si le Dr Petit interviewé témoigne tant d'émotion, c'est parce qu'il fut l'un des rares à avoir assisté en tant que médecin à des exécutions capitales à cette époque<sup>2</sup>. Pourtant même si le nombre d'exécutions capitales est très faible (six entre 1969 et 1981), demeure néanmoins l'angoisse de devoir « participer » à cette mise à mort. C'est l'une des raisons qui aurait conduit cet interne alors en poste à La Santé à démissionner en 1978 :

*« Je pense que l'une des concrétisations de cette violence institutionnelle, ça a été la visite obligatoire aux condamnés à mort. Il n'y avait plus d'exécutions mais la peine de mort était toujours d'actualité. Ça sûrement été l'une des situations les plus difficiles à vivre. Le fait d'aller visiter ces détenus, ça faisait partie de ma mission. J'étais obligé, quand j'étais de garde, en tant que médecin d'aller visiter untel, dont je me souviens le nom... Il devait être en bonne santé de façon à ce que si on l'exécute le lendemain matin, ça se passe dans les conditions réglementaires... C'est absolument intenable ! Enfin, pour moi, c'était absolument intenable comme position. C'est sûrement une des raisons qui m'a fait arrêter... à ce moment là ! Ça... ça a été quelque chose d'extrêmement violent. Je pense que je n'aurai pas pu participer. Parce que je pense qu'assister, c'est participer. Je m'y refusais compétemment. Ça, c'était absolument exclu de toute façon. Ce n'était pas possible. Donc quand on vit avec ça en tant que professionnel, en se disant : "Ça peut être n'importe quel jour...". C'était un peu pesant ! »<sup>3</sup>.*

Ces différents exemples soulèvent une même question, à savoir si le praticien peut traiter le détenu comme l'égal de ses autres patients. « Il s'agit en effet de savoir si le médecin de prison doit être considéré comme le médecin traitant du détenu, auquel cas celui-ci a droit au secret, ou bien si le médecin de prison est uniquement un employé de l'administration à laquelle il doit un compte rendu exact et fidèle de toutes les constatations qu'il pourra bien faire au cours de ses fonctions », soulignait déjà le Dr Debarge lors des premières journées de médecine pénitentiaire<sup>4</sup>. Qui de la relation hiérarchique ou de la relation thérapeutique l'emporte ? Cette question apparaît très tôt au sujet de la relation entre le praticien pénitentiaire et le médecin expert : le médecin de prison peut-il, malgré l'interdiction du Code de déontologie, être désigné comme expert ou peut-il communiquer à ce dernier des informations protégées par le secret médical ?<sup>5</sup>

« Les avis sont très partagés », souligne le bilan d'un groupe de travail réuni lors du premier congrès en 1963 : « Pour certains, la réponse est affirmative et cela sans problème car le médecin pénitentiaire est, avant tout, médecin de l'administration, et il doit lui apporter son concours sans restriction. Pour d'autres, certes le médecin est engagé par l'administration

<sup>1</sup> « La médecine pénitentiaire », documentaire, 04/11/1965, ORTF, 68 minutes, archives de l'INA.

<sup>2</sup> Pierre Bellemare raconte dans *Complots. Ils s'entendent pour tuer* comment le Dr Petit a assisté le 11 mars 1963 à l'exécution de Bastin-Thiry, connu pour avoir dirigé l'attentat du Petit-Clamart en 1962.

<sup>3</sup> Julien, infirmier à Fresnes de 1974 à 1976 puis interne à La Santé de 1977 à 1978 puis médecin à Bois d'Arcy de 1981 à 1987. Entretien réalisé le 16/01/2008. Durée : 3H.

<sup>4</sup> DAP, *Le service médical en milieu pénitentiaire*, op.cit., p.57.

<sup>5</sup> L'article 85 du Code de déontologie médical stipule que « nul ne peut être à la fois médecin expert et médecin traitant pour un même malade ».

pour soigner les détenus mais il devient alors le véritable médecin traitant des prisonniers »<sup>1</sup>. Faute de consensus, une autre commission interrogée sur le même problème conclut que « c'est là une affaire de conscience professionnelle et personnelle »<sup>2</sup>. Un groupe de travail aboutit lors des Journées de 1970 à une conclusion sensiblement différente : « Il n'est pas possible d'assimiler totalement un médecin pénitentiaire à un médecin traitant librement choisi et libre également totalement de ses décisions. Le médecin pénitentiaire a dans ses obligations de répondre aux questions concernant l'état de santé du détenu sous forme d'avis médical »<sup>3</sup>.

En pratique, il semblerait que le statut de « médecin traitant » soit fréquemment dénié par les autorités judiciaires et pénitentiaires aux praticiens pratiquant en prison. Un médecin de la M.A de Strasbourg rapporte ainsi la réaction d'un juge d'instruction face à son refus d'autopsier le cadavre d'un homme mort suite à des coups portés par son fils, lequel était détenu : « Mais non, vous n'êtes pas le médecin traitant, au sens où l'entend le Code [de déontologie], puisque vous n'êtes pas choisi ! »<sup>4</sup>.

Outre un enjeu identitaire, ne pas être considéré comme un « agent spécialisé de l'administration »<sup>5</sup>, la revendication du statut de médecin traitant traduit la volonté de ne pas exercer certaines tâches jugées illégitimes. Un interne regrette ainsi que les certificats médicaux censés permettre à un détenu de bénéficier d'un traitement non explicitement prévu par le règlement soient transformés par l'Administration pénitentiaire en autant d'interdiction. Manteau de fourrure, lunettes de soleil, tisanes, crèmes ou shampoings spéciaux sont « réprimés » par le corps médical : « Grâce à la médecine, tout désir qui émerge et ne peut être "couvert" par un règlement administratif est réprimé [...] La médecine est présente pour veiller à ce qu'aucun désir ne dépasse »<sup>6</sup>.

Les certificats pour coups et blessures sont un second exemple d'une tâche considérée comme illégitime par certains praticiens exerçant en détention. Ces derniers sont, en effet, dans l'obligation de fournir des attestations lorsqu'un surveillant est agressé. Outre qu'il leur était interdit, jusqu'en 1983, d'en donner un double au détenu ou à sa famille, ces attestations étaient l'occasion de mettre à l'épreuve l'identité du praticien, et ce d'autant plus que du délai de l'incapacité de travail fixé par le médecin découlait la qualification de l'infraction<sup>7</sup> :

<sup>1</sup> DAP, *Le service médical en milieu pénitentiaire*, op.cit., p.43.

<sup>2</sup> *Ibidem*, p.31.

<sup>3</sup> DAP, *Journées nationales de médecine pénitentiaire*, op.cit., p.23.

<sup>4</sup> *Ibidem*, op.cit., p.46.

<sup>5</sup> DAP, *Le service médical en milieu pénitentiaire*, op.cit., p.43.

<sup>6</sup> BETHEMONT Vincent, *L'exercice de la médecine générale à la maison d'arrêt Saint-Paul*, thèse de médecine, université de Lyon, 1979, p.65.

<sup>7</sup> Une incapacité inférieure ou égale à huit jours détermine une contravention et envoie le détenu au tribunal de police, tandis qu'une durée supérieure classe l'infraction en délit et saisit la chambre correctionnelle.

« Toute la stratégie de l'institution consistait à faire pression sur le praticien pour l'amener à la qualification souhaitée pour l'agresseur »<sup>1</sup>.

Comme en témoignent les différents exemples traités, à mesure que se professionnalisent les services de soin aux détenus, les médecins pénitentiaires s'interrogent sur leur identité professionnelle. Les congrès sont des moments particuliers qui rendent visible la relation entre les praticiens, désireux de pouvoir exercer une médecine non-entravée, et l'Administration, craignant leur trop forte autonomisation. Un débat sur le thème de la responsabilité médicale est par exemple l'objet de vifs échanges, lors du congrès de 1970, entre les médecins et le ministère de la Justice. Ces débats, absents des actes du colloque, sont rapportés par un médecin ayant assisté à la scène :

*« Le médecin porte la responsabilité morale de la santé des détenus, mais, pour endosser la première, il faut qu'il puisse avoir une action non entravée sur la seconde. Suit une discussion portant principalement sur les différents biais utilisés par les médecins pour arriver à soigner les détenus. Le syndicat des médecins rappelle le manque énorme de moyens (infirmières, internes) et conclut que sa responsabilité est engagée chaque jour par manque de moyens. M. Le Corno répond alors que ces mises en parallèle de médecins pénitentiaires avec ceux du dehors, de contrats de soins, de malades incarcérés ou non sont impossibles. La preuve en est, selon lui, qu'un détenu malade est fondamentalement différent d'un malade normal, et que, de plus, l'incarcéré ne veut pas toujours se faire soigner. Le point de vue juridique est donné par le procureur général : on ne peut assimiler l'exercice de la médecine pénitentiaire [à l'exercice courant] où il n'y pas de contrat ».*<sup>2</sup>

La violence des échanges entre médecins et Administration s'accroît à mesure que ces rencontres professionnelles se médiatisent. La tentative des internes, lors du congrès de 1972, d'aborder certains sujets se heurte à une fin de non-recevoir de l'Administration pénitentiaire<sup>3</sup>. En rend compte un médecin ayant assisté à la scène : « Il était impossible qu'il n'y ait pas sur les points chauds des affrontements entre administration et médecins, ou entre les médecins eux-mêmes : ce fut le cas lorsque l'on parla des suicides et des tentatives de suicide, de la collaboration dans l'équipe pénitentiaire, de la prison comme agent pathogène, et lorsqu'on essaya - tentative bloquée- de parler de la peine de mort »<sup>4</sup>. Au cours de son allocution, un médecin s'interroge, au sujet du mitard, pour savoir s'il est possible d'y « faire un examen médical valable, à moins qu'il ne s'agisse d'y déterminer la cause d'un décès ? »<sup>5</sup>. Au-delà des différents problèmes soulevés, il semble, si on en croit le compte-rendu fait par le médecin-chef des Baumettes, que l'identité professionnelle des médecins pénitentiaires est au centre des interrogations :

*« Il a été souligné au cours des débats que l'administration pénitentiaire a tendance à considérer les médecins de prisons comme faisant partie de son personnel et, en partant de là, à leur demander de participer aux tâches qu'elle doit assurer en matière de sécurité et de discipline ; les médecins, eux,*

<sup>1</sup> GONIN Daniel, *La santé incarcérée*, op.cit., p.74.

<sup>2</sup> « Journées de médecine pénitentiaire de Marseille », *Instantanés criminologiques*, n°12, 1971, p.41.

<sup>3</sup> Cf. Encadré : « Une prise de parole interne difficile : l'exemple des congrès médicaux ».

<sup>4</sup> « Journées européennes de médecine pénitentiaire », *Instantanés criminologiques*, n°18, 1972, p.20.

<sup>5</sup> DAP, *Journées européennes de médecine pénitentiaire*, op.cit., p.26.



*estiment qu'ils sont avant tout MEDECINS et qu'ils doivent agir en tant que tels, y compris en milieu carcéral, même s'il en résulte des perturbations dans l'organisation intérieure des établissements »<sup>1</sup>.*

Le congrès s'achève par la rédaction par les médecins présents d'une motion commune demandant à ce que leur « rôle nouveau soit reconnu et encouragé » notamment en matière sociale et à ce que leur autonomie soit respectée<sup>2</sup>.

Afin d'éviter l'apparition d'un nouveau mouvement de contestation, le ministère de la Justice modifie alors les règles régissant ces congrès. Les séances plénières prennent le pas sur les groupes de travail, les comptes-rendus des rares commissions étant désormais placés sous la direction de magistrats. La réflexion déontologique sur l'identité des médecins de prison décline progressivement au profit de descriptions techniques sur la pathologie carcérale ou de bilans sur les moyens dont disposent les praticiens. Tout questionnement déontologique disparaît. Les débats sont rares, seuls quelques intervenants soigneusement choisis par le Médecin-inspecteur étant autorisés à s'exprimer à la tribune. Enfin, les sujets les plus polémiques, comme par exemple la consommation de psychotropes, sont évités ou traités de manière superficielle (Cf. Encadré). Ces stratégies d'évitement sont dénoncées par quelques militants de la cause carcérale. « Les internes sont devenus des gêneurs [...] La médecine pénitentiaire [...] est devenue tout à fait obéissante », remarque la revue *Actes* au sujet des congrès médicaux<sup>3</sup>, tandis que le Dr Lazarus accuse l'Administration pénitentiaire d'avoir empêché toute contestation :

*« Les représentants de l'administration à la différence du congrès précédent jouèrent un rôle de surveillance méticuleuse des commissions et la plus importante des motions sur "Médecine et Justice" fut rédigée au nom des médecins par un magistrat de l'administration centrale, sans indiquer la présence des pénitentiaires dans la composition de la commission et du congrès »<sup>4</sup>.*

### LA PRESCRIPTION DES MEDICAMENTS PSYCHOTROPES : UN SUJET TABOU DES CONGRES DE MEDECINE PENITENTIAIRE

La place accordée à la question des prescriptions de psychotropes au sein des congrès illustre le contrôle que l'Administration pénitentiaire tente d'instaurer progressivement sur les débats. Alors que le thème de la « camisole chimique » se diffuse dans les médias sous l'action des militants de la question carcérale, les médecins pointent du doigt pour la première fois l'importance des prescriptions lors du congrès de décembre 1972 : « Cette question des médicaments trouble fort les praticiens. Ils ont presque tous dénoncé cette "camisole chimique" dans laquelle ils sont réduits à enfermer leur malade [...] Les médecins pénitentiaires ne veulent pas, en tous cas, rester cantonnés dans ce rôle de distributeurs de médicaments, de calmiers diplômés » (*LF*, 4/12/1972). Le ministère de la Justice met fin de façon autoritaire à la discussion, si l'on en croit un interne ayant assisté à la scène : « Ce problème particulier avait été soulevé au congrès de la médecine pénitentiaire à Strasbourg, mais il fut très vite "escamoté" par les "éminentes personnalités" en place »<sup>5</sup>.

<sup>1</sup> SPES, *Bulletin d'information et de liaison*, n°5, 02/1973, p.12-13.

<sup>2</sup> DAP, *Journées européennes de médecine pénitentiaire*, op.cit., p.69.

<sup>3</sup> « La médecine pénitentiaire : une démission complice », *Actes*, n°13-14, printemps 1977, pp.34-35.

<sup>4</sup> Cité dans LIVROZET Serge, *Aujourd'hui, la prison*, op.cit., pp.161-162.

<sup>5</sup> « Prisons. Une répression nouvelle : la camisole chimique », *Libération*, 6/02/1974.

Tandis que cette question figurait au programme des deux précédents congrès, elle est absente des Deuxièmes journées européennes de médecine pénitentiaire qui ont lieu en 1975, contraignant quelques représentants du syndicat des internes des prisons et quelques psychiatres à se réunir en marge du congrès pour évoquer ce problème (LM, 24/12/1975). Toutefois au cours d'une communication en séance plénière un interne de Fleury-Mérogis soulève la responsabilité des médecins dans cette inflation de psychotropes : « D'où vient cette consommation et pourquoi prescrivons-nous à des gens qui ne sont pas directement malades tous ces médicaments ? [...] On s'aperçoit que cette inflation médicamenteuse qui est effectivement une espèce d'alchimie, a remplacé la ceinture de contention [...] Nous sommes tous de gros prescripteurs de psychotropes parce que c'est une solution facile, au lieu de nous interroger sur les raisons de cette situation et sur la façon dont nous pourrions tenter de l'améliorer ». Intervient alors, comme le rapportent les actes du colloque, un magistrat de l'Administration pénitentiaire, qui remarque que cette intervention « ne semble pas se placer tout à fait dans le programme », après quoi Solange Troisier précise qu'il est « temps de changer de sujet »<sup>1</sup>. Un médecin pénitentiaire anciennement ami de Georges Fully et ayant organisé le congrès de 1972, Robert Durand de Bousingen, intervient à son tour pour préciser que la consommation médicale constitue un « problème important » demandant à être débattu davantage. Le Médecin-inspecteur promet alors que ce problème sera mis à l'ordre du jour des prochaines rencontres.

Conformément à cette promesse, une session d'une demi-journée est consacrée à la question de « la consommation médicale en milieu pénitentiaire » lors du Congrès mondial de médecine pénitentiaire en 1978. Afin de limiter les risques de contestation, le ministère de la Justice semble avoir tenté, plutôt que d'encadrer les discours, de « diluer » au mieux les différentes interventions, et ce, par plusieurs procédés. Le thème fut tout d'abord élargi à la prescription médicamenteuse en général, la question des psychotropes étant ainsi peu abordée. Tous les intervenants furent, d'autre part, choisis par le Médecin-inspecteur. Aucun interne ne pu ainsi s'exprimer sur la question<sup>2</sup>. La plupart des communications semblent d'ailleurs avoir été improvisées, beaucoup de congressistes déclarant ainsi en préambule être venus « uniquement pour écouter » et s'être vus demander une intervention la veille. La profusion de discours, souvent très vagues et rarement en relation avec le sujet, explique la pauvreté des échanges de cette session : sur les quarante-six interventions faites durant la matinée (alors que dix étaient prévues), seuls six abordent le sujet de la consommation des psychotropes. Un médecin regretta d'ailleurs en conclusion qu'il n'y ait pas eu « davantage de discussions »<sup>3</sup>.

Deux interventions soulignèrent néanmoins la place des médicaments psychotropes dans le fonctionnement des établissements carcéraux. Ce fut particulièrement le cas de l'étude de la pharmacienne de l'Hôpital de Fresnes, Marie-Thérèse Decaudin, largement reprise par la presse, qui compara la consommation de psychotropes entre 1975 et 1977. Outre « l'augmentation globale des unités pharmaceutiques », elle souligna l'évolution du dosage, « tel tranquilisant présenté au début dosé à 5 ou 10 mg l'est maintenant à 50 mg », avant de conclure : « La population pénale devenant calme et sereine, le problème du maintien de l'ordre se trouve alors théoriquement résolu, ce qui ne saurait déplaire à l'administration »<sup>4</sup>. « Le problème de tranquillisation de la médecine pénitentiaire » soulevé par le Dr Decaudin, selon l'expression d'un médecin de Fresnes, semble d'ailleurs largement avoir été présent dans les esprits des participants, si l'on en croit *Le Monde*, contrastant ainsi avec les propos tenus de façon générale à la tribune : « Ces craintes – ne pas être celui qui normalise et rend la prison à bon compte supportable – se sont fortement exprimées à Dijon à propos de la consommation

<sup>1</sup> DAP, *Deuxièmes journées européennes de médecine pénitentiaire*, op.cit., p.102.

<sup>2</sup> Le programme prévoyait ainsi les interventions suivantes (avec les durées indiquées entre parenthèses) : le médecin-chef (5), le directeur (5) et la pharmacienne (35) de Fresnes, un criminologue (15), une gynécologue (15), une sage femme (10), un cardiologue (10), un odontologiste (15 min), le médecin-chef de Muret (15), le médecin-chef de La Santé (10 min). (Programme officiel du congrès de médecine pénitentiaire. CAC. 200010085. Art. 118 : archives d'Alain Peyrefitte, ministre de la Justice : Groupes de travail, séminaires, conseil supérieur de la magistrature, notes aux membres du cabinet, budget, audience, 1977-1981).

<sup>3</sup> DAP, *Premier congrès mondial de médecine pénitentiaire*, op.cit., p.286. ,

<sup>4</sup> *Ibidem*, p.174.

de drogues psychotropes en milieu pénitentiaire »<sup>1</sup>. Ainsi, initialement conçus comme des lieux d'expression voire de revendication, les congrès de médecine pénitentiaire sont progressivement devenus des moments solennels où les questions délicates sont soigneusement évitées, les préoccupations des médecins s'exprimant dès lors de manière plus détournée.

L'ambiguïté à laquelle sont confrontés les praticiens exerçant en milieu carcéral est accentuée au cours des années soixante-dix par la définition que promeut Solange Troisier du médecin pénitentiaire. Tout en défendant l'attachement aux grands principes de l'éthique médicale, le Médecin-inspecteur rappelle les contraintes pénitentiaires auxquelles les praticiens sont soumis en tant qu'« auxiliaire de Justice » : « Indépendance du médecin, déontologie toujours présente, éthique difficilement compatible avec certaines contraintes administratives, secret qu'il faut préserver par tous les moyens, respect du Code de procédure pénale, de ses obligations, de ses restrictions et de sa rigueur. Car le médecin de prison est aussi un auxiliaire de Justice, il ne doit pas l'oublier »<sup>2</sup>. Cette définition du médecin avait déjà été défendue par Georges Fully mais dans un tout autre sens. Faire reconnaître les praticiens en tant qu'« auxiliaires de justice » signifiait pour lui mieux les intégrer au fonctionnement des établissements pénitentiaires, afin de leur conférer davantage de considération : « Les médecins pénitentiaires, en effet, en plus de leur rôle de médecin soignant, sont également appelés à devenir des auxiliaires de la Justice, dans la mesure où ils participent effectivement à l'action de rééducation dont l'aboutissement est la réinsertion sociale du délinquant »<sup>3</sup>. Solange Troisier privilégie à l'inverse, à travers cette définition, une plus grande prise en compte des impératifs pénitentiaires par le corps médical. Selon elle, le praticien doit tenir compte du milieu dans lequel il intervient et ne peut donc appliquer une médecine identique à celle exercée en ville. En atteste cette phrase fréquemment utilisée aussi bien par le Médecin-inspecteur que par l'Administration pénitentiaire : « Il [le médecin] n'est pas seulement comme à l'extérieur, celui qui prescrit, mais il est également aux yeux du détenu celui qui dispense des faveurs (dispenses diverses pour raisons médicales, avantages divers...), celui qui agit comme médiateur ou celui qui sanctionne »<sup>4</sup>. Le mariage entre la Justice et la Médecine défendu par Solange Troisier aboutirait ainsi à faire reconnaître une médecine devenue, presque par consanguinité, pénitentiaire :

*« Très souvent les médecins pénitentiaires ignorent complètement ce qu'est la Justice, ce qu'est une libération conditionnelle, quelles sont les relations que le médecin peut avoir avec le magistrat... [...] D'autre part, le magistrat ignore lui aussi beaucoup de choses de la médecine. Il ne sait pas, par exemple, comment doit se passer une dialyse rénale [...] Il faut que tout magistrat ait une approche*

<sup>1</sup> « Les psychiatres pénitentiaires s'interrogent sur les risques d'une normalisation "excessive" des détenus », *Le Monde*, 28/11/1978.

<sup>2</sup> TROISIER Solange, *J'étais médecin des prisons. L'affaire des grâces médicales*, op.cit., p.54.

<sup>3</sup> FULLY Georges, « La médecine pénitentiaire », *art.cit.*, p.1992.

<sup>4</sup> GEUDET Bernard, « Le service médical en milieu pénitentiaire », *RSCDPC*, 177, n°1, p.144.

*médicale de l'incarcération, qu'il sache le caractère inéluctable de certaines maladies [...] Il faut enseigner au médecin la Justice, au magistrat la médecine, c'est-à-dire marier Thémis et Asclépios »<sup>1</sup>.*

La définition du médecin en tant qu'« auxiliaire de justice » prend le contre-pied du travail d'autonomisation entrepris par le segment des internes protestataires au début des années soixante-dix qui entendaient défendre leur indépendance. Cette vision d'une médecine soucieuse des contraintes pénitenciaires est également défendue par le ministère de la Justice. En témoignent les propos d'Alain Peyrefitte lors des Journées de 1978 : « Si la médecine doit rester indépendante dans les prisons, elle ne doit pas se soustraire à leurs impératifs administratifs » (*QDM*, 24/11/1978). Les annotations apportées par le ministre à son projet de discours sont encore plus explicites. L'expression « indépendance de la médecine en milieu pénitenciaire » figurant en conclusion y est rayée avec l'annotation suivante : « Non ! Un fonctionnaire n'est pas indépendant ! »<sup>2</sup>. Est ajouté : « Déontologie du médecin face aux grèves de la faim. Jamais laisser mourir mais faire vivre. Serment d'Hippocrate ».

Cette représentation du praticien en tant qu'agent de Justice est promue par Solange Troisier durant la seconde moitié des années soixante-dix par le biais de ses cours ou des thèses qu'elle dirige. L'attestation d'études relatives à la médecine pénitenciaire, qu'elle tente de rendre obligatoire pour tout nouveau candidat à un poste de praticien, est l'occasion tout d'abord de sensibiliser les médecins aux contraintes pénitenciaires. M. Jacomet, magistrat en poste à la DAP, rappelle ainsi dans son intervention consacré au « rôle du médecin pénitenciaire » que le médecin ne peut délivrer de certificat aux détenus ou à leur famille<sup>3</sup> avant de regretter que des praticiens soient réticents à délivrer certaines informations pourtant jugées nécessaires à l'Administration :

*« Il faut rappeler également que le médecin a un rôle important, celui de donner à l'autorité judiciaire ou à l'autorité pénitenciaire des renseignements chaque fois qu'elles le lui demandent, renseignements qui sont faits le plus souvent par le biais d'un certificat médical. Sur ce point, au niveau de l'Administration Centrale très souvent nous nous trouvons un peu confrontés aux problèmes du secret professionnel des médecins qui éprouvent une certaine réticence à donner trop de détails sur l'état de santé d'un détenu malade, ce que je comprends mais ceci à de graves inconvénients pour nous dans un certain nombre de cas car cela ne nous permet pas d'apprécier en toute connaissance de cause la décision que nous allons prendre. Si on me dit par exemple qu'il faut diriger tel détenu sur tel établissement sans nous donner aucune raison précise et que personnellement, compte tenu de la situation pénale de l'intéressé je ne peux l'affecter dans tel ou tel établissement, soit pour une raison de sa situation pénale, soit en raison de l'encombrement de l'établissement, je suis quelque peu paralysé. Je dois dire également qu'on constate de temps en temps des appréciations telles que celles-là : "doit être, pour des raisons médicales rapproché d'untelle". Cela ne me paraît pas souvent très médical et je crois qu'il est souhaitable que tout se passe cartes sur table et que l'intérêt de*

<sup>1</sup> « Réussir le mariage de Thémis et d'Asclépios », *Le Quotidien du Médecin*, 26/11/1981.

<sup>2</sup> Projet de discours du ministre pour le congrès de médecine pénitenciaire du 23/11/1978 annoté : trois pages. CAC. 200010085. Art. 111 : archives d'Alain Peyrefitte, ministre de la Justice).

<sup>3</sup> Il fut reproché à des praticiens de délivrer des certificats de coups et blessures à des détenus ou leurs familles.

*l'Administration n'est jamais de contrecarrer les décisions médicales. Elle a besoin d'être informée pour pouvoir adapter sa décision »<sup>1</sup>.*

Le Médecin-inspecteur diffuse également ses idées par le biais des thèses dont elle a la direction. Un interne de La Santé présente par exemple dans sa thèse la vision quelque peu idéalisée d'une médecine capable de satisfaire les exigences pénitentiaires tout en demeurant indépendante : « Coopération mais non-soumission pourrait être son attitude vis-à-vis de l'administration. Dans la pratique, l'indépendance médicale est tout à fait respectée et les médecins évitent d'entraver le fonctionnement de l'administration »<sup>2</sup>. Bien que plus récente, une thèse consacrée à *La grève de la faim en milieu carcéral* justifie enfin une attitude très interventionniste du médecin proche de celle appliquée par Solange Troisier<sup>3</sup>. Considérant que « l'administration a de légitimes raisons de redouter le non-interventionnisme », son auteur justifie la suppression des aliments et de l'eau permettant d'éliminer « bon nombre de pseudo-grèves »<sup>4</sup>. Il considère, d'autre part, que la dimension « pathologique » issue du jeûne rend possible l'intervention du médecin<sup>5</sup> :

*« Les conséquences physiologiques du jeûne peuvent entraîner des dégradations physiques et intellectuelles, modifiant la personnalité propre du gréviste. Celui-ci peut alors présenter une personnalité psychiatrique et laisser évoluer sa grève de la faim vers le suicide [...] D'autre part une névrose phobique peut se développer. Devant le non-aboutissement de sa grève, le gréviste continue et se bat non plus pour les motifs de sa grève mais contre l'aspect symbolique de sa défaite. Ainsi, notre gréviste devient pathologique et s'exclut de notre définition de la grève de la faim »<sup>6</sup>.*

Solange Troisier réussit à la fin des années soixante-dix, période marquée par un durcissement de la politique pénale, à diffuser sa conception de la médecine pénitentiaire en s'appuyant sur un corps d'internes acquis à ses idées tout autant par conviction que par opportunisme<sup>7</sup>. L'homogénéisation des façons de penser la médecine pénitentiaire est facilitée par la gestion patrimoniale que le Médecin-inspecteur a du corps médical. Bien que n'étant pas chargée du choix des médecins, lequel relève du Bureau des personnels, cette dernière bénéficie d'un ascendant considérable qu'elle met à profit afin de favoriser les praticiens qui lui sont proches et notamment ceux ayant suivi ses enseignements. Lors du départ du médecin-chef de la M.A de Rennes, elle privilégie ainsi la candidature d'un de ses élèves : « Ce praticien a suivi mon

<sup>1</sup> JACOMET, « Le rôle du Médecin Pénitentiaire vu par un magistrat », *Attestation d'études relatives à la médecine pénitentiaire*, année universitaire 1979-1980, faculté de médecine Lariboisière Saint-Louis, document ronéotype, 6 pages.

<sup>2</sup> LALONDRELLE Joël, *Travail de l'interne à la maison d'arrêt de la Santé*, op.cit., p.46.

<sup>3</sup> Cf. Annexe 20 : « Asclépios au service de Thémis ou la position controversée de Solange Troisier en matière de grèves de la faim ».

<sup>4</sup> PONS MOUREOU Jean-Michel, *La grève de la faim en milieu carcéral*, thèse de médecine, sous la direction de Solange Troisier, Lariboisière saint Louis, 1988.

<sup>5</sup> Un long débat divise la médecine pour savoir dans quelle mesure une grève de la faim peut-être considérée comme « pathologique », assimilable ainsi à une tentative de suicide. Tout en considérant qu'il s'agit à l'origine d'une attitude rationnelle à l'origine, thèse largement admise depuis les années soixante-dix, ce médecin en souligne les évolutions pathologiques possibles.

<sup>6</sup> *Ibidem.*, pp.51-52.

<sup>7</sup> Cf. Annexe 21 : « Entre opportunisme et adhésion idéologique, la justification de la médecine pénitentiaire par un interne ».

enseignement tout au long de cette année universitaire et ses épreuves d'examen ont été d'un très haut niveau. Vous savez d'ailleurs que je tiens à ce que tous les médecins exerçant en prison soient titulaires de l'attestation de Médecine pénitentiaire »<sup>1</sup>. Suite à la création d'un poste de chirurgien dentiste aux Baumettes, Solange Troisier oppose à la candidature proposée par le DRSP, il s'agit du fils du pharmacien gérant de l'établissement, un autre candidat. Elle demande à M. Besson « que cette candidature soit reconnue. Je vous le demande à titre personnel »<sup>2</sup>.

Pour arriver à ses fins, Solange Troisier n'hésite pas à déstabiliser certains praticiens en place en exigeant leur départ. En 1975, elle propose par exemple le remplacement du médecin-chef de la M.A de Nice, en poste depuis 1959, au motif qu'« il y a beaucoup trop d'hospitalisations en milieu ouvert pour des petites interventions qui pourraient très bien avoir lieu à la Maison d'arrêt qui est particulièrement valable et pas assez d'hospitalisations à la prison hôpital des Baumettes qui n'est cependant pas très éloignée »<sup>3</sup>. Pourtant curieusement, un an et demi auparavant, le directeur de l'établissement se félicitait que « les hospitalisations d'urgence se passent très bien car le Dr Lunel, médecin-chef de l'établissement est chef de service à l'hôpital de Nice et sur un simple coup de téléphone de sa part les détenus sont hospitalisés »<sup>4</sup>. Si le Médecin-inspecteur souhaite se démettre de ce praticien, dont il est mis fin aux fonctions en août 1975, c'est avant tout pour y placer un autre praticien qui lui fut recommandé par l'un de ses anciens internes<sup>5</sup>. Seul médecin à la DAP, Solange Troisier dispose d'une légitimité lui permettant de mettre fin aux fonctions de praticiens de manière purement discrétionnaire. Au sujet d'un praticien exerçant depuis de nombreuses années à la M.A de Quimper, elle se contente de faire remarquer, sans autres explications, « qu'il convient de s'en séparer, dès que nous aurons un remplaçant. Il faudra, alors, lui envoyer une lettre gentille »<sup>6</sup>.

Les visites effectuées par Solange Troisier en tant que Médecin-inspecteur sont l'occasion pour elle de mieux connaître les praticiens en place. C'est pourquoi ses rapports semblent assez peu techniques, comme le souligne un magistrat chargé après son départ des questions sanitaires :

*« Ça restait un peu superficiel. Vous savez, ça restait comme ça... Ça faisait un peu conversation de salon quand même ! "Ah oui, j'ai vu le Dr Machin qui m'a parlé et m'a donné quelques statistiques !" Mais enfin... ça n'était pas un vrai travail de toute façon [...] Ça faisait un peu visite au coin du feu.*

<sup>1</sup> Note du Médecin-inspecteur au Bureau des personnels datée du 29/07/1982 (CAC. 19940511. Art. 96).

<sup>2</sup> Note de Solange Troisier à Monsieur Besson datée du 11/10/1982 (CAC.19940511. Art 87).

<sup>3</sup> Lettre de Solange Troisier au DAP au sujet du médecin-chef de la M.A de Nice datée du 4/03/1975 (CAC. 19830701. Art.481).

<sup>4</sup> Rapport du directeur de la M.A de Nice au DAP datée du 30/10/1973 (CAC. 19830701. Art.481).

<sup>5</sup> Lettre de Solange Troisier au DAP datée du 19/02/1974 (CAC. 19830701. Art.481).

<sup>6</sup> Lettre de Solange Troisier à Melle Lalle, chef du Bureau des personnels, datée du 18/12/1975 (CAC. 19830701. Art.481).

*"Docteur untel est très bien !". S'il était très bien, c'est peut-être parce qu'il l'avait bien reçue, qu'elle lui plaisait... »<sup>1</sup>.*

Les deux rapports trouvés dans les archives confirment la légèreté des inspections qu'effectuait le Médecin-inspecteur<sup>2</sup>. Faisant respectivement quatre et cinq pages, ces deux rapports sont tout d'abord extrêmement lacunaires. Ils n'apportent aucunes données chiffrées, notamment quant aux médicaments. Solange Troisier note l'absence de personnel infirmier ou médical sans s'en émouvoir fortement. Ces rapports sont essentiellement constitués de jugements de valeurs, rarement négatifs, (« superbes », « bien », « magnifique », « remarquablement moderne ») portés sur les équipements de l'établissement ou encore le personnel en place. Elle insiste avant tout sur les problèmes de la direction pénitentiaire, notamment en matière d'hospitalisations. Ces visites sont surtout pour le Médecin-inspecteur l'occasion de rencontrer les différents praticiens qu'elle tente de sensibiliser à la spécialité médicale dont elle se veut l'apôtre :

*Rapport de la M.A de Bonneville : « Le dépistage de la tuberculose n'est fait qu'une fois par an ce qui me semble très insuffisant [...] Les hospitalisations sont très difficiles car il y a de gros problèmes avec la gendarmerie [...] Le dentiste est bien, les détenus sont satisfaits car il est honnête et fait bien son travail. Les prothèses se font à Fresnes. Le cabinet dentaire est magnifique [...] »*

*La nourriture est bonne. Il y a beaucoup de fruits et de légumes. Les tranquillisants sont prescrits en très grandes quantités malheureusement. Ils sont donnés dilués. Dans la détention, non loin de l'infirmerie, il y a une salle d'hospitalisation qui serait très bien. Malheureusement, il n'y a pas d'infirmier ni de surveillant qualifié pour surveiller les petits malades hospitalisés et c'est dommage dans une aussi belle Maison d'arrêt, d'autant plus que l'hospitalisation est particulièrement difficile.*

*J'ai visité en détail la détention. Les cellules sont superbes. La cuisine est remarquablement moderne. La buanderie, les douches, ainsi que la détention des femmes sont parfaites. Il y a la radio dans toutes les cellules. Il y a également une magnifique chapelle et une salle de télévision. Le mitard est bien, spacieux mais peut-être pas assez aéré. Les cours de promenade sont bien [...]*

*Le médecin m'a paru "déroutant", un peu sournois et peu enthousiaste de la Médecine Pénitentiaire. J'ai essayé de le stimuler et de lui apporter de bonnes paroles mais c'est un terrain difficile »<sup>3</sup>.*

*Rapport de la M.C de Clairveaux : « Il n'y pas d'ophtalmo ni d'ORL. Un cardiologue vient de Chaumont en cas de besoin. Il n'y a pas de psychiatre. Les hospitalisations se font à Troyes. Il n'y a pas d'infirmier. Il n'y a pas de médecine du travail, elle est faite par le [médecin généraliste de l'établissement] mais il y a peu d'accident du travail car il n'y pas de manipulations de produits toxiques [...]*

*Je voudrais savoir quelle est la position de l'Administration quand il y a mort par suite d'accident du travail, ou mutilation [...]*

*La nourriture est bonne. Le prix de journée est de 5 Francs. Il y a peu de suicide, il y a eu une pendaison il y a quelque temps [...]*

*Les détenus demandent beaucoup à être isolés. J'ai visité les 17 cellules ; elles sont bien, avenantes, claires, propres. Les détenus y travaillent. Le sport est bien fait. J'ai visité les cuisines, les ateliers et l'infirmerie. J'ai reçu un accueil chaleureux du personnel, du directeur et du sous-directeur. J'ai*

<sup>1</sup> Jacques, magistrat chargé à la DAP de la réglementation sanitaire de 1982 à 1989. Entretien réalisé le 11/01/2008, 3H30.

<sup>2</sup> Bien que toutes les archives du service de l'inspection médicale aient disparues à notre connaissance, deux rapports de visite ont été retrouvés dans les dossiers de carrière des médecins officiant dans ces établissements.

<sup>3</sup> Compte rendu de visite de Solange Troisier de la M.A de Bonneville daté du 17/05/1974, 4 pages (CAC. 19940511. Art.92).

*déjeuné à la cantine avec les médecins et nous avons achevé notre tour d'horizon complet. Les surveillants sont de bonne qualité. C'est une prison qui marche bien »<sup>1</sup>.*

Ainsi les contrôles effectués par Solange Troisier en tant que Médecin-inspecteur visaient davantage à mettre à l'épreuve l'attachement des médecins pénitentiaires à sa stratégie de spécialisation, et aux représentations des rôles médicaux que cela implique, plutôt qu'à vérifier les conditions de soins.

Cette gestion patrimoniale et discrétionnaire du « corps » de médecins que tente d'exercer Solange Troisier se heurte cependant à l'autorité hiérarchique de Yvonne Lalle, chef du Bureau des personnels. Au retour de l'une de ses visites d'inspection, Solange Troisier propose « d'augmenter [l]es vacations » du nouveau médecin de la M.A de Pau, qui lui « a paru très bien »<sup>2</sup>. Dans sa réponse M<sup>elle</sup> Lalle remarque qu'il « n'est pas possible d'augmenter le nombre des vacations attribuées au médecin généraliste de la Maison d'arrêt de Pau puisqu'il en a 23 de trop »<sup>3</sup>. Cette opposition devient plus vive au sujet d'un interne de la M.C de Poissy dont Solange Troisier demande avec véhémence le remplacement. Rapportant les accusations formulées par le médecin-chef de l'établissement à son encontre, le Médecin-inspecteur demande « une sanction disciplinaire immédiate à l'endroit de l'interne de Poissy » avant d'ajouter : « Le [médecin-chef] est un excellent praticien que j'aime beaucoup et que je connais bien, vient régulièrement, fait bien son travail, et, comme vous le constaterez me dit que ce sera l'interne ou lui. Je peux vous dire qu'il a actuellement un assistant qui ferait remarquablement les fonctions d'interne. Il a déjà chez nous un dossier, il n'y aurait plus qu'une question de nomination »<sup>4</sup>. Yvonne Lalle demande en avril au directeur de la M.C de Poissy une enquête sur cet interne. Peu de temps après, Solange Troisier déclare à celle qui dirige le Bureau des personnels regretter qu'aucune mesure disciplinaire n'ait été prise :

*« J'ai ainsi été alertée sur son attitude extrêmement regrettable dans la ville de Poissy : en état d'ébriété, il évoquait son rôle capital en tant que médecin pénitentiaire au sein de la centrale, ébruitant les conversations des détenus. Un des attachés du cabinet de Mme Veil m'en a parlé et m'a demandé d'une façon insistante que nous le licencions. Je pense que ces éléments sont suffisants pour que nous prenions une décision. Je m'étonne de la lenteur administrative pour un cas aussi sérieux d'autant plus que le [médecin-chef] a un interne pour le remplacer qui est un garçon que je connais et qui est tout à fait remarquable »<sup>5</sup>.*

Quelques mois plus tard, Yvonne Lalle notifie à Mme Troisier que le médecin arrêté pour ivresse publique n'était pas l'interne en question et que le médecin-chef aurait « essayé d'imputer cet accident [à cet] interne »<sup>6</sup>. La magistrate demande, en conclusion, à « amener le [médecin-chef] à faire cesser ses critiques qui ne paraissent en réalité, guère fondées à

<sup>1</sup> Compte rendu de visite de Solange Troisier de la M.C de Clairvaux daté du 17/12/1973, 5 pages (CAC. 19940511. Art.97).

<sup>2</sup> Lettre de Solange Troisier à M. Bonny datée du 25/12/1974 (CAC. 19830701. Art.481).

<sup>3</sup> Lettre de Yvonne Lalle à Solange Troisier datée du 29/01/1975 (CAC. 19830701. Art.481).

<sup>4</sup> Lettre de Solange Troisier à Yvonne Lalle datée du 9/03/1976 (CAC.19830701. Art.481)

<sup>5</sup> Lettre de Solange Troisier à Yvonne Lalle datée du 9/05/1976 (CAC.19830701. Art.481)

<sup>6</sup> Lettre de Yvonne Lalle à Solange Troisier datée du 13/08/1976 (CAC.19830701. Art.481)



l'encontre du docteur ». Incriminant jusque-là cet interne, le Médecin-inspecteur concède que la personne arrêtée est « un des associés du [médecin-chef] qui ne vient à la centrale qu'une fois par semaine, le lundi matin. C'est en effet un vieil alcoolique qu'il garde à titre social et qui en fait est un bon médecin »<sup>1</sup>. Solange Troisier n'en demande pas moins la révocation de cet interne en s'adressant cette fois au supérieur hiérarchique de M<sup>elle</sup> Lalle, Jean-Marc Erbes, sous-directeur de la DAP. Il est alors mis fin à ses fonctions d'interne. La gestion discrétionnaire que fait le Médecin-inspecteur du corps des médecins pénitentiaires, pouvant aller jusqu'à la calomnie, favorise probablement, comme on en fait l'hypothèse, une homogénéisation et une fidélisation des praticiens exerçant en détention aux conceptions défendues par Solange Troisier. Ainsi, au-delà de sa seule personne, c'est tout un segment de médecins pénitentiaires qui incarne, peut-être parfois plus par intérêt que par réelle conviction, une vision de l'exercice médical en prison où les impératifs sécuritaires seraient premiers.

L'identité professionnelle des médecins pénitentiaires a beaucoup évolué entre le début des années soixante et la fin des années soixante-dix. De « parasite », le praticien est apparu comme un membre à part entière de la Pénitentiaire<sup>2</sup>. Le rôle carcéral reconnu aux praticiens exerçant en prison a permis de légitimer de nombreuses tâches non médicales<sup>3</sup>. Cette évolution traduit la fragile ligne de crête sur laquelle les praticiens exerçant en prison évoluent. Désireux d'être davantage pris en compte, les médecins ont fait valoir leur statut pénitentiaire. Passant d'une logique d'exclusion à une logique d'assimilation, le ministère de la Justice a tenté de faire prévaloir progressivement leur identité pénitentiaire sur celle de membre du corps médical, comme en atteste la création d'une déontologie spécifique. Les praticiens travaillant en milieu carcéral sont dès lors confrontés à un dilemme : faire prévaloir leur identité de médecin, au risque de voir leurs décisions écartées, ou bien s'identifier à leur rôle pénitentiaire, au risque de contrevenir au serment d'Hippocrate. C'est la fragilité de ce positionnement qu'exprime la thèse d'un ancien interne de Fresnes partisan d'une « collaboration sans soumission »<sup>4</sup>. Les annotations qu'il effectue à un cours d'un sous-

<sup>1</sup> Lettre de Solange Troisier à M. Erbes datée du 22/09/1976 (CAC.19830701. Art.481).

<sup>2</sup> En témoigne l'assimilation des médecins, faite par Solange Troisier, à la « grande famille pénitentiaire » ou l'expression fréquemment utilisée par elle de « nous, Administration pénitentiaire ».

<sup>3</sup> Un directeur d'établissement pénitentiaire demande par exemple à un praticien de constituer « des dossiers de personnalité pour les détenus », ces derniers présentant selon lui une « grande valeur » « notamment pour la commission d'application des peines ou en cas de crise grave (j'ai personnellement vécu une prise d'otage où grâce à l'analyse antérieure du médecin, des décisions graves ont pu être prises) » (Lettre du 21/11/1983 du directeur au médecin généraliste d'un Centre de détention. CAC. 19950511. Art.89).

<sup>4</sup> SCHMITT Jean-Noël, *La médecine carcérale*, op.cit., p.320.

directeur d'établissement consacré au rôle du praticien en prison permettent de saisir la délicate conciliation entre les impératifs médicaux et pénitentiaires<sup>1</sup> :

*« A priori, le personnel va ainsi être tenté de considérer le médecin comme un corps étranger à l'Administration [...] Certes, le médecin en prison est dans une situation personnelle qui n'est pas comparable à celle des personnels qu'il côtoie. C'est celle d'un vacataire ayant d'autres préoccupations alors que les agents pénitentiaires sont des fonctionnaires à temps complet, mais, comme eux, il est en prison un agent public qui coopère au fonctionnement d'un service public [...] Comme le personnel pénitentiaire, il a donc une place à l'intérieur de l'institution [...] Son rôle est très polyvalent. D'un côté il contrôle la santé de la population pénale et se pose ainsi en censeur, de l'autre il constitue un soutien du chef de l'établissement (A). [...] Dans cette mission de médecin traitant et de médecin de contrôle, le médecin doit savoir concilier les nécessités de l'Administration Pénitentiaire et les besoins du malade (B). Dans la prison, en effet, il est déjà dérogé à l'une des règles de la charte médicale à laquelle le corps médical est profondément attaché : le choix du médecin. Une autre, celle du secret professionnel constitue souvent une gêne pour l'Administration qui est liée, par des motifs juridiques, pénitentiaires, médicaux. Lorsque dans une Maison d'arrêt le médecin fait hospitaliser un détenu, le chef d'établissement doit en référer au Directeur régional et doit lui expliquer les motifs de cette hospitalisation (D) [...] Ce n'est pas de la méfiance vis-à-vis du médecin mais vis-à-vis du détenu qui, s'il est très dangereux et s'il s'évade va troubler profondément l'ordre public. Il faut donc que le médecin motive cette hospitalisation. Il y a là une sujétion différente de celle de sa profession libérale et il doit l'accepter (F).*

*(A) Dans certains cas, sans doute, mais pas systématiquement : lorsque les désirs du chef d'établissement vont à l'encontre du bien du malade le médecin ne peut soutenir le directeur.*

*(B) Il est vrai que, dans toute la mesure du possible, le médecin doit essayer de concilier les nécessités de l'Administration pénitentiaire et les besoins du malade, mais, toutes les difficultés de compréhension mutuelles viennent justement du fait que le médecin fait passer les besoins du malade en premier alors que l'administration voit avant tout les nécessités de service (Le pire est qu'ils ont sans doute chacun raison de leur côté...).*

*(D) Le chef d'établissement demande au médecin le motif de l'hospitalisation. Là encore, le motif est évident : si un médecin demande une hospitalisation c'est qu'elle est nécessaire [...] Aucun texte de loi ne demande au médecin de fournir un diagnostic.*

*(F) Rappelons que le mot "sujétion" signifie : dépendance, contrainte, état de celui qui est soumis à un pouvoir à une domination (Larousse). Or, le médecin, dans le cadre de sa profession, ne dépend de personne ».*

Pris entre un désir de reconnaissance et la fidélité aux principes de la déontologie médicale, les praticiens travaillant en milieu carcéral peinent à ériger une identité professionnelle stable. Plusieurs s'interrogent sur le rôle qui leur est conféré. Tandis que de très rares individus, le plus souvent des internes, adoptent une stratégie d'« exit » en mettant fin à leur fonction<sup>2</sup>, d'autres choisissent de conserver leur poste en dépit des contradictions. C'est notamment le cas de l'équipe lyonnaise qui initie une démarche collective, impossible dans la plupart des petits établissements, sous une forme associative (le GMQP) mais aussi par le biais de publications et de congrès scientifiques<sup>3</sup>. Envisageant les différentes réactions « qui protégeraient les soignants de toute complicité ou de méthodes qui leur paraîtraient illégitimes et dangereuses », Daniel Gonin et Simone Buffard écartent le choix de la démission, qu'ils considèrent être la solution « la plus simple évidemment ». S'ils jugent préférable le maintien

<sup>1</sup> Le cours du sous-directeur pénitentiaire est cité en premier tandis que les lettres renvoient aux annotations de l'interne (*Ibidem*, p.93 et suiv.).

<sup>2</sup> Cf. Annexe 22 : « De la curiosité à la révolte, parcours d'un interne lyonnais ».

<sup>3</sup> Cf. Chapitre 1 - Section 1-2 : « De la revendication du droit à la mobilisation des professionnels de la prison ».

dans l'institution, c'est, disent-ils, au nom de la culture médicale qui caractérisent les soignants, « par formation plus attentifs à la souffrance de l'individu qu'à cette sorte d'abstraction que représentent parfois les droits de l'homme »<sup>1</sup>. C'est ainsi qu'ils justifient par exemple leur présence au sein des QHS. Conscients « que le travail dans la détention [...] comporte une part de compromission », ils refusent pourtant de laisser à chacun « le choix selon les personnalités entre la démission, la coopération, la recherche d'une négociation avec l'autorité administrative » et proposent une troisième possibilité plaçant le collectif au cœur de leur démarche :

*« En témoignant de ce que nous savons, mais aussi de nos doutes, nous ne faisons pas seulement un geste d'ouverture vis-à-vis d'un groupe, ici scientifique, mais qui dans d'autres lieux peut être non spécialisé, nous exigeons du groupe auquel nous nous adressons une aide, une réponse »<sup>2</sup>.*

Bien que peu de médecins aient la possibilité d'une telle réflexion collective, ces propos illustrent les interrogations qui parcourent alors les praticiens exerçant en prison. On comprend dès lors qu'il soit pour eux difficile d'accéder à une identité professionnelle homogène. Mal définie, soumise à de nombreuses ambiguïtés, la figure du médecin pénitentiaire est d'autre part fortement contestée au sein de l'espace public, rendant d'autant plus difficile la stabilisation d'une identité professionnelle et ainsi d'une spécialité médicale reconnue.

## ***2. Une spécialisation sous contraintes : la politisation de la critique de la médecine pénitentiaire et de son Inspecteur***

Journaliste : « Il faut que les détenus informent massivement l'extérieur de la répression et du scandale quotidien, il faut que les familles des prisonniers s'organisent, il faut continuer le travail du GIP puis du C.A.P maintenant et en cela la presse, et *Libération* en particulier, a un rôle à jouer. Il faut prendre d'assaut les bastilles et soumettre chaque prison au contrôle permanent de tous »<sup>3</sup>.

Tandis que la contestation de l'organisation des soins en prison était durant le début des années soixante-dix essentiellement l'œuvre de militants de la cause carcérale, elle devient peu à peu le fait de journalistes-militants. *Libération* joue ici un rôle clef, publiant plusieurs témoignages de détenus<sup>4</sup>. Est tout d'abord fréquemment soulignée l'insuffisance des

<sup>1</sup> BUFFARD Simone, BARRAL DO Jean-Pierre, GONIN Daniel, « Le médecin en institution pénitentiaire », *Médecine et hygiène*, 42, 1559, 11/04/1984, p.1202.

<sup>2</sup> GONIN Daniel, BUFFARD Simone, « Aptitude à la détention », texte remis par Simone Buffard, pp.150-151.

<sup>3</sup> MILLET Gilles, « Soumettre les prisons au contrôle de tous », *Libération*, 13/03/1974.

<sup>4</sup> On rappelle que l'évocation des critiques adressées à la prise en charge sanitaire des détenus ne vise pas à scandaliser le lecteur mais à souligner la pression qui s'exerce sur la médecine pénitentiaire. La DAP semble d'ailleurs très attentive à ces critiques. En attestent les propos de ce praticien ayant conseillé à un détenu d'écrire à *Libération*. Deux jours plus tard, j'étais convoqué au ministère par Troisier : "Qu'est ce que c'est ce bordel ? Vous ne vous rendez pas compte ?" [Rires] » (Julien, infirmier à Fresnes de 1974 à 1976 puis interne à La Santé de 1977 à 1978 puis médecin à Bois d'Arcy de 1981 à 1987. Entretien le 16/01/2008. Durée : 3H).

soins dont souffriraient certains malades<sup>1</sup>. C'est par exemple le cas d'un prisonnier de La Santé qui avait été passé à tabac par des surveillants pour s'être plaint d'une rage de dents<sup>2</sup>. Outre une fonction de relais, le journal se fait parfois porte-parole, effectuant des revendications au nom d'un prisonnier. Zina Rouabah, l'une des fondatrices de *Libération*<sup>3</sup>, expose par exemple le cas d'un détenu l'ayant contacté et dont le juge aurait refusé, malgré sa maladie, l'hospitalisation<sup>4</sup>. Afin d'accélérer son traitement, *Libération* envoie plusieurs courriers aux autorités judiciaires et pénitentiaires, notamment au Médecin-inspecteur : « Malade de la colonne vertébrale, vous le laissez tous devenir infirme dans sa cellule. Pas un de vous n'a bougé, ni M. le ministre de la Justice, Taittinger, ni Troisier, directrice de la médecine pénitentiaire [...] Tout le monde parle du dévouement des infirmières dans les prisons et l'un de vos détenus du bloc B a porté plainte contre l'une d'entre elle pour incompétence et cela en présence de gradés »<sup>5</sup>.

Par le biais de sa propre brochure, le C.A.P souligne, dans une enquête consacrée à la prise en charge médicale à Fleury-Mérogis, les nombreuses difficultés pour accéder à la consultation médicale, en particulier la nuit où le surveillant serait le seul interlocuteur du malade : « Le brigadier bien escorté [...] arrive dans la cellule avec un flacon de pilule que l'interne aurait prescrit de son bureau sans avoir visité le malade, sans l'avoir entendu décrire les symptômes de son mal. Le détenu n'a pas le choix. Si en raison de son mal il insiste pour voir l'interne, il n'a qu'une seule solution : s'automutiler pour l'obliger à se déplacer »<sup>6</sup>. La question des soins en prison est surtout mise à l'index à l'occasion de morts jugées suspectes par les opposants à la prison ainsi que par certaines familles de détenus. *Le Monde* fait ainsi état des soupçons du C.A.P sur la mort d'un détenu des prisons de Lyon. Bien qu'officiellement ce décès soit lié à un arrêt cardiaque, l'association y voit une « insuffisance de soins », notamment du fait que les plaintes du détenu n'auraient pas été prises au sérieux<sup>7</sup>. A l'occasion du décès d'un autre détenu dans les mêmes circonstances à Lyon, le C.A.P dénonce le rôle exagéré parfois accordé aux surveillants-auxiliaires de santé<sup>8</sup> (*Journal des prisonniers*, 04/1977). En mars

<sup>1</sup> « Lyon : un détenu galeux et cardiaque soigné par le cachot », *Libération*, 11-13/08/1978.

<sup>2</sup> « Pour une rage de dents à la prison de la Santé », *Libération*, 18/06/1976.

<sup>3</sup> Directrice de *Libération* de 1974 à 1981, Zina Rouabah fut secrétaire générale de l'Observatoire international des prisons (OIP) à la fin des années quatre-vingt-dix, soulignant son intérêt pour le monde carcéral.

<sup>4</sup> « Incarcéré, Antoine Lamanna risque l'infirmité à cause d'un juge d'instruction », *Libération*, 20/02/1974.

<sup>5</sup> « À Fleury-Mérogis, un prévenu meurt pour des raisons plus que douteuses... », *Libération*, 27/02/1974.

<sup>6</sup> C.A.P Fleury, « La santé à Fleury », *Journal des prisonniers*, n°38, 07/1976, p.8.

<sup>7</sup> « Le récent décès d'un détenu est tenu pour suspect par le Comité d'action des prisonniers », *Le Monde*, 29/10/1974 ; « Le procureur de la République affirme que la mort de M. Renaud est naturelle », *Le Monde*, 31/10/1974.

<sup>8</sup> Pour faire face à la pénurie de personnel soignant, l'article D.367 du CPP prévoyait depuis 1959 que « des surveillants spécialisés peuvent avec l'accord du médecin, assister l'infirmier(e) dans sa tâche ». Ces surveillants-infirmiers, souvent appelés « auxiliaires » étaient affectés dans l'infirmerie et portaient une blouse blanche. Certains étaient amenés à effectuer des soins (dilution des médicaments, injections, points de suture). Symbole de l'absence d'autonomie du médical par rapport au pénitentiaire, cette pratique sera largement

1976, la mort d'un prévenu suite à une grève de la faim menée par intermittence depuis dix mois fait les titres de la presse :

*« Un homme est mort derrière les hauts murs, d'une mort concentrationnaire. Il est mort de la prison [...] Seule l'administration pénitentiaire savait. Chaque jour, elle recevait un rapport, sur cet homme qui mourrait un peu plus, pour vivre, pour respirer, pour avoir le droit de parler à un autre homme [...] Grandvillemain gueulait et tout le monde s'en foutait : son juge, les gardiens, les médecins qui le laissaient crever... »* (« Mourir en prison », *Libération*, 26/03/1976).

Presque à chaque reprise, les dénonciations, notamment lorsqu'elles émanent de détenus ou d'opposants à la prison, n'épargnent pas les praticiens auxquels est reproché le manque de considération avec lequel ils traiteraient les détenus. Une femme incarcérée à Rouen incrimine ainsi dans une lettre à *Libération* l'« attitude hautaine » d'un médecin : « Lorsque vous entrez dans son cabinet, vous dites et c'est normal [...] "Bonjour Monsieur". Là, afin de vous faire sentir la distance entre vous et lui, ce monsieur ne daigne pas répondre, ni même lever les yeux sur votre personne et continue de converser avec l'infirmière comme si vous n'existiez pas. Par contre lors de ma première visite médicale ultra-rapide il n'a pas oublié de me demander les motifs de mon incarcération ! (aucun rapport avec la médecine, je pense) »<sup>1</sup>. Le C.A.P de Fleury-Mérogis met en cause le professionnalisme du dermatologue de l'établissement accusé de « traiter les détenus comme des chiens [...] sans doute pour se distraire et libérer ses instincts vengeurs ». Le récit d'une consultation en témoignerait :

*« Monsieur le dermatologue, confortablement installé derrière son bureau écoute le détenu lui expliquer qu'il perd ses cheveux et qu'il a beaucoup de pellicules Il demande au dermatologue de lui prescrire un shampoing ou une lotion permettant d'éliminer les pellicules et un traitement à base de cachets ou de piqûres pour la chute des cheveux. Ce savant spécialiste, sans bouger de son siège, sans regarder le cuir chevelu, déclare tout net : "alopécie héréditaire". Le détenu s'étonne : "Mais vous ne connaissez pas ma famille !" (à noter que sur la fiche de visite, le dermatologue remplacera héréditaire par masculine, c'est dire le sérieux des paroles de ce spécialiste). Et le dermatologue poursuit : "Vous avez suffisamment de produits en cantine extérieure pour le soin des cheveux, cela doit suffire à vous soigner"<sup>2</sup>. Le détenu lui demande alors de lui donner le nom d'un de ces produits adapté à son cas. Et le dermatologue a alors cette réponse stupéfiante : "Vous vous croyez dans un institut de beauté ! Si chacun demandait son petit produit personnel, où irait-on ? »* (Journal des prisonniers, n°38, 07/1976).

Cet exemple rappelle que beaucoup de praticiens sont accusés de davantage endosser un rôle pénitentiaire que médical. Un ancien détenu accuse ainsi certains médecins de punir les patients en cas de « consultation non motivée » ou de limiter certaines prescriptions, notamment de vitamine C : « Notons en prison la mise à l'index officieuse de certains médicaments considérés par l'administration comme des excitants et qu'une partie des médecins, par complaisance envers la pénitentiaire, n'hésitent pas dans de nombreux cas à

---

dénoncée. L'éviction de ces surveillants lors de la mise en œuvre de la loi du 18 janvier 1994 sera ainsi mal vécue par ces derniers obligés de revenir à un rôle de surveillance jugé nettement moins valorisant. En effet, certains exerçaient cette fonction depuis de nombreuses années et se sentaient davantage soignant que surveillants.

<sup>1</sup> « Prions Dieu pour ne pas tomber gravement malade à la prison de Rouen », *Libération*, 1-2/04/1978.

<sup>2</sup> La « cantine » est le service permettant aux détenus d'acheter des produits qui ne sont pas remis par la DAP.

écarter de leurs prescriptions »<sup>1</sup>. Parfois, enfin, les personnels de santé sont décrits, notamment ici par un détenu de Fleury-Mérogis, comme les agents punitifs du système pénitentiaire, du fait des multiples brimades que leur position leur permettait d'infliger<sup>2</sup> :

*« Ce service est dirigé par une infirmière qui aurait facilement trouvé du travail pendant la dernière guerre mondiale car elle aurait à coup sûr fait partie des services médicaux qui se livraient à de si nombreuses "expériences" sur des cobayes humains dans les camps de concentration nazis. Ici même, elle essaie par tous les moyens possibles et inimaginables de porter préjudice aux détenus [...] Si vous descendez en promenade, on ne vous appellera pas, et vous n'aurez pas droit aux soins (ainsi en a décidé l'infirmière). Ensuite, si vous souffrez et que vous demandez à voir le docteur, elle vous répondra oui, mais ne vous inscrira pas [...] C'est du sadisme pur et simple. Si vous avez l'audace d'écrire au docteur, elle jettera votre lettre à la poubelle comme elle fait avec 60% du courrier adressé au service médical [...] Elle s'arrangera également pour oublier de faire préparer votre traitement pendant une journée et dira ensuite que vous l'avez refusé et vous le fera supprimer »* (Journal des prisonniers, 09/1977).

Outre sa connivence, voire sa complicité, avec l'Administration pénitentiaire, le personnel médical intervenant en prison est également critiqué pour son incompetence. La réputation de certains médecins à cataloguer les détenus comme simulateurs est ainsi interprétée, comme ici dans une lettre d'un détenu de la M.A de Chartes, comme un manque de professionnalisme, voire d'incompétence :

*« Il y avait en ville un célèbre médecin inconnu de tous sauf à la prison 4 étoiles. Il ne devait pas avoir beaucoup de clientèle [...] Il était incapable de voir une maladie ou ne veut pas la voir ! Car il crie de partout à la simulation... Alors arriva ce que devra arriver. Un jour de l'hiver 75, je crois un jeune homme [...] a eu le toupet, le salaud, d'être malade. Une crise violente le prend en pleine nuit [...] Le docteur sans doute furieux d'être réveillé la nuit avec la gueule de bois de la veille, l'ausculte et ne trouve rien ! Il crie à qui veut l'entendre : "Ce garçon est un simulateur, il est en parfaite santé !" Le pauvre Caillau reste ainsi pendant trois longs jours à souffrir comme il n'est pas possible. Enfin, le quatrième jour, découragé sans doute, il le fait transporter en hélico à l'hôpital de Fresnes. Roger Caillau, 26 ans, en prison pour un cambriolage minable, traînant derrière lui sa misère sans famille, meurt quelques jours après sur la table d'opération... Il avait été relaxé la veille, de son affaire »* (Journal des prisonniers, n°47, 06/1977).

Les erreurs médicales rapportées par des détenus alimentent l'image d'une « sous-médecine ». Un courrier envoyé par un prisonnier au sujet d'un de ses codétenus, « aux mains de la médecine de prison », fait état du manque de sérieux de la prise en charge médicale : « Le jour où il a eu la malencontreuse idée de tomber malade, après quelques hésitations, on le place en observation, sans analyse, avec seulement quelques médicaments pris au hasard dans la panoplie du parfait médecin de prison [...] D'observation en observation, mais toujours sans analyse sérieuse, [il] est finalement pris en main par un chirurgien qui, d'entrée de jeu (sans même s'être assuré au préalable d'une biopsie), l'ampute d'une testicule. Et on le renvoie prestement à Poissy, afin qu'il continue tranquillement à pisser du sang. Par la suite,

<sup>1</sup> LIVROZET Serge, *Aujourd'hui, la prison*, op.cit., p.149.

<sup>2</sup> Dans certains établissements les détenus souhaitant voir le médecin devaient, en effet, nécessairement recevoir l'approbation de l'infirmière qui assure une fonction de tri des demandes. Des entretiens réalisés, il ressort en outre que certaines infirmières avaient parfois leurs « favoris » et leurs « souffre-douleurs ».

l'inutilité d'une telle opération sera confirmée par le fait que son état ne cessera de se détériorer »<sup>1</sup>.

Ces propos rappellent que, peut-être en raison de sa technicité mais aussi de son côté spectaculaire, la chirurgie pénitentiaire est présentée comme un symbole de l'incompétence du corps médical pénitentiaire<sup>2</sup>. Prolongeant une lettre adressée par les détenus de Fresnes, *Libération* remarque que « les hôpitaux des prisons de Fresnes se distinguent par leurs taux considérables d'"accidents" opératoires et post-opératoires », avant d'ajouter que « ces services médicaux et chirurgicaux pratiquent sur les détenus-patients une chirurgie de "stage" (chirurgiens stagiaires), bref, une chirurgie expérimentale à la façon des "travaux pratiques" ou "travaux dirigés" universitaires ou scolaires »<sup>3</sup>. *Rouge* présente le cas d'un membre du Front révolutionnaire internationaliste (FRI) paralysé de la main droite, suite à une opération faite à Fresnes, et ne pouvant bénéficier d'une rééducation faute de structures adéquates : « Mis au parfum par sa première opération, Bernard refuse catégoriquement que les chirurgiens de la "maison" s'occupent de lui. Comme cobaye entre les mains de stagiaires dont le Pr Petit est censé être la garantie, il a eu sa dose, et il est sans illusions sur ce qui se passerait en cas de nouveau désastre opératoire ou post-opératoire »<sup>4</sup>.

Ainsi, les petites infirmeries de M.A, mal dotées en personnel, ne sont pas les seules à faire l'objet de critiques. Même les établissements à caractère médical, présentés par Solange Troisier comme le signe d'une médecine pénitentiaire moderne, sont contestés. *Le Monde* présente ainsi le CD de Liancourt, servant auparavant de sanatorium, comme un « mouroir » où les détenus « subissent ainsi un double renfermement et se trouvent doublement condamnés » (*LM*, 19/02/1977). Un ancien détenu condamne la façon dont les malades sont traités à la prison d'Haguenau spécialisée dans le traitement des pathologies psychiatriques : « Pour une prison "médicale", on y est très mal soigné quand on est malade mais, par contre, on y est systématiquement et obligatoirement gavé de barbituriques et neuroleptiques bien que la plupart des détenus n'en aient pas besoin » (*Journal des prisonniers*, 09/1973). L'Hôpital de Fresnes, présenté par le ministère de la Justice, comme le fleuron de la médecine pénitentiaire est au centre des critiques, notamment par le biais de détenus témoignant de leur séjour :

« Je quittais un caveau, pensant découvrir un paradis et je ne trouvais qu'une tombe. Je croyais découvrir des humains, je n'ai vu que des bêtes [...] Les pansements ? La plupart du temps vous les faites vous-même [...] Les piqûres ? Je ne sais pas où elles [les infirmières] ont appris à les faire,

<sup>1</sup> « Lettre d'un détenu sur la médecine de prison », *Libération*, 29/06/1976.

<sup>2</sup> Le chirurgien de l'Hôpital de Fresnes sera au cours des années quatre-vingt au centre d'un scandale au terme duquel le bloc opératoire sera fermé et l'Hôpital sera rattaché au système hospitalier.

<sup>3</sup> « Heureusement qu'on est bien soigné en prison... », *Libération*, 15-16/10/1977.

<sup>4</sup> « "Soignés" en prison », *Rouge*, 1/09/1977.

*mais elles sont passées maître dans l'art de vous transformer en pelote d'épingles »* (Journal des prisonniers, 06/1973).

*« Ici, à l'hôpital central des prisons de France, elles [les infirmières] sont des complices de l'infâme machine judiciaire, insensibles au sort des prisonniers, partisans du moindre effort mais soucieuses de toucher leur prime de fin d'année. Si un jour quelqu'un a dit que l'hôpital central était un paradis<sup>1</sup>, il l'est. Mais assurément pour les blouses blanches ».* (Journal des prisonniers, 12/1978).

La critique de la médecine pénitentiaire apparaît très politisée. En atteste notamment le rôle joué par *Libération*. Constitué à l'origine de personnes ayant parfois été elles-mêmes incarcérées, le quotidien de Serge July accorde beaucoup d'importance à la question des prisons en relayant notamment les revendications des détenus. En recourant au registre de la « scandalisation », *Libération* tente de transformer chaque « fait divers » en un « scandale » mettant en cause la médecine pénitentiaire, voire l'institution carcérale dans son ensemble<sup>2</sup>. Toute information délivrée par l'institution pénitentiaire est traitée avec défiance, parfois sur le mode de la dérision. En atteste la description qui est faite d'un rapport sanitaire sur les prisons publié en 1977 : « Les résultats lui apparaissent "relativement satisfaisants" si ce n'est un point noir dans le graphique : les détenus ne sont en général atteints d'aucune maladie grave. Mais dans l'ensemble, il suffirait, en guise d'ouverture, de laisser aller les choses et les gangrènes de toutes sortes [...] A la lumière de ce rapport "satisfaisant", l'Administration pénitentiaire n'a plus pour résoudre ses problèmes de logement [surpopulation] qu'à fermer les portes de ses maisons closes et attendre l'élimination naturelle » (*Libération*, 16/08/1977).

Dans le cadre de ce travail de « scandalisation », le quotidien est parfois amené à exagérer la portée des témoignages des praticiens sollicités. Dans un article intitulé « la médecine carcérale en accusation », une journaliste présente, après avoir rappelée deux morts jugées suspectes aux Baumettes, le témoignage d'un médecin pénitentiaire démissionnaire dont les propos contrastent avec la tonalité accusatrice de l'article<sup>3</sup>. Le praticien ne soulève en effet à aucun moment les défauts de l'organisation des soins mais souligne plutôt l'ampleur des « pathologies carcérales ». Signe de la spécificité d'une médecine des prisons pour le corps médical travaillant en milieu pénitentiaire, les « maladies carcérales » deviennent pour la journaliste un argument supplémentaire dans la critique des prisons, décrites comme

<sup>1</sup> L'Hôpital des prisons de Fresnes était souvent comparé à un « paradis » en raison de ses bonnes conditions de détention, la DAP y plaçant des détenus particulièrement sensibles. C'est ce que confirme l'un des interviewés : « Et puis y avait une population qui n'avait pas grand-chose à voir avec le... le recrutement pour des raisons de santé. C'était une population qu'on mettait un peu au chaud, qu'on mettait un peu à l'abri. Avec des truands du type Guérini. C'était surtout pour lui éviter des soucis. Et c'était un milieu assez à part, très fermé et où il y avait très très peu de mouvements. Quand ils étaient là, ils passaient des années... C'était un peu une rente de situation pour eux » (Julien, infirmier à Fresnes de 1974 à 1976 puis interne à La Santé de 1977 à 1978 puis médecin à Bois d'Arcy de 1981 à 1987. Entretien réalisé le 16/01/2008. Durée : 3H).

<sup>2</sup> Cf. Annexe 23 : « La stratégie dénonciatrice de *Libération* : l'"affaire" Michel Henge »

<sup>3</sup> La liaison établie entre les deux morts suspectes et le témoignage est d'autant plus trompeuse que le médecin est présenté comme ayant travaillé aux Baumettes alors qu'on apprend dans le reste de l'article qu'il intervenait à la M.A d'Aix en Provence (CHERKI Pauline, « La médecine carcérale en accusation. Prison hôpital des Baumettes : un ancien médecin de la maison d'arrêt parle », *Libération*, 26/01/1981).



« pathogènes ». Enfin, tandis que le titre de l'article ainsi que sa tonalité pourraient laisser croire que le départ de ce praticien est lié aux mauvaises conditions d'incarcération, on apprend dans le dernier paragraphe que c'est après avoir été pris en otage par deux détenus qu'il a décidé de démissionner.

Fortement politisé, le Médecin-inspecteur contribue à exacerber la critique de la médecine pénitentiaire qu'elle incarne. Ancienne députée gaulliste proche du pouvoir en place, Solange Troisier est fortement décriée par la gauche pour ses prises de position qualifiées de « conservatrices ». Déjà en 1971, elle signait en tant que gynécologue et présidente de l'Ordre national des sages-femmes une tribune où elle prenait position contre le projet de loi visant à légaliser l'avortement. Très critique sur la loi Neuwirth et la « libération de la femme » qu'elle était censée permettre, elle y condamnait l'idée d'avortement non-thérapeutique dont elle soulignait le « caractère meurtrier », refusant ainsi que « l'intervention du gynécologue ne devienne [...] exclusivement vétérinaire »<sup>1</sup>. Peu de temps avant sa nomination, elle fit en tant que députée une intervention très critique sur l'avortement<sup>2</sup>. En tant que Médecin-inspecteur, Solange Troisier endosse un rôle conservateur, en se déclarant par exemple favorable à toute privation sexuelle des détenus : « Je pense que la privation de liberté comporte encore cet ordre de châtiment. Il ne faut pas oublier qu'il y a eu des délits, des viols qui ont entraîné une condamnation. Il n'est pas possible d'envisager une vie sexuelle normale pour ces sujets »<sup>3</sup>. Elle est en outre opposée à la politique de libéralisation engagée par le président de la République : « En 1974, après les mutineries des prisons, on a voulu céder sur toutes les revendications des mutins [...] Le président Giscard d'Estaing et son secrétaire d'Etat [...] ont voulu tout libéraliser, l'amour, les permissions, l'application de la peine »<sup>4</sup>. Solange Troisier est également très critiquée parmi les féministes pour ses propos en tant que présidente du Conseil national des femmes françaises, comme ici lors du Huitième congrès international de criminologie : « Il faut que les filles aient une attitude plus décente et moins aguichante. Et je crois qu'il y aurait alors moins de viols » (*LM*, 13/09/1978).

Le Médecin-inspecteur est d'autre part souvent accusé d'être du côté de l'Administration pénitentiaire, notamment du fait de sa description des prisons françaises. Lors d'un débat au Grand Orient de France, elle évoque ainsi la « qualité de nos prisons » avant d'ajouter que « les anciens détenus qui sont ici savent qu'il existe vraiment dans certaines prisons une atmosphère familiale », suscitant alors un « tollé général » dans la salle (*LM*, 26-27/01/1975).

<sup>1</sup> TROISIER Solange, « Attention, enfant ! », *Le Monde*, 18/02/1971.

<sup>2</sup> « Peu importe que l'embryon soit doué ou non de conscience ! Il suffit de savoir qu'il vit. Et au moment où la morale sociale se penche tellement sur le sort des animaux, on ne voit pas pourquoi, au nom de quel égoïsme, elle refuserait à l'embryon ce qu'elle accorde au chien errant » (*J.O des débats de l'A.N.*, séance du 7/12/1972).

<sup>3</sup> « "La privation de sexualité fait partie de la peine" déclare Solange Troisier », *Le Quotidien du Médecin*, 21/03/1978.

<sup>4</sup> TROISIER Solange, *Une sacrée bonne femme*, op.cit., p.139.

En 1974, le journaliste Jacques Chancel s'étonne de son déni des révoltes de détenus qui ont alors lieu en France :

J. Chancel : « *Comment réagit le Médecin-inspecteur de l'Administration pénitentiaire quand, on le voit, on l'écrit même dans les journaux, il y a des révoltes, il y a des suicides ?* »

S. Troisier : « *Ça c'est une polémique ! C'est une polémique faite par des gens qui ne sont pas au courant...* »

J. Chancel : « *Mais les révoltes existent, quand même !* »

S. Troisier : « *Oui les révoltes existent mais elles sont peut-être majorées, majorées par des détenus. Vous savez qu'il existe des espèces de syndicat d'anciens détenus qui essayent d'attirer l'attention des pouvoirs publics. Le problème il est très simple, si vous voulez... Il faut se dire une chose, c'est que ce sont quand même des détenus qui doivent assumer leur peine, qui doivent assumer leur détention ! Je ne veux pas qu'un truand ou qu'un grand proxénète puisse influencer la Justice !* »<sup>1</sup>

Les prises de position du Médecin-inspecteur en matière de grèves de la faim sont également fortement contestées<sup>2</sup>. En 1976, Solange Troisier est accusée d'avoir hospitalisé et alimenté de force un gréviste de la faim, Rolland Agret. Ses propos provoquent la réprobation du journaliste l'interviewant :

S. Troisier : « *Son état est bon. Et il n'y pas d'anomalie. Du point de vue pratique, biologiquement, il est équilibré. Cet équilibre a été maintenu grâce aux perfusions. Et je tiens tout de suite à vous rassurer. Il a accepté ses perfusions. On ne l'a absolument pas obligé de le faire...* »

Journaliste [vive réaction] : « *On ne peut quand même pas dire qu'après trente jours de grève de la faim, il est en pleine forme !* »

S. Troisier : « *Non, il n'est absolument pas en pleine forme ! Il est extrêmement fragile ! C'est un équilibre qui est extrêmement fragile et qui peut se détériorer* »<sup>3</sup>

Mais ce sont surtout les propos que Solange Troisier tint sur Patrick Henry et plus généralement sur la peine de mort qui furent l'objet d'une violente polémique<sup>4</sup>. Elle aurait déclaré au cours d'une conférence de presse en novembre 1977 que Patrick Henry, condamné à perpétuité, était « un être dangereux, vicieux, diabolique [...] S'il sort de prison, il recommencera, j'en suis persuadée »<sup>5</sup>. Pour justifier de l'utilité de la peine de mort, elle précisa qu'« actuellement, il est en train de se faire refaire toute la dentition aux frais de l'administration c'est-à-dire du contribuable »<sup>6</sup>. Tandis que *Libération* lui reproche d'avoir enfreint le secret médical, un journaliste du *Monde* remarque que « l'assurance quant à la récidive est digne du café du Commerce, pas de la place Vendôme »<sup>7</sup>. A cette occasion, un groupe de sous-directeurs de Fleury-Mérogis ainsi que de l'ENAP adressa une lettre au garde

<sup>1</sup> « Solange Troisier », France Inter, 14/01/1974, 57 min, Archives INA.

<sup>2</sup> Cf. Annexe 20: « Asclépios au service de Thémis ou la position controversée de Solange Troisier en matière de grèves de la faim ».

<sup>3</sup> « Agret Mme Troisier », JA2 20h, 17/03/1976, 1 min 45.

<sup>4</sup> L'opinion publique, troublée par le climat de violences actuelles, ne souhaite pas cette suppression. Moi non plus. Je suis médecin, humaniste chrétienne, et je pense qu'il faut parfois le courage d'aller jusqu'au bout de ses obligations » (« Le docteur Solange Troisier, "humaniste", chrétienne et favorable à la peine de mort », *Le Monde*, 16/11/1977).

<sup>5</sup> « On achève bien les chevaux », *Libération*, 17/11/1977.

<sup>6</sup> « Patrick Henry rejugé ! », *Le Monde*, 17/11/1977.

<sup>7</sup> « Patrick Henry rejugé ! », *Le Monde*, 17/11/1977.

des Sceaux lui demandant de réagir face à ces propos « démagogiques et irresponsables » allant à l'encontre de l'esprit de la réforme de 1975<sup>1</sup>.

Perçu comme le garant de valeurs traditionnelles, le Médecin-inspecteur souffre au sein des médias, notamment de gauche, d'une mauvaise réputation : « Solange Troisier aime les croisades menées au nom de l'ordre moral : elle se bat contre l'avortement mais pour l'information sexuelle et l'éducation familiale ; elle s'oppose à l'abolition de la peine de mort et mène une lutte contre l'alcoolisme » (*Le Nouvel Observateur*, 26/03/1983). La politisation du Médecin-inspecteur, considérée comme proche d'Alain Peyrefitte, explique que la critique de la médecine pénitentiaire se soit fortement cristallisée autour de celle qui la personnalise. Le Journal du C.A.P publie notamment plusieurs témoignages de détenus où la dénonciation de la médecine pénitentiaire et de son Médecin-inspecteur apparaissent inextricablement liées :

*« Allez vous en ! Laissez votre place à un vrai médecin, à un homme ou une femme qui se fout de la politique, que seule la mission de guérisseur des souffrances humaines compte avant toutes autres, qu'elles soient ressenties par les bourgeois et par les détenus » (n°37, 06/1976)*

*« Rappelez lui le serment d'Hippocrate qu'elle a prononcé avant d'être reçue docteur en médecine, demandez lui si ce qu'elle a juré alors se conforme avec l'exercice de la médecine pénitentiaire. Exigez que cela change, n'acceptez plus qu'il existe une médecine pénitentiaire différente de la médecine humaine » (n°48, 07-08/1977).*

En dépit des efforts réalisés par Solange Troisier dans la spécialisation de l'activité médicale en prison, l'identité de « médecin pénitentiaire » peine à se stabiliser. Le faible nombre de médecins faisant figurer sur leur ordonnance le certificat de médecine pénitentiaire traduit la difficile identification des praticiens à leur activité en milieu carcéral<sup>2</sup>. Si le statut de « médecin pénitentiaire » demeure peu assumé, c'est probablement parce que cette activité est trop controversée pour qu'il soit possible de s'y identifier. Les protestations exprimées par plusieurs généralistes à l'égard de leur hiérarchie témoignent également de cette fragilité de la profession de médecin pénitentiaire. « Tel Saint Vincent de Paul visitant les galériens, certains médecins sont motivés, il est rare d'enregistrer une démission ou une récrimination », se félicite le Médecin-inspecteur<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> « Des fonctionnaires pénitentiaires "s'étonnent" des propos de Mme Troisier », *Le Monde*, 24/11/1977.

<sup>2</sup> Parmi les nombreuses feuilles de soin trouvées dans les dossiers de carrière des médecins pénitentiaires, seules trois faisaient figurer cette mention. Citons le cas exceptionnel de ce praticien, exerçant depuis 1970 en prison, demandant lors de son départ à la retraite à « conserver le titre de médecin honoraire des prisons et pouvoir continuer d'autre part à collaborer à l'environnement pénitentiaire auquel j'étais très attaché, comme visiteur des détenus, par exemple » (Lettre du médecin de la M.A de Montpellier au DRSP de Toulouse datée du 27/02/1984. CAC. 19940511. Art. 99)

<sup>3</sup> TROISIER Solange, « La médecine pénitentiaire et les droits de l'homme », *art.cit.*, p.609.

Pourtant les démissions sont nombreuses. C'est le cas d'un médecin de la M.A de Brive qui témoigne au *Monde* de son découragement au bout de douze années de travail : « Depuis, quatre ou cinq ans, la situation dans cet établissement n'a cessé de se dégrader et je l'ai signalé à plusieurs reprises aux autorités » (LM, 12/05/1975). La difficulté pour les praticiens à contester les contraintes carcérales, qui s'exposent dans ce cas au risque de licenciement (Cf. Encadré), favorise les prises de parole externes. TF1 diffuse en 1976 un documentaire en deux parties à une heure de grande écoute abordant de façon très critique le rôle des médecins en détention. Dans le premier volet, on y voit longuement un interne de l'Hôpital de Fresnes questionnant la prescription de psychotropes ou l'ambiguïté de sa position. Dans le second figure une interview d'Antoine Lazarus, médecin à Fleury-Mérogis questionnant la raison d'être du praticien en détention :

Journaliste : « En définitive quel est le pouvoir du médecin ? »

Antoine Lazarus : « Je crois qu'il est considérable le pouvoir du médecin mais que tout dépend de ce qu'il en fait. On peut pratiquement tout interdire. Quand je dis pratiquement tout interdire... Disons on peut suspendre une punition, on peut modifier un régime, on peut faire que quelqu'un ait du travail ou qu'il soit placé seul en cellule. Dans la vie de tous les jours d'un détenu, on est relativement influent. Sur l'extérieur dans une certaine mesure également, on peut appeler le juge. C'est donc un pouvoir d'intervention. En gros, c'est un pouvoir de veto qu'on a... Sur le fait de construire quelque chose, de modifier la structure, pratiquement aucun [silence] D'où vient ce pouvoir ? Ce pouvoir ne nous est pas donné gratuitement. Ce pouvoir nous est donné parce qu'on sert de parapluie. Dans un système où peut se passer en permanence un certain nombre d'incidents, le responsable de l'incident est quelque chose de très précieux. Dans la mesure où le médecin vient endosser ce rôle de responsable, il est évident que le médecin est très prisé. Ceci dit n'être qu'un parapluie, ça limite considérablement le pouvoir [...] On est des espèces d'intendants à empêcher de se suicider, d'intendants à faire survivre les gens. On doit en principe les rendre vivants à la sortie. On ne sert qu'à ça. Et si on essaye de faire autre chose, si on essaye de parler de l'insertion des détenus, éventuellement de l'intérêt des victimes, on n'a plus aucun pouvoir. On ne sert qu'à empêcher les détenus de mourir ! Point final »<sup>1</sup>.

Ce documentaire provoque une vive colère au sein de l'Administration pénitentiaire, comme le rapporte *Actes* : « Cette émission n'avait pas assez donné la parole à la hiérarchie et trop aux praticiens, c'est-à-dire aux internes. Quelle ironie d'imaginer les médecins hiérarques administratifs s'installant devant le poste pour se regarder (ils avaient été interviewés) et ne se voyant pas. A la place apparaissent des interrogations sur le rôle médical, l'idée que cette fonction ne peut être naïve et qu'elle est politique »<sup>2</sup>. Tandis que Solange Troisier dénonce un « manquement au code de déontologie sur le secret médical » dans une émission qui, selon elle, ne présentait aucun caractère « médical » mais seulement « politique » (*QDM*, 30/3/1976), le ministère de la Justice décide de révoquer, officiellement par analogie avec les hôpitaux publics, tous les internes pénitentiaires en place depuis plus de quatre ans<sup>3</sup>. Ainsi, loin de constituer une profession stable et homogène, la médecine pénitentiaire apparaît divisée, contestée et fragile.

<sup>1</sup> « Médecins des prisons : 2<sup>ème</sup> partie », 1<sup>ère</sup> chaîne, 24/03/1976, 1 heure, Archives INA.

<sup>2</sup> « La médecine pénitentiaire : une démission complice », *Actes*, n°13-14, printemps 1977, pp.33.

<sup>3</sup> *Ibid.*, p.33.

## S'ADAPTER OU RESISTER : L'EVICITION D'UN PRATICIEN RECALCITRANT

La trajectoire de Bruno, retracée à l'aide d'un travail de thèse où il est fait mention de lui mais surtout à l'aide d'un entretien, permet de rendre compte de la façon dont certains praticiens vivent les ambiguïtés de leur mission<sup>1</sup>. A son retour du Maroc, où il avait travaillé dans le cadre d'un plan de lutte contre la tuberculose, Bruno s'installe à Besançon en 1969. « Un peu idéaliste », il souhaite mettre en place un cabinet de médecine de groupe où moyens et revenus seraient partagés entre les différents praticiens. Il s'installe avec deux amis et remplace alors le médecin de la M.A partant en retraite. Il est, dès le début de son exercice, choqué par ce qu'il découvre : « J'étais jeune et plein d'idéal et ce qui me choquait le plus, c'étaient un peu les exigences du monde carcéral [...] De temps en temps, je trouvais que c'était pas trop juste ce qui leur était proposé comme punition. On faisait tout pour rester à peu près neutre et en même temps le plus humain possible quoi... J'ai pas toujours très bien su... J'étais plutôt du côté du détenu et ça n'a pas toujours facilité les choses. Ça m'a été reproché... ». Seul médecin généraliste de l'établissement, où interviennent une infirmière et une psychiatre, il souffre de l'absence de contacts malgré les enseignements du certificat de médecine pénitentiaire qu'il suit à Paris. Il se heurte fréquemment au personnel de surveillance qui le soupçonne d'« être pour les détenus... ». Il reconnaît avoir à plusieurs reprises pris le parti de prisonniers face à l'Administration : « Pour moi le détenu, c'était un peu celui qu'il fallait défendre. J'avais ce côté un peu boy-scout ! ».

Bruno est néanmoins obligé de s'adapter à certaines contraintes pénitentiaires auxquelles il est pourtant défavorable. Après avoir refusé pendant un temps, il se voit contraint de rédiger des certificats d'aptitude à l'isolement. Il développe alors une stratégie d'évitement en inscrivant sur le certificat « Vu pour information », comme le souligne un étudiant ayant effectué un stage à la M.A de Besançon dans le cadre de sa thèse de criminologie : « Mais une telle mention gêne beaucoup l'Administration. De toute façon, le médecin essaie toujours de reculer le plus possible le moment de signer. Il ne va pas voir lui-même les détenus qui sont punis de mitard ; il y envoie l'infirmière, de façon à savoir comment se porte le puni. Mais il ne veut pas que sa visite, de sa propre initiative, rende le mitard plus supportable »<sup>2</sup>. Bruno vit également difficilement les demandes du personnel de placer certains détenus sous calmants, notamment en cas de crise : « Des fois, on m'appelait en urgence pour des gens comme ça... Des gens super excités qu'il fallait calmer... Comme dans le domaine de l'agitation en ville... J'ai refusé une ou deux fois de seringuer. Ça a été mal vécu ça, parce que c'était le refus du médecin d'intervenir. C'était l'occasion d'un rapport quoi ! ». Bruno vit alors mal l'ambiguïté à laquelle il se trouve confronté. Les observations réalisées en 1977 à la M.A de Besançon confirment le désarroi ressenti par ce praticien :

*« Le médecin avoue se sentir pris au piège. Si un homme, poussé à bout, se tape la tête contre les murs, il ne peut le laisser faire. Tout en sachant très bien que c'est à cause de la situation carcérale que cet homme en est là, il essaie de l'empêcher de continuer... et parfois, le seul moyen d'y parvenir c'est la piqûre calmante. Evidemment, le médecin joue alors le jeu de l'Administration ; mais il n'a aucune autre solution. Chaque fois, il essaie de discuter avec le détenu avant d'en arriver à la piqûre, et il ne se fait pas accompagner de surveillants prêts à maîtriser l'homme en colère »<sup>3</sup>.*

Bruno tente de trouver des alternatives, en hospitalisant par exemple les détenus les plus usés afin de leur offrir une période de repos. Mais « on lui a très vite mis des bâtons dans les roues et il n'a pu continuer à demander des hospitalisations pour des causes semblables »<sup>4</sup>. Les surveillants lui reprochent d'être « idéaliste » ou « crédule » et la direction, avec laquelle il entretient des rapports difficiles, espère qu'il changera d'attitude. Mais c'est l'inverse qui se produit. Au fil du temps, Bruno supporte moins bien les contraintes pénitentiaires qu'il remet toujours plus en cause : « Moi, j'ai appris ce qu'était une prison en suivant un diplôme de médecine pénitentiaire. Donc j'étais un peu

<sup>1</sup> Bruno, généraliste à la M.A de Besançon de 1969 à 1980. Entretien réalisé le 17/01/2006, 2H.

<sup>2</sup> LAURENT Geneviève, *La Maison d'Arrêt de Besançon*, op.cit, p.130.

<sup>3</sup> *Ibidem*, p.129.

<sup>4</sup> *Ibidem*.

endoctriné... un peu dans un moule quoi et puis après je me suis dis : "Mais attends voir ! C'est pas possible... C'est pas eux qui vont te dire ce qui est bon pour le patient !" ». Il refuse en 1975 à l'occasion d'un mouvement collectif de dissuader les grévistes de la faim comme le lui demande l'Administration<sup>1</sup>. Il écrit plusieurs courriers à Solange Troisier pour protester contre les QHS qu'il considère « inadmissibles ». La pratique de la dilution qu'il acceptait jusque-là lui apparaît de plus en plus absurde et il décide d'y contrevenir<sup>2</sup> : « J'avais demandé pour certains médicaments, qu'on les laisse aux détenus pour qu'ils les prennent quand ils en ont besoin... Ça a été mal perçu. On me l'a pas mal reproché [...] C'est pour des tas de petits détails comme ça, que j'étais emmerdant ».

Mais surtout Bruno accepte de témoigner en faveur d'un détenu lors de son procès au cours duquel il décrit ses conditions de détention. Son témoignage est publié par le C.A.P : « La sécurité et la "mesrinophobie" ont amené l'administration pénitentiaire sur la pente de la négation de l'humain. Dans ce contexte, le médecin comme le visiteur a un pouvoir minime. J'ai suivi Maurice Locquin dans son séjour au quartier, et c'était bien d'une panique de régression et d'anéantissement dont il était la proie » (*Journal des prisonniers*, 05/1979). Bruno est alors désavoué par l'Administration et notamment par Solange Troisier :

*« Dernièrement, le médecin a témoigné à propos d'un détenu que l'on avait frappé et dont il pouvait constater l'état. Le juge d'instruction chargé de l'affaire lui a demandé de bien vouloir déposer en décrivant ce qu'il avait pu constater. L'Administration n'a pas apprécié et le Directeur a refusé de laisser sortir le dossier médical du détenu. Le médecin, estimant qu'il était seul juge de l'utilisation du dossier médical du détenu, en a référé à Paris. Le médecin-chef de la Chancellerie lui a partiellement donné tort. Dans un tel cas, il serait plutôt souhaitable qu'un médecin expert soit nommé et c'est lui qui déposerait alors auprès du magistrat instructeur. C'est la solution qui a été présentée à Paris. Mais il s'agit en fait, tout simplement, d'une astuce car l'expert n'aurait pas pu constater un état passé et qui n'a pas laissé de séquelles ; il aurait été obligé de croire les dires du médecin qui avaient constaté les faits à l'époque »<sup>3</sup>.*

Suite à ce témoignage, le sous-directeur de la M.A envoie en octobre 1978 un rapport à sa direction qui décide en février 1979 de mettre fin aux fonctions de Bruno. Le médecin intente alors un recours contre l'Etat et obtient gain de cause pour des raisons de forme. Tout en annulant la décision, le tribunal administratif de Besançon tranche sur le fond en faveur de la DAP, en considérant que « dans un milieu aussi difficile et spécifique que le milieu carcéral, la médecine ne peut pas être exercée avec les seuls principes du code de déontologie »<sup>4</sup>. En dépit d'une décision favorable, l'affaire est peu médiatisée puisque seule une brève est publiée<sup>5</sup>. Cet exemple illustre le difficile positionnement d'un praticien qui, isolé, apparaît largement impuissant face à une institution dont il ne maîtrise pas les rouages. La position de résistance adoptée par ce médecin n'apparaît pas réaliste à long terme, condamnant les praticiens soit à une adaptation aux règles carcérales soit à une éviction.

<sup>1</sup> *Ibidem*, p.136.

<sup>2</sup> La « dilution » est une pratique du milieu carcéral qui consistait à distribuer les médicaments, notamment les psychotropes, dilués dans de l'eau et mélangés tous ensembles. La potion, parfois préparée plusieurs jours à l'avance, était distribuée au détenu en coursive et devait être bue devant le surveillant.

<sup>3</sup> LAURENT Geneviève, *La Maison d'Arrêt de Besançon*, op.cit, p.132.

<sup>4</sup> Je remercie Bruno pour la photocopie de la décision de justice qu'il m'a remise.

<sup>5</sup> « Un médecin bisontin obtient gain de cause contre l'administration pénitentiaire », *Le Monde*, 5/0/1980.

Longtemps considérée comme une médecine de pauvres, de l'impossible ou de l'absurde, la médecine pénitentiaire aurait connu au cours des années soixante-dix « un développement spectaculaire en quelques années » jusqu'à devenir « une médecine scientifique moderne, voire une médecine de pointe »<sup>1</sup>. « Vous devenez des médecins très spécialisés et l'on nous écoute de partout. Nous donnons un peu le "coup d'envoi" pour l'étranger par cet enseignement à l'Université », déclare le Médecin-inspecteur<sup>2</sup>. Pays d'avant-garde, la France exporte son savoir à l'étranger, et notamment sur le continent africain où Solange Troisier est fréquemment envoyée en mission : « Il s'agit en effet de définir notre action, notre éthique, de faire approuver nos statuts de pays développés et ensuite avec l'aide de l'OMS nous implanter vers les pays en voie de développement »<sup>3</sup>. Le Médecin-inspecteur est d'ailleurs chargé par le Conseil de l'Europe de rédiger le premier *Manuel de médecine pénitentiaire*, jamais édité. Sous l'action du Pr Troisier, les praticiens travaillant en milieu carcéral accéderaient enfin à une véritable reconnaissance de leur rôle social :

*« Depuis 1972, les fonctions du médecin pénitentiaire ont été élargies [...] Avec l'individualisation des peines, il est normal que le médecin occupe, au sein du milieu carcéral où il exerce, une place privilégiée d'observateur. Ce qu'on peut attendre de lui : une participation de plus en plus active aux tâches de rééducation du délinquant et de réinsertion sociale »<sup>4</sup>.*

Pourtant à l'encontre de cette description triomphante, beaucoup de praticiens travaillant en prison sont confrontés à une crise morale à mesure qu'ils prennent conscience des conséquences « pathogènes » de la prison. Dans un ouvrage à succès, une psychologue de l'équipe de la M.A de Lyon décrit les effets délétères de l'incarcération sur la santé des détenus<sup>5</sup>. « L'univers carcéral par les interdits qu'il impose à tous les niveaux, aboutit à un état de dépendance totale du détenu [...] Ebranlé par la carcéralité, le MOI ne peut en supporter toutes les répercussions et fait appel au corps comme support de la majeure partie des symptômes », observe un interne<sup>6</sup>. A chaque reprise, comme ici dans la description que fait un psychiatre de l'un de ses patients, transparait le sentiment d'impuissance ressenti par les praticiens, témoins du progressif amoindrissement des détenus :

*« Il a vécu du premier jour aux derniers jours de son incarcération dans un "flou" permanent, ce qui rendait extrêmement difficile le contact. Il refuse et est incapable d'avoir la moindre activité à la prison. Il reste en cellule, n'allant pas en promenade [...] Il ne se plaint pas. Résigné, il accepte tout ceci [...] Il dit même, en parlant de ses symptômes, je suppose : "On en prend l'habitude, c'est une*

<sup>1</sup> TROISIER Solange, « La médecine pénitentiaire et les droits de l'homme », *art.cit.*, p.609.

<sup>2</sup> TROISIER Solange, « Intervention de fin de session de l'enseignement par le Professeur Solange Troisier », *Attestation d'études relatives à la médecine pénitentiaire. Année universitaire 1979-1980*, Université Paris VII, Faculté de médecine de Lariboisière- Saint Louis, p.1.

<sup>3</sup> DAP, *Premier congrès mondial de médecine pénitentiaire*, op.cit., pp.18-19.

<sup>4</sup> « Voyage au cœur de la médecine pénitentiaire », *Le Quotidien du médecin*, 21/04/1982.

<sup>5</sup> BUFFARD Simone, *Le froid pénitentiaire*, Paris, Editions du Seuil, 1973.

<sup>6</sup> FERRERI Maurice, *Contribution à l'étude des troubles fonctionnels de la sphère oro-digestive et des troubles du comportement alimentaire en milieu carcéral*, thèse de médecine, Paris Créteil, 1973, p.103.

*drôle d'habitude". Et trois jours avant sa sortie, je le retrouve frais et dispo. Les symptômes ont disparu. Il a quitté sa somnolence-refuge et parle avec humour. Il parle du travail qu'il va entreprendre, avec décision et fermeté. Il m'a semblé que tous ces symptômes n'étaient que réactionnels à la situation de frustration dans laquelle il se trouvait [...] Il s'est aménagé un lieu clos où personne ne pouvait entrer. Il a présenté une espèce de dissolution, de noyade, dans un halo visqueux où surnager était bien difficile »<sup>1</sup>.*

Cette considération du rôle pathogène de l'incarcération n'est pas sans conséquences sur la représentation que les praticiens ont de leur rôle. Marquée par la « régression orale » propre au milieu carcéral, la relation que le détenu a avec son médecin ferait de ce dernier, souligne un interne, un substitut de la « bonne mère » en opposition à l'institution pénitentiaire image de la « mère frustrante »<sup>2</sup>. La recherche de médicaments, le rôle d'écoute ou de réconfort impartis aux praticiens seraient autant de signes d'une relation thérapeutique « perversie ». Le devoir de soigner propre à la déontologie médicale s'accompagnerait de la conscience que « seule une modification des conditions carcérales sur tous les plans diminuerait la fréquence des troubles »<sup>3</sup>. Ce rôle pathogène de l'incarcération ne s'exprimerait pas d'ailleurs uniquement à travers la santé des détenus. De nombreux médecins s'alarment ainsi que la prison puisse être, à l'encontre de sa mission initiale de resocialisation, une institution criminogène. « Il s'agit donc d'un système parfaitement au point, tant que le détenu purge sa peine, pour l'inciter à la récidive peu de temps après sa sortie », observe un interne<sup>4</sup>. Certains praticiens exerçant en milieu carcéral s'interrogent dès lors sur le sens de l'enfermement. « La question de fond demeure : la prison pour quoi faire ? », remarquent trois médecins lyonnais en conclusion d'une étude consacrée aux suicides en prison<sup>5</sup>.

Ces mêmes médecins s'interrogent quant aux injonctions de l'Administration pénitentiaire auxquelles ils sont soumis. Ils souffrent de l'image d'« auxiliaire de Justice » que réclame leur Médecin-inspecteur, ce que confirment les propos de cet interne : « Le médecin de prison devrait donc collaborer avec la Justice et l'Administration pénitentiaire, mais il est et doit rester un collaborateur libre et non comme certains le voudraient, un subalterne aux ordres de l'Administration »<sup>6</sup>. Coincés entre leur responsabilité hiérarchique et la déontologie médicale, beaucoup de praticiens pénitentiaires semblent mal à l'aise. En atteste l'attitude de cet interne interrogé dans un documentaire télévisé sur la prescription de psychotropes :

Journaliste : « Est ce que l'un de vos grands rôles, pas le plus glorieux, au quotidien ce n'est pas celui de distributeur de médicaments ? »

[Silence]

<sup>1</sup> STEINBACH Guy, *Régression et système pénitentiaire*, thèse de médecine, Nancy 1, 1977, p.5-6.

<sup>2</sup> FERRERI Maurice, *Contribution à l'étude des troubles fonctionnels de la sphère oro-digestive*, op.cit., p.104.

<sup>3</sup> *Ibidem*, p.105.

<sup>4</sup> BARROIS Eric, *Corps étrangers intrathoraciques chez l'homme en milieu carcéral*, op.cit., p.25.

<sup>5</sup> COLIN Marcel, GONIN Daniel, DUCOTTET F., « Le suicide en prison », *Psychologie médicale*, 1977, 9, 1, pp.115-122.

<sup>6</sup> GALTIE Dominique, *La médecine en milieu carcéral. À propos d'une enquête menée dans les prisons de Limoges et de Guéret*, thèse de médecine, Université de Limoges, 1981, p.325.



Interne : « *Non je crois que... [Silence] c'est le rôle de tous les médecins. Ce n'est pas spécial à la prison de distribuer puisque...* ». Le médecin s'arrête et sourit : « *Ça c'est répondre un peu à côté* ». Il reprend : « *Disons que nous avons une surconsommation médicale qui a tendance à diminuer au fur et à mesure qu'il y a plus de médecins* ».

Journaliste : « *De toutes façon les calmants, les somnifères ne sont-ils pas liés à la privation de liberté en elle-même ?* »

Interne : « *Ils le sont et il le sont d'autant plus que ce sont des gens qui sont quand même assez vigoureux et qui ont l'habitude de décharger leur agressivité. Et dans une maison d'arrêt, ils passent une majorité de temps en cellule, c'est à dire 23 heures sur 24, ils ont une heure de promenade et ces gens là n'ont pratiquement aucun moyen de décharger leur agressivité* »<sup>1</sup>.

L'hésitation et la réponse initiale de cet interne à la question du journaliste traduisent la difficulté pour certains praticiens à assumer des pratiques auxquelles ils participent, comme ici la prescription médicamenteuse, tout en les désapprouvant. Convaincus que leur statut « pénitentiaire » nuit à la relation thérapeutique avec le malade, quelques médecins regrettent l'opinion que les détenus ont du service médical. « Au niveau de quelques enquêtes rapides réalisées dans quelques prisons, la revendication contre le corps médical vient pratiquement avant la revendication sur la question de la nourriture », affirme Antoine Lazarus dans une interview télévisée<sup>2</sup>.

D'autres, à l'inverse, alimentent de manière peu crédible l'image d'une médecine indépendante et respectée. Dans une thèse dirigée par Solange Troisier, un interne de La Santé observe au terme d'une enquête par questionnaire que 90% des détenus interrogés « reconnaissent aux médecins "pénitentiaires" une "situation particulière le différenciant nettement de l'Administration pénitentiaire elle-même" »<sup>3</sup>. Les 10% restant s'expliquent selon lui par l'origine étrangère de nombreux détenus, « les problèmes de communication [étant] en partie responsables de cette manière de voir ». Il illustre son propos en citant les « bonnes réponses »<sup>4</sup> (« Je pense qu'ils font un travail qui fait honneur à leur profession » ou « Compte tenu des obstacles qu'ils rencontrent, leur vie est un véritable sacerdoce ») et les « moins bonnes » (« La médecine pénitentiaire, action nécessaire à la sécurité de l'établissement, pour que les peines s'y exercent bien et que les détenus puissent souffrir pour payer leur dette sociale, mais en bonne santé physique apparente »). Sans cesse malmené au sein de l'espace public, le costume de médecin pénitentiaire apparaît trop disqualifiant pour pouvoir être endossé durablement. L'exercice médical en prison ne peut ainsi donner lieu à une spécialité médicale reconnue.

<sup>1</sup> « Médecins des prisons : 2ème partie », 1ère chaîne, 24/03/1976, 1 heure, Archives INA.

<sup>2</sup> « Dijon, capitale de la médecine pénitentiaire », JT 20H, Antenne 2, 24/11/1978, Archives INA.

<sup>3</sup> ROUSSEL Brice, *Paroles de détenus. Enquêtes sur la Médecine avant et pendant la prison*, thèse de médecine, Faculté de Paris-Sud, 1979.

<sup>4</sup> Les termes utilisés sont bien sûr de l'auteur de la thèse lui-même.



## CONCLUSION DE LA PREMIERE PARTIE

Le mouvement de remise en cause de l'institution carcérale qui a lieu au début des années soixante accélère le mouvement de spécialisation de l'activité médicale en prison initié par Georges Fully. Pour lui, la reconnaissance d'une médecine pénitentiaire spécifique est indissociable de son autonomisation. En dépit de ses efforts, les impératifs sécuritaires l'emportent parfois sur les exigences médicales comme en témoigne l'usage de la contention. C'est précisément cette soumission de la médecine à l'autorité pénitentiaire que condamnent les militants de la cause carcérale. En réponse à ces accusations, des soignants prennent pour la première fois la parole, d'abord à titre individuel puis de façon collective, au sein de l'espace public, que ce soit pour confirmer ou réfuter ces griefs. Emerge, dans la continuité de la politisation des « années 68 », un segment d'internes pénitentiaires désireux de faire prévaloir les règles de la déontologie sur celles du Code de procédure pénale.

La remise en cause de l'institution pénitentiaire et de sa médecine n'est ainsi pas sans conséquences sur les professionnels exerçant en prison. Tandis que certains font le choix de s'extraire de la relation de subordination qui les lie au ministère de la Justice en démissionnant, d'autres tentent de se mobiliser afin d'assurer le respect de leur autonomie professionnelle. Georges Fully tente d'utiliser cette contestation comme une ressource supplémentaire dans sa stratégie d'autonomisation et de reconnaissance des médecins pénitentiaires. Cette dynamique culmine lors du congrès de décembre 1972 avec la remise au garde des Sceaux d'une motion affirmant le respect de la déontologie médicale. Il prend un terme en 1973 avec la nomination de Solange Troisier en tant que Médecin-inspecteur.

Proche du pouvoir politique, cette dernière tente de limiter l'apparition de toute contestation parmi les praticiens, notamment à l'occasion des congrès médicaux. Partisane d'une médecine conçue comme « auxiliaire de Justice », elle tente de légitimer une meilleure prise en compte des contraintes pénitentiaires dans l'exercice médical. Elle formalise pour cela une médecine qui se distinguerait de la pratique médicale courante du fait des nombreuses spécificités carcérales (simulations, automutilations, grèves de la faim, etc.). Tant par ambition personnelle que par désir de relégitimer un secteur d'action publique discrédité, Solange Troisier favorise l'apparition d'une nouvelle spécialité médicale dont elle prendrait la tête. Elle revalorise pour cela la rémunération des infirmières et des médecins. Elle promeut les congrès au cours desquels est célébrée cette spécialité en voie de constitution. Elle développe l'enseignement de la médecine pénitentiaire. Enfin, elle réussit du fait de ses nombreuses ressources à faire reconnaître par certains de ses pairs cette activité. En témoigne la création

d'une chaire d'université en 1977 ou encore le soutien apporté par certains représentants du secteur médical à son action. Le doyen de la faculté de médecine de Lariboisière Saint-Louis se félicite ainsi au cours d'un congrès du développement de cette spécialité : « Si on considère la médecine pénitentiaire non pas seulement comme une médecine de soins, mais comme une médecine de toute la personne, et bien, il est certain qu'en France et dans tous les pays du monde, il doit y avoir alors une demande assez considérable »<sup>1</sup>.

La spécialisation de la médecine apparaît ainsi comme un phénomène complexe. Elle ne peut tout d'abord se réduire à une logique purement médicale. Certes, il s'agit de sa dimension la plus visible : c'est par la mise en évidence d'une pathologie carcérale, par l'organisation de congrès et par des publications médicales que la médecine pénitentiaire s'affirme en tant que discipline. Pourtant cette dimension ne prend son sens que par les rapports qui s'instaurent entre ces professionnels et ceux de la prison. Tout d'abord, les efforts entrepris par ces médecins n'auraient tout d'abord pas été possible sans le soutien de certains magistrats occupant des postes décisionnels au ministère de la Justice<sup>2</sup>. Georges Fully puis Solange Troisier ont, en second lieu, recouru à d'autres acteurs médicaux extérieurs à la médecine pénitentiaire. Notons ici le rôle central de la médecine légale à laquelle s'adosse la médecine pénitentiaire dans sa tentative de spécialisation. Enfin, et surtout, l'enjeu de la spécialisation de la médecine pénitentiaire est une lutte pour la définition légitime du rôle de médecin pénitentiaire, et notamment en matière d'articulation entre les exigences médicales et carcérales. Le principal enjeu de la spécialisation de cette activité est ainsi moins médical que carcéral : de la définition de la médecine pénitentiaire découlent de nombreuses conséquences directes sur la régulation d'un établissement carcéral : peut-on procéder à une injection de sérum glucosé ou à la pose d'une sonde gastrique à un gréviste de la faim contre sa volonté ? qui décide en dernier recours de l'hospitalisation d'un détenu ? De quel pouvoir le directeur d'établissement dispose-t-il à l'égard des praticiens ? Le dossier médical doit-il être partagé avec le magistrat et plus largement quel usage le praticien doit-il faire des informations qu'il est amenées à connaître ? Ce dernier est-il au service du détenu, dont il serait le médecin traitant, ou de l'Administration pénitentiaire qui le rémunère ? Toutes ces questions relèvent ainsi tout autant de la médecine que de la politique carcérale.

Souligner les enjeux « non-médicaux » de la spécialisation de la médecine pénitentiaire et de sa reconnaissance en tant que discipline amène une seconde remarque. Si la spécialisation est bien une stratégie de la définition légitime du métier de praticien pénitentiaire, et des obligations qui lui sont liées, cette spécialisation ne peut dès lors plus être appréhendée

---

<sup>1</sup> DAP, *Premier congrès mondial de médecine pénitentiaire*, op.cit., p.310.

<sup>2</sup> Faute de sources, on dispose de peu d'éléments sur ces soutiens. On sait cependant que Solange Troisier a bénéficié de l'aide de Christian Dablan, Directeur de l'Administration pénitentiaire.

comme un phénomène univoque d'autonomisation. Elle est l'objet d'usages différenciés qui varient selon les stratégies personnelles de ceux qui en sont à l'origine. Le rôle surdimensionné conféré au Médecin-inspecteur, représentant le plus légitime de la spécialité en question, explique les deux usages aussi divergents qu'on a pu distinguer. Ancien résistant, marqué par l'expérience de la déportation, Georges Fully témoigne d'une représentation militante de son rôle de Médecin-inspecteur. Au service des détenus, il tente d'assurer aux praticiens dont il a la responsabilité les conditions de leur autonomie professionnelle. A l'inverse, auparavant dotée d'importantes responsabilités politiques et fortement inscrite dans des jeux de pouvoir, Solange Troisier assume une vision plus politisée de son rôle de Médecin-inspecteur. Certes son action vise également à défendre l'idée d'une médecine pénitentiaire spécifique ainsi qu'à revaloriser les conditions de travail des professionnels de santé travaillant en prison. Sa démarche a cependant un sens spécifique au regard de la démarche de Georges Fully, et ce pour deux raisons.

Tout d'abord, le second Médecin-inspecteur vise moins à autonomiser l'action des soignants de l'Administration pénitentiaire que du ministère de la Santé. En rappelant à chaque reprise que le praticien évolue dans un milieu spécifique auquel il doit être attentif, Solange Troisier fait prévaloir les exigences pénitentiaires sur celles de nature déontologique. Elle place ainsi son action au service du ministère de la Justice dont le médecin n'est selon elle qu'un auxiliaire. Le Médecin-inspecteur écarte les praticiens trop revendicatifs et qui sont rétifs à sa conception de la médecine pénitentiaire. La délimitation d'une discipline médicale vise davantage à ses yeux à conserver la main sur un champ d'action publique qui demeure alors à l'écart du contrôle du ministère de la Santé. Les règles qui régissent l'action des soignants échappent presque totalement au reste du système de santé<sup>1</sup>. Le transfert des services médicaux sous la tutelle du ministère de la Santé imaginé dans le cadre du « décroisement » aurait eu pour effet de ruiner les efforts de Solange Troisier. La crainte de l'Administration pénitentiaire de perdre le contrôle du personnel médical, la volonté du Médecin-inspecteur de garder la mainmise sur son pré-carré ainsi que les réticences de la Direction de la sécurité sociale (DSS) sont à l'origine de l'échec du projet. Le transfert de la psychiatrie au ministère de la Santé, via la sectorisation hospitalière, met fin à tout projet de réforme concernant les soins somatiques.

Le second objectif de Solange Troisier dans la spécialisation de la médecine pénitentiaire est de réhabiliter un secteur pour lequel l'Administration pénitentiaire est fortement contestée. A

---

<sup>1</sup> On pense par exemple ici aux règles déontologiques ou aux procédures qualité mais également à des règles plus pragmatiques qui assurent la régulation de la médecine pénitentiaire. Par exemple, celle selon laquelle les praticiens ne réalisent qu'une faible part de leur vacation (entre un dixième et la moitié selon les établissements). Celle-ci ne sera remise en cause après l'alternance et après le transfert de la mission de contrôle au ministère de la Santé (Cf. Introduction du chapitre 5 : « Les spécificités carcérales à l'épreuve du "décroisement" »).

l'encontre des accusations formulées par les militants de la cause carcérale ainsi que par la presse critique, le Médecin-inspecteur tente de faire reconnaître les progrès accomplis en matière de soin des détenus. « Quand le Dr Solange Troisier, inspecteur général de l'Administration pénitentiaire dit : "Lorsque j'ai débuté à la Roquette, j'y apportais mon spéculum et ma propre table gynéco. Aujourd'hui, Fresnes et les Baumettes sont des hôpitaux de seconde catégorie", on mesure le chemin parcouru », observe une journaliste (*Figaro-Magazine*, 2/02/1980). La spécialisation de la médecine pénitentiaire opérée par Solange Troisier est ainsi inséparable de la réhabilitation d'un secteur d'action publique discrédité.

Ce modèle est peut-être, comme on en fait l'hypothèse, également à l'origine de la spécialisation de la médecine pénitentiaire à l'étranger. Aux Etats-Unis, au Canada, en Espagne, en Allemagne, en Italie ou en Angleterre s'affirme au même moment une spécialité médicale conçue comme spécifique aux prisons. En témoignent les propos tenus par les représentants étrangers à l'occasion des congrès organisés par Solange Troisier. « Je crois fermement qu'il s'agit d'une branche de la médecine », déclare le Dr Ingrey-Senn, directeur du service médical des prisons de Londres<sup>1</sup>. Sans établir un lien de causalité, on peut remarquer que la prise en charge des détenus est également l'objet d'une forte remise en cause dans ces pays. En atteste la publication en 1975 par un spécialiste des problèmes de politique sanitaire américain, consultant de l'OMS et de la ville de New York, d'un livre, *La santé en prison. Une parodie de justice*, condamnant sévèrement l'organisation des soins en milieu carcéral<sup>2</sup>. Ce chercheur-militant suggère l'assimilation du médecin de prison aux autres médecins de la collectivité ainsi que le contrôle de la communauté sur les soins prodigués aux détenus. Un sociologue britannique, le Dr Roger Geary, relève de même dans un rapport remis au Conseil national pour les libertés civiles la mauvaise qualité des soins avant de recommander que le *National health service* soit en charge de la santé des détenus (*QDM*, 21/10/1980).

La première « configuration réformatrice », qui s'étend de 1970 à 1981, est par conséquent dominée par les variables professionnelles et institutionnelles. Professionnelles tout d'abord du fait de l'autonomisation croissante d'un segment au sein du secteur médical. La spécialisation de la médecine pénitentiaire, initiée sous Georges Fully, s'accroît au cours des années soixante-dix. Sous l'action du nouveau Médecin-inspecteur, cette activité médicale semble bénéficier d'une relative reconnaissance au sein du secteur médical qui culmine avec la création d'une chaire autonome de médecine pénitentiaire en 1980. Cette reconnaissance

---

<sup>1</sup> DAP, *Premier congrès mondial de médecine pénitentiaire*, op.cit., p.250.

<sup>2</sup> GOLDSMITH Seth B., *Prison health. Travesty of justice*, New York, Prodist, 1975, in *RSCDPC*, 1977, p.981.

universitaire est paradoxalement un argument de poids à l'encontre d'un transfert de l'activité sanitaire au ministère de la Santé. Parce qu'elle est spécifique et qu'elle est irréductible à l'exercice médical classique (« C'est toute la médecine avec quelque chose en plus »), la médecine pénitentiaire ne peut être transférée au ministère de la Santé et doit rester sous la tutelle de la Chancellerie. L'organisation des soins aux détenus demeure ainsi durant les années soixante-dix un secteur autonome du monde médical, principalement régi par des règles pénitentiaires.

Outre cette variable professionnelle, la logique institutionnelle est le second facteur qui favorise cette autonomisation et contraint fortement les possibilités de réforme. Le rôle joué par le Médecin-inspecteur apparaît à cet égard crucial. Directement rattaché au Directeur de l'Administration pénitentiaire, celui-ci exerce, et ce dès Georges Fully, davantage un rôle de conseiller et de pilotage de la politique sanitaire en prison que de contrôle médical proprement dit. Cette dimension stratégique du poste de Médecin-inspecteur apparaît renforcée avec la nomination de Solange Troisier. Ses contrôles visent moins à s'assurer du travail exercé par les praticiens que de leur fidélité aux idées qu'elle promeut en la matière. Sa gestion patrimoniale et discrétionnaire des médecins pénitentiaires favorise la mise en place d'un segment d'internes et de praticiens faisant prévaloir les impératifs pénitentiaires sur la déontologie médicale. En outre, et ce contrairement à son prédécesseur, Solange Troisier dispose de multiples ressources, en raison de sa position « marginale-sécante » entre la médecine et la politique, qu'elle met au service de son projet consistant à « faire de la médecine pénitentiaire une médecine à part »<sup>1</sup>. Le contrôle exercé durant cette période par Solange Troisier exclut toute intervention d'un autre acteur administratif, et notamment du ministère de la Santé. L'organisation des soins en prison est à cette époque un secteur régulé exclusivement par l'Administration pénitentiaire, et principalement par son Médecin-inspecteur.

Ce système de régulation est un obstacle à toute volonté de réforme extérieure au ministère de la Justice. C'est ainsi qu'en 1975, la conseillère technique de Simone Veil pour la Justice, Myriam Ezratty, tente selon ses termes un « premier essai » de réforme mais qui se heurte au Médecin-inspecteur. Outre la mainmise exercée par Solange Troisier exercée sur l'organisation des soins en prison, cet « échec » est à mettre en lien avec le contexte institutionnel global qui caractérise les relations entre les ministères et les directions elles-mêmes. Au niveau ministériel tout d'abord, selon Myriam Ezratty, la distance qui séparait alors la Chancellerie de l'avenue de Ségur fut un obstacle à sa tentative de réformer la médecine pénitentiaire. Le peu de magistrats en poste au ministère de la Santé, à cette époque,

---

<sup>1</sup> DAP, *Journées européennes de médecine pénitentiaire*, op.cit., p.2.

rendait toute communication difficile avec la Chancellerie où les énarques étaient rares : « C'était plutôt de l'ignorance. Donc c'étaient pas des collègues, c'était pas... Vis-à-vis d'un autre ministère déjà les liaisons sont pas toujours commodes et pourtant ce sont des énarques qui souvent se connaissent. Tandis que là, ils n'osaient pas se téléphoner, des choses comme ça... ». Cette distance entre ministères était, en second lieu, accrue en matière carcérale du fait du quasi-monopole exercé alors par l'Administration pénitentiaire : « A l'époque au ministère de la Santé, c'était le néant [...] En tous cas, je puis assurer que pour eux [avenue de Ségur], comme pour le commun des mortels, la prison était un monde étranger dans lequel on ne pénétrait pas. C'était vraiment complètement cloisonné », observe Myriam Ezratty<sup>1</sup>. L'Administration pénitentiaire était, enfin, elle-même en partie coupée du reste de la Chancellerie du fait de son fonctionnement spécifique. Ancienne chef de bureau à l'Education surveillée, Myriam Ezratty connaissait alors très peu la DAP.

Les facteurs professionnels et institutionnels apparaissent ainsi centraux durant les années soixante-dix dans l'organisation de la médecine pénitentiaire et dans la difficulté à réformer ce secteur d'action publique. C'est ce que confirme, en creux, la réforme de la psychiatrie pénitentiaire. Traversé par une dynamique de professionnalisation assez importante, ce domaine bénéficie de soutiens extérieurs au sein du secteur psychiatrique tout d'abord ainsi qu'au niveau ministériel. Tout d'abord, même s'ils sont déconsidérés dans le secteur hospitalier classique, les psychiatres pénitentiaires ont alors accès à plusieurs revues où ils publient des articles sur leurs conditions de travail, notamment du fait de problématiques connexes entre l'hôpital psychiatrique et l'institution carcérale. Des congrès ont lieu à ce sujet en dehors du contrôle opéré par Solange Troisier lors des rencontres de médecine pénitentiaire, et ce notamment avec l'aide des sociétés savantes de criminologie où la psychiatrie pénitentiaire est bien représentée. En second lieu, au niveau administratif, les psychiatres travaillant en prison auraient trouvé un allié en la personne de Marie-Rose Mamelet de la DGS. C'est ce soutien administratif qui fait alors défaut aux médecins somatiques.

A l'encontre des facteurs professionnels et institutionnels, les variables politiques et cognitives semblent en revanche durant cette première configuration réformatrice de moindre importance. Malgré la volonté des ministres de la Justice, Jean Lecanuet, et de la Santé, Simone Veil, le projet d'une réforme de l'organisation demeure alors largement « immergé » au sein du circuit administratif. C'est, on l'a vu, au sein d'une réunion de la DAP survenue le 28 novembre 1974, à laquelle n'assistent aucun membre du ministère de la Santé, qu'est mis fin à l'idée d'un transfert du personnel médical et ce, outre les difficultés budgétaires, pour

---

<sup>1</sup> Myriam Ezratty, magistrat et directrice de la DAP d'avril 1983 à juillet 1986. Entretien le 8/02/2008, 3H30.



des raisons sécuritaires<sup>1</sup>. Aucun acteur politique ne s'empare alors de l'organisation des soins en prison, et ce notamment en raison de l'emprise exercée par Solange Troisier sur ce secteur.

La dimension cognitive apparaît également moins centrale dans cette première configuration. L'idée de « décloisonnement » remet certes en question la politique adoptée jusque-là en matière pénitentiaire. Deux obstacles limitent néanmoins sa portée. Cette notion souffre tout d'abord d'une signification très vague. Revendication professionnelle formulée par certains médecins, le décloisonnement est également un concept érigé au sein de la Société générale des prisons comme un moyen destiné à re-légitimer l'action de l'Administration pénitentiaire en sollicitant le recours aux autres ministères. C'est ce flou définitionnel qui permet par exemple au Médecin-inspecteur de présenter l'« ouverture de la prison vers l'université », que concrétise la création d'une chaire de médecine pénitentiaire, comme une forme de « décloisonnement »<sup>2</sup>. La spécialisation de l'activité médicale en détention a pourtant comme objectif d'éviter le transfert de l'organisation des soins au ministère de la Santé. La promotion d'une « médecine pénitentiaire » spécifique par Solange Troisier s'inscrit ainsi à l'encontre de l'idée de décloisonnement. Second obstacle, cette notion n'est endossée par aucun acteur politique ou administratif d'envergure. Seule Hélène Dorlhac de Borne semble s'y référer. Sans grande influence, la secrétaire d'Etat à la condition pénitentiaire quitte ses fonctions en août 1976 sans être remplacée.

La première configuration de réforme de la médecine pénitentiaire est ainsi dominée par des variables professionnelles et institutionnelles dont Solange Troisier est le principal représentant. Cette période s'achève par un durcissement de la politique carcérale. Confronté à une forte opposition des gaullistes hostiles à toute « libéralisation », le gouvernement ajoute à la réforme pénitentiaire un volet plus sécuritaire sous la forme des Quartiers de haute sécurité (QHS). Pierre Aymard, directeur de l'Administration pénitentiaire depuis octobre 1976, favorable à l'idée de décloisonnement<sup>3</sup>, est renvoyé suite à l'évasion de Jacques Mesrine et de François Besse du QHS de la prison de La Santé en mai 1978<sup>4</sup>. Pour répondre

---

<sup>1</sup> On se permet de citer à nouveau le passage du compte-rendu de cette réunion faisant état de cette opposition : « Il paraît finalement difficile de concilier les deux impératifs dans le cadre du décloisonnement total qui a été envisagé, car si tous les personnels sont soumis au statut des hôpitaux publics, il est à craindre qu'il ne se développe en leur sein une autonomie qui risque de les faire échapper complètement au contrôle de l'Administration pénitentiaire » (AP, « Mémoire de la réunion du 28 novembre 1974 au sujet de la réforme du statut de la médecine pénitentiaire ». Document dactylographié, trois pages (CAC. 19960136. Art. 112))

<sup>2</sup> « Le personnel pénitentiaire », *RPDP*, 04-06/1981, p.179.

<sup>3</sup> Après son départ, Pierre Aymard défend dans une tribune une plus grande implication des autres ministères, dans le sens du décloisonnement : « La prison doit être l'affaire de tous. La ville doit la prendre en charge » (*LM*, 15/06/1978).

<sup>4</sup> Jacques Mesrine est considéré comme « l'ennemi public numéro un » après qu'il se soit évadé, en mai 1978, et qu'il ait adressé, après s'être introduit chez un magistrat, une lettre ouverte aux journaux pour obtenir la suppression des QHS. « Des conséquences sérieuses doivent être tirées en ce qui concerne l'organisation du système pénitentiaire », déclare alors un communiqué de l'Elysée. (LETENEUR Henri, *art.cit.*, p.193)

aux accusations de laxisme, Christian Dabanc, préfet décrit comme un « homme à poigne », est nommé à la tête de la Pénitentiaire (*La Croix*, 19/05/1978). Après la victoire de la droite aux législatives de 1978, la notion de « dangerosité » apparaît pour la première fois au cœur de la nouvelle politique pénale, aboutissant à la loi du 22 novembre 1978 qui établit les peines de sûreté et restreint les pouvoirs du juge de l'application des peines. Lors d'un voyage aux Etats-Unis, Alain Peyrefitte propose sur ce modèle de remettre en cause le sens de la peine tel qu'il avait été défini depuis la Libération :

*« Le but de la prison était de réhabiliter l'homme et de le faire revenir dans la société. Or, les Américains eux-mêmes, qui avaient montré la voie, sont revenus sur ces idées généreuses [...] Il n'est pas possible de transformer un homme qui est en prison et qui a envie d'en sortir le plus vite possible en un homme qui sera un individu sociable »<sup>1</sup>.*

L'idée de décroisement apparaît ainsi largement à la fin des années soixante-dix reléguée au second plan au profit de la mission sécuritaire. « Les prisons ont pour rôle d'intimider et de neutraliser. Sauf cas exceptionnel, elles ne peuvent pas rééduquer », soutient un célèbre Professeur de droit membre du Conseil supérieur de la magistrature<sup>2</sup>. La hausse du nombre de détenus (33.000 en 1979, 35.000 en 1980, 42.000 en 1981) se répercute sur l'ensemble des conditions de vie qui se dégradent. Le taux de chômage en détention atteint presque 35% entre 1975 et 1978 (contre 17,9% en 1970) tandis que le nombre de suicides augmente. La répartition du budget de la Justice pour l'année 1981 traduit les nouvelles priorités en consacrant deux cents postes à la surveillance contre trente-huit aux éducateurs : « Une fois de plus les nécessités de la répression l'emportent sur celles de la prévention » (*LM*, 23/09/1980).

La loi dite « sécurité et liberté », votée le 2 février 1981, vient clore cette période en rendant plus difficile l'octroi des permissions de sortie et la libération conditionnelle. Dans son analyse, très politisée, Marie-Pierre Le Nezet y voit une « régression » de la politique pénitentiaire : « Le choix est fait d'une politique de répression, de mise à l'écart de nombreux délinquants, le Syndicat de la magistrature accrédite le chiffre de 70.000 détenus en 1983 si le pouvoir pratique une telle politique »<sup>3</sup>. Cette période sécuritaire prend un terme avec l'alternance de 1981. Les idées de décroisement et de droit des détenus, promues toutes deux durant les années soixante-dix, guident désormais la politique carcérale conduite par un groupe de magistrats militants issus du Syndicat de la magistrature. Devenu un paradigme de la politique carcérale, le décroisement ouvre la voie à une réforme de l'organisation des soins annonçant la disparition de la médecine pénitentiaire en tant que spécialité médicale.

---

<sup>1</sup> « Dans les prisons U.S., j'ai pris ces idées de réforme », *Paris-Match*, 1979.

<sup>2</sup> SOYER Jean-Claude, « Il faut oser punir », *Le Figaro*, 27/09/1979.

<sup>3</sup> LE NEZET Marie Pierre, *La régression de la politique pénitentiaire depuis 1975*, op.cit., pp.24-25..





## **SECONDE PARTIE**

### **LA REMISE EN CAUSE D'UNE MEDECINE SPECIFIQUE : UNE RECONFIGURATION COGNITIVE**



## INTRODUCTION DE LA SECONDE PARTIE

La notion de « décloisonnement » apparaît après les révoltes survenue entre 1972 et 1974. Elle peut être analysée, comme on l'a suggéré, comme une « traduction », du point de vue des professionnels de la prison et des sciences pénitentiaires, de la principale revendication défendue au début des années soixante-dix par les militants de la cause carcérale : mettre fin à la coupure entre le dedans et le dehors qui condamnait à l'échec, selon eux, cette institution initialement destinée à « ré-insérer ». Decloisonner la prison signifiait dès lors faire tomber les murs invisibles qui empêchaient jusque-là que les détenus puissent jouir de leurs droits, à l'exception de celui d'aller et venir. L'idée de « décloisonnement » remet en question ainsi la politique du « tour carcéral » qui était jusque-là l'idéal de l'institution carcéral même si dans les faits ce modèle était peu appliqué pour des questions budgétaires<sup>1</sup>. Bien qu'émergente, la notion de décloisonnement produit cependant peu d'effets durant les années soixante-dix parce que sa définition fait débat et parce qu'elle n'est endossée par aucun acteur politique important.

Parmi les différents modèles existants en analyse des politiques publiques, les approches cognitives ont connu un important essor depuis la fin des années quatre-vingt. Contrairement à l'analyse séquentielle, elles ont pour particularité de considérer que les politiques publiques constituent moins la solution apportée par les gouvernants à un problème initial qu'un changement de sens et de représentation d'une question spécifique : « Faire une politique publique, ce n'est donc pas "résoudre" un problème, mais construire une nouvelle représentation des problèmes qui met en place les conditions socio-politiques de leur traitement par la société, et structure par là même l'action de l'Etat »<sup>2</sup>. Les différents modèles que recouvre cette approche ont pour point commun de considérer qu'il existe des principes abstraits caractérisant une « vision du monde » pouvant être déclinée en normes orientant concrètement les décisions publiques<sup>3</sup>. Cette seconde « strate cognitive et normative » conduit, enfin, à mobiliser certains modes d'action et instruments plutôt que d'autres<sup>4</sup>.

L'idée de « décloisonnement » semble pouvoir être analysée au prisme de l'approche cognitive. Elle s'apparente, en effet, à une représentation globale selon laquelle les institutions publiques ne pourraient pas fonctionner de manière repliée à l'égard du social. Le

---

<sup>1</sup> Cf. Annexe 12: « La réforme Amor de 1945 et le modèle du "tout-carcéral" ».

<sup>2</sup> MULLER Pierre, SUREL Yves, *L'analyse des politiques publiques*, Montchrestien, Paris, 1998, p.31.

<sup>3</sup> Il est d'usage de distinguer le modèle paradigmatique de Peter Hall, la « coalition de cause » de Paul Sabatier, ainsi que le modèle du référentiel de Pierre Muler et Bruno Jobert.

<sup>4</sup> Pour une description des trois modèles selon leurs principes métaphysiques, leurs principes spécifiques et leurs modes d'action. Cf. SUREL Yves, « Idées, intérêts, institutions dans l'analyse des politiques publiques », *Pouvoirs*, n°87, 1998, p.161-178.

décloisonnement serait ainsi la déclinaison au niveau de l'action publique d'une revendication militante apparue durant les « années 68 » et dont serait en partie né le mouvement de contestation de la prison apparu au début des années soixante-dix.

Le décloisonnement peut ainsi être interprété au prisme du modèle développé par Peter Hall en termes de paradigmes<sup>1</sup>. A partir du modèle développé par Thomas Kuhn en matière de révolution scientifique, Peter Hall propose de comprendre comment évolue la « matrice cognitive et normative », constituée des idées et normes à partir desquelles agissent les décideurs. Selon lui, le changement des politiques publiques doit être différencié selon sa nature. En période « normale » se produisent uniquement des ajustements qui portent sur l'utilisation des instruments (premier ordre) ou le choix des instruments (second ordre), sans remettre en question le but guidant l'action publique (troisième ordre). Si les problèmes persistent, en particulier lorsque d'autres façons de faire et de penser existent sous la forme d'un stock de diagnostics alternatifs, un changement de politique de troisième ordre est alors possible. A l'image d'une révolution scientifique, les acteurs adopteraient dès lors de nouvelles « lunettes » leur permettant d'adopter un regard neuf sur le sujet en question. On assisterait ainsi à l'émergence d'un nouveau paradigme pouvant être défini comme un système de croyances, d'explications et de solutions mis en œuvre par les gouvernants dans la conduite des politiques publiques. Il existe par conséquent une différence de nature entre les changements de premier ou de second ordre et un changement de troisième ordre :

*« First and second order change can be seen as cases of "normal policymaking", namely of a process that adjusts policy without challenging the overall terms of a given policy paradigm, much like "normal science". Third order change, by contrast, is likely to reflect a very different process, marked by the radical changes in the overarching terms of policy discourse associated with "a paradigm shift" »<sup>2</sup>.*

Le modèle paradigmatique de Peter Hall semble pertinent en matière de politique carcérale. Le paradigme du « tout-carcéral » visait à transformer le détenu. A l'aide des nouvelles sciences, telle la criminologie, le ministère de la Justice souhaiterait faire du détenu un homme nouveau. A l'inverse, avec l'idée de décloisonnement, l'institution pénitentiaire ne prétend plus désormais transformer le détenu et le réinsérer mais se contente de manière plus pragmatique de limiter au mieux les dommages causés par l'incarcération. La prison est réduite à un rôle de mise à l'écart des déviances et les droits de la personne humaine s'autonomisent progressivement de l'idée de sanction. Le but guidant l'action publique n'est désormais plus le même. La politique de décloisonnement ne traduirait donc pas seulement le

---

<sup>1</sup> Cette présentation s'appuie notamment sur SMITH Andy, « Paradigme », dans BOUSSAGUET L., JACQUOT S., RAVINET P. (dir.), *Dictionnaire des politiques publiques*, Paris, Presses de Sciences Po, 2004 ; MULLER Pierre, SUREL Yves, *L'analyse des politiques publiques*, Montchrestien, Paris, 1998, pp.140 et suiv.

<sup>2</sup> HALL Peter, "Policy Paradigms, Social Learning and the State. The Case of Economics Policymaking in Britain", *Comparative politics*, vol.25, 1993, p.297.



choix de nouveaux instruments (encellulement individuel ou collectif, place accordé au travail, recours à l'instruction, etc.) ou un autre usage de ceux-ci mais bien une réorientation de l'action publique. Comme le suggère Peter Hall, la portée de ce changement est manifeste à travers le nouveau vocabulaire usité en la matière, le terme « détenu » se substituant par exemple à celui de « prisonnier ». Les déclarations faites par le nouveau garde des Sceaux tranchent alors radicalement avec celle de ces prédécesseurs et notamment d'Alain Peyrefitte :

*« Le cinéma n'est que l'une des nombreuses activités culturelles que l'administration pénitentiaire entend promouvoir, avec le théâtre, la musique, la lecture, les arts plastiques, afin de donner à la vie du détenu sa dimension culturelle, propice à favoriser son épanouissement personnel »<sup>1</sup>.*

Ce changement de paradigme n'est bien sûr pas brutal. S'inspirant des travaux de Peter Hall, M. Howlett et M. Ramesh ont distingué six étapes permettant de mieux comprendre comment le paradigme du décroisement s'est imposé<sup>2</sup>. Après une période « normale » caractérisée par la stabilité, plusieurs « anomalies » surviennent. Les révoltes et la contestation dont fit l'objet l'Administration pénitentiaire ont ainsi conduit à remettre en cause le paradigme du « tout-carcéral ». S'engage alors une phase d'« expérimentation », où le paradigme est amendé sans pour autant disparaître. Les différentes tentatives d'ouverture, notamment en matière de santé, témoignent de l'insatisfaction exprimée par de nombreux professionnels pénitentiaires à l'égard d'un système trop « cloisonné ». Au terme d'une phase de contestation le nouveau paradigme est, enfin, institutionnalisé.

Le modèle paradigmatique n'est pas incompatible, par conséquent, avec un changement de type incrémental. C'est ainsi que la notion de « décroisement » semble progressivement se diffuser au sein de l'Administration pénitentiaire durant la seconde moitié des années soixante-dix<sup>3</sup>. En attestent les propos de ce magistrat arrivé à la DAP en mars 1981 : « Alors, il y avait un autre concept qu'on utilisait, qui était bien antérieur je crois mais qu'on utilisait. Il courait comme ça un petit peu. C'est la notion de décroisement [...] C'était quelque chose dont on parlait dans les bureaux »<sup>4</sup>.

Cette diffusion n'a pas lieu de manière éthérée car l'émergence d'un nouveau paradigme n'est pas désincarnée. Concilier changements incrémental et paradigmatique implique ainsi de souligner le rôle des acteurs ayant endossé ces nouvelles croyances et leurs intérêts respectifs. En effet, comme le souligne Pascale Laborier, « rien n'indique que des transformations

---

<sup>1</sup> Assemblée Nationale, 2 août 1982, *Journal Officiel*. Cité dans CASSIA Paul, *Robert Badinter. Un juriste en politique*, Éditions Fayard, Paris, 2009, p.164.

<sup>2</sup> HOWLETT Michael, RAMESH M., *Studying public policy: policy cycles and policy subsystems*, Toronto, Oxford University Press, 1995. On s'appuie là aussi sur MULLER Pierre, SUREL Yves, *L'analyse des politiques publiques*, Montchrestien, Paris, 1998, p.139.

<sup>3</sup> Il serait intéressant de retracer, de manière plus fine que nous n'avons pu le faire, la trajectoire de la plupart des dirigeants qui composent la DAP entre le début des années soixante-dix et la fin des années quatre-vingt. On se contentera d'analyser le parcours de quelques-uns de ces magistrats.

<sup>4</sup> Jacques, magistrat chargé de la réglementation sanitaire de 1982 à 1989. Entretien réalisé le 11/01/2008, 3H30.

éventuelles soient imputables à un changement de paradigme, faisant d'une idéologie la *cause* d'un nouveau programme »<sup>1</sup>. Il s'agit, une nouvelle fois, de ne pas arbitrer *a priori* entre « intérêts » et « idées » mais de s'interroger simultanément sur ces deux dimensions. Si les acteurs se réfèrent à la notion de « décroisonnement », c'est autant par conviction que parce que cette idée vient légitimer leurs prises de position.

La diffusion du paradigme de décroisonnement, initiée dans les années soixante-dix, s'est brusquement accélérée avec l'accession de la gauche au pouvoir en 1981. Les alternances politiques représentent en effet un moment particulièrement propice à un changement de paradigme<sup>2</sup>. Les propos du nouveau Conseiller technique du garde des Sceaux attestent du regard radicalement différent désormais porté sur la question de la prise en charge sanitaire des détenus :

*« Quand je suis arrivé au ministère [de la Justice] en tant que Conseiller technique [sur les prisons] et que je leur ai demandé les projets qu'ils avaient [l'Administration pénitentiaire] en matière de santé... Il n'y avait rien ! Et j'ai conservé le projet de note qui avait été faite par l'Administration... Je l'ai conservé pour l'histoire parce que... C'était nul ! Y avait rien ! Je veux dire par là que l'Administration pénitentiaire n'avait pas l'ombre d'une idée sur la question. Et vous verriez la note et celle qui fut signée par le ministre après que je l'ai corrigée... Ce sont deux choses complètement différentes ! Dans un cas, on négotait je ne sais pas quoi... toujours en interne ! Et dans l'autre, c'est l'ouverture complète ! C'est le processus de décroisonnement qui est entamé. Et après l'Administration a suivi mais au début il n'y avait rien. Moi, je n'avais pas non plus en tête un projet spécialement défini mais tout de même l'idée de départ c'était d'ouvrir, c'est ce qu'on a appelé le décroisonnement »<sup>3</sup>.*

Ainsi la seconde partie de la thèse s'attache à souligner les logiques ayant permis au cours des années quatre-vingt la remise en cause de cette médecine spécifique mais stigmatisée par le biais d'une reconfiguration cognitive de la politique carcérale axée autour de l'idée de décroisonnement, entendue comme une ouverture vers d'autres partenaires institutionnels.

En favorisant l'accès à la décision à des magistrats-militants, issus du Syndicat de la magistrature, porteurs d'une nouvelle représentation de la prison mais aussi à une « communauté épistémique réformatrice » intitulée COSYPE, l'alternance de 1981 marque un tournant pour la politique pénitentiaire, notamment en matière d'organisation des soins. Ces professionnels-militants, travaillant en lien avec la prison pour la plupart depuis les années soixante-dix, souhaitent avant tout mettre en œuvre l'idée de décroisonnement formulée

---

<sup>1</sup> LABORIER Pascale, « Historicité et sociologie de l'action publique », dans LABORIER Pascale, TROM Dany, *Historicité de l'action publique*, 2003, p.428.

<sup>2</sup> Peter Hall explique ainsi la remise en cause du paradigme keynésien, qui a orienté la politique macroéconomique en Grande Bretagne depuis l'après-guerre jusque dans les années 1970, par les nombreuses anomalies économiques ainsi que par l'arrivée au pouvoir de Margaret Thatcher qui a consacré le paradigme monétariste (HALL Peter, « Policy Paradigms, Social Learning, and the State. The Case of Economic Policymaking in Britain », *Comparative Politics*, vol. 25, n°3, p. 275-296). De la même manière, Yves Surel rend compte de la loi sur le prix unique du livre par une série de conflits survenus dans les années soixante-dix ainsi que par l'arrivée de Jack Lang en 1981 à la tête du ministère de la culture (SUREL Yves, *L'Etat et le livre*, Paris, L'Harmattan, 1997).

<sup>3</sup> Jean Favard, magistrat à la DAP de 1970 à 1975 puis Conseiller technique du ministre de la Justice de 1981 à 1986. Entretien réalisé le 10/01/2008, durée: 3H00.

pendant le septennat précédent mais dont la mise en œuvre avait été décevante. La mise à mal du « cloisonnement » qui caractérisait jusqu'alors l'organisation des soins devient l'un des enjeux de cette nouvelle politique menée sous l'égide de Robert Badinter et de son Conseiller technique, Jean Favard. L'implication du Médecin-inspecteur dans un scandale judiciaire et la dénonciation publique de la médecine pénitentiaire par un Professeur hospitalier reconnu en 1982-1983 constituèrent autant de « fenêtres d'opportunité » légitimant un nouveau dispositif. Ils permirent le transfert de l'inspection médicale dans les prisons à l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et aux Médecins-inspecteurs de santé publique (Chapitre 4).

Placée sous le contrôle du ministère de la Santé, la prise en charge médicale des détenus se rapproche progressivement des standards du système national de santé. Certaines spécificités subsistent néanmoins, traduisant la persistance d'une autonomie de l'Administration pénitentiaire à l'égard du reste du système administratif français. La délégation de la santé à des groupements privés opérée à la fin des années quatre-vingt dans le cadre des prisons à « gestion mixte » marque l'achèvement du monopole, déjà ébranlé, exercé par l'Administration sur l'organisation des soins. Pensé à l'origine par Albin Chalandon, en matière de santé, comme un moyen d'échapper au transfert de la médecine pénitentiaire au ministère de la Santé, le « Programme 13.000 » places est mis en œuvre en 1988 par les magistrats-militants arrivés en 1981 qui y sont idéologiquement opposés. Ces derniers en détournent alors la signification première afin d'en faire une étape supplémentaire dans le décroisonnement de l'organisation des soins. Pour la première fois s'exerce dans quelques établissements une médecine non-pénitentiaire (Chapitre 5).

Au même moment, le développement du sida est un argument de poids en faveur d'une réforme de la prise en charge médicale des détenus. Il est mis à profit par les mêmes magistrats-militants favorables à un rapprochement avec le ministère de la Santé qui réussissent alors à faire adopter une première intervention des praticiens hospitaliers en milieu carcéral en matière de prise en charge du sida. L'épidémie contribue d'autre part à aggraver les conditions de travail des soignants exerçant en milieu pénitentiaire. Un segment de praticiens réfractaires à l'idée d'une médecine spécifique se forme et demande soit à titre individuel soit à titre collectif, via une association, leur rattachement au ministère de la Santé (Chapitre 6).

Ainsi, bien qu'elle puise ses origines dans le mouvement de remise en cause de l'institution pénitentiaire qui a lieu dans les années soixante-dix, la reconfiguration cognitive des politiques carcérales qui s'opère sous le nom de « décroisonnement » produit l'essentiel de ses effets à partir des années quatre-vingt du fait de l'alternance. En matière d'organisation des soins aux détenus, la loi du 18 janvier 1994 en est le terme final.



## CHAPITRE 4. LES «FENETRES D'OPPORTUNITE» DE REFORME DE LA MEDECINE PENITENTIAIRE

On propose dans ce chapitre de retracer les logiques ayant permis l'inscription de la réforme de la médecine pénitentiaire au début des années quatre-vingt. Celle-ci doit moins être entendue comme la réponse rationnelle à un problème, pourtant réel, que la rencontre fortuite entre certains événements ayant posé problèmes, certains professionnels porteurs de solutions et certains décideurs politiques acceptant de les mettre en œuvre. Ce modèle d'analyse correspond ainsi au modèle d'analyse de la décision défendu par John W. Kingdom.

Longtemps considérées comme la résolution d'un problème, les réformes ont été problématisées au cours des années soixante-dix comme des réponses aléatoires, les décisions cessant dès lors d'être pensées selon un schéma linéaire<sup>1</sup>. Plus que la réponse rationnelle à un problème, les solutions seraient ainsi avant tout « le produit de quelqu'un »<sup>2</sup>. Si elles échappent à un modèle déterministe, les réformes n'en sont pas pour autant purement fortuites et correspondent à des conditions de possibilité que la sociologie s'est depuis efforcée de définir, permettant ainsi d'échapper, soulignent Yves Mény et Jean-Claude Thoenig, à la fausse alternative du « hasard et de nécessité »<sup>3</sup>.

Refusant de considérer que la décision politique n'obéit à aucune règle stable, John W. Kingdom élabore, selon ses termes, une « version révisée » du modèle du « garbage can »<sup>4</sup>. Comparant la mise sur agenda d'une réforme au lancement d'une mission spatiale, qui ne peut partir qu'au moment, très restreint, où les planètes sont alignées, ce dernier propose la notion de « fenêtre d'opportunité » (*policy window*). Définies comme l'« opportunité pour les défenseurs de propositions de pousser leurs solutions préférées, ou de porter l'attention sur leurs problèmes particuliers »<sup>5</sup>, ces fenêtres naissent de la rencontre fortuite entre trois « courants » (problèmes, solutions, opportunités politiques) possédant chacun un développement autonome : « Les problèmes sont identifiés et définis selon des motivations et

---

<sup>1</sup> Dans leur modèle de la poubelle, Cohen, March et Olsen définissent ainsi une réforme comme étant la rencontre fortuite entre des problèmes, des solutions, des participants et des « occasions de choix » dont le désordre évoque celui d'une poubelle (COHEN Michael, MARCH James, OLSEN Johan, « Le modèle du "garbage can" dans les anarchies organisées » dans MARCH James, *Décisions et organisations*, Paris, Editions d'Organisation, 1991, pp.163-204).

<sup>2</sup> *Ibidem*, p.166.

<sup>3</sup> MENY Yves, THOENIG Jean-Claude, *Politiques publiques*, Paris, PUF, 1989.

<sup>4</sup> KINGDOM John W., *Agendas, Alternatives and Public Policies*, Boston, Little, Brown and Co, 1984. Cf. RAVINET Pauline, « Fenêtre d'opportunité » dans Boussaguet L., Jacquot S., Ravinet P. (dir.), *Dictionnaire des politiques publiques*, Paris, Presses de Sciences Po, 2004, pp.217-225.

<sup>5</sup> KINGDOM John W., *Agendas, Alternatives and Public Policies*, op.cit., p.173.

des critères propres à ce courant, qu'il y ait ou non des solutions aux problèmes et que ces problèmes soient ou non sensibles à des considérations politiques »<sup>1</sup>.

L'ouverture de cette « fenêtre politique », c'est-à-dire le « couplage » entre une solution et un problème, peut-être le fait de l'irruption d'un événement politique (*political window*) ou d'un nouveau problème (*problem window*)<sup>2</sup>. L'inscription sur l'agenda de la réforme de la médecine pénitentiaire répond à ces deux logiques. L'alternance politique favorise, à travers l'arrivée au pouvoir de magistrats-militants du Syndicat de la magistrature, une nouvelle interprétation des problèmes pénitentiaires, permettant à une « communauté épistémique réformatrice » d'accéder à l'agenda décisionnel (Section 1). La multiplication de « scandales » impliquant plusieurs praticiens exerçant en prison, et notamment Solange Troisier, légitime d'autre part la suppression du poste de Médecin-inspecteur et le contrôle du transfert médical au ministère de la Santé (Section 2).

---

<sup>1</sup> *Ibidem*, p.210.

<sup>2</sup> On entend par « problème » la perception d'un « écart entre ce qui est, ce qui pourrait être ou ce qui devrait être » (PADIOLEAU Jean-Gustave, *L'Etat au concret*, Paris, PUF, 1982, p.25).

## Section 1 - L'alternance de mai 1981 : les conditions d'une transformation de l'action pénitentiaire

*« Lors de son arrivée place Vendôme, M. Robert Badinter croyait connaître clairement les raisons du surpeuplement des établissements pénitentiaires, et par conséquent ses remèdes. Le surpeuplement était l'héritage d'un passé révolu, le legs d'une droite au pouvoir depuis des décennies. S'il y avait tant de détenus, c'était d'abord parce que trop de prévenus étaient maintenus en prison avant jugement, ou parce que trop de délinquants étaient condamnés à la prison ferme, ou encore parce que les peines de substitution n'étaient pas suffisamment utilisées. Le remède était simple : il suffisait de faire le contraire de ce qui avait été fait jusqu'alors.*

*Quatre ans après, confronté à la réalité des choses, force est de constater que la situation est fort différente de celle qui avait été imaginée. La proportion des véritables prévenus, c'est-à-dire les prévenus non encore jugés, est loin d'être aussi importante qu'on le pensait. La réponse massive des tribunaux à la délinquance n'est pas la prison mais, à plus de 80%, le sursis et l'amende. Les peines nouvelles instituées peuvent constituer un substitut fort naturel à l'amende et au sursis, mais elles ne semblent pouvoir remplacer la détention que dans une proportion assez limitée. Aussi est-il normal que le chiffre des détenus, après la déflation de 1981, ait retrouvé rapidement le même niveau qu'auparavant et l'ait même dépassé »<sup>1</sup>.*

La victoire de la gauche à l'élection présidentielle est interprétée par de nombreux acteurs du secteur judiciaire, tel le Syndicat de la magistrature, comme l'occasion de remettre en cause de façon radicale la politique « sécuritaire » d'Alain Peyrefitte. Cette réorientation était d'autant plus probable que les alternances politiques caractérisées par un large mandat et un contexte de « crise », comme ce fut le cas en 1981, offrent aux gouvernements l'opportunité de mettre en œuvre des réformes de forte ampleur<sup>2</sup>. « Disposant de moyens écrasants, le nouveau gouvernement était également convaincu, comme cela était prévisible, d'avoir reçu l'autorisation indubitable d'agir », remarque John Keeler au sujet de l'alternance de 1981 considérée comme une « assez grande fenêtre » politique<sup>3</sup>. Largement inattendue, la victoire de la gauche représentait un « état de grâce », selon l'expression de François Mitterrand, « assez fort pour que la gauche elle-même vécût son accession au pouvoir comme une sorte de miracle, qui risquait de ne pas durer, et imposait ainsi de faire le maximum de choses en un minimum de temps avec, en permanence, un sentiment d'urgence »<sup>4</sup>.

Pourtant, le « tournant » de 1981 affecte en apparence assez peu la politique pénitentiaire. Comme le remarque le Syndicat de la magistrature, la politique du gouvernement socialiste en matière carcérale demeure guidée par le principe formulé dès 1974 par Giscard : « L'emprisonnement est une privation de la liberté et rien d'autre »<sup>5</sup>. Mais surtout, le volontarisme du garde des Sceaux se heurte à l'inertie d'un secteur d'action publique frappé par de nombreuses contraintes, notamment syndicales. Les principales transformations

<sup>1</sup> PERIER DAVILLE Denis, « La politique pénale de la gauche », *Etudes*, n°363, 07-08/1985, p.43-51.

<sup>2</sup> KEELER John, *Réformer. Les conditions du changement politique*, Paris, PUF, 1994.

<sup>3</sup> *Ibidem*, p.72.

<sup>4</sup> CHEVALLIER Jean-Jacques, CARCASSONNE Guy, DUHAMEL Olivier, *La V<sup>e</sup> République.*, op.cit., p.275.

<sup>5</sup> « En attendant de démolir les prisons », *Justice*, n°86, 1981, p.11-12.

opérées en 1981 ne concernent pas tant le milieu politique que les décideurs administratifs. L'arrivée de décideurs ministériels (directeur de cabinet, Conseiller technique, chef de bureau) membres du Syndicat de la magistrature au ministère de la Justice favorise en effet une nouvelle représentation de la question carcérale (1). Une « communauté épistémique réformatrice », baptisée Coordination syndicale pénale (COSYPE), tente alors d'infléchir la politique de Robert Badinter, auprès de qui elle bénéficie d'un accès privilégié, en faveur d'un « décroisement » du statut des professionnels intervenant en milieu pénitentiaire, notamment en matière de santé (2).

### ***1. La gauche face aux prisons : le poids des contraintes carcérales et le renouvellement des hommes***

*« L'acharnement suspect de l'opposition contre le Garde des Sceaux Robert Badinter, au début de son mandat, a baissé en intensité. Pourtant, le ministre, réformiste, est bloqué par la faiblesse politique et parfois théorique de la gauche [...] Alors... Amnistie aujourd'hui pour les condamnés à de courtes peines, afin de désengorger les prisons ? Vous êtes laxiste. Révoltes dans les prisons ? Vous manquez d'autorité. Bientôt plus de 50.000 détenus dans les prisons françaises ? Vous avez accru la délinquance et la criminalité. Construire de nouvelles prisons ? Les communes –c'est-à-dire l'opinion- sont les premières à se rebiffer et à refuser. Simplement 2.000 places de plus ? Ridiculement insuffisant. Réinsérer, éduquer quand même ? Générosité dérisoire, vouée à l'échec. Les prisons pourrissoirs ont encore de beaux jours devant elles »<sup>1</sup>.*

L'élection de François Mitterrand le 10 mai 1981 à 20h est accueillie dans les établissements pénitentiaires par une immense clameur qui traduit les nombreuses attentes de la population pénale. Le nombre de détenus, quarante-deux mille, n'a jamais été aussi élevé depuis la Libération (*LM*, 16/05/1981). « L'alternance avait fait naître en juin 1981 une effervescence formidable dans les prisons. On considérait qu'elle signifiait que des mesures immédiates et très fortes allaient être prises s'agissant des prisons », note *a posteriori* Robert Badinter<sup>2</sup>. Pourtant l'institution carcérale est quasi-absente des cent dix propositions formulées par le candidat socialiste à la Présidence de la République<sup>3</sup>. Très vite des détenus protestent en vue d'une transformation de leurs conditions de vie. *Libération* y voit un phénomène similaire à la vague de contestation apparue au début des années soixante-dix : « On se croirait en 1974 après l'arrivée de Giscard au pouvoir. Les prisons frissonnent et rien ne permet de penser qu'elles n'exploseront pas comme en 1974 [...] Ainsi, l'univers carcéral reste l'un des rares endroits où l'on n'a pas senti passer la "grâce socialiste" » (*Libération*, 5/07/1981). Alors que les mouvements de détenus se multiplient et que de nombreuses voix

<sup>1</sup> SCHLEGEL Jean-Louis, « Le droit s'arrête-t-il à la porte des prisons ? », *Projet*, n°194, 07-08/1985, pp.2-6.

<sup>2</sup> Audition de Robert Badinter dans *La France face à ses prisons*, Rapport au nom de la commission d'enquête sur la situation dans les prisons françaises, Assemblée Nationale, n°2521, 28 juin 2000, tome II, p.160.

<sup>3</sup> Seule la proposition n°96, prévoyant la suppression de « toute censure », fait référence à la prison.



demandent l'adoption d'une réforme du système pénal et carcéral, dont Michel Foucault<sup>1</sup>, François Mitterrand nommé comme garde des Sceaux Robert Badinter, symbole alors de l'abolition de la peine de mort mais aussi très favorable à une humanisation des conditions de détention<sup>2</sup> :

*« J'étais arrivé à la Chancellerie avec des idées claires sur les prisons. Elles ne procédaient pas seulement de cette longue fréquentation des établissements pénitentiaires, ni de mes entretiens avec surveillants et détenus. J'avais pris part au débat intellectuel des années 1970, je connaissais Michel Foucault, j'avais suivi avec attention les événements de 1974 dans les Centrales et les réformes introduites par M. Schmelck. Je ne partageais pas l'utopie de l'abolition prochaine de la prison. Mais je mesurais lucidement les effets nocifs de celle-ci »<sup>3</sup>.*

Le ministre de la Justice annonce le 9 juillet des mesures destinées à résoudre une situation jugée « explosive ». Outre l'abrogation de la peine capitale, de la de la Cour de sûreté et de la loi Sécurité et Liberté, le ministre de la Justice promet une moindre incarcération des mineurs et la création de tribunaux de l'exécution des peines<sup>4</sup>. Afin de résoudre le problème pénitentiaire, le gouvernement socialiste a recours à une politique déflationniste. Sous l'effet de plusieurs mesures, les prisons françaises ne comptent plus au 1<sup>er</sup> octobre 1981 que 29.000 détenus, soit 40% de moins qu'au 1<sup>er</sup> juin : « C'était le plus bas niveau de population pénitentiaire depuis 1927 ! Tout risque d'explosion carcérale était conjuré »<sup>5</sup>.

Robert Badinter consacre cependant les premiers mois de son mandat à la mesure phare pour laquelle François Mitterrand a fait appel à lui. Les craintes nées au sein de l'opinion lors de l'abolition de la peine de mort, adoptée le 9 octobre 1981, auraient cependant selon ce médecin pénitentiaire été un obstacle à la réforme des conditions de détention :

*« Robert Badinter avait eu la maladresse stratégique de faire abolir la peine de mort en début de mandat. Si vous voulez, 81, Badinter arrive et la peine de mort n'est plus appliquée depuis longtemps. Ça a été un des thèmes des élections et il en a fait la priorité des priorités à titre de symbole. Ce que je peux comprendre. Ceci dit il n'y avait pas d'urgence, l'opinion publique était opposée. Il eut mieux valu la faire passer en fin de mandat. Il l'a fait passer d'entrée et ça a bloqué tout le reste »<sup>6</sup>.*

Le garde des Sceaux est en effet prudent en matière de réforme du régime carcéral où il tient à prendre en compte l'avis du personnel pénitentiaire, méfiant à l'égard du nouveau gouvernement. « L'espoir de la population pénale [est] à la mesure des inquiétudes nées chez

<sup>1</sup> FOUCAULT Michel, « Il faut tout repenser, la loi et la prison », *Libération*, 5/07/1981 ; KNOBELPIESS Bruno, « À quand la réforme pénitentiaire », *Libération*, 5/07/1981.

<sup>2</sup> Entré au barreau de Paris en 1951, Robert Badinter obtient l'agrégation de droit, puis enseigne à Dijon et à Paris. Bien que non pénaliste, il construit une grande partie de sa carrière d'avocat à partir de la défense de criminels passibles de la peine capitale à l'occasion de procès retentissants. De par ses nombreuses déclarations abolitionnistes, il fait alors figure de symbole de la lutte contre la guillotine. Robert Badinter partage avec F. Mitterrand une même sensibilité à l'idéologie radicale traditionnelle puisqu'ils se rencontrèrent dans la Convention des institutions républicaines (CIR), créée par ce dernier en 1964 (QUANG SANG Julie, *La Loi et le bourreau. La peine de mort en débats (1870-1985)*, Paris, L'Harmattan, 2001, pp.160 et suiv).

<sup>3</sup> BADINTER Robert, *Les épines et les roses*, Paris, LGF/le livre de Poche, 2012, pp.112-113.

<sup>4</sup> « Le changement d'orientation de la politique pénale », *Le Monde*, 11/07/1981.

<sup>5</sup> BADINTER Robert, *Les épines et les roses*, op.cit, p.31.

<sup>6</sup> Pierre Barlet, médecin aux M.A de Lyon depuis 1966 puis responsable du service des détenus de l'hôpital Lyon Sud depuis 1985. Entretiens réalisés le 18/04/2003 et le 30/04/2008. Durées: 2H15 et 2H00.

le personnel », souligne un haut fonctionnaire de la DAP (LM, 20/06/1981). Les surveillants sont notamment très défavorables à la suppression des QHS. C'est dans ces conditions que Robert Badinter nomme Yvan Zakine, jusqu'alors à la tête de l'Education surveillée, en tant que directeur de l'Administration pénitentiaire. Affecté une première fois à la DAP à sa sortie de l'ENM en 1964, Yvan Zakine connaît bien cette direction ministérielle. Confronté à une forte défiance de la Pénitentiaire à son encontre, Robert Badinter choisit de conserver ce directeur pourtant nommé par Alain Peyrefitte<sup>1</sup> :

*« Badinter est nommé garde des Sceaux et, pour diverses raisons, alors que moi je m'attendais à être remercié et repartir dans mes pénates, dans le grand chamboulement de 81, il m'a dit : "Ecoutez, la Pénitentiaire est dans une période un peu difficile, tendue, elle est compliquée". Bon lui-même, d'ailleurs, n'a pas été accueilli à bras ouverts par le personnel pénitentiaire. Pour eux, c'était l'homme de l'affaire Buffet-Bontemps. Il les avait beaucoup critiqués. Pour sauver la tête de son client, il a été contraint de charger un petit peu le personnel pénitentiaire en disant : "S'ils sont devenus des fauves, des machins, c'est parce qu'on les a...". Alors vous comprenez que l'Administration pénitentiaire était loin d'être enchantée de voir Robert Badinter arriver comme garde des Sceaux.*

*Donc, dans une sorte de décision d'apaisement et pour rassurer le personnel, Badinter m'a demandé de prendre en charge la Pénitentiaire en juillet 81 [...] J'ai été directeur de la Pénitentiaire uniquement parce que j'étais un magistrat connaissant cette administration à un moment où le garde des Sceaux était un peu... un peu gêné pour se faire admettre. "Les syndicats vous connaissent, les directeurs vous connaissent, etc. ". Il avait sondé quelques chefs d'établissements pour savoir... Et il ne se voyait pas balancer un directeur que personne ne connaissait. En plus, il m'avait dit : "Je ne peux pas me payer le luxe de prendre un directeur qui a besoin de six mois pour faire l'état des lieux". Parce que quand Badinter est devenu garde des Sceaux, vous savez, ça n'était pas l'euphorie dans le monde carcéral. Chez les surveillants... Moi, j'avais quitté depuis quelques années mais j'avais gardé des relations avec nombre de chefs d'établissements que j'avais connus jeunes sous-directeurs et qui avaient pris du galon »<sup>2</sup>.*

Aux nouvelles protestations de détenus répond en avril 1982 une grève des personnels pénitentiaires<sup>3</sup>. « Il est parfaitement anormal que des détenus qui étaient hier considérés comme très dangereux, et qui l'étaient effectivement, se retrouvent aujourd'hui dans des prisons qui ressemblent plus à des maisons de repos qu'à des établissements pénitentiaires », déclare le responsable de la CGT pénitentiaire (*France Soir*, 11/04/1982). Après une phase d'affrontement entre les syndicats et la place Vendôme<sup>4</sup>, les relations s'apaisent, suite à l'échec du mouvement de grève lancé symboliquement le 10 mai 1982 (*Libération*, 11/05/1982). Les rapports entre les syndicats et le ministère se stabilisent à mesure que l'hégémonie de F.O, initiée au début des années soixante-dix, se confirme lors des élections professionnelles<sup>5</sup>. Le syndicat recueille en effet 46,5% des suffrages en 1982 puis 50,2% en

<sup>1</sup> Des six directeurs d'administration du ministère de la Justice, Yvan Zakine fut le seul à rester en place en 1981.

<sup>2</sup> Yvan Zakine, magistrat affecté à la DAP de 1962 à 1970 puis directeur de la DAP de 1981 à 1983. Entretien réalisé le 20/03/2008. Durée : 3H00.

<sup>3</sup> « La grogne des syndicats de surveillants. Semaine "portes fermées" dans les prisons », *Le Monde*, 10/04/1982 ; « La grève du zèle des gardiens de prison largement suivie », *Le Monde*, 17/04/1982.

<sup>4</sup> « Le personnel pénitentiaire organise un mouvement d'ampleur national le 10 mai, après l'échec de la réunion de concertation », *Le Monde*, 7/05/1982 ; « Badinter annule sa rencontre avec les syndicats », *Libération*, 8-9/05/1982.

<sup>5</sup> FROMENT Jean-Charles, *La République des surveillants de prison (1958-1998)*, Paris, LGDJ, 1998, p.398.

1985. Ces excellents résultats lui permettent de renforcer sa présence au sein des structures ministérielles et d'instaurer une politique de cogestion avec l'Administration pénitentiaire. Soucieux des syndicats, Robert Badinter fait de la valorisation de la profession de surveillant la condition de transformation de la détention, aboutissant ainsi à rendre les syndicats moins hostiles aux réformes<sup>1</sup>.

Outre cette opposition syndicale, l'action du nouveau garde des Sceaux en matière de politique carcérale se heurte à une opinion très défavorable, empêchant le ministre d'engager une grande réforme pénitentiaire. En atteste une longue interview de Robert Badinter où cette question n'est pas abordée alors même qu'elle fait l'objet d'une forte médiatisation (*LM*, 28/08/1981). En dépit de la diminution de la population carcérale, les conditions d'incarcération sont en effet largement décriées au sein de l'espace public. « Elles n'en demeurent pas moins, pour la plupart, inadaptées à ce qu'on imagine aujourd'hui comme une détention décente », note *Le Monde* (31/10/1981). *Libération* s'avère très critique envers le ministre de la Justice à qui il reproche de « se réfugier derrière le personnel pénitentiaire et la sécurité » (10/07/1981).

Un groupe de magistrats et d'avocats socialistes saisit le garde des Sceaux tandis qu'un collectif « système pénitentiaire » du P.S, réunissant outre des membres de la DAP, des magistrats, des avocats et des sociologues, remet en juin 1981 une note à Lionel Jospin, premier secrétaire du parti, dans laquelle ils jugent les tensions dans les prisons « préoccupantes » (*LM*, 20/06/1981). Plus d'un an après, *Libération* dresse un sombre bilan de l'action du ministre de la Justice sur l'évolution des conditions de détention : « 10 mai ou pas 10 mai, une cellule reste une cellule [...] Badinter ou pas Badinter, une prison reste une prison » (8/11/1982). Si les réformes tardent à prendre forme, c'est notamment en raison de la méthode adoptée par le garde des Sceaux à qui le directeur de l'Administration pénitentiaire suggère d'établir une commission de travail permettant d'élaborer un lent consensus :

*« Badinter m'avait dit : "Ecoutez, y a une série de choses que j'aimerais bien qu'on puisse mettre en place". La télévision, les parloirs rapprochés... Quand il m'a dit cela. "Ecoutez, c'est dans ma tête". Moi, ça, j'en étais convaincu. Il a une tête tellement bien faite que j'étais convaincu. Je lui ai dit : "Non, on va d'abord mettre en place une commission ou un groupe de travail ... Il faut qu'on recueille l'adhésion". Parce que c'est facile de torpiller n'importe quelle réforme pénitentiaire. Il faut que vous ayez un personnel qui adhère. Précisément, la connaissance que j'avais de ce personnel faisait que j'étais vraiment dans une relation de confiance avec certains d'entre eux. J'ai commencé à leur vendre ma marchandise. On a amené progressivement les gens à réfléchir »<sup>2</sup>.*

L'objectif de cette commission, qui réunit une vingtaine de spécialistes pendant un an, est moins de conférer un statut juridique aux détenus que d'effectuer des transformations concrètes de leur vie quotidienne, comme le souligne Yvan Zakine devant la Société générale

<sup>1</sup> « Les syndicats pénitentiaires ne sont plus hostiles à toute réforme », *Libération*, 13/12/1982.

<sup>2</sup> Yvan Zakine, magistrat affecté à la DAP de 1962 à 1970 puis directeur de la DAP de 1981 à 1983. Entretien réalisé le 20/03/2008. Durée : 3H00.

des prisons (SGP)<sup>1</sup>. Au terme de ce travail, en décembre 1982, le garde des Sceaux annonce un ensemble de mesures dont les parloirs sans séparations, l'amélioration de la condition du détenu et le développement d'activités socioculturelles ou sportives (*Libération*, 13/12/1982). Plusieurs propositions de la commission sont cependant écartées comme la judiciarisation du prétoire, la syndicalisation des détenus et la reconnaissance des droits des détenus, (*Libération*, 14/12/1982). Alors que la population pénale s'accroît, les journaux sont critiques sur ces réformes « au demeurant fort banales et [...] pour nombre d'entre elles, tardives, au regard de ce qui existe dans d'autres démocraties » (*LM*, 21/01/1983). *Libération* regrette la timidité du ministre face à l'« incontournable "impératif sécuritaire" brandi par le "lobby pénitentiaire" comme un épouvantail » (17/12/1982). « L'utilisation du téléphone, (encore très limitée), la suppression de la tenue pénale (sauf souhait contraire du détenu), l'abolition de l'interdiction de fumer à titre de sanction disciplinaire, ne sont que des adaptations minimales de la vie carcérale à la société contemporaine », constate *Le Monde* (15/12/1982). Les propositions considérées comme les plus risquées demeurent au stade d'hypothèse. On évoque par exemple la possibilité de créer des « chambres d'amour » (*LM*, 9/08/1984) ou de reconnaître aux détenus le « droit de s'associer »<sup>2</sup>.

Cette réforme est également décriée par la population carcérale : quarante-et-un détenus s'automutilent collectivement à Fleury-Mérogis<sup>3</sup>. Les protestations se multiplient en faveur de l'application immédiate des mesures promises, et notamment l'extension des parloirs « libres » (sans séparations)<sup>4</sup>. Des détenus exigent une « réforme radicale de la prison »<sup>5</sup>. On peut lire sur la banderole des mutins de Marseille le mot d'ordre de la nouvelle politique pénitentiaire : « Humaniser les prisons » (*Témoignage chrétien*, 31/01/1983). A l'insatisfaction des détenus s'ajoute celle des syndicats pénitentiaires qui regrettent une libéralisation trop poussée des parloirs<sup>6</sup>. La fédération CGT Justice demande la démission des « conseillers de Robert Badinter, tous membres du Syndicat de la magistrature » (*LM*, 26/01/1983). De son côté, la Ligue des droits de l'homme critique l'absence de changement concret du fait des pressions exercées par les syndicats : « Appliqués avec autant de mauvaise volonté, les décrets de janvier 83, déjà timides par rapport à ce que les détenus

<sup>1</sup> « Les droits sociaux du détenu. Séance de section du 13 mars 1982 », *RPDP*, n°3, 1982, p.268.

<sup>2</sup> « Donner aux détenus le droit de s'associer », *Libération*, 16/10/1984.

<sup>3</sup> « 41 détenus en révolte contre la lenteur des réformes se taillent les veines », *Le Monde*, 18/01/1983.

<sup>4</sup> « Marseille : 300 détenus sur les toits pour des parloirs libres », *Libération*, 20/01/1983 ; « Après Fleury-Mérogis les Baumettes, une certaine agitation règne dans les prisons », *Le Monde*, 21/01/1983 ; « L'agitation dans les prisons s'étend », *Le Monde*, 22/01/1983 ; « Prisons, la troisième manifestation des Baumettes tourne mal », *Libération*, 24/01/1983 ; « Huit jours de manifestations contre une réforme jugée trop étriquée », *Libération*, 24/01/1983 ; « La contagion de l'impatience », *Le Monde*, 25/01/1983.

<sup>5</sup> « Les détenus de Fleury : "Nous voulons une réforme radicale de la prison" », *Libération*, 20/01/1983.

<sup>6</sup> « Des surveillants de prison menacent de boycotter la réforme », *Le Monde*, 4/02/1983 ; « Prisons : la révolte des gardiens », *Le Figaro*, 4/02/1983.

attendaient, ne vont pas révolutionner la vie quotidienne dans les prisons » (*Libération*, 25/04/1983).

La Chancellerie procède en avril 1983 à un important remaniement en nommant Myriam Ezratty, directrice de l'Education surveillée, en remplacement d'Ivan Zakine. Plus militante que son prédécesseur, Myriam Ezratty accepte la proposition du garde des Sceaux avec beaucoup d'hésitations car elle sait que la DAP dispose d'un état d'esprit très différent de celui de l'Education surveillée dont elle avait une bonne connaissance y ayant travaillé en tant que chef de Bureau<sup>1</sup>. Outre l'argument qu'elle est la première femme à occuper cette position, elle accepte car elle sait qu'il s'agit alors de mettre en œuvre la politique de « décroisement » dont elle est une fervente partisane :

*« Autant l'Education surveillée, on avait réussi à ouvrir sur le monde extérieur... Le but était d'ouvrir la Pénitentiaire de son état d'espèce d'enfermement, y compris celui des surveillants. Il n'y avait rien de comparable avec l'Education surveillée. Même les relations avec les syndicats à l'Education surveillée c'était du psychodrame. Je les connaissais extrêmement bien puisque j'avais été chef de Bureau. Je ne dis pas que ça n'était pas sérieux mais on pouvait avoir un langage réciproque. A l'Administration pénitentiaire, il n'y avait rien de tel. C'était une administration comme l'armée. L'Education surveillée, c'était un peu le désordre... On privilégiait la créativité, les contacts et c'est ça d'ailleurs qui était passionnant. On y croyait tous. On allait sur le terrain ce qui était simple. Tandis que pour rentrer dans les prisons... [...] Très honnêtement, je ne connaissais pas le milieu et c'est pour cela que j'avais refusé les deux premières fois d'aller prendre cela [la direction de la DAP]. Ça n'était pas la peur. Un de mes collègues m'avait dit : "Mais vous êtes folle Myriam" quand je lui avais dit que je quittais l'E.S et je lui avais répondu : "Oui je suis folle !" [...] Je suis vraiment arrivée en cours de route. Mais si j'ai tant aimé être dans le bateau, c'est parce qu'il allait dans le sens de mes idées »<sup>2</sup>.*

A l'arrivée de Myriam Ezratty, mouvements de révoltes et de grèves s'enchaînent de façon régulière. Dans une période de restriction budgétaire, les syndicats exigent la création de nouveaux emplois notamment pour faire face à l'augmentation de 14% de la population carcérale entre le 1<sup>er</sup> août 1982 et le 1<sup>er</sup> août 1983 (*LM*, 15/06/1983 et 28/08/1983). L'Administration pénitentiaire bénéficie pourtant alors largement des augmentations de budget avec sept cent quatre-vingt-dix postes créés en 1982, quatre cents postes en 1984, trois cents en 1985. « Si l'administration pénitentiaire se taille la part du lion, c'est que la situation dans les prisons est devenue critique. De l'avis général, c'est un miracle qu'il n'y ait pas plus d'incidents actuellement » (*LM*, 15/09/1984). En octobre 1984, des grèves de la faim collectives éclatent dans de nombreux établissements ainsi que des « grèves des écrous » de la part des surveillants<sup>3</sup>. La politique de Robert Badinter est alors largement critiquée par la

<sup>1</sup> Magistrat, Myriam Ezratty a occupé différentes fonctions à la Chancellerie, où elle est rentrée en 1959, notamment à la direction de l'Education surveillée et la direction des Affaires civiles. Elle fut Conseiller technique de 1974 à 1978 au cabinet de Simone Veil, ministre de la Santé, l'une de ses amies d'enfance, avant d'être nommée en juin 1978 à la Cour d'appel de Paris (*Le Monde*, 13/04/1983).

<sup>2</sup> Myriam Ezratty, magistrat et directrice de la DAP d'avril 1983 à juillet 1986. Entretien le 8/02/2008, 3H30.

<sup>3</sup> Les surveillants pénitentiaires n'ayant pas le droit de faire grève protestent le plus souvent en bloquant l'accès aux établissements pénitentiaires, sur leur temps de repos, ou en refusant de procéder à la « mise sous écrou », c'est-à-dire aux formalités d'enregistrement des nouveaux arrivants (empreintes, photos, etc.).

presse. « L'actuel garde des Sceaux n'a évidemment pas fait le maximum pour les détenus, mais le minimum. Comment aurait pu-t-il en être autrement avec le peu de crédits dont bénéficie le ministère de la Justice ? », observe *Libération* (4/10/1984). Dans deux articles intitulés « L'échec de la politique carcérale française », *Le Figaro* juge sévèrement l'action de Robert Badinter : « La réforme trop humaine du garde des Sceaux prend l'apparence du grain de sable qui achève d'enrayer une machine » (22/10/1984). Accusé par la gauche d'être responsable du « nouveau record absolu du nombre de détenus », 42.759 au 1<sup>er</sup> novembre 1984 contre 31.551 au 1<sup>er</sup> janvier 1982 (*Libération*, 16/10/1984), le ministre de la Justice est critiqué par la droite pour son « laxisme », notamment en matière de permissions de sortie<sup>1</sup>.

L'augmentation du nombre de suicides, d'automutilations et de révoltes en mai 1985 sont autant d'occasion pour la droite de contester la politique du garde des Sceaux, à qui l'on reproche d'avoir abandonné les projets de construction initiés sous Alain Peyrefitte (*LM*, 11/05/1985), ce dernier dénonçant le « laxisme de gauche » (*Figaro-Magazine*, 18/05/1985). « A l'heure actuelle, il n'y a plus de discipline dans les établissements », déclare le secrétaire général des personnels de surveillance FO (*LF*, 7/05/1985). Robert Badinter explique la difficulté à réformer la condition pénitentiaire par la trop forte surpopulation carcérale<sup>2</sup>. Alors que certains plaident en faveur de l'« urgence d'une réforme pénitentiaire »<sup>3</sup>, d'autres constatent que « la gauche a échoué » : « Comme nous sommes loin de ce soir du 10 mai 1981 où une explosion de joie secouait les prisons françaises comme l'écho étouffé de la vague d'allégresse qui déferlait vers la Bastille »<sup>4</sup>. Ecartelé entre les attentes nées de la victoire de la gauche et les contraintes carcérales (crédits insuffisants, attaque de certains médias, poids des syndicats), le ministre de la Justice ne semble pas en mesure de dénouer la question pénitentiaire. « La Chancellerie est paralysée. Prisonnière. Incarcérée dans un Fleury-Mérogis psychologique, en quelque sorte... » (*Libération*, 12/05/1985). Les limites de la politique entreprise par Robert Badinter en matière carcérale s'explique sans doute par la forte pression médiatique à laquelle est soumise son action, comme le rappelle son Conseiller technique, Jean Favard :

*« Vous savez, des coups on en a reçus ! Ça n'était pas commode, surtout au début. Après entre 83 et 86, ça s'est arrangé... Mais au début, vous aviez ceux de droite qui trouvaient que le monde s'écroulait... l'horreur, le laxisme, le rousseauisme, c'est le bazar. Et la gauche qui trouve que vous ne faites rien. On n'avait aucun allié ! Rien du tout ! [...] C'était horrible ! Horrible ! Vous savez, les grâces par exemple. Il y avait des grâces avant qu'on arrive et pourtant personne n'a jamais critiqué les grâces avant qu'on arrive. Et dès qu'on est arrivé, on a fait une grâce un peu plus large... Et là, c'était horrible ! Et dès qu'on arrêtait quelqu'un, c'était un "Badinter" comme on les appelait. On n'a*

<sup>1</sup> « La polémique sur le carnage d'Avignon. La faute à Badinter ? », *Le Quotidien de Paris*, 9/08/1983 ; « Permissions de sortie : Badinter doit s'expliquer », *Le Quotidien de Paris*, 17/08/1983.

<sup>2</sup> « Badinter : "La surpopulation rend impossible l'humanisation des prisons" », *Libération*, 12/05/1985.

<sup>3</sup> PLENEL Edwy, « La "révolte des prisons" souligne l'urgence d'une réforme pénitentiaire », *Le Monde*, 08/05/1985 ; LEVY Thierry, « La réforme nécessaire, sans utopie et sans violence », *Libération*, 21/05/1985.

<sup>4</sup> LECLERC Henri, « La gauche a échoué », *Libération*, 13 mai 1985.

*jamais dit les "Giscard" ! Et pourtant après une petit grâce de Giscard, y en a un qui est sorti et qui est allé tuer sa femme. Personne n'a dit : "C'est un Giscard !". Donc la presse de gauche trouvait qu'on n'en faisait pas assez et la presse de droite nous cartonnait à fond. Donc fallait qu'on prenne toutes les précautions. On n'avait pas le droit à l'erreur »<sup>1</sup>.*

L'absence apparente de rupture fondamentale entre la politique de Robert Badinter et celle conduite en 1974 attesterait du moindre degré de transformation qu'incarneraient les alternances politiques. Symboles de la capacité des démocraties modernes à se régénérer, ces périodes ont été largement désacralisées par les sciences sociales qui ont souligné les éléments de permanence entre les tournants politiques, aussi spectaculaires soient-ils<sup>2</sup>. Les prisons, conclut Grégory Salle au terme de son analyse de la politique pénitentiaire socialiste, illustreraient cette autonomie de l'administration à l'égard du politique : « L'institution carcérale se présente comme un sous-système social particulièrement rétif au contrôle et au changement politique. Rares sont les secteurs sociaux pour lesquels il est établi aussi clairement que les alternances politiques n'affectent en soi que très marginalement les modalités de fonctionnement, *a fortiori* la raison d'être fonctionnelle »<sup>3</sup>. Cette relative autonomie de l'administration à l'égard du politique semble aggravée par le manque de connaissance du fonctionnement institutionnel de l'Administration pénitentiaire qu'avait, selon le secrétaire général du Syndicat des éducateurs pénitentiaires (SNEPAP), Robert Badinter lors de son arrivée au ministère :

*« Sur la prison, il faut être sincère, il n'y connaissait pas grand-chose. Il n'avait pas de réflexion. Badinter est encore aujourd'hui quelqu'un qui a du mal à avoir une analyse institutionnelle. Il a un discours très juridique ou philosophique mais côté institutionnel... Je me souviens de la première audience que j'ai eu avec lui en tant que responsable du SNEPAP, c'était un peu surréaliste quoi ! Surtout qu'avant, les audiences, c'était avec Peyrefitte, qui lui avait une connaissance institutionnelle particulièrement cynique, voire machiavélique. Et Badinter, d'abord c'était pas un homme politique, et il n'avait pas d'idées spécifiques sur les prisons, hormis un discours sur les droits de l'homme »<sup>4</sup>.*

Pourtant, au-delà des continuités (surpopulation, hésitations face aux syndicats, conditions d'incarcération difficiles), la « vague rose » de 1981 affecte indirectement la politique carcérale du fait du renouvellement des hommes, observé alors dans l'ensemble de la haute administration. Plus qu'à une rupture brutale, on assiste à un changement progressif bien que rapide des hauts-fonctionnaires comme le révèle l'évolution des directeurs d'administration centrale : la moitié n'occupe plus leur emploi au bout d'un an, les trois quarts à la fin de

<sup>1</sup> Jean Favard, magistrat à la DAP de 1970 à 1975 puis Conseiller technique du ministre de la Justice de 1981 à 1986. Entretien réalisé le 10/01/2008, durée: 3H00.

<sup>2</sup> À partir du cas du Thatcherisme, Rose et Davies soulignent ainsi le poids des routines et des décisions antérieures dans les politiques publiques, davantage héritées que conduites (ROSE Richard, DAVIES Phillip, *Inheritance in Public Policy. Change without Choice in Britain*, New Haven, Yale University Press, 1994).

<sup>3</sup> SALLE Grégory, *Emprisonnement et Etat de droit*, op.cit., p.308.

<sup>4</sup> Philippe Pottier, éducateur pénitentiaire depuis 1975, secrétaire général du SNEPAP de 1978 à 1988 et fondateur de la COSYPE. Entretien réalisé le 27/12/2007, 2H.

l'année 1983<sup>1</sup>. Tandis que certains ministères sont moins sensibles à cette transformation (Economie ou Logement), ce changement est particulièrement rapide au ministère de la Justice où dès septembre 1982 ne reste plus qu'un seul directeur nommé par la droite, Yvan Zakine. « On aurait mal compris que restent en fonction des hommes dont certains avaient activement participé à la définition et à la mise en œuvre de la politique du précédent ministre, Alain Peyrefitte, politique dont son successeur entendait prendre l'exact contre-pied »<sup>2</sup>. On assiste à une « plus forte politisation » des directeurs d'administration centrale parmi lesquels on compte, par exemple, dix-huit adhérents du PS, quatre militants de la CFDT et deux du Syndicat de la magistrature. Ce turn-over permet aux membres du SM d'accéder à des postes de responsabilité dont ils étaient jusque-là tenus à l'écart<sup>3</sup>. « En apparence, rien n'évolue rue Saint-Honoré<sup>4</sup>. Pourtant, par touches subtiles (mutations de magistrats, décisions tortueuses), le changement est en marche », observe avec amertume Solange Troisier<sup>5</sup>. Jusqu'alors resté à l'écart du pouvoir, le SM entend alors bénéficier des nombreuses alliances menées dans les années soixante-dix avec les milieux associatif et syndicaux pour s'intégrer au sein du jeu politique<sup>6</sup>. Les membres du Syndicat sont pourtant divisés à l'égard de la position à adopter concernant la question pénitentiaire<sup>7</sup>.

La politisation du ministère de la Justice se traduit dans un premier temps par la nomination de membres proches du SM à des postes « politiques ». Ancien directeur de l'Administration pénitentiaire, Georges Beljean est nommé secrétaire de cabinet de Robert Badinter. Jean Marc Sauvé est nommé Conseiller technique avant de devenir en 1983 Directeur de l'administration générale et de l'équipement, où il arbitrera souvent en faveur de la DAP jusqu'en 1988<sup>8</sup>. Le parcours de Jean Favard est exemplaire de cette promotion soudaine de certains membres du SM à la tête de l'Administration pénitentiaire. Ancien substitut du procureur en Algérie, Jean Favard, participe à la création du Syndicat qui contribue selon lui, au même titre que Mai 68, au renouvellement des structures : « J'étais jeune magistrat et je ressentais la nécessité d'avoir une structure de défense. C'était une hiérarchie très lourde. C'était extrêmement pesant [...] C'était trop conventionnel, fermé. C'était irrespirable, irrespirable ! »<sup>9</sup>. Après cinq années à

<sup>1</sup> LOCHAK Danièle, « La haute administration française à l'épreuve de l'alternance. Les directeurs d'administration centrale en 1981 » dans CURAPP, *La haute administration et la politique*, PUF, 1987, p.49.

<sup>2</sup> *Ibidem*, p.55.

<sup>3</sup> En février 1981, le SM publie un article sur la politisation de la Chancellerie et l'éviction de certains syndicalistes (« 13 Place Vendôme : restructuration et répression », *Justice*, n°82, 1981, pp.39-41).

<sup>4</sup> L'ancien siège de la DAP était rue Saint Honoré. Il est aujourd'hui rue du Renard.

<sup>5</sup> TROISIER Solange, *J'étais médecin des prisons. L'affaire des grâces médicales*, op.cit., p.15.

<sup>6</sup> DEVILLE Anne, « Le syndicat de la magistrature en France. 1968-1988 », R.I.E.J., 1993, n°31, p.67.

<sup>7</sup> Cf. Annexe 24 : « Entre critique radicale et réforme pragmatique, Le Syndicat de la magistrature face à la question pénitentiaire ».

<sup>8</sup> BOULANGER Henri, *Six ans d'administration pénitentiaire (1981-1987)*, Paris, L'Harmattan, 2004, p.74.

<sup>9</sup> Jean Favard, magistrat à la DAP de 1970 à 1975 puis Conseiller technique du ministre de la Justice de 1981 à 1986. Entretien réalisé le 10/01/2008, durée: 3H00.



Saverne, il obtient « par hasard » son détachement en 1970 à l'Administration pénitentiaire où il se trouve confronté à l'effervescence des révoltes : « Je ne connaissais pas du tout le monde des prisons et dès 1971, on s'est retrouvé dans le bateau ivre ». De nature prudente, il considère comme « un peu excessif et pas assez proche de la réalité » un mouvement comme le GIP dont il partage pourtant l'ambition : « C'était trop polémique pour moi. Mais en même temps, j'étais plutôt de ce côté ». Affecté au Bureau de la détention, il souffre alors de son statut de « juge rouge » aux yeux de sa direction. « Il n'était pas question que je sois désigné chef de bureau... », souligne-t-il avec lucidité. En 1975, au moment où il décide de réintégrer sa fonction de juge qu'il affectionne, le DAP lui propose de prendre la responsabilité de la sous-direction afin de mettre en œuvre les réformes engagées par Valéry Giscard d'Estaing. Il mesure cependant rapidement l'écart entre la poignée de main du président à un détenu et le reste de sa politique : « C'était un geste courageux ça ! Moi, j'ai trouvé que c'était un geste courageux et ça m'a bien plu ça. Et pourtant, j'étais pas giscardien ! Ceci dit, la suite, parce que j'étais là, les réformes c'étaient pas le serrage de main... ». Juge au TGI de Paris à partir de 1976, il rédige alors un ouvrage dans lequel il dresse le constat critique de l'action pénitentiaire menée jusque-là<sup>1</sup>. C'est ce livre qui lui vaut en 1981 d'être nommé Conseiller technique de Robert Badinter :

*« Le livre est sorti le 2 février 81. Je n'avais pas la moindre idée de ce qui allait m'arriver par la suite. Parce que quand il est sorti, Giscard était donné comme gagnant. Voilà ! Donc c'était un truc où j'égratignais, je critiquais.... C'était pas un pamphlet mais bon... Donc c'était pas bon pour ma future carrière ! Et puis, dans les deux mois qui ont suivi, on a commencé à dire : "Ah, mais Giscard, c'est pas sûr ! Ça sera peut-être Mitterrand...". C'était tout à fait inattendu [...] Je ne connaissais pas Badinter mais quelqu'un lui a dit : "Il connaît les prisons" et lui a parlé de mon livre. Et Badinter m'a dit : "Ben, vous savez ce qu'il faut faire !". J'avais un état de réflexion qui faisait que je pouvais aider. Par ailleurs, je connaissais très bien les personnels, les détails [...] Moi, je pouvais l'alerter : "On peut faire ci, on peut faire ça". Et on était en parfaite symbiose ».*

Très proche du garde des Sceaux, Jean Favard exerce jusqu'en 1983 une quasi-fonction de directeur de l'Administration pénitentiaire, contrôlant selon ses termes « d'une manière extrêmement rigoureuse » l'action d'Yvan Zakine. En 1983, il est même question de sa nomination à la tête de l'Administration pénitentiaire. Il demeure finalement, à sa demande, au poste de Conseiller technique où il se sent davantage utile. D'autres membres du SM sont nommés à la DAP à mesure que s'efface la méfiance longtemps de mise au Syndicat à l'égard de ceux travaillant à la Pénitentiaire, comme le souligne Jean Favard : « Y en a peut-être un peu plus qui osaient, parce qu'avant on avait un peu honte d'aller à l'Administration pénitentiaire. C'était un peu... un peu Tataouine »<sup>2</sup>. C'est ainsi qu'Hélène Duchemin est nommée sous-directrice de la réinsertion. C'est notamment à partir de la nomination de Myriam Ezratty, davantage politisée que son prédécesseur, en avril 1983 que les magistrats du

<sup>1</sup> FAVARD Jean, *Le labyrinthe pénitentiaire*, Paris, Ed. Le Centurion, Coll. « Justice humaine », 1981.

<sup>2</sup> Jean Favard, magistrat à la DAP de 1970 à 1975 puis Conseiller technique du ministre de la Justice de 1981 à 1986. Entretien réalisé le 10/01/2008, durée: 3H00.

SM les plus militants intègrent l'Administration pénitentiaire. « Ce qu'elle voulait faire, c'était véritablement remplacer vraiment les vieilles équipes, apporter du sang neuf, et faire en sorte que des gens dynamiques et bien sûr acquis à la politique du moment viennent. Alors c'est vrai qu'avec elle, y a eu quelques charrettes de gens qui ont été virés. Parce que j'imagine, ils étaient du bord opposé. Et elle les a remplacés par du sang neuf », constate un magistrat arrivé à la DAP en 1981<sup>1</sup>.

Les raisons idéologiques ne sont certes pas absentes des nominations opérées par la nouvelle directrice de l'Administration pénitentiaire. Son parcours en atteste. Devenue magistrat à vingt-deux ans, Myriam Ezratty a vécu la remise en cause de la magistrature durant les « années 68 » avec beaucoup d'enthousiasme : « Moi, ça m'a paru formidable. La profession, moi, quand je l'avais connue, au début cette profession c'était vraiment... [...] On n'osait même pas montrer le journal qu'on lisait ! Vous n'avez pas idée ! »<sup>2</sup>. Après avoir adhéré au Syndicat dès sa création, Myriam Ezratty s'en retire lors de son entrée dans le cabinet de Simone Veil en 1974 car « on ne peut pas mélanger les genres ». Elle demeure néanmoins « fidèle » au SM sans pour autant en partager toutes les vues. Plutôt que de membres du Syndicat, elle tente lors de sa nomination en 1983 de s'entourer de proches collaborateurs comme Jean-Pierre Robert de la Direction des affaires criminelles ou François Antonioni de l'Education surveillée. Si ces choix correspondent à une certaine affinité idéologique, ils n'en obéissent pas moins à des logiques professionnelles de confiance :

*« On m'avait beaucoup reproché aussi quand je suis arrivée à l'Administration pénitentiaire que bon... On allait voir ce qu'on allait voir... que... Alors sur le plan des choix, c'est vrai que j'ai pris des gens qui étaient plutôt... Enfin... toujours avec sérieux. Je n'ai pas fait de discrimination. J'ai viré dès le début le magistrat chargé du bureau des personnels mais pour entente avec les syndicats car ce qu'il faisait... Alors là ça a fait une petite histoire quand je l'ai remplacé justement par ce François [Antonioni] et je savais qu'il ferait les choses honnêtement. Vous êtes obligé aussi, si vous ne faites pas un petit peu confiance... Si vous n'êtes pas entouré de gens qui ont votre confiance, ce n'est pas possible »<sup>3</sup>.*

Grande partisane du « décroisement », la nouvelle directrice de l'Administration pénitentiaire tente surtout de s'adjoindre des individus pouvant mettre en œuvre cette politique. Elle est notamment attentive au choix des directeurs d'établissement : « C'est pour ça que dans le choix, cet aspect [positionnement], du moins à l'époque, jouait quand même, du moins dans les avis au comité technique paritaire... Je regardais quand même le degré d'ouverture des gens ». Elle place également à un niveau plus directionnel certains magistrats militants. C'est notamment le cas d'Alain Blanc, ancien secrétaire général adjoint du

<sup>1</sup> Jacques, magistrat chargé à la DAP de la réglementation sanitaire de 1982 à 1989. Entretien réalisé le 11/01/2008, 3H30.

<sup>2</sup> Myriam Ezratty, magistrate et directrice de la DAP d'avril 1983 à juillet 1986. Entretien le 8/02/2008, 3H30.

<sup>3</sup> Myriam Ezratty, magistrate et directrice de la DAP d'avril 1983 à juillet 1986. Entretien le 8/02/2008, 3H30.

Syndicat, et fervent partisan d'une nouvelle politique carcérale, nommé en 1985 à la tête de la sous-direction de la réinsertion :

*« Moi, j'étais au bureau du Syndicat de la magistrature, secrétaire général adjoint, dans un bureau qui a été élu en 79 ou 80. C'était à l'époque de Peyrefitte. On ne savait pas que Mitterrand allait être élu mais il y avait le 10 mai 81 en perspective. Moi, j'étais déjà particulièrement intéressé par la question des prisons. A l'époque, j'étais juge des enfants à Laon... Coincé à Laon d'ailleurs, ça je l'ai su après, pour des raisons qui tenaient à mon appartenance syndicale ! »<sup>1</sup>.*

Depuis longtemps impliqué dans la question pénitentiaire, le SM fait des prisons l'un de ses thèmes de prédilection au début des années quatre-vingt comme en attestent les nombreux articles publiés alors sur ce sujet par *Justice*<sup>2</sup>. « Prisons, en sortir », c'est sous ce titre que s'ouvre, en novembre 1985, le 18<sup>ème</sup> congrès du SM consacré pour la première fois aux prisons<sup>3</sup>. Si les magistrats votent à l'occasion de manière provocatrice une motion en faveur de l'abolition des prisons, il est en fait surtout question de la place du détenu dans l'institution carcérale. « Humaniser les prisons, les décloisonner, voilà l'objet de notre politique », annonce alors la directrice de l'Administration pénitentiaire. Mettant en avant le « décloisonnement » déjà réalisé, le Syndicat propose l'application d'un *numerus clausus* ainsi que la protection des droits du détenu qui « reste un citoyen devant jouir des droits à la dignité, à l'expression »<sup>4</sup>. L'idée que l'incarcération est une peine devant être réglée selon l'idée du « moindre mal » n'est cependant pas propre aux membres du SM. Elle est en effet partagée par de nombreux professionnels du milieu carcéral : éducateurs, soignants, visiteurs de prison. C'est le regroupement de ces différents acteurs au sein d'une organisation, baptisée COSYPE, qui ouvre la voie à la mise en œuvre d'une action pénitentiaire renouvelée.

## ***2. L'influence d'une « communauté épistémique réformatrice » sur la politique carcérale : la Coordination syndicale pénale (COSYPE)***

Yvan Zakine, DAP : « J'étais à Mont-de-Marsan. On parlait de l'insertion dans la Cité et donc ça devait être en 82. Je me souviens c'était un après-midi et il faisait un soleil de plomb. A un moment, le surveillant-chef de la prison me dit : "Oui, bien sûr il faut insérer la prison dans la Cité...". Sous-entendu : c'est un discours de parisien que vous tenez mais bon. Il me dit : "Vous avez deux minutes là ? On va sortir". Alors on sort de la prison, on va au coin de la rue. Il me dit : "Attendez, on va s'arrêter là", au coin de la rue. Et le mur d'enceinte de la prison longeait tout le trottoir qui était à l'ombre parce que le soleil venait de l'autre côté. Et en face, le trottoir grillait de soleil. Et il me dit : "Vous allez voir, regardez". Y avaient trois chats à cette heure avec cette chaleur de plomb. Et je vois arriver à l'angle deux braves dames, deux braves mères. Elles arrivent là, je pensais qu'elles allaient continuer, puisqu'elles étaient à l'ombre et qu'elles allaient continuer à l'ombre. Non. Arrivées là au coin d'en face, c'était le mur de la prison qui commençait, elles traversent et elles vont sur l'autre trottoir, grillé de soleil, jusqu'à

<sup>1</sup> Alain Blanc, responsable de la sous-direction de la réinsertion de 1985 à 1995. Entretien le 19/04/2007, 3H.

<sup>2</sup>

<sup>3</sup> « Un congrès "spécial taulards" », *Le Figaro*, 22/11/1985.

<sup>4</sup> « Le citoyen détenu. Le droit à la dignité humaine », *Justice*, n°108, 02/1986, pp.4-6.

*dépasser le mur de la prison pour revenir ensuite à l'ombre. Il m'a dit : "Voilà". Pour lui, c'était difficile. Il avait très bien compris »<sup>1</sup>.*

Le militantisme en faveur des prisons apparaît au début des années quatre-vingt peu dynamique au regard de ce qu'il fut dans les années soixante-dix. Le C.A.P se dissout en avril 1980 du fait de dissensions internes. Le GMQP, groupe informel, cesse de se réunir tandis que le GMP s'oriente davantage vers un groupe de réflexion<sup>2</sup>. Pourtant la mobilisation en faveur des prisons s'élargit alors à d'autres organisations, en particulier la Ligue des droits de l'homme. Mais surtout une mobilisation de type syndicale émerge pour la première fois. Huit organisations de « praticiens de la Justice et de l'administration pénitentiaire » se regroupent en 1981 dans une Coordination syndicale pénale. Deux éducateurs en sont à l'origine : Philippe Pottier et Jean-Michel Le Boulaire. « Issu d'une génération Mai 68 », le premier devient éducateur en 1975 après des études de droit<sup>3</sup>. Prenant ses fonctions à l'endroit même où vient d'avoir lieu l'« affaire Mirval »<sup>4</sup>, le Centre pour jeunes détenus de Fleury-Mérogis, il se trouve rapidement confronté à l'hostilité du personnel de surveillance :

*« Et à l'époque, la polémique battait son comble. C'est quelque chose qui m'a beaucoup marqué. Y avait une grande tension avec les éducateurs, d'ailleurs, parce que les surveillants considéraient que c'était vraisemblablement les éducateurs qui avaient filé des infos à l'extérieur [...] Il était pratiquement impossible d'agir. C'était totalement bloqué. Il y avait vraiment le monde des surveillants et les autres, c'étaient des intrus. Il y avait par exemple des chefs de détention qui venaient fouiller les bureaux quand on n'était pas là ».*

Ancien militant de l'UNEF, Philippe Pottier s'engage rapidement dans l'action syndicale, en devenant en 1977 membre du bureau du Syndicat des éducateurs pénitentiaires (SNEPAP), avant d'en être nommé secrétaire général l'année suivante. Parallèlement, il participe aux réunions du GMP et a des contacts fréquents avec Antoine Lazarus travaillant dans le même établissement (« On se voyait à la cantine... »). Il développe une grande complicité avec Jean-Michel Le Boulaire, devenu éducateur à La Santé en 1976 et également membre du GMP : « Tout de suite, on s'est très bien entendu et on a dirigé le SNEPAP ensemble pendant dix ans. Mais vraiment ensemble ». A la suite d'incidents disciplinaires, notamment à Fleury-Mérogis, consécutifs à la politique sécuritaire menée sous Alain Peyrefitte<sup>5</sup>, Philippe Pottier et Jean-Michel Le Boulaire, tous deux sanctionnés, imaginent une organisation en mesure de défendre durablement les intérêts des intervenants « extérieurs » travaillant en milieu carcéral:

*« Alors, ça a commencé en 1979, après un conseil de discipline qui concernait des psychologues et des enseignants à Fleury. On avait fait venir des gens, des organisations [SM, SAF, GMP]. A la suite*

<sup>1</sup> Yvan Zakine, magistrat affecté à la DAP de 1962 à 1970 puis directeur de la DAP de 1981 à 1983. Entretien réalisé le 20/03/2008. Durée : 3H00.

<sup>2</sup> Antoine Lazarus, devient en outre conseiller auprès du ministre des Affaires sociales, P. Bérégovoy, en 1981.

<sup>3</sup> Philippe Pottier, éducateur pénitentiaire depuis 1975, secrétaire général du SNEPAP de 1978 à 1988 et fondateur de la COSYPE. Entretien réalisé le 27/12/2007, 2H.

<sup>4</sup> Cf. Annexe 14 : « L'"affaire Mirval" ou la contestation d'un interne pénitentiaire militant ».

<sup>5</sup> Cf. Annexe 25 : « La politique sécuritaire d'Alain Peyrefitte et la multiplication des pressions envers les professionnels pénitentiaires ».

*du conseil de discipline... mais Jean et moi on y avait réfléchi avant. On s'était dit, on va profiter du conseil de discipline pour proposer aux gens des autres organisations qui sont là... Plutôt que de réagir à chaque fois, il fallait mieux essayer de faire quelque chose de plus construit »<sup>1</sup>.*

Rassemblant essentiellement des gens de « l'intérieur », la COSYPE regroupe des syndicats (SNEPAP, CFDT Justice, SM, SAF, Syndicat national des personnels de l'éducation surveillée) et des acteurs associatifs chargés de la question pénitentiaire (GMP ou l'Association nationale des enseignants de prison)<sup>2</sup>. Concrètement, Philippe Pottier, Jean-Michel Le Boulaire et Alain Blanc du SM assurent l'essentiel du fonctionnement de l'association, qui ne dispose d'aucune existence légale. D'autres, comme Claude Faugeron, directrice de recherche CNRS et membre du GMP, Michel Fize et Monique Seylier de la CFDT Justice, participent régulièrement aux réunions. La présence d'une pluralité d'organisations, ainsi que de professionnels reconnus, confère à la COSYPE une légitimité accrue, ce que confirme Alain Blanc :

*« S'il n'y avait eu que des enseignants et des éducateurs... c'est assez classique si vous voulez. Alors le fait qu'il y ait un syndicat de magistrats qui représentait socialement et politiquement une rupture à l'égard de l'image des magistrats dans l'opinion... On était écouté ! Il y avait des journalistes qui étaient passionnés d'ailleurs comme Philippe Boucher du Monde. Hivert était président d'un syndicat de psychiatres hospitaliers qui donnait un peu de poids à la COSYPE »<sup>3</sup>.*

Peu de praticiens sont en revanche représentés. Seuls Philippe Jacquette et Paul Hivert, respectivement psychologue et médecin-chef au CMPR de La santé, ainsi que Jacques Laurens, médecin-chef du CMPR de Fresnes, participent occasionnellement. Cette représentation exclusive de professionnels de la santé mentale atteste encore une fois de l'autonomie des psychiatres travaillant en prison qui exercent un rôle plus militant que leurs confrères généralistes. En témoigne cette communication du Dr Hivert à la Société générale des prisons (SGP) :

*« Notre propos n'est pas de faire le procès des personnes, mais d'analyser le dysfonctionnement d'un système qui, par sa perversion, peut détourner le service sanitaire de son rôle soignant au profit d'une politique répressive [...] Le droit aux soins du détenu crée des obligations à l'institution et, singulièrement, au médecin, obligation de moyens qui engage notre responsabilité collective »<sup>4</sup>.*

Née de la protestation face aux mesures disciplinaires adoptées contre des personnels éducatifs et enseignants, la COSYPE est présentée comme un groupe destiné à « élaborer une réflexion d'ensemble sur la prison et la politique pénale, afin de constituer une force de propositions » (Actes, n°33, 1981). Des réunions régulières au siège du SNEPAP, regroupant entre cinq et dix personnes, permettent de mettre au point une réflexion globale sur la prison et un ensemble de propositions. Bien qu'initialement pensée comme un mouvement

<sup>1</sup> Philippe Pottier, éducateur pénitentiaire depuis 1975, secrétaire général du SNEPAP de 1978 à 1988 et fondateur de la COSYPE. Entretien réalisé le 27/12/2007, 2H.

<sup>2</sup> L'analyse repose, outre des articles et entretiens, sur les archives de la COSYPE consultées au siège du SNEPAP à Paris. Que Philippe Pottier en soit ici remercié.

<sup>3</sup> Alain Blanc, responsable de la sous-direction de la réinsertion de 1985 à 1995. Entretien le 19/04/2007, 3H.

<sup>4</sup> « Les détenus et le droit aux soins médicaux », *RPDP*, n°1, 01/03, pp.9-17.

essentiellement critique, la COSYPE espère en avril 1981 tirer profit de l'approche bienveillante des socialistes à l'égard de la question des prisons<sup>1</sup>, pour mettre à profit cette expertise :

*« On était davantage dans une optique critique... Mais on voulait pas faire que de la critique. Parce que ça se faisait déjà ! Donc on avait la perspective de déboucher sur des propositions mais on pensait pas que l'alternance allait arriver aussi rapidement. Mais de fait, quand l'alternance est arrivée, on était relativement prêts parce qu'on avait tous un background derrière, on avait réfléchi par thèmes [...] On s'est retrouvé rapidement en situation de pouvoir proposer des choses. C'est ce qu'on a fait ! »<sup>2</sup>.*

Afin d'attirer l'attention des autorités politiques, mais aussi de lancer un débat public sur les prisons, les membres de la COSYPE ont rapidement recours aux médias en présentant lors d'une conférence de presse, le 16 juillet 1981, leurs réflexions en faveur d'une nouvelle politique pénitentiaire. L'analyse de la Coordination a pour point de départ un rejet de la politique « sécurité et liberté » d'Alain Peyrefitte, accusée d'avoir « mené la logique pénitentiaire à son terme » : « Autonomisation au sein du ministère de la Justice de l'administration pénitentiaire dont la structure s'est figée et hiérarchisée à l'excès [...] Les détenus ont disparu de l'administration pénitentiaire pour faire place à des préoccupations de gestion pure, confinant à l'absurde »<sup>3</sup>. Les quarante-sept propositions formulées par la COSYPE s'ordonnent toutes autour d'un même constat. Il serait tant de mettre fin au « mythe » de la réinsertion : « L'idée de réinsertion est une imposture. Toute référence à la capacité de "réinsertion" de la prison [...] serait en fait une négation de la réalité pathogène de l'enfermement. Dans cette optique, tous les aménagements apportés au régime de la détention doivent être regardés comme une "limitation des dégâts", un "moindre mal", plutôt que comme une politique en soi » (*Libération*, 22/09/1982). C'est donc en raison de la « nocivité intrinsèque de la prison », que la COSYPE propose d'envisager la peine « en termes non plus de réinsertion sociale, mais de désocialisation minimale » (*Justice*, n°87, 1981). Pour cela, la Coordination propose d'améliorer les conditions de détention en introduisant un « régime minimum des droits des individus incarcérés : droit à la santé, à l'éducation, à la défense contradictoire devant les autorités administratives, etc. »<sup>4</sup>. La COSYPE diffuse surtout l'idée que la prise en charge du détenu doit être globale et donc partagée par l'ensemble des administrations :

*« Le mouvement de confiscation par l'Administration pénitentiaire, dans la dernière décennie, de tâches relevant ou pouvant relever d'autres catégories de personnels (formation de surveillants-infirmiers ou moniteurs divers, par ex), doit être inversé et l'entrée dans la prison de spécialistes*

<sup>1</sup> On rappelle que Serge Livrozet du C.A.P, considéré comme l'un des plus critiques à l'égard de la prison, fut alors reçu par Jean Favard, le Conseiller technique aux prisons de Robert Badinter (« Comité d'Action des Prisonniers : la prise de parole », *Dedans-Dehors*, n°45, 10/2004, pp.18-19).

<sup>2</sup> Philippe Pottier, éducateur pénitentiaire depuis 1975, secrétaire général du SNEPAP de 1978 à 1988 et fondateur de la COSYPE. Entretien réalisé le 27/12/2007, 2H.

<sup>3</sup> « Huit organisations réclament le "strict respect" des droits des détenus », *Le Monde*, 17/07/1981.

<sup>4</sup> COSYPE, « Il n'y a pas de rééducation pénitentiaire », *Actes*, n°33, 1981, pp.46-49.

*provenant d'autres administrations favorisée. Plus encore, à l'instar du transfert à l'IGAS de la surveillance de l'exercice médical en détention, d'autres ministères ou administrations devraient être étroitement associés au pilotage et à la surveillance des secteurs relevant de leur compétence : ministère de la Santé et de la Solidarité bien sur, mais aussi de l'Education nationale, de la Culture, du Travail, de la Formation professionnelle, de la Jeunesse et des sports... »<sup>1</sup>*

Cette interpellation médiatique, favorisée par les relations nouées avec certains journalistes lors des sanctions disciplinaires à la fin des années soixante-dix, facilite le rapprochement entre la COSYPE et les autorités judiciaires et pénitentiaires. Une rencontre a lieu en novembre 1981 entre Philippe Pottier et Yvan Zakine, DAP<sup>2</sup>. Une autre a lieu quelques jours plus tard avec Jean Favard, Conseiller technique auprès du garde des Sceaux. L'organisation reçoit les faveurs de ce dernier, impressionné du niveau de réflexion et de maturité de ses membres : « En plus, c'était déjà construit, c'était bien réfléchi. C'était pas le tout-fouillisme quoi ! »<sup>3</sup>. Une relation de confiance s'instaure dès lors entre les deux hommes, tel qu'en rend compte Philippe Pottier :

*« Pendant cette période, de 81 à 86, j'ai eu un lien extrêmement étroit avec Jean Favard. Parce que des fois, Favard m'appelait pour me demander conseil : "J'ai vu qu'y avait telle chose qui se préparait au niveau de FO, qu'est que vous en pensez ?". Je lui donnais des infos. Il y avait une connivence, c'est clair [...] Favard il fallait qu'on lui démontre un certain nombre de points de vue, parce qu'il disait : "Et pourquoi ? Vous êtes sûr que ?", et après il reprenait nos points de vue car il avait été convaincu et il voulait faire passer cela à Badinter »<sup>4</sup>.*

En dépit de cet accès privilégié au garde des Sceaux, les propositions de la COSYPE se heurtent à l'influence du syndicat FO, qui par l'entremise de différents réseaux, accède directement à l'Elysée pour s'opposer aux projets de la Chancellerie. Philippe Pottier noue alors également des contacts avec l'Elysée. Il est convenu lors d'une réunion avec Mme Paule Dayan, magistrate, chargée des questions de justice pour le président de la République, ayant lieu en février 1982, que la COSYPE fasse « parvenir un certain nombre de notes » à Robert Badinter en vue d'orienter la nouvelle politique pénitentiaire<sup>5</sup>.

Cette démarche de collaboration cède cependant progressivement le pas à une attitude plus revendicative à l'égard de la Chancellerie, à mesure que les espoirs suscités sont déçus : « On estimait que sa politique [à Badinter] était très modérée [...] Au début, on avait une posture de soutien et puis après une posture plus critique, tout en le soutenant politiquement parce qu'on savait bien que ça pouvait être pire »<sup>6</sup>. Déjà en novembre 1981, la COSYPE critique dans un communiqué le projet de la commission chargée par Badinter de supprimer les QHS.

<sup>1</sup> COSYPE, « La question pénitentiaire », *Après demain*, n°254-255, 05-06/1983, pp.9-11

<sup>2</sup> Ces informations sont extraites de courriers consultés dans les archives internes du SNEPAP.

<sup>3</sup> Jean Favard, magistrat à la DAP de 1970 à 1975 puis Conseiller technique du ministre de la Justice de 1981 à 1986. Entretien réalisé le 10/01/2008, durée: 3H00.

<sup>4</sup> Philippe Pottier, éducateur pénitentiaire depuis 1975, secrétaire général du SNEPAP de 1978 à 1988 et fondateur de la COSYPE. Entretien réalisé le 27/12/2007, 2H.

<sup>5</sup> Lettre de P. Pottier au Conseiller technique du garde des Sceaux datée du 10/08/1982. Archives SNEPAP.

<sup>6</sup> Philippe Pottier, éducateur pénitentiaire depuis 1975, secrétaire général du SNEPAP de 1978 à 1988 et fondateur de la COSYPE. Entretien réalisé le 27/12/2007, 2H.

La Coordination lui reproche de ne pas remettre en cause le principe de l'isolement, ni de l'arbitraire des décisions : « En effet, la commission prévoit le maintien de la possibilité d'une mise à l'isolement ou d'un transfert du détenu sur décision ou sur rapport du chef d'établissement, à partir de critères encore plus larges et plus flous que précédemment » (*Libération*, 12/11/1981). En janvier 1982, le GMP dresse un bilan amer de l'action du garde des Sceaux en matière pénitentiaire<sup>1</sup>, que partage également la COSYPE : « Les symboles trop voyants des archaïsmes ou des outrances du système ont été rayés de la carte : peine de mort, QSR et QPGS<sup>2</sup>. Pour autant, rien n'est réglé. Les amnisties de l'an dernier avaient contribué à faire baisser sensiblement l'effectif des prisons mais, un an après le voici qui semble remonter... »<sup>3</sup>.

Les réformes sont à ce moment au point mort en raison de l'agitation dans les prisons mais surtout du mécontentement des syndicats pénitentiaires. C'est ce pouvoir syndical, assimilé à un « lobby pénitentiaire », que dénonce la COSYPE dans une note envoyée au président de la République, au Premier ministre et au garde des Sceaux en août 1982<sup>4</sup>, période où le syndicalisme pénitentiaire apparaît pour la première fois divisée<sup>5</sup>. Afin d'accélérer le traitement de la question carcérale, la Coordination décide en septembre de rendre public ce document. Constatant une « résistance passive » et une « non-application sournoise » des mesures ministérielles, ce document soulève avec provocation l'influence exagérée dont bénéficieraient les syndicats au sein de l'institution carcérale : « Le garde des sceaux peut-il, aujourd'hui, exercer son pouvoir dans les prisons ? Celles-ci sont-elles le domaine réservé de quelques-uns, qui confondent leurs intérêts avec ceux de l'institution ? »<sup>6</sup>. En quatre-vingt pages, la COSYPE décrit les principaux acteurs, Hubert Bonaldi de FO, Aimé Pastre de la CGT, ainsi que les règles de fonctionnement de ce pouvoir : « Organisation polymorphe, combinant diverses formations de structures organisées ou informelles, qui visent d'abord à maintenir et à exercer leur pouvoir totalitaire à l'intérieur d'un service public, ce "lobby" est puissant ». En rendant public ce que beaucoup taisaient jusqu'alors, la COSYPE espère affaiblir le rôle des syndicats pénitentiaires. « Ces rapports de force étaient connus mais personne n'en parlait car il y avait des tas de connivence. Il y avait en commission paritaire des compromis sans cesse. Une fois que cela est rendu public, on ne peut pas faire comme si

<sup>1</sup> « Prisons : "Rien n'a changé" », *Libération*, 26/01/1982.

<sup>2</sup> Tandis que les Quartiers de sécurité renforcés, surnommés QHS, étaient réservés aux condamnés, les Quartiers de plus grande sécurité (QPGS) étaient destinés aux prévenus.

<sup>3</sup> COSYPE, « Dix variations sur le thème du changement », *Actes*, n°37, 1982, pp.11-12.

<sup>4</sup> « Des magistrats, des avocats et des éducateurs dénoncent le "lobby pénitentiaire" », *Libération*, 22/09/1982.

<sup>5</sup> La grève du 10 mai 1982 reçut un accueil mitigé de la part des surveillants du fait des syndicats Autonome et CFTC qui se désolidarisèrent des autres syndicats pénitentiaires.

<sup>6</sup> On trouve une synthèse de cette note dans la revue du Syndicat de la magistrature (COSYPE, « Le lobby pénitentiaire », *Justice*, n°92, 1982, pp.7-21).



cela n'existait pas », explique Philippe Pottier<sup>1</sup>. Sans qu'on puisse mesurer l'influence précise de cette dénonciation, une transformation des rapports de force se serait opérée durant cette période selon Jean Favard :

*« Avec les syndicats, c'était l'horreur ! [...] J'ai donc pris des contacts pour que les syndicats correspondent à quelque chose [...] A partir de 83, j'avais emmené dans le magma la vraie CGT<sup>2</sup> qui nous cartonnait mais qui les cartonnait aussi et puis, en plus, j'avais repris la main sur les commissions paritaires où il y avait toujours un consensus [...] Après entre 83 et 86, c'était moins dur... »<sup>3</sup>.*

Quelques semaines après la diffusion de ce document, la Coordination organise un colloque en novembre 1982 sur le thème des « résistances au changement », et ce, afin d'engager « un véritable débat démocratique sur le fonctionnement et les finalités de l'institution pénitentiaire ». Cette rencontre rassemble près de trois cents participants à la faculté de droit de Tolbiac. Aux côtés d'anciens détenus, sont présents des avocats, des magistrats, des travailleurs sociaux, des éducateurs, des médecins, des psychiatres. Le Procureur général de Paris, Pierre Arpaillange, y assiste ainsi que la plupart des organisations syndicales et des partis de gauche, à l'exception du Parti socialiste. Les ministères de la Santé, de l'Intérieur, de l'Education nationale, du Plan et des Affaires sociales sont également représentés<sup>4</sup>. La participation de Jean Favard, enfin, est interprétée comme un gage de crédibilité de cette rencontre<sup>5</sup>.

Comme le remarque *Libération* si les prisons sont toujours les mêmes, ceux qui les condamnent ont néanmoins changé de position rendant la possibilité d'une réforme plus concrète : « Les uns sont entrés dans les ministères. Les autres sont chargés de mission. Et d'autres encore participent à des commissions de réforme »<sup>6</sup>. Un compte-rendu de cette rencontre remarque « l'extraordinaire ambiance de ce colloque, où se sont côtoyés représentants officiels du gouvernement, ordres des diverses professions pénitentiaires et para-pénitentiaires, observateurs politiques, ex-détenus et familles des détenus, la plupart engagés avec leur vie personnelle dans une vraie volonté de changement »<sup>7</sup>. Lors des débats, il est largement question du statut du détenu, désormais décrit comme un citoyen : « Redonner au détenu une "citoyenneté", une appartenance à la communauté nationale, ne manquerait pas d'avoir des répercussions sur ses droits au travail [...] à la santé [...] à l'éducation, à la

<sup>1</sup> Philippe Pottier, éducateur pénitentiaire depuis 1975, secrétaire général du SNEPAP de 1978 à 1988 et fondateur de la COSYPE. Entretien réalisé le 27/12/2007, 2H.

<sup>2</sup> En 1983, la CGT exclut la CGT Justice de la confédération syndicale au motif de cotisations non payées.

<sup>3</sup> Jean Favard, magistrat à la DAP de 1970 à 1975 puis Conseiller technique du ministre de la Justice de 1981 à 1986. Entretien réalisé le 10/01/2008, durée: 3H00.

<sup>4</sup> « Prisons : le difficile changement », *Le Matin*, 8/11/1982 ; « Prisons : le "changement" tarde », *Le Monde*, 14-15/11/1982.

<sup>5</sup> Les brochures de présentation du colloque annoncent ainsi en couverture sa présence. Archives SNEPAP.

<sup>6</sup> « Après le 10 mai, les prisons restent les prisons », *Libération*, 8/11/1982.

<sup>7</sup> BERNAT DE CELIS Jacqueline, « Le colloque de la COSYPE : prisons : quel changement ? », *RSCDPC*, 1983, p.158.

culture » (LM, 14-15/11/1982). La tenue de ce colloque où sont abordées les principales idées de la future réforme des conditions de vie en détention s'apparente pour le ministère de la Justice à une forme de soutien, comme le souligne Jean Favard :

*« J'ai pu voir qu'il y avait une adhésion aux principes qu'on était en train de mettre en place. C'est même un des premiers soutiens qu'on trouvait parce que, jusque-là, il n'y en avait pas beaucoup ! Mais c'était bien ça. Ça nous aidait. Parce qu'on avait tellement peu de soutiens... »<sup>1</sup>.*

Outre les droits du détenu, la COSYPE porte beaucoup d'attention au statut du personnel. L'autorité exercée par l'Administration pénitentiaire sur les différents intervenants travaillant en détention, que celle-ci soit contractuelle ou indirecte par le biais de l'agrément, est perçue comme une atteinte à leur autonomie professionnelle : « Les enseignants sont, à l'intérieur de l'institution, extrêmement vulnérables et sont soumis à l'approbation discrétionnaire de l'agrément. Cette modalité restrictive a pour but d'une part d'expulser de l'enseignement des personnes jugées indésirables (selon quels critères ?) et d'autre part de laisser planer une menace permanente sur les enseignants agréés ; une procédure de retrait de l'agrément étant toujours possible... »<sup>2</sup>. C'est pour échapper à ces contraintes que la Coordination estime que la prise en charge des détenus ne peut être laissée à la seule responsabilité du ministère de la Justice. Parmi ses principales revendications figure ainsi « la reconnaissance aux institutions extérieures du droit d'intervention dans la prison, notamment par la négociation avec l'Administration pénitentiaire d'un statut de coresponsabilité de chaque institution extérieure dans son domaine d'intervention (éducation, santé, formation professionnelle, etc.), hors de l'idée d'une simple prestation de services »<sup>3</sup>. L'idée d'une ouverture de la prison vers la Cité s'inspire de l'idée de « décroïsonnement », dont Alain Blanc secrétaire général adjoint du SM, entend parler pour la première fois lorsqu'il découvre la COSYPE :

*« Donc, on a assez vite eu l'idée de constituer une plate forme de revendications autour de la prison fondée sur une idée qui était le décroïsonnement. C'est le maître mot qui sera repris d'ailleurs plus tard par Mme Ezratty. Les enseignants doivent dépendre de l'Education nationale, les médecins du ministère de la Santé, etc. L'idée, c'était qu'il fallait que tous ces fonctionnaires soient à égalité. C'était l'idée de Giscard aussi. Ça n'avait l'air de rien mais la poignée de main à un détenu de Giscard en 74 et sa phrase, "La prison ce n'est que la détention", avaient eu un grand rôle. Prenons-le au mot ! La santé doit être en prison la même qu'elle est à l'extérieur [...] A l'époque le décroïsonnement, ça n'était pas un concept. Je peux dire qu'on l'a formalisé et qu'on l'a traduit après en programme politique »<sup>4</sup>.*

Présenté également comme central dans la réflexion de la COSYPE par Philippe Pottier, le terme de « décroïsonnement » est pourtant à l'époque étonnamment absent de tous les discours et documents officiels et internes de la Coordination<sup>5</sup>. La COSYPE privilégie alors le

<sup>1</sup> Jean Favard, magistrat à la DAP de 1970 à 1975 puis Conseiller technique du ministre de la Justice de 1981 à 1986. Entretien réalisé le 10/01/2008, durée: 3H00.

<sup>2</sup> ANEP, « Situation de l'enseignement dans les prisons », 4 pages, non daté. Archives internes SNEPAP.

<sup>3</sup> « Huit organisations réclament le "strict respect" des droits des détenus », *Le Monde*, 17/07/1981.

<sup>4</sup> Souligné par nous (Alain Blanc, responsable de la sous-direction de la réinsertion de 1985 à 1995. Entretien le 19/04/2007, 3H).

<sup>5</sup> On rappelle qu'on a consulté les trois cartons d'archives internes de la COSYPE dans les locaux du SNEPAP.

terme de « décentralisation » qui s'appliquerait aussi bien au fonctionnement interne de l'Administration pénitentiaire qu'à ses relations avec des partenaires extérieurs. La déclaration initiale de la Coordination fait ainsi état d'« une réflexion pour rechercher de quelle manière la prison pourrait être intégrée dans le mouvement de décentralisation [et] associer plus étroitement les collectivités locales, c'est-à-dire l'"extérieur" à la gestion pénitentiaire »<sup>1</sup>. Bien que cela soit ambigu dans les déclarations de la COSYPE, cette politique implique un dessaisissement du ministère de la Justice, comme cela est expliqué plus directement par un membre du SM : « Mettre en place et cogérer véritablement une politique locale de l'incarcération implique que l'administration pénitentiaire ne jouisse plus de tous les pouvoirs à l'intérieur de l'établissement »<sup>2</sup>.

Trois raisons peuvent expliquer que le terme de « décentralisation » fut privilégié à celui de « décloisonnement » par la Coordination. Cette expression apparaît tout d'abord moins alarmiste à l'égard des personnels et syndicats pénitentiaires, et ce, à un moment de grande tension. La « décentralisation » est d'autre part beaucoup plus compréhensible par les acteurs politiques en place du fait de l'importance alors accordée par la gauche à ce thème. La décentralisation, enfin, en inscrivant le détenu dans le territoire dont il relève, s'apparente à une forme de décloisonnement, comme l'explique Philippe Pottier :

*« On aurait pu profiter du mouvement de décentralisation de Deferre. Ça aurait pu être le moyen de faire bouger beaucoup de choses, en donnant aux collectivités territoriales, et notamment régionales, des responsabilités eu égard aux détenus qui sont sur leur territoire. A l'époque, y avaient des réflexions là-dessus. Des choses ont été faites, mais uniquement entre administrations d'Etat [...] Y a des choses qui n'ont alors pas tellement avancées. Moi, je pense que toute cette idée de décloisonnement vers les collectivités territoriales n'était même pas une chose compréhensible pour Badinter »<sup>3</sup>.*

La médecine pénitentiaire apparaît pour la COSYPE comme l'un des domaines d'application privilégié du principe de « décloisonnement ». Une commission interne est consacrée à ce sujet dès 1981. Outre un droit à la santé, il y est largement question du statut des personnels sanitaires, notamment au regard des règles de la déontologie médicale : « Le personnel sanitaire doit répondre à la demande thérapeutique du patient détenu et à *sa seule demande*. Le soignant doit respecter le choix du détenu qui *dispose de la liberté d'accepter ou de refuser* les soins prescrits [...] Le détenu doit pouvoir pleinement disposer du secret médical »<sup>4</sup>. Un groupe de travail, placé sous la responsabilité de Marcel Colin, conclut lors du congrès de 1982 que « la médecine pénitentiaire est une médecine en miettes »<sup>5</sup>. Réunis pour la première fois en l'absence de toute hiérarchie pénitentiaire, les personnels de santé se

<sup>1</sup> SEYLER Monique, « Une intersyndicale sur les prisons », *Justice*, n°87, 1981, pp.10-11.

<sup>2</sup> « Administration pénitentiaire. La remise en cause d'une puissance sans partage », *Justice*, n°90, 1982, p.43.

<sup>3</sup> Philippe Pottier, éducateur pénitentiaire depuis 1975, secrétaire général du SNEPAP de 1978 à 1988 et fondateur de la COSYPE. Entretien réalisé le 27/12/2007, 2H.

<sup>4</sup> COSYPE, « Pour une politique de la santé en milieu pénitentiaire », *Actes*, n°37, 1982, pp.16-17.

<sup>5</sup> « La médecine pénitentiaire est une médecine en miettes », *Le Quotidien du Médecin*, 10/11/1982.

livrent alors à une critique collective de la médecine pénitentiaire (Cf. Encadré). Ils condamnent notamment la tutelle à laquelle ils sont assujettis : « Première revendication des praticiens venus au colloque de la COSYPE : pour de meilleurs soins, pour une dignité retrouvée du détenu, il faut changer de tutelle, c'est-à-dire ne plus avoir des comptes à rendre au ministère de la Justice et à son administration pénitentiaire, et retrouver la tutelle normale du ministère de la Santé »<sup>1</sup>.

Les psychiatres militant à la COSYPE, tel le Dr Jacques Laurens, médecin-chef du CMPR de Fresnes, proposent de réformer la médecine pénitentiaire sur le modèle du dispositif de santé mentale : « Les CMPR, gérés par une autre administration, soulèvent moins de difficultés ce qui permet de penser que le rattachement des services médicaux à une autre autorité de tutelle que le ministère de la Justice serait de nature à en améliorer le fonctionnement. Il s'agit là d'un problème fondamental, toute réforme visant à améliorer la qualité du service sans changement de tutelle administrative est vouée à l'échec »<sup>2</sup>. Fidèle à ce principe, la COSYPE ébauche un projet de réforme de la médecine pénitentiaire, peu précis, proposant la création d'un « Service de santé » rattaché à son « ministère de tutelle naturel » et chargé d'organiser auprès de chaque établissement une « unité de soins polyvalente »<sup>3</sup>. L'expérience des CMPR attesterait, remarque le Dr Hivert, la nécessaire autonomie des services de médecine en prison :

*« Il n'existe pas de statut réel des médecins pénitentiaires [...] Ils sont révocables à tout moment, sans justification, ni protection statutaire [...] L'absence de sécurité de l'emploi ne permet pas d'engager un personnel qui s'investisse valablement dans ses fonctions, plus soucieux qu'il est de préserver sa place auprès de l'administration qui l'emploie [...] Ceci ne peut se réaliser concrètement que par le rattachement de ce service de santé à l'autorité de tutelle naturelle : le ministère de la Santé publique. L'exemple des CMPR, depuis 1977, apporte la preuve du succès de cette formule »<sup>4</sup>.*

### LE CONGRES DE LA COSYPE, UNE PAROLE LIBREEE : LA PREMIERE AUTOCRITIQUE COLLECTIVE DE LA MEDECINE PENITENTIAIRE

On peut à partir des deux comptes rendus disponibles dans les archives du SNEPAP tenter de restituer les débats de la commission « Santé » réunie lors du congrès de la COSYPE, le 6 novembre 1982<sup>5</sup>. Composé, outre les professionnels de santé, de familles de détenus, de représentants ministériels et de journalistes, le groupe recense tout d'abord les principaux dysfonctionnements en matière médicale. « La commission n'a pas eu de mal à se mettre au travail. Les griefs à l'encontre de l'administration pénitentiaire ne manquent pas, et chacun de vider son sac en signalant les faits les plus scandaleux qu'il a eu à connaître au cours de sa pratique ». Un « cahier de doléances » est rédigé : mauvaise prise en charge de l'avortement dans les M.A pour femmes, soupçons de l'Administration pénitentiaire à l'égard des malades perçus comme des simulateurs, rareté des vacations de psychiatres, consultations souvent « bâclées », prescriptions « abusives » de tranquillisants, impuissance du médecin à agir sur la vie quotidienne des détenus (hygiène, nourriture, etc.), réticences de l'Administration à autoriser les

<sup>1</sup> « Le personnel médical veut dépendre du ministère de la Santé », *Le Matin*, 8/11/1982.

<sup>2</sup> Note de Jacques Laurens de deux pages datée du 4/10/1982. Archives internes SNEPAP.

<sup>3</sup> COSYPE, « Pour une politique de la santé en milieu pénitentiaire », *Actes*, n°37, 1982, pp.16-17.

<sup>4</sup> Le détenu et le droit aux soins médicaux », *RPDP*, n°1, 01/03, pp.9-17.

<sup>5</sup> Il s'agit de deux documents dactylographiés respectivement de six et sept pages dont les auteurs sont inconnus.

hospitalisations. « Il apparaît que les détenus sont dans l'impossibilité de bénéficier du droit à la santé que les textes leur reconnaissent par ailleurs ».

Le statut des professionnels fait débat. Certains soulignent la disparité des statuts régissant les divers soignants. Un participant remarque l'absence de médecin généraliste dans l'assemblée et que seuls des psychiatres ou des infirmières sont présents. Cette absence est perçue comme le fruit de la volonté de l'Administration pénitentiaire « de diviser les soignants afin de pouvoir mieux contrôler l'exercice de la médecine en prison ». Une infirmière de La Santé affirme ainsi avoir reçu l'ordre de ne communiquer ni avec les éducateurs, ni avec les assistantes sociales de l'établissement. « La médecine pénitentiaire, du fait de la multiplicité des statuts des différents intervenants, et aussi du fait de la politique d'obstruction quasi-systématique de l'Administration pénitentiaire, offre le spectacle désolant d'une médecine en miettes, chacun travaillant, comme il le peut, de son côté ».

S'engage alors un débat sur le rôle des professionnels de santé en milieu carcéral : « Que vient faire le médecin dans une prison, c'est-à-dire dans une institution qui a une vocation punitive, répressive ? ». Le compte-rendu note « un immense malaise dans l'assistance ». Beaucoup éprouvent un sentiment de « culpabilité » : « L'exercice de la médecine en milieu carcéral est récupéré en partie au bénéfice de l'institution pénitentiaire, qui tend à faire endosser au médecin la responsabilité de conflits qu'elle a elle-même suscités ». L'unanimité initiale cède la place aux opinions les plus divergentes quant à la fonction du personnel sanitaire en prison. Le rôle du médecin est-il de « soigner les détenus », de « permettre de ne pas récidiver », de « limiter les dégâts » dus à l'incarcération ou « d'être présent dans l'institution pour témoigner de ses aberrations et de ses abus » ?

*« A ce point de la discussion, le malaise des participants est à son comble. Des positions extrêmes sont prises... Il ne faut pas accepter de travailler en prison, disent les uns, on ne peut rien pour les détenus, on ne sert qu'à l'Administration pénitentiaire. Non, disent les autres, il faut rester coûte que coûte, c'est une question de méthode, on n'est pas condamné à ne faire qu'une médecine orthopédique ».*

Le débat est « houleux » jusqu'à ce qu'un journaliste demande quelle attitude le médecin doit adopter face à une grève de la faim. Les participants retrouvent alors l'unanimité initiale pour dénoncer les interventions allant contre le libre arbitre du patient et déclarent n'être que des « témoins ». En cas de « bavure », tous estiment également « qu'il y a plus de scandale à taire le scandale qu'à violer le secret professionnel ». Enfin, en conclusion, les participants proposent « une restructuration totale de la Médecine pénitentiaire » et « réclament leur rattachement au Ministère de la Santé ».

En dépit de l'espoir suscité par l'arrivée de la gauche au pouvoir, la politique entreprise sous l'égide de Robert Badinter peine à transformer considérablement la condition pénitentiaire, notamment en raison de la résistance des syndicats et du manque de budget<sup>1</sup>. Si des réformes sont finalement adoptées, c'est sous la « pression partisane »<sup>2</sup> exercée par des militants de la cause carcérale, aussi bien en dehors qu'au sein du Parti socialiste. En effet, tandis que le gouvernement et les dirigeants socialistes demeurent peu enclins à mettre à l'agenda politique un thème faiblement populaire, et alors même que sont annoncées dès juin

<sup>1</sup> Robert Badinter lui-même l'a reconnu récemment : « Mais je le dis franchement, la politique pénitentiaire fut un échec. Ce qui a manqué c'était l'argent : voilà la raison de l'échec. Parmi la longue liste des priorités sociales, les prisons n'arrivaient pas en tête. Et de loin. Malgré toutes les plaidoiries que j'ai pu faire auprès de Matignon ou du ministère du Budget. On me donnait un peu là où il aurait fallu beaucoup pour mettre fin aux conditions de détention misérables » (*Le Nouvel Observateur*, 17/03/2011).

<sup>2</sup> KEELER John, *Réformer*, op.cit., p.18.

1982 des mesures d'austérité, la mobilisation de professionnels pénitentiaires conduit à l'unique plan de réforme de la condition carcérale d'envergure adopté par la gauche. Le 12 décembre 1982, soit au lendemain du colloque organisé par la COSYPE, Robert Badinter annonce ainsi une amélioration de la vie quotidienne des détenus (*LM*, 15/12/1982).

Parce qu'elle a largement inspiré les réformes successives en matière d'action sanitaire ou culturelle, la COSYPE peut-être considérée comme une « communauté épistémique » telle que définie par Peter Haas<sup>1</sup>. Formée de professionnels d'origines variées (éducateurs, médecins, enseignants, avocats, magistrats) mais bénéficiant tous d'une compétence dans un même secteur (la prison), une communauté épistémique se caractérise avant tout par une représentation homogène d'un problème<sup>2</sup>. Les membres de la Coordination sont en effet unanimement critiques à l'égard du rôle « désocialisant » de la prison. Pourtant au-delà de l'idée que la peine se limite à la privation de liberté, les membres de la COSYPE semblent divisés entre réformistes et abolitionnistes. Ces divergences semblent avoir été résolues, selon Philippe Pottier, par l'adoption d'une formulation suffisamment vague pour permettre à chacun de s'y reconnaître :

*«- Au niveau de la COSYPE, l'idée de désocialisation minimale était vraiment partagée ?*

*- Ah oui, tout à fait ! C'était un des trucs de fond. C'était bien l'idée de 74, c'est-à-dire la prison va être forcément désocialisante donc il faut s'assurer qu'il y ait un accès au droit le plus complet possible [...] On était parti sur cette base là en disant : "On réunit des compétences multiples, on est animé par des valeurs communes et on va essayer de dire qu'elle va être la Pénitenciaire de demain". L'idée dominante était de dire la prison telle qu'on la connaît est une institution historique. Elle a eu un début, elle aura peut-être une fin, mais c'est pas pour tout de suite. Mais le fait de dire "Elle aura peut-être une fin", ça permettait de rassembler des gens qui avaient des idées un peu différentes là-dessus. Des gens comme moi qui étaient convaincus que ce n'était pas possible et d'autres un peu plus utopistes »<sup>3</sup>.*

Souvent décrites comme étant le fait de hauts magistrats, diffusant leurs idées au sein de sociétés savantes comme la Société générale des prisons, les communautés épistémiques en matière pénale peuvent aussi, comme en atteste la COSYPE, s'élaborer à partir de l'expérience quotidienne de professionnels aux positions plus modestes<sup>4</sup>. Jusque-là utilisée de façon contradictoire, la notion de décroisement devient alors sous l'action de cette

<sup>1</sup> Peter Haas définit les communautés épistémiques comme des réseaux de professionnels qui jouent un rôle de « réducteurs d'incertitude » à l'égard des gouvernants, en produisant des idées qui servent de support à l'action publique (HAAS Peter, « Introduction : Epistemic communities and international policy coordination », *International Organization*, 1992, vol.49, n°1, pp.1-35).

<sup>2</sup> La politique de recherche du Comité d'organisation des recherches appliquées sur le développement économique et social (CORDES), ainsi que celle conduite après 1981, reposent par exemple, au-delà de l'affinité des trajectoires politiques et syndicales, sur une même conception de la science et du rôle que doivent y jouer les pouvoirs publics (BEZES Philippe, CHAUVIERE Michel, CHEVALLIER Jacques, DE MONTRICHER Nicole et OCQUETEAU Frédéric (dir.), *L'État à l'épreuve des sciences sociales. La fonction recherche dans les administrations sous la Ve République*. Paris, La Découverte, 2005).

<sup>3</sup> Philippe Pottier, éducateur pénitentiaire depuis 1975, secrétaire général du SNEPAP de 1978 à 1988 et fondateur de la COSYPE. Entretien réalisé le 27/12/2007, 2H.

<sup>4</sup> Au sujet de ces premières communautés épistémiques : ENGUELEGUELE Stéphane, « Les communautés épistémiques pénales et la production législative en matière criminelle », *Droit et société*, 1998, pp.563-581.

communauté épistémique un paradigme, au sens de Kuhn, susceptible d'orienter la politique en matière pénitentiaire<sup>1</sup>. Si la mobilisation de la COSYPE est la condition de possibilité pour un changement de paradigme de la politique pénitentiaire, c'est en raison de l'audience dont elle bénéficie alors auprès de la Chancellerie, notamment par le biais du Syndicat de la magistrature, comme le rappelle Alain Blanc :

*« On avait quasiment une réunion en tant que COSYPE avec Badinter tous les deux mois. Il avait compris qu'il y avait quelque chose d'important et il nous soutenait. C'est à ce moment qu'Ezratty a commencé à faire bouger les choses. Elle avait la confiance totale de Badinter et elle a mis des choses en place qui étaient dans ce mouvement de décroisement [...] Et d'ailleurs Mme Ezratty m'a tout de suite parlé de la COSYPE. Il était clair que j'avais été l'interlocuteur de Badinter. C'était clair que quand je suis venu [à la DAP] que j'étais là pour ça »<sup>2</sup>.*

Si un changement de paradigme est un phénomène cognitif de recodage du réel correspondant à l'émergence de nouvelles valeurs, il se traduit également par l'affirmation de nouveaux intérêts<sup>3</sup>. La redéfinition du paradigme implique une recomposition du secteur concerné, délimité selon de nouvelles frontières, provoquant ainsi une redistribution du pouvoir au sein de celui-ci<sup>4</sup>. Cette redéfinition a lieu en matière de santé au détriment des médecins pénitentiaires les plus influents et les plus contestés. L'application du principe du décroisement se traduit ainsi par le déclin de ce segment de la médecine pénitentiaire dont la spécificité est désormais remise en cause.

---

<sup>1</sup> Yves Surel a réintroduit en science politique le modèle paradigmatique développé par Thomas Kuhn dans son étude épistémologique sur la structure des révolutions scientifiques (SUREL Yves, « Les politiques publiques comme paradigmes » in FAURE Alain, POLLET Gilles, WARIN Philippe, *La construction du sens dans les politiques publiques*, L'Harmattan, 1995, pp.125-151).

<sup>2</sup> Alain Blanc, responsable de la sous-direction de la réinsertion de 1985 à 1995. Entretien le 19/04/2007, 3H.

<sup>3</sup> En légitimant les représentations dont ils sont porteurs, les « médiateurs » défendent ainsi leurs intérêts propres (MULLER Pierre, *Les politiques publiques*, Que sais je ?, Paris, 1990, p.43 et suiv).

<sup>4</sup> SUREL Yves, « Les politiques publiques comme paradigmes », *art.cit.*, p.146.

## Section 2. Les «scandales» comme «fenêtres d'opportunité» de réforme de la médecine pénitentiaire

Longtemps conçues comme des moyens permettant de résoudre des problèmes publics, les « solutions » ont progressivement été analysées comme des productions pouvant être légitimées en cas de circonstances politiques exceptionnelles, et notamment lorsque des « problèmes » apparaissent<sup>1</sup>. Ces « *problem windows* » peuvent selon Kingdom prendre l'apparence de l'évolution d'un indicateur chiffré, c'est le cas en matière de surpopulation carcérale, ou encore d'une « catastrophe »<sup>2</sup>. On entend ici souligner le rôle des « scandales » en tant que facteur de mise à l'agenda des réformes. Apparue au début des années soixante-dix, la revendication du transfert de la médecine pénitentiaire auprès du ministère de la Santé est reformulée par la COSYPE, qui demande notamment la suppression de la fonction de Médecin-inspecteur, et ce alors même que l'organisation des soins en prison est l'objet de nombreuses critiques.

Lors des Journées internationales de médecine pénitentiaire de novembre 1981, le Dr Perdrot, médecin-chef de l'Hôpital de Fresnes, dresse un sombre bilan des carences en matière de soins : « L'hygiène est déplorable. Les cellules proches du bloc opératoire sont absolument lamentables [...] Les [surveillants] auxiliaires n'ont pas de formation médicale »<sup>3</sup>. Le médecin-chef coordinateur de Fleury-Mérogis, Jean-Charles Bertin, souligne quant à lui les carences dont souffre son service : « Huit internes se relaient à Fleury où, actuellement se situent 4.600 détenus et où passent chaque année 15.000 personnes. Ils travaillent trente heures par semaine (une garde de 24 heures et deux consultations) et gagnent 3.800 francs par mois. C'est peu. Dans le "civil", un interne touche 5 600 francs à la fin de son cursus médical »<sup>4</sup>. L'organisation sanitaire est largement mise en cause lors des révoltes, comme ici à Fleury-Mérogis en septembre 1984 : « Les détenus affirment n'avoir pas pu voir un médecin depuis des semaines. On parle de morpions courant sur les lits, de femmes syphilitiques non soignées » (*Libération*, 06/09/1984). Les soins sont fréquemment décrits, par une presse critique à l'égard de l'action du gouvernement en matière pénitentiaire, comme un exemple des mauvaises conditions de détention :

*« Vous êtes malade ? Vos dents ? Votre estomac ? Vous avez un peu de vague à l'âme ? Vous déprimez ? Vous devenez fou ? Vous craquez ? L'infirmière ne peut pas venir. Le médecin n'est pas là. Il n'y a pas de psychiatre en ce moment. Vous êtes un simulateur. Le médecin viendra dans deux jours. Le psychiatre ne viendra pas. L'infirmerie est pleine. L'hôpital aussi. Votre cas n'est pas assez grave. On ne peut rien faire. Il faut vous arracher toutes vos dents. Votre estomac est foutu. Votre*

<sup>1</sup> COHEN Michael, MARCH James, OLSEN Johan, « Le modèle du "garbage can"... », *art.cit.*, p.166.

<sup>2</sup> KINGDOM John W., *Agendas, Alternatives and Public Policies*, op.cit., p.173.

<sup>3</sup> « Médecine pénitentiaire : sombre bilan », *Libération*, 30/11/1981.

<sup>4</sup> « Fleury-Mérogis, un interne de garde de nuit pour 4 600 détenus », *Le Matin*, 16/07/1985.



*tumeur tourne mal. Il va falloir vous expédier dans un hôpital civil. Là-bas, ils ne peuvent plus intervenir. Peut-être allez-vous mourir... » (Libération, 8/11/1982).*

La survenue de plusieurs scandales au début des années quatre-vingt achève de légitimer la suppression du poste de Médecin-inspecteur qui, outre un aspect symbolique important, est pensée comme une première étape dans la réorganisation de la médecine pénitentiaire. Pourtant cette réforme structurelle constitue également un acte politique à l'égard de Solange Troisier. « Quand le nom de Robert Badinter est apparu sur les écrans de télé, j'ai compris que mon sort était joué. La peine capitale allait même être appliquée », observe le Médecin-inspecteur à son propre sujet<sup>1</sup>. La suppression de l'Inspection médicale et son transfert au ministère de la Santé ne peuvent ainsi être comprise qu'au croisement de cette double logique réformatrice et politique (1). La dénonciation de la qualité des soins par un acteur reconnu au sein du secteur médical, le Pr Huguenard, ouvre au même moment une nouvelle « fenêtre d'opportunité » légitimant de façon plus globale la réorganisation de la médecine pénitentiaire (2).

### ***1. L'éviction de Solange Troisier et la suppression de l'Inspection médicale interne : la politisation d'une réforme structurelle***

L'arrivée de la gauche au pouvoir marque un tournant dans la carrière du Médecin-inspecteur. Fortement politisée, elle voit d'un mauvais œil l'accès de membres du SM à des postes de responsabilité à la Chancellerie : « Pourquoi, nous, la majorité d'avant 1981, les avons-nous laissé tisser leurs filets à tous les échelons de l'Administration ? [...] Le syndicat de la magistrature naissant était déjà implanté partout. La politique gaulliste avait laissé s'épanouir dans tous les ministères les taupes les plus efficaces »<sup>2</sup>. Le ministre de la Justice s'avère méfiant à l'égard des déclarations de Solange Troisier, le nouveau directeur de l'Administration pénitentiaire, Yvan Zakine, lui refusant ainsi à plusieurs reprises de prendre la parole en public. Les déclarations du Professeur Troisier semblent d'ailleurs de plus en plus contestées par les praticiens eux-mêmes. Elle provoque ainsi, en novembre 1981, la réprobation des participants des Journées internationales de médecine pénitentiaire en évoquant la « nécessité d'hospitalier au maximum dans les services pénitentiaires, parce que les hospitalisations en service libre coûtent cher, dérangent le service et favorisent les évasions »<sup>3</sup>.

« Depuis plusieurs années, celle dont la carrière fut émaillée par plusieurs déclarations fracassantes [...] observe un silence total », constate *Le Monde* le 18 mars 1983. Signe de

<sup>1</sup> TROISIER Solange, *Une sacrée bonne femme*, op.cit., p.236.

<sup>2</sup> *Ibidem*, p.279.

<sup>3</sup> « Médecine pénitentiaire : sombre bilan », *Libération*, 30/11/1981.

cette mise à l'écart, le Médecin-inspecteur n'est pas intégré à Commission chargée de préparer les réformes, comme le souligne le magistrat ayant assuré le secrétariat de cette Commission : « Et dans ce groupe de travail, bien entendu elle était mise sur la touche pour des raisons un peu politiques. Parce qu'elle était gaulliste et c'étaient les socialistes qui avaient le pouvoir »<sup>1</sup>. Nouveau symbole de cette mise à l'écart, Robert Badinter refuse d'apporter son patronage au congrès de médecine pénitentiaire qui a lieu à Paris en novembre 1981<sup>2</sup>. Alors que le ministre de la Santé assure les participants de sa présence, « l'absence remarquée d'un représentant du ministère de la Justice à cette réunion importante a jeté un léger trouble sur l'importance de leur rôle », selon l'envoyé du *Quotidien du médecin* (30/11/1981). Enfin, le Conseiller technique du garde des Sceaux décide de supprimer la double indemnité dont bénéficiait le Médecin-inspecteur en vertu de sa nomination par décret du 12 mai 1981 au rang de Professeur : « Elle travaillait à temps plein pour l'administration et elle était en même temps Professeur. Alors là, ça n'allait pas ! »<sup>3</sup>. Au-delà des considérations politiques, Solange Troisier incarne l'idée d'une organisation des soins spécifique aux détenus à laquelle Robert Badinter aurait été déjà à l'époque défavorable, d'après ses écrits biographiques d'aujourd'hui :

*« La priorité demeurait la question des soins aux détenus. J'avais eu à ce sujet des plaintes et mesuré, dans mes visites la misère sanitaire de nos prisons. Les installations et les moyens étaient insuffisants, hormis à l'hôpital de Fresnes. Cet état de choses procédait d'une conception erronée. L'administration avait procédé à une "médecine pénitentiaire" autonome. Cette approche se révélait caduque, et ses conséquences déplorables. Le détenu souffrant est un malade. Les soins doivent lui être assurés comme à tout être humain. Certes il existe des pathologies propres à la détention : troubles du sommeil, affections digestives, maladies somatiques, etc. Elles relèvent de spécialistes et doivent être traitées en prison comme au dehors. Mais une médecine qualifiée de "pénitentiaire" ne pouvait être que misérable, à l'image de la prison elle-même. Il fallait briser ce cloisonnement, cette muraille administrative, et soumettre le traitement médical des détenus aux mêmes normes et contrôles qu'à l'extérieur. Cette réforme nécessaire se heurtait à la résistance de ceux qui avaient fait carrière au sein de ce service, notamment de son inspectrice générale. Ce qui n'était qu'un problème de gestion fut transformée en affaire politique »<sup>4</sup>.*

L'éviction du Médecin-inspecteur, déjà relégué au second plan, est accélérée en septembre 1981 à la suite d'un fait divers<sup>5</sup>. En août 1981 une prévenue ghanéenne hospitalisée à Fresnes est amenée au bloc opératoire en vue d'une cœlioscopie (examen endoscopique de l'appareil génital féminin), « aucun "accord d'opération" [n'étant] présenté ni signé par l'intéressée »<sup>6</sup>. En cours d'opération survient un incident anesthésique si grave que la malade est transportée

<sup>1</sup> Jacques, magistrat chargé de la réglementation sanitaire de 1982 à 1989. Entretien réalisé le 11/01/2008, 3H30.

<sup>2</sup> Lettre du 21/10/1981 d'André Braunschweig, directeur de cabinet du garde des Sceaux, à Yvan Zakine (CAC.20020055. Art.1. Courriers de J. Favard).

<sup>3</sup> Jean Favard, magistrat à la DAP de 1970 à 1975 puis Conseiller technique du ministre de la Justice de 1981 à 1986. Entretien réalisé le 10/01/2008, durée: 3H00.

<sup>4</sup> BADINTER Robert, *Les épines et les roses*, op.cit, pp.120-121.

<sup>5</sup> Ce fait est raconté à travers la description qu'en donne Jean Favard dans son ouvrage ainsi qu'à partir de ses archives consultées au CAC. Il n'a été cité qu'une seule fois dans la presse par un médecin anesthésiste de Fresnes ayant été licencié, selon lequel la patiente se serait opposée à cette opération (*Le Monde*, 27/11/1983).

<sup>6</sup> Lettre de Jean Favard à Robert Badinter du 29/08/1981 (CAC. 20020055. Art..1. Courriers de Jean Favard).

en hélicoptère au service de réanimation de l'Hôpital Henri-Mondor à Créteil. « Mme Troisier assure, en sa qualité de médecin inspecteur, que l'intervention s'est déroulée "sans aucun incident pour le chirurgien qui opérait" (c'est-à-dire elle-même !). Elle ne fournit, par ailleurs, pas la moindre explication sur l'opportunité et l'urgence de cette opération », observe Jean Favard<sup>1</sup>. Car outre les problèmes survenus pendant l'opération est surtout reproché à Solange Troisier le fait que la patiente aurait été opérée sans son contentement. En effet huit jours plus tard, lorsqu'elle regagne la prison de Fresnes, la patiente déclare avoir subi une hystérectomie (ablation de l'utérus) sans son accord<sup>2</sup>.

Cet incident souligne pour le Conseiller technique du garde des Sceaux l'incompatibilité entre la charge de Médecin-inspecteur et celle de chirurgien. Nommée médecin pénitentiaire titulaire par décret le 22 mai, soit quelques jours avant la passation de pouvoir<sup>3</sup>, Solange Troisier était devenue sa propre juge : « Il est clair qu'un inspecteur ne peut pas s'inspecter lui-même. L'administration était ainsi dans l'impossibilité d'enquêter sur un incident au cours duquel une détenue avait failli mourir »<sup>4</sup>. Il est décidé lors de la réunion de Cabinet du 28 septembre 1981 de mettre fin aux fonctions, autres que celle de Médecin-inspecteur, de Solange Troisier : « En rentrant de vacances, le 30 septembre 1981, je trouvais mon bureau de médecin-chef de service de l'hôpital de Fresnes et de médecin spécialiste des hôpitaux de Paris déménagé, occupé par des services administratifs. Mes dossiers et le matériel de bureau que j'avais apportés de l'université avaient disparu. Tout était sous clé »<sup>5</sup>. Quelques jours plus tard, Jean Favard demande à Robert Badinter l'éviction de Solange Troisier du ministère de la Justice : « La situation est maintenant sans issue puisque l'Administration a cessé de disposer d'un médecin-inspecteur fiable [...] La crise qui vient d'être traversée avec l'apparition d'un risque vital pour certains grévistes de la faim, au moment précis où le corps médical pénitentiaire était plus incertain que jamais n'a fait que renforcer ma conviction à cet égard. C'est pourquoi il apparaît hautement souhaitable et urgent que vous décidiez de mettre fin aux fonctions de médecin-inspecteur de Solange Troisier »<sup>6</sup>. Le constat de dérives dans la pratique du chirurgien-dentiste inspecteur, achève de convaincre le conseiller du garde des Sceaux des

<sup>1</sup> Lettre de Jean Favard à Robert Badinter du 29/08/1981 (CAC. 20020055. Art.1. Courriers de Jean Favard).

<sup>2</sup> Il semblerait que ce ne soit pas la première fois que le Médecin-inspecteur effectue des actes médicaux sans le consentement du patient et sans qu'elle ait le statut de soignant. Elle décrit ainsi dans l'un de ses ouvrages avoir pratiqué un examen forcé sur une autre patiente afin de détecter si la grossesse qu'elle prétendait était simulée : « Le juge voulait en être sûr car cette détenue refusait de se laisser examiner [...] Je "reniflai" la supercherie et, après maints discours, j'arrivai non sans mal à l'examiner. Elle s'était débattue, nous avait injuriés mais j'étais sûre de moi, il n'y avait pas de grossesse. J'en prévins le juge, il sembla soulagé » (TROISIER Solange, *J'étais médecin des prisons. L'affaire des grâces médicales*, op.cit., p.62).

<sup>3</sup> Note de Jean Favard à l'attention de Robert Badinter du 7/10/1981 (CAC. 20020055. Art.1).

<sup>4</sup> FAVARD Jean, *Des prisons*, op.cit., p.142.

<sup>5</sup> TROISIER Solange, *J'étais médecin des prisons. L'affaire des grâces médicales*, op.cit., p.59.

<sup>6</sup> Note de Jean Favard à l'attention de Robert Badinter du 7/10/1981 (CAC. 20020055. Art.1).

risques à laisser perdurer un contrôle interne en matière de médecine pénitentiaire (Cf. Encadré).

### UNE INSPECTION INTERNE AMBIGUË : L'EXEMPLE DE L'ODONTOLOGIE

Source de dépenses importantes pour l'Administration pénitentiaire, les soins dentaires sont à l'origine de nombreuses plaintes de détenus du fait du grand nombre d'extractions, moins coûteuses que les soins proprement dits. C'est dans ces conditions que le Dr Hergothe<sup>1</sup>, exerçant depuis 1967 dans une Maison centrale (MC) d'Alsace, est chargé en 1979, « sur recommandation de Mme le médecin inspecteur », d'une mission d'inspection de l'état des cabinets dentaires de la DRSP de Strasbourg<sup>2</sup>. Sa mission est étendue en août 1980 à tous les établissements pénitentiaires avant qu'il ne soit nommé en avril 1981 « Inspecteur régional d'odontologie ». Il se voit confier pour cela 1.400 vacations en guise de dédommagement. Il s'avère, au vu des rapports transmis directement par le Dr Hergothe à Christian Dablanc, que sa mission est principalement de contrôler l'activité de ses confrères afin, notamment, de limiter le nombre de soins. Au sujet du C.D de Toul, il écrit : « A mon premier passage au début de l'année, j'avais constaté des dépassements à tous les stades : prothèses, soins, obturation des couronnes et obturation des racines. Le praticien semble s'être depuis recyclé dans les extractions. Les soins sont devenus très rares »<sup>3</sup>. Dans sa lettre de nomination, le directeur de l'Administration pénitentiaire précise d'ailleurs que sa première mission est « de veiller à ce que les directives générales données par l'Administration Centrale, notamment en matière de plafonds des soins, soient respectées », sa seconde de « vérifier les notes d'honoraires présentées par les chirurgiens-dentistes »<sup>4</sup> puis enfin sa troisième de « vérifier l'équipement »<sup>5</sup>. Pour mener à bien cette mission, le chirurgien-dentiste inspecteur est chargé initialement de contrôler les demandes de prothèses dentaires et d'y apporter son visa puis, dans un second temps, d'effectuer un « contrôle en bouche » directement auprès des patients à l'aide d'un appareil de radiographie portable.

Le rôle de contrôle imparti à ce praticien est cependant contesté par la responsable du Bureau des méthodes et de la réinsertion sociale de la DAP qui émet des réserves à son égard à plusieurs reprises. « Compte tenu du caractère intensifié du contrôle du docteur Hergothe, en particulier la signature de tous les devis dentaires, des protestations sont à craindre de la part des confrères mis en difficulté. Ces derniers pourraient en effet contester ce praticien dont le statut de dentiste privé n'offre pas toutes les garanties d'indépendance requises pour des fonctions de contrôle »<sup>6</sup>. Le chirurgien-dentiste inspecteur a en effet proposé « de remercier l'actuel dentiste de la Maison d'arrêt de Nancy en raison du taux élevé de ses facturations » et a fait, en 1980, l'objet de deux plaintes devant le Conseil de l'Ordre par ses confrères<sup>7</sup>.

Suite à la démission de trois praticiens, Yvan Zakine rappelle à l'ordre le Dr Hergothe, lui rappelant que sa mission « n'est pas de faire des observations ou des remarques quelconques à vos confrères même si elles sont justifiées »<sup>8</sup>. Informé de la plainte d'un détenu à l'encontre du chirurgien-dentiste inspecteur, encore en exercice, Jean Favard alerte le directeur de l'Administration pénitentiaire : « Cette lettre ne fait que confirmer les observations déjà recueillies à l'occasion de la visite du garde des Sceaux dans cette Maison Centrale »<sup>9</sup>. L'enquête met en évidence de nombreuses charges contre le

<sup>1</sup> Le nom a bien sûr été remplacé par un autre à la même consonance alsacienne.

<sup>2</sup> Note du Chef du Bureau du personnel à l'attention du DAP du 5/11/1982 (CAC. 19940511. Art.95). Tous les documents cités ici sont extraits du dossier de carrière du Dr Hergothe consulté à Fontainebleau.

<sup>3</sup> Rapport du Dr Hergothe au DAP, Christian Dablanc, datée du 29/10/1979.

<sup>4</sup> La réglementation prévoyait qu'au cas où l'établissement disposerait d'un fauteuil de dentiste, le praticien devait effectuer un abattement de 60% sur les tarifs conventionnés, rendant ces postes peu attractifs.

<sup>5</sup> Lettre du DAP, Christian Dablanc, au Dr Hergothe datée du 4/03/1981.

<sup>6</sup> Note du Bureau des méthodes et de la réinsertion sociale au DAP, Christian Dablanc, datée du 15/01/1980.

<sup>7</sup> Note du Bureau des méthodes et de la réinsertion sociale au DAP, Christian Dablanc, datée du 23/12/1980.

<sup>8</sup> Lettre du DAP, Yvan Zakine, au Dr Hergothe datée du 7/07/1981.

<sup>9</sup> Note de Jean Favard à l'attention du DAP, Yvan Zakine, datée du 21/05/1982.

Dr Hergothe. Le Directeur de la région de Strasbourg ou exerçait le chirurgien-dentiste inspecteur relève que « ce praticien était très mal perçu par la population pénale, qui s'était plaint à plusieurs reprises d'une part de la qualité des soins donnés, d'autre part de problèmes relationnels fréquents »<sup>1</sup>. Des accusations confirmées par le directeur de la MC où il exerçait :

*« Il était facilement taxé de raciste par les détenus d'origine maghrébine et qualifié de "boucher" par les autres. Si l'on tient compte des excès de sensibilité et de propos de certains condamnés, il faut cependant souligner que la forte personnalité du Docteur Hergothe, homme énergique et direct qui ne s'embarrassait pas de fioritures et utilisait un vocabulaire sans ambages, contrastait avec le langage que les fonctionnaires pénitentiaires sont tenus d'observer dans leurs rapports avec la population pénale »<sup>2</sup>.*

Son intervention est, d'autre part, mal ressentie par ses confrères : « En aucun cas, il n'exerce auprès d'eux la fonction d'aide et de conseiller qu'il devrait avoir »<sup>3</sup>. Enfin, chargé de vérifier si ses collègues pratiquaient la diminution de 60% de leurs tarifs, conformément au règlement, le Dr Hergothe « ne respectait pas lui-même cet abattement, au motif que la petite instrumentation n'était pas complète ». Au vu de ces nombreux dysfonctionnements, l'Administration pénitentiaire décide de mettre fin à ses fonctions en 1982. Plutôt que d'engager une procédure à son encontre, la suppression de l'inspection médicale interne en janvier 1983 apparaît comme l'occasion de supprimer son poste.

La suppression de l'inspection médicale interne est en partie rendue possible par l'émergence en 1982 d'un scandale, dit des « grâces médicales », qui aboutit en novembre 1983 à la condamnation de Solange Troisier, avant que celle-ci ne soit relaxée en février 1984. Déjà en 1981, le Conseiller technique de Robert Badinter soupçonne le Médecin-inspecteur d'être impliqué dans des demandes de grâces médicales monnayées dont la presse s'était fait l'écho en 1977. *Le Matin* révélait alors qu'un escroc condamné à huit années de réclusion en 1964 aurait été libéré en 1968 par un décret individuel de grâce pour raison médicale sans que son état de santé ne justifie cette mesure (*Le Matin*, 1/04/1977). Nelly Azerad, cardiologue à Fresnes fut d'abord soupçonnée avant d'être innocentée. Elle fut pourtant suspendue de ses fonctions le 22 mars 1977, peu de temps après le non-lieu et ce, à la demande de Solange Troisier (*L'Humanité*, 7/04/1977). Certains journalistes évoquent alors l'existence d'un véritable « trafic » à l'aide duquel plusieurs condamnés auraient bénéficié au début des années soixante-dix d'une grâce du président de la République pour raison médicale ainsi que d'affectations de faveurs dans des établissements aux conditions de détention plus favorables<sup>4</sup> (*LM*, 8/04/1977). L'assassinat de Georges Fully en 1973 ne serait pas sans lien avec ce trafic dont les interventions auraient été détournées à son insu. C'est son refus de signer en faveur de la libération d'un trafiquant de drogues marseillais célèbre, Guérini, qui aurait été à

<sup>1</sup> Lettre du DRSP de Strasbourg au DAP, Yvan Zakine, datée du 13/10/1982.

<sup>2</sup> Rapport du directeur de la Maison centrale d'Ensisheim au DRSP de Strasbourg, datée du 29/10/1982.

<sup>3</sup> Lettre du DRSP de Strasbourg au DAP, Yvan Zakine, datée du 13/10/1982.

<sup>4</sup> C'est notamment le cas de l'Hôpital des prisons de Fresnes souvent comparé à un « paradis » en raison de ses bonnes conditions de détention, certains détenus cherchant à s'y faire hospitaliser à tout prix.

l'origine de sa mort<sup>1</sup>. C'est en tous cas la conviction de Jean Favard, chargé alors par le DAP d'enquêter en interne sur son assassinat :

*« Selon des probabilités à 99,9% c'est le milieu qui l'a fait sauter. Parce qu'il n'avait pas donné son accord pour les libérations [...] De toute évidence il y avait le Dr Azerad à Fresnes qui était pourrie jusqu'à la moelle ! [...] Fully, il avait une faiblesse, une grosse faiblesse, c'est qu'il aimait les femmes... Bon ça, c'est pas grave... Mais surtout il n'était pas assez prudent dans certaines de ses relations. Le milieu, c'est quelque chose de dangereux, surtout dans les prisons et le milieu lui avait collé dans les pattes une nénette qui était macquée avec un type du milieu. Et Fully roulait même sur la moto d'un type... Fully était un type parfaitement honnête mais qui ne se méfiait pas de ce genre de choses. Or le milieu interprète tout de suite ce genre de choses comme une connivence : "Par conséquence, je vais obtenir la libération...". Mais Fully n'était pas comme ça. Il a dit "non" quand il a fallu dire "non"... et il a sauté ! »<sup>2</sup>.*

« Le docteur Fully était un incorruptible », note *Le Quotidien de Paris*, le 13 février 1983. A l'époque Solange Troisier est, elle aussi, présentée comme « incorruptible ». Elle aurait notamment voulu mettre fin à ce système de grâces en opposant un veto systématique aux demandes du Dr Azérad (*LM*, 8/04/1977). Elle fut, en outre, l'objet de menaces de mort en mai 1977, peu de temps après que les grâces suspectes survenues au début des années soixante-dix aient été révélées par la presse (*LM*, 5/08/1977). Jean Favard qui connaît bien Solange Troisier doute pourtant de son intégrité. En octobre 1973, il assiste à une discussion entre le Médecin-inspecteur et la responsable du Bureau de la probation dont il a jusqu'à aujourd'hui gardé la trace et qu'il nous présente :

*« Vous savez, j'ai retrouvé une note du 26 octobre 73 que j'avais écrite quand j'étais à l'Administration pénitentiaire [se met à lire le document] : « Ce jour-là, Mme Troisier se rend au Bureau de la probation où elle rencontre Mme Petit. Dans le courant de la conversation, elle est amenée à aborder spontanément, le cas Guérini. Et elle dit à l'ordre des deux magistrats : "Il faudrait savoir, si vous voulez à tout prix qu'il meurt en prison, ou que vous aillez des ennuis avec le milieu. Car le milieu ne sera pas content". Mme Petit dit alors... ». Elle savait très bien Mme Petit. Elle fait l'innocente : « Mme Petit dit : "Pourquoi ? Parce que c'est une affaire de milieu ?". Réponse : "Bien sûr ! Fully s'était d'ailleurs vu proposer de l'argent..." ». C'était vrai sauf qu'il l'avait refusé »<sup>3</sup>.*

Fort de sa connaissance de l'Administration pénitentiaire, Jean Favard rédige en octobre 1982 une note à l'attention du garde des Sceaux dans laquelle il met en doute l'innocence de Solange Troisier, d'ailleurs déjà précédemment mise en cause au sein du ministère de la Justice<sup>4</sup>:

<sup>1</sup> Tandis que les médecins pénitentiaires ont un rôle consultatif, le Médecin-inspecteur avait pour tâche de signer la requête transmise au service des grâces de la Chancellerie avant le décret du président de la République.

<sup>2</sup> Jean Favard, magistrat à la DAP de 1970 à 1975 puis Conseiller technique du ministre de la Justice de 1981 à 1986. Entretien réalisé le 10/01/2008, durée: 3H00.

<sup>3</sup> Jean Favard, magistrat à la DAP de 1970 à 1975 puis Conseiller technique du ministre de la Justice de 1981 à 1986. Entretien réalisé le 10/01/2008, durée: 3H00.

<sup>4</sup> Solange Troisier semblait depuis plusieurs années suspectée au sein du ministère de la Justice. Dans un courrier daté du 17/01/1975 et adressé au DAP, le Directeur des affaires criminelles et des grâces s'interroge sur une lettre adressée le 3 octobre 1974 par Solange Troisier au président de la République dans laquelle elle appuie la demande de recours en grâce déposée par l'avocat d'un détenu résidant à l'étranger. « Il m'apparaît surprenant, en effet, que Mme le Médecin Inspecteur Général de l'Administration Pénitentiaire, alors que M. [...] n'est pas détenu, ait pu, ès qualités, saisir directement la Présidence de la République d'un recours en grâce fondé sur des motifs d'ordre médical qu'apparemment elle n'était pas en mesure de vérifier, s'agissant d'un condamné absent du territoire français ». Ce directeur s'interroge également au sujet d'un autre détenu pour lequel le Médecin-

*« A peine arrivée, courant octobre et novembre 1973, elle se préoccupait activement avec le docteur Azerad (pourtant déjà très suspecte de complaisance à l'égard de certains truands ou trafiquants de stupéfiants) de la libération pour raison médicale aussi bien de Guérini (dont le nom ne cessait d'être évoqué à propos de la mort du Docteur Fully) que de Simonpierre. Cependant, le docteur Azerad venant d'être de plus en plus souvent mise en cause (interrogatoire du 20 décembre 1973 par le directeur de l'Administration pénitentiaire, "purge" de l'infirmerie annexe dont 25 des 35 occupants seront déclarés "cardiopathes stabilisés" par trois experts cardiologues en avril 1974, information contre X ouverte le 5 octobre 1974 pour trafic d'influence, corruption et complicité), Mme Troisier prenait désormais ses distances avec elle, voire contribuait à sa "déstabilisation" au sein de l'Administration pénitentiaire... »<sup>1</sup>.*

Si Jean Favard fait alors état de ses doutes à l'égard de Solange Troisier, c'est parce que le « scandale des grâces médicales » réapparaît au sein de l'espace public en 1982. Né de la plainte de plusieurs détenus prétendant être victimes d'escroquerie ou de chantage, ce « scandale » dispose d'une forte audience médiatique à la fin de l'année 1982 et surtout à partir de 1983<sup>2</sup>. Le litige juridique qui a lieu autour des écoutes téléphoniques mais surtout les nombreuses rumeurs qui circulent au sujet de la ville de Marseille lui donnent un écho particulier. On assiste à une surenchère médiatique. Le 1<sup>er</sup> août 1982, *Le Quotidien de Paris* évoque une « évolution pyramidale de l'affaire » pouvant remonter jusqu'aux plus hautes sphères de la Chancellerie. Les événements prennent une dimension particulière lors de l'implication, puis de l'inculpation, de Solange Troisier. Figure du gaullisme, le Médecin-inspecteur apparaît pour ses détracteurs comme le symbole des errements du précédent gouvernement. Une analyse de la manière dont les différents journaux ont rendu compte des faits souligne la forte politisation de ce « scandale ».

La presse de gauche présente une version très à charge à l'égard du Médecin-inspecteur. Jacques Derogy dans *L'Express* est l'un des premiers à s'interroger sur l'importance de l'attestation, publiée en « exclusivité » en mars dans l'hebdomadaire, signée par le Médecin-inspecteur ayant permis la libération de Kechichian (21/01/1983). Sans jamais l'accuser, le journaliste insinue le doute sur le rôle de Solange Troisier, « sorte de Saint-Just, parée de sa croix de guerre, de sa Légion d'honneur, de ses diplômes de chirurgie-gynécologue accoucheur, de ses titres de Professeur titulaire de médecine légale au C.h.u Lariboisière, d'enseignante à l'université de Paris VII, de présidente de l'Ordre national des sages-femmes, et de la gloire de ses ancêtres » (18-24/03/1983). En avril, il établit implicitement un lien de connivence entre elle et le Dr Colombani (8-14/04/1983) et s'étonne qu'elle n'ait pas été également incarcérée : « Qui donc a peur de Solange Troisier ? Est-ce seulement en raison du calibre impressionnant d'un personnage imbu de ses origines et de ses titres de gloire qu'on

---

inspecteur avait demandé une grâce à titre médical. Dans une lettre datée du 27 janvier 1975 le DAP l'informe en réponse qu'un examen médical effectué auprès de ce détenu atteste que son état de santé est compatible avec la détention et que « la grâce de l'intéressé n'est pas médicalement justifiée en l'état » (CAC. 19960136. Art.114).

<sup>1</sup> Note de Jean Favard à l'attention de Robert Badinter du 7/10/1981 (CAC. 20020055. Art.1).

<sup>2</sup> Cf. Annexe 26 : « Le "scandale des grâces médicales" : le récit des faits ».

n'a pas osé "mettre au trou" ce chirurgien gynécologue devenue une sorte de "Saint-Just des prisons" ? »<sup>1</sup>. La couverture médiatique de *Libération* apparaît encore plus à charge. Dès octobre 1982, le quotidien évoque le « scandale des grâces médicales » (21/10/1982). L'attestation remise au juge Michel constituerait une preuve de culpabilité du Médecin-inspecteur : comment Solange Troisier, souligne *Libération*, peut-elle attester d'une « affection si grave » sans avoir examiné le malade ? (27/02/1983). « Reste à savoir jusqu'où remontent les complicités. Et notamment quel rôle a joué Solange Troisier », note le quotidien le 9 mars 1983. *Libération* réfute la défense du Médecin-inspecteur qui prétend avoir fait confiance à ses « amis », M<sup>e</sup> Fraticelli et le Dr Colombani, en signant ce certificat : « Aussi simple que cela. Solange Troisier, sommité de la médecine pénitentiaire française depuis 1973, s'est donc faite piéger comme un interne » (26/10/1983). Aux accusations succède la déception lors du déroulement du procès (27/10/1983). Le jugement est décrit comme un « désaveu » non seulement en raison des « peines de principe » mais également du fait du rejet des chefs d'inculpation de « connivence à évasion » et de « faux certificats médicaux » (17/11/1983).

Si Solange Troisier souffre à gauche de certaines inimités, elle bénéficie de soutiens parmi d'autres journalistes. C'est particulièrement le cas de Patrice Carmouze, du *Quotidien du médecin* et du *Quotidien de Paris*. Dès ses premiers articles, ce dernier semble convaincu de la bonne foi du Médecin-inspecteur : « Le Dr Troisier a sans doute été trahie par le Dr Colombani, celui qu'elle considérait comme son ami. Sans doute, n'a-t-elle pas un instant songé que cette lettre qu'elle venait de signer (un simple document administratif) l'entraînerait dans un engrenage qui la dépasserait. En tous cas, sa franchise et son courage, s'ils ne font pas la preuve de son innocence, sont autant de traces de sa bonne foi » (18/03/1983). Les experts commis ne seraient eux-mêmes que des « médecins complices malgré eux » (10/03/1983). Le journaliste reprend à son compte tous les arguments déployés par Solange Troisier sans jamais les soumettre à la critique (7/04/1983). Avant même la tenue du procès, le journaliste souligne « les faiblesses de l'accusation »<sup>2</sup> : « On peut légitimement se demander si, en voulant faire un exemple, en voulant prouver que rien ne l'arrêterait dans la manifestation de la vérité [...] cette même justice ne s'est pas trompée de cible et d'affaire » (*Le Quotidien de Paris*, 17/06/1983). Le dessaisissement du tribunal de Marseille est décrit comme « une sorte de désaveu [du] juge Christian Raysseguier » : « Car le magistrat, décidé à venger la mémoire de son ami Pierre Michel [...] et croyant tenir ceux qui, par leur maladresse ou leur complaisance, auraient pu faciliter ce geste, n'a pas ménagé les

<sup>1</sup> DEROGY Jacques, « Qui a peur de Solange Troisier ? », *L'Express*, 22/07/1983.

<sup>2</sup> CARMOUZE Patrice, « Les faiblesses de l'accusation », *Le Quotidien du Médecin*, 17/06/1983.



prévenus »<sup>1</sup>. Si il y a eu condamnation, malgré l'absence de preuves, c'est selon lui « pour ne pas infliger un nouveau camouflet aux juges marseillais [...] Il fallait condamner pour ne pas décevoir une opinion publique qui, influencée par une campagne de presse savamment orchestrée, avait déjà rendu son verdict en considérant les inculpés comme des coupables » (17/11/1983). Enfin, l'énoncé de la relaxe général s'accompagne du soulagement du journaliste : « Justice est faite. Tout est bien qui finit bien... L'erreur judiciaire a été évitée [...] Par cet arrêt, voici que toute une construction judiciaire, bâtie à la hâte, ficelée à la vavite, s'effondre et retombe comme un soufflé qui n'aurait jamais dû prendre »<sup>2</sup>. La défense apportée au Médecin-inspecteur n'est pas surprenante si l'on considère que *Le Quotidien du médecin* est une revue professionnelle peu critique à l'égard du corps médical. A un lecteur reprochant au journal sa ligne éditoriale (« Votre journal croit-il servir la déontologie en volant au secours d'un des nôtres apparemment gravement compromis ? »), Patrice Carmouze rappelle les affaires Gérando ou Farçat où des médecins furent accusés à tort : « Préférant le bonheur d'un coupable au malheur d'un innocent, le Quotidien a tenté de ne jamais nager dans ces eaux. Peut-on lui en faire grief ? » (18/07/1983).

Plus politique apparaît en revanche la défense, bien que plus discrète, du Médecin-inspecteur par *Le Figaro*. Entre la négligence et la compromission, Catherine Delsol privilégie ainsi la première hypothèse : « Pour qui a un jour rencontré Solange Troisier, allure de cheftaine, la première éventualité paraît la plus probable : débordée de travail, elle aura fait confiance au rapport des experts Mazaud et Mariotti » (17/03/1983). Peu de temps avant le procès, la même journaliste remet en cause la portée de l'affaire dont « le dossier semble mince » (22/08/1983) et qui, s'il est épais, est « peut-être un peu trop artificiellement gonflé » (3/10/1983). Le soutien discret apporté par *Le Figaro* au Médecin-inspecteur s'explique bien sûr par des raisons politiques, et ce, à un moment où l'alternance avive les conflits, comme en témoigne la présentation que livre le journal de l'« affaire » *a posteriori* :

*« Ces sottises s'expliquent par le ressort trop méconnu du socialisme : la méchanceté. Solange Troisier nous montre qu'elle revêt la forme de l'acharnement pénal. L'indulgence, si ce n'est la connivence, est réservée aux terroristes, aux assassins et aux voyous. Soyez, en revanche, "ennemi de classe", par exemple médecin réputé et comblé d'honneurs – et adversaire politique – résistante militante et ancienne député gaulliste, et, si le prétexte le plus tortueux se présente, on mettra perversement en marche l'appareil de la Justice pour qu'il vous brise » (27/11/1985).*

Qu'elles soient de gauche ou de droite, ces prises de position journalistiques témoignent de la forte politisation du procès des grâces médicales, et plus généralement du poste de Médecin-inspecteur après l'alternance. Le garde des Sceaux se défend, certes, d'avoir été motivé dans sa décision de supprimer ce poste par des idées politiques. Il apparaît cependant difficile de distinguer clairement ce qui relèverait de l'ordre des raisons politiques de celles d'ordre

<sup>1</sup> CARMOUZE Patrice, « Loin de Marseille une justice plus sereine », *Le Quotidien du Médecin*, 19/9/1983.

<sup>2</sup> CARMOUZE Patrice « Tous innocents ! », *Le Quotidien du Médecin*, 22/02/1984

administratif et organisationnel, tant Solange Troisier avait contribué à politiser la fonction de médecin-inspecteur en endossant des fonctions non strictement médicales, par exemple en matière de grèves de la faim<sup>1</sup>.

Si le procès des grâces médicales fut celui d'une « baronne du gaullisme », il fut également, du fait de la forte personnification de la médecine pénitentiaire dans son Médecin-inspecteur, celui de l'organisation médicale carcérale dans son ensemble. « Explosif. Le mort est répété avec délice depuis le début de l'affaire des grâces médicales. Le dossier va dévoiler un vaste réseau de complicités qui, à partir des Baumettes, éclabousse la médecine pénitentiaire » (*Libération*, 21/10/1982). Jacques Derogy voit dans le « scandale » des grâces une « crise de la médecine pénitentiaire » : « "La médecine en prison, c'est toute la médecine avec quelque chose en plus", déclarait le précédent garde des Sceaux, Alain Peyrefitte, en inaugurant, à l'automne 1979, le premier Congrès mondial de la médecine pénitentiaire. Ce quelque chose en plus, est-ce la part de mystère qui a scellé successivement les destin différents des Dr Georges Fully, Nelly Azerad, Alain Colombani et Solange Troisier ? »<sup>2</sup>. Le Médecin-inspecteur se présente d'ailleurs comme victime de l'acharnement des médias à l'égard de la médecine pénitentiaire : « Si l'affaire Troisier a éclaté, c'est peut-être parce qu'il fallait qu'on fit un jour le procès de la médecine en prison, et qu'on lui rendît justice [...] La presse a été remplie ces derniers temps de relations fracassantes, souvent indécentes, sur de prétendues "bavures" : on n'a pas hésité à mettre tout le corps médical en cause »<sup>3</sup>.

Si, comme le constate Jean Favard, « l'incident de Fresnes agit comme un révélateur » quant à la réforme de la médecine pénitentiaire et « à son "décloisonnement" »<sup>4</sup>, le « scandale des grâces médicales » légitima néanmoins fortement cette réforme en soulignant les dysfonctionnements du système précédent. « La médecine pénitentiaire est salement malade », titre le *Canard enchaîné* dans un article mettant en lien les grâces et la réorganisation du dispositif sanitaire<sup>5</sup>. De nombreux journalistes voient ainsi dans le statut de la médecine pénitentiaire l'une des origines de ce « scandale » : « "En tous cas, se borne à commenter le chef du S.r.p.j de Marseille, Jean-Pierre Sanguy, ça démontre bien qu'il faut réformer le système". D'abord celui de la médecine carcérale, dont le personnel [...] réclamait, depuis belle lurette, son rattachement au ministère de la Santé » (*L'Express*, 8-14/04/1983). Alors que s'ouvre le procès des grâces médicales, un membre de l'Administration pénitentiaire déclare que va être poursuivi « le decloisonnement progressif

<sup>1</sup> Cf. Annexe 20 : « Asclépios au service de Thémis ou la position controversée de Solange Troisier en matière de grèves de la faim ».

<sup>2</sup> DEROGY Jacques, « Les prisons malades de leur médecine », *L'Express*, 18-24/03/1983.

<sup>3</sup> TROISIERS Solange, *J'étais médecin des prisons. L'affaire des grâces médicales*, op.cit., p.26.

<sup>4</sup> FAVARD Jean, *Des prisons*, op.cit., p.142.

<sup>5</sup> « La médecine pénitentiaire est salement malade », *Le Canard enchaîné*, 3/11/1982.

de la médecine pénitentiaire qui, ainsi, ne sera plus de la médecine au rabais » (*Le Matin*, 24/10/1983).

Car à mesure que se déploie le « scandale », la réforme de la médecine pénitentiaire est en voie de réalisation. Après une rencontre entre les cabinets des ministères de la Santé et de la Justice, Robert Badinter propose en décembre 1982 à Jack Ralite de mettre en œuvre le « véritable décroisement de la médecine pénitentiaire » qui présente « l'inconvénient majeur d'être repliée sur elle-même »<sup>1</sup>. Car au même moment, le rapport de la Commission de réforme, dont avait été exclue Solange Troisier, dresse pour la première fois une description très sévère de l'organisation des soins en prison :

*« L'intervention médicale en milieu pénitentiaire doit répondre à la demande thérapeutique du détenu et à sa seule demande. Celui-ci conserve la liberté d'accepter ou de refuser les soins prescrits dans qu'aucune contrainte puisse résulter de sa condition de détenu. La protection du dialogue singulier entre un médecin et son patient fait éminemment partie du droit à la santé dont les détenus ne sauraient en aucun cas être privés [...] Très concrètement on ne peut pas admettre qu'un responsable administratif d'établissement s'attribue le droit d'apprécier et de modifier la portée d'un certificat médical normalement établi [...] Dans l'immédiat, l'interdiction de délivrer des attestations ou certificats médicaux aux détenus devrait disparaître, tandis que seraient définies les conditions de visite du médecin traitant. Le principe du secret professionnel médico-social devrait être affirmé, ses conditions définies et des mesures prises pour assurer son respect »<sup>2</sup>.*

Parce que le détenu « conserve l'intégralité de ses droits à la santé et n'a pas été exclu de la communauté », la Commission souligne qu'« il n'est pas raisonnable de penser que l'administration pénitentiaire puisse se doter d'une médecine particulière »<sup>3</sup>. Ainsi, est envisagée explicitement la disparition de la médecine pénitentiaire : « Ouverture sans restriction du régime général de Sécurité sociale aux détenus, intégration des structures de soins dans la Santé publique et rattachement de la médecine somatique aux CHU ou CHR couvrant le secteur de chaque établissement pénitentiaire » (*Libération*, 15/12/1982). Si à terme c'est l'ensemble de la médecine pénitentiaire qui doit être transféré au ministère de la Santé, les deux ministères conviennent de confier dans un premier temps le contrôle des services médicaux pénitentiaires à l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS), chargée ensuite de « proposer les voies et moyens d'un complet décroisement de la médecine pénitentiaire »<sup>4</sup>. Bien qu'apparemment anodine, cette réforme apparaissait à l'époque extrêmement novatrice, comme le rappelle un magistrat ayant été amené à piloter les travaux de la commission :

*« On cherchait à l'époque un adjoint pour un tout petit Bureau... petit Bureau, au sens où on était trois ou quatre, pour en réalité relancer des réformes pour humaniser, je crois que c'était le mot qu'on utilisait à l'époque, les conditions de détention [...] Alors, notre but, c'était de faire des réformes et moi, ça m'intéressait beaucoup [...] Il y a eu la mise en place d'un groupe de travail*

<sup>1</sup> Lettre de Robert Badinter à Jack Ralite, ministre de la Santé, du 2/12/1982 (CAC. 20020055. Art.1).

<sup>2</sup> MINISTERE DE LA JUSTICE, *Rapport présenté à Monsieur le garde des Sceaux par la commission d'étude de la vie quotidienne dans les prisons*, 1982, pp.40-44.

<sup>3</sup> *Ibidem*, p.44.

<sup>4</sup> Lettre de Robert Badinter à Jack Ralite, ministre de la Santé, du 2/12/1982 (CAC. 20020055. Art.1).

*qu'on appelait la commission "vie quotidienne" [...] Et il y a un sigle qui a fait son apparition dans ce groupe de travail, c'est I.G.A.S. [épelle chaque lettre] IGAS. "Mais qu'est-ce que c'est ?". On connaissait pas trop à l'époque parce qu'il faut reconnaître qu'on était ministère de la Justice et puis bon l'IGAS.... Alors l'idée a été de dire : "Le contrôle de tous les aspects sanitaires des prisons sera exercé par non plus une personne, d'ailleurs il ne peut pas ou elle ne peut pas, malgré ses immenses mérites à elle toute seule... Il y a 180 établissements ! Donc on va mettre une sorte de contrôleur collectif qui est l'Inspection générale des affaires sociales". Et on a modifié un article très très modeste, un D.372 du Code de procédure pénale »<sup>1</sup>.*

La suppression de l'inspection interne des services médicaux de prison, qu'entérine le décret du 26 janvier 1983, est décrite par *Le Monde* comme « le premier pas vers une nouvelle politique de santé, dégagée du "ghetto carcéral" » (*LM*, 15/12/1982) tandis que *Libération* y voit le signe d'une « véritable médecine pour les détenus » : « C'est une décision radicale qui aura finalement été choisie pour essayer de mettre fin à la mauvaise réputation d'un service qui s'était révélé incapable de se réformer en restant sous la tutelle de l'administration pénitentiaire »<sup>2</sup>. Certains journalistes, plus proches de l'ancien Médecin-inspecteur, interprètent en revanche cette « mesure générale » comme « une mesure individuelle [...] puisqu'elle revient à supprimer la fonction jusqu'alors occupée par Solange Troisier, dont le moins qu'on puisse dire est qu'elle ne fait pas partie des plus fanatiques zéloteurs de l'actuel garde des Sceaux » (*QDM*, 14/12/1982). Outre la dimension partisane, c'est à partir du cas du Pr Troisier, que le ministère de la Justice conclut, comme le souligne un magistrat de la DAP, à la nécessité d'instaurer un contrôle collectif de l'organisation des soins en prison :

*« L'idée a été de dire : "Le contrôle de tous les aspects sanitaires des prisons sera exercé par non plus une personne, d'ailleurs il ne peut pas ou elle ne peut pas, malgré ses immenses mérites à elle toute seule... Il y a 180 établissements ! Donc on va mettre une sorte de contrôleur collectif qui est l'Inspection générale des affaires sociales". Et on a modifié un article très très modeste, un D.372 du Code de procédure pénale »<sup>3</sup>.*

Plus qu'une décision partisane, la suppression du poste de Médecin-inspecteur visait à rendre possible une réforme plus globale de l'organisation des soins que Solange Troisier aurait pu entraver. « Il faut dire que c'était important qu'on ait le terrain entre-guillemets libre pour faire ces réformes. C'est pas tellement commode de les faire avec l'ancien groupe... », souligne celle qui fut la première directrice de l'Administration pénitentiaire<sup>4</sup>. L'amélioration du dispositif de contrôle, et plus largement de la prise en charge médicale, apparaissait ainsi indissociable de l'éviction de celle qui s'était proclamée la « patronne » de cette nouvelle spécialité médicale :

*« Si vous voulez, d'un mal il fait faire un bien [...] Il y avait aussi l'idée de protéger un médecin comme ça, tout seul, que ce soit Fully ou Troisier, si tout dépend que de lui on ne peut avoir qu'une envie, c'est de l'acheter ou de le faire sauter... [...] Pourquoi on se faisait pas inspecter par l'IGAS ? Alors évidemment, ça postulait qu'on fasse disparaître le poste de Médecin-inspecteur de Mme Troisier. Du coup, ça réglait aussi ce problème. Mais on ne l'a pas fait pour ça ! C'était, si vous*

<sup>1</sup> Jacques, magistrat chargé de la réglementation sanitaire de 1982 à 1989. Entretien réalisé le 11/01/2008, 3H30.

<sup>2</sup> « Une véritable médecine pour les détenus », *Libération*, 15/12/1982.

<sup>3</sup> Jacques, magistrat chargé de la réglementation sanitaire de 1982 à 1989. Entretien réalisé le 11/01/2008, 3H30.

<sup>4</sup> Myriam Ezratty, magistrate et directrice de la DAP d'avril 1983 à juillet 1986. Entretien le 8/02/2008, 3H30.

*voulez, d'une pierre deux coups. On n'avait plus besoin de Médecin-inspecteur [...] Mais si vous voulez, on ne l'aurait pas fait que pour ça, parce que sinon... L'idée c'était quand même qu'on n'avait pas d'inspection, que c'était trop dangereux pour un seul »<sup>1</sup>.*

Parmi les différentes réformes de la condition carcérale annoncées par le garde des Sceaux en décembre 1982, celle concernant la médecine pénitentiaire est celle qui retient le plus l'attention de la presse : « L'une des mesures annoncées tranche nettement, il est vrai – c'est la seule – avec les mystifications habituelles en la matière : la suppression de l'Inspection Médicale Pénitentiaire, qui devrait entraîner la disparition de la médecine au rabais des prisons, avec sa cohorte d'opérés évacués d'urgence vers les morgues des hôpitaux "civils" » (*Libération*, 17/12/1982). Car parallèlement au « scandale des grâces médicales », une série de morts survenues à l'Hôpital de Fresnes jette le discrédit sur la médecine pénitentiaire, offrant ainsi l'opportunité de sa réforme.

## 2. Du « lanceur d'alerte » à l'« affaire » : les logiques de « scandalisation »

La médecine pénitentiaire a fait l'objet depuis les années soixante-dix de nombreuses dénonciations, tant de la part des détenus que des militants de la cause carcérale. Si elles ont réussi à capter une certaine audience, ces critiques, souvent accusées de partialité, n'ont néanmoins jamais réalisé un consensus en raison de leur politisation plus ou moins marquée. L'effet pervers de cette politisation de la critique est particulièrement visible pour *Libération*, amené à rendre public des incidents rarement repris par les autres médias. Le quotidien fait ainsi état en 1980 du cas d'un détenu mort à Fleury-Mérogis dont la famille porte plainte<sup>2</sup> ou du décès d'un détenu à l'infirmerie des Baumettes<sup>3</sup>, sans que ces informations se transforment en « scandale ». Afin qu'émerge une « affaire » au sein de l'espace public, un phénomène de reproduction, de démultiplication et d'approfondissement de l'information est en effet nécessaire. Pour cela, l'information doit pouvoir être considérée comme « fiable », soit du fait de sa précision, soit encore du fait de la légitimité dont bénéficie celui qui la délivre. Ces deux conditions semblent faire défaut aux articles de *Libération*, dont le contenu repose à chaque reprise uniquement sur les déclarations de proches du détenu. Les « affaires » que condamne le quotidien se déroulent ainsi souvent dans le vase clos de ses seules colonnes<sup>4</sup>. Souvent floues, les accusations formulées par le journal ne sont la plupart du temps pas reprises par d'autres médias et ne suscitent aucune réaction des personnes mises en cause, ne permettant ainsi pas d'alimenter la logique du scandale. Tout autre est en revanche l'effet de la

<sup>1</sup> Favard Jean, magistrat à la DAP de 1970 à 1975 puis Conseiller technique du ministre de la Justice de 1981 à 1986. Entretien réalisé le 10/01/2008, 3H00.

<sup>2</sup> « Le commissariat, l'hôpital, la prison... et la mort », *Libération*, 1/08/1980.

<sup>3</sup> « Histoire macabre pour un détenu décédé aux "Baumettes" d'une tuberculose », *Libération*, 19/12/1980.

<sup>4</sup> Cf. Annexe 23 : « La stratégie dénonciatrice de *Libération* : l'"affaire" Michel Henge ».

condamnation de la médecine pénitentiaire qu'effectue en 1982, un « lanceur d'alerte »<sup>1</sup> influent, le Pr Huguenard.

Directeur du SAMU (Service d'aide médicale d'urgence) du Val-de-Marne dont il est l'un des fondateurs, chef du service de réanimation de l'Hôpital Henri Mondor et Professeur de médecine à Créteil, Pierre Huguenard connaît bien l'Hôpital de Fresnes, dont il reçoit les détenus en urgence et où il envoie travailler ses anesthésistes-réanimateurs. Dans un ouvrage autobiographique publié en 1981, il met déjà en cause l'Administration pénitentiaire au sujet des retards avec lequel certains détenus sont amenés dans son service de réanimation : « Autant dire que si les détenus sont privés de tous leurs droits civiques – ce qui est normal – ils le sont aussi du droit à la santé [...] On peut prétendre, certes, que ne cotisant plus à la Sécurité sociale, le condamné a perdu ce droit. Mais alors qu'on le dise nettement et qu'on ne crée pas une chaire de médecine carcérale »<sup>2</sup>. Bien habitué des médias pour son combat en faveur des SAMU, le Pr Huguenard dénonce en octobre 1982 dans des déclarations très médiatisées les conditions dans lesquelles est décédé un détenu, suite à une opération effectuée par le médecin-chef de l'Hôpital de Fresnes, le Dr Pierre Perdrot<sup>3</sup>. « Le chirurgien s'est lancé dans cette affaire un peu à l'aveuglette. Mais surtout il a négligé une péritonite qui avait évolué pendant une dizaine de jours [...] Je pense que la qualité des soins, et surtout des soins chirurgicaux, n'est pas celle qu'elle serait pour des non détenus. Je crois qu'il y a là une question de principe. Ce garçon n'était pas condamné à mort n'est ce pas ? D'ailleurs ça ne se fait plus ! », déclare le Pr Huguenard au journal télévisé<sup>4</sup>. Remarquant qu'« il est très difficile de savoir ce qui se passe dans cet hôpital protégé par le double rempart du secret médical et pénitentiaire » (*Le Matin*, 8/10/1982), Pierre Huguenard met en cause les « abus de pouvoir sans limites qu'ils [les médecins pénitentiaires] exercent sur les détenus », aboutissant selon lui au « système de la médecine carcérale, cet état de non-droit médical », (*LM*, 7/10/1982).

Ces accusations sont d'autant plus prises au sérieux qu'elles ne concernent pas un seul détenu. Ce décès, ajoute en effet le Pr Huguenard, est « comparable » à celui d'un autre détenu, mort en août 1979 d'une péritonite après avoir été transporté dans un état critique à Henri Mondor. Quelques jours après ces déclarations, un détenu annonce d'ailleurs dans la presse avoir été

<sup>1</sup> Francis Chateaufreynaud et Didier Torny définissent le lanceur d'alerte comme « un personnage ou un groupe non officiel, ou se dégageant de leur rôle officiel, pour lancer un avertissement à titre individuel et selon des procédures inhabituelles » (CHATEAUFREYNAUD Francis, TORNÉY Didier, *Les Sombres précurseurs, une sociologie pragmatique de l'alerte et du risque*, Paris, Éditions de l'École des Hautes Études en Sciences Sociales, Paris, 1999).

<sup>2</sup> HUGUENARD Pierre, *Combats pour la vie. Du maquis au SAMU*, Paris, Albin Michel, 1981, p.221.

<sup>3</sup> Le nom de ce praticien a bien sûr été modifié (« Un détenu meurt des suites d'une opération pratiquée en prison », *Libération*, 6/10/1982 ; « Polémiques entre médecins après le décès d'un détenu », *Le Monde* 7/10/1982 ; « Un médecin part en guerre contre l'hôpital des prisons », *Le Matin*, 8/10/1982 ; « Médecine carcérale : le Pr Huguenard accuse », *Tonus*, 15/10/1982).

<sup>4</sup> « Professeur Huguenard », JT Antenne 2, 20h, 5/10/1982, archives de l'INA.

« victime » d'une erreur médicale de la part du médecin-chef de l'Hôpital de Fresnes et ce, alors que survient un nouvel incident à Fresnes (*Le Matin*, 25/10/1982). Le médecin-chef de l'Hôpital est accusé d'avoir refusé de transférer à l'extérieur un détenu souffrant de complications post-opératoires jusqu'à ce que son état fut critique<sup>1</sup>. Interrogé, Pierre Perdrot rend compte de sa décision par les pressions que l'Administration pénitentiaire exercerait sur lui afin de limiter les hospitalisations en milieu civil : « "Lors de ma prise de fonctions, l'administration m'a demandé de former une équipe chirurgicale solide afin d'effectuer le plus d'actes chirurgicaux à Fresnes et le moins d'extractions possibles de prisonniers"<sup>2</sup> » a déclaré au *Quotidien* le Dr P... Phrase bien révélatrice, en effet, qui rend bien compte de la sujétion dans laquelle sont tenus les médecins des prisons. Auxiliaire de l'Administration, il dépend du ministère de la Justice et non de celui de la santé, qui n'a aucun droit de regard en la matière » (*QDM*, 9/11/1982).

Le scandale suscité par le Pr Huguenard devient dès lors l'occasion d'interroger le statut des praticiens pénitentiaires. Alors même que le médecin-chef de l'Hôpital de Fresnes déclare s'indigner que la médecine des prisons ne dépende pas du ministère de la Santé, plusieurs journalistes s'interrogent quant à une réforme de l'organisation des soins aux détenus : « Ne serait-il pas temps, comme le demandent un grand nombre de praticiens, de rattacher la médecine pénitentiaire au ministère de la Santé, de donner au détenu le libre choix de son médecin et la possibilité de rester en liaison avec les soins de l'extérieur ? » (*Le Matin*, 25/10/1982). « Se pose une fois de plus la question du statut du médecin pénitentiaire : doit-il rester dépendant du ministère de la Justice ou être rattaché à l'administration de la Santé ? », demande Anne-Marie Casteret (*QDM*, 9/11/1982). « Ne faut-il pas réformer toute la médecine pénitentiaire ? », titre *L'Express* le 19 novembre 1982 tandis que Jean Favard annonce que « les médecins et les infirmiers travailleront en étroite collaboration avec les hôpitaux qui dépendent du ministère de la Santé ». C'est également la question soulevée par le Pr Huguenard :

*« La surveillance médicale exige que les chambres soient accessibles rapidement, et la surveillance pénitentiaire impose au contraire que les cellules soient closes hermétiquement. L'actuel chirurgien a même fait aménager deux cellules du type "QHS" au secteur 1 pour les gros opérés ! Il y a contradiction évidente entre soins intensifs et univers carcéral. On peut s'étonner que des médecins s'en accommodent [...] Il serait encourageant que le ministère de la Santé, qui devrait intervenir partout où sont traités un homme malade, un blessé, une femme enceinte, libre ou non, obtienne pour ses inspecteurs généraux un droit de regard objectif et réellement compétent derrière les hauts murs [...] Le projet de confier les soins carcéraux à la médecine hospitalière verra-t-il le jour avant longtemps ? »* (*Le Quotidien du Médecin*, 2/11/1982).

<sup>1</sup> « Prisons : nouvelle "bavure" à l'hôpital de Fresnes », *Libération*, 9/11/1982; « Fresnes : conflit pour un transfert », *Le Quotidien du Médecin*, 9/11/1982.

<sup>2</sup> On rappelle que les « extractions » désignent d'après le Code de procédure pénale le fait d'escorter le détenu à l'extérieur de l'établissement, soit pour les besoins de l'instruction judiciaire, soit pour des examens médicaux.

En avril 1983, apparaît une nouvelle « affaire » : un détenu ayant ingurgité des fourchettes meurt des suites d'une opération réalisée par le médecin-chef de l'hôpital de Fresnes qui aurait refusé son transfert aux urgences malgré les demandes répétées d'un médecin anesthésiste. Une information judiciaire est ouverte tandis qu'un autre détenu ayant survécu porte plainte pour « non-assistance à personne en danger ». L'incident est fortement médiatisé<sup>1</sup>, notamment en raison des déclarations du Dr Perdrot à la presse : « L'urgence (parution du *Canard Enchaîné*, propos tenus sur FR3 Régional et aux radios dès le soir) et le harcèlement des médias à Fresnes et chez moi, imposaient une action immédiate »<sup>2</sup>. Car pour se défendre, le docteur Perdrot met en cause l'Administration pénitentiaire et son manque de moyen. « L'hôpital de Fresnes ? Aucun service de réanimation. Manque de lits. Manque de personnel. Pas d'autonomie financière. Quatre mois sans appareil de radiologie. Plusieurs décès en cellule sans que l'administration intervienne. Et pour le reste, explique volontiers le Dr Perdrot, malgré des conditions matérielles difficiles, les statistiques sont plutôt meilleures que dans les autres services de chirurgie lourde »<sup>3</sup>. Le médecin-chef de l'Hôpital de Fresnes développe un long réquisitoire contre le ministère de la Justice que reprend à son compte *Libération* :

*« Accusé, Pierre Perdrot accuse : la médecine pénitentiaire est effectivement négligée et loin d'être parfaite. Mais il faut chercher les responsables ailleurs [...] "La gestion d'un hôpital doit être autonome. A Fresnes il y a un sous-directeur de prison et il n'y pas d'autonomie budgétaire. Et il n'y a jamais eu au ministère de la Justice un conseiller un peu compétent pour informer le ministère [...] Le docteur Perdrot met aussi en cause l'inaction de l'administration pénitentiaire lors de récents décès. "Ceux-là personne n'en a parlé. Il y a juste un mois et demi, un détenu était atteint d'une tumeur de la peau à évolution explosive. Il ne voulait pas se faire soigner. J'ai écrit à plusieurs reprises à la direction de l'administration pénitentiaire. Aucune réponse ! Le type est mort. Même chose pour un détenu un an plus tôt amputé aphasique et délirant ! J'ai demandé des mesures d'urgence, en vain." Menacé, Pierre Perdrot se fait menaçant : "Pendant toutes ces années, j'ai été très silencieux, mais j'ai pris des notes, beaucoup de notes. Le jour où je les sortirai, cela fera très mal. Je pourrais appeler ça les "gaïetés de la pénitentiaire" »<sup>4</sup>.*

Confinée jusque-là aux conditions d'opération à l'Hôpital de Fresnes, la question des soins en milieu carcéral est, quelques mois plus tard, posée de façon plus globale. Les internes de Fresnes initient alors une grève pour protester contre leurs conditions de travail tandis que quatre des huit internes de Fleury-Mérogis démissionnent. Lors d'une conférence de presse tenue avec le Syndicat des internes de prison, les démissionnaires incriminent, outre les mauvaises conditions de travail et d'hygiène, le rôle qui leur est imparti : « Nous ne sommes que les alibis, les cautions de l'administration pénitentiaire. On nous demande d'agir seulement pour réduire les tensions du milieu carcéral [...] Les chefs de service ne sont

<sup>1</sup> « Nouveau décès à l'hôpital des prisons », *Libération*, 6/04/1983 ; « Décès suspect à l'hôpital de Fresnes », *L'Humanité*, 7/04/1983 ; « À l'hôpital des prisons de Fresnes. Un jeune détenu meurt après une intervention chirurgicale », *Le Monde*, 7/04/1983.

<sup>2</sup> Lettre du docteur Perdrot au directeur des prisons de Fresnes du 7/04/1983 (CAC. 19940511. Art.92).

<sup>3</sup> « Hôpital de Fresnes : le chirurgien se rebiffe », *Le Quotidien du Médecin*, 7/04/1983.

<sup>4</sup> « Le chirurgien-chef de Fresnes met en cause l'administration pénitentiaire », *Libération*, 7/04/1983.



qu'une pseudo-hiérarchie n'ayant de comptes à rendre qu'à l'administration et non à leur... déontologie »<sup>1</sup>. Ils regrettent notamment de n'être que des « distributeurs de médicaments » : « A Fresnes, par exemple, 3000 comprimés de Rohypnol (somnifère puissant) sont distribués tous les jours pour moins de 3000 détenus »<sup>2</sup>. L'organisation des soins est alors jugée par les journalistes comme allant à l'encontre de la déontologie médicale :

*« On bricole. On emploie des étudiants en médecine, on promeut au rang d'infirmiers des surveillants à qui l'on passe une blouse blanche et qui, de l'avis des internes, subissent fortement la pression hiérarchique » (Le Matin, 30/11/1983).*

*« Le secret médical est une idée nouvelle en milieu carcéral. Selon les internes, à Fresnes, des détenus sont affectés à la distribution des médicaments et certains s'occupent des dossiers médicaux, ce qui n'est pas réglementaire. Les surveillants n'ont pas toujours une idée précise du secret, et des certificats médicaux sont transmis sans problème à la direction de la prison » (Libération, 30/11/1983).*

Les démissionnaires présentent leur transfert au ministère de la Santé comme une condition nécessaire à leur travail : « Comme nous ne pouvons dénoncer le moindre dysfonctionnement [...] on préfère la quitter [la prison] pour parler à l'extérieur. Lorsque la médecine pénitentiaire sera rattachée à la Santé, les médecins pourront témoigner plus librement » (*Le Matin*, 30/11/1983). Il est en effet de plus en plus question au sein de la presse de la lenteur avec laquelle s'organise le rattachement de la médecine pénitentiaire au ministère de la Santé. *Libération* remarque en avril 1983 que l'IGAS n'a toujours par reçu la mission relative aux conditions de transfert pourtant annoncée par le garde des Sceaux en décembre dernier (*Libération*, 7/04/1983). Fin novembre, Pierre Huguenard regrette au cours d'une conférence de presse ce retard responsable selon lui du secret régnant au sein des établissements comme à l'Hôpital de Fresnes. « Le secret dont parle le Pr Huguenard, c'est l'impossibilité pour les autorités médicales d'intervenir au sein des prisons : les infirmeries et les hôpitaux des prisons ne dépendent en effet que de l'administration du ministère de la Justice, même si l'inspection des Affaires sociales a été chargée, de façon assez théorique, de la médecine pénitentiaire » (*QDM*, 23/11/1983). Sans pour autant aboutir à un transfert intégral et immédiat de la médecine pénitentiaire, l'intervention du Pr Huguenard dans le débat public a ouvert une « fenêtre d'opportunité » en faveur de sa réforme en publicisant les conditions de décès de certains détenus, comme l'illustre cet article publié lors de l'annonce de la suppression de l'inspection médicale interne :

*« La médecine pénitentiaire méritait en effet une réforme. Le décès de Roland Giraudon, le 1<sup>er</sup> octobre, à la suite d'une opération à l'hôpital des prisons de Fresnes et après quarante-six jours de réanimation à l'hôpital Henri Mondor de Créteil, et celui d'André Vigneron, en août 1979, à la suite d'une péritonite, en attestent. De même l'affaire Labbays, ce détenu opéré, à Fresnes encore, et que le médecin-chef ne voulait pas faire transférer dans un hôpital civil pourtant mieux équipé, perdant ainsi un temps précieux [...] Cela devrait changer avec la réforme et la médecine ne devrait s'en porter*

<sup>1</sup> « Médecine pénitentiaire. On en a assez d'entendre : "Docteur, calmez-le !" », *Le Matin*, 30/11/1983.

<sup>2</sup> « Médecine pénitentiaire : état critique », *Libération*, 30/11/1983.

*que mieux ; les praticiens retrouvant, sans entrave, leur préoccupation première : guérir ou, à tout le moins, soulager » (Témoignage Chrétien.25/12/1983).*

On peut rendre compte de la « réussite » de la prise de parole de ce lanceur d'alerte par au moins quatre facteurs. Professeur de médecine réputé, Pierre Huguenard est tout d'abord la première figure éminente du monde médicale à condamner publiquement les conditions de soin des détenus, le Conseil de l'Ordre étant resté jusque-là en retrait. Bien connu des journalistes, notamment médicaux comme Jean-Yves Nau ou Anne-Marie Casteret, Pierre Huguenard dispose, d'autre part, d'un accès aisé aux médias, y compris télévisés. Troisièmement, son témoignage est d'autant plus crédible qu'il provient d'une personne extérieure au secteur carcéral. En effet, ne pouvant être accusé de visées personnelles, le Professeur Huguenard apparaît motivé par les seuls arguments « humanitaires » dont il se prévaut. C'est d'ailleurs en faisant valoir l'argument d'un « droit à la santé » qu'il se défend d'une « querelle de médecins », comme certains journalistes interprètent initialement cette affaire<sup>1</sup>. Si la dénonciation de la médecine pénitentiaire n'a jamais eu autant d'audience, c'est peut-être, enfin, parce que le dénonciateur lui-même dénie alors toute volonté de « faire scandale » :

Journaliste : « *Ce "scandale", comment l'avez-vous déclaré ?* »

Pr Huguenard : « *Je n'ai jamais parlé de "scandale", mais de "faute"... Il ne faut quand même pas exagérer. Comment peut on ici qualifier de scandale le fait que les détenus soient mal soignés, alors que dans d'autres pays on les torture [...] Pour moi, médecin, c'est une question de principe : on supprime ses droits civiques au condamné, mais on n'a pas le droit de lui supprimer son droit à la santé* » (Le Matin, 8/10/1982).

Bien inscrit dans le secteur médical, auréolé des attributs humanitaires de la médecine urgentiste, disposant de solides relais médiatiques, Pierre Huguenard « réussit » là où la presse militante avait échoué. Tandis que les alertes lancées par *Libération* demeuraient dans ses seules colonnes, le message du Pr Huguenard se transforme en affaire. La démultiplication de l'information entre différents médias et sa répétition (il est intervenu plusieurs fois) créent une dynamique de scandalisation. L'annonce d'une réforme ne l'interrompt pas car à ce moment tout reste encore à faire. Mieux, le scandale du chirurgien de l'Hôpital de Fresnes vient souligner la lente mise en œuvre du transfert de la mission de contrôle à l'IGAS.

<sup>1</sup> « Polémiques entre médecins après le décès d'un détenu », *Le Monde* 7/10/1982 ; « Fresnes : conflit pour un transfert », *Le Quotidien du Médecin*, 9/11/1982.

La réforme de la médecine pénitentiaire est soudainement mise à l'agenda décisionnel au début des années quatre-vingt sous le poids de deux facteurs. L'alternance ouvre tout d'abord une « fenêtre politique » en permettant, d'une part, à des magistrats-militants d'accéder à des postes de responsabilité au sein de l'Administration pénitentiaire et en rendant audible, d'autre part, des organisations militantes comme la COSYPE. Cette communauté épistémique est porteuse de représentations dont se saisissent les décideurs politique et notamment le Conseiller technique Jean Favard. Cette dynamique de mise sur agenda est dans un deuxième temps favorisée par l'émergence de scandales achevant de décrédibiliser l'inspection médicale interne et l'ensemble de la médecine pénitentiaire, désormais présentée comme un secteur d'action publique devant être réformé.

Le transfert de contrôle auprès du ministère de la Santé, première réforme d'envergure de l'organisation des soins, est essentiellement l'œuvre d'acteurs politiques, administratifs et militants. En effet, contrairement à la première période étudiée, la plupart des praticiens travaillant en milieu carcéral demeurent au début des années quatre-vingt largement en retrait. Le segment d'internes protestataires semble avoir disparu. Tous les praticiens n'approuvent pas le transfert de l'organisation des soins au ministère de la Santé. Il semblerait qu'on puisse distinguer, d'une part, les médecins exerçant depuis longtemps en prison, plutôt favorables au maintien de la tutelle pénitentiaire et, d'autre part, les plus jeunes médecins et internes, qui y voient une entrave dans leur pratique médicale.

Ainsi, dans une interview au *Quotidien du médecin*, le médecin-chef de La Santé présente la tutelle pénitentiaire comme une « bonne chose » : « Nous sommes en prise directe avec les magistrats, explique-t-il. Ainsi, il est bon que nous baignions dans un climat de justice, sans subir une quelconque dépendance, ce qui a été mon cas [...] En résumé, les choses sont ce qu'elles sont. Elles me paraissent bonnes »<sup>1</sup>. A l'inverse un ancien interne de la Santé, le Dr Louis Vallée, y voit une résolution des problèmes qu'il avait rencontrés dans sa pratique médicale : « Secret professionnel et liberté d'exercice étaient bafoués ! Nous devions faire selon la Justice. Les demandes des transferts d'urgence dans les hôpitaux publics donnaient lieu à des oppositions très importantes [...] L'infirmier-chef colportait au directeur les échanges que nous avions à propos des détenus : enfin, il ne nous communiquait pas les demandes de visite médicale écrites des prisonniers quand il les jugeait injustifiées ». Aucun praticien, même les plus favorables, n'est à ce moment engagé dans la réforme de l'organisation des soins. Au sein de la COSYPE, la participation des médecins est d'ailleurs faible, se limitant à quelques psychiatres.

<sup>1</sup> « Les médecins des prisons à la Santé : ce qu'ils en pensent », *QDM*, 31/1/1983.

En contraste avec ce moindre engagement des praticiens, des acteurs administratifs et politiques apparaissent au début des années quatre-vingt comme les principaux protagonistes de la réforme de l'organisation des soins en prison. Porteurs d'une représentation de l'incarcération proche de l'idéal défini précédemment par Valéry Giscard d'Estaing, ils contribuent à inscrire durablement la notion de « décroïsonnement » dans la culture de l'Administration pénitentiaire. Le sens donné à ce terme évolue en outre profondément sous l'action des membres du Syndicat de la magistrature, et notamment de Myriam Ezratty. Longtemps perçu comme un mouvement d'ouverture de la société à l'égard des prisons ne devant pas remettre en cause la prééminence des impératifs pénitentiaires, le décroïsonnement est désormais défini comme un mouvement de va-et-vient, voire d'interpénétration, entre le dedans et le dehors. « Le décroïsonnement des institutions [...] ne peut être à sens unique. Si l'on veut que la société s'intéresse à ses prisons, n'est il pas nécessaire que les prisons s'ouvrent au monde extérieur ? », s'exclame la nouvelle directrice lors du Conseil supérieure de l'Administration pénitentiaire<sup>1</sup>. Elle cite comme exemple de cette ouverture de la prison à l'égard de la société l'intervention d'enseignants détachés de l'Education nationale ou encore la facilité faite aux citoyens de visiter les prisons<sup>2</sup> afin « qu'ils prennent conscience de la réalité de la condition pénitentiaire »<sup>3</sup>. Ainsi, ces deux définitions du décroïsonnement, comme ouverture de la prison à la société ou de la société à la prison, coexistent si l'on en croit la façon dont ce magistrat arrivé à la DAP en 1981 définit ce terme :

*« Historiquement la prison était la fille du ministère de la Justice. Attention, il ne faut pas y voir une appropriation... Ça arrangeait bien les autres ministères parce que chaque fois qu'il y avait un problème qui concernait autre chose que la Justice... le travail, la santé, l'éducation, par exemple, on disait tout de suite : "Ah, mais c'est la tutelle du ministère de la Justice !" . Sous-entendu : "C'est pas moi, ministère compétent, qui suis responsable de cela mais c'est le ministère de la Justice parce qu'il s'agit de détenus". Alors "décroïsonnement", qu'est ce que ça veut dire ? En réalité on va demander au ministère dont c'est la compétence naturelle d'intervenir aussi en prison. C'est-à-dire qu'on enlève une cloison qui faisait en sorte que les détenus échappaient à toutes les actions de droit commun des autres ministères. C'est ça. Pourquoi vous, Justice, devez habiller restaurer, former, soigner les détenus sous prétexte que c'est la prison ? »<sup>4</sup>.*

Il faut, pour comprendre l'importance alors accordée par Myriam Ezratty à la notion de « décroïsonnement », rappeler brièvement son parcours. Comme beaucoup, lorsqu'elle accède à la magistrature, Mme Ezratty n'accorde alors que peu d'importance à la question des prisons, au point qu'elle ne réalise pas, pour convenance personnelle, le stage pourtant

<sup>1</sup> « Rapport oral de Mme Ezratty au conseil supérieur de la DAP du 19 novembre 1983 », *RPDP*, 04-06/1984, p.356.

<sup>2</sup> La circulaire sur l'« autorisation de pénétrer dans les établissements pénitentiaires » du 20/04/1982 instaure le traitement régional des autorisations de visite, auparavant gérées au niveau central.

<sup>3</sup> « Rapport oral de Mme Ezratty au conseil supérieur de la DAP du 19 novembre 1983 », *art.cit.*, p.357.

<sup>4</sup> Jacques, magistrat chargé de la réglementation sanitaire de 1982 à 1989. Entretien réalisé le 11/01/2008, 3H30.

obligatoire d'un mois en établissement pénitentiaire<sup>1</sup>. Elle est alors nommée juge suppléante à Fontainebleau jusqu'en 1958, date à laquelle elle intègre l'Education surveillée (ES)<sup>2</sup>. Au bout de six ans, elle est affectée à la Direction des affaires civiles presque à regret : « Le virus de l'Education surveillée m'avait déjà touchée ». Conseiller du ministre de la Santé, Simone Veil, de 1974 à 1979, elle devient ensuite présidente de chambre. Elle accepte en 1981 de prendre la direction de l'ES où elle espère mettre en œuvre la notion de « prévention globale », entendue comme la concertation entre les différents acteurs, qu'elle avait découverte auprès de Gilbert Bonnemaïson : « C'était vraiment pour moi une passion et j'avais fait tout un plan, j'avais fait une circulaire sur la décentralisation [...] car à l'Education surveillée, je proclamais, ce qui était de l'angélisme stupide, que la délinquance était l'affaire de tous. Et avec Bonnemaïson on a parcouru les campagnes pour vendre ça. En disant qu'on devait travailler ensemble avec le psy, le gendarme, l'instituteur... ». En 1983, après avoir longuement hésité, elle accepte de prendre la tête de l'Administration pénitentiaire où elle voit un nouveau secteur d'application du mouvement d'ouverture qu'elle avait tenté d'impulser à l'ES :

*« Je voyais l'autre côté du miroir par rapport à l'Education surveillée, et autant à l'Education surveillée, on avait réussi à ouvrir sur le monde extérieur [...] Autant la Pénitentiaire, c'était une administration comme l'armée. Autant l'Education surveillée, c'était un peu le désordre... On privilégiait la créativité, les contacts et c'est ça, d'ailleurs, qui était passionnant. On y croyait tous. On allait sur le terrain ce qui était simple. Tandis que pour rentrer dans les prisons. Et moi, ce qui m'a le plus frappée, à tel point que je suis encore allergique aux clefs... [...] La prison en tant que telle restait sur des règles qui lui étaient propres. Dans la plupart des domaines. C'était surtout une question de mentalité. Il fallait ouvrir »<sup>3</sup>.*

L'une des premières mesures adoptées par Myriam Ezratty, avec Jean Favard, afin de concrétiser cette transformation de l'Administration pénitentiaire est d'adopter un nouvel organigramme destiné à « montr[er] ce qu'on voulait mettre en lumière ». Elle impose notamment la création d'un « Bureau de l'action communautaire », chargé des liens avec les autres ministères, et ce afin de « marque[r] l'action envers le monde extérieur ». La santé apparaît très vite pour la nouvelle directrice de l'Administration pénitentiaire comme un secteur de choix dans l'application de la notion de décroisement<sup>4</sup>. N'ayant pu devenir médecin, en l'absence de faculté de médecine dans sa ville natale, Myriam Ezratty présente un grand intérêt pour la question sanitaire. En tant que juge suppléante de Fontainebleau, elle

<sup>1</sup> Jusqu'alors intégrée à la DAP, l'Education surveillée chargée de la mise en œuvre de la Justice des mineurs devient en 1945 une direction ministérielle autonome. Elle devient la Direction de la Protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) en 1990.

<sup>2</sup> Myriam Ezratty, magistrate et directrice de la DAP d'avril 1983 à juillet 1986. Entretien le 8/02/2008, 3H30.

<sup>3</sup> Myriam Ezratty, magistrate et directrice de la DAP d'avril 1983 à juillet 1986. Entretien le 8/02/2008, 3H30.

<sup>4</sup> La culture apparaît également comme un autre champ d'application, comme en témoigne ce courrier adressé par le garde des Sceaux au Ministre de la culture : « Il me paraît tout à fait opportun que cette action de sensibilisation à la culture soit prise en charge par vos services. Cette intervention constituera une ouverture de la prison sur le monde extérieur et un échange réciproque de nature à favoriser la future réinsertion des intéressés » (Lettre du garde des Sceaux au ministre de la Culture datée du 19/11/1981 (CAC. 20020055. Art.1).

est d'ailleurs très tôt marquée par les carences en matière de prise en charge médicale : « Et j'avais d'ailleurs été horrifiée [...] Les détenus peignaient dans leur cellule, il n'y avait même pas d'atelier, ils peignaient dans leur cellule des soldats en plomb dans des conditions... Avec des produits extrêmement dangereux, ça m'avait beaucoup frappé ». Il semble que Myriam Ezratty ait vécu sa nouvelle charge comme une « seconde chance » au regard des déceptions qu'elle avait éprouvées quelques années auparavant au ministère de la Santé lorsqu'elle avait tenté un « premier essai » de réforme<sup>1</sup>. « J'aurai souhaité faire quelque chose. J'étais très déçue », a-t-elle souligné à deux reprises au cours de l'entretien au sujet de la tentative de réforme de la médecine pénitentiaire. Signe de l'importance que cette question revêt à ses yeux, la DAP assiste en personne aux réunions Santé/Justice. « Pour moi la santé, ça a été quelque chose où j'ai très peu délégué. C'est une énorme maison où il faut souvent déléguer. Mais ça, je l'ai suivi de très près, très personnellement », confirme-t-elle.

Ses trois années à la tête de l'Administration pénitentiaire sont pour elle l'occasion d'appliquer le principe du décroisement à l'organisation des soins : « Depuis ces dernières années, la politique conduite par le ministère de la Justice dans les établissements pénitentiaires tend au décroisement de la médecine en milieu carcéral. L'objectif est de donner aux détenus des soins d'un niveau identique à ceux offerts à l'ensemble de la population »<sup>2</sup>. Cette politique implique, selon elle, la mise en place des « mêmes règles de déontologie médicale en milieu carcéral qu'en milieu libre ». « Le droit à la santé ne saurait s'arrêter aux portes de la prison », relève la magistrate<sup>3</sup>.

Considérée à l'égal de n'importe quelle autre pratique médicale, la médecine pénitentiaire perd progressivement toute spécificité. Myriam Ezratty, tout comme Jean Favard ou Alain Blanc, rejette d'ailleurs le terme de « médecine pénitentiaire » longuement défendue par l'ancien Médecin-inspecteur : « Le mot "médecine pénitentiaire" ne veut rien dire. La médecine, c'est la médecine. Médecine dans les prisons, on pourrait dire. Parce qu'à l'époque, c'était vraiment "médecine pénitentiaire" [...] Si vous voulez, la médecine pénitentiaire, nous soutenions, à tort ou à raison, que ça n'existe pas »<sup>4</sup>. La volonté d'appliquer une même médecine, au-dedans comme au-dehors, se heurte cependant aux spécificités que l'exercice médical a progressivement adoptées depuis plusieurs décennies.

<sup>1</sup> Cf. Conclusion de la Première partie.

<sup>2</sup> « Rapport de Mme Ezratty au conseil supérieur de la DAP du 7 janvier 1986 », *RPDP*, 04-06/1986.

<sup>3</sup> Note de Ezratty Myriam sur la politique de santé en milieu carcéral datée du 9/10/1984. Archives DAP.

<sup>4</sup> Myriam Ezratty, magistrate et directrice de la DAP d'avril 1983 à juillet 1986. Entretien le 8/02/2008, 3H30.

## CHAPITRE 5. LES SPECIFICITES CARCERALES A L'EPREUVE DU « DECLOISONNEMENT »

*« Médecine remaniée suivant les gouvernements. Médecine sujette à scandale (voir l'affaire des grâces médicales). Médecine sans statut bien défini. Aujourd'hui, la médecine pénitentiaire n'existe plus, il n'y a que des médecins exerçant en prison dit un médecin de Muret. Il a ajouté : "tout ça c'est de la politique" »<sup>1</sup>.*

Longtemps toléré, le manque de sérieux avec lequel le Médecin-inspecteur remplit sa tâche est vivement contesté en 1981 par le nouveau chef de l'inspection des services pénitentiaires, Philippe Chemithe, après qu'une mission relative à l'Hôpital de Fresnes ait été confiée à Solange Troisier: « Je ne puis que constater l'indigence du rapport du Médecin-inspecteur qui ne répond à aucun des points que j'avais évoqués dans ma note. J'ajoute que la méthode employée par le Médecin-inspecteur relève de la plus parfaite fantaisie et n'a aucun rapport avec la technique la plus élémentaire d'une quelconque inspection. En définitive, Mme Troisier se contente de me remettre deux lettres qui lui ont été adressées [...] sans que les informations contenues dans celles-ci aient été vérifiées »<sup>2</sup>. On comprend dans ces conditions que les contrôles des MISP aient engendré de nombreuses tensions, notamment avec des médecins libéraux peu habitués à un contrôle de leur activité.

Considérée comme un domaine spécifique, l'organisation des soins en prison est longtemps demeurée à l'écart du ministère de la Santé. C'est dans l'objectif d'appliquer la même médecine au-dedans comme au-dehors que la nouvelle équipe en place à l'Administration pénitentiaire décide de sanctionner certaines situations tolérées jusqu'alors. Le Conseiller technique du garde des Sceaux s'étonne ainsi auprès du DAP de la motion du syndicat CFDT déposée au cours d'un congrès en avril 1982 faisant état de « surveillants qui empêcheraient la réalisation d'examen de laboratoire ou se substitueraient aux infirmières en "donnant les médicaments" et même qui effectueraient des "actes médicaux et chirurgicaux" »<sup>3</sup>. Une plus grande importance semble accordée à ce moment aux griefs formulés à l'encontre du corps médical. Informé de la plainte à l'encontre d'un dentiste, Jean Favard saisit Yvan Zakine estimant qu'il « serait inadmissible de laisser en place un praticien qui aurait à ce point oublié les devoirs de sa fonction »<sup>4</sup>. Peut-être du fait d'un changement de génération ou de l'attention apportée au DAP dans la nomination des directeurs en commission paritaire<sup>5</sup>, certains directeurs semblent plus sensibles aux récriminations formulées par les détenus. Ainsi, le directeur du CP de Fleury demande en 1986 le retrait de l'agrément d'un dentiste en se fondant sur des plaintes : « La qualité des soins qu'il pratique est de plus en plus contestée par la population pénale [...] Notamment il ne nettoierait pas ses

<sup>1</sup> FARGEAS Colette, *Détenus-Médecine-Prison. Analyse sociologique d'une infirmerie de prison*, thèse de médecine, université de Limoges, 1987, p.29.

<sup>2</sup> Note de Philippe Chemithe au DAP datée du 12/11/1982 (CAC 19940511. Art. 98).

<sup>3</sup> Lettre de Jean Favard à Yvan Zakine datée du 11/05/1982 (CAC. 2002055. Art .1).

<sup>4</sup> Lettre de Jean Favard à Yvan Zakine datée du 21/05/1982 (CAC. 2002055. Art .1).

<sup>5</sup> Yvan Zakine a attiré notre attention sur les conséquences qui ont découlé de l'ouverture d'un concours « externe » pour les directeurs d'établissement, permettant l'arrivée de nombreux étudiants à cette fonction.

instruments après usage et fumerait le cigare pendant les soins. Ces faits ont d'ailleurs été confirmés par des agents en poste à l'infirmerie »<sup>1</sup>.

Les conditions de départ de cet autre médecin attestent du moindre degré de tolérance dont bénéficient désormais les praticiens « problématiques ». En 1976, le Procureur général de Pau alerte la direction de la M.A au sujet du praticien de l'établissement ayant été interpellé alors qu'il « tentait de pénétrer à la clinique Lagrange armé d'une carabine » et qui fut alors diagnostiqué comme « dépressif »<sup>2</sup>. Cet avertissement ne semble alors pas pris au sérieux comme en témoigne le commentaire manuscrit laissé en marge du courrier : « Ce médecin n'a commis aucune faute intéressant le service de la M.A de Pau. L'administration n'a donc aucune raison d'intervenir ». En janvier 1982, le même Procureur général signale une nouvelle fois, après avoir rappelé son précédent courrier, que le praticien fut arrêté de nouveau pour avoir tenté de s'introduire de force et armé dans une habitation<sup>3</sup>. Quelques mois plus tard, le généraliste est suspendu.

Symbolique de cette tentative de transformation de l'organisation des soins, l'Administration tente de mettre fin à la règle selon laquelle un médecin n'effectuerait que la moitié des vacations qui lui sont attribuées<sup>4</sup>. Cette disposition informelle permettant de conférer un certain attrait à des postes mal rémunérés avait en effet été, faute de contrôle, à l'origine d'une importante dérive au cours des années soixante-dix. Plusieurs praticiens n'effectuaient qu'une part très congrue de leurs vacations. C'est le cas de ce médecin exerçant à la M.A de Vesoul et dont le relevé précis des visites à l'établissement entre 1975 et 1978 fut trouvé dans son dossier de carrière<sup>5</sup>. Ce praticien réalisait en moyenne une vacation par semaine, tous les mardis, d'une durée approximative d'une heure et quart (avec une arrivée à 11h15 et une sortie à 12h30), pendant laquelle il auscultait entre huit et dix-huit détenus. Ses visites sont en revanche parfois beaucoup plus brèves. Le mardi 4 février 1975, il ne reste que quarante minutes (11h35-12h19) pour examiner quinze détenus. Le mardi 22 juillet, il passe vingt minutes (10h47-12h05) pour douze détenus. La durée moyenne de ses visites se réduit en 1976 à une heure pour un nombre équivalent de détenus. Cette tendance à la baisse s'aggrave, alors même que le nombre de vacations qui lui est alloué augmente, passant de 279 en 1977 à

<sup>1</sup> Lettre du directeur du CP de Fleury-Mérogis au Bureau des personnels datée du 3/11/1986 (CAC. 199405111. Art.90).

<sup>2</sup> Lettre du Procureur général de Pau au surveillant-chef de la M.A de Pau datée du 16/08/1976 (CAC. 19940511. Art. 97).

<sup>3</sup> Lettre du Procureur général de Pau au surveillant-chef de la M.A de Pau datée du 27/01/1982 (CAC. 19940511. Art. 97).

<sup>4</sup> Cf. Introduction du Chapitre 3 - Section 1 : « La réhabilitation d'un secteur d'action publique discrédité ».

<sup>5</sup> Relevés manuels des dates et heures de visite du médecin de la M.A de Vesoul. CAC. 199405111. Art.90.



485 en 1979<sup>1</sup>. Plusieurs visites sont parfois inférieures à quinze minutes. Le 3 janvier 1978, il ne demeure dans la M.A que dix minutes (11h40-11h50) pour douze détenus consultés... Comme le constate une note du surveillant-chef de l'établissement au sujet de ce généraliste, « compte tenu du temps passé, il est permis de s'interroger sur le sérieux de ces examens médicaux »<sup>2</sup>.

C'est pour remédier aux problèmes constatés dans plusieurs établissements qu'un contrôle de l'assiduité des praticiens est mis en place par l'Inspection des services pénitentiaires à partir de 1982, comme le rappelle un magistrat de la DAP : « On avait un inspecteur chez nous qui était M. Chemithe. Lui, il était craint... J'allais dire, il faisait un peu figure d'inquisiteur. Lui, si vous voulez, il était chargé de faire de l'inspection pour l'Administration pénitentiaire. Mais il rencontrait les médecins et dans ses rapports, il faisait un paragraphe sur l'infirmerie. Et lui, il se battait beaucoup avec certains médecins »<sup>3</sup>. La tonalité avec laquelle Philippe Chemithe demande le licenciement du généraliste de la M.A de Nîmes, qui « n'a effectué pour l'année 1984 que 72 heures de vacations à la Maison Centrale et 77 heures à la Maison d'Arrêt sur les 1.116 vacations annuelles d'une heure dont il est titulaire »<sup>4</sup>, témoigne du rapport de force désormais instauré avec certains praticiens :

*« Il estime rendre des services éminents à l'Administration pénitentiaire et affirme, sans vergogne que la qualité de ses prestations n'était pas proportionnelle à son temps de présence dans les établissements. L'intéressé a cru bon d'ajouter sur un ton désobligeant qu'il avait une conscience professionnelle puisqu'il exerçait une profession libérale (sic) [...] En tout état de cause, cette situation intolérable et scandaleuse ne saurait perdurer sans occasionner un préjudice irréparable au fonctionnement des prisons de Nîmes dont on note par ailleurs le contexte difficile »<sup>5</sup>.*

Le Bureau du personnel systématise progressivement ce contrôle à partir des relevés de temps de présence des médecins que chaque chef d'établissement est chargé de communiquer<sup>6</sup>. Ces vérifications révèlent le taux extrêmement bas des vacations assurées par beaucoup de praticiens. L'Administration découvre qu'un cardiologue exerçant à la M.A de Nice n'a effectué en 1982 que neuf des cent cinquante-six vacations qui lui sont rétribuées<sup>7</sup>. Le Directeur régional (DRSP) de Lyon remarque que le médecin de la M.A de Saint Quentin n'a effectué « que 18 heures sur 180 en 1984 »<sup>8</sup>. Dans un courrier adressé au chef des services d'inspection, le Bureau du personnel indique le « coefficient de fréquentation » de chaque praticien de la M.A de Nice : 2/5<sup>ème</sup> pour le généraliste, 1/12<sup>ème</sup> pour l'ophtalmologue, 1/17<sup>ème</sup>

<sup>1</sup> Ce praticien n'effectuait ainsi qu'environ 60 heures par an au lieu des 485 qui lui étaient payées, faisant de l'activité de médecin pénitentiaire quelque chose de relativement rémunérateur.

<sup>2</sup> Note du surveillant-chef de la M.A de Vesoul au Bureau du personnel du 17/01/1980. CAC.199405111. Art.90.

<sup>3</sup> Jacques, magistrat chargé de la réglementation sanitaire de 1982 à 1989. Entretien réalisé le 11/01/2008, 3H30.

<sup>4</sup> Note du chef du Bureau des personnels au DRSP de Toulouse datée du 30/10/1985 (CAC.199405111. Art. 97).

<sup>5</sup> Note de P. Chemithe au chef du Bureau des personnels datée du 30/10/1985 (CAC.199405111. Art. 97).

<sup>6</sup> Tout établissement est tenu par le règlement de noter sur un registre l'heure d'arrivée et de départ de chaque personne pénétrant dans son enceinte.

<sup>7</sup> Dossier de carrière d'un cardiologue de la M.A de Nice (CAC. 19950511. Art.89).

<sup>8</sup> Lettre du DRSP de Lyon au Bureau du personnel datée du 9/10/1983 (CAC.199405111. Art.90).

pour le cardiologue, 1/33<sup>ème</sup> pour l'ORL<sup>1</sup>. Le directeur de la M.A de Saverne tire les conséquences du fait que le praticien n'ait effectué que 16 heures sur les 120 qui lui sont rémunérées :

*« En défalquant le temps nécessaire aux mouvements des détenus et aux entretiens avec le chef d'établissement, on peut estimer très généreusement à 13 heures le temps consacré aux consultations, au cours desquelles 501 détenus lui ont été présentés, soit une moyenne de 90 secondes par détenu »<sup>2</sup>.*

En dépit du faible prix des vacations, l'Administration pénitentiaire prend, grâce à ces contrôles, la mesure de la rémunération réelle de certains praticiens. Concernant la M.A de Nice, Philippe Chemithe note les effets pervers du système de paiement par vacations : « L'expérience montre en effet que l'ophtalmologiste travaillait à plus de 3000 francs de l'heure, l'ORL à plus de 2200 francs, le cardiologue à plus de 1200 francs. Il est certain qu'un paiement à l'acte eut été moins onéreux »<sup>3</sup>. Certains médecins jusque-là considérés comme vertueux, parce que peu contrôlés, sont mis à l'index. C'est le cas d'un praticien exerçant depuis 1960 et décoré en 1980 de la médaille pénitentiaire<sup>4</sup>, suite à un rapport de Solange Troisier où elle le décrivait comme étant « particulièrement attaché à sa fonction et qui dirige avec continuité, compétence et dévouement le service médical des prisons de Metz »<sup>5</sup>. Quelques années plus tard, le DRSP de Strasbourg observe que « ce médecin n'a pas assuré de service » dans un premier établissement où lui sont confiées 226 vacations et que « ce même médecin n'a assuré, en 1982, que 85 heures de présence » dans un autre où lui sont allouées 702 vacations<sup>6</sup>. Après un rappel à l'ordre de l'inspecteur Chemithe, selon qui ce praticien « assimile sa fonction à une véritable sinécure », ce généraliste présente sa démission en juin 1984<sup>7</sup>.

Outre la non-reconduction systématique des médecins titulaires<sup>8</sup>, la mise en place de ces contrôles se double d'avertissements aux praticiens qui effectuent moins de la moitié de leurs vacations. Un médecin n'assurant qu'un cinquième de son temps de présence (48h sur 240h en 1984) se voit demander par le DRSP de modifier ses consultations : « Un seul passage systématique le jeudi après midi ne permet plus de répondre aux besoins de l'établissement qui se sont accrus avec l'augmentation de l'effectif de la population pénale [...] Je vous serais reconnaissant de bien vouloir envisager l'institution de deux consultations hebdomadaires au

<sup>1</sup> Lettre du Bureau du personnel à Philippe Chemithe datée du 7/03/1983 (CAC. 19940511. Art.87).

<sup>2</sup> Lettre du Chef d'établissement de la M.A de Saverne au DRSP de Strasbourg datée du 10/03/1983 (CAC.19940511. Art.95)

<sup>3</sup> Lettre du Chef des services d'inspection au Bureau du personnel datée du 24/03/1983 (CAC.19940511. Art.87).

<sup>4</sup> La médaille pénitentiaire est une distinction honorifique décernée par la DAP à ses membres les plus méritants.

<sup>5</sup> Note de Solange Troisier au DAP concernant la MA de Metz datée du 19/04/1979 (CAC 19940511. Art. 96).

<sup>6</sup> Note de service du DRSP de Strasbourg à la DAP datée du 6/05/1983 (CAC 19940511. Art. 96).

<sup>7</sup> Note de P. Chemithe au Chef du Bureau du personnel datée du 19/06/1983 (CAC 19940511. Art. 96).

<sup>8</sup> La circulaire n°25 de Myriam Ezratty adressée aux directeurs régionaux et directeurs d'établissements pénitentiaires le 27/09/1985 limite à trois ans renouvelables la durée des fonctions de médecine pénitentiaire (Archives internes DAP)

centre de détention, l'une en début de semaine (lundi ou mardi), la seconde en fin de semaine (jeudi ou vendredi) »<sup>1</sup>. Parfois après un certain laps de temps (entre six mois un an), l'Administration met en demeure le praticien récalcitrant d'augmenter ses vacations sous peine d'être licencié. Après avoir demandé au généraliste de la M.A de Nice d'effectuer cinq vacations de trois heures par semaine, les services pénitentiaires constatent que ce praticien n'assure « que 25 heures de présence en moyenne par mois », soit moins de la moitié exigible, et enclenchent une procédure de licenciement<sup>2</sup>.

Pour répondre au faible temps de présence des médecins, l'Administration pénitentiaire tente de mieux répartir les vacations entre praticiens<sup>3</sup>. Le Bureau du personnel réduit ainsi, après avis de Philippe Chemithe, le nombre de vacations allouées aux praticiens les moins présents pour les distribuer à d'autres. Plusieurs praticiens s'offusquent alors de voir leur rémunération diminuer et refusent de continuer à assurer leur fonction. Avançant une « volonté délibérée de [l'] administration de diminuer [s]es honoraires et de [lui] supprimer [s]es avantages sociaux par n'importe quel moyen », un médecin exerçant à la M.A de Dunkerque démissionne, après avoir remarqué que « le "temps de présence" de 7 heures (un peu minoré à mon avis) n'a rien de commun avec le travail que je consacre à cet établissement, ni avec la tension nerveuse qu'il provoque »<sup>4</sup>. Le médecin du CD de la Réunion remet sa démission après qu'il est « demandé à ce praticien de consacrer un peu plus de temps à son poste médical (31 heures assurées sur 312 prévues en 1982) »<sup>5</sup>. Parce qu'ils occupent des postes peu reconnus, beaucoup de praticiens vivent le contrôle de leurs vacations comme une humiliation. En témoignent les propos de ces différents médecins démissionnaires :

*« J'apprends maintenant que les médecins vont pointer à la porte des Maisons d'arrêt comme des manœuvres non spécialisés, dont, avec les femmes de ménage de la région parisienne, ils partagent le privilège du niveau de salaire »<sup>6</sup>.*

*« Les exigences inhérentes à la médecine pénitentiaire qui confine au bénévolat [1700 frs/mois] mériterait une considération bien différente qu'une appréciation administrative obéissant à des "impératifs comptables" »<sup>7</sup>.*

*« Le chiffre de 28 heures de présence à la maison d'Arrêt est faux : il dépasse 40 heures [...] Il ressort de votre lettre que je n'accomplis pas le travail pour lequel je suis dérisoirement rémunéré.*

<sup>1</sup> Lettre du DRSP de Lille au médecin du CD de Loos datée du 4/02/1987 (CAC. 19940511. Art.92).

<sup>2</sup> Lettre de la DAP au médecin généraliste de la M.A de Nice datée du 1/12/1983 (CAC. 19940511. Art.87).

<sup>3</sup> Outre le non-respect de leurs horaires, il faut souligner également que certains médecins effectuaient les examens médicaux d'aptitude des candidats aux fonctions de surveillant, pour lesquels ils étaient spécifiquement rémunérés, sur le temps normalement consacré à la visite des détenus. C'est ce que constate le rapport de l'IGAS au sujet du médecin-chef de la M.A de Pontoise qui ainsi « ne réserve guère plus de 3 minutes d'examen pour chaque détenu » (REYNES, GREGOIRE, TCHERIATCHOUKINE, *Rapport sur la maison d'arrêt de Pontoise*, octobre 1984, Rapport de l'IGAS n°19840133, p.6).

<sup>4</sup> Lettre de démission du médecin de la M.A Dunkerque datée du 20/11/1985 (CAC.19940511. Art. 96).

<sup>5</sup> Lettre du directeur du CD de la réunion au Bureau du personnel datée du 3/05/1984 (CAC. 19950511. Art.89).

<sup>6</sup> Lettre du médecin de la M.A de Châlons-sur-Marne au Bureau du personnel datée du 8/05/1985 (CAC. 19950511. Art.89).

<sup>7</sup> Lettre du médecin du CD Melun au Bureau du personnel datée du 10/03/1988 (CAC.19950511. Art.89).

*Compte tenu de ce qu'il l'est scrupuleusement, je considère votre assertion comme une insulte caractérisée »<sup>1</sup>.*

La mise en place d'un contrôle des vacations n'est pas sans problèmes pour l'Administration pénitentiaire. La remise en cause de cette règle tacite assurant que ces postes peu prisés soient pourvus se traduit, souligne le magistrat alors chargé de suivre les questions de santé, par des problèmes de recrutement dans les petites villes :

*« C'était compliqué parce que si localement on leur avait dit : "On s'arrange. On vous paie dix heures mais vous ne venez que cinq heures...". C'étaient des arrangements [...] Quand vous avez conclu un accord au niveau local et après vous dites au médecin : "On vous paie dix vacations et vous devez faire dix heures...". Pour des villes comme Marseille, on n'avait pas de difficultés à recruter mais dans des petites villes... Et puis tout se sait ! Y avaient même des conseils départementaux de médecins qui disaient : "Alors, dans ces conditions là, on interviendra plus dans les établissements pénitentiaires". Y avaient des réactions corporatistes. A partir du moment où on avait cherché des noises chez l'un d'entre eux, il pouvait y avoir une sorte de réaction de solidarité... »<sup>2</sup>.*

Le contrôle de l'assiduité des praticiens exerçant en milieu pénitentiaire n'est probablement pas sans lien avec le transfert de la mission d'inspection à l'IGAS, particulièrement attentive à cette question. Durant leurs missions les inspecteurs remarquent en effet la très faible assiduité des médecins. Au cours d'une journée d'étude, le Chef de l'IGAS remarque « que ce type de situation ne peut absolument pas être toléré »<sup>3</sup>. On comprend mieux la façon dont étaient vécus ces contrôles au vu de la vive colère que manifesta ce généraliste durant l'entretien quand lui furent présentés les chiffres de l'IGAS concernant son propre temps de présence :

*« - Mon rôle était de voir les patients, or l'Administration pénitentiaire vous pointe en entrant et en sortant... On vous fait remarquer que vous avez fait 4h30 au lieu de 5h00 ! Alors vous voyez !*

*- Par contre dans le rapport de l'IGAS il est précisé que vous n'effectuiez que 20 de vos vacations...*

*- Qu'ils disaient ! Et en plus on n'était pas payé pour des horaires, on était payé pour des vacations. Alors on peut dire une vacation peut être une vacation horaire... [c'était le cas] Mais non ! Moi, j'étais payé pour voir des malades et après les avoir vus je partais ! [...] Parce que c'était lamentable ! [Vive colère] C'était de l'ordre de 7 euros de l'heure ! C'était ridicule. ! Alors qu'un médecin peut gagner actuellement soixante euros de l'heure ! Alors on était payé pour le travail qu'on avait à faire et quand on avait fini, on partait ! »<sup>4</sup>*

La question de l'assiduité illustre les difficultés rencontrées par l'Administration pénitentiaire à vouloir traiter les médecins travaillant en milieu carcéral selon les mêmes règles que celles s'appliquant à n'importe quel praticien. S'il se heurte à certaines spécificités résiduelles de la médecine pénitentiaire, le contrôle exercé par le ministère de la Santé permet néanmoins de rapprocher progressivement l'organisation des soins en prison du reste du système de santé (Section 1). La délégation de la santé à des groupements privés opérée à la fin des années

<sup>1</sup> Lettre du médecin de la M.A de Chalons sur Saône au Bureau du personnel datée du 23/12/1982 (CAC. 199405111. Art.90).

<sup>2</sup> Jacques, magistrat chargé de la réglementation sanitaire de 1982 à 1989. Entretien réalisé le 11/01/2008, 3H30.

<sup>3</sup> Compte-rendu de la session d'information du 10 décembre 1987 « Soins et hygiène en milieu carcéral », 24 pages ronéotypée. Archives internes DGS.

<sup>4</sup> Jérôme, généraliste puis médecin-chef aux Baumettes de 1979 à 1983. Entretien réalisé le 24/02/2006, 1H50.

quatre-vingt dans le cadre du « Programme 13.000 » de prisons à gestion semi-privée marque l'achèvement du monopole, déjà ébranlé, exercé par l'Administration pénitentiaire sur l'organisation des soins. Pour la première fois s'exerce en milieu carcéral une médecine non pénitentiaire (Section 2).

## Section 1- L'organisation sanitaire en prison sous le contrôle des services de la Santé

La mise en œuvre du transfert de l'inspection médicale au ministère de la Santé se traduit par des conséquences paradoxales. Elle oblige tout d'abord l'Administration pénitentiaire à devoir rénover les problèmes les plus criants, sous peine d'être sévèrement épinglée par l'IGAS. L'absence d'un véritable contrôle pendant près de dix ans laissait craindre, tel que le souligne le Conseiller technique du garde des Sceaux, que de nombreuses irrégularités soient mises à jour : « Quand vous êtes votre propre inspecteur, vous ne trouvez rien... Tous les vieux sommiers qui sont dans votre jardin, si vous ne les touchez pas, vous ne voyez que les tulipes ! Vous, vous arrivez après... Et c'est là qu'on a eu des ennuis ! Vous arrivez après et vous dites : "Vous pouvez tout fouiller !". Alors là, on trouve tout ! »<sup>1</sup>. Un magistrat alors chargé des questions de santé à la DAP confirme les implications attendues découlant du transfert de contrôle : « En interne, on se doutait bien de la situation. On savait que c'était pas florissant. Donc ça voulait dire prendre le risque de faire apparaître au grand jour des tas de dysfonctionnements, d'anomalies qui sont dues au manque criant de personnel ! »<sup>2</sup>. Le transfert du contrôle médical s'accompagne ainsi d'une volonté de l'Administration pénitentiaire de parer aux carences les plus aiguës. En témoigne cette note interne de la DAP :

*« Les inspections que seront appelées à faire l'IGAS et les médecins inspecteurs départementaux et régionaux de Santé, ne peuvent pas être raisonnablement envisagées avant quelques mois : il me paraîtrait utile, au moins pour les établissements pénitentiaires de la région parisienne, de réfléchir à une "remise à jour" même provisoire des infirmeries »<sup>3</sup>.*

Ce transfert est, second effet non désiré de la réforme, l'occasion pour l'Administration pénitentiaire de réaffirmer son autorité en matière médicale. Faute d'un service interne, l'inspecteur des services pénitentiaires, Philippe Chemithe, est tout d'abord amené à intégrer une dimension sanitaire à ses contrôles. Mais surtout, lors de la réflexion menée sur le transfert à l'IGAS, ce dernier propose que le recrutement des médecins, où le Médecin-inspecteur jouait auparavant un rôle important, soit dorénavant le seul fait des services administratifs : « Cette pratique qui donnait en définitive, à tort ou à raison, l'impression que le médecin était le seul à pouvoir recruter d'autres médecins, me paraît devoir être définitivement abandonnée. Il me paraît opportun de faire connaître le principe selon lequel le médecin candidat à un emploi est recruté par une administration et non par l'un de ses

<sup>1</sup> Jean Favard, magistrat à la DAP de 1970 à 1975 puis Conseiller technique du ministre de la Justice de 1981 à 1986. Entretien réalisé le 10/01/2008, durée: 3H00.

<sup>2</sup> Jacques, magistrat chargé de la réglementation sanitaire de 1982 à 1989. Entretien réalisé le 11/01/2008, 3H30.

<sup>3</sup> Note du Bureau des méthodes et de la réinsertion à l'attention du Bureau des personnels datée du 3/01/1984 (CAC.19940511. Art.87).

pairs »<sup>1</sup>. Bien que conçue comme une étape dans le démantèlement de la médecine pénitentiaire, la réforme de l'inspection médicale apparaît comme un moyen pour la DAP de renouveler l'autorité de la tutelle administrative sur le personnel médical.

Si le transfert de la médecine pénitentiaire est envisagé par la DAP, c'est d'ailleurs uniquement à long terme, ce que confirme un échange de courriers entre les deux ministères. Dans sa réponse au Chef de l'IGAS, qui regrette qu'une note de l'Administration pénitentiaire prévoyant le contrôle du ministère de la Santé « n'a pour effet de modifier ni le statut des personnels médicaux et para-médicaux qui relèvent de l'administration pénitentiaire, ni la gestion des services médicaux pénitentiaires », Myriam Ezratty reconnaît que « la banalisation du contrôle sanitaire est susceptible de comporter des incidences à moyen termes » avant de relever que « s'agissant d'un problème qui ne se posera effectivement que dans plusieurs années, il me semble prématuré d'en faire état dès à présent »<sup>2</sup>. Les contraintes pénitentiaires apparaissent ainsi bien trop lourdes pour qu'il y soit mis fin immédiatement. Si le contrôle de l'IGAS apparaît comme un moyen de relégitimer l'autorité de l'Administration pénitentiaire en matière médicale, il permet également de dresser le bilan et d'amorcer une réforme de l'organisation des soins en prison (1). Mais surtout la concertation entre ministères, aussi bien au niveau local, par le biais des médecins inspecteurs de santé publique, qu'au niveau central grâce à l'instauration d'un Comité de coordination, rend possible une lente évolution de l'organisation des soins en prison, désormais jugée à l'aune des critères du système national de santé (2).

### *1. L'Inspection générale des affaires sociales, entre légitimation et réforme de la médecine pénitentiaire*

Les premières inspections de l'IGAS sont destinées, dans un contexte très polémique, à restaurer la crédibilité des services de médecine pénitentiaire. Les docteurs Avril et Tchériatchoukine<sup>3</sup> sont ainsi chargés en avril 1983 par l'Administration pénitentiaire de résoudre « les graves difficultés qui entravent le fonctionnement normal » de l'Hôpital de Fresnes, suite au décès de plusieurs patients<sup>4</sup>. C'est à partir de ce rapport que, comme le titre *Le Quotidien de Paris*, « l'inspection des Affaires sociales veut mettre un terme à la polémique sur la mort de trois détenus » (7/09/1983). L'Administration pénitentiaire

<sup>1</sup> Note de Philippe Chemithe, Chef de l'inspection des services pénitentiaires, au directeur de l'Administration pénitentiaire du 3/03/1983. Archives internes DAP.

<sup>2</sup> Lettre de la DAP, Myriam Ezratty, au Chef de l'IGAS du 18/09/1984. Dossier C3 Inspections médicales. Archives internes DAP.

<sup>3</sup> Aucun des membres de l'IGAS n'a pu être interviewé. Celui qui fut le plus chargé de ces questions alors, le Dr Tchériatchoukine fut contacté téléphoniquement mais n'a pu être rencontré pour des raisons pratiques.

<sup>4</sup> AVRIL J., TCHERIATCHOUKINE Jean, *Rapport sur l'hôpital de Fresnes*, Rapport IGAS, juin 1983.

s'appuya, souligne Jean Favard, sur l'IGAS afin de mettre à l'écart un chirurgien gênant, le Dr Perdrot, parce que dangereux et relégitimer ainsi l'Hôpital de Fresnes : « Y avaient des médecins qui découpaient vite comme celui de Fresnes. On n'aurait pas été en état de le faire tout seul et grâce à l'IGAS, sur la base de l'IGAS... »<sup>1</sup>. Outre une fonction « légitimante », le rapport de l'IGAS laisse transparaître la forte prise en compte des logiques pénitentiaires dans la fonction de contrôle<sup>2</sup>. Si les inspecteurs se plient à des contraintes administratives venant du ministère de la Justice, ils n'en soulignent pas moins les « problèmes de fond importants » affectant l'Hôpital. Sans remettre en cause son appartenance au ministère de la Justice, jugée « inévitable », ils suggèrent une étude approfondie afin de « rapprocher le plus possible le fonctionnement de l'hôpital de Fresnes d'un Centre Hospitalier général ». Quelques mois plus tard, l'IGAS publie un second rapport, moins médiatique, sur l'organisation de l'Hôpital. Si « l'équipement d'ensemble est satisfaisant » et le « personnel médical [...] nombreux », les inspecteurs relèvent des problèmes liés à sa « tutelle pénitentiaire » :

*« Le directeur de l'hôpital n'a ni responsabilité, ni pouvoir [...] Ses responsabilités propres sont limitées aux délégations parcimonieuses données par le Directeur de la Maison d'arrêt de Fresnes [...] Il n'y pas d'instances de concertation hormis la commission médico-administrative [...] Sa conception et sa composition répondent à une organisation très hiérarchisée des services de soins. Un médecin-chef à fonction exclusivement administrative le dirige, sous l'autorité du directeur des prisons [...] L'opinion des médecins ne peut d'ailleurs s'exprimer, puisqu'il n'existe pas de commission médicale consultative comme dans les hôpitaux civils. Aucun dialogue ne peut s'instaurer avec la Direction, et aucune réflexion commune s'amorcer sur le fonctionnement de l'établissement »<sup>3</sup>.*

En outre, observe la mission, tous les médecins ne répondent pas aux conditions de qualification, d'autres vivent loin de leur lieu de travail (Nice par exemple) et leur présence est « éphémère » (un médecin n'effectue que 2h55 pour 208 exigibles, un autre 17h pour 522 vacations). L'hôpital, enfin, manque d'infirmières (douze postes ne sont pas pourvus) et a ainsi recourt à du personnel non habilité (surveillants manipulateurs radios ou brancardiers). En conclusion, l'IGAS propose de « banaliser l'Hôpital de Fresnes » en lui conférant « une réelle autonomie sous l'autorité plus lointaine du Directeur des prisons » et de doter l'établissement de davantage de moyens.

Le service d'inspection du ministère des Affaires sociales est sollicité peu de temps après pour un autre établissement ayant défrayé la chronique, l'Hôpital des Baumettes, qui est l'objet d'un rapport beaucoup plus alarmiste. Utilisée comme lieu d'hospitalisation pour tous les détenus du Sud-Est de la France, la PHB « ne possède aucunes des conditions qui

<sup>1</sup> Favard Jean, magistrat à la DAP de 1970 à 1975 puis Conseiller technique du ministre de la Justice de 1981 à 1986. Entretien réalisé le 10/012008, 3H00.

<sup>2</sup> Cf. Annexe 27 : « L'anesthésiste et le chirurgien : la prise en compte par l'IGAS des contraintes pénitentiaires ».

<sup>3</sup> AVRIL J., TCHERIATCHOUKINE Jean, *Rapport sur l'hôpital des prisons de Fresnes*, op.cit, pp.7-9.



justifieraient ce rôle »<sup>1</sup>, estime l'IGAS, tant pour des raisons d'installation et d'équipements (pas de salle de réveil, manque de matériel, aseptisation de la salle d'opération pas assurée) que de personnel (« insuffisance manifeste tant sur le plan médical que para-médical, insuffisance quantitative et bien souvent qualitative ») ou d'organisation générale : « Les malades sont opérés sans que l'examen préalable et les bilans aient été appréciés à l'avance [...] La surveillance post opératoire immédiate est également perdue de vue [...] En fait, tout repose sur les internes [...] Inutile de souligner que cette organisation est absolument incompatible avec le fonctionnement d'un hôpital digne de ce nom »<sup>2</sup>.

« Sous installé, sous équipé, sous médicalisé », l'Hôpital des Baumettes ne peut, selon les inspecteurs, continuer à fonctionner sans des transformations radicales, faute de quoi « mieux vaudrait fermer l'établissement qui présente le danger d'une fausse sécurité étant considéré par l'extérieur comme un véritable hôpital sans en posséder aucune des garanties »<sup>3</sup>. Le rapport de l'IGAS provoque aussitôt la fermeture du bloc opératoire<sup>4</sup>. Cette décision, source de nombreuses difficultés notamment financières pour l'Administration pénitentiaire, traduit selon un magistrat de la DAP l'impossibilité d'évaluer le milieu carcéral selon les mêmes normes que celles prévalant dans le reste du système de santé :

*« L'IGAS est venue à la PHB faire un audit. Mais c'était dans les premiers temps, où ils ne connaissaient pas encore vraiment le milieu. Et puis le circuit du bloc opératoire n'était pas achevé. Il n'y avait pas de salle de réveil. Un petit problème. Il manquait juste quelques crédits. Mais Mme Ezratty recevant cela [le rapport], pour elle c'était de la dynamite ! Surtout Marseille. Alors elle s'est dit : "On ferme le bloc !". Et après on a fait X missions avec l'IGAS [...] Le problème, c'est que... L'IGAS après m'a dit : "Ah, mais si on avait su, on aurait peut-être pas dit qu'il fallait le fermer ou on l'aurait peut-être pas dit sur le même ton". Mme Ezratty a craint un scandale. "Si demain vous le ré-ouvrez et vous avez le décès d'un détenu au bloc, votre responsabilité est en cause". Alors, bon... Moi, on m'a envoyé faire des dizaines de missions de bons offices pour essayer de trouver une solution [...] Pour des choses, si vous voulez, qui auraient pu se faire dans cette structure là ! Mais si vous voulez, faute de comprendre... Parce que, l'IGAS c'était une de leurs premières missions. Si vous voulez, ils n'ont pas saisi. Ils ont écrit, ce qu'ils auraient écrit pour n'importe quel hôpital lambda. C'est plus des problèmes de communication, de compréhension. Plus de communication, je pense »<sup>5</sup>.*

Parallèlement à ces rapports ponctuels destinés à résoudre des situations considérées comme urgentes, l'IGAS conduit une mission plus générale, visant à réaliser un état des lieux de l'organisation sanitaire des prisons françaises et à formuler des propositions afin de « désenclaver la médecine pénitentiaire » (*Le Monde*, 10/02/1984). Tout projet de réforme semble d'ailleurs suspendu à ce rapport très attendu. En témoigne un échange de courrier entre les ministères de la Santé et de la Justice. En s'appuyant sur les conclusions du rapport

<sup>1</sup> BROYELLE Jean, TCHERIATCHOUKINE Jean, *Rapport sur l'hôpital des prisons de Marseille*, Rapport IGAS, janvier 1984, n°1984001, p.3.

<sup>2</sup> *Ibidem*, pp.16-17.

<sup>3</sup> *Ibidem*, p.25.

<sup>4</sup> Circulaire DAP du 24/01/1984 relative aux hospitalisations à la prison hôpital des Baumettes.

<sup>5</sup> Jacques, magistrat chargé à la DAP de la réglementation sanitaire de 1982 à 1989. Entretien réalisé le 11/01/2008, 3H30 (Souligné par nous).

sur l'Hôpital de Fresnes, le garde des Sceaux propose à Edmond Hervé, en octobre 1983, l'« assimilation de cet établissement ainsi que de l'hôpital prisons des Baumettes à Marseille, à des hôpitaux de la deuxième catégorie tout en tenant compte de leur vocation carcérale »<sup>1</sup>. Le vote d'une réforme hospitalière au printemps 1984 est proposé par le ministère de la Justice comme échéance. Dans sa réponse, le secrétaire d'Etat chargé de la Santé donne son approbation au projet mais semble plus réservé quant au calendrier proposé : « La mise au point des dispositifs réglementaires relatifs à l'organisation des soins nécessite des études et des concertations préalables, tout particulièrement en ce qui concerne le statut des personnels appelés à dispenser les soins. Dès que vos services auront été en mesure d'y procéder, il sera certainement possible de dégager des solutions concrètes, et mes services sont également prêts à collaborer à leur élaboration »<sup>2</sup>. Une fois encore, la tutelle administrative exercée par la DAP sur les soignants pénitentiaires fait obstacle à une prise en charge hospitalière.

A partir de la visite de trente-trois établissements, l'IGAS recense, dans un rapport de synthèse publié en mai 1984, de façon très précise les dysfonctionnements de la médecine pénitentiaire. Les données statistiques sont jugées « imprécises et peu fiables », voire parfois « aberrantes ». En 1980, 1.553 femmes auraient par exemple subi un examen psychiatrique tandis que 2.205 auraient reçu un traitement pour ce motif<sup>3</sup>. Outre l'absence de prévention, les inspecteurs notent le non-respect des horaires de service, le rôle médical exagéré confié aux surveillants et aux infirmières qui en découle, ainsi que les atteintes au secret médical. La gestion des médicaments est considérée comme « l'un des plus importants problèmes », en raison du peu d'établissements disposant d'un pharmacien gérant (une trentaine), de l'absence de contrôle et des mauvaises conditions de préparation des médicaments. Le rapport s'interroge longuement sur le statut des personnels sanitaires et notamment sur le manque d'attractivité des postes proposés. Rémunérés presque comme les attachés des hôpitaux, c'est-à-dire assez faiblement (de l'ordre de 60 francs de l'heure), « le recrutement des praticiens se fait par connaissance ou par reprise de clientèle. Il n'y a généralement pas de publication des postes ni aucune publicité » (p.108). Les étudiants en médecine sont faiblement motivés pour exercer en milieu pénitentiaire « où, quelque soit l'intérêt du travail, l'interne ne reçoit pas de formation réelle et n'acquiert pas de titre qui puisse lui servir ultérieurement ». Le difficile recrutement des infirmières s'explique par la faible rémunération mais surtout des conditions de travail souvent difficiles<sup>4</sup>. De nombreuses infirmières sont amenées à démissionner<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Courrier du garde des Sceaux à Edmond Hervé, secrétaire d'Etat chargé de la Santé, du 18 octobre 1983 (CAC. 19950151 Art.6. Archives de Jacques Roux, Directeur général de la santé : médecine pénitentiaire).

<sup>2</sup> Courrier d'Edmond Hervé à Robert Badinter, garde des Sceaux, du 17 novembre 1983 (CAC. 19950151 Art.6)

<sup>3</sup> BROYELLE Jean, AVRIL J., TCHERIATCHOUKINE Jean, *Rapport sur les problèmes de santé dans les établissements pénitentiaires*, Rapport IGAS, mai 1984, n°1984060, p.6

<sup>4</sup> Cf. Annexe 28 : « Entre surmenage et lassitude, portraits de trois infirmières pénitentiaires exerçant dans les années quatre-vingt ».

« Presque seule femme dans une population masculine, chargé d'une mission humanitaire, là où la finalité est la répression des fautes et la préoccupation majeure la sécurité, elle se sent souvent isolée, mal acceptée, mal comprise », relèvent les inspecteurs (p.122).

Constatant, en conclusion, que « mis à part quelques exemples, on tombe assez fréquemment au-dessous du minimum tolérable », le rapport propose une « banalisation des structures » afin de « réintégrer au maximum le dispositif dans les structures de soins banales » (p.131). L'idée d'une suppression des services de soin pénitentiaires, qui consisterait à « traiter intégralement les malades dans les établissements hospitaliers habituels », bien que considérée comme « la plus satisfaisante sur le plan de l'égalisation des soins », est qualifiée d'« utopique » du fait des problèmes de sécurité et de garde (p.132). Deux hypothèses sont alors proposées. La première, « la création d'établissements publics à l'image des établissements hospitaliers », est aussitôt écartée pour son coût et sa lourdeur. Le « rattachement des unités pénitentiaires à des hôpitaux publics existants dont elles constitueraient alors une annexe », deuxième hypothèse, bénéficie de la préférence des inspecteurs. Elle n'est cependant proposée qu'à des « unités de moyen séjour », telles que les « infirmeries » de Fresnes et des Baumettes, le terme hôpital leur étant désormais refusé, tandis que des conventions pourraient, d'autre part, être signées avec des hôpitaux pour les plus grands établissements afin d'avoir recours à du personnel hospitalier. Ce dispositif est en revanche exclu pour les prisons moins importantes, « où on peut se contenter d'une infrastructure plus limitée. Le recours à des médecins vacataires est de toute évidence la seule formule »<sup>2</sup> (p.146).

Au cours de leurs nombreuses visites, et de leurs différents rapports, les inspecteurs de l'IGAS ont pu comprendre le fonctionnement de la médecine pénitentiaire et en tirer quelques conclusions. Ils ont tout d'abord relevé les nombreuses atteintes à la déontologie médicale qu'implique la tutelle de l'Administration pénitentiaire. Outre les atteintes au secret médical, l'IGAS interroge le rôle pénitentiaire que sont parfois amenés à exercer les praticiens, notamment en cas de recours à la contention, pratique beaucoup moins fréquente qu'auparavant mais encore présente dans quelques établissements<sup>3</sup>. Si cette mesure est jugée « intolérable » par les inspecteurs, qui demandent sa suppression et proposent la mise en place de chambres capitonnées, c'est avant tout parce qu'elle « fait référence à une décision médicale »<sup>4</sup>. La surprise des inspecteurs n'est d'ailleurs pas tant liée à l'existence de cette

<sup>1</sup> 28 postes d'infirmières furent pourvus par concours de 1978 à 1979, contre 82 cessations de fonction, dont 55 par démission, au cours de la même période (FAVARD Jean, *Le Labyrinthe pénitentiaire*, op.cit., p.54).

<sup>2</sup> Souligné par nous.

<sup>3</sup> Cf. Chapitre 1, section 2-1 : « La dénonciation par les militants de la cause carcérale de la prise en charge médicale des détenus ».

<sup>4</sup> BROUELLE Jean, AVRIL J., TCHERIATCHOUKINE Jean, *Rapport sur les problèmes de santé*, op.cit., p.54.

pratique qu'au fait que les praticiens pénitentiaires semblent l'accepter : « Curieusement d'ailleurs, beaucoup de médecins ne sont pas choqués par la contention jugée comme une nécessité, alors qu'elle n'est rien d'autre qu'une absence de considération des individus ». Le fait que l'exercice en milieu pénitentiaire, « notamment s'il se prolonge, [puisse] avoir une influence néfaste et supprimer tout terme de référence à un autre système qu'il paraît essentiel de maintenir »<sup>1</sup>, est d'ailleurs présenté comme un argument important en faveur du « décroisonnement » des structures médicales pénitentiaires. En atteste une note adressée aux cabinets Santé et Justice par le Chef de l'IGAS :

*« De façon plus fondamentale doit être posé le rôle du médecin dans les établissements pénitentiaires. Trop souvent l'Administration de ces établissements s'abrite derrière une décision "médicale" qu'elle sollicite pour justifier des situations qu'elle décide elle-même : il en est ainsi de la mise en contention des détenus. C'est une mesure plus coercitive que médicale [...] Cet exemple souligne bien la signification du décroisonnement de la médecine pénitentiaire et doit nous conduire [...] à délimiter le rôle de cette médecine »<sup>2</sup>.*

Non rendu public, le rapport de synthèse de l'IGAS fut d'ailleurs commenté par la presse essentiellement autour de l'idée de décroisonnement. « Désenclaver la médecine », titre *La vie mutualiste* d'avril 1984 tandis que *Le Quotidien du médecin* voit dans les propositions de l'IGAS un moyen de « sortir la médecine pénitentiaire de son "ghetto" », en accordant notamment la « liberté pour le médecin d'exercer en milieu carcéral et le droit pour le prisonnier de bénéficier de la médecine "hors prison" ». « Surtout, il faudrait éviter une médecine qui ne traiterait que les détenus », déclare Michel Lucas<sup>3</sup>. « Il n'y a pas deux médecines : l'une pour la société civile, l'autre pour le monde carcéral », proclame la directrice de l'Administration pénitentiaire, qui voit dans l'organisation des CMPR « un excellent modèle pour la réorganisation de la médecine pénitentiaire »<sup>4</sup>.

Si cette politique de « décroisonnement » réalise un consensus au sein de l'espace public, elle se heurte en revanche à des divergences d'interprétation entre les ministères. Trois éléments conduisent à un blocage de la proposition de l'IGAS « que le service public hospitalier assure également les soins aux détenus », qui a pourtant reçu l'accord de la Direction des Hôpitaux<sup>5</sup>. En premier lieu, le ministère de la Santé conditionne la réalisation de conventions entre les hôpitaux et les prisons à une réorganisation du statut des personnels sanitaires et demande,

<sup>1</sup> *Ibidem*, p.138.

<sup>2</sup> LUCAS Michel, « Note relative à la médecine pénitentiaire », 15/12/1983, 5 pages (CAC. 19950151 Art.6).

<sup>3</sup> « Pour une médecine pénitentiaire plus libre », *Le Quotidien du médecin*, 13/02/1984.

<sup>4</sup> « Pour Myriam Ezratty, directrice de l'administration pénitentiaire : "Il n'y a pas deux médecines : l'une pour la société civile, l'autre pour le monde carcéral" », *Panorama du médecin*, 1984.

<sup>5</sup> Il est prévu une distinction entre « établissements d'une certaine importance » qui seraient dotés d'une « unité de soins médicaux » dans laquelle les soins seront assurés par du personnel doté du statut d'agent public : médecin directeur responsable de l'unité, personnel médical, para-médical et social ». Et, d'autre part, des établissements « de moindre importance » où le personnel médical serait vacataire et un personnel paramédical de statut public (DGS, « Note sur l'organisation de la médecine pénitentiaire », document non daté (CAC. 19950151 Art.6).

pour cela, « une étude approfondie en vue d'aboutir à la définition d'un statut unifié [...] L'étude doit envisager également les conditions de la participation du personnel pénitentiaire à l'organisation des soins, la formation à ces tâches et la reconnaissance d'une qualification »<sup>1</sup>.

Le ministère de la Justice ne semble d'ailleurs pas, en second lieu, disposé à se dessaisir du contrôle qu'il exerce sur les médecins. Si la DAP est très favorable au « décloisonnement », c'est notamment parce qu'elle y voit un moyen de résoudre les problèmes auxquels elle se trouve confrontée en matière d'hospitalisation des détenus. La signature de convention avec des établissements hospitaliers représente pour elle, en effet, l'opportunité d'assurer « l'accueil et le traitement par l'hôpital le plus proche, des détenus ne pouvant pas être soignés sur place, ni dirigés sur l'Hôpital des prisons de Fresnes »<sup>2</sup>. Mal acceptés par les services de police et les équipes hospitalières, les transferts de détenus seraient ainsi facilités par la mise en place, dans chaque région pénitentiaire, de services de sûreté comme ceux déjà existant à Bordeaux, Marseille et Paris. Le ministère de la Justice est en revanche plus réservé quant à la création d'« unités de soins médicaux », comme le propose l'IGAS, dont le médecin-chef et le personnel médical et paramédical disposeraient d'un statut hospitalier, échappant ainsi au contrôle de la DAP<sup>3</sup>.

Enfin, troisième source de blocage, le « décloisonnement » se heurte à un problème de crédits. La réforme du système de financement est d'ailleurs présentée par l'IGAS comme allant de pair avec la réforme de la protection sociale, au moins pour les détenus placés dans des établissements à vocation sanitaire comme Fresnes : « Il va de soi que la banalisation du dispositif ne va pas sans une banalisation des modes de financement et le retour au mode de protection sociale générale : Sécurité sociale pour certains, aide médicale pour d'autres »<sup>4</sup>. Si la transformation de Fresnes en établissement public hospitalier, vivement souhaitée par l'Administration pénitentiaire<sup>5</sup>, recueille l'assentiment de la Direction des Hôpitaux, elle se heurte cependant au refus de la Direction de la Sécurité sociale. C'est ce que constate en 1993 un bilan de la mise en œuvre des suggestions de l'IGAS : « Concernant le financement par la Sécurité sociale, un groupe de travail consacré à ce point fut institué mais n'aboutit pas, dans les années qui suivirent le rapport, sur une intégration des détenus dans le système de protection sociale de droit commun »<sup>6</sup>. C'est en raison d'une opposition de la DSS que

<sup>1</sup> DGS, « Note sur l'organisation de la médecine pénitentiaire », document non daté (CAC. 19950151 Art.6).

<sup>2</sup> DAP, « Note sur la prise en charge hospitalière des détenus », 2/04/1984, 10 pages (CAC. 19950151 Art.6).

<sup>3</sup> DGS, « Note sur l'organisation de la médecine pénitentiaire », document non daté (CAC. 19950151 Art.6).

<sup>4</sup> BROYELLE Jean, AVRIL J., TCHERIATCHOUKINE Jean, *Rapport sur les problèmes de santé*, op.cit., p.137.

<sup>5</sup> Courrier de Myriam Ezratty à Jacques Roux, DGS, du 11 avril 1984 (CAC. 19950151 Art.6).

<sup>6</sup> DAP, « Synthèse du rapport sur les problèmes de santé dans les établissements pénitentiaires », document ronéotypé de la bibliothèque DAP, 1993.

l'affiliation des détenus aurait été écartée<sup>1</sup>, si l'on en croit ce magistrat ayant représenté la DAP au sein de ce groupe de travail :

*« En 84-85, la volonté du ministère de la Justice, c'était d'aligner l'hôpital de Fresnes sur un hôpital lambda. Avec une seule spécificité, c'est que tous les malades étant détenus, il y avait la nécessité d'une sécurité... Et à l'époque la Sécurité sociale a dit niet. Je m'en rappelle, le directeur de la Sécurité sociale a dit niet. Ça pouvait paraître scandaleux. C'était une goutte d'eau l'Hôpital de Fresnes par rapport aux hôpitaux nationaux. Mais il y avait des gens comme ça... c'étaient des énarques : "Non, ça c'est nos budgets !" »<sup>2</sup>.*

La remarque finale de l'interviewé souligne une nouvelle fois la difficile collaboration entre hauts fonctionnaires n'appartenant pas au même corps. Magistrats de l'Administration pénitentiaire et administrateurs civils peinent à s'accorder. Par conséquent, « faute dans l'immédiat de pouvoir retenir la solution du financement par la Sécurité sociale dont le principe est loin d'être acquis et dont la négociation retarderait considérablement la réforme envisagée », le financement de la santé des détenus demeure à la charge du ministère de la Justice<sup>3</sup>.

Du fait de ces trois obstacles (problèmes statutaires et déontologiques, réticences de la DAP à déléguer la responsabilité des soins, difficultés budgétaires), les propositions de l'IGAS « ne furent que très partiellement mises en œuvre » : « Le recrutement, la gestion et la rémunération des personnels continuèrent à être assurés par l'Administration pénitentiaire. Le projet de comités de santé dans chaque établissement ne recueillit pas l'assentiment des principaux acteurs et ne fut pas mise en œuvre [...] Aucune politique d'évaluation ne fut véritablement mise en œuvre »<sup>4</sup>. Près d'un an après l'annonce par Robert Badinter du « découplage » des services de santé aux détenus, aucune transformation concrète n'a encore eu lieu : « Vous avez dit réforme de la médecine pénitentiaire ? [...] La médecine pénitentiaire aurait changé de tutelle, passant de la Justice à la Santé ? Il n'en est rien sur le terrain [...] La situation sanitaire carcérale reste toujours l'otage de l'Administration des prisons »<sup>5</sup>. Pourtant la réforme de l'Hôpital de Fresnes est en cours, notamment du fait de la présence du médecin-coordonateur Pierre Espinoza. Celui-ci avait été nommé en 1983 suite à la suppression du poste de Médecin-inspecteur<sup>6</sup>. Après plus d'un an passé à observer le

<sup>1</sup> La DSS s'oppose à l'application de la loi du 29 janvier 1975 prévoyant l'immatriculation de tous les détenus aux assurances maladie et maternité du régime général au nom de l'article D.380 du CPP qui prévoit la gratuité des soins prise en charge par la DAP. Interrogé sur cette question, le Conseil d'Etat confirme dans un avis du 10/06/1986 que cet article rend impossible la mise en œuvre de la réforme de 1975. Cet avis du Conseil d'Etat sera mis en avant par la DSS jusqu'à la réforme de 1994 qui modifiera l'article D.380 du CPP.

<sup>2</sup> Jacques, magistrat chargé de la réglementation sanitaire de 1982 à 1989. Entretien réalisé le 11/01/2008, 3H30.

<sup>3</sup> DAP, « Note sur la prise en charge hospitalière des détenus », 2/04/1984, 10 pages (CAC. 19950151 Art.6).

<sup>4</sup> DAP, « Synthèse du rapport sur les problèmes de santé... », document ronéotypé, bibliothèque DAP, 1993.

<sup>5</sup> « Médecine pénitentiaire : la réforme est toujours à venir », *Le Quotidien du médecin*, 24/10/1984.

<sup>6</sup> Interniste, gastro-entérologue et urgentiste à l'APHP, Pierre Espinoza exerce alors en tant que médecin généraliste remplaçant en banlieue parisienne. Faute d'être praticien hospitalier à l'APHP, il envisage d'ouvrir son cabinet en tant que gastro-entérologue avant d'accepter en 1983 le poste de médecin-coordonateur à l'Hôpital de Fresnes.

fonctionnement de la M.A de Fresnes où il exerce également, il décide d'alerter le ministère de la Justice sur l'urgence d'une réforme. Bien que convaincu qu'un transfert de tutelle devrait concerner l'ensemble de la médecine pénitentiaire, le Dr Espinoza ne propose alors que la réforme de l'Hôpital de Fresnes qui concentre de nombreux problèmes :

*« En septembre [1984], pendant trois jours, je m'enferme dans mon bureau et je rédige un rapport pour dire que tant qu'on envisage pas un statut à cette structure, ça n'irait pas ! [...] Ma vie quotidienne en tant que médecin était alors complètement invivable. Je me confrontais à toutes les difficultés institutionnelles de la prison hôpital. En un an j'ai compris à quel point c'était compliqué. Il fallait là vraiment un changement structurel [...] Entre trois ou quatre statuts d'infirmières très différents, des médecins pour la plupart à temps très partiel... J'ai par exemple réussi à faire arrêter de travailler un urologue qui était fou. Un beau matin, il vient me voir. Il était dans une déchéance physique majeure. Totalement alcoolisé ! [...] Il y en a un qui était chef de service en même temps à l'hôpital de Montfermeil ! Comment pouvait t-il en même temps être médecin à Fresnes et chef de service à Montfermeil ? Ben c'est simple, il arrivait le vendredi à 10h30 et il repartait à 11h30 et le reste du temps il n'était pas là. Le second médecin, il était davantage là mais il était incompetent... [...] Alors y avait des détenus qui avaient accès aux dossiers médicaux. Ils faisaient également la réception des courriers des détenus voulant voir un médecin [...] Dans le passé, il y avait eu des histoires. Il y avait un détenu qui avait posé une demande de grâce médicale en utilisant la copie d'un dossier médical d'un autre patient. De plus on interdisait au médecin, quand un détenu était extrait pour l'Hôpital, de donner le jour et l'heure. Sauf que c'était écrit dans les dossiers médicaux qui étaient dans les mains des détenus ! C'était aberrant ! [...] Des surveillants étaient bombardés du jour au lendemain infirmiers. C'était totalement illégal pour eux de faire des injections ou de distribuer des médicaments. C'était une multiplicité de dysfonctionnements [...] En plus, il n'y avait pas de secrétaire médical. Il y avait des surveillants avec des blouses blanches. Il y avait des détenus et moi je me suis demandé à un moment s'il fallait continuer à travailler dans ce système-là [...]*

*Le problème, c'est que le directeur de l'Hôpital de Fresnes a à la fois une casquette de directeur d'hôpital et de directeur de prison [...] En un an, j'ai compris à quel point c'était compliqué. Il fallait là vraiment un changement structurel ! J'ai écrit ce rapport que j'ai envoyé au directeur de l'Administration pénitentiaire et au garde des Sceaux [...] Le vrai problème était le changement de tutelle. La première fois que j'ai proposé dans un rapport la mise sous tutelle de l'Hôpital de Fresnes du ministère de la Santé, c'était à la fin des années 85. Ça s'est passé par un rapport qui est monté tout là-haut, là-haut. Je pensais la même chose pour la prison de Fresnes mais c'était beaucoup plus compliqué parce que les détenus dans la prison ne sont pas des malades. Sauf, qu'ils sont dix fois plus malades que la population générale. Il n'y avait pas de levier suffisamment fort à ce moment-là pour pouvoir enclencher un transfert de tutelle des infirmeries des prisons »<sup>1</sup>.*

Initialement prévu pour la réforme hospitalière du printemps 1984, le changement de statut des infirmeries de Fresnes et des Baumettes en établissement hospitalier ne prend forme que durant le second semestre 1984. Un projet de règlement intérieur est soumis à l'IGAS durant l'été 1984. Le ministre de la Justice profite, le 17 décembre, du débat sur les « diverses dispositions d'ordre social » pour intégrer au Sénat deux amendements visant au « décloisonnement de la médecine en milieu carcéral »<sup>2</sup>. L'article 66 de la loi du 3 janvier 1985, venant modifier la loi hospitalière du 31 décembre 1970, prévoit qu'« un ou plusieurs établissements d'hospitalisation publics peuvent être spécifiquement destinés à l'accueil des personnes incarcérées », tandis que l'article 67 permet au personnel paramédical déjà en place de prétendre au statut hospitalier. Le décret n°85-1392 du 27 décembre 1985 place enfin

<sup>1</sup> Pierre Espinoza, chef de service de l'Unité de soins intensifs de l'Hôpital de Fresnes de janvier 1983 à septembre 1991. Entretiens réalisés le 16/05/2006, le 31/05/2006 et le 22/04/2008. Durées : 1H45, 2H00 et 1H50.

<sup>2</sup> « Un vrai hôpital pour les détenus », *Libération*, 19/12/1984.

l'hôpital de Fresnes sous la double tutelle de la Chancellerie et du secrétariat d'Etat à la Santé, le transformant ainsi en établissement public d'hospitalisation des détenus. « Un petit pas, mais une première avancée vers l'intégration et la mise à niveau de la médecine carcérale dans le système "civil", géré par l'Assistance publique », commente *La Croix* en février 1986, à l'occasion de l'inauguration de l'Hôpital : « Pour formelle qu'elle soit, la cérémonie symbolise l'une des dernières grandes réformes de Badinter (loi du 3 janvier 1985) qui vise à intégrer la médecine pénitentiaire dans le système hospitalier général » (*LM*, 21/02/1986). « Notre ambition est d'assurer la même qualité de soin que dans un hôpital général », déclare le Dr Espinoza présentant le nouvel équipement (laboratoire d'analyses, salle de radiologie, bloc opératoire, service d'hémodialyse) et les nouvelles instances réglementaires (conseil d'administration, commission médicale d'établissement, etc). Les conditions dans lesquelles cette réforme fut adoptée, racontées ici par la directrice de l'Administration pénitentiaire, contrastent pourtant fortement avec la volonté de réforme affichée alors par le ministère de la Justice :

*« Alors la Santé encore ne disait trop rien. Ils n'étaient pas ravis mais enfin ils ne disaient trop rien. Mais c'étaient les Finances qui ne voulaient pas qu'on crée une nouvelle catégorie d'établissement public. Alors le cabinet était intervenu. On avait préparé un texte pour mettre dans un wagon de ces mesures que le conseil constitutionnel ne veut plus, vous savez les petits ajouts dans les lois. Il fallait accrocher ce paragraphe dans une loi de santé publique, une des lois sociales. Alors ça commençait très mal car les Finances sont quand même plus robustes que la Justice et la Santé. Et le texte était très long... On avait été débarqué à l'Assemblée nationale et le Sénat adorait à l'époque les séances de nuit parce que c'était payé double. Je reçois un coup de fil. On me dit : "Le texte passe ce soir, probablement après 20 heures". Moi, j'avais été au concert avec ma famille, je les avais mis au perchoir et le texte est passé vers minuit ou une heure du matin. Il n'y avait personne des Finances, on était tout seul. Je passe ma fiche et le matin, je vous dis pas, ils étaient furax les Finances... Mais c'était passé. Le problème, c'est que ce sont des petites choses et ça arrive souvent quand on présente un texte qu'on perde des choses. Mais il est passé. Je ne sais pas du tout ce qui se serait passé si les Finances avaient envoyé quelqu'un... »<sup>1</sup>.*

Au-delà de cette apparente « normalisation », l'organisation des soins en prisons demeure frappée de nombreuses contraintes pénitentiaires comme en témoigne l'Hôpital de Fresnes. « Avant d'être un centre médical, l'hôpital de Fresnes est d'abord une prison » souligne *La Croix* tandis que *Le Monde* observe que « l'hôpital de Fresnes [...] se veut hôpital, mais reste avant tout prison ». L'hôpital de Fresnes n'échappe en effet pas à la tutelle pénitentiaire, le décret du 27 décembre 1985 considérant que l'« établissement [est] considéré comme un établissement pénitentiaire ». Son directeur est, certes, nommé par les ministères de la Justice et de la Santé mais il s'agit d'un fonctionnaire de l'Administration pénitentiaire. La commission médico-administrative est, d'autre part, présidée par le directeur de l'Administration pénitentiaire<sup>2</sup>. Interrogée sur ce mode de fonctionnement particulier, la directrice de l'Administration pénitentiaire s'étonne : « Il faut être réaliste. Evidemment, on

<sup>1</sup> Myriam Ezratty, magistrate et directrice de la DAP d'avril 1983 à juillet 1986. Entretien le 8/02/2008, 3H30.

<sup>2</sup> REYNES, GREGOIRE, TCHERIATCHOUKINE, *Note concernant les règlements intérieurs des Hôpitaux des prisons de FRESNES et des BAUMETTES de MARSEILLE*, Rapport IGAS, septembre 1984, n°19840124, 12p.



peut dire "Fresnes est un hôpital comme un autre", mais c'est impossible. C'est pour ça que le statut était tout à fait spécial »<sup>1</sup>.

La forte publicité consacrée aux premiers rapports de l'IGAS traduit la légitimation dont en attend le ministère de la Justice. En favorisant l'émergence d'un consensus autour de la définition de la politique sanitaire en prison, l'IGAS semble avoir contribué à faire taire le « scandale » de la médecine pénitentiaire. Rares sont d'ailleurs les articles de presse critiques à ce sujet à partir de 1986. Pourtant, tout en légitimant au sein de l'espace public le ministère de la Justice, les contrôles effectués par les services de la Santé contribuent à la mise à l'agenda administratif d'une réforme de la médecine pénitentiaire en soulignant son état critique. En ouvrant les portes des prisons aux inspecteurs de santé publique, le Conseiller technique du garde des Sceaux espérait peut-être, comme le suggère ce magistrat, développer un intérêt et une préoccupation au sein du ministère de la Santé pour la question carcérale, pouvant à terme déboucher sur une réforme de plus grande envergure :

*« Je pense qu'il y avait à l'époque une arrière-pensée un peu politique [...] Sur le plan pratique, l'objectif c'était de faire apparaître les incohérences. Mais quand vous faites apparaître ces incohérences, vous devez être en mesure de dire : "On a les moyens pour y remédier !". Mais ces moyens, on savait bien qu'on n'allait pas les avoir comme ça du jour au lendemain ! Alors l'arrière pensée je crois de Jean Favard, c'est qu'il espérait qu'au bout d'un certain temps... et il y avait cette idée au ministère de la Justice, qu'elle soit tacite ou explicite... c'était de passer le relais de la gestion au ministère de la Santé »<sup>2</sup>.*

L'extension du contrôle aux services déconcentrés de la Santé ou la création d'un comité de coordination interministérielle en matière de prise en charge médicale des détenus participent de cette stratégie. Jusque-là non questionnées, les spécificités carcérales se trouvent soudainement mises à l'épreuve aux normes prévalant à l'extérieur après le transfert de l'inspection médicale aux services déconcentrés du ministère de la Santé.

## ***2. Surveiller et conseiller : l'organisation des soins en prison sous le regard des médecins inspecteurs de santé publique***

En transférant le contrôle de la médecine pénitentiaire à l'IGAS, le ministère de la Justice souhaitait mettre fin à l'inspection interne, considérée comme ambiguë. Bien que symbolique, cette mesure eut de nombreuses répercussions sur les services de santé pénitentiaires, et ce au niveau local par le biais des Directions départementales et régionales des affaires sanitaires et sociales (DDASS et DRASS) chargées, par décret du 30 janvier 1984, « de veiller au respect des règles se rapportant à la santé et à l'hygiène dans les

<sup>1</sup> Myriam Ezratty, magistrate et directrice de la DAP d'avril 1983 à juillet 1986. Entretien le 8/02/2008, 3H30.

<sup>2</sup> Jacques, magistrat chargé de la réglementation sanitaire de 1982 à 1989. Entretien réalisé le 11/01/2008, 3H30.

prisons »<sup>1</sup>. Les médecins inspecteurs de santé publique (MISP)<sup>2</sup> doivent ainsi dès 1985 effectuer une visite annuelle et en rendre compte dans un rapport remis à la DGS, à l'IGAS ainsi qu'à la DRSP.

L'acceptation de cette nouvelle mission est rendue possible par le bouleversement du secteur d'action des DDASS qui s'opère au début des années quatre-vingt. Dans le cadre des lois de décentralisation, plusieurs activités « à forte valeur identitaire », telles la protection maternelle et infantile et l'aide sociale à l'enfance, sont transférées aux Conseils généraux<sup>3</sup>. Ce transfert a facilité l'acceptation de cette nouvelle mission de contrôle sanitaire, comme le relate un magistrat chargé des questions de santé à la DAP : « Les DDASS ayant vu leurs missions restreintes étaient bien contents de retrouver des compétences supplémentaires avec la surveillance sanitaire des prisons »<sup>4</sup>. Cette réorganisation rend pourtant en même temps plus difficile la bonne mise en œuvre de ces contrôles. Les DDASS ayant perdu environ les deux tiers de leurs moyens humains et matériels, la mission en matière pénitentiaire est très marginale dans le travail des MISP. A l'exception de quelques médecins inspecteurs, beaucoup lui accordent une moindre attention, peu de DDASS réalisant par exemple un rapport annuel. Ainsi, quatre-vingt-cinq rapports (concernant cent quarante-deux établissements) sont transmis en 1985, cinquante-six en 1986 (pour quatre-vingt-huit prisons), trente-deux en 1987 (pour quarante et une prisons)<sup>5</sup>. En juin 1990, seuls douze MISP rendent un rapport, justifiant un rappel des autres départements par la DGS<sup>6</sup>. Cette diminution doit cependant être relativisée par le fait que, comme le remarque la responsable du Bureau de l'organisation des soins à la DGS, Marie-Joëlle Cano, « les départements qui n'ont pas transmis de rapport en 1985, ou en 1986, ou en 1987 ne sont pas les mêmes, ce qui signifie qu'une inspection a eu lieu dans presque tous les départements au moins une année sur deux »<sup>7</sup>. Seuls cinq départements, dont Paris, n'avaient en 1988 remis aucun rapport d'inspection depuis 1985.

Ces visites sont l'occasion pour beaucoup de MISP, et avec eux la DGS dont ils relèvent, de découvrir pour la première fois la réalité carcérale et sa médecine. A un médecin inspecteur s'étonnant des conditions de rémunération des chirurgiens-dentistes et par conséquent de la

<sup>1</sup> Le décret du 30/01/1984 est complété par la circulaire D.G.S. /3A/390 du 30 août 1984 relative au contrôle exercé par les services extérieurs du ministère chargé de la santé dans les établissements pénitentiaires.

<sup>2</sup> On distingue le « Médecin-inspecteur », poste anciennement occupé par Solange Troisier et dépendant de la DAP, du « médecin inspecteur » de santé publique des services du ministère de la Santé.

<sup>3</sup> RAIMONDEAU Jacques, BRECHAT Pierre-Henri, « 100 ans d'une histoire des médecins inspecteurs de santé publique », *Actualité et dossiers en santé publique*, n°41, 12/2002, pp.67-71.

<sup>4</sup> Jacques, magistrat chargé à la DAP de la réglementation sanitaire de 1982 à 1989. Entretien réalisé le 11/01/2008, 3H30.

<sup>5</sup> Compte-rendu de la session d'information du 10 décembre 1987 « Soins et hygiène en milieu carcéral », 24 pages ronéotypée. Archives internes DGS.

<sup>6</sup> Document manuscrit interne DGS. Archives internes DGS.

<sup>7</sup> Compte-rendu de la session d'information du 10 décembre 1987 « Soins et... ». Archives internes DGS.

difficulté à en recruter, la DGS répond que « renseignement pris auprès du ministère de la Justice, il s'avère que ces difficultés sont générales à tous les établissements pénitentiaires »<sup>1</sup>. Le cas de ce médecin inspecteur, ayant joué par la suite un rôle important dans la réforme de la médecine pénitentiaire, est exemplaire de l'importance de ces premiers contacts avec le monde carcéral :

*« J'étais en poste dans le Haut-Rhin de 80 à 86 et j'ai bien en tête l'établissement pénitentiaire de Colmar, qui se trouvait dans le centre de la ville, avec des petites ruelles [...] Les relations avec le directeur de la prison n'étaient pas vraiment faciles. Elles étaient même franchement difficiles en ce sens que lorsque je venais suite à une plainte, le directeur me faisait goûter le plateau des détenus... C'était une sorte de brimade ! Et le médecin qui était en poste faisait vraiment mal son travail. Il avait un certain nombre de vacations, mais il ne les remplissait pas toutes. Et puis c'était complètement déconnecté. Ils ne baignaient pas du tout dans un réseau de soins. Donc, voilà ! C'était fait par un médecin de médecine pénitentiaire. Enfin, un médecin libéral qui venait quand il voulait... Et puis du personnel qui n'était pas qualifié. C'était du personnel pénitentiaire qui était lié d'une certaine façon au directeur de la prison. Et ça, ça m'a vraiment sensibilisée aux problèmes de la médecine pénitentiaire »<sup>2</sup>.*

Bien qu'irrégulières, les inspections des MISP permettent d'apporter un regard neuf sur les services de soin aux détenus, longtemps évalués à l'aune des seuls critères pénitentiaires. Dans ses inspections, Solange Troisier était ainsi plus soucieuse du nombre d'hospitalisations extérieures, couteuses et problématiques pour des raisons de garde, que de la bonne organisation des soins. Désormais, les prisons sont considérées au regard des règles d'hygiène imposées à l'ensemble des établissements collectifs. En témoignent les commentaires établis par la DGS à partir des rapports des MISP : « Les médecins inspecteurs notent souvent les difficultés de respecter les normes d'hygiène dans des locaux aussi vétustes. Certains proposent leur désaffectation [...] Dans la Région parisienne, il n'est pas rare de loger quatre détenus dans des cellules de 7m<sup>2</sup>. Le médecin inspecteur de Créteil note les conséquences, sur la santé mentale des détenus, du surpeuplement [...] Dans une Maison d'arrêt, la tuyauterie est en plomb ce qui cause un risque de saturnisme pour les détenus qui boivent l'eau du robinet »<sup>3</sup>. Mais surtout les MISP évaluent sans concessions les conditions dans lesquels sont soignés les détenus. Leurs rapports sont ainsi souvent critiques à l'égard du personnel sanitaire. C'est notamment le cas de cette inspection qui propose le remplacement d'un médecin travaillant depuis 1960 en M.A après avoir restitué les nombreux dysfonctionnements qui lui sont imputables :

*« La pièce appelée infirmerie ne permet pas d'avoir une activité correcte : elle est insalubre (très mal éclairée) [...] Elle sert de salle de repos aux gardiens de jour comme de nuit [...] La table d'examen sert d'entrepôt (casiers de médicaments, habits de détenus qui sont au "mitard") et de toute façon ne pourrait permettre décemment d'examiner un détenu [...] Un casier fermé à clef ; cette clef était*

<sup>1</sup> Courrier de la Sous direction de l'organisation des soins (Bureau 3A) de la DGS au MISP de Haute-Marne daté du 25/09/1985. Archives internes DGS.

<sup>2</sup> Danièle Fuchs, MISP, chargée de mission à la Direction des Hôpitaux de 1987 à 1991, membre du rapport du Haut comité à la santé publique. Entretien réalisé le 24/05/2006 à Paris, 1H45.

<sup>3</sup> DGS, « Note sur le contrôle exercé par les médecins inspecteurs de la santé dans les établissements pénitentiaires pour l'année 1985 », document dactylographié, 5 pages, 8/08/1986. Archives internes DGS.

*jusqu'à ma visite en possession des personnes de l'administration (et en particulier des gardiens) en non en possession de l'infirmière. Il contient notamment du : Théralène, Nozinan, Haldol, des antibiotiques [...] La visite a lieu une fois par semaine : 30 à 40 détenus vus dans l'heure, elle se fait toujours porte ouverte, en présence d'un gardien, les détenus attendent les uns derrière les autres [...] Tous les détenus qui demandent à voir le médecin "défilent" devant lui au même rythme que les entrants [moins d'une minute par personne]. Généralement des détenus ont une demande précise de médicament : on accède très facilement à cette demande pour "avoir la paix" »<sup>1</sup>.*

Porteurs de normes distinctes de celles du ministère de la Justice, les MISP permettent au fur et à mesure de leurs visites d'améliorer les conditions sanitaires, notamment au niveau de l'hygiène. Dans son rapport annuel un inspecteur remarque ainsi que « les mesures prises l'an passé visant à améliorer l'hygiène générale de l'établissement sont maintenues, ce qui permet d'éviter depuis toute nouvelle prolifération de rats »<sup>2</sup>. Beaucoup de MISP semblent d'ailleurs privilégier le contrôle des conditions sanitaires plutôt que la qualité des soins, ce que confirme cette infirmière interrogée au sujet des contrôles de la DDASS : « Y avait souvent une dame qui venait visiter et qui me demandait tous les combien les couvertures étaient lavées. Mais on les passait de l'un [détenu] à l'autre ! Y avait pas une hygiène terrible, hein ! On... on pouvait pas faire grand chose ! [...] Elle [MISP] était toujours... très mécontente ! Et je la comprends. C'était par rapport à l'hygiène surtout... »<sup>3</sup>.

Au-delà des particularismes de leur formation, si certains inspecteurs privilégient le contrôle de l'hygiène, c'est peut-être parce qu'il est délicat pour eux de remettre en cause la qualité des soins, sans que cela soit vécu par les praticiens en question comme une atteinte à leur autonomie professionnelle. En atteste la différence avec laquelle la visite des MISP est vécue par les infirmiers et les médecins pénitentiaires. Ces contrôles sont souvent perçus par le personnel paramédical comme l'opportunité de faire valoir leurs difficultés. Se déclarant « ravie » de la mission confiée aux DDASS, une infirmière de M.A affirme s'être toujours « bien entendue » avec les différents MISP<sup>4</sup>. Leurs rapports soulignent d'ailleurs parfois la difficulté pour certaines infirmières à assumer leur fonction<sup>5</sup>. C'est ainsi que cet infirmier, déclarant avoir souffert de solitude dans la M.A où il était seul, estime que leurs visites ont permis une meilleure prise en compte de certains problèmes : « De temps en temps, ils venaient et on leur faisait part de nos difficultés parce qu'il y avait quand même des choses

<sup>1</sup> Rapport du MISP des Landes sur la M.A de Mont de Marsan daté du 5/08/1985, 9 pages (CAC. 19940511. Art.97).

<sup>2</sup> DDASS Moselle, « Rapport d'inspection du Médecin inspecteur de la santé », 6/08/1990. Archives DGS.

<sup>3</sup> Anne, infirmière Croix-Rouge à la M.A de Pontoise de 1980 à 1990. Entretien réalisé le 5/01/2006, 2H.

<sup>4</sup> Yvette, infirmière-chef de la M.A de Bois d'Arcy de 1980 à 1998 et ayant participé au Comité Santé /Justice de 1984 à 1988. Entretiens réalisés le 31/04 et le 4/05/2006, 3H et 3H.

<sup>5</sup> Dans son rapport un MISP constate ainsi que l'établissement accueillant 100 détenus ne dispose que d'une infirmière sur les 4 postes théoriques (Rapport d'inspection du Médecin inspecteur de la santé relatif à la M.A de Metz, 6/08/1990, 3 pages. Archives internes DGS). Le rapport fut suivi d'un courrier de la DGS demandant à la DAP de trouver une solution à « cette situation de pénurie gravement préjudiciable » (Lettre de la DGS au Bureau GB3 de la DAP datée du 18/09/1990. Archives internes DGS).

qui n'étaient pas normales. Et ce qui fait que petit à petit, ils se sont penchés sur nos difficultés »<sup>1</sup>.

Toute autre semble être la relation entre les services d'inspection du ministère de la Santé et les médecins pénitentiaires, qui souvent ne se rencontrent pas, hormis en cas de plainte d'un détenu. En atteste le cas de ce généraliste n'ayant jamais rencontré la MISP en plus de six ans : « Oui, y avait un médecin de la DDASS qui venait de temps en temps. Elle venait une ou deux fois par an voir si les dossiers étaient bien tenus. Je ne la voyais jamais »<sup>2</sup>. L'intervention des MISP est néanmoins vécue par certains médecins, comme ce praticien souvent en conflit avec la direction de l'établissement, comme une ressource spécifique à l'égard de l'Administration : « Quand j'avais une difficulté, c'est elle que j'appelais en disant SOS »<sup>3</sup>. C'est peut-être parce que le contrôle des MISP apparaît intrusif que certains praticiens regrettent la suppression du poste de Médecin-inspecteur. Ce généraliste travaillant depuis le début des années soixante à Clairvaux considère par exemple que cette réforme s'est traduite par la perte d'un correspondant direct à l'Administration centrale et par un plus grand isolement du praticien :

*« Auparavant un Médecin Inspecteur de l'Administration Pénitentiaire exerçait une tutelle peu contraignante et positive dans ses effets ; placé auprès du Directeur Général, il connaissait parfaitement les rouages administratifs et plutôt que d'un contrôleur, jouait le rôle d'un conseiller, souvent amical, sachant désamorcer les conflits entre institution et médecin, défendant le point de vue de ce dernier, aidant en véritable consultant aux choix difficiles (grèves de la faim sévères, propositions de grâce médicale, etc...). Il n'en est plus ainsi du médecin inspecteur de la Santé : ignorant tout de l'Administration Pénitentiaire, peu rompu aux problèmes carcéraux, sa tutelle s'exerce avec une grande discrétion et sans aucune efficacité. Cette réforme, supprimant l'inspection Médicale des prisons dans le but louable de mieux garantir l'indépendance du médecin, n'eut pas l'effet escompté, ce dernier se trouvant désormais seul confronté à des impératifs non médicaux et à l'autorité administrative »<sup>4</sup>.*

Outre le faible poids qu'ont les MISP auprès des autorités pénitentiaires, les propos de ce praticien soulignent que le contrôle des DDASS est souvent perçu comme une source d'ennui pour les médecins pénitentiaires, effrayés par le contrôle de leur activité. Un praticien exerçant depuis 1969 en milieu carcéral fait part ainsi à son directeur régional « du malaise qui s'est installé dans ma fonction, et, renseignements pris, dans celle aussi de tous les médecins généralistes de la Région pénitentiaire » lié à une « sourde révolution qui se manifeste insidieusement au sein de la médecine pénitentiaire par l'introduction de personnels de la DASS. Il s'agit là d'un partage de l'autorité de tutelle, une perte de votre pouvoir – et de mon pouvoir médical »<sup>5</sup>. Ce praticien entend protester notamment contre la mise en place de

<sup>1</sup> Florent, infirmier à la M.A de Caen de 1988 à 1995. Entretien réalisé le 25/01/2007, 1H20.

<sup>2</sup> Claude, généraliste à la M.A de Pontoise de 1979 à 1991. Entretien réalisé le 12/01/2006, 1H10.

<sup>3</sup> Françoise, généraliste à Bois d'Arcy de 1986 puis à Fleury-Mérogis depuis 1996. Entretien le 13/01/2006, 3 H.

<sup>4</sup> MASSON Bernard, « La santé en prison. Médecin de prison », *Médecine de l'homme*, n°188, 07-08/1990, pp.7-9.

<sup>5</sup> Lettre manuscrite du médecin de la M.A de Loos au DRSP de Lille datée du 11/11/1986, trois pages (CAC. 199405111. Art 90).

nouveaux dossiers médicaux « qui, sous des apparences innocentes, a pour but de contrôler et de surveiller le service médical et ses prescriptions. Pourquoi tant d'inquisition ! Tant de paperasserie ! Pourquoi ne pas faire confiance en l'homme ! ». Quelques mois plus tard, ce même médecin justifie sa démission par le contrôle de la DDASS considéré comme illégitime :

*« Je ne peux accepter la mainmise sur la Médecine pénitentiaire de la DDASS qui, d'après la direction régionale aurait plus une mission d'assistance menée par des professionnels de la santé qu'une mission de contrôle. Qu'il y ait contrôle, je veux bien. Mais j'estime que mon ancienneté et l'obtention du diplôme [de médecine pénitentiaire] sont des facteurs qui me paraissent suffisamment éloquents face à des médecins parachutés en milieu carcéral et j'estime pouvoir me passer de leur assistance ».*

L'hostilité parfois exprimée à l'égard des MISP tient peut-être à la mission de traitement des plaintes qui leur est désormais impartie<sup>1</sup>. Saisi par un détenu ou un membre de sa famille, l'IGAS enjoint, selon la procédure, le médecin inspecteur départemental de procéder à une enquête en consultant le dossier médical du patient mais surtout en rencontrant ce dernier. Au vu du rapport du MISP, quelques fois après un long délai comme en témoignent les nombreuses lettres de rappel envoyées aux DDASS<sup>2</sup>, l'IGAS estime si la prise en charge médicale est suffisante ou si une intervention est nécessaire. Le ministère de la Santé est largement sollicité, ce dont atteste l'évolution du nombre de plaintes<sup>3</sup>. Le plus souvent, celles-ci sont relatives à l'insuffisance des soins, notamment dentaires. Un détenu de la M.A d'Ensisheim critique, par exemple, le « refus qui serait opposé à [sa] demande de transfert au Centre hospitalier de Mulhouse afin d'y subir des examens médicaux »<sup>4</sup>. Le rôle imparti à l'IGAS est néanmoins délicat puisqu'il lui faut déterminer la frontière entre ce qui relève du médical et du pénitentiaire. A un plaignant demandant une permission de sortie en raison de sa condition médicale, le Chef de l'IGAS, Michel Lucas, déclare ne pouvoir se prononcer sur les « conséquences de l'état de santé d'un détenu sur la détention elle-même »<sup>5</sup>.

Si, comme le remarque un membre de l'IGAS, les plaintes des détenus ne sont pas souvent fondées, elles permettent néanmoins de recueillir des informations susceptibles d'améliorer leur prise en charge médicale<sup>6</sup>. Suite aux rapports de plusieurs MISP, l'IGAS attire ainsi l'attention de la DAP « sur le problème posé par les délais de réalisation des prothèses dentaires par le service spécialisé des prisons de Fresnes »<sup>7</sup> ou encore sur l'absence de

<sup>1</sup> Cette analyse repose sur les minutiers chronologiques de l'IGAS regroupant essentiellement le suivi des plaintes transmises entre 1986 et 1991 (CAC. 19950229. Art.1-2 : IGAS Minutiers chronologiques)

<sup>2</sup> Dans une lettre du 17/11/1987 adressée à une DDASS, Michel Lucas regrette « qu'il a été nécessaire d'adresser trois rappels (dont un téléphonique) pour obtenir un compte-rendu d'enquête » (CAC. 19950229. Art.1)

<sup>3</sup> 17 plaintes en 1983, 78 en 1984, 248 en 1985, 171 en 1986, 266 en 1987 (REYNES, « Les plaintes des détenus » dans « Soins et hygiène en milieu carcéral », *op.cit.*, p.11. Archives internes DGS).

<sup>4</sup> Lettre du Chef de l'IGAS, Michel Lucas, du 9/04/1986 (CAC. 19950229. Art.1).

<sup>5</sup> Lettre du Chef de l'IGAS, Michel Lucas, à un détenu plaignant, le 17/04/1986 (CAC. 19950229. Art.1).

<sup>6</sup> REYNES, « Les plaintes des détenus » dans « Soins et hygiène en milieu carcéral », *op.cit.*, p.12.

<sup>7</sup> Lettre du Chef de l'IGAS, Michel Lucas, à Jean-Pierre Dinthillac datée du 6/11/1986 (CAC. 19950229. Art.1).

structures adaptées à la prise en charge de « femmes présentant des troubles mentaux graves » à la prison de Montluc à Lyon<sup>1</sup>. A l'occasion du décès d'un détenu, un rapport de l'IGAS souligne les défauts d'organisation d'un établissement où les deux infirmières étant en congé, l'une en maladie et l'autre en maternité, « les deux surveillants (sans qualification particulière) assuraient donc seuls le service de l'infirmerie »<sup>2</sup>. En outre, « les médecins généralistes, en fonction l'un depuis 1973 et l'autre depuis 1975, ne se sont rencontrés pour la première fois que lors de la venue de la Mission IGAS ».

L'intrusion des médecins inspecteurs dans un système d'organisation des soins jusque-là limité aux seuls personnels pénitentiaires aboutit parfois à relever des dysfonctionnements sans lien avec la plainte initiale. Saisi par un détenu de Fleury-Mérogis ayant protesté de ne pas recevoir les soins appropriés, le MISP remarque que ce dernier souffre d'une « sérologie très positive au virus Lav » non détecté et dont le médecin-chef de l'établissement est aussitôt informé<sup>3</sup>. Un autre MISP remarque suite à la visite de la MC d'Yzeure que le détenu plaignant est « correctement pris en charge médicalement » mais qu'« il y a un problème important de prise en charge des pathologies psychotiques dans ces établissements », auquel le Chef de l'IGAS lui demande de remédier<sup>4</sup>.

Dans de rares occasions, le contrôle du MISP aboutit à la remise en cause du traitement prescrit par le médecin de l'établissement. En témoigne cet échange de courriers entre un médecin de l'Hôpital de Fresnes et le MISP du Val-de-Marne<sup>5</sup>. Au sujet d'un détenu s'étant plaint de sa mauvaise prise en charge médicale, le médecin inspecteur regrette « l'insuffisance d'informations » de son dossier médical et demande au médecin pénitentiaire de « veiller à la tenue régulière des observations et à la réalisation d'examens » avant de s'interroger sur le traitement appliqué au détenu. Dans sa réponse, le praticien mis en cause conteste l'avis du MISP avant d'ajouter : « Jusqu'à preuve du contraire, je pense être aussi crédible que [le détenu] ». Le médecin en question émet une réclamation auprès de l'IGAS accusant le MISP d'avoir « émis des allégations fausses ou outrageantes ».

Les critiques émises par les médecins inspecteurs semblent d'autant plus mal vécues par les praticiens, qu'elles renvoient souvent aux difficultés auxquelles ces derniers sont confrontés. En atteste la réponse d'un dentiste, se voyant reproché des délais trop longs, à un MISP : « L'effectif en janvier 1981 était de 368 détenus en moyenne et il est actuellement [en 1983] aux environs de 636 détenus. Je n'ai toujours que deux bras. Pour vos informer des

<sup>1</sup> Lettre du Chef de l'IGAS, Michel Lucas, au DAP, Arsène Lux, datée du 10/09/1986 (CAC. 19950229. Art.1).

<sup>2</sup> REYNES, TALON, *Conditions de décès d'un détenu au centre de détention de Caen*, 01/1986 (Dossier C3 Inspection médicales. Archives internes DAP).

<sup>3</sup> Lettre du chef de l'IGAS au médecin-chef de Fleury-Mérogis datée du 2/09/1986 (CAC. 19950229. Art.1).

<sup>4</sup> Note du MISP de l'Allier au Chef de l'IGAS, Michel Lucas, datée du 27/08/1986 (CAC. 19950229. Art.1).

<sup>5</sup> Lettres s'échelonnant entre le 1/06/1988 et le 17/04/1989 (CAC. 19950229. Art.2. IGAS).

suggestions que j'envisage pour remédier à cette situation, je vous informe que je remets ce jour ma lettre de démission du poste de chirurgien dentiste de la Maison d'arrêt »<sup>1</sup>. Plusieurs praticiens reprochent aux services d'inspection du ministère de la Santé de ne pas être assez en lien avec les difficultés du milieu pénitentiaire. Le médecin-chef de Fleury-Mérogis regrette, lors d'une interview, l'impossibilité qui leur est faite de répondre aux exigences du ministère de la Santé : « Le rapport fait il y a deux ans ne correspondait pas à la réalité carcérale : ses critiques ne tenaient pas compte de nos difficultés. Ses solutions étaient impossibles à réaliser »<sup>2</sup>. Habitué aux procédures et aux conventions hospitalières, les services du ministère de la Santé tenteraient de transposer des normes considérées comme « inadaptées » au milieu carcéral :

*« Quelles vous imaginez-vous être les missions des médecins de l'IGAS ? [...] Parce que si ça fait partie de leur attribution qu'il y ait bien deux clefs du placard à toxique... [ton très ironique] Je me rappelle d'une inspection, enfin d'un audit ! Ils m'avaient cherché des poux dans la tête parce que les dossiers médicaux sont des chemises de carton bleu. Et ces chemises de carton bleu étaient celles de l'Assistance publique »<sup>3</sup>*

*« J'ai tellement pensé au départ que c'était [le médecin inspecteur] un sinistre connard et un incapable qui avait réussi les concours ou qu'on avait placé là pour ça ! Dans son attitude... A un moment il demande à visiter le quartier des femmes. Les femmes étaient sur la PHB. Alors, je sais pas, mais un médecin inspecteur de l'IGAS qui vient visiter des malades peut demander à voir l'infirmière ou des choses comme ça... La seule chose qu'il a demandée, c'est si à l'entrée on leur avait distribué des serviettes hygiéniques ! Ce qui est un peu cocasse... »<sup>4</sup>*

Outre la dimension méticuleuse ou bureaucratique de ces inspections, ces exemples traduisent la difficulté pour des médecins libéraux, peu habitués au contrôle de leur activité, à accepter de nouvelles normes professionnelles. C'est ainsi que l'ancien médecin-chef des Baumettes décrit la décision de l'IGAS de faire fermer le bloc opératoire de l'établissement comme « irresponsable ». La fermeture de cet équipement, qui contrevenait pourtant à de nombreuses normes hospitalières, est vécue comme un acte de mépris à l'égard des contraintes économiques imposées aux praticiens par le ministère de la Justice :

*« A l'époque, le médecin-chef qui était Solange Troisier avait à l'esprit, et je pense que c'était logique, puisque les détenus étaient complètement pris en charge par l'Administration pénitentiaire. Elle avait à l'esprit l'économie ! Comme toujours hein ! [Rires] Economies signifiaient en pratique de soigner le maximum... de soigner les gens en prison et d'éviter de recourir aux services extérieurs [...] On avait un bloc opératoire qui était performant, on avait fait venir des chirurgiens et des spécialistes qui étaient reconnus. On avait une radiologie avec un radiologue compétent... Et on a même fait des hernies discales hein ! [...] On n'a jamais eu de problèmes. Et je sais pas comment c'est arrivé, si il y avait eu une plainte ou quoi, mais tout d'un coup on a eu une inspection de l'IGAS. Bon à l'époque, il y avait dû y avoir je sais pas trop quoi<sup>5</sup>. Donc l'IGAS a débarqué et a examiné tout le fonctionnement. Et en gros le problème, c'est que nous n'avions pas de salle de réveil ! [Prend un ton ironique] Ah, ah ! Très très gros problème ! On avait donc le bloc opératoire, on avait donc trois ou quatre cellules, du personnel infirmier réservé uniquement à la chirurgie... mais, très très grave, pas de salle de réveil ! Or, c'est vrai qu'à l'époque les salles de réveil étaient obligatoires dans tout*

<sup>1</sup> Lettre du dentiste de la M.A d'Amiens au MISP Picardie datée du 21/12/1987 (CAC. 199405111. Art.90).

<sup>2</sup> « Fleury-Mérogis, un interne de garde de nuit pour 4.600 détenus », *Le Matin*, 16/07/1985.

<sup>3</sup> Hervé, médecin O.R.L à l'Hôpital de Fresnes de 1981 à 2004. Entretien réalisé le 13/02/2006. Durée : 2h25.

<sup>4</sup> Bernard, médecin aux Baumettes de 1975 à 1985. Entretien réalisé le 22/02/2006, 2H20.

<sup>5</sup> C'est selon un interviewé suite à un décès que la mission de l'IGAS fut déclenchée.



*établissement opératoire. Donc, de là, ils ont dit : "On ferme !"... "Mais"... "Monsieur, on ferme !"... "Mais vous savez combien ça va coûter ?"... "On veut pas le savoir ! C'est pas nos sous ! On ferme !"... [Rires] Donc y a eu un blocage ce qui fait que ça a entraîné un transfert systématique [à l'hôpital civil] quelques soient les interventions. La radiologie, c'est pareil ! Ils ont dit : "C'est vétuste... On arrête !". Même si cela nous avait aidé pendant des années à détecter des tuberculoses [...] Nous, je vous dis, on avait essayé de fonder une structure performante sur Marseille et on avait réussi. Qu'est ce qu'il s'est passé ? Contrôle de l'IGAS ! "Monsieur il faut tout fermer !". C'étaient des gens qui faisaient leur boulot. Je ne critique pas l'inspection de l'IGAS mais je critique le manque de responsabilité financière de ces fonctionnaires. L'argent public, ils s'en foutent ! »<sup>1</sup>.*

Accusés de ne pas s'adapter aux spécificités pénitentiaires, les services d'inspection du ministère de la Santé ont pourtant, dès l'origine de leur mission, été alertés sur les règles du milieu carcéral. La circulaire prévoyant leur intervention précisait ainsi que « les règles déontologiques propres au corps médical et paramédical sont applicables en milieu carcéral, toutefois des conditions particulières d'organisation et de fonctionnement des établissements pénitentiaires se traduisent par des dispositions réglementaires dérogatoires au droit commun »<sup>2</sup>. Sensibilisée par la Chancellerie, du fait des réunions de coordination entre ministères, l'IGAS semble soucieuse de respecter les contraintes pénitentiaires. En atteste la réponse apportée par le Chef de l'IGAS, Michel Lucas, à un MISP s'étonnant que, dans deux établissements visités, « les examens médicaux soient effectués systématiquement en présence de l'infirmière et d'un surveillant, contrevenant ainsi au principe du colloque singulier médecin-malade » :

*« Certes ce principe doit être respecté dans toute la mesure du possible et notamment lorsque le patient le demande instamment. Toutefois, il ne faut jamais perdre de vue que le milieu carcéral dans lequel est exercé l'art médical comporte des risques pour les membres du personnel sanitaire et que toutes les mesures doivent être envisagées pour les prévenir ou les réduire »<sup>3</sup>.*

La volonté d'entretenir des relations de « bon voisinage » entre administrations explique cette prudence, tout affrontement étant minutieusement évité. Mis en cause par le directeur de l'Hôpital de Fresnes au cours d'une réunion interministérielle, les inspecteurs de l'IGAS privilégient ainsi la voie administrative en demandant un droit de réponse à leur direction :

*« Les faits reprochés étaient de nature à nous inciter à répondre aussitôt à M. [...]. Si nous ne l'avons pas fait, c'est parce que nous avons estimé que le comité n'était pas le lieu pour mener une telle discussion et que nous ne voulions pas entrer dans une telle polémique. L'absence de réaction immédiate de la part de l'IGAS nous fait craindre que l'on puisse croire et notamment Monsieur le Directeur de l'Administration Pénitentiaire, que nous acceptons tous les griefs portés à l'encontre de ces rapports »<sup>4</sup>.*

Le souci de l'IGAS de ne pas attenter à l'autonomie de l'Administration pénitentiaire afin d'entretenir des relations cordiales explique que certains problèmes, telle que la dilution des

<sup>1</sup> Jérôme, généraliste puis médecin-chef aux Baumettes de 1979 à 1983. Entretien réalisé le 24/02/2006, 1H50.

<sup>2</sup> DGS, « Circulaire relative au contrôle exercé par les médecins inspecteurs de la santé dans les établissements pénitentiaires », p.2. Archives non versées du ministère de la Santé.

<sup>3</sup> Lettre du Chef de l'IGAS au MISP des Hautes-Pyrénées datée du 16/06/1988 (CAC. 19950229. Art.1).

<sup>4</sup> Lettre de Roquel, Delomenie et Guirriec à Michel Lucas datée du 2/11/1990. IGAS/2002/001. Carton n°4.

médicaments, pourtant relevés dès 1984 n'aient jusqu'à la réforme de 1994 pas évolué<sup>1</sup>. Ce souci d'éviter toute confrontation est peut-être à l'origine de l'impression d'impuissance que regrette cette infirmière au sujet des contrôles de l'IGAS :

*« Et tous les rapports de l'IGAS, ils disaient tout ce qu'on leur avait dit. Expliquez-moi pourquoi ça n'a jamais changé ? Une fois, je leur ai dit : "Vous avez des rapports qui dénoncent la dilution, les sous-effectifs, les problèmes de secret médical, les médecins qui n'effectuent pas leur temps de travail..." [...] Moi, je me souviens de leur avoir montré tout ce qui n'allait pas. Ils mettaient tout dans leurs dossiers mais ça ne changeait rien... Et ils me disaient : "Mais oui, mais oui, on le note... Ça sera dans le rapport". Alors pourquoi cela n'a-t-il jamais changé ? Vous voyez la puissance de la Pénitentiaire ! J'ai jamais pu avoir de réponse à cela... Pourquoi eux, en tant qu'inspecteurs de Santé, n'ont jamais réussi à faire changer les choses ? Alors comment une infirmière de Maison d'arrêt peut changer quelque chose ? »<sup>2</sup>.*

Cette infirmière a occupé un rôle spécifique dans l'organisation des soins puisqu'elle était membre du Comité interministériel de coordination de la santé en milieu carcéral. Plus souvent appelé Comité Santé/Justice, il fut créé en 1984 afin d'opérer une meilleure concertation entre administrations et d'amender progressivement l'organisation générale des soins. S'inspirant de l'idée de l'IGAS d'instaurer au sein de chaque établissement un comité médical de concertation, Myriam Ezratty propose en juin 1984 à Michel Lucas de mettre en place « une instance centrale de coordination dont la première mission consisterait à planifier les réformes proposées puis à en suivre la mise en œuvre notamment à travers les bilans périodiques transmis par les comités médicaux »<sup>3</sup>. Avec la suppression du poste de Médecin-inspecteur, la DAP se trouve privée subitement de conseiller médical. Elle s'adresse alors fréquemment au médecin-coordonateur de Fresnes. « J'ai été aussi quasiment Conseiller technique », s'exclame le Dr Espinoza<sup>4</sup>. « L'Administration et le cabinet lui font confiance, l'écoutent [...] Pendant cette période là, il joue un rôle important. Il est très écouté », confirme Jean Favard<sup>5</sup>. Pourtant, ajoute ce dernier, cette situation n'est qu'intermédiaire : « Et puis après l'IGAS a un peu pris le relais. On ne voulait pas non plus recréer un Médecin-inspecteur ». Le Comité Santé/Justice (CSJ) naît ainsi en partie du besoin éprouvé par l'Administration pénitentiaire de recueillir une expertise du ministère de la Santé sur des questions techniques. Sa création est, d'autre part, liée à l'intérêt éprouvé par Myriam Ezratty pour la dimension sanitaire de la prise en charge des détenus, laquelle n'a d'ailleurs jamais manqué une séance. « Je ne me suis jamais fait remplacer [...] Pour moi, c'était l'occasion

<sup>1</sup> La « dilution » est une pratique du milieu carcéral qui consistait à distribuer les médicaments, notamment les psychotropes, dilués dans de l'eau et mélangés tous ensembles. La potion, parfois préparés plusieurs jours à l'avance, était distribuée au détenu en coursive et devait être bue devant le surveillant qui la distribuait.

<sup>2</sup> Yvette, infirmière-chef de la M.A de Bois d'Arcy de 1980 à 1998 et ayant participé au Comité Santé /Justice de 1984 à 1988. Entretiens réalisés le 31/04 et le 4/05/2006, 3H et 3H.

<sup>3</sup> Lettre de la DAP, Myriam Ezratty, au chef de l'IGAS, Michel Lucas, datée du 27/06/1984. Dossier C3 Inspection médicales. Archives internes DAP.

<sup>4</sup> Pierre Espinoza, chef de service de l'Unité de soins intensifs de l'Hôpital de Fresnes de janvier 1983 à septembre 1991. Entretiens réalisés le 16/05/2006, le 31/05/2006 et le 22/04/2008. Durées : 1H45, 2H00 et 1H50.

<sup>5</sup> Jean Favard, magistrat à la DAP de 1970 à 1975 puis Conseiller technique du ministre de la Justice de 1981 à 1986. Entretien réalisé le 10/01/2008, durée: 3H00.

d'être informée. C'est d'ailleurs pour ça que j'y allais», déclare la directrice de l'Administration pénitentiaire<sup>1</sup>. « Il est clair qu'elle avait une culture de santé. Pendant toute cette période de 83 à 87, il y a vraiment eu une ouverture sur les problèmes sanitaires », confirme le médecin-coordonateur de Fresnes<sup>2</sup>.

Après s'être réuni quelques fois de façon informelle dans la salle à manger du garde des Sceaux, place Vendôme, le Comité prend une existence officielle par un décret du 6 août 1985<sup>3</sup>. Présidé par le ministre de la Justice<sup>4</sup>, le Comité se réunit ainsi au moins une fois par an afin d'« examiner toute question d'ordre général se rapportant à la protection, à l'amélioration de la santé des détenus et à l'hygiène dans les établissements pénitentiaires ». Il dispose également d'un rôle de concertation entre les différents services ministériels et peut, enfin, constituer des groupes de travail sur certains thèmes. Outre l'Administration pénitentiaire, il rassemble théoriquement l'IGAS, les directions du ministère de la Santé (Hôpitaux, Santé, Pharmacie, Sécurité sociale) ainsi que des acteurs de terrain (médecin-coordonateur de Fresnes, MISP des DDASS ou DRASS, un chef d'établissement et une infirmière pénitentiaire). Concrètement, le Comité s'est réuni à au moins dix reprises d'octobre 1984 à juin 1986<sup>5</sup>.

Si la DAP est représentée de façon constante par sa directrice ainsi que par plusieurs magistrats<sup>6</sup>, les membres siégeant au titre du ministère de la Santé sont plus variables, à l'exception du Dr Tchériatchoukine, membre de l'IGAS. Seule la Direction générale de la santé (DGS) est à chaque reprise représentée par l'intermédiaire de Marie-Joëlle Cano, responsable du Bureau de l'organisation des soins en charge notamment des MISP. Les autres directions sont présentes de façon ponctuelle en fonction de l'ordre du jour. Les intervenants de terrain sont, enfin, très peu représentés, seul le médecin-coordonateur de Fresnes, Pierre Espinoza, assistant à toutes les réunions. Un médecin inspecteur départemental ainsi qu'une infirmière de la M.A de Bois d'Arcy sont également présents à diverses reprises. « C'était plutôt des administratifs », se souvient le Dr Espinoza<sup>7</sup>.

Le Comité traite de problèmes précis, soulevés le plus souvent au sein des rapports de l'IGAS ou des MISP. La réunion du 17 décembre 1984 est ainsi consacrée à la fermeture éventuelle

<sup>1</sup> Myriam Ezratty, magistrate et directrice de la DAP d'avril 1983 à juillet 1986. Entretien le 8/02/2008, 3H30.

<sup>2</sup> Pierre Espinoza, chef de service de l'Unité de soins intensifs de l'Hôpital de Fresnes de janvier 1983 à septembre 1991. Entretiens réalisés le 16/05/2006, le 31/05/2006 et le 22/04/2008. Durées : 1H45, 2H00 et 1H50.

<sup>3</sup> Décret 85-836 du 6 août 1985 modifiant certaines dispositions du CPP (*J.O* du 8 août 1985).

<sup>4</sup> À partir de 1988, le Comité sera co-présidé par le ministre de la Santé et le garde des Sceaux. Il est dans les faits présidé par la DAP, Myriam Ezratty et par Michel Lucas, Chef de l'IGAS.

<sup>5</sup> Les comptes-rendus du Comité ont officiellement disparus des archives de l'IGAS tout comme de celles du ministère de la Justice. On les a cependant trouvés, bien qu'incomplets, dans des dossiers non versés de la DAP.

<sup>6</sup> On peut citer en particulier M.M Boulanger, Dinthillac, Matagrin, Darbeda, Chemithe.

<sup>7</sup> Pierre Espinoza, chef de service de l'Unité de soins intensifs de l'Hôpital de Fresnes de janvier 1983 à septembre 1991. Entretiens réalisés le 16/05/2006, le 31/05/2006 et le 22/04/2008. Durées : 1H45, 2H00 et 1H50.

de l'atelier de prothèses dentaires de Fresnes ainsi qu'à celle de sa maternité<sup>1</sup>. A partir de problèmes spécifiques sont envisagées des transformations générales de l'organisation des soins. Plus rarement, le CSJ est également le lieu où sont abordées les questions déontologiques. Au cours de la séance du 16 septembre 1985 est, par exemple, décidé de ne pas instaurer un dépistage systématique des détenus à la sérologie HIV, pourtant réclamée par plusieurs médecins pénitentiaires : « Il est constaté une certaine propension chez certains médecins travaillant en milieu carcéral de procéder à des dépistages revêtant un caractère systématique notamment sur des toxicomanes entrant en prison. Les tests sont inutiles du triple point de vue scientifique, préventif et thérapeutique [...] En revanche les inconvénients d'un tel dépistage sont évidents en prison : violation du secret médical et risques de divulgation, réaction de rejet et de mise à l'écart, moments de panique, possibilités d'actes désespérés de personnes fragiles, exploitation et déformation par les médias, etc... qui contribuent à accroître les difficultés de gestion pénitentiaire dans des établissements surencombrées »<sup>2</sup>.

Les comptes-rendus étant succincts, quatre ou cinq pages résumant une demi-journée de travail, il est difficile d'avoir une idée précise du déroulement des séances. Interrogés sur le Comité Santé/Justice, deux professionnels de santé ayant assisté aux réunions présentent deux versions distinctes, renvoyant à leurs positions respectives. N'étant pas confronté quotidiennement aux difficultés présentes dans les établissements pénitentiaires, le médecin-coordonateur, évoque pour sa part un lieu de concertation permettant de faire avancer rapidement les dossiers qu'il juge importants. A l'inverse, une infirmière de M.A regrette que certains problèmes n'aient pas été traités de manière plus frontale afin d'être résolus plus rapidement :

*« C'étaient des réunions très libres car il y avait un ordre du jour mais la parole était très libre. C'étaient des réunions qui étaient à dominante sanitaire. Toujours dans l'esprit : "Comment peut-on améliorer la prise en charge sanitaire des détenus ?". Même si on n'oubliait pas la prison. On n'oubliait pas le fait que c'était des détenus et qu'il fallait considérer l'aspect sécuritaire mais le primo novus c'était quand même les soins [...] Tout a été mis sur la table. Les problèmes de pharmacie, de SMPR. Tous les grands thèmes ont été discutés et débattus avec des représentants de la Chancellerie, de l'Administration pénitentiaire, du Ministère de la Santé, avec Yvette, moi-même et un médecin inspecteur de Fleury-Mérogis. Et au cours de ces réunions des décisions étaient prises sous la forme de circulaires »<sup>3</sup>.*

*« Ce sont des questions [problèmes déontologiques] qui n'ont jamais été abordées dans le Comité Justice Santé où il était question de thèmes précis. Il y a eu beaucoup de baratin. Par exemple, la fois que j'y suis allée on parlait des dentistes parce qu'il n'y avait plus de dentiste à Bois d'Arcy [...] Le choix des thèmes était déterminé par un problème de santé révélé dans un établissement. C'étaient toujours des thèmes particuliers. On n'abordait pas les problèmes généraux. Les réunions se déroulaient dans une bonne ambiance. C'était sérieux mais on n'aboutissait pas toujours. Mais y*

<sup>1</sup> P.V du Comité de coordination de la santé en milieu carcéral du 17/12/1984, 5 pages. Archives internes DAP.

<sup>2</sup> P.V du Comité de coordination de la santé en milieu carcéral du 16/09/1985, 4 pages. Archives internes DAP.

<sup>3</sup> Pierre Espinoza, chef de service de l'Unité de soins intensifs de l'Hôpital de Fresnes de janvier 1983 à septembre 1991. Entretiens réalisés le 16/05/2006, le 31/05/2006 et le 22/04/2008. Durées : 1H45, 2H00 et 1H50.

*avait quand même quelque chose qui changeait. Ça n'aboutissait pas à une décision administrative au niveau national mais ça débouchait quand même toujours sur une autre analyse. Alors bon, si les gens ne demandaient pas : "Alors, où on en est ?", ça se perdait un peu. L'objectif était de prendre des décisions pour un problème soulevé. Mais ça ne débouchait pas toujours parce que si c'était un problème de moyens, les administrateurs étaient là et s'il n'y avait pas de sous..."<sup>1</sup>*

Car en dépit des réunions et des rapports, l'organisation des détenus change peu dans les différents établissements. L'Inspection tente de parer aux situations les plus pressées, tel l'Hôpital de Fresnes ou des Baumettes tandis que les petites Maisons d'arrêt sont peu affectées par la réforme de 1983, et ce même les établissements faisant l'objet d'un contrôle de l'IGAS<sup>2</sup>.

Jusque-là restée à l'écart des transformations du monde médical, l'organisation des soins en prison devient à partir de 1985 un objet de réflexion des services centraux et déconcentrés du ministère de la Santé. S'il contribue à relégitimer l'Administration pénitentiaire en matière de santé, le transfert de la mission de contrôle à l'IGAS marque la progressive disparition de la frontière qui séparait la médecine carcérale du reste du système de santé. Longtemps jugée à partir de ses propres normes, l'organisation des soins en prison est désormais évaluée, au moins partiellement, à l'aune des critères de santé publique. Le bilan de la mise en œuvre du décret 26 janvier 1983, et plus largement de la volonté de rupture dont font preuve les magistrats nouvellement arrivés en 1981, attestent de la difficulté à transformer les règles régissant un secteur d'action publique. La notion de *path dependence* ou « dépendance au chemin emprunté », développée en économie et appliquée à la science politique par Paul Pierson rend compte de cette inertie historique des institutions<sup>3</sup>.

A partir de l'exemple des systèmes de protection sociale, Pierson met en évidence l'existence de cadres cognitifs et de règles institutionnelles dont la transformation apparaît difficile. Il en est ainsi, par exemple, de la règle informelle selon laquelle les praticiens ne seraient pas l'objet de contrôles dans leur temps de travail. L'éviction de l'anesthésiste et le maintien en place du chirurgien de Fresnes, malgré ses erreurs, attesteraient également d'une primauté des impératifs pénitentiaires à l'égard des règles déontologiques. L'organisation des soins en prisons demeure régie par des règles tacites établies depuis les années soixante. En dépit de tout volontarisme politique, leur remise en cause apparaît difficile. C'est par exemple le cas

<sup>1</sup> Yvette, infirmière-chef de la M.A de Bois d'Arcy de 1980 à 1998 et ayant participé au Comité Santé /Justice de 1984 à 1988. Entretiens réalisés le 31/04 et le 4/05/2006, 3H et 3H.

<sup>2</sup> Cf. Annexe 29 : « Les effets limités des contrôles de l'IGAS : l'exemple de la M.A de Pontoise ».

<sup>3</sup> Cf. PIERSON Paul, *Politics in time: history, institutions, and social analysis*, Oxford, Princeton University Press, 2004. Pour une présentation générale : PALIER Bruno, « Path dependence (Dépendance au chemin emprunté) », dans Boussaguet L., Jacquot S., Ravinet P. (dir.), *Dictionnaire des politiques publiques*, Paris, Presses de Sciences Po, 2004, pp.318-325.

de la contestation de la règle de la non-application de l'abattement en matière de soins dentaires qui se traduit par de nombreuses démissions de praticiens<sup>1</sup>.

En dépit d'une volonté politique de remettre en cause les règles régissant jusque-là l'organisation des soins, l'autonomie des soignants demeure limitée. En atteste le licenciement d'un interne de l'Hôpital de Fresnes. Recruté en octobre 1981, ce dernier change de service en décembre. Il fait cependant l'objet en décembre 1982 d'un avis défavorable de du médecin-chef auquel il n'est plus rattaché tandis que son chef de service actuel le soutient. « L'avis du corps médical de Fresnes est très partagé », remarque alors le Bureau des personnels<sup>2</sup>. Décision est néanmoins prise de licencier cet interne. Après avoir consulté son dossier, ce dernier proteste contre cette décision qu'il explique par son changement de comportement à l'égard des placements au « mitard » :

*« La caractéristique essentielle des éléments à ma charge dans ce dossier est qu'ils datent tous de la fin de 1982 [...] J'ai en trois mois demandé quatorze fois la suspension des mesures disciplinaires (pour des raisons de santé) sur deux cent vingt-et-un prisonniers ayant séjourné au quartier disciplinaire, demandes qui choquent et gênent les surveillants au point qu'ils se soient plaints au directeur que je demande ces suspensions de manière systématique. C'est ce rôle de "gêneur" que j'assume depuis quelques trois mois, selon les dispositions très sagement instituées par le législateur qui a conduit à vous faire remettre le dossier de constitution récente et partial me concernant »<sup>3</sup>.*

Preuve de sa bonne foi, cet interne fournit une attestation favorable fournie par le médecin-chef de service dont il dépend. Le Bureau des personnels demande alors à l'inspecteur Chemithe de reconsidérer le dossier de l'intéressé dans lequel ne figurait pas l'avis du médecin-chef tout en « s'interroge[ant] » sur l'avis du premier chef de service où l'interne n'est plus affecté depuis décembre 1981<sup>4</sup>. Cet avis ne semble cependant pas suivi d'effet puisque Yvan Zakine avertit le second médecin-chef qu'il n'était pas habilité à transmettre à son interne « une attestation concernant sa manière de servir, à l'insu de l'administration »<sup>5</sup>. Enfin, dans un courrier au Conseiller technique du garde des Sceaux, la nouvelle Directrice de l'Administration pénitentiaire précise qu'il ne lui semble pas souhaitable d'annuler la décision de licenciement étant donné que cet interne « n'a pas conscience des contraintes de la médecine hospitalo-carcérale »<sup>6</sup>.

Si certaines règles régissant l'organisation des soins en prison demeurent inchangées on assiste néanmoins à une progressive transformation des façons de faire, notamment du fait de l'intervention des médecins inspecteurs. A l'encontre d'une vision trop rationnelle et trop radicale du changement, Charles Lindblom développa la notion d'« incrémentalisme »

<sup>1</sup> Cf. Annexe 30 : « Les effets pervers d'une modernisation et d'une nouvelle régulation de la médecine pénitentiaire: le difficile recrutement des chirurgiens-dentistes ».

<sup>2</sup> Note du Bureau des personnels adressée au DAP Zakine datée du 17/12/1982 (CAC.19940511. Art 88).

<sup>3</sup> Lettre de l'interne de l'Hôpital de Fresnes au DAP Zakine datée du 19/01/1983 (CAC.19940511. Art 88).

<sup>4</sup> Lettre du Bureau des personnels à l'inspecteur Chemithe datée du 11/02/1983 (CAC.19940511. Art 88).

<sup>5</sup> Lettre du DAP Zakine au directeur de l'Hôpital Fresnes du 25/02/1983 (CAC.19940511. Art 88).

<sup>6</sup> Lettre de la DAP Ezratty au Conseiller technique Jean Favard datée du 8/06/1983 (CAC.19940511. Art 88).

désignant le fait que les politiques évoluent sur le mode des petits pas<sup>1</sup>. Confrontés à des situations d'incertitude, les décideurs seraient placés face à des alternatives restreintes entre lesquelles ils arbitreraient sur la base d'une négociation. La décision finale ne traduirait ainsi pas tant un choix en valeurs qu'un choix « contraint ». C'est ainsi qu'il apparaît préférable pour les autorités pénitentiaires d'avaliser le licenciement de cet interne qui, bien que n'ayant pas démérité, remet en cause le fonctionnement de la détention. Fortement indéterminées, ces négociations peuvent cependant aboutir à une lente remise en cause du système. C'est notamment le cas au sujet des interactions entre l'Administration pénitentiaire et les services de contrôle du ministère de la Santé. Si cette dernière ne peut imposer d'emblée le respect de règles sanitaires identiques au monde hospitalier, elle réussit néanmoins à mettre un terme aux dysfonctionnements les plus flagrants.

Tandis que la réforme de la médecine pénitentiaire achoppe sur des questions budgétaires ou statutaires, la psychiatrie pénitentiaire achève son autonomisation du ministère de la Justice amorcée en 1977<sup>2</sup>. Un décret et un arrêté de 1986 ôtent définitivement toute autorité à l'Administration pénitentiaire dans le fonctionnement des infirmeries psychiatriques désormais appelés Services médico-psychologiques régionaux (SMPR)<sup>3</sup>. La mise en perspective avec la réforme de la psychiatrie carcérale, désormais totalement intégrée au ministère de la Santé, permet de mettre en avant trois facteurs explicatifs au blocage de la réforme de la médecine pénitentiaire. L'intégration au milieu hospitalier a tout d'abord offert aux psychiatres travaillant en prison l'opportunité de développer une réflexion éthique sur leur pratique dont les médecins pénitentiaires restent dépourvus. Tandis que les premiers rejettent vigoureusement l'idée d'une spécificité carcérale, certains généralistes continuent, en second lieu, de défendre l'existence d'une « médecine pénitentiaire ». Cette nouvelle réforme, avant tout déontologique et statutaire, n'implique enfin, troisième facteur, aucune dépense supplémentaire pour le ministère de la Santé.

La question de l'organisation de la médecine générale butte, à l'inverse, sur le problème du financement des soins. Faute de prise en charge par la Sécurité sociale, l'Administration pénitentiaire demeure incapable de répondre aux attentes du ministère de la Santé. C'est pour pallier cet obstacle financier que le nouveau ministre de la Justice, Albin Chalandon, décide en 1986 de recourir à un nouvel acteur extérieur : les entreprises privées. En prenant cette décision, il ne pouvait imaginer que les socialistes, revenus au pouvoir en 1988, seraient

<sup>1</sup> JÖNSSON Alexandra, « Incrémentalisme », dans BOUSSAGUET L., JACQUOT S., RAVINET P. (dir.), *Dictionnaire des politiques publiques*, Paris, Presses de Sciences Po, 2004, pp.259-266 ; FARGES Eric, « *Inquiry and change* ou l'aspiration d'une démocratie fondée sur l'enquête », *Politiques et management public (PMP)*, 06/2006, pp.146-157.

<sup>2</sup> Cf. Chapitre 1-Section 2-3 : « La contestation de la psychiatrie pénitentiaire et son intégration au dispositif... ».

<sup>3</sup> Cf. Annexe 31 : « La création des Services médico-psychologiques régionaux (SMPR) en 1986, acte de décès de la "psychiatrie pénitentiaire" ».

chargés de mettre en œuvre cette privatisation à laquelle ils sont hostiles. Les magistrats-militants alors en poste à l'Administration pénitentiaire mirent à profit cette réforme dans leur stratégie de décroisonnement de la médecine pénitentiaire. C'est dans ces conditions que l'organisation des soins en prison est pour la première fois le fait de praticiens extérieurs.



## Section 2 - La délégation de la santé au secteur privé : la fin d'un monopole pénitentiaire

*« Les détenus ont bien de la chance : il ne se passe pas de mois sans que Robert Badinter leur prépare une loi ou leur mijote quelques décrets pour améliorer la vie carcérale ou, mieux encore, la raccourcir [...] Mais d'humanisation des prisons en adaptation des peines, ces mesures amoindrissent singulièrement l'institution pénitentiaire [...] Il s'agit [les mesures] d'un paquet fort bien ficelé dont l'emballage cadeau serait constitué par l'amélioration de la vie carcérale et cacherait une bombe à retardement. Comment appeler, en effet, tous les articles destinés à faire sortir de la prison la plupart des condamnés à de petites peines ? »<sup>1</sup>.*

La défaite de la gauche lors des législatives de mars 1986, et la cohabitation qui s'ensuit, marquent officiellement l'achèvement de la politique de « décroisement ». Critiquée sur sa gauche (*L'Humanité*, 13/05/1986), la politique de l'ancien garde des Sceaux fait l'objet d'un traitement médiatique très sévère de la part du *Figaro*, à travers le thème des prisons « quatre étoiles ». Un journaliste rend compte de sa visite à la MC de Moulins en ces termes : « Sing Sing ou Club Med ? [...] Ils s'habillent comme ils veulent. Ils sont "libres" de 7h à 19h30. Ils peuvent louer la TV (240 francs la couleur). Leurs repas sont dignes d'une honnête auberge »<sup>2</sup>. Seul *Le Monde* dresse un bilan positif de l'« humanisation » du « chaudron des prisons » entreprise par Robert Badinter, tout en soulignant les difficultés auxquelles il fut confronté<sup>3</sup>. Avec l'alternance, une nouvelle philosophie pénale guide désormais l'action publique. A l'encontre des réformes entreprises, Alain Peyrefitte soutient que « la prison doit être humaine, mais privatrice des libertés » (*Figaro-Magazine*, 18/05/1985).

Cette nouvelle politique s'accompagne d'un renouvellement des idées s'accompagne d'un renouvellement des hommes à la tête de l'Administration pénitentiaire. Tandis que la COSYPE est désormais présentée comme un « lobby anti-carcéral »<sup>4</sup> par un membre du cabinet du ministre de la Justice, les membres du Syndicat de la magistrature en poste à l'Administration pénitentiaire se voient proposés d'autres affectations (*LM*, 2/02/1988). Dominique Matagrin, devenu Conseiller technique du garde des Sceaux en 1986, incarne cette nouvelle philosophie pénale. Magistrat à l'Administration pénitentiaire, il participe en 1981 à la création de l'Association professionnelle des magistrats (APM). Bien que se revendiquant « apolitique », cette organisation rassemble des magistrats de droite hostiles à la politique de Robert Badinter. Dès sa reconnaissance officielle, en avril 1982, l'APM critique la suppression de la Cour de sûreté de l'Etat et s'élève contre l'abolition de la peine de mort<sup>5</sup>. Sous la conduite de Raoul Béteille, ancien directeur des Affaires criminelles et des grâces

<sup>1</sup> « Prisons : dangereuse libéralisation. Robert Badinter adoucit encore le régime carcéral », *Le Figaro*, 9/08/1985.

<sup>2</sup> « Mes 48 heures dans la prison dont l'on ne s'évade jamais », *Le Figaro-Magazine*, 10/05/1986.

<sup>3</sup> « Cinquante-six mois à la chancellerie. Abolir, humaniser, moderniser », *Le Monde*, 21/02/1986.

<sup>4</sup> LEGOUX Alain, *L'impératif pénal*, Paris, Robert Laffont, 1986, p.149.

<sup>5</sup> « Un syndicat "apolitique" créé en 1981 contre M. Badinter », *Le Monde*, 03/12/1998.

sous Alain Peyrefitte et rédacteur de la loi Sécurité et liberté, l'APM s'oppose à la réforme de l'instruction proposée par Robert Badinter en 1985, et mène campagne contre « le laxisme actuel » du garde des Sceaux qui, selon eux, « sacrifie chaque fois un peu plus les exigences élémentaires de la sécurité dans les prisons » (AFP, 9/08/1985). En 1986, ce syndicat recueille aux élections professionnelles entre 13% et 15% des suffrages. L'APM accède alors avec l'alternance à de nombreux postes de pouvoir. Alexandre Benmakhlouf devient ainsi Conseiller pour la Justice auprès du premier ministre, Jacques Chirac.

Dominique Matagrín, secrétaire général de l'APM de 1989 à 1995, devenu Conseiller technique pour les prisons, prend le contre-pied des thèses défendues jusqu'alors par la COSYPE. « Pour lui la peine ça veut dire que ces gens ne sont pas comme les autres. La prison pour lui, c'est la souffrance. L'idée que les détenus ont les mêmes droits qu'à l'extérieur, pour lui, c'est une absurdité », souligne Alain Blanc du SM<sup>1</sup>. Soucieux des impératifs sécuritaires, le nouveau gouvernement décrit l'ouverture de l'Administration pénitentiaire vers les autres ministères, réalisée jusque-là, comme une menace allant à l'encontre de l'institution :

*« Dire que la prison n'est que la privation de liberté et rien d'autre est une contradiction absolue [...] C'est pourquoi les tentatives actuelles de "décloisonner" la prison, c'est-à-dire de l'ouvrir sur le monde sans tenir compte de l'existence des murs, est une vue de l'esprit. On proclame aujourd'hui qu'en prison, on soignera, on enseignera, on travaillera, on se distraira "comme" à l'extérieur. Qu'est ce que cela signifie ? Faire perdre son autonomie et son existence propres à cet univers revient à le supprimer »<sup>2</sup>.*

Signe de cette hostilité au décloisonnement, entendu comme l'ouverture de l'institution carcérale à d'autres administrations, le Comité Santé/Justice cesse dès lors d'être réuni. « C'est un groupe que Chalandon avait mis en sourdine parce que je crois parce qu'il était clair que c'était une machine de guerre pour conduire à la réforme », remarque Alain Blanc<sup>3</sup>.

Au décloisonnement est opposée la « modernisation » de l'Administration pénitentiaire, nouveau paradigme de la politique carcérale. Pour lutter contre une direction trop sclérosée, est proposée une privatisation partielle de la prise en charge des détenus sous la forme de contrats de partenariat. En 1988, lors de la nouvelle majorité de gauche, le « Programme 13.000 »<sup>4</sup> va cependant apparaître comme une étape supplémentaire dans le décloisonnement de l'institution carcérale, notamment en matière de soins. En effet, hostiles au principe d'une privatisation, les magistrats du SM, chargés de mettre en œuvre cette décision adoptée pendant la cohabitation, vont considérablement renforcer le cahier des charges des opérateurs

<sup>1</sup> Alain Blanc, responsable de la sous-direction de la réinsertion de 1985 à 1995. Entretien le 19/04/2007, 3H.

<sup>2</sup> LEGOUX Alain, *L'impératif pénal*, op.cit.p.148.

<sup>3</sup> Alain Blanc, responsable de la sous-direction de la réinsertion de 1985 à 1995. Entretien le 19/04/2007, 3H.

<sup>4</sup> Conçu par Albin Chalandon comme un programme de 15.000 places, le projet sera ramené à 13.000 places par Pierre Arpaillange qui lui succède en 1988. L'expression « programme 13.000 » bien connue dans la Pénitentiaire sera cependant utilisée par simplicité.

afin d'améliorer la prise en charge médicale des détenus (1). La mise en place des nouveaux établissements sera l'opportunité de confronter l'ancienne organisation des soins à de nouveaux principes. La survenue de certains incidents témoignera de la persistance de certaines règles régissant le système pénitentiaire, et ce indépendamment de la majorité politique (2).

### ***1. Le « Programme 13.000 » et la délégation de gestion à des groupements privés : une forme de décroisonnement ?***

*« Les opérateurs privés, détenteurs des moyens immobiliers et humains, des capitaux, seront en position d'imposer leur volonté à l'Etat qui subira le chantage à l'agitation carcérale et au chômage et sera contraint de céder à leurs exigences de tous ordres : financier, de fonctionnement, d'affectation des détenus. L'inflation carcérale ne pourra dès lors que s'accélérer »<sup>1</sup>.*

Les propos alarmistes de ce membre du Syndicat de la magistrature illustrent l'opposition que soulève l'idée du nouveau garde des Sceaux dans un contexte de durcissement pénal et pénitentiaire. A un moment où la question sécuritaire domine les débats politiques, du fait de la recrudescence d'actes terroristes, Jacques Chirac tente de donner une image de son gouvernement allant à l'encontre du « laxisme » dont est accusée la gauche<sup>2</sup>. Robert Pandraud est nommé ministre délégué à la Sécurité tandis que Charles Pasqua, ministre de l'Intérieur, promet de « terroriser les terroristes ». Le vote, en septembre 1986, de quatre lois relatives à la sécurité confirme l'orientation du gouvernement. La loi du 9 septembre 1986 fait passer de vingt à trente ans la période maximale de sûreté, tandis que les possibilités de réduction de peine sont amoindries. La période est propice au déploiement des discours les plus sécuritaires. Le vice-président du Sénat, Etienne Dailly, demande par exemple la création, sur une île, d'un « pénitencier spécial » où seraient enfermés les criminels dangereux (*Le Monde*, 22/04/1986).

La nomination d'Albin Chalandon, surnommé le « manager », en tant que garde des Sceaux est interprétée comme l'inauguration d'une politique carcérale immobilière<sup>3</sup>, et ce, à un moment où la surpopulation (44.414 détenus pour une capacité de 32.500 au 1<sup>er</sup> juin 1986) est considérée comme la source de nombreuses tensions dans les établissements. Avec une moyenne de 150%, le taux d'occupation atteint 400% dans les grandes agglomérations

<sup>1</sup> SOLARO Chantal, « Prisons privées : le choix du tout-carcéral », *Justice. Journal du syndicat de la magistrature*, n°114, 03/1987, pp.26-27.

<sup>2</sup> CHEVALLIER Jean-Jacques, CARCASSONNE Guy, DUHAMEL Olivier, *La V<sup>e</sup> République.*, op.cit., p.347.

<sup>3</sup> Homme de finance, Albin Chalandon est élu député d'Asnières en mars 1967 aux couleurs de l'UDR. Il est nommé ministre de l'Équipement et du Logement de juillet 1968 à juillet 1972, phase où il est remarqué pour la privatisation des autoroutes ainsi que le projet des « chalandonnettes », avant de quitter la « politique active » en 1976 pour assurer la présidence d'Elf Aquitaine jusqu'en 1983 (*Le Monde*, 3/04/1986 ; *Libération*, 29/04/1986).

comme à Lyon et à Marseille, sujet dont s'alarme la presse de droite<sup>1</sup>. « La question pénitentiaire, dès lors, se résume à des problèmes d'équipement », observe Jean-Charles Froment<sup>2</sup>. Dès sa première conférence de presse, le ministre de la Justice annonce qu'« avec de l'imagination, on peut trouver des solutions, recourir à des capitaux privés » (LM, 8-9/06/1986). S'inspirant du « modèle » américain<sup>3</sup>, Albin Chalandon propose non seulement de faire construire ces établissements par des fonds privés, mais de leur en déléguer également le fonctionnement. Beaucoup voient dans ce recours au privé un écho avec le projet de construction des autoroutes réalisées à l'aide de capitaux privés<sup>4</sup>. *L'Humanité* ironise sur les « Chalandonnettes à barreaux » en référence aux maisons à bas prix lancées par l'ancien ministre du Logement<sup>5</sup>.

En recourant aux entreprises privées, le garde des Sceaux poursuit plusieurs objectifs. Il veut tout d'abord rénover le parc immobilier pénitentiaire et fermer les établissements les plus vétustes. Deuxièmement, Albin Chalandon souhaite augmenter le nombre de places en prévision de l'augmentation de la population pénale. Les 40.000 nouvelles places prévues descendent cependant à 25.000 à la fin 1986, puis à 15.000 en 1987<sup>6</sup>. Enfin, méfiant à l'égard de la gestion publique, le ministre de la Justice désire mettre en concurrence les deux systèmes espérant produire ainsi une émulation. Il prévoit, pour cela, une « privatisation intégrale » de toutes les différentes dimensions de la prise en charge des détenus (direction, surveillance, travail, réinsertion, santé, etc.). « La privatisation sera intégrale ou ne sera pas », déclare Dominique Matagrin (*Lyon Figaro*, 18/11/1986). Pour justifier l'urgence de sa décision, le ministre n'hésite pas à s'indigner de l'état des prisons : « Je vous assure que nous violons souvent les droits de l'homme » (*France-Soir*, 20/11/1986) ; « Nos prisons sont abominables, ignobles, indignes ! » (AFP) ; « La vie en prison est à la limite du supportable », s'exclame Albin Chalandon (*Le journal Rhône Alpes*, 21/02/1987).

Alors même que le gouvernement remet en cause la politique économique socialiste, en annonçant en juillet 1986 la privatisation de soixante-cinq entreprises, la proposition du

<sup>1</sup> Voir la série d'articles consacrée en juin 1986 par *Le Figaro* à la surpopulation aux prisons de Lyon.

<sup>2</sup> FROMENT Jean-Charles, *La République des surveillants de prison (1958-1998)*, op.cit., p.249.

<sup>3</sup> On devrait peut-être parler de contre-modèle, si l'on en croit la réponse apportée par le Directeur du Bureau des prisons américaines à son homologue français : « Bien qu'il n'y ait pas eu de problèmes opérationnels majeurs avec ces contrats de services privés, nous n'en avons retiré aucun bénéfice financier, ou de qualité de service. En fait, les coûts ont été supérieurs à ceux du Bureau des prisons pour des établissements correctionnels de même niveau de sécurité » (Lettre de Normal A. Carlson, chef du Federal Bureau of prison, au DAP du 19/12/1986. Document bibliothèque DAP). Le Federal Bureau of prison, équivalent américain de la DAP, n'est chargée que des seules prisons fédérales. Ces dernières ont cependant vu leur population fortement augmenter depuis les années quatre-vingt, dépassant ainsi celle du Texas et de la Californie, et ont surtout multiplié le recours depuis les années 2000 au système de délégation privé.

<sup>4</sup> « Les projets de M. Albin Chalandon. Prisons "made in USA" », *Le Monde*, 15-16/06/1986.

<sup>5</sup> « Chalandonnettes à barreaux », *L'Humanité*, 17/06/1986.

<sup>6</sup> SALLE Grégory, *Emprisonnement et Etat de droit*, op.cit., p.315.

ministre de la Justice est à l'origine d'importantes controverses à l'automne 1986, aussi bien au sein de l'opposition que de la majorité<sup>1</sup>. Simone Veil se déclare choquée par l'abandon au privé « d'une prérogative de puissance publique »<sup>2</sup>. Le ministre du Budget, Alain Juppé, s'étonne de l'ampleur du projet qui devrait selon lui faire l'objet d'une expérience pilote (*Libération*, 29/11/1986). De nombreux intellectuels et hommes politiques y voient une menace au domaine réservé de l'État<sup>3</sup>. Solange Troisier est l'une des rares à apporter son soutien à la politique d'Albin Chalandon (*Le Quotidien de Paris*, 21/11/1986). Le projet suscite une vive opposition au sein de l'Administration pénitentiaire où il est vécu, du fait d'un fort attachement au service public, comme un « traumatisme » selon un journaliste-militant<sup>4</sup>. Bien qu'hostiles, les syndicats demeurent discrets en échange du départ de la directrice de l'Administration pénitentiaire, Myriam Ezratty, obtenu en juillet 1986<sup>5</sup>. La nomination d'un préfet, Arsène Lux, est interprétée par *Le Monde* comme « le signe d'une plus grande volonté répressive du gouvernement » (4/07/1986), tandis que *Le Figaro* y voit « la volonté de la Chancellerie de reprendre en main une administration qui, depuis cinq ans, était abandonnée à elle-même par volonté politique » (25/06/1986). La grève des écrous lancée en novembre 1986 ne fut ainsi pas suivie (*Libération*, 18/11/1986).

Face à ces critiques, un premier projet de loi est reporté au printemps 1987. En lutte avec le ministère du Budget, Albin Chalandon réussit, en menaçant de démissionner, à obtenir du Premier ministre, en avril 1987, le déblocage de quatre milliards et demi de francs destinés à la construction de 15.000 places de détention (*France-Soir*, 8/04/1987). La loi du 22 juin 1987 relative au service public pénitentiaire, appellation destinée à apaiser les craintes, crée le Programme 15.000 comportant 29 établissements répartis entre quatre zones géographiques. « Paradoxalement, la loi du 22 juin 1987 qui devait n'être que le vecteur d'une logique pragmatique de type managériale devint ainsi le texte de référence qui pose les principes fondamentaux structurant l'univers pénitentiaire »<sup>6</sup>.

La privatisation n'est cependant pas totale. Entre le « tout-privé » et « le tout public », est adopté un mode de gestion mixte, dit encore déléguée ou semi-privée. La surveillance, la direction et le greffe demeurent du domaine du ministère de la Justice tandis que l'hôtellerie,

<sup>1</sup> « Prisons privée : la majorité divisée. Raymond Barre est très réservé sur le projet », *Le Matin*, 20/11/1986.

<sup>2</sup> « Les prisons privées provoquent une fêlure dans la majorité », *Le Monde*, 21/11/1986.

<sup>3</sup> PETIT Jacques-Guy, « Prisons privées, prisons d'autrefois », *Le Monde*, 11/09/1986 ; MICHEL Jean-Pierre, « On ne privatise pas les prisons comme les autoroutes », *Le Matin*, 25/09/1986 ; GABORIAUX Simone, « Prisons : non à la logique du marché », *Le Monde*, 26/09/1986 ; DORLHAC DE BORNE Hélène, « Le droit de punir incombe à l'État », *Le Monde*, 19/11/1986.

<sup>4</sup> TARTAKOWSKY Pierre, *La prison*, op.cit., p.323.

<sup>5</sup> « Prisons privées : les gardiens sont pour », *Le Figaro*, 18/06/1986.

<sup>6</sup> LECLERC A., « Politique publique : chronique d'une réforme avortée : la loi pénitentiaire », dans PECHILLON E., HERZOG-EVANS E. (dir.), *Le droit de l'exécution des peines, problème et enjeux d'une discipline juridique en formation*, Rapport de recherche pour le GIP Justice, Rennes 1, 2003, p.18.

la restauration, la maintenance, le nettoyage, le transport des détenus, la santé, le travail, la réinsertion et la formation professionnelle sont concédés aux groupements privés. Comme gage de sécurité, Dominique Matagrin assure qu'une « épée de Damoclès sera suspendue en permanence sur ces opérateurs privés » à qui la délégation pourra être retirée.

En juillet 1987, un appel d'offres est lancé<sup>1</sup>. Il permet à des groupements d'entreprise de BTP et des services de candidater en vue de la construction et de la gestion, pendant dix ans, des établissements répartis sur l'une des quatre zones géographiques délimitées. Sur trente-deux candidatures, le jury sélectionna dix groupements admis à concourir. Leurs propositions furent ensuite soumises en novembre 1987 à une commission technique composée de membres de l'Administration pénitentiaire et d'architectes, avant que le jury ne désigne en décembre les lauréats, tous filiales de grands groupes du BTP ou des services : Dumez pour la zone Est, GEPSA (groupe Suez) dans le Nord, GECEP (Grands Travaux du Midi) pour le Sud, SIGES (Sodexo) dans l'Ouest. L'Etat rémunère les groupements au titre d'une prestation globale constituée d'une partie fixe (amortissement des équipements) et d'une partie variable (fonction du nombre de journées de détention). Le contrôle des prestations est assuré dans chaque prison par le directeur de l'établissement, conservant un statut pénitentiaire.

En 1988, beaucoup pensent que la victoire de la gauche aux présidentielles et aux législatives marque l'arrêt du programme de privatisation. Lors de sa nomination au ministère de la Justice, Pierre Arpaillange juge d'ailleurs « énorme » le programme de construction entrepris (*LM*, 20/05/1988). Le 15 septembre, l'annonce du gel du programme suscite la colère des municipalités désireuses d'accueillir un établissement sur leur terrain. Le ministère se trouve, en outre, confronté à d'importants troubles au sein des prisons. Le 13 septembre, 5.620 détenus organisent une grève des plateaux repas, le « plus ample mouvement de l'histoire pénitentiaire française », afin de réclamer la suppression de l'isolement ainsi qu'une amélioration de leurs conditions de détention (*LM*, 15/09/1988). Les syndicats pénitentiaires reprochent au garde des Sceaux de s'être entouré quasi-exclusivement de membres du Syndicat de la magistrature<sup>2</sup> (*LF*, 7/10/1988). Jean-Pierre Dinthillac, qui avait présenté sa démission en février 1988 pour protester contre la mise à l'écart de l'une de ses collaboratrices, est nommé directeur de l'Administration pénitentiaire. La décision du garde des Sceaux de mettre fin à l'isolement des terroristes incarcérés est désapprouvée par le premier ministre, Michel Rocard, soucieux des accusations de « libéralisme » formulées à son encontre :

<sup>1</sup> On s'inspire ici du document suivant trouvé à la bibliothèque de la DAP : *Délégation pour la réalisation d'établissements pénitentiaires, « Programme 15.000 »*, 13/05/1989.

<sup>2</sup> Louis Joinet, membre fondateur du SM, est alors membre du cabinet du premier ministre, Michel Rocard.

*« En premier lieu [...] ce sont les portes des prisons qui se sont ouvertes toutes grandes : moins 7000 détenus entre le 1<sup>er</sup> mai et le 1<sup>er</sup> août [...] Certes, l'amnistie et la grâce présidentielle sont passées par là [...] Lorsque l'on sait, en outre, que, selon l'expression imagée d'un membre du cabinet du garde des Sceaux, "on a rouvert le robinet des permissions de sortie et des libérations conditionnelles", on comprend pourquoi les détenus se montrent plutôt satisfaits de leur nouveau ministre. Mais ce n'est pas tout. Après la télévision dans les cellules, les délinquants et criminels ont depuis peu l'autorisation d'avoir un réfrigérateur [...] Mais ce n'est pas tout. La Chancellerie a à l'étude deux projets qui répondent directement aux vœux de la population pénitentiaire. Le premier, c'est l'installation de "chambres d'amour" dans les prisons [...] Le second projet concerne la présence d'un avocat lorsqu'un détenu passe au prétoire pour une mesure disciplinaire et fait souffler un vent de révolte tant chez les surveillants que chez le personnel de direction de la pénitentiaire, pour une fois solidaires ». (LF, 12/08/1988).*

En proie à de nombreuses critiques, et face au risque de voir l'Etat payer de fortes indemnités aux entreprises contractantes, Pierre Arpaillange décide de maintenir le projet de construction des nouveaux établissements, dont le nombre de places est cependant abaissé de 15.000 à 13.000 (*Libération*, 3-4/09/1988). Le ministre de la Justice annonce toutefois l'abandon du projet des quartiers destinés aux toxicomanes, remplacés par des antennes médicales pluridisciplinaires (*LM*, 4-5/09/1988). En 1991, la quasi-totalité du programme de construction est achevée. Si l'idée d'une délégation de gestion au secteur privé n'est pas abandonnée, elle est pourtant loin de recueillir l'adhésion des membres de l'Administration centrale, largement acquis au service public : « Pour nous, un certain nombre qui avons travaillé avec Badinter, c'était impensable des prisons privées. On était révolté »<sup>1</sup>.

Le transfert de la santé, domaine pourtant assez polémique, n'est à aucun moment contesté au sein de l'espace public. Les autorités de régulation du corps médical y sont pourtant opposées. Consulté pour rédiger un contrat-type des professionnels de santé des établissements 13.000, le Conseil de l'Ordre est dans un premier temps favorable avant de présenter subitement, lors d'une seconde réunion, une « opposition de fond » : « Le conseil national est tout à fait opposé au fait qu'un contrat de travail puisse lier un praticien à une société commerciale [...] Ses représentants préféreraient que la santé soit retirée des missions concédées et que sa gestion continue d'être assurée directement par l'administration pénitentiaire. Tout au plus, accepteraient-ils que le suivi médical et la dispensation des soins soient confiés à une organisation caritative reconnue, type Croix-Rouge »<sup>2</sup>. Le président du Conseil de l'Ordre, Louis René, intervient en ce sens auprès du Conseiller technique du garde des Sceaux, Philippe Chemithe<sup>3</sup>. La DGS partage d'ailleurs cette position puisqu'elle estime que cette seconde solution « éviterait de s'engager sur la voie nouvelle et dangereuse consistant à admettre le salariat de médecins par des sociétés commerciales, sociétés qui auraient de

<sup>1</sup> Alain Blanc, responsable de la sous-direction de la réinsertion de 1985 à 1995. Entretien le 19/04/2007, 3H.

<sup>2</sup> Lettre de la DGS au garde des Sceaux du 19/04/1989. Archives internes DGS.

<sup>3</sup> DGS, compte-rendu du groupe de travail relatif au fonctionnement du service médical des établissements pénitentiaires du programme « 13.000 » du 24/03/1989 Document manuscrit. Archives internes DGS.

surcroît financièrement intérêt à ce que les prestations ou en tous cas les prescriptions soient les plus réduites possibles »<sup>1</sup>.

Tandis que la mission éducative est retirée au dernier moment du cahier des charges, suite à l'intervention du secrétaire général du SNEPAP auprès de Philippe Chemithe, la fonction santé, beaucoup plus coûteuse, est finalement maintenue. « J'ai été le voir [Chemithe] en disant : "Il ne faut pas que les socio-éducatifs soient donnés au privé parce que justement, ils font partie de l'essence même de la peine". Il était d'accord là-dessus et ils ont modifié le secteur de l'appel d'offre en excluant la partie socio-éducative. Ça a été facile à obtenir. Il faut dire que la santé, c'était pas une petite part du marché alors que les socio-éducatifs ça coûtait nettement moins cher »<sup>2</sup>. Outre des motifs économiques, la délégation de la santé n'apparaît pas, pour les membres de l'Administration pénitentiaire, comme l'aspect le plus choquant du « Programme 13.000 ». Considérant que « c'était pas pour la santé que c'était le plus révoltant », Alain Blanc alors responsable de la sous-direction de la réinsertion estime qu'il s'agit d'« une ouverture mais [...] pas une garantie »<sup>3</sup>. Selon un conseiller de Pierre Arpaillange, les établissements à gestion semi-privée contribuèrent à remettre en cause l'idée, déjà affaiblie, que la prise en charge sanitaire des détenus relèverait du ministère de la Justice :

*« L'organisation de la santé en prison repose non pas sur des médecins, comme la logique le veut, mais sur des représentants de l'administration pénitentiaire : magistrats, administrateurs civils et directeurs d'établissement. Curieusement, il revient à cette institution, de financer, de structurer et de gérer le dispositif des soins. Elle exerce un métier qui n'est pas le sien et qui s'écarte des missions fondamentales qui lui incombent, c'est à dire la garde et la préparation de la sortie sans récidive, de détenus qui rencontrent des problèmes de santé inquiétants »<sup>4</sup>.*

Fruit de la politique sécuritaire menée par un gouvernement de droite, le « Programme 13.000 » est pensé par la gauche comme une étape supplémentaire dans le décroisement de la médecine pénitentiaire. Pour s'assurer que les opérateurs privés s'acquittent bien de leur mission, les responsables de la DAP imposent, comme le suggère ici un magistrat du SM alors Conseiller technique du ministre de la Santé pour les questions judiciaires, de nombreuses contraintes, en matière de moyens, dans les clauses du cahier des charges<sup>5</sup> : « En 86, ça a été très critiqué le fait que la santé puisse passer au privé. Et c'est pour ça qu'à l'époque Alain [Blanc], qui était à la Pénitentiaire, avait rédigé des charges tellement lourdes

<sup>1</sup> Lettre de la DGS au garde des Sceaux du 19/04/1989. Archives internes DGS.

<sup>2</sup> Philippe Pottier, éducateur pénitentiaire depuis 1975, secrétaire général du SNEPAP de 1978 à 1988 et fondateur de la COSYPE. Entretien réalisé le 27/12/2007, 2H.

<sup>3</sup> Alain Blanc, responsable de la sous-direction de la réinsertion de 1985 à 1995. Entretien le 19/04/2007, 3H.

<sup>4</sup> THIBAUT Philippe Michel, *Le défi des prisons "privées"*, Paris, Albin Michel, 1995, pp.174-175.

<sup>5</sup> Tandis qu'en matière de maintenance, de restauration ou de travail, seules des obligations de résultats sont imposées aux groupements, des obligations de moyens, notamment en termes d'effectifs, sont définies par la DAP en matière de santé sous la forme de cahiers des charges.



que c'était... »<sup>1</sup>. C'est ce que confirme l'ancien sous-directeur de la réinsertion : « Tout de suite on s'est dit : "C'est le privé ? Et bien d'accord. Mais quitte à ce que ce soit le privé, autant leur imposer des ratios !" »<sup>2</sup>. La DAP voit dans le « Programme 13.000 » l'opportunité de mettre en œuvre certaines préconisations du ministère de la Santé, comme par exemple une distribution des psychotropes sous forme sèche, en lieu et place de la dilution. « Il me semble opportun de prendre en compte les propositions que l'IGAS avait présentées dans un rapport de 1986 et qui n'ont pu recevoir d'application jusqu'ici faute de personnels qualifiés et en nombre suffisant » note ainsi le Directeur de l'Administration pénitentiaire<sup>3</sup>.

L'Administration pénitentiaire met également en place à cette occasion de nombreux dispositifs de contrôle afin d'assurer le respect du cahier des charges. Le médecin-coordonateur de chaque établissement est ainsi chargé de transmettre chaque mois un bilan de l'activité de l'infirmerie à la DAP. De nouveaux outils de contrôle sont élaborés par le Bureau de l'Action sanitaire et de la toxicomanie (GB3)<sup>4</sup>, nouvellement créé au sein de l'Administration pénitentiaire<sup>5</sup>. Un rapport annuel, enfin, est rédigé chaque année à l'aide des comptes-rendus mensuels remis par les médecins coordinateurs de chaque établissement. Pour la première fois s'amorce un système de contrôle et de gestion de l'organisation des soins en prison. « La gestion par le privé du travail, de la formation et surtout de la santé va-t-elle enfin pouvoir permettre à ces secteurs de se développer ? », s'interroge *La Croix* le 13 juillet 1990 à l'occasion de l'ouverture des premiers établissements. Placée sous la responsabilité d'entrepreneurs privés, l'organisation des soins en prison est l'objet d'une opération de modernisation et de rationalisation, aussi bien du fait des acteurs privés que publics.

## ***2. La « boîte noire » de la médecine pénitentiaire à l'épreuve de la rationalisation de l'organisation des soins***

*« La première réforme bien avant 94 a consisté avec le fameux "Programme 13.000", d'abord, à créer des services médicaux j'allais dire polyvalents [...] Puisque ça a été décloisonné complètement, on s'est dit : "On va mettre en place un vrai service médical. Avec des médecins temps plein, un psychiatre, un généraliste, des infirmiers. Et surtout un vrai service pharmaceutique avec un pharmacien, des préparateurs*

<sup>1</sup> Jean-Paul Jean, magistrat, Conseiller technique du ministre de la Santé de mai 1988 à mai 1991 puis Conseiller technique des ministres de la Justice de mai 1991 à avril 1992. Entretien réalisé le 6/07/2005, 2H.

<sup>2</sup> Alain Blanc, responsable de la sous-direction de la réinsertion de 1985 à 1995. Entretien le 19/04/2007, 3H.

<sup>3</sup> Lettre du DAP, Jean-Pierre Dintilhac, au Bureau de l'action sanitaire et à IGAS, « Projet de circulaire sur la délivrance des médicaments dans les établissements pénitentiaires du programme 13 000 », 29 juin 1990 (IGAS/2002/001 Carton n°4)

<sup>4</sup> Voir les fiches de contrôle qualité santé et le tableau régional santé du *Manuel des procédures de contrôle et de suivi de l'exécution des marchés de fonctionnement* du 3/10/1991. Bibliothèque DAP.

<sup>5</sup> Cf. Annexe 1 : « Présentation de l'Administration pénitentiaire ».

*en pharmacie qui véritablement...". Voilà, c'est là où on a essayé de remédier à toutes les lacunes du système [...] On était beaucoup parti du rapport de l'IGAS. A partir des préconisations qu'ils nous avaient faites »<sup>1</sup>.*

La réforme de 1983 inaugure le droit de regard du ministère de la Santé sur l'organisation des soins en prison. Celui-ci reste cependant limité à un pouvoir de contrôle et d'inspection. En dépit de l'existence du Comité Santé/Justice, la médecine pénitentiaire repose encore sur des principes formulés il y a bien longtemps. Bien que placée sous la seule responsabilité du ministère de la Justice, la mise en œuvre du « Programme 13.000 » s'effectue d'emblée sous le regard des services de la Santé, du fait des liens établis entre administrations. En témoigne la rédaction du cahier des charges ayant lieu entre 1987 et 1989<sup>2</sup>. Bien que n'ayant pas été saisi formellement, ce que regrette la DGS, le ministère de la Santé formule alors un certain nombre de recommandations sur le chapitre « santé », « très court, insuffisant et rédigé trop vite »<sup>3</sup>. Pièce spécifique pour le cabinet dentaire ou pour le stockage des médicaments, infirmerie équipée de lits, dossiers médicaux semblables à ceux de l'Assistance publique, concertation avec les DDASS : le ministère de la Santé propose de nombreuses modifications au projet<sup>4</sup>. Même au niveau local, les DDASS apportent leur contribution à la planification des nouveaux établissements. Ayant pris connaissance du projet de l'équipe médicale de la future M.A de Villepinte, le MISP de Seine-Saint-Denis suggère une « intégration au système de santé local pour faciliter l'accessibilité des détenus aux équipements sanitaires et sociaux existants et favoriser la continuité des soins », notamment avec les services de psychiatrie et de toxicomanie ou avec l'établissement hospitalier local<sup>5</sup>. Commentant le temps de présence médicale (1h30 par place et par an), il recommande d'ajouter un temps supplémentaire « non clinique » destiné à assurer les tâches administratives.

La participation du ministère de la Santé à la mise en place des nouveaux établissements est, d'autre part, plus formelle dans le cadre de l'évaluation des candidatures réalisée en novembre 1987. Le groupe santé-hygiène formé à l'occasion est composé, outre un magistrat, d'une infirmière pénitentiaire et d'un psychiatre SMPR, du Dr Tchériatchoukine de l'IGAS, et de deux MISP. Ces derniers remarquent, lors de l'évaluation, les carences du cahier des charges de l'appel d'offre : « Il se fondait, en effet, essentiellement, sur le fonctionnement actuel des établissements pénitentiaires sans prévoir d'évolutivité des normes. Ce qui conduit à une insuffisance grossière de personnel médical et paramédical [...] Les locaux et matériels

<sup>1</sup> Jacques, magistrat chargé de la réglementation sanitaire de 1982 à 1989. Entretien réalisé le 11/01/2008, 3H30 (Souligné par nous).

<sup>2</sup> On s'appuie ici sur les archives internes non-versées de la DGS consultées au ministère de la Santé.

<sup>3</sup> Note de la DGS à Monsieur le Chef de l'IGAS datée du 29/09/1987. Archives internes DGS.

<sup>4</sup> Lettre du ministère de la Santé au garde des Sceaux datée du 13/11/1987. Archives internes DGS.

<sup>5</sup> Avis du médecin inspecteur de la santé publique sur le projet de M.A de 600 places à Villepinte daté du 12/11/1987. Archives internes DGS.

prévus apparaissent peu réalistes, à la fois au plan des surfaces nécessaires et du recours à des techniques dépassées en particulier dans le domaine de la radiologie »<sup>1</sup>. Afin d'évaluer les projets, le groupe rédige deux grilles de notation, l'une en matière de santé et l'autre relative à l'hygiène. Les futurs établissements sont jugés sur les critères des établissements de santé les plus modernes.

La plupart des douze candidatures se révèlent très fragiles, souvent « bâclées »<sup>2</sup>. Un projet prévoit la mise en place d'un dépistage obligatoire du sida, un autre annonce le transfert systématique des patients en hôpital à la charge de l'Administration pénitentiaire. Beaucoup sont qualifiés d'« irréalistes », l'un prévoyant par exemple la présence d'un seul infirmier au lieu de sept tandis qu'un autre envisage le recours à du personnel bénévole. Ce travail d'évaluation permet également de mettre à jour les propositions les plus innovantes en matière de prise en charge médicale des détenus. Un projet prévoit la présence d'un cardiologue ainsi qu'une formation pour tous les personnels sanitaires, un autre annonce la présence d'un interne de nuit<sup>3</sup>. Deux projets s'avèrent très satisfaisants dont celui de Dumez jugé « remarquable, innovant et cohérent avec l'ensemble du traitement pénal ». Il propose la mise en place d'un coordinateur médical sur toute la zone. Les effectifs en personnel dépassent « largement » le cahier des charges<sup>4</sup>. Enfin, il repose sur une collaboration avec « Hôpitaux de Paris International », filiale de l'Assistance publique de Paris.

Le ministère de la Santé est associé de façon beaucoup plus étroite à la conception des nouveaux établissements à partir de septembre 1988, date à laquelle un groupe de travail est consacré à cette question au sein du Comité Santé/Justice réactivé depuis peu. Outre un magistrat, une infirmière et un médecin pénitentiaires, y assistent un inspecteur de l'IGAS et plusieurs membres de la DGS, notamment du Bureau 3A de la Sous-direction de l'organisation des soins. Au sein du groupe de travail est mis en place un projet de « comité santé » au sein de chaque établissement 13.000, devant réunir le personnel médical de l'établissement, et d'une « commission consultative médico-administrative » réunissant les différentes administrations locales en charge de la santé<sup>5</sup>. La DGS s'avère, au cours des négociations, très soucieuse du statut des personnels sanitaires. En attestent les propos d'un

<sup>1</sup> Compte rendu de la MISP de la DDASS de l'Essonne sur la Commission d'appel d'offre pour les prisons privées. 16/01/1988. Archives internes DGS.

<sup>2</sup> Ces informations sont extraites des synthèses d'évaluation trouvées dans les archives de la DGS internes.

<sup>3</sup> En dehors de quelques très grands établissements, les prisons ne disposent pas de personnel médical la nuit. Cette question fait encore débat aujourd'hui.

<sup>4</sup> C'est en partie parce que l'enveloppe budgétaire ne recouvrait pas les dépenses que HPI et Dumez se sont retirés du marché en question par la suite.

<sup>5</sup> DGS, compte rendu du groupe de travail relatif au service médical des nouveaux établissements pénitentiaires du programme « 13.000 » du 18/10/1988. Document manuscrit. Archives DGS internes.

membre du Bureau 3A retranscrits dans les notes d'une réunion : « Le salariat crée un problème de dépendance ; problème de la liberté de prescription »<sup>1</sup>.

Comme gage d'indépendance, le ministère de la Santé réussit à obtenir l'élaboration d'un contrat-type par le Conseil de l'Ordre censé « garantir l'indépendance des praticiens face aux multiples interlocuteurs (Justice, opérateurs privés, gestionnaires des questions sanitaires) », avant que ce dernier ne se rétracte<sup>2</sup>. Le ministère de la Santé est, d'autre part, très soucieux de la dotation en personnel sanitaire des nouveaux établissements : « Il y a tout lieu de redouter que le ministère de la Justice ne retienne qu'un personnel médical et paramédical en nombre assez restreint dans les centres de détention. Il faudra veiller à l'introduction de clauses permettant le remplacement du personnel durant ses congés »<sup>3</sup>. Le ministère de la Santé se heurte cependant aux réticences de l'Administration pénitentiaire à communiquer le cahier des charges définitif fixant le nombre d'heures allouées au personnel, document finalement transmis en décembre 1988.

Sans détailler précisément le contenu de chaque équipe médicale, précisons que le cahier des charges impose pour les Centres pénitentiaires (CP) de six cents détenus un généraliste temps plein, un mi-temps psychiatre, un infirmier psychiatrique et quatre infirmiers<sup>4</sup>. Les Maisons d'arrêt (M.A) de six cents détenus, dotées initialement de centres pour toxicomanes, sont mieux pourvues avec un généraliste temps plein, un mi-temps psychiatre, deux infirmiers psychiatriques, quatre infirmiers, un aide-soignant et deux psychologues. Les établissements sont en outre dotés de secrétaires médicaux mettant ainsi fin au recours aux détenus et aux surveillants-auxiliaires. Les professionnels de santé pénitentiaires, jusque-là isolés et surchargés de travail, cèdent le pas à des équipes médicales structurées. Ce personnel initialement défini selon la capacité théorique des établissements est finalement calculé, à la demande du ministère de la Santé, « en fonction du nombre réel de détenus, ceci afin d'éviter les surcharges de travail produites par la suroccupation des prisons »<sup>5</sup>. Les nouveaux établissements disposent, en outre, de locaux neufs et spacieux dont un cabinet dentaire et une salle de radiologie.

Tous ces moyens semblent avoir été mis en place, comme le souligne le rapport d'évaluation annuel de l'Administration pénitentiaire de 1991 : « Il apparaît que les moyens mis en place

<sup>1</sup> DGS, prises de notes manuscrites lors de la réunion du 8/11/1989 du groupe de travail relatif au fonctionnement médical des prisons « 13.000 ». Archives internes DGS.

<sup>2</sup> DGS, compte rendu du groupe de travail relatif au service médical des nouveaux établissements pénitentiaire du programme « 13.000 » du 8/11/1988. Document manuscrit. Archives internes DGS.

<sup>3</sup> DGS, compte rendu du groupe de travail relatif au service médical des nouveaux établissements pénitentiaire du programme « 13.000 » du 7/10/1988. Document manuscrit. Archives internes DGS.

<sup>4</sup> DAP, « Les effectifs du service médical dans les établissements du programme 13.000 », 01/1989. Bibliothèque DAP.

<sup>5</sup> Note DGS au Conseiller technique du ministre de la Santé datée du 20/01/1989. Archives internes DGS.

tant en personnel qu'en matériel, sensiblement supérieurs à ceux dont sont généralement dotés la plupart des établissements classiques, permettent dans chaque établissement le fonctionnement d'un service médical de qualité »<sup>1</sup>. C'est particulièrement le cas dans la zone Nord confiée à GEPSA où un projet médical fut rédigé par un ancien urgentiste, le Dr Dominique Mynard, avec l'aide du Dr Xavier Emmanuelli, médecin-chef à la prison de Fleury-Mérogis. Une généraliste recrutée comme médecin-coordonateur de la M.A de Villepinte, avant de devenir directrice médicale de GEPSA, expose les conditions de travail très favorables :

*« Leur idée, c'était quand même de faire faire un bond à la médecine pénitentiaire, de faire évoluer les choses. Et je me suis rendue compte qu'il y avait des moyens [...] Moi, je n'ai jamais été limitée sur mes dépenses. Je peux même vous dire qu'à l'époque où l'accès à la trithérapie était limité à l'extérieur... Je ne dis pas dans des prisons, je dis bien à l'extérieur... On passait directement par les labos [...] On avait notre propre pharmacie gérée par un pharmacien. On avait un préparateur en pharmacie. Au début on avait un plein temps, puis après on a eu un plein temps et demi. On passait commande auprès des laboratoires et on avait des tarifs préférentiels [...] On avait un plein temps et demi de médecin généraliste [au lieu d'un]. On avait ajouté pour la qualité des soins un plein temps d'assistant dentaire. On a rajouté un mi-temps de préparateur en pharmacie [...] Au niveau des cabinets dentaires, on était au-delà des normes. C'est-à-dire que pour la stérilisation, on avait mis un appareil qui n'est, je crois, toujours pas obligatoire à l'extérieur. C'était la souplesse du privé, il suffisait de convaincre le patron que c'était utile et on l'obtenait »<sup>2</sup>.*

Outre les moyens mis à disposition, le « Programme 13.000 » constitue sans nul doute une amélioration de la qualité des soins du point de vue de la déontologie médicale. Si la distribution des médicaments est désormais confiée aux infirmières, c'est non seulement en raison des moyens mis en place mais également du fait de la volonté des nouveaux directeurs médicaux soucieux de l'éthique médicale<sup>3</sup>. De même dans l'objectif de responsabiliser les patients, il est mis fin dans certaines zones, comme celle gérée par GEPSA, à la forme diluée des médicaments, rendant ainsi plus concrète la notion de « responsabilité du patient vis-à-vis de son propre corps »<sup>4</sup>. L'instauration de nouvelles règles du jeu s'explique par le fait que les médecins-chefs nouvellement arrivés ignorent tout du système pénitentiaire et de sa médecine dont ils souhaitent se distinguer. Le directeur médical de GEPSA, le Dr Dominique Mynard, élabore une charte déontologique qui stipule que « la dénomination "médecine pénitentiaire" n'est pas conforme à l'éthique médicale. Seules les contraintes imposées par l'environnement pénitentiaire permettent d'identifier cette pratique médicale particulière »<sup>5</sup>. De même est mis

<sup>1</sup> DAP, Programme 13.000. Rapport de fonctionnement 1991. Bibliothèque DAP.

<sup>2</sup> Sylvie, médecin-chef à la M.A de Villepinte de 1991 à 1997 puis Directeur médical de la zone Nord GEPSA. Entretien réalisé le 17/06/2005, 2H50.

<sup>3</sup> AKRICH Madeleine, CALLON Michel, « L'intrusion des entreprises privées dans le monde carcéral français : le programme 13000 » dans ARTIERES Philippe, LASCOUMES Pierre, (dir.), *Gouverner, enfermer. La prison, un modèle indépassable ?*, Paris, Presses de Sciences Po, 2004, p.303

<sup>4</sup> MYNARD Dominique, « Administration des médicaments en milieu pénitentiaire : une évolution possible », document de travail GEPSA, 18/07/1990 (CAC. 20020140. Art.13 : Rapport IGAS sur les médicaments en milieu carcéral).

<sup>5</sup> « Pour un guide de conduite éthique et déontologique » in DAP, *Soigner absolument ! Pour une médecine sans rupture entre la prison et la ville*, actes du colloque des 4 et 5 avril, Paris, 1992, p.11.

fin à l'usage selon lequel les praticiens assuraient le soin des détenus, explique un cadre de GEPSA devenu Directeur général : « Contractuellement ça n'était pas dû et parce que, pour des raisons déontologiques, ils considéraient que leurs patients étaient des détenus et le fait de ne pas soigner le personnel était un élément important pour pouvoir être en confiance avec les patients et établir une relation médicale qui ne soit pas perturbée par le contexte carcéral »<sup>1</sup>. L'utilisation des psychotropes dans un objectif de maintien de l'ordre cède le pas, selon Madeleine Akrich et Michel Callon, à une politique de « démedicalisation » avec un recours moindre à la pharmacopée<sup>2</sup>.

Ce renouveau des pratiques professionnelles se heurte néanmoins à plusieurs contraintes carcérales. En dépit de la nouvelle dotation en personnel, les exigences pénitentiaires rendent difficile la distribution individualisée de tous les médicaments sous forme sèche, si l'on en croit cette note du responsable médical de la zone Est : « Effectivement le mélange est aberrant d'un point de vue pharmaceutique et médical. Toutefois, il sera inévitable lorsque les prisons auront leur effectif au complet en raison du problème technique de préparation et de distribution »<sup>3</sup>. L'autonomisation des praticiens travaillant en prison se traduit par des tensions entre les groupements privés et l'Administration pénitentiaire, du fait des enjeux liés aux questions de santé. En témoigne le directeur de GEPSA :

*« C'est vrai que ça été la question la plus délicate, et c'est là où il y a eu le plus d'enjeux de pouvoir avec les directeurs d'établissements pénitentiaires au moment de la mise en place. Parce que la santé pouvait être dans certains cas un instrument parmi d'autres de régulation de la détention ou une source d'information pour le chef d'établissement. Il y avait sans doute certaines habitudes qui étaient prises... La modernité exigeait que ça change [...] Et donc certains directeurs auraient bien aimé parfois que le médecin fasse un effort pour la paix sociale et quand il y a des médecins qui ne voulaient pas la faire, on a eu des situations où le ton est monté [...] Par exemple, le fait que le personnel insistait pour avoir le signalement des détenus contagieux... Sachant que la position des services médicaux c'était : "Je vous signale les mesures de précautions qui sont à prendre mais jamais je ne vous dirai si c'est la tuberculose ou la galle ou autre chose". En plus, c'était au moment où il y avait toute une psychose sur le sida et le VHC au début des années quatre-vingt-dix »<sup>4</sup>.*

Certaines questions sensibles sont à l'origine d'affrontements entre l'Administration et les praticiens. C'est par exemple le cas des certificats médicaux de compatibilité avec le placement en quartier disciplinaire. Soucieux d'apporter son soutien aux médecins placés sous sa responsabilité, le directeur de GEPSA admet la position inconfortable dans laquelle se trouve le praticien dans de telles situations : « C'est vrai que par rapport au Code de déontologie et par rapport à la relation entre le médecin et son patient, c'est vrai que c'est gênant ! C'est gênant, parce qu'en délivrant un certificat qui permet de mettre le type au

<sup>1</sup> Hervé Dubost-Martin, cadre de GEPSA devenu DG en 1995. Entretien réalisé le 24/06/2005, 2H20.

<sup>2</sup> AKRICH Madeleine, CALLON Michel, « L'intrusion des entreprises privées... », *art.cit.*, p.308.

<sup>3</sup> Lettre du directeur des Hôpitaux de Paris International à M. De Véricourt, PDG de GEPSA, du 24/08/1990 (CAC. 20020140. Art.13).

<sup>4</sup> Hervé Dubost-Martin, cadre de GEPSA devenu DG en 1995. Entretien réalisé le 24/06/2005, 2H20.

mitard, le médecin s'associe à une procédure qui est totalement disciplinaire »<sup>1</sup>. Si la plupart des altercations sont réglées par le biais de rapports très fréquents entre les directeurs pénitentiaires et les groupements privés, ils peuvent parfois prendre une dimension plus importante.

C'est le cas à Villepinte où exerce depuis 1991 une généraliste, auparavant libérale, très attachée au respect de l'éthique médicale et refusant de signer les certificats médicaux de compatibilité ou de procéder à des injections destinées à calmer certains détenus agités<sup>2</sup>. L'arrivée en 1993 d'un nouveau directeur moins conciliant se traduit par un important blocage. « C'était conflictuel partout, si ce n'est que dans cet établissement ça a pris des proportions démesurées », reconnaît le médecin en question. Suite à des pressions (« Je crois que c'est allé jusqu'au garde des Sceaux. Parce qu'ils voulaient absolument se débarrasser de moi »), la direction de GEPSA propose au praticien d'être affectée dans un autre établissement. Face à son refus, on la menace de licenciement. Grâce à l'intervention d'un JAP, elle apprend alors « qu'il était urgent de ne rien faire », le directeur étant sur le point d'être muté : « Et c'est effectivement ce qu'il s'est passé. Quand je suis revenue, c'était encore l'ancien directeur et puis un nouveau directeur est arrivé et avec lui les choses se sont totalement apaisées ».

Dotés d'une autonomie accrue, les médecins échappent très largement au contrôle de l'Administration pénitentiaire<sup>3</sup>. C'est ce dont atteste un incident survenu au sujet du comportement d'un autre praticien du groupe GEPSA<sup>4</sup>. Informé par le directeur du CP de Longuenesse, le DRSP de Lille attire en juillet 1992 l'attention du directeur général de la société sur le comportement du médecin-chef de l'établissement. Ce dernier aurait, au cours d'une réunion, provoqué une « altercation » au sujet de la libération de deux détenus libérés sans que le service médical en soit informé<sup>5</sup>. Dans sa réponse à l'Administration pénitentiaire, le DG fait valoir qu'il ne s'agit que « d'un conflit de personnes ne mettant pas en cause le bon fonctionnement du service médical. Il leur appartient donc de régler ensemble ce problème, dont ni vous ni moi-même, nous ne devrions avoir eu connaissance »<sup>6</sup>. Plus qu'un conflit de personnes, l'altercation serait en partie liée, selon une note interne de la société, au refus des médecins de « rédiger les certificats médicaux demandés par le Chef d'établissement »<sup>7</sup>. Un

<sup>1</sup> Hervé Dubost-Martin, cadre de GEPSA devenu DG en 1995. Entretien réalisé le 24/06/2005, 2H20.

<sup>2</sup> Sylvie, médecin-chef à la M.A de Villepinte de 1991 à 1997 puis Directeur médical de la zone Nord GEPSA. Entretien réalisé le 17/06/2005, 2H50.

<sup>3</sup> En vertu du décret du 31 juillet 1987, l'habilitation nécessaire pour exercer en milieu carcéral ne peut être retirée que pour des raisons graves et cela suppose une démarche administrative susceptible de recours.

<sup>4</sup> On s'appuie ici sur les archives du cabinet Méhaignerie saisi de cette question (CAC. 19950466. Art.44).

<sup>5</sup> Lettre de la DRSP de Lille à J. Schmelck, DG de GEPSA, datée du 30/07/1992 (CAC. 19950466. Art.44).

<sup>6</sup> Lettre de J. Schmelck, DG de GEPSA, au DRSP de Lille du 25/08/1992 (CAC. 19950466. Art.44).

<sup>7</sup> Note interne de la société GEPSA du directeur général délégué datée du 18/02/1993 (CAC. 19950466. Art.44).

mois plus tard, le directeur de l'Administration pénitentiaire intervient directement auprès du PDG de GEPSA, auquel il fait part de « vives préoccupations » quant au comportement du praticien et lui demande de « bien vouloir faire procéder dans les meilleurs délais au remplacement de ce praticien »<sup>1</sup>. Le DG déclare en retour être « très étonné par [cette] requête », les problèmes de personnel étant de la seule compétence du groupement privé. Le conflit s'aggrave quelques mois plus tard quand, suite à la suppression du poste de directeur santé au siège de GEPSA, le médecin-chef de Longuenesse est nommé médecin-coordonateur de la zone Nord. Le DAP décide en effet de refuser la demande d'habilitation du praticien en raison de « manquements à certaines dispositions du Code de procédure pénale »<sup>2</sup>. Le DG de la société émet alors un recours auprès de Philippe Léger, directeur de cabinet du garde des Sceaux. Remarquant qu'au terme du cahier des charges « la notification au co-contractant du refus ou du retrait d'habilitation d'un agent est écrite : elle mentionne les éléments de droit ou de fait qui motivent la décision administrative » (CCATP article 38-2), le DG de GEPSA se demande pourquoi l'Administration pénitentiaire n'a jamais effectué une demande de retrait d'habilitation auparavant si celle-ci était justifiée<sup>3</sup>.

Cette altercation illustre la perte de contrôle, issue du « Programme 13.000 », que l'Administration pénitentiaire était habituée à exercer à l'égard des praticiens. Le renouvellement du personnel et les nouvelles méthodes de travail impliquent un dessaisissement de la DAP de certaines prérogatives clefs dans le fonctionnement de la détention. C'est notamment le cas de la distribution des médicaments qui permettait éventuellement aux surveillants qui en étaient chargés d'exercer des pressions à l'égard de certains détenus<sup>4</sup>. La décision de confier aux infirmières la distribution des médicaments transforme les rapports de pouvoir entre personnels sanitaires et surveillants. « De maîtres du jeu, ils se transforment en simples gardes du corps », soulignent deux sociologues dans leur étude du « Programme 13.000 »<sup>5</sup>.

L'apparition des établissements à gestion semi-privée a permis un meilleur respect de la déontologie médicale du fait de l'autonomie conférée au personnel sanitaire au regard de la direction pénitentiaire. En revanche, il n'en fut pas de même à l'égard des groupements

<sup>1</sup> Lettre de J.C Karsenty, DAP, à J. Gabriel, PDG de GEPSA, datée du 9/11/1992 (CAC. 19950466. Art.44).

<sup>2</sup> Lettre de J-C. Karsenty, DAP, à J. Schmelck, DG de GEPSA, datée du 6/05/1993 (CAC. 19950466. Art.44).

<sup>3</sup> Lettre de J. Schmelck auprès de Philippe Léger, directeur de cabinet du garde des Sceaux, datée du 11/05/1993.

<sup>4</sup> Une psychiatre médecin-chef du SMPR de Rouen ayant rédigé l'arrêté fixant le règlement intérieur des SMPR rappelle les enjeux de pouvoir que revêtait la distribution des fioles de psychotropes en détention ces derniers ayant une fonction d'échange : « "Si tu me dis ce qui s'est passé cet après midi à l'atelier, je te la donne, sinon je te la donne pas !" ». Donc, ils [les surveillants] avaient un pouvoir de maîtrise phénoménal ! C'est à dire qu'ils avaient une maîtrise, notamment sur les toxicomanes qui avaient une dépendance et qui sont totalement dépendants de leur traitement et qui donc étaient prêts à dire n'importe quoi pour avoir leur fiole » (Lucie, psychiatre, membre de la DGS de 1985 à 1988, médecin-chef du SMPR de Rouen de 1989 à 1996 et membre de la DGS de 1994 à 1996. Entretiens réalisés les 2/02/2006 et 5/05/2006, 4H et 2H45).

<sup>5</sup> AKRICH Madeleine, CALLON Michel, « L'intrusion des entreprises privées... », *art.cit.*, p.303.



gestionnaires, plusieurs fois accusés d'avoir limité les prescriptions médicamenteuses. L'attitude des opérateurs privés en matière pharmaceutique varie fortement d'une région à une autre. De même que dans la zone Nord, où l'accès au médicament était facilité, un médecin ayant travaillé à l'établissement de Luynes (zone Sud) déclare ne s'être jamais heurté à des restrictions budgétaires :

*« Je peux pas vous donner de chiffres, mais dans le système privé on n'était pas limité par le catalogue de l'Assistance publique. L'Assistance Publique fonctionne à partir d'un catalogue de médicaments qui sont remboursés par la Sécurité sociale. On ne peut pas sortir de ce catalogue. Dans le système privé, on pouvait prescrire des médicaments hors nomenclature, c'est-à-dire des médicaments remboursés à 20%, voire pas remboursés du tout. Donc, on avait un peu plus de choix que dans le système public. On avait un accès très facile aux médicaments »<sup>1</sup>.*

Toutefois certains opérateurs ont parfois été amenés à limiter certaines prescriptions, notamment en matière de traitements VIH du fait de leur coût. En témoigne la lettre d'un MISP alertant l'IGAS au sujet des problèmes survenus dans une M.A de la zone Sud suite à l'arrivée d'un médecin hospitalier effectuant des prescriptions coûteuses : « Le responsable privé estime qu'il ne peut accepter une telle évolution financière liée à une évolution des pratiques. Or, il est nécessaire que les prescriptions soient effectivement suivies [...] Actuellement, le médecin qui en a fait la demande n'a pas obtenu satisfaction. Dans quelle mesure peut-on obliger le privé à faire une telle acquisition et à délivrer les traitements puisque son intérêt financier est plutôt de faciliter les extractions ? »<sup>2</sup>. C'est ce que confirme une étude consacrée à la santé en prison au sujet d'un autre établissement<sup>3</sup>. Il s'agit là d'un « effet pervers » du cahier des charges, en vertu duquel les journées d'hospitalisation donnant lieu à un « acte lourd » (K80 en chirurgie, B100 en biologie et Z50 en radiologie) étaient à la charge de la DAP. Ces seuils étant bas, cela concernait la quasi-totalité des hospitalisations, les opérateurs étant ainsi incités à hospitaliser les détenus.

La mise sur le marché des traitements AZT, pris en charge par les groupements privés dans la limite de 6% de la population pénale, pose avec acuité la question de la rentabilité des contrats. Cette charge financière aurait été accrue par une pratique développée par la DAP consistant à affecter les détenus malades vers les établissements 13.000 afin de leur transférer délibérément ce coût<sup>4</sup>. C'est dans ce contexte que les Hôpitaux de Paris international, prestataire de service en charge du secteur médical pour la zone Est, se retire du marché de

<sup>1</sup> Julien, généraliste aux Baumettes de 1992 à 1996 puis à Luynes de 1996 à 1999 puis médecin-chef de la M.A de Salon de Provence de 1999 à 2000. Entretien réalisé le 21/02/2006, 1H40.

<sup>2</sup> Lettre d'un MISP à l'IGAS du 12/08/1991. 19950229. Art.2. IGAS.

<sup>3</sup> BERUT-BERSIER Evelyne, *La santé en milieu carcéral*, op.cit., p.125.

<sup>4</sup> Jean-Paul Jean, magistrat, Conseiller technique du ministre de la Santé de mai 1988 à mai 1991 puis Conseiller technique des ministres de la Justice de mai 1991 à avril 1992. Entretien réalisé le 6/07/2005, 2H.

fonctionnement en 1992<sup>1</sup>. La rentabilité quasi-nulle apparaît moins problématique pour les groupements où la prise en charge est globale, comme pour la zone Nord :

*« On était déficitaire sur la santé. Pas au début, bien sûr, mais on l'a été avec l'histoire du VIH. On était déficitaire mais ils gagnaient de l'argent sur autre chose. C'était compensé par le travail par exemple. Mais ça faisait partie, pas des blagues, mais des discussions en interne : "Tout est pour le médical !". Ils avaient vraiment l'impression qu'on était privilégié. Et j'avais des collègues qui me disaient : "Je bosse pour toi !". Parce qu'effectivement, c'étaient les autres services qui comblaient les pertes du médical. Ça devait être en 92/93 qu'on a eu les trithérapies et c'est vrai qu'on n'a jamais été limité sur les examens complémentaires [...] Mais il n'y a jamais eu de tentative de limitation des soins... Jamais, jamais, jamais ! Il y avait vraiment une volonté de bien faire, de bien soigner... Et de gagner l'argent ailleurs, effectivement, pour faire fonctionner le médical »<sup>2</sup>.*

Au final, la prise en charge de la santé par les établissements à gestion semi-privée semble avoir permis, malgré les pressions exercées dans quelques établissements, une nette amélioration de la qualité de la prise en charge médicale des détenus<sup>3</sup>. Si ce système a été considéré comme satisfaisant avant la réforme de 1994, qu'il a en partie rendu possible, il n'en fut pas de même lorsque le transfert au service public hospitalier est devenu effectif. En dépit d'un rapport préconisant le maintien de cette délégation, pouvant apparaître comme une émulation avec la prise en charge hospitalière, les pouvoirs publics décidèrent en 2001 d'étendre la loi de 1994 aux établissements « 13.000 » afin d'homogénéiser les services sanitaires en prison<sup>4</sup>.

---

Pour reprendre les termes de Madeleine Akrich et de Michel Callon, le « Programme 13.000 » se traduit par l'ouverture de la « boîte noire » de l'organisation des soins en prison<sup>5</sup>. Pensé comme une alternative au « décroisonnement » par le gouvernement de droite, le recours aux opérateurs privés devient, du fait de l'alternance de 1988, une étape supplémentaire dans la réorganisation de la médecine pénitentiaire. Mais plus qu'une simple

---

<sup>1</sup> HPI, filiale à 50% de l'Assistance publique de Paris, aurait également fait l'objet d'une mauvaise gestion interne ce qui expliquerait en partie cette décision. La société sera liquidée peu de temps après et fera l'objet d'un rapport de la Chambre régionale des comptes d'IDF (Communiqué APM, « Villefranche-sur-Saône : HPI ne veut plus assumer les soins médicaux de la prison "privée" », 29/04/1992).

<sup>2</sup> Sylvie, médecin-chef à la M.A de Villepinte de 1991 à 1997 puis Directeur médical de la zone Nord GEPSA. Entretien réalisé le 17/06/2005, 2H50.

<sup>3</sup> C'est la conclusion à laquelle aboutit également le rapport effectué par un groupe de travail de l'Ecole nationale d'administration en 1994 : « La délégation des prestations de santé a constitué une réponse appréciable aux insuffisances flagrantes de la santé en milieu carcéral [...] L'existence d'une fonction médicale autonome a permis une transformation des pratiques médicales au sein de l'établissement. La distribution des médicaments est systématiquement prise en charge par les infirmières et non plus par les surveillants. Le respect du secret médical est assuré avec davantage de vigueur » (ENA, *La gestion de nouveaux établissements pénitentiaires dans le contexte du programme pluriannuel pour la Justice*, Bilan de la promotion René Char, séminaire décembre 1994, p.7).

<sup>4</sup> FARGES Eric, *La gouvernance de l'ingérable. Quelle politique de santé publique en milieu carcéral ? Analyse du dispositif soignant des prisons de Lyon et perspectives italiennes*, op.cit, pp.61 et suiv.

<sup>5</sup> AKRICH Madeleine, CALLON Michel, « L'intrusion des entreprises privées... », art.cit., p.297.

amélioration de la qualité des soins, la délégation de la santé à des groupements privés a constitué une émulation pour l'ensemble de la médecine pénitentiaire. « En plaçant très haut le niveau de ses exigences contractuelles en matière de santé, l'Administration pénitentiaire s'est implicitement engagée à aligner l'ensemble de son système de soins sur les prestations offertes dans les établissements 13.000. Dans le cas contraire, l'inégalité créée entre les détenus serait en effet inacceptable », conclut un rapport des élèves de l'ENA sur la gestion mixte<sup>1</sup>.

Opposés idéologiquement au projet de « privatisation », les magistrats de l'Administration pénitentiaire proches du Syndicat de la magistrature ambitionnent de faire du « Programme 13.000 » un moyen permettant de transformer l'ensemble des établissements par le biais d'une émulation entre les deux systèmes<sup>2</sup>. « Le choc du programme 13.000 va ébranler tout le système pénitentiaire et le contraindre sous peine de devoir gérer "des prisons à deux vitesses", à entreprendre, une modernisation complète de ses structures et de ses modes opératoires », note un rapport de l'Administration pénitentiaire à ce sujet<sup>3</sup>. C'est notamment le cas en matière de santé, comme le confirme le compte-rendu d'une réunion du groupe de travail Santé/Justice consacrée aux prisons à gestion semi-privée : « Ces nouvelles prisons ne doivent pas être une exception parmi les établissements pénitentiaires, ce qui conduirait à des problèmes dans l'avenir pour la répartition des détenus dans l'un ou l'autre type d'établissement ; les autres établissements devront à plus ou moins longue échéance avoir les mêmes ratios de personnels »<sup>4</sup>.

La disproportion de moyens en matière de santé entre les établissements du parc classique et ceux à gestion semi-privée est flagrante<sup>5</sup>. Elle sera ainsi source de critique pour l'Administration pénitentiaire. Un militant de la cause carcérale s'étonne ainsi avant même l'ouverture des établissements « 13.000 » de cette différence de traitement imposée aux détenus : « Si tout cela est réalisable aux coûts prévus, il est permis de se demander pourquoi l'Etat ne généralise pas de tels moyens dans les autres établissements »<sup>6</sup>. Le nouveau dispositif de santé des prisons à gestion mixte amène l'Administration pénitentiaire à s'interroger sur les carences des établissements du parc classique. En témoigne cette note interne datant de 1990 : « La mise en place des établissements 13000 a permis un recalage des

<sup>1</sup> ENA, *La gestion de nouveaux établissements pénitentiaires...*, op.cit., p.7.

<sup>2</sup> C'est dans cet objectif que Pierre Arpaillange retire de la gestion semi-privée quatre établissements destinés à faciliter la comparaison entre les deux systèmes sur des bases comparables.

<sup>3</sup> Ministère de la Justice, *Nouvelles prisons – le programme 13.000*, 1990. Bibliothèque DAP.

<sup>4</sup> DGS, prises de notes manuscrites lors de la réunion du 27/01/1989 du groupe de travail relatif au fonctionnement médical des prisons « 13.000 ». Archives internes DGS.

<sup>5</sup> En 1992, le coût moyen des dépenses médicales pour un détenu s'élève à 12,50 francs par jour dans un établissement public classique contre 29 francs dans un établissement « 13.000 » (Chouquet Sylvie, « 2 737 500F : c'est le coût d'un détenu condamné à 30 ans », *Le quotidien de Paris*, 14/10/1993).

<sup>6</sup> DELTEIL Gérard, *Prisons : la marmite infernale*, Paris, Syros Alternatives, 1990, p.200.

ratios qui a été fait. Il existe des personnels médicaux et infirmiers (dans le 13.000, il semble y en avoir trop). Surpaye les médecins. Dans le programme classique, compte tenu du 13.000, il faut redéfinir les moyens en personnel infirmer et médical. Amélioration de la rémunération des personnels »<sup>1</sup>.

Les effets du « Programme 13.000 » rendus possibles par la mise en œuvre qui en a été faite explique que même des magistrats réticents à cette privatisation s'accordent à reconnaître en entretien, mais pas toujours publiquement, l'impact positif du « Programme 13.000 » sur l'ensemble de l'organisation des soins :

*« Alors les établissements "13.000" ont eu des conséquences très positives parce que ça a fait monter le niveau des normes en matière de santé. Ça a vraiment permis de faire avancer les choses et c'était prévisible. Comment l'Administration pouvait instaurer des normes pour le privé et ne pas se les imposer à elle-même... C'était évident que si l'Administration pénitentiaire voulait conserver son contrôle, il fallait augmenter les normes »<sup>2</sup>.*

*« Pour autant, je pense que la fonction santé a été bien assurée dans les prisons "13.000". Donc je n'ai pas craché dans la soupe... Euh... je l'ai peut-être fait une ou deux fois. Je n'ai pas pu m'en empêcher [rires] Ça a dû m'arriver un jour dans un article de journal. J'ai dû lâcher que je préférerais que ce soit le service public plutôt que les opérateurs privés... Mais pour autant j'avais pensé qu'ils s'en sortaient plutôt pas mal »<sup>3</sup>.*

Les propos de ce membre du Syndicat de la magistrature, amené à jouer un rôle important dans la réforme, traduisent la difficulté pour de nombreuses personnes ancrées politiquement à gauche à reconnaître les bienfaits de la réforme Chalendon. Symbole de la logique de privatisation voulue par la droite et tant critiquée par la gauche, les établissements « 13.000 » ont représenté un véritable progrès en matière de prise en charge sanitaire qu'il était pourtant difficile d'assumer pour ces magistrats. C'est pourquoi, ils développèrent un contre-projet fondé sur le service public hospitalier qui aboutit à la réforme de 1994.

<sup>1</sup> Lettre de la section des affaires économiques de la DAP aux sous directeurs du 24/08/1990 sur le bilan de la gestion 1988 et 1989, 3 pages dactylographiées. Archives internes DAP.

<sup>2</sup> Jean-Paul Jean, magistrat, Conseiller technique du ministre de la Santé de mai 1988 à mai 1991 puis Conseiller technique des ministres de la Justice de mai 1991 à avril 1992. Entretien réalisé le 6/07/2005, 2H.

<sup>3</sup> Michèle Colin, magistrate, chef de Bureau de l'action sanitaire et de la lutte contre la toxicomanie à la direction de l'Administration Pénitentiaire de 1990 à 1994. Entretien réalisé le 6/01/2006 à Paris. Durée : 1H50.

La mise en œuvre de la politique de décroisonnement consacrée au début des années quatre-vingt se traduit par une progressive remise en cause des règles qui régissaient jusque-là l'exercice médical en prison. Le non-respect des vacations, l'insuffisance des conditions matérielles ou la non-qualification des personnels sont ainsi mis à l'index des services d'inspection du ministère de la Santé. Suite à la décision d'Albin Chalandon d'engager les prisons à gestion semi-privée, le transfert de la prise en charge sanitaire des détenus auprès d'opérateurs privés permet que s'exerce pour la première fois une médecine non-pénitentiaire, indépendante de l'Administration et disposant des moyens nécessaires. Malgré cette autonomisation croissante des services médicaux à l'égard des contraintes carcérales, les médecins, notamment au sein des établissements du parc classique, demeurent encore largement soumis au respect des spécificités de l'exercice médical en milieu pénitentiaires. En témoignent, par exemple, les conditions de licenciement de quelques praticiens (Cf. Encadré).

#### UNE FRAGILE AUTONOMIE DES PRATICIENS DURANT LES ANNEES QUATRE-VINGT : LE RENVOI POUR INSUBORDINATION ADMINISTRATIVE

Les conditions dans lesquelles ont été licenciés plusieurs médecins à la fin des années quatre-vingt pour ne pas avoir respecté certaines contraintes pénitentiaires attestent de la fragile autonomie dont disposent alors les services de santé.

Exerçant depuis 1975 au Centre de détention d'Eysses, Patrick semble donner satisfaction, bien qu'il refuse de signer certains placements au quartier d'isolement<sup>1</sup>. Son attitude se modifie à l'été 1987 suite à la nomination d'un nouveau chef d'établissement qui, comme le remarque le DRSP « dans ce domaine comme sur d'autres plans, a dû procéder à une remise en ordre de situations antérieures fort contestables »<sup>2</sup>. Le directeur retire, par exemple, à tous les personnels de santé les clefs leur permettant d'accéder aux cellules et impose la présence d'un surveillant durant la consultation<sup>3</sup>. Le surveillant-auxiliaire affecté à l'infirmerie reproche alors au médecin de l'avoir rabaissé face à des détenus, et de refuser systématiquement de signer les placements au mitard dont il remet en cause, en outre, l'utilisation : « De plus, devant le personnel de surveillance en poste au Quartier des punis, il critique ouvertement le placement des détenus affectés, deux par deux, dans les cellules, alors que certaines d'entr'elles sont vides »<sup>4</sup>. A ces reproches, le directeur de l'établissement ajoute, dans une lettre adressée au DRSP dans laquelle il demande le retrait de l'agrément du praticien, « une augmentation des prescriptions d'examens radiologiques sans avoir eu de demandes de la part des détenus » ainsi que la prescription de « médicaments n'existant pas en stock et devant faire l'objet d'achat particulier, alors que leur composition médicamenteuse, leurs effets et posologie sont identiques à ceux dont dispose la pharmacie de l'établissement »<sup>5</sup>.

<sup>1</sup> Les informations suivantes sont extraites du dossier de carrière de Patrick consulté au CAC de Fontainebleau.

<sup>2</sup> Note du DRSP Bordeaux à la DAP datée du 8/02/1988 (CAC. 19940511. Art. 96. Dossiers de carrière des médecins ayant cessé leurs fonctions en 1981-1989).

<sup>3</sup> Note du directeur du CD d'Eysses au DRSP de Bordeaux datée du 16/09/1987.

<sup>4</sup> Lettre du surveillant auxiliaire sanitaire au directeur du CD d'Eysses datée du 28/08/1987.

<sup>5</sup> Note du directeur du CD d'Eysses au DRSP de Bordeaux datée du 16/09/1987.

Avant de prononcer une sanction, la Direction de l'Administration pénitentiaire décide en décembre 1987 de saisir la DDASS Garonne afin de recueillir son avis sur ces dysfonctionnements. Après enquête, le MISP ne remet pas en cause le comportement du médecin pour « tous les faits de nature médicale reprochés » et constate, de la part de la direction, une « interprétation erronée de certaines situations du fait de certains aspects techniques médicaux »<sup>1</sup>. Tout en se déclarant hostile au retrait de l'agrément, le MISP explique la situation par une « incompatibilité d'humeur » entre le praticien et le chef d'établissement :

*« Le premier supportant très mal la rigueur administrative du nouveau responsable, lequel reproche au Médecin son individualité voire son "indiscipline" [...] Monsieur le Docteur pense préjudiciable à la relation médecin-patient la présence de plusieurs personnes au cours de ses consultations médicales. C'est pourquoi, il a décidé d'exclure les infirmières et l'Auxiliaire sanitaire [surveillant] de ses consultations ».*

Au même moment, le directeur de l'établissement multiplie les avertissements, faisant remarquer que « la population pénale profitant de la très grande "compréhension" de ce médecin n'hésite pas à exhiber des certificats médicaux cocasses : prescription d'un régime "végétarien" le 16/11/1987 »<sup>2</sup>. Dans un courrier adressé à l'inspection pénitentiaire, ce même directeur reproche au praticien d'« inspire[r] et [de] conseille[r] certains détenus pour émettre des plaintes non fondées à l'égard du service sanitaire et du fonctionnement de l'établissement », et ce à partir des insinuations du surveillant-auxiliaire : « Certains détenus viennent se porter consultants auprès du médecin sans raisons médicales apparentes et ceci peut-être pour d'autres fins, du moins nous pouvons le supposer car l'infirmière comme moi-même nous sommes toujours exclus des visites médicales »<sup>3</sup>. Ces multiples griefs semblent convaincre l'Inspecteur des services pénitentiaires, Philippe Chemithe, qui demande le retrait d'agrément du praticien, licencié en mai 1988<sup>4</sup>.

Un autre praticien exerçant à la M.A de Saintes depuis 1972 est licencié en 1989 en raison de son attitude à l'égard du personnel pénitentiaire. Dans un courrier adressé au DRSP de Bordeaux, le directeur de l'établissement lui reproche d'avoir refusé d'examiner un surveillant ayant été « agressé » par un détenu, en s'exclamant : « Vous m'emmerdez avec vos histoires d'agressions »<sup>5</sup>. Le surveillant a alors consulté son médecin généraliste qui « a conclu à de multiples contusions sans avis d'arrêt de travail »<sup>6</sup>. Un mois après, le directeur de la M.A souligne, après avoir rappelé qu'« il s'agit là d'une attitude tout à fait inacceptable venant d'un Médecin », les multiples fautes qu'aurait réalisé ce praticien depuis l'incident (retard dans le contrôle des clichés radiologiques, détenu libéré sans avoir pu bénéficier des soins) : « Il faut ajouter à cela des abords assez distants, même avec le personnel, les rapports sont pratiquement inexistant »<sup>7</sup>. Une procédure de licenciement est alors engagée à l'encontre de ce praticien.

Ces deux exemples soulignent qu'en dépit d'une politique globale de décloisonnement et les déclarations publiques qui sont faites, le respect de l'autonomie médicale demeure fragile dans plusieurs établissements. Certaines pratiques subsistent : l'obligation pour le praticien d'effectuer des certificats médicaux de non-contradiction avec la mise au quartier disciplinaire, les consultations faites en présence de surveillants, les pressions afin que le médecin délivre des arrêts de travail aux surveillants ayant reçus des coups. Ces pratiques, variables selon les établissements, attestent que la primauté des impératifs pénitentiaires n'est pas fonction du clivage politique. Ils semblent davantage dépendre de l'autonomisation d'une administration qui aurait développé un système de valeurs propres où les obligations de service prévalent sur la déontologie médicale. La tutelle hiérarchique exercée par la Pénitentiaire sur les soignants demeure une limite forte l'autonomie de travail de ces derniers.

<sup>1</sup> Lettre du MISP Garonne à la DAP datée du 22/01/1988.

<sup>2</sup> Note du directeur du CD d'Eysses à la DAP du 28/01/1988.

<sup>3</sup> Note du directeur du CD d'Eysses à l'Inspection des services pénitentiaires datée du 23/03/1988.

<sup>4</sup> Note du avis du service d'Inspection de la DAP au Chef du Bureau du personnel et des statuts du 1/04/1988.

<sup>5</sup> On rappelle que le personnel effectuait parfois des pressions auprès des médecins pénitentiaires dans la détermination du nombre de jours d'arrêts de travail permettant de qualifier la nature de l'infraction.

<sup>6</sup> Lettre du chef de la M.A de Saintes au DRSP de Bordeaux datée du 28/10/1987 (CAC. 19940511. Art.92).

<sup>7</sup> Lettre du chef de la M.A de Saintes au DRSP de Bordeaux datée du 23/11/1987 (CAC. 19940511. Art.92).

La progressive remise en cause des spécificités carcérales ne fait, d'autre part, pas l'unanimité de certains médecins pénitentiaires, notamment ceux travaillant depuis longtemps en prison. En atteste le cas d'un praticien exerçant depuis 1968 à la M.A de Saintes et qui, suite à un contrôle de son temps d'activité, a vu sa rémunération diminuer de 37% en 1987<sup>1</sup>. Dans un courrier adressé à Albin Chalandon, ce généraliste s'indigne d'avoir appris « que les médecins étaient "pointés" comme de vulgaires subalternes »<sup>2</sup>. Après avoir mis en garde le ministre face à la décision d'augmenter les consultations de spécialistes, qui selon lui se traduiront par une hausse des extractions médicales, le praticien regrette la disparition du Médecin-inspecteur qui avait, selon lui, permis à la médecine pénitentiaire de « faire un bond énorme » : « Actuellement depuis la disgrâce regrettée de Solange Troisier, le médecin de prison est assis entre deux chaises. Je veux dire par là que sa position est très inconfortable car il n'est pas bon d'avoir deux maîtres : celui qui rémunère, c'est-à-dire votre ministère, et par ailleurs celui envers qui le médecin est déontologiquement responsable, c'est-à-dire la DDASS [...] Pour ma part, je me suis toujours senti intégré dans la grande famille pénitentiaire ». Ce praticien, titulaire de la médaille pénitentiaire et ayant une identité professionnelle carcérale très marquée, réaffirme quelques mois plus tard au ministre de la Justice son souhait de voir l'organisation des soins demeurer sous la tutelle de l'Administration pénitentiaire<sup>3</sup>. Outre des perspectives partisans, le médecin justifie sa position en faisant valoir le dérapage des dépenses médicales auquel conduirait la politique de décloisonnement :

*« J'ose espérer que la Médecine pénitentiaire reste partie intégrante du ministère de la Justice et qu'en conséquence qu'elle vous intéresse. Or, nous, médecins de prisons, nous en doutons [...] Nous avons perdu notre pouvoir médical, notre pouvoir de décision, qui jusqu'en 1981, relevait de notre Chef d'établissement et du Médecin inspecteur. Le parti socialiste a remplacé celui-ci par un système hiérarchisé, c'est-à-dire par une autre administration qui ignorait tout des problèmes carcéraux, qui en fait encore actuellement l'apprentissage et qui considère les problèmes médicaux en prison d'une manière différente, rompant avec la tradition et donnant l'impression de donner aux détenus de plus en plus de libéralité dans le domaine médical, ce qui ne sera pas sans conséquences financières. Pour ma part, j'ai espéré les élections. Vous avez gagné... J'en étais heureux... Mais bien vite déçu, car la politique entreprise a été poursuivie. Ce n'est pas moi qui vous apprendrai qu'on ne peut avoir deux patrons et dans notre cas : la Justice et la Santé et il n'est pas tolérable qu'un Chef d'Etablissement se voit dicter et contrôler par une autre administration.*

*Pour ma part, je dois appartenir à l'une ou à l'autre. Ou bien, je reste dans la pénitentiaire et je continue à soigner les détenus, comme je le fais depuis près de 20 ans, c'est-à-dire avec objectivité et en ménageant le budget, les hospitalisations, les sorties et le règlement intérieur. Ou bien, j'appartiens à la Santé et relève de la DDASS et dans ce cas, je suis amené à traiter les détenus avec une libéralité qui ne m'est pas coutumière et qui risque, aux yeux des bénéficiaires, d'être considérée comme une faiblesse et d'entraîner une exagération de la demande avec des conséquences*

<sup>1</sup> Les informations suivantes sont extraites du dossier de carrière de ce médecin consulté au CAC.

<sup>2</sup> Lettre manuscrite du médecin de la M.A de Saintes à Albin Chalandon datée du 20/04/1986, 7 pages (CAC. 199405111. Art 90).

<sup>3</sup> Ce médecin met en avant à plusieurs reprises le fait que son père intervienne depuis cinquante deux ans à la M.A en tant que dermatologue ainsi que le fait qu'il soit diplômé de médecine pénitentiaire. Il est d'ailleurs l'un des rares à faire figurer ce diplôme sur ses feuilles d'ordonnance.

*financières. D'ailleurs, lors d'une dernière réunion, un des médecins inspecteurs ne faisait-il pas remarquer que la médecine pénitentiaire devait ressembler à la médecine scolaire [...] Il est bien évident que si le médecin de prison ne se sent pas soutenu par son Administration dont il relève financièrement, il penchera vers la seconde solution qui lui est proposée – une solution que je suis loin de récuser mis que je considère comme une remise en question de la médecine pénitentiaire, une révolution au sein de la prison, un partage de l'autorité de tutelle, donc une perte de pouvoir et en définitif, un signe de faiblesse. Je dois vous dire pour finir que je vous expose ici, très simplement des idées personnelles, que je sais aussi partagées par la plupart de mes vingt confrères de la Région [pénitentiaire] avec qui j'ai eu des contacts depuis plusieurs mois »<sup>1</sup>.*

Outre des motivations personnelles, comme sa baisse de rémunération, le témoignage de ce praticien traduit l'attachement qu'ont certains généralistes exerçant depuis longtemps en milieu carcéral à ce que perdure une « médecine pénitentiaire », dont l'existence même en tant que discipline est alors vivement contestée. Même si Solange Troisier poursuit alors ses enseignements en tant que Professeur de médecine pénitentiaire, sa spécificité est remise en cause. A la suite du rapport général de l'IGAS de 1984, Jean-Yves Nau observe en effet qu'« il ressort de ce constat que la médecine pénitentiaire n'existe pas en tant que telle » (LM, 10/02/1984).

S'ils ne défendent pas l'idée d'une spécialité médicale autonome, les représentants de la DAP sont néanmoins soucieux d'une prise en compte des spécificités carcérales par le corps médical. A un journaliste se demandant si « la médecine pénitentiaire ne pourrait pas s'ériger en spécialité médicale à l'instar de la médecine du travail », Myriam Ezratty répond qu'« il n'y a pas deux médecines : l'une pour la société civile, et l'autre destinée au monde carcéral. Cependant, poursuit-elle, l'exercice de la médecine en prison présente certaines particularités [...] La pratique quotidienne en prison se différencie des soins prodigués en cabinet libéral, d'où le bénéfice d'un certain enseignement complémentaire »<sup>2</sup>. Le Dr Louis Albrand, Conseiller technique auprès d'Albin Chalandon, remarque pour sa part que « le médecin de prison est un médecin comme les autres, mais il doit, bien sûr, adapter son activité aux pathologies qu'il rencontre » (QDM, 26/05/1986).

Les praticiens travaillant en prison semblent partagés quant à l'existence d'une médecine spécifique. « Il faut dans tous les cas éviter une médecine des détenus, qui d'ailleurs n'a jamais existé en soi puisqu'il n'y a jamais eu une pathologie carcérale bien définie », déclare le médecin-chef de Fleury-Mérogis (QDM, 24/10/1984). A l'inverse, une ancienne interne relève dans sa thèse « la fâcheuse tendance qui voudrait faire disparaître la spécificité de la Médecine Pénitentiaire qui serait uniquement dispensée dans les hôpitaux »<sup>3</sup>. Elle regrette à ce titre le changement d'appellation de l'unité d'hospitalisation pour détenus de Clermont-

<sup>1</sup> Lettre manuscrite du médecin de la M.A de Saintes à Albin Chalandon datée du 11/11/1986, six pages (CAC. 199405111. Art 90).

<sup>2</sup> « Pour Myriam Ezratty, directrice de l'administration pénitentiaire : "Il n'y a pas deux médecines : l'une pour la société civile, l'autre pour le monde carcéral" », *Panorama du médecin* 1984.

<sup>3</sup> GUION Pascale, *L'hospitalisation des détenus*, op.cit., p.90.



Ferrand, qui de « service de Médecine pénitentiaire » est devenue en 1981 « centre de Soins et de consultations pour détenus ». Cette déspecialisation va, selon elle, à l'encontre du « caractère spécifique de ce genre de l'art médical [qui] demeure dans les faits : déglutition volontaire de corps étrangers, réactions psychosomatiques à l'incarcération, tentatives de suicides, grèves de la faim... »<sup>1</sup>. Si cette thèse a été soutenue à Lyon, c'est probablement parce que s'y développe au milieu des années quatre-vingt un enseignement de médecine pénitentiaire poursuivant l'entreprise de Solange Troisier.

L'équipe médicale lyonnaise présente depuis les années soixante en milieu carcéral poursuit sa stratégie d'implantation au sein du système hospitalo-universitaire<sup>2</sup>. En mars 1985, est ouvert à l'hôpital Jules Courmont le premier service d'hospitalisation pour détenus complètement intégré au système hospitalier<sup>3</sup>. Ce service de quinze lits, composé d'un médecin, de huit infirmiers, de huit aides-soignantes et de quatre auxiliaires de service, rattaché au service de médecine légale du Pr Jacques Védinne, est présenté par ses concepteurs comme une nouvelle étape dans le « décroisement » de la santé en prison mais, surtout, comme un moyen supplémentaire dans la professionnalisation de la médecine pénitentiaire. « Il est important pour nous d'être rattaché à un centre universitaire. Car il faut former des médecins à la spécialité pénitentiaire », déclare Pierre Barlet (*La Croix*, 15/12/1989).

Car parallèlement est créé en 1986 un certificat de « médecine pénitentiaire » qui devient en 1989 une capacité. Ce diplôme national traduit, selon le Dr Gonin, une certaine consécration de l'exercice médical en prison : « Ainsi, la médecine pénitentiaire a été reconnue au même titre que la médecine aérospatiale, l'alcoologie, la médecine du sport, etc. »<sup>4</sup>. Tout comme le diplôme présidé par le Pr Troisier, cette capacité présente des enseignements médicaux et juridiques, même si ces derniers sont minoritaires (un tiers). Pourtant, c'est essentiellement l'aspect juridique de l'exercice en milieu carcéral qui justifierait, selon ses créateurs, la mise en place de cette spécialité. Le docteur Gonin en souligne, par exemple, l'importance en matière de constats de coups et blessures : « La connaissance des codes et de la pratique médico-légale est essentielle pour travailler sereinement et efficacement en détention »<sup>5</sup>. Dans leur travail de définition et d'appropriation de la médecine pénitentiaire, les praticiens lyonnais présentent « la médecine pénitentiaire [comme] une médecine sociale dans la

<sup>1</sup> *Ibidem*, p.90.

<sup>2</sup> Cf. Encadré : « L'intégration de la psychiatrie pénitentiaire dans le secteur hospitalo-universitaire : l'exemple lyonnais ».

<sup>3</sup> « Des lits civils pour la médecine pénitentiaire », *Libération*, 8-9/06/1985.

<sup>4</sup> GONIN Daniel, *La santé incarcérée*, op.cit., p.254.

<sup>5</sup> *Ibidem.*, p.74.

filiation d'Alexandre Lacassagne »<sup>1</sup>. « Que voulez-vous, cette discipline de la médecine légale a toujours été attentive aux malheurs de la Cité », s'exclame Marcel Colin responsable de cette capacité. Le fait qu'une thèse de médecine soutenue à cette époque par une interne des prisons de Lyon développe une approche purement criminologique sur les détenus témoigne de l'enchevêtrement opéré à Lyon entre médecine pénitentiaire, criminologie et médecine légale<sup>2</sup>.

L'annexion de la médecine pénitentiaire à la médecine légale n'est pas un phénomène nouveau. Elle correspond, notamment à Lyon, aux premières tentatives d'institutionnaliser l'exercice des soins en prison. « Le tournant remonte à une trentaine d'années lorsque le Professeur Roche a décidé de faire sortir les médecins légistes de la "morgue" et de les intégrer à l'hôpital », note un journaliste retraçant l'histoire de l'« école lyonnaise »<sup>3</sup>. L'extension de cette discipline repose, soulignent ceux qui en sont à l'origine, sur la définition donnée par Alexandre Lacassagne, à savoir que « la médecine légale a pour objet de mettre les connaissances médicales au service de l'organisation et du fonctionnement du corps social »<sup>4</sup>. Pressentant la montée en puissance de l'hôpital que consacre la réforme de 1968, le Professeur de médecine légale Louis Roche tente dès le début des années soixante de pallier l'absence de service clinique par une diversification de leurs activités<sup>5</sup>.

Dans la lignée d'Alexandre Lacassagne qui était membre de la commission de surveillance des prisons de Lyon, l'investissement en milieu carcéral est perçu à la fin des années soixante pour le Pr Roche comme un moyen d'étendre le secteur de la médecine légale. C'est cette dynamique que retrace le Dr Gonin :

*« La médecine légale, il l'a non seulement fait revivre à Lyon mais aussi au niveau national. Il a ressuscité la Société de médecine légale, il a fait des élèves. Ce sont des choses un peu... commerciales. Et puis surtout ce qui a été fondamental, au moins ici et un peu ailleurs, c'est qu'il s'est dit que pour que la médecine légale soit vivante, il ne pouvait pas rester uniquement dans l'institut de médecine légale qui est réputé... faire des autopsies quoi ! [...] Roche disait : "Mais les expertises se font de plus en plus sur le vivant" [...] On pourrait dire qu'il a, à Lyon, intégré la médecine pénitentiaire parce que tous ceux qui allaient en prison étaient passés par là. Colin avait beaucoup recruté. Mais Roche n'avait pas scindé la médecine pénitentiaire du reste. Il voyait la médecine pénitentiaire comme une expansion, comme une antenne de l'urgence médicale, au sens de "Vous voyez, au final, les mêmes gens" »<sup>6</sup>.*

<sup>1</sup> « Lyon va proposer la seule capacité de médecine pénitentiaire en France », *Le Quotidien du médecin*, 26/05/1988.

<sup>2</sup> MICHELLAND Françoise, *Les délinquants à l'entrée en prison : les caractéristiques culturelles, familiales, sociales et pathologiques de cette population*, thèse de médecine, Faculté de Lyon, 1987.

<sup>3</sup> « Médecine légale : l'école lyonnaise au premier rang », *Libération*, 2/06/1991.

<sup>4</sup> COLIN Marcel, LE GUEUT Jean, MARIN André, ROCHE Louis, « La médecine légale. Domaine, organisation, fonctionnement », *RSCDPC*, 1961, n°4, p.705.

<sup>5</sup> Cf. Annexe 32 : « La crise de la médecine légale : une difficile intégration hospitalo-universitaire et sa nécessaire reconversion ».

<sup>6</sup> Daniel Gonin, psychiatre travaillant comme généraliste à la M.A de Lyon de 1962 à 1989. Entretiens réalisés les 25/02/2008, 10/03/2008, 26/03/2008. Durées : 2H ; 2H ; 2H.

La spécificité lyonnaise fut le fait, d'une part, de constituer une équipe et, d'autre part, de disposer d'un rattachement universitaire, comme le souligne l'un des élèves de Louis Roche :

*« La chance que nous avons eue par rapport à tous les collègues vacataires des établissements pénitentiaires de France, c'est précisément ce rattachement universitaire à travers la médecine légale qui nous permettait à la fois de ne pas être seul et qui permettait un partage d'expériences et un travail de recherche. L'université était un support »<sup>1</sup>.*

Lui-même s'étant spécialisé initialement dans l'anthropologie médico-légale<sup>2</sup>, Georges Fully qui ne bénéficiait d'aucun réseau universitaire avait trouvé un appui précieux dans la médecine légale, à travers Léon Dérobert dont il était proche<sup>3</sup>. C'est grâce à son aide qu'il avait mis en place en 1965 une attestation de médecine pénitentiaire, rattachée à la chaire de médecine légale de la Faculté de Paris. Cette affiliation est poursuivie par Solange Troisier qui n'hésite pas à souligner, comme ici lors du congrès de 1978, que « la médecine pénitentiaire s'intègre parmi les préoccupations essentielles d'une médecine légale moderne »<sup>4</sup>. Plus qu'une relation de subordination, s'établit alors un rapport de coopération entre ces deux disciplines médicales. Risquant de disparaître au sein du milieu universitaire, faute d'activités cliniques, la médecine légale est en effet depuis le début des années soixante à la recherche de nouveaux débouchés. L'une des hypothèses alors envisagée est d'intégrer cette spécialité à la « médecine sociale », comme en témoigne le projet d'un Diplôme d'études spécialisées en médecine sociale, option médecine légale, imaginé en 1984 par la DGS. Ce débouché universitaire est également envisagé pour la médecine pénitentiaire, parfois décrite par Solange Troisier comme une « médecine sociale »<sup>5</sup>. La proposition faite lors du congrès de médecine pénitentiaire de 1978 par Etienne Fournier, Professeur de médecine légale proche du Médecin-inspecteur, à Simone Veil de regrouper médecines pénitentiaires et légales au sein d'« instituts hospitalo-universitaires de Santé publique qui auraient la charge des enseignements et des études prospectives de médecine sociale », souligne une possible alliance entre ces deux disciplines<sup>6</sup>. Elle rejoint la proposition faite par un membre de la faculté de Paris en 1981 de faire de la médecine légale un « service public étatisé, exercé par

<sup>1</sup> Pierre Barlet, médecin aux M.A de Lyon depuis 1966 puis responsable du service des détenus de l'hôpital Lyon Sud depuis 1985. Entretiens réalisés le 18/04/2003 et le 30/04/2008. Durées: 2H15 et 2H00.

<sup>2</sup> Georges Fully avait développé, avec le Dr Pineau, une méthode de reconstitution du squelette qu'il avait développée lors de son travail d'identification des corps au sein des camps de concentration.

<sup>3</sup> Professeur de médecine légale, de droit médical et de déontologie médicale à l'université René Descartes (Paris V), Léon Dérobert (1910-1980) fut pendant longtemps le directeur de l'Institut médico-légal de Paris (1962-1979).

<sup>4</sup> DAP, *Premier congrès mondial de médecine pénitentiaire*, op.cit, p.22-23.

<sup>5</sup> TROISIER Solange, « Médecine pénitentiaire et droits de l'homme », *Bulletin de l'académie nationale de médecine*, 1993, 177, n°6, 999-1012, 29/06/1993.

<sup>6</sup> DAP, *Premier congrès mondial de médecine pénitentiaire*, op.cit, p.312.

des fonctionnaires indépendants, non rétribués à l'acte, inamovibles, au statut proche de celui des magistrats »<sup>1</sup>.

C'est par conséquent en reprenant à leur compte l'affiliation de la médecine pénitentiaire à la médecine légale que les praticiens lyonnais entendent faire de Lyon la « capitale de la médecine pénitentiaire », qu'ils tentent de faire perdurer en tant que discipline (*QDM*, 7/10/1988). Ils soulignent d'ailleurs à plusieurs reprises les spécificités carcérales. Il est nécessaire de prendre en charge, souligne le Dr Barlet, « la pathologie particulière du détenu » (*Le Progrès*, 7/06/1985). « La pathologie carcérale n'a plus de secrets pour lui : il l'a étudiée sur le terrain pendant plus de vingt-cinq ans à la Maison d'arrêt des femmes de Montluc et y a longuement réfléchi au sein de l'école de criminologie de Lyon », note un journaliste au sujet du même praticien (*La Croix*, 15/12/1989). « Si l'on en croit ce médecin [le Pr Colin], les pathologies qui se développent le plus en prison sont les grèves de la faim, les tentatives de suicide mais surtout les amputations volontaires et les ingestions de corps étrangers, qualifiées de "spécialité carcérale" » (*Lyon Figaro*, 30/11/1989).

Cette survivance de la médecine pénitentiaire au sein du milieu universitaire est notamment l'œuvre de Solange Troisier qui, bien que moins visible, n'en continue pas moins à promouvoir cette spécialité dans le cadre de sa chaire universitaire. Elle dirige ainsi au moins sept thèses durant les années quatre-vingt. L'une d'entre elles, consacrée aux « automutilations en milieu pénitentiaire », reçoit d'ailleurs en 1986 la médaille d'argent de la Faculté de médecine Lariboisière (*QDM*, 19/06/1986). L'ancien Médecin-inspecteur continue, d'autre part, à jouer un rôle important de promotion de la médecine carcérale de façon mondiale par le biais du Conseil international des services médicaux dans les prisons (CISMP), dont elle conserve la présidence lors du troisième congrès tenu à Bristol en août 1988<sup>2</sup>. Solange Troisier est reconduite une dernière fois à cette fonction en octobre 1989<sup>3</sup>. Elle est également pendant un temps réhabilitée par le garde des Sceaux, Albin Chalandon, qui lui confie une mission sur le sida.

<sup>1</sup> DURIGON Michel, *Pour une réforme profonde de la médecine de légale en France*, faculté de médecine de Paris, juillet 1981, p.3.

<sup>2</sup> A ce sujet, les services de l'ambassade de France à Londres, soucieux de la représentation française à l'étranger, racontent comment : « Le monde anglo-saxon y était nettement dominant, les participants de sensibilité francophone n'étant guère qu'une dizaine, dont deux seuls Français, Madame le Professeur Solange Troisier et le Docteur Lamothe. Seul l'anglais était utilisé et sans traduction. Ce qui est notable, c'est que dans un tel contexte, Madame Troisier ait pu, après de savantes manœuvres de couloirs et ayant évité un vote réel, se maintenir pour 1988 à la Présidence du CISMP, dont le siège, en France, n'est pour l'instant pas contesté. [...] Mais il est probable, qu'après la conférence de fin 1988 du Bureau du Conseil, il sera difficile à madame Troisier de se maintenir à la Présidence du CISMP » (Compte rendu du 3<sup>ème</sup> congrès mondial du CISMP tenu à Bristol en 08/1988 par le service des Affaires sociales de l'Ambassade de France à Londres. Archives internes DGS).

<sup>3</sup> TROISIER Solange, « Médecine pénitentiaire », *Le Figaro*, 14/12/1989.

Car à mesure que l'exercice médical en milieu carcéral se déspecialise, l'organisation des soins est confrontée à l'épidémie. La relation déjà établie avec les services du ministère de la Santé va alors produire pleinement ses effets, l'IGAS servant une nouvelle fois de conseiller médical au ministère de la Justice rappelle Jean Favard : « Heureusement qu'on avait déjà des liens avec l'IGAS qui nous a dit : "Attention, pas de panique. Il faut faire ça, etc.". On a même demandé à l'IGAS d'aller expliquer dans les structures ce qu'il en était. Parce que si nous, on avait dit : "Circulez, y a rien...", ça aurait été un peu suspect [...] Donc on a eu le bénéfice immédiat du décroisement. Sinon, on ne s'en serait pas sorti »<sup>1</sup>. En soulignant les carences de la prise en charge médicale des détenus, l'épidémie rappelle au ministère de la Justice les nombreuses difficultés à gérer l'organisation des soins en même temps qu'elle légitime les partisans d'une médecine non pénitentiaire. Le sida fut ainsi un puissant instrument de réforme au service de ceux qui étaient favorables à un transfert de compétence au ministère de la Santé.

---

<sup>1</sup> Favard Jean, magistrat à la DAP de 1970 à 1975 puis Conseiller technique du ministre de la Justice de 1981 à 1986. Entretien réalisé le 10/012008, 3H00.

## CHAPITRE 6. LE SIDA, «REFORMATEUR» DE LA POLITIQUE DE SANTE EN PRISON ?

« Avec le SIDA, le rôle sanitaire de la prison apparaît désormais essentiel. Mais les autorités en ont-elles conscience ? » (*Journal international de médecine*, 28/02/1990).

Afin de rendre compte de la loi du 18 janvier 1994, beaucoup d'acteurs soulignèrent le rôle essentiel joué par l'épidémie de sida, qualifiée fréquemment de « réformateur social ». C'est ainsi qu'un magistrat de l'Administration pénitentiaire rend compte *a posteriori* de cette réforme à laquelle il était très favorable : « S'agissant de la capacité des institutions à se réformer, j'ai acquis la conviction qu'une institution évolue difficilement grâce à ses seules forces internes [...] Il a fallu la conjonction de quelques médecins et magistrats militants, mais aussi, pour reprendre la formule de Daniel Defert, le contexte dramatisant du sida "réformateur social" pour que leurs administrations de tutelle et les politiques se mobilisent »<sup>1</sup>. En soulignant les contradictions propres au monde carcéral, le sida aurait joué, conclut également un groupe de chercheurs en psychologie sociale, un rôle de « réformateur social » au sein de l'institution carcérale<sup>2</sup>. La formule se réfère à l'intervention du président d'AIDES, à la 5<sup>ème</sup> conférence internationale sur le sida en 1989, dans laquelle il défendait l'idée que la personne atteinte par le VIH était un « nouveau témoin des besoins, des urgences, médicales et sociales [...] C'est lui le révélateur des crises. Il devient un des acteurs privilégiés des transformations, un nouveau réformateur social »<sup>3</sup>.

Daniel Defert entend ainsi souligner le rôle incombant aux malades dans la transformation de l'organisation des soins et de la prise en charge de la maladie<sup>4</sup>. Le rôle du sida comme « réformateur social » défendu par les partisans de la réorganisation des soins en prison laisse en revanche difficilement apparaître les logiques concrètes grâce auxquelles aurait été réformée la médecine pénitentiaire. Du fait des nombreuses contraintes qui s'exercent aussi bien pendant la détention qu'à sa sortie, aucune mobilisation de détenus séropositifs n'a jamais existé<sup>5</sup>. Les associations de malades, pourtant actives, ne s'intéressèrent que tardivement à la prise en charge en milieu carcéral. Quelques associations comment à partir de 1989 à publier quelques articles relatifs aux prisons, comme Arcat (Association pour la

---

<sup>1</sup> BLANC Alain, « Santé en prison : la nécessaire poursuite du décroisement », *Actualité et dossier en santé publique*, septembre 2003, n°44, p. 46.

<sup>2</sup> LHUILIER Dominique, RIDEL Luc, SIMONPIETRI Aldona, VEIL Claude, « Effets révélateurs du sida en prison : résistance et changement », *Le journal du sida*, n°112-113, janvier 1999.

<sup>3</sup> DEFERT Daniel, « Un nouveau réformateur social : le malade », *SIDA* 89, juin 1989.

<sup>4</sup> De nombreux travaux sociologiques, notamment ceux de Jeannine Barbot et de Christophe Broqua, ont depuis souligné l'apport des associations de malades, notamment en matière d'innovation thérapeutique.

<sup>5</sup> La seule association d'anciens détenus d'envergure, le C.A.P, prend fin au début des années quatre-vingt.

recherche, la communication et les actions pour l'accès aux traitements)<sup>1</sup> ou Solidarité Plus (AFP, 12/04/1990). Pourtant créée en 1984 et dotée d'une lettre d'information dès 1990, l'association Aides ne consacre un article à ce sujet qu'en 1997<sup>2</sup>. La faible place accordée par les associations aux détenus séropositifs s'explique peut-être par la volonté d'éviter une stigmatisation éventuelle des prisonniers. La stratégie poursuivie par Aides notamment est à l'inverse de responsabiliser tous les individus, quelle que soit leur sexualité ou leur position sociale.

Faute de mobilisation de patients-détenus ou d'associations, quels acteurs firent de l'épidémie un instrument de réforme ? Sous la pression d'alertes lancées par quelques médecins exerçant en prison, des magistrats du ministère de la Justice firent du sida un argument en faveur de la mise en place d'une nouvelle politique de santé en milieu carcéral, réussissant ainsi à obtenir un engagement des services de la Santé (Section 1). Confrontés à une aggravation de leurs conditions de travail, notamment à cause de l'épidémie de sida, quelques praticiens travaillant en milieu pénitentiaire exercèrent également un rôle de « réformateur » de l'organisation des soins en œuvrant en faveur d'une médecine libérée de sa tutelle pénitentiaire. C'est sur ce segment de praticiens hostiles à l'idée d'une médecine pénitentiaire spécifique que les magistrats-militants de la DAP entamèrent la réforme qui aboutit à la loi du 18 janvier 1994 (Section 2).

<sup>1</sup> « Editorial. Les fluctuations d'une devise », *Sida* 89, n°6, juillet-août 1989, p.1.

<sup>2</sup> PRESTEL Thierry, « Prison et sida : la politique de l'autruche », *Remaides*, n°24, juin 1997.

## Section 1 - Mobilisation administrative et naissance d'une politique publique de prise en charge du sida en prison

La dimension la plus surprenante, pour celui qui étudie la question de la prise en charge du sida en prison, est le laps de temps qui s'est écoulé entre le moment où les risques de contamination ont été connus des médecins travaillant en milieu carcéral et la date à laquelle cette dimension fut intégrée à la politique publique de lutte contre le sida du ministère de la Santé. Entre 1985 et 1989 la gestion de l'épidémie demeure limitée à quelques mesures ponctuelles du ministère de la Justice. Dès 1985, des études épidémiologiques soulignent pourtant la proportion de séropositifs en détention. Lors d'une journée d'étude sur les problèmes de santé en milieu carcéral en février 1986, le Dr Kergoyan souligne que sur 500 entrants au CP de Fresnes, 147 utilisaient des stupéfiants (29,4%) dont 46% avaient une sérologie positive<sup>1</sup>. Une étude sérologique à la M.A de Bois d'Arcy révèle, en mars 1986, 41 tests positifs sur 73 toxicomanes testés (56%)<sup>2</sup>. Une recherche conduite à la M.A de Gradignan (Bordeaux) entre le 1<sup>er</sup> juillet 1985 et le 30 septembre 1986, et dont les résultats ont fait l'objet de plusieurs articles, permet de dénombrer 253 toxicomanes dont plus de 50% étaient séropositifs<sup>3</sup>. Celui qui l'a réalisé conclut dans sa thèse : « Il est justifié de considérer une partie de la population des prisons, et en particulier les drogués HIV positifs utilisant la voie intraveineuse, comme un groupe à risque quant au développement du syndrome et à la transmission du virus HIV »<sup>4</sup>.

Bien que variable d'un établissement à un autre, l'importance du sida en milieu carcéral est estimée dès 1985-1986. Pourtant, c'est seulement en 1989 qu'une politique interministérielle de prise en charge du sida en prison apparaît avec la circulaire Santé/Justice du 19 avril 1989 qui prévoit l'intervention des praticiens hospitaliers en milieu carcéral. Durant ces années d'intervalle, l'Administration pénitentiaire n'est bien sûr pas restée immobile. Elle a adopté plusieurs mesures dans le cadre d'une « politique discrète »<sup>5</sup>, dont l'origine provient autant du

<sup>1</sup> Cf. PROVOST Jean-Michel, *Sida, toxicomanie et milieu carcéral : enquête épidémiologique à la Maison d'arrêt de Bordeaux Gradignan*, thèse de médecine, Université de Bordeaux, 1987, p.7

<sup>2</sup> NOEL L., DUEDARI N., « Les difficultés de la sélection des donneurs de sang en milieu carcéral », réunion scientifique de la Société nationale de transfusion sanguine, 7/03/1986.

<sup>3</sup> BENEZECH M., RAGER P., « Les détenus toxicomanes anti-LAV positifs », *La nouvelle gazette de la transfusion*, 1985, 40, 1 ; BENEZECH M., « S.I.D.A et vie carcérale : un constat rassurant », *La pratique médicale quotidienne*, 1985, 271, 2 ; BENEZECH M., RAGER P., DUTASTA P., ANDRIEUX-LACLAVETINE A., LALANNE B., « Implications médico-sociales du dépistage du S.I.D.A chez les détenus toxicomanes », *J. mé.lég. droit méd.*, 1986, n°29, 5, pp.423-426 ; BENEZECH M., RAGER P., « recherche des anticorps anti-LAV chez les détenus », *La nouvelle gazette de la transfusion*, 1986, 42, 11.

<sup>4</sup> Souligné par nous (PROVOST Jean-Michel, *Sida, toxicomanie et milieu carcéral : enquête épidémiologique à la Maison d'arrêt de Bordeaux Gradignan*, op.cit. p.99).

<sup>5</sup> On entend par « politique discrète » une succession de mesures ne s'inscrivant pas dans le cadre d'une action concertée et n'étant pas placées volontairement au cœur du débat public. Cette gestion discrète caractérise par



désir du ministère de la Justice d'éviter toute information trop alarmiste que du manque d'empressement du ministère de la Santé à se saisir de cette question. En l'absence de mobilisations associatives, comme ce fut le cas en faveur des malades homosexuels ou toxicomanes<sup>1</sup>, la mise en visibilité du sida en prison fut l'œuvre de quelques praticiens travaillant en milieu carcéral qui exercèrent un rôle de « lanceur d'alerte » (1). Une fois que les prisons furent reconnues comme « milieu à risque », la politique discrète de l'Administration pénitentiaire céda le pas à une politique de santé publique définie en collaboration avec les autorités sanitaires qui permit, en retour, une plus grande sensibilisation des praticiens hospitaliers à la question de la prise en charge médicale des détenus (2).

### ***1. Le travail de mise en visibilité de l'épidémie : les « lanceurs d'alertes » face à la « politique discrète » de l'Administration pénitentiaire***

*« Surpopulation, vétusté des prisons, manque d'hygiène... le système pénitentiaire qui croulait déjà sous les problèmes a vu arriver d'un œil affolé ce nouveau problème du SIDA. Ça faisait trop ! La réaction, d'abord, été une politique de l'autruche : on ne veut pas voir, on ne veut pas savoir. C'est contre cette politique de l'autruche que nous ramons depuis deux ans »<sup>2</sup>.*

Dès 1985, des signaux d'alerte sont envoyés au ministère de la Justice par certains praticiens exerçant en milieu pénitentiaire. Le médecin-coordonateur de l'Hôpital de Fresnes, lassé de ses responsabilités administratives, se consacre durant cette période davantage à son activité clinique. Responsable du service de soins intensifs, il établit la corrélation entre plusieurs patients souffrants de troubles spécifiques :

*« En 85, j'avais été sollicité par le CTS [centre de transfusion sanguine] de Versailles sur les dons du sang et puis j'avais fait des stages sur le sida. Et puis j'avais pas mal de patients qui avaient des ganglions donc j'avais l'oreille attirée. Je commençais à flairer le truc. Et depuis octobre 1984, je pensais faire des études et je me disais qu'on manquait de personnel. J'avais deux étudiants prêts à faire une thèse mais j'hésitais car on manquait de personnel. Tous mes freins ont sauté au mois de mars [1985] quand j'ai appris qu'un des infirmiers du Grand quartier était tombé malade et qu'il ne restait plus qu'un seul infirmier [...] Juin 85. Moi, j'avais fait des études en février, mars, avril. Il y avait à ce moment une tension extrêmement forte liée à la surpopulation. Il y avait des éléments de panique forts »<sup>3</sup>.*

Fort de ce travail, le Dr Espinoza envoie le 10 juin 1985, le jour même où le Comité Santé/Justice évoque la question du sida pour la première fois, une note d'information à tous les médecins pénitentiaires pour les informer de la conduite à tenir (*Libération*, 23/08/1985). Prudent, le médecin-coordonateur de l'Hôpital de Fresnes joue un rôle de « lanceur d'alerte »

---

exemple le comportement du ministère de la Santé en matière de gestion du sida (hors détention) jusqu'en 1985 où apparaissent les prémices d'une politique publique.

<sup>1</sup> On renvoie ici, entre autres, aux travaux de Michael Pollak, de Frédéric Martel et de Patrice Pinell.

<sup>2</sup> Pierre Barlet, responsable du service de prise en charge des détenus de Lyon (*Lyon Figaro*, 10/03/1987).

<sup>3</sup> Pierre Espinoza, chef de service de l'Unité de soins intensifs de l'Hôpital de Fresnes de janvier 1983 à septembre 1991. Entretiens réalisés le 16/05/2006, le 31/05/2006 et le 22/04/2008. Durées : 1H45, 2H00 et 1H50.

à l'égard des autorités pénitentiaires, tout en refusant d'exposer le problème au sein de l'espace public : « Moi, j'ai fonctionné très scientifique et pas du tout vers les médias parce que j'aurai pu faire la "une" des médias »<sup>1</sup>. Le cas d'un médecin éprouvant le besoin d'informer les journaux sans pour autant dramatiser la situation traduit le même souci de discrétion. Ce praticien du CMPR de Rennes contacte en mai 1985 un journaliste de sa connaissance pour l'informer de la découverte d'un détenu dépisté positif à la prison de Saint Malo. Dans une lettre adressée à la DGS, il se félicite de la prudence adoptée par le journaliste : « Je pense être parvenu à dédramatiser la situation aidé en cela par la compréhension de Didier Eugène qui a toujours écrit des articles très prudents et non alarmistes à propos de la toxicomanie »<sup>2</sup>. Alertée par le Dr Espinoza, Myriam Ezratty organise le 1<sup>er</sup> juillet 1985 une réunion du Comité de coordination sur les problèmes liés à l'épidémie de sida dont l'ampleur semble en partie connue : « Le dépistage systématique de tout arrivant à la Maison d'arrêt de Bois-d'Arcy organisé par le centre de transfusion de Versailles pour une période de 2 mois révèle que 16% de détenus sont porteurs d'un anticorps anti-LAV<sup>3</sup> contre un taux de 0,6% au maximum dans différentes populations testées à l'extérieur »<sup>4</sup>. A ce moment, l'Administration pénitentiaire s'interroge sur la conduite à adopter en matière de gestion de l'épidémie : faut-il séparer les « para-sida »<sup>5</sup> des autres détenus ? Le dépistage doit-il être systématique ou ne faut t-il le proposer qu'aux seuls toxicomanes ? Cette maladie, enfin, est elle contagieuse et nécessite t'elle, dans ce cas, l'usage systématique de protections (gants, masques, combinaisons) ? La panique gagne à cette époque aussi bien les détenus que les surveillants voire le personnel médical, et confronte les soignants pénitentiaires à de nombreuses difficultés<sup>6</sup>.

Cette première phase où les risques semblent connus mais uniquement dans quelques établissements s'achève à l'été 1985 avec la décision de rendre obligatoire le dépistage de tous les dons de sang, rendue effective le 1<sup>er</sup> août 1985. Jusqu'alors les conditions de l'organisation des soins (manque de personnel, faibles possibilités de procéder à des analyses) ne permettaient pas de mettre à jour l'existence d'une forte séroprévalence dans les

<sup>1</sup> Pierre Espinoza, chef de service de l'Unité de soins intensifs de l'Hôpital de Fresnes de janvier 1983 à septembre 1991. Entretiens réalisés le 16/05/2006, le 31/05/2006 et le 22/04/2008. Durées : 1H45, 2H00 et 1H50.

<sup>2</sup> Lettre du Dr Du Couedic à Mme Akoun de la DGS datée du 31/05/1985. Archives internes DGS. Le journaliste écrit en effet que la découverte d'anticorps du sida « ne doit pas les [personnes] affoler mais les inciter à guetter toute infection ou fièvre mal expliquées. Mais cela ne veut pas dire qu'ils ont le S.I.D.A » (EUGENE Didier, « Dépistage du S.I.D.A à Rennes : un risque élevé chez les toxicomanes », *Ouest France*, 31/05/1985).

<sup>3</sup> En 1983, lors de la première description du virus responsable du sida par l'équipe Pasteur le virus est dénommé LAV, pour « Lymphadenopathy Associated Virus ». Depuis 1986, l'adoption d'une nomenclature scientifique internationale le désigne sous l'appellation VIH pour Virus de l'immunodéficience humaine.

<sup>4</sup> Procès-verbal du Comité de coordination de la santé en milieu carcéral, 1/07/1985. Archives internes DAP.

<sup>5</sup> Ce terme désignait alors les patients présentant les premiers symptômes : fatigue, fièvre, diarrhée, etc.

<sup>6</sup> Cf. Annexe 33 : « Les soignants et le sida en prison : entre gestion des peurs et prise en charge impossible ».

établissements de moindre envergure. Les petites Maisons d'arrêt, où le médecin n'intervient que quelques heures par semaine et où une infirmière assure à elle seule le fonctionnement du service médical, sont brutalement confrontées à l'épidémie à l'occasion de la mise en place du dépistage de tous les dons de sang. C'est notamment le cas à la M.A de Pontoise, où la découverte du taux de séropositivité, supérieur à 50%, est à l'origine d'un mouvement de panique, comme le relate le médecin-adjoint de l'établissement de l'époque :

*« Il fallait savoir qu'il y avait des dons du sang qui étaient faits spontanément par les détenus et une ou deux fois par mois, il y avait le centre de transfusion de Pontoise qui venait. Et à un moment donné, la loi a imposé de faire un dépistage du sida pour chaque don, ce qui n'existait pas avant. Et je me rappelle la première fois, les résultats sont arrivés une dizaine de jours après. C'était la catastrophe ! Sur vingt-cinq détenus, il y en avait quinze qui étaient séropositifs. Alors panique... C'était en plein mois d'août de l'année où les tests sont devenus obligatoires. Je m'en souviens très bien parce que [mon collègue] était en vacances, et c'est moi qui le remplaçais. C'était la panique. Moi, je ne connaissais pas grand chose au fond. Le directeur, c'était la panique aussi... »<sup>1</sup>.*

Confinée durant les premières semaines au système carcéral, cette information est soudainement rendue publique fin août par un nouveau lanceur d'alerte. Responsable du CMPR de la M.A de Gradignan depuis 1979, Michel Bénézech apprend le 2 août 1985, suite au dépistage d'une collecte de sang effectuée fin juillet dans son établissement, que six donneurs (sur quatorze) sont séropositifs<sup>2</sup>. Le 16 août, il fait placer ces détenus à l'isolement total. Le 20, il prend contact avec le journal *Sud-Ouest* afin, selon le préfet, « d'obtenir une publication relative à la découverte des détenus dits porteurs sains ». Devant le refus qui lui est signifié par le quotidien régional, il prévient *Le Lot et Garonne* et *La Dépêche du Midi* qui publie le mercredi 21 un article révélant l'information. « Ce même jour, l'information ayant été rendue publique, le Docteur Bénézech a fait une réunion de presse dans l'enceinte de la prison avec quatre journalistes à 11 heures 30 et une prestation télévisée à l'extérieur à FR3 et TF1 l'après midi ». L'information est reprise par de nombreux journaux, parfois de manière alarmiste (« SIDA : quatre morts en Gironde »<sup>3</sup>, *Sud-Ouest*, 22/08/1985 ; « Virus carcéral », *LM*, 24/08/1985) et parfois de manière plus critique (« SIDA-psychose à la prison de Gradignan », *Libération*, 22/08/1985 ; « Sida : pas de panique », *La Dépêche du Midi*, 22/08/1985).

La distinction entre informations raisonnées et alarmistes est cependant trompeuse, comme le remarque Claudine Herzlich et Janine Pierret dans leur étude du traitement médiatique de l'épidémie : « A partir de l'été 1985, le SIDA est devenu l'objet d'une rubrique quasi-quotidienne explicitement dominée par la préoccupation d'informer pour dédramatiser. Mais

<sup>1</sup> Claude, généraliste à la M.A de Pontoise de 1979 à 1991. Entretien réalisé le 12/01/2006, 1H10.

<sup>2</sup> Les faits cités sont tirés du compte-rendu qui en est donné par le préfet après enquête (Lettre du préfet de Gironde au cabinet du ministère de la Santé et transmise à la DGS le 10/09/1985. Archives internes DGS).

<sup>3</sup> On y apprend que les autres morts n'ont pas eu lieu en prison à laquelle est pourtant consacré l'article.

le développement de la peur est parallèle à celui de l'information »<sup>1</sup>. Tandis que le milieu carcéral était jusqu'alors totalement resté à l'écart de la polémique sur le sida, les détenus n'ayant, pas exemple, jamais été cités comme « groupe à risque », l'association entre la population carcérale et le nouveau virus émerge pour la première fois dans l'espace public<sup>2</sup>. « La promiscuité, l'homosexualité et la toxicomanie, tout concourt à faire de l'univers carcéral un lieu à haut risque de SIDA », note Franck Nouchi (*LM*, 23/08/1985). « Il est probable que les proportions les plus importantes de tests positifs seront relevées dans la population carcérale », observe *La Dépêche du Midi*, qui annonce la présence de quatre porteurs du virus à la M.A de Carcassonne. Michel Bénézech annonce que « le problème va bientôt se poser dans toutes les prisons de France » (*Libération*, 22/08/1985).

Les syndicats pénitentiaires contribuent largement à amplifier l'information. Jacques Viallettes, secrétaire général du syndicat majoritaire FO pénitentiaire, réclame dans un communiqué qu'un dépistage systématique soit opéré chez tous les détenus et que les « porteurs sains » (asymptomatiques) soient isolés dans des « structures spécialisées » (*LF*, 23/08/1985). Certains surveillants annoncent que plusieurs autres cas ont été enregistrés à Fresnes ainsi qu'à Fleury-Mérogis. Le lendemain, *France-Soir* annonce que neuf détenus seraient séropositifs dans le seul département du Nord-Pas-de-Calais et que certains auraient été transférés vers un « hôpital au centre de la France » : « L'inquiétude règne dans les prisons du Nord » (*France-Soir*, 24/08/1985).

En dépit de l'alerte lancée par le responsable du CMPR de la M.A de Bordeaux, relayée par les syndicats, l'association entre le sida et le milieu carcéral peine à s'inscrire durablement dans l'espace public. En témoigne la brusque disparition, au sein de la presse, de cette question qui ne devient un sujet de préoccupation publique qu'en 1987. Ce phénomène s'explique, comme on en fait l'hypothèse, par la volonté exprimée alors, aussi bien par les autorités que les journalistes, de ne pas stigmatiser la population détenue. C'est ce dont atteste, tout d'abord, l'importance accordée par certains journaux au rôle des syndicats dans le déclenchement de la première alerte pourtant lancée par le Dr Bénézech. Sans citer à aucun moment son initiative, *Libération* explique l'émergence de cette « affaire » par le seul rôle des syndicats qui auraient découvert le « pot aux roses » et auraient ébruité cette information (22/08/1985). Plusieurs journalistes en déduisent une possible instrumentalisation de cette information par les syndicats. Remarquant que FO est majoritaire dans l'établissement de Gradignan, *Le Monde* s'interroge pour savoir s'il s'agit d'une « affaire politique », comme en

<sup>1</sup> HERZLICH Claudine, PIERRET Janine, « Une maladie dans l'espace public. Le SIDA dans six quotidiens français », *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, 1988, Volume 43, n° 5, p.1127.

<sup>2</sup> On rappelle qu'on a analysé les dossiers de presse relatifs à la question du sida en France à la FNSP, à la DAP et à la BPI de Beaubourg. Aucun article traitant du sida ne fait référence aux prisons en France avant août 1985.

attesteraient les propos du directeur de la M.A, secrétaire national de la CFDT : « En dramatisant à l'extrême, en mettant ce problème en exergue, on cherche de bonnes excuses pour un retour de la sécurité, de l'ordre et de la discipline à outrance dans les prisons [...] Je suis persuadé que cette surenchère syndicale va se traduire par un ras-le-bol de la manipulation » (LM, 24/08/1985). Dans un article intitulé « Les gardiens jouent la psychose », *Libération* voit dans cette « affaire » l'expression de revendications syndicales catégorielles :

*« Ah les braves gens ! Ils avaient obtenu par avance une augmentation de leurs effectifs [...] et l'intégration salariale de leurs primes de risque [...] Les voilà qui tapent du poing sur la table [...] Ils, ce sont les gardiens de prison Force ouvrière, largement majoritaires dans la profession et jamais en retard d'une revendication. Mais là, FO déconne purement et simplement, en se joignant – volonté politique délibérée ou sous information dramatiquement irresponsable – à l'hystérie croissante en matière de SIDA »* (Libération, 23/08/1985).

L'idée que les syndicats pénitentiaires, discrédités depuis la dénonciation de la COSYPE, auraient délibérément dramatisé l'information à des fins corporatistes a contribué à reléguer au second plan la prise en compte de la forte concentration de personnes séropositives, et souvent toxicomanes, et à retarder ainsi leur prise en charge. Les représentants du ministère de la Santé s'efforcent d'ailleurs, au même moment, afin de dédramatiser la situation, d'aller à l'encontre de cette représentation des détenus comme « groupe à risque ». Le Conseiller technique du ministre de la Santé déclare que l'étude du D Bénézech ne saurait être considérée comme représentative. Le Dr Brunet, considéré alors comme le « M. Sida », souligne que « les résultats de ces tests pratiqués en milieu carcéral ne sont pas étonnants puisqu'ils ont été faits chez des toxicomanes dont on sait depuis très longtemps qu'ils font partie des groupes à risque » (LF, 23/08/1985). La volonté de ne pas stigmatiser la population carcérale trouve son origine dans la « psychose » apparue dans l'ensemble de la société lors des premiers développements du sida. Les premiers signes de panique à l'été 85 ont amené les médias à dédramatiser, à juste titre, l'ampleur du danger<sup>1</sup>. Cette attitude est conforme à l'« option moderne-libérale » adoptée par les pouvoirs publics mais aussi par les médias afin de mettre fin aux excès de dramatisation<sup>2</sup>.

Le regard critique que développent à partir d'août 1985 politiques, scientifiques et journalistes, sur les discours tenus jusqu'à présent au sujet du sida contribue à « neutraliser » les alertes alors lancées, comme celle de Michel Bénézech. Si son intervention permet d'ouvrir une fenêtre médiatique au cours de laquelle un lien entre sida et prisons s'établit, celle-ci se referme aussitôt, toute référence aux détenus étant dès lors absente de la presse. Cette « auto-censure », destinée à ne pas stigmatiser, est d'autant plus forte qu'il est au même

<sup>1</sup> Cf. Annexe 34 : « Le traitement médiatique du sida : de la psychose à la dédramatisation ».

<sup>2</sup> Nicolas Dodier met en évidence la mise en place durant les premières années de l'épidémie d'une « option moderne-libérale » consistant à diffuser dans l'espace public une information unifiée et contrôlée par les institutions scientifiques, afin de s'opposer aux pratiques de stigmatisation et de dédramatiser (DODIER Nicolas, *Leçons politiques de l'épidémie de sida*. Paris, Éditions de l'EHESS, 2003, pp.65 et suiv).

moment question du « contre-modèle américain » où le niveau de crainte est à son apogée. « Si environ 12 600 cas d'Américains atteints du SIDA ont été recensés, ce ne sont pas moins de 1 à 2 millions de citoyens qui s'imaginent touchés par le virus [...] Le cas de victimes du SIDA expulsés de leur logement, licenciés de leur entreprise, jetés hors de prison ou privées d'école se comptent par dizaines » (*Le Matin*, 9/09/1985). Les journalistes s'indignent du traitement réservé aux prisonniers étatsuniens. En atteste la photo reproduite dans de nombreux journaux montrant un surveillant de prison recouvert d'une tunique de protection, ne laissant apparaître que ses yeux<sup>1</sup>. « Un bel exemple de parano anti-SIDA », commente *Libération* le 23 août 1985. En l'absence de Médecin-inspecteur, la question du sida est au ministère de la Justice l'affaire de magistrats qui apparaissent désarmés. En attestent les propos de Jean Favard :

*« Ça a commencé vers août 85. On ne savait rien. Moi, j'avais une culture pénitentiaire mais le sida... Personne ne savait ce que c'était. On parlait beaucoup à ce moment-là de "porteurs sains". Alors porteurs sains, c'était un peu rassurant. Et puis après on vous disait : "Il y en a 7 à 10% qui seront malades". Personnellement, je ne savais pas quoi répondre. C'était pas très affolant dit comme ça... »<sup>2</sup>.*

Si l'Administration pénitentiaire tient à ne pas dramatiser la portée de l'épidémie en milieu carcéral, c'est également en raison du contexte qui caractérise les prisons françaises au printemps 1985. Depuis sa nomination en tant que garde des Sceaux, Robert Badinter craignait ne n'advienne une trop forte agitation dans les prisons. Cela avait pu être évité par de nombreuses libérations qui avaient ramené la population carcérale à 29.000 détenus au 1<sup>er</sup> octobre 1981. L'inflation carcérale reprend cependant rapidement, ramenant le nombre de personnes incarcérées à 34.600 au 1<sup>er</sup> janvier 1983, 38.600 en 1984 et 44.500 au 1<sup>er</sup> mars 1985<sup>3</sup>, provoquant de vives tensions dans les établissements :

*« La surpopulation avait atteint dans les Maisons d'arrêt un niveau tel que nous étions à la merci du moindre incident, tant les détenus avaient les nerfs à fleur de peau. Les personnels pénitentiaires étaient eux aussi exaspérés par ce climat de tension qui risquait de dégénérer en affrontement. Mme Ezratty me faisait chaque semaine un rapport sur la situation dans les grands établissements pénitentiaires. Le plus terrible signe de la détresse carcérale était le taux élevé de suicides »<sup>4</sup>.*

C'est dans ces conditions qu'éclate selon les termes de Robert Badinter l'« orage pénitentiaire » à savoir une série de mutineries dans les établissements français, ainsi que la prise d'otage d'un surveillant. Au-delà d'une fermeté de façade, le garde des Sceaux autorise

<sup>1</sup> La diffusion de cette photo aurait été à l'origine de peurs parmi les surveillants français, si l'on en croit les propos de ce sociologue ayant enquêté aux Baumettes : « Certains auraient été jusqu'à exiger le port de masques. Il est vrai qu'une photo montrant des gardiens de prison américains en combinaison protectrice, casqués et gantés, a fait monter les inquiétudes » (PAILLARD Bernard, *L'épidémie. Carnets d'un sociologue*, Paris, Stock, 1994, p.298).

<sup>2</sup> Jean Favard, magistrat à la DAP de 1970 à 1975 puis Conseiller technique du ministre de la Justice de 1981 à 1986. Entretien réalisé le 10/01/2008, durée: 3H00.

<sup>3</sup> BADINTER Robert, *Les épines et les roses*, op.cit, p.193.

<sup>4</sup> *Ibid.*, p.206.

quelques mois plus tard l'introduction des premiers postes télévisés dans les cellules afin d'apaiser les tensions. C'est ce même climat de tension que rappelle Pierre Espinoza :

*« On était quand même dans l'ambiance où quelques mois plus tôt, l'infirmerie de la prison de Fresnes avait brûlé. Il y avait une tension extrêmement forte et donc on regardait à deux fois non pas sur les mesures à prendre [...] mais sur la façon dont on le faisait »<sup>1</sup>.*

Ce climat de tension et la volonté de dédramatiser à tout prix amène l'Administration pénitentiaire à effectuer un traitement discret de l'épidémie. Dans une directive publiée le 20 août 1985, la Chancellerie recommande l'isolement des détenus positifs tout en ajoutant que « rien ne justifie d'envisager le transfert des détenus sur l'hôpital de Fresnes ou sur une quelconque structure hospitalière des détenus qui, bien que porteurs d'anticorps, ne manifestent aucun symptômes du SIDA » (*Libération*, 23/08/1985). Le 5 septembre, les ministères de la Santé et de la Justice adressent aux autorités sanitaires et pénitentiaires une lettre-circulaire accompagnée d'une fiche technique relative aux infections à « virus LAV » « destiné[e] à fournir une information objective et à aider à dédramatiser les situations provoquées par la mauvaise connaissance de cette maladie virale »<sup>2</sup>. La fiche technique, co-élaborée par le Dr Espinoza et la DGS, précise que le « dépistage systématique des anti-corps anti-LAV n'apparaît pas justifié » de même que « l'utilisation d'équipement de type masque, blouse jetable, gants de protection ». Elle exclut en outre l'isolement des détenus et prend ainsi, note Renaud Crespin, le contre-pied du modèle appliqué jusque-là en matière de tuberculose<sup>3</sup>. Signe de la politique discrète menée par la DAP, cette circulaire n'est pas publiée au *Bulletin officiel* du ministère de la Justice. Bien que plus générale à la « promotion de la santé en milieu carcéral », une circulaire co-signée par l'Administration pénitentiaire et la DGS souligne en novembre 1985 l'importance des protocoles d'accord entre DDASS et établissements pénitentiaires afin d'assurer le dépistage des primo-arrivants<sup>4</sup>. L'Administration pénitentiaire évite toute association entre le sida et le milieu carcéral.

Bien qu'elle n'ait pas permis d'établir une association durable entre prison et sida au sein de l'espace public, l'alerte lancée par le Dr Bénézech a probablement accéléré le traitement administratif de la gestion de l'épidémie en soumettant le ministère de la Justice à une certaine pression. En témoigne la réaction que suscitèrent les déclarations du médecin-chef du

<sup>1</sup> Pierre Espinoza, chef de service de l'Unité de soins intensifs de l'Hôpital de Fresnes de janvier 1983 à septembre 1991. Entretiens réalisés le 16/05/2006, le 31/05/2006 et le 22/04/2008. Durées : 1H45, 2H00 et 1H50.

<sup>2</sup> Lettre circulaire des ministères de la Santé et de la Justice aux DDASS, DRASS, directeurs et médecins d'établissements pénitentiaires du 5/09/1985 accompagnée d'une « fiche technique » (CAC. 19950151 Art.6).

<sup>3</sup> Selon Renaud Crespin, tandis qu'à l'irruption de l'épidémie, le dépistage du VIH est pensé sur le modèle en matière de tuberculose, c'est à dire en tant qu'outil de protection de l'institution, l'Administration pénitentiaire recourt rapidement au modèle du dépistage proposé par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en tant qu'outil de diagnostic et d'accès aux soins. Cette utilisation témoigne, selon nous, d'une volonté du ministère de la Justice ne pas stigmatiser les détenus (CRESPIN Renaud, « Entre Santé publique et maintien de l'ordre : le parcours des tests de dépistage du SIDA dans les prisons françaises », *Lien social et politiques*, n° 55, printemps 2006, pp.137-148).

<sup>4</sup> Circulaire AP-DGS n°85-29 du 7/11/1985. Bibliothèque DAP.

CMPR de Bordeaux au sein de l'Administration pénitentiaire, comme le relate un magistrat alors chargé des questions de santé :

*« Il s'occupait des toxicos et ses études épidémiologiques consistaient à montrer que bon nombre de toxicos étaient séropositifs. Ça ne veut pas dire qu'ils étaient malades ! Le problème, ça n'est pas qu'il ait fait ça. Il se serait contenté de faire des publications scientifiques, il n'y aurait eu aucun problème ! [...] Et Bénézech avait convoqué la presse... Alors vous imaginez le truc ! Alors, il s'est fait taper sur les doigts par son DDASS. Mme Ezratty était furieuse. Ça pouvait entraîner des mouvements. Des mouvements de détenus. Ça aurait pu être le début d'une mutinerie. Alors, c'est vrai qu'on en voulait à Bénézech. Avec son aspect médiatique et son envie de toujours faire parler de lui ! On la connaissait la situation, c'était pas la peine de faire tout ce raffut ! C'est ce genre de personne un peu exhibitionniste qui aime bien qu'on parle de lui. Il aimait publier mais ça je lui reproche pas. C'était pas le fait de publier. Ça aurait été lu par les spécialistes, c'est très bien. Mais faire du ramdam dans Sud Ouest... C'était pas responsable ! »<sup>1</sup>.*

Bien que ce témoignage doive être considéré avec prudence, puisqu'il est actuel, il semblerait qu'à l'époque de la prise de parole du Dr Bénézech que l'Administration pénitentiaire était déjà consciente que le milieu carcéral concentrait une population à risque, principalement toxicomane. Ainsi semble confirmée l'hypothèse que cette direction ministérielle aurait privilégié une « politique discrète » afin de ne pas stigmatiser les détenus et de ne pas engendrer de révolte. On va maintenant en souligner les effets.

La politique discrète menée par la Chancellerie a eu pour principale conséquence un manque de cohérence entre les pratiques des différents établissements. C'est notamment le cas en matière de dépistage ou encore d'isolement. Préconisé en juin 1985 par le médecin-coordonnateur, l'isolement est interdit à partir de septembre. Les propos de cette infirmière exerçant à Fleury attestent du respect de cette consigne. « Alors au début y avait un isolement... Mais ça a pas duré, car il s'est avéré que le mode de transmission n'était pas aussi simple »<sup>2</sup>. Le respect de cette règle apparaît en revanche plus délicat dans les établissements de moindre envergure, peut-être parce que le poids des syndicats y est plus important, si l'on en croit cette infirmière travaillant à Bois d'Arcy où était pratiqué le regroupement entre séropositifs : « Alors, on mettait une cellule de trois HIV positifs. Vous imaginez ces gens là n'avaient plus aucune possibilité d'avoir le moindre contact avec les autres... C'était pire que la peste au Moyen-âge ! »<sup>3</sup>. C'est notamment pour éviter ce type de pratiques, que décrit ici un interne dans sa thèse, que les détenus malades sont le plus souvent hospitalisés à Fresnes : « Le détenu a été isolé dans une cellule pendant près d'un mois,

<sup>1</sup> Souligné par nous (Jacques, magistrat chargé à la DAP de la réglementation sanitaire de 1982 à 1989. Entretien réalisé le 11/01/2008, 3H30).

<sup>2</sup> Evelyne, infirmière à Fleury-Mérogis de 1983 à 1985 puis à Fresnes de 1985 à 1986 puis à Fleury-Mérogis de 1987 à 1993. Entretien réalisé le 8/02/2006, 2H30.

<sup>3</sup> Yvette, infirmière-chef de la M.A de Bois d'Arcy de 1980 à 1998 et ayant participé au Comité Santé /Justice de 1984 à 1988. Entretiens réalisés le 31/04 et le 4/05/2006, 3H et 3H.



n'ayant aucun droit de visite ou de promenade, recevant du personnel portant des gants. Ce patient me montre un papier officiel d'isolement médical, il n'était pas signé »<sup>1</sup>.

En dépit de quelques hésitations, le principe du volontariat du dépistage des détenus fut rapidement affirmé en France<sup>2</sup>. Pourtant, peut-être en raison de la mise à l'écart de la politique de santé publique du ministère de la Santé, son respect fut difficilement assuré. Certes les médecins certifient dans leurs études demander le consentement, rarement refusé selon le Dr Bénézech puisque sur 300 toxicomanes seuls deux auraient refusé (LF, 13/02/1987). Plusieurs professionnels de santé interrogés sur le consentement des patients hésitent néanmoins. Ce médecin ayant réalisé en 1985 une étude auprès des détenus toxicomanes n'est pas certain qu'il ne se soit pas contenté alors d'une simple « indication » : « Je ne sais même plus si c'était un dépistage volontaire. On a dû leur dire simplement dans le cadre de la visite... [...] J'ai sûrement dû leur signaler qu'on leur faisait une prise de sang pour une sérologie HIV »<sup>3</sup>. Une infirmière travaillant à Rouen précise que le dépistage était « prescrit » par le médecin « en cas de zona, et dans certains cas pour le Zaïre et les pays très endémiques... »<sup>4</sup>. Une autre infirmière observe que le dépistage était volontaire avant d'ajouter : « Mais, moi, je leur conseillais fortement ! »<sup>5</sup>. Un infirmier travaillant à la M.A de Caen précise que le dépistage ne fut « obligatoire » qu'un bref laps de temps à son arrivée... en 1988<sup>6</sup>. Cet interne de l'Hôpital de Fresnes relève également en 1988 dans les dossiers médicaux de la prison de Fresnes de multiples infractions au principe du consentement :

*« Observation n°3 : Monsieur A. Bruno est adressé en consultation de gastroentérologie pour douleurs abdominales. L'analyse du dossier médical montre un résultat sérologique VIH positif avec une note du médecin signalant qu'il ne faut pas communiquer le résultat au patient. L'interrogatoire révèle que Monsieur A. avait refusé que soit pratiqué le test proposé lors d'une consultation médicale. L'entretien avec le médecin permet de constater que ce test a été réalisé malgré le refus du patient [...] Observation n°5 : Monsieur D, 27 ans, est incarcéré en juin 87, condamné à dix-huit mois. Une sérologie VIH est faite sans son accord pour un motif inconnu [...] Observation n°6 : Monsieur H., toxicomane, vient de se faire incarcérer. Lors de sa visite médicale d'entrée, l'interne lui demande s'il était suivi correctement tous les six mois pour son infection VIH. Stupeur du patient : "Quoi ? J'ai le SIDA mais on ne me l'a pas dit". Deux ans auparavant, au cours d'une précédente incarcération de trois mois, le patient avait subi un dépistage à VIH sans son accord, il était séropositif. Monsieur H. est papa depuis un an d'une petite fille bien portante... »<sup>7</sup>.*

Ces différents exemples soulignent les conséquences possibles, psychologiques et médicales, d'un dépistage systématique opéré à l'insu des patients, et sans que les résultats leur soient donnés. Toujours selon ce même interne, sur un échantillon de cent trente toxicomanes séropositifs, dans seule la moitié des cas (51,5%) le test de dépistage aurait été prescrit à la

<sup>1</sup> LETELLIER Laurent, *Toxicomanie et VIH, éthique : aspects particuliers en milieu carcéral. Un certain regard sur l'extérieur*, thèse de médecine, 1988, p.62.

<sup>2</sup> Seuls le Luxembourg et le Portugal mirent en place un dépistage obligatoire de tous les entrants.

<sup>3</sup> Valentin, interne puis généraliste à l'EHPNF de 1982 à 1995. Entretien réalisé le 4/01/2006. Durée : 2H.

<sup>4</sup> Christine, infirmière à la M.A de Rouen depuis 1984. Entretien réalisé le 8/02/2006, 2H45.

<sup>5</sup> Julie, infirmière à Pontoise de 1987 à 1990 puis à Poissy de 1990 à 1992. Entretien réalisé le 31/01/2005, 2H.

<sup>6</sup> Florent, infirmier à la M.A de Caen de 1988 à 1995. Entretien réalisé le 25/01/2007, 1H20.

<sup>7</sup> LETELLIER Laurent, *Toxicomanie et VIH, éthique*, op.cit., pp.63-64.

demande du patient. Une infirmière ayant réalisé un stage à la M.A de Melun en 1991 note dans son mémoire de fin d'étude que le dépistage des nouveaux arrivants y était systématique<sup>1</sup>. Parce que la médecine pénitentiaire demeure gouvernée par certaines règles spécifiques éloignées du monde médical<sup>2</sup>, certains professionnels de santé exerçant en prison ont une faible observance des instructions officielles ainsi que des règles éthiques, considérées ici comme décalées ou inutiles. En attestent les propos de ce praticien, alors médecin-chef des Baumettes :

*« Et il s'est posé beaucoup de questions à l'époque. Il fallait que ce soit volontaire à l'époque. On ne pouvait pas faire de dépistage systématique. Alors qu'est-ce qu'il fallait faire et qu'est-ce qui a été fait après ? Hein ? Mais c'est en fonction de... Comment on appelle cet organisme ? L'éthique, là... Il fallait pas le faire parce que fallait leur demander l'autorisation. Et puis après, c'est venu doucement... Parce que quand on faisait le dépistage, on s'est aperçu que les gens étaient bien contents de savoir ce qu'il en était. C'était pour eux ! Parce que si la maladie s'aggrave... Et pour la famille ! Y avait un tas d'avantages à dépister les gens ! »<sup>3</sup>.*

Sans qu'on puisse l'affirmer avec certitude, il est possible que la discrétion adoptée par l'Administration pénitentiaire et l'absence de « politique publique » ont contribué à favoriser certaines pratiques propres au milieu carcéral, et notamment une faible prise en compte de la volonté des patients.

L'interpellation du Dr Michel Bénézech est insuffisante pour inscrire durablement la prison comme un lieu à risque. Rappelé à l'ordre par le préfet ainsi que par sa direction de tutelle, il cesse toute intervention dans les médias<sup>4</sup>. Le responsable du CMPR de Gradignan continue cependant d'exercer une fonction d'alerte en diffusant les résultats des recherches qu'il mène dans son établissement. Le 15 novembre 1985, il souligne lors d'une communication à la Société de médecine du travail de Bordeaux la prévalence de toxicomanes séropositifs incarcérés et les risques de contamination entre détenus et à l'égard du personnel<sup>5</sup>. En février 1986, le Dr Bénézech intervient devant la Société de médecine légale et de criminologie où il tente de mettre en évidence l'importance de l'épidémie. Si le milieu carcéral représente selon lui « un réservoir de virus (hépatite B, LAV, etc.) », c'est du fait de la surreprésentation de nombreux groupes à risque en son sein : « Le groupe à risque des toxicomanes à la seringue est particulièrement préoccupant dans les Maisons d'arrêt de la

<sup>1</sup> PAREAU Odile, *L'infirmière a-t-elle sa raison d'être dans le milieu carcéral*, mémoire de fin d'études, Ecole d'enseignement des soins infirmiers du Centre hospitalier Léon Binet, 1989-1992, p.17.

<sup>2</sup> Cf. Introduction du chapitre 5 : « Les spécificités carcérales à l'épreuve du "décloisonnement" ».

<sup>3</sup> René, chirurgien et médecin-chef des Baumettes de janvier 1987 à 1991. Entretien réalisé le 20/02/2006, 2 H.

<sup>4</sup> La lettre du préfet de Gironde est accompagnée d'un document interne de la DGS indiquant qu'« il appartient à la D.H de faire connaître à ce praticien notre façon de voir sa stratégie » (Archives internes DGS). On apprit, bien plus tard, que le préfet somma le Dr Bénézech d'interrompre le dépistage systématique des toxicomanes (*La Croix*, 10/03/1999).

<sup>5</sup> BENEZECH M., RAGER P., LARCHE-MOCHEL M., « Problèmes d'hygiène et d'information posés par certaines maladies épidémiques (hépatites virales, SIDA) en milieu carcéral », *Archives de maladies professionnelles de médecine du travail*, 1986, 47, 4, p.282.

région parisienne et des grandes villes de province puisque ces individus constituent 10 à 30% des détenus incarcérés. Or, ces établissements reçoivent aussi nombre d'homosexuels, de marginaux instables, de prostitués des deux sexes. Il y a donc là une concentration importante de sujets anti-LAV positifs »<sup>1</sup>. Deux journalistes rendent compte de cette étude de manière diamétralement opposée. Estimant que « les données existantes [...] ne peuvent en aucun cas tenir lieu d'échantillon représentatif de la population carcérale française », *Libération* estime, dans un article intitulé « le virus de l'extrapolation », qu'« à l'intérieur comme à l'extérieur des murs de la prison, les études épidémio concernant les toxicos sont éminemment difficiles », avant de regretter des « manœuvres arithmétiques souvent fallacieuses »<sup>2</sup>. A l'inverse, constatant que « 5 à 20% de tous les prisonniers français sont contaminés par le virus », le Dr Escoffier-Lambiotte remarque dans *Le Monde* que « le milieu carcéral constitue donc un véritable réservoir de contamination potentielle » avant de critiquer l'inaction de la Chancellerie :

*« Ce fait ne saurait être passé sous silence. Il appelle à l'évidence à la mise en place de mesures précises. Ces mesures ont été adoptées à Bordeaux où l'on pratique systématiquement le dépistage de la syphilis, des stigmates de l'hépatite B et du SIDA [...] De telles mesures sont loin d'être adoptées dans l'ensemble des prisons françaises [...] Cette attitude est, hélas ! peu répandue dans les prisons françaises, où le problème sanitaire que pose l'extension du SIDA est loin d'être réglé. Les autorités responsables n'ont d'ailleurs pris à ce jour aucune mesure précise à ce sujet qu'elles préfèrent occulter alors que la situation est sans aucun doute préoccupante et qu'il serait difficilement tolérable de la laisser "se développer plus avant" »<sup>3</sup>.*

La radicale différence de ton entre ces deux articles s'explique par la relation que développe chacun des journalistes avec l'épidémie. Soucieux de ne pas stigmatiser la question des prisons, jugée très sensible à *Libération*, Gilles PIAL choisit de relativiser les résultats de cette enquête. A l'inverse, le Dr Escoffier-Lambiotte, qui a déjà critiqué par le passé certaines pratiques de l'Administration pénitentiaire, notamment en matière de grève de la faim<sup>4</sup>, s'avère beaucoup plus alarmiste<sup>5</sup>. Les ministères de la Justice et de la Santé réagissent aussitôt en précisant que de « telles statistiques sont ininterprétables », faute de disposer d'un système de veille épidémiologique, et qu'il est par conséquent impossible « d'extrapoler ces résultats au plan national ». Plus que la présence de séropositifs en détention, qui apparaît difficilement

<sup>1</sup> BENEZECH M., RAGER P., DUTASTA P., ANDRIEUX-LACLAVETINE A., LALANNE B., « Implications médico-sociales du dépistage du S.I.D.A chez les détenus toxicomanes », *Journal de médecine légale- droit médical*, 1986, n°29, 5, pp.423-426.

<sup>2</sup> PIAL Gilles, « SIDA en prison : le virus de l'extrapolation », *Libération*, 15-16/02/1986.

<sup>3</sup> ESCOFFIER-LAMBIOTTE Claudine, « Dans les prisons françaises. Plus de la moitié des détenus toxicomanes sont contaminés par le virus du SIDA », *Le Monde*, 15/02/1986.

<sup>4</sup> Cf. Annexe 20: « Asclépios au service de Thémis ou la position controversée de Solange Troisier en matière de grèves de la faim ».

<sup>5</sup> Le Dr Escoffier-Lambiotte, qui tient la rubrique médicale au *Monde* depuis 1956, est le premier journaliste-médecin. Outre sa bonne intégration dans les milieux de recherche, elle est nommée secrétaire général de la Fondation pour la recherche médicale, elle est connue pour « ses prises de position tranchées en faveur de la contraception à une époque où ce n'était pas encore populaire, ou contre l'acharnement thérapeutique ». (FAVEREAU Eric, « Le journalisme, de l'information médicale à l'information santé », *Sève. Les tribunes de la santé*, hiver 2005, pp.21-27).

réfutable, les autorités récusent tout lien entre le sida et le milieu pénitentiaire. Le même communiqué précise ainsi que la proportion du nombre de détenus infectés « est liée à la fréquence élevée de séropositifs chez les toxicomanes et non aux conditions de vie dans les prisons ». La séroprévalence en détention est donc interprétée comme la conséquence de la forte proportion de détenus toxicomanes, évitant ainsi que soit établi un lien entre l'épidémie et l'institution carcérale<sup>1</sup>.

De son côté, le Dr Espinoza multiplie les recherches épidémiologiques à l'Hôpital de Fresnes. Il incite ses internes à intégrer le problème du sida dans leur thèse. C'est par exemple le cas de Martine, devenue interne en 1984 dans le service des soins intensifs dirigé par le médecin-coordonnateur : « Moi, je faisais ma thèse au début sur les toxicomanes par rapport aux hépatites. Et puis on s'est dit qu'on pouvait rajouter l'infection HIV et on a eu la surprise de découvrir qu'on avait 50% des toxicomanes qui étaient positifs. Ce qui n'était pas connu ! A tel point qu'on a fait revérifier nos tests »<sup>2</sup>. Bien que plus prudent que son confrère bordelais qu'il désapprouve, le Dr Espinoza n'en joue pas moins un rôle d'alerte par la diffusion de chiffres épidémiologiques. *Libération* fait état en juin 1986 d'une « étude encore inédite menée dans un hôpital pénitentiaire parisien » (4/06/1986) au terme de laquelle sur 113 toxicomanes, tous « volontaires », près de 55% déclarent utiliser une seringue collective et 63% sont séropositifs<sup>3</sup>. Le médecin-coordonnateur semble adopter au fil des mois une position plus alarmiste, si l'on en croit les propos qu'il aurait tenus en novembre 1986, à l'occasion d'une réunion organisée par l'association AIDES<sup>4</sup> :

*« Je suis revenu avec les recommandations de l'OMS et donc j'ai organisé mon intervention de la façon suivante : l'OMS dit ça... "En France, on n'applique pas ça ! ". L'OMS dit [ceci]. "En France on fait ça" ! [Rires] Alors y avait Dinthillac [magistrat sous-directeur de la DAP] qui faisait des bonds. Il était là pour représenter l'Administration pénitentiaire et il m'a dit : "Mais c'est scandaleux !" »<sup>5</sup>.*

Lors d'un colloque « Sida droit et liberté » qui a lieu en décembre 1987 à Paris, Pierre Espinoza tient une fois de plus des propos sur la gestion de l'épidémie par le ministère de la Justice :

*« Que devient le séropositif dans ce cadre ? Le nécessaire accompagnement psychologique d'un séropositif est impossible à assurer, de manière efficace, pour tous, faute de moyens en personnel.*

<sup>1</sup> Une polémique a d'ailleurs lieu entre les Dr Bénézech et Espinoza quant au caractère « sidatogène » du milieu carcéral que défend le premier et réfute le second. Il ne nous appartient bien sûr pas de trancher ce débat. On souhaiterait ici simplement souligner que la crainte de l'association entre le sida et la prison a amené la DAP à privilégier une « politique discrète » en la matière.

<sup>2</sup> Martine, interne de 1984 à 1986 puis chef de service à l'Hôpital de Fresnes. Entretien réalisé le 5/04/2006, 2H.

<sup>3</sup> Ces résultats sont en fait ceux de la thèse de Martine : *Prévalence des infections à virus B et LAV chez 113 toxicomanes incarcérés*, thèse de médecine, Université Paris Sud, 1986.

<sup>4</sup> « SIDA : les séropositifs de la prison de Fresnes », *Le Monde*, 23-24/11/1986.

<sup>5</sup> Pierre Espinoza, chef de service de l'Unité de soins intensifs de l'Hôpital de Fresnes de janvier 1983 à septembre 1991. Entretiens réalisés le 16/05/2006, le 31/05/2006 et le 22/04/2008. Durées : 1H45, 2H00 et 1H50.

*Alors, de grâce, cessons de discuter du problème de dépistage, car la vraie réalité c'est la pénurie en personnel soignant. Cette pénurie s'accroît dans certains établissements. Savez-vous que nous disposons de moins d'infirmières au Centre pénitentiaire de Fresnes (9 infirmières) qu'à la prison de Yaoundé (12 infirmières).*

*Faute d'infirmières, on habille des surveillants avec une blouse blanche. Est-il raisonnable qu'ils puissent assurer des soins de type infirmier (injections, distribution de médicaments) ? Pourront-ils conserver le secret professionnel vis-à-vis du Directeur de l'établissement s'il demande le résultat du test ? Et parfois, des détenus exercent la fonction de secrétaire médical »<sup>1</sup>.*

Le Dr Bénézech continue également de diffuser le résultat de ses études. En janvier 1987, *Le Quotidien du médecin* apprend que sur 300 dépistages réalisés à Gradignan, 54% ont mis en évidence l'anticorps HIV et 90% l'un des marqueurs de l'hépatite B<sup>2</sup>. C'est une communication des Dr Bénézech et Rager, du SMPR de Gradignan, et du Pr Jacques Beylot du CHU de Bordeaux, présentée le 10 février 1987 à l'Académie de médecine, qui provoque l'inscription du problème du sida en prison à l'agenda public<sup>3</sup>. En se référant à plusieurs études épidémiologiques, indiquant notamment que 12,5% des entrants à Fresnes et 18,5% à Bois-d'Arcy sont séropositifs, les intervenants dressent un « constat alarmant » de l'état de l'épidémie en détention<sup>4</sup>. « Enfin quelques enquêtes systématiques sur les entrants confirment le haut potentiel épidémiologique des prisonniers des Maisons d'arrêt [...] Le nombre de sujets contaminés par le virus du S.I.D.A est 50 à 200 fois plus élevé dans les Maisons d'arrêt des grandes villes que dans la population générale française », observe *Le Figaro*<sup>5</sup>. Outre la forte prévalence du sida en milieu carcéral, cette communication est l'occasion de souligner les risques de contamination *intra-muros* : « En prison, les risques de contamination par le S.I.D.A ou l'hépatite B sont démultipliés : emprunts de rasoirs ou de brosse à dents, tatouages, relations homosexuelles, persistance de la toxicomanie et échange de seringues, sans parler du surencombrement permanent des cellules. Autre source de contamination, le sang répandu lors de tentatives de suicides est souvent nettoyé à mains nues par les détenus chargés du service général » (*LF*, 13/02/1987). Le responsable du CMPR de Bordeaux remet alors en cause la réaction adoptée par les autorités pénitentiaires :

*« Malheureusement, ces dernières années, une seule fiche technique relative aux infections à H.I.V a été diffusée par la Chancellerie, en septembre 1985, sous la pression des médias, déplore le Dr Bénézech, et les conseils qui y sont donnés nous paraissent insuffisants ». Ils ne présentent ni la désinfection des cellules à dates régulières, ni le port de gants de protection pour les surveillants ou les détenus lorsqu'ils touchent du sang » (*Le Figaro*, 13/02/1987).*

L'alerte lancée par le Dr Bénézech, qui trouve quelques mois plus tard confirmation dans les propos du Dr Espinoza, qui annonce « 400 à 500 [sida] d'ici cinq ans » dans les prisons

<sup>1</sup> ESPINOZA Pierre, « Infection HIV et prison », intervention au colloque Sida droit et liberté à Paris les 11 et 12 décembre 1987, *Bulletin de l'APSP* n°0, pp.8-12.

<sup>2</sup> « La prison, lieu de contamination par le virus HIV peut aussi être le lieu de prévention », *QDM*, 28/01/1987.

<sup>3</sup> BENEZECH M., RAGER P., BEYLOT J., « Sida et hépatite B dans la population carcérale : une réalité épidémiologique incontournable », *Bulletin Académie Nationale de Médecine*, 1987, n°171, pp.215-218.

<sup>4</sup> « Un rapport alarmant. Le virus du sida prolifère dans les prisons françaises », *Le Monde*, 12/02/1987.

<sup>5</sup> « S.I.D.A : dans les prisons, l'épidémie explose », *Le Figaro*, 13/02/1987.

(*Libération*, 14/12/1987), marque un tournant dans la représentation de l'épidémie de sida en prison. Longtemps demeurée en marge, l'institution carcérale apparaît désormais comme une des scènes privilégiées de l'épidémie. Longtemps réfractaire à la reconnaissance de ce risque, le journaliste Gilles PIAL remarque peu de temps après « la négligence avec laquelle les autorités, belges ou françaises, traitent le problème du Sida en milieu carcéral » : « L'univers carcéral, qui abrite une grosse minorité de toxicomanes, reste l'exemple du milieu "à risques" »<sup>1</sup> (*Libération*, 4/05/1987).

D'autres acteurs condamnent publiquement la politique du ministère de la Justice en la matière. *Le Figaro* publie un long entretien avec le responsable du service de prise en charge des détenus de Lyon, qui relativise la portée de l'épidémie (une quarantaine de séropositifs sur 400 sérologies en deux ans), tout en soulignant « la politique de l'autruche » adoptée jusque-là par l'Administration<sup>2</sup>. Au même moment, la prise en compte du sida en prison est croissante au sein de la presse du fait des cas cliniques de plus en plus lourds auxquels sont confrontés les soignants en prison<sup>3</sup>. « Un condamné à mort est libéré », titre *Le quotidien de Paris* dans un article commentant la libération d'un détenu malade à qui fut refusé toute demande de mise en liberté provisoire jusqu'au jour de son affaiblissement ultime<sup>4</sup>. « Sida en prison : la double condamnation », titre *Libération* le 1<sup>er</sup> octobre 1987 suite à la mort d'un détenu dont la séropositivité était connue. Le journaliste spécialisé sur la question du sida à *Libération* abandonne sa prudence initiale pour dénoncer « la prison des séropositifs » :

« Le système pénitentiaire est malade du Sida. Passées les premières phases de comptabilité morbide (combien de séropositifs ? combien de malades du sida ?), médecins des prisons et autorités pénitentiaires ont désormais la maladie à gérer, et d'innombrables problématiques à résoudre [...] Le problème du Sida demeure, en prison, une préoccupation essentielle. En atteste le chiffre des toxicomanes qui ne cesse de croître dans les différents bulletins épidémiologiques produits par le bureau OMS de Paris. Jusqu'à 63% de séropositifs sur une centaine de volontaires dans une prison parisienne »<sup>5</sup>.

Cette nouvelle médiatisation n'est pas sans préoccuper le ministère de la Justice. En atteste une note adressée par le Directeur de l'Administration pénitentiaire au Conseiller technique du garde des Sceaux en réaction à la publication de cet article de *Libération* : « Ce taux (63%) reflète la situation de la région parisienne à un moment donné mais il ne serait pas scientifiquement recevable de l'extrapoler à l'ensemble des établissements »<sup>6</sup>. Traitée jusque-là de façon discrète, la question du sida en prison est, à l'été 1987, l'objet d'une politique publique et ce alors que la lutte contre l'épidémie de VIH passe au niveau national sous la

<sup>1</sup> On note la distinction entre « groupe à risque » et « milieu à risque », expression moins discriminante à l'égard des détenus (Souligné par nous).

<sup>2</sup> « Le sida en milieu carcéral : choc de deux tabous », *Lyon Figaro*, 10/03/1987.

<sup>3</sup> Le récent scandale des grâces médicales explique que les détenus malades du sida ne pouvaient bénéficier d'une telle mesure que peu de temps avant leur décès.

<sup>4</sup> « Un condamné à mort est libéré », *Le quotidien de Paris*, 21/09/1987.

<sup>5</sup> PIAL Gilles, « La prison des séropositifs », *Libération*, 1/10/1987.

<sup>6</sup> Note de F. Bonnelle, DAP, au Conseiller technique du garde des Sceaux, du 1/10/1987. Archives internes DAP.

responsabilité de l'Etat. Cette politique davantage volontariste de l'Etat en matière de prise en charge du sida n'est pas sans lien avec la politisation croissante du sida apparue sous l'effet des partis extrémistes et, comme l'appelle Nicolas Dodier, du « retour du spectre antilibéral »<sup>1</sup>. Dans un contexte préélectoral, les propos du président du Front National annonçant la mise en place de « sidatoriums » à l'image des politiques adoptées à Cuba ou en Bavière, provoquent un grand émoi<sup>2</sup>. Face à ces craintes, les décideurs font de la politique du sida en prison un objectif. Michèle Barzach tente ainsi, en vain, d'obtenir la distribution de préservatifs en détention.

Un groupe de travail Santé/Justice est créé à l'occasion. Il écarte l'idée d'un dépistage systématique ainsi que la distribution de préservatifs mais propose la mise en place de « liaisons institutionnelles [...] entre les structures hospitalières et les infirmeries des prisons » (*QDM*, 24/07/1987). L'arrivée des premiers praticiens hospitaliers ne se concrétise qu'en 1988 avec l'intervention des Centres d'information et de soin de l'immunodéficience humaine (CISIH)<sup>3</sup>. Plus de trois ans auront été nécessaires à la reconnaissance officielle par le ministère de la Justice de la sur-représentation de l'épidémie de sida en prison et ce, en partie, grâce notamment à la persévérance d'un psychiatre<sup>4</sup>. Pendant ce laps de temps les établissements ont été contraints d'innover, les directeurs et les médecins les plus volontaristes pratiquant une sorte de « bricolage préventif » tandis que d'autres demeuraient plus attentistes<sup>5</sup>. L'intervention, à partir de 1988, des praticiens hospitaliers en prison marque le déclin du régime d'exception qui marquait jusque-là la gestion de l'épidémie en milieu carcéral.

## 2. *L'intervention des CISIH en milieu carcéral : une ouverture de la prison vers l'Hôpital ou de la Santé envers les prisons ?*

Journaliste : « Jacques a trente ans, il est malade du sida, lorsqu'il a été incarcéré en septembre 1985, il se savait séropositif ; brutalement son état de santé s'est dégradé, Jacques a alors plusieurs fois demandé par lettre un médecin, mais comme il l'écrit lui-même, depuis plusieurs fois dit-il c'est en vain. Finalement son avocat obtient du juge d'instruction qu'un expert soit nommé, nous sommes en mai 86, le Dr P. Arter

<sup>1</sup> DODIER Nicolas, *Leçons politiques de l'épidémie de sida*, op.cit., p.121.

<sup>2</sup> MATHIOT Pierre, « Le sida dans la stratégie et la rhétorique du Front National », dans Favre Pierre (dir.), *SIDA: Les premiers affrontements (1981-1987)*, Paris, L'Harmattan, 1992, pp.189-201.

<sup>3</sup> Les Centres d'information et de soins de l'immunodéficience humaine, créés en 1987, constituent la pièce maîtresse de la lutte contre le Sida en milieu hospitalier.

<sup>4</sup> Le fait que l'alerte ait été lancée par le chef de service d'un CMPR n'est pas le fait du hasard. Seuls médecins plein-temps dans les prisons à cette époque, les psychiatres des CMPR sont responsables de la prise en charge des toxicomanes (les Antennes toxicomanies ne sont cependant créées qu'en 1988) chez lesquels la prévalence VIH est très forte. Enfin, du fait de leur statut hospitalier, ils bénéficient de ressources extérieures à l'établissement, ayant par exemple rendu possible l'intervention de Michel Bénézec à l'Académie de médecine ou la mise en place de consultations hospitalières avec le service du Pr Jacques Beylot avant 1988.

<sup>5</sup> C'est ainsi qu'est réalisée par des détenus, et avec l'aide des éducateurs, une vidéo sur la maladie à la M.A de Nice (« Une vidéo sur le sida en prison », *La Croix*, 23/03/1988).

*consigne dans son rapport les troubles de Jacques, demande un test de dépistage du sida, et souhaite que le malade soit transféré à l'hôpital de la prison.*

*Au-delà de cette affaire, sur le front du sida, c'est l'état d'urgence dans les prisons françaises. Ils sont 8.000 toxicomanes à être incarcérés aujourd'hui. Parmi eux, près des trois quarts sont séropositifs, et ils seront 500 malades atteints du sida à être diagnostiqués dans les centrales dans les deux années qui viennent. Dès lors, certaines questions deviennent incontournables : les prisons sont-elles équipées pour prendre en charge sur les plans médical et psychologique des malades aussi lourds ? Et versant économique, l'Administration pénitentiaire peut-elle, vu l'absence de protection sociale pour les détenus, assurer seule les frais occasionnés par les traitements très chers. A titre d'exemple, les détenus atteints du sida ne sont pas traités par l'AZT, le seul médicament qui, à ce jour freine pourtant l'évolution du sida »<sup>1</sup>.*

Interpellés par la presse, mais également par les organisations internationales<sup>2</sup>, les pouvoirs publics mettent progressivement en place une politique *publique* de prise en charge des détenus séropositifs. En atteste la circulaire Santé/Justice datée du 1<sup>er</sup> février 1988 ayant pour objet « la participation de l'Administration pénitentiaire à la politique nationale de lutte contre le SIDA » publiée au *Bulletin officiel* du ministère de la Justice, et ce contrairement à celle de septembre 1985<sup>3</sup>. Y sont rappelées les principales dispositions adoptées antérieurement (dépistage volontaire, pas d'isolement) ainsi que la nécessité de mettre en place des formations à destination des détenus et, surtout, des surveillants. Fait nouveau, cette circulaire insiste sur la mise en place de « liaisons institutionnelles [...] entre les établissements pénitentiaires et les hôpitaux afin de faciliter l'accès des détenus malades aux structures de soins hospitalières, et l'organisation des consultations spécialisées au sein des établissements pénitentiaires ». Cette idée, encore vague, se précise dans le rapport sur le sida en prison confié par Albin Chalandon à Solange Troisier, membre du Conseil économique et social (*LM*, 12/02/1988).

Tout en considérant que la prison n'est pas « sidatogène », l'ancien Médecin-inspecteur évoque une moyenne de 6% de séropositifs avec des pointes jusqu'à 13% dans de grands établissements comme Fresnes<sup>4</sup>. Elle s'oppose à la mise en place d'un dépistage systématique,

<sup>1</sup> Antenne 2, JT 20H, « Administration pénitentiaire en cause », 3/03/1988. Retranscription bibliothèque DAP.

<sup>2</sup> Estimant à 10% le nombre de détenus séropositifs en Europe, l'OMS appelle en 1987 à mettre en œuvre des mesures urgentes (consultations hospitalières, distribution de préservatifs) au nom du « droit à la santé » (« Le sida dans les prisons : l'OMS tire la sonnette d'alarme », *Le Quotidien du médecin*, 23/11/1987). Quelques mois plus tard, le Conseil de l'Europe préconise la distribution de préservatifs et de seringues (*Libération*, 1/07/1988).

<sup>3</sup> Circulaire n°A.P.88-01G 2-0102-88 du 1<sup>er</sup> février 1988 relative à la participation de l'administration pénitentiaire à la politique nationale de lutte contre le sida.

<sup>4</sup> Dans une interview réalisée suite au rapport, Mme Troisier fait pourtant état de chiffres beaucoup plus inquiétants : « Le nombre de séropositifs a plus que doublé à La Santé, en l'espace d'un an ! En 1986, nous n'avions que 20% de séropositifs recensés. En 1987, nous en avons 50% ! [...] Il ne faut bien sûr pas généraliser, mais j'ai trouvé exactement les mêmes chiffres à Fleury-Mérogis : plus de 50% de séropositifs recensés, et même 60% à Nice et Draguignan ! Pour les femmes, le problème est dramatique : le pourcentage de sérologies positives est de près de 90% à Draguignan et à Nice. Ainsi, par exemple à Nice, sur cinquante femmes détenues, trente-deux ont subi le test : vingt-sept d'entre elles se sont révélées positives. Mais je vous le répète, il faut se garder de toute extrapolation à partir de ces chiffres qui ne concernent qu'une population à risques médicalement sélectionnée » (« Le sida dans les prisons : un rapport explosif du docteur Solange Troisier », *Le Figaro*, 19/03/1988).



jugé inutile et trop coûteux (20 millions de francs). Enfin, estimant que « la prison n'a pas les moyens suffisants pour faire face à la prise en charge médicale des détenus », Solange Troisier recommande « le recours des services spécialisés des hôpitaux ». En conclusion, elle préconise la mise en place de protocoles entre chaque établissement et le centre hospitalier le plus proche « afin d'organiser les modalités de consultations, d'examen et de soins pour les détenus séropositifs malades »<sup>1</sup>.

Les conventions avec les établissements hospitaliers visent à faciliter l'intervention de praticiens spécialisés, à un moment où le sida engendre de nombreux problèmes dans l'organisation des soins, dans les prisons souvent dépourvues du matériel le plus élémentaire<sup>2</sup>. Les affections opportunistes liées au développement de la maladie laissent craindre une augmentation du nombre d'hospitalisations à la charge de l'Administration pénitentiaire<sup>3</sup>, comme le suggère Jean Tchériatchoukine de l'IGAS : « Le nombre de détenus [hospitalisés] est en augmentation, de plus avec la vague de SIDA, on peut craindre que cette tendance ne s'accroisse. Dans trois ou quatre ans, des problèmes d'hospitalisation et de prise en charge des malades à l'intérieur et à l'extérieur des prisons vont se poser de façon plus aiguë qu'actuellement, si des traitements et des vaccins opérants ne sont pas découverts »<sup>4</sup>. Pour éviter ces hospitalisations, certains médecins tentent d'aménager les espaces médicaux à leur disposition. C'est notamment le cas du nouveau médecin-chef des Baumettes, très soucieux des économies pouvant être réalisées, comme en atteste le projet de réorganisation qu'il soumet à sa direction régionale :

*« En détention, à la PHB, un aménagement particulier est déjà programmé. Il concerne deux cellules spécialement équipées à peu de frais pour accueillir deux malades en traitement pour Sida au stade IV [le plus grave]. En effet, actuellement dans le service de M. le Professeur Gastaut à l'Institut Paoli Calmettes, nous avons trois malades qui y passent environ dix jours par mois [...] Nos infirmières vont effectuer de petits stages dans des services spécialisés habitués à ces thérapeutiques. Ainsi, l'hospitalisation moyenne de dix jours pourra très facilement être réduite au moins à six. Quatre jours d'hospitalisation en moins par malade, douze jours par mois d'économisés »<sup>5</sup>.*

Saisi de la proposition du médecin-chef, le DAP émet cependant des réserves sur les possibilités réelles de prise en charge de détenus malades du sida : « J'estime en effet que cette situation présente des risques sérieux de dérapage [...] Il m'apparaît donc prématuré de mettre en place un dispositif que nous n'avons pas les moyens de contrôler »<sup>6</sup>. Une politique d'ouverture vers le dispositif hospitalier est privilégiée par le ministère de la Justice, notamment par le biais de la création de « consultations avancées ». Ces consultations sont

<sup>1</sup> Note de la DAP à l'attention des DRSP datée du 6/05/1988. Bibliothèque DAP.

<sup>2</sup> Cf. Annexe 33 : « Les soignants et le sida en prison : entre gestion des peurs et prise en charge impossible ».

<sup>3</sup> En 1989, les cas de sida représentaient 22% de l'ensemble des porteurs du VIH en prison (ESPINOZA Pierre, « L'infection par le VIH en milieu carcéral », *La revue du praticien. MG*, 17/06/1991, pp.1545-1562).

<sup>4</sup> Compte-rendu de la session d'information du 10 décembre 1987 « Soins et... », p.22. Archives internes DGS.

<sup>5</sup> Lettre du médecin-chef des Baumettes au DRSP de Marseille datée 29/09/1987. Archives internes DAP.

<sup>6</sup> Note du DAP sur le rapport du médecin-chef des Baumettes datée du 17/11/1987. Archives internes DAP.

présentées, par une équipe de praticiens ayant mis en place un tel dispositif, comme un moyen permettant de « réduire considérablement les extractions inutiles, qui mobilisent du personnel de surveillance, des moyens de transport, sans compter les risques d'évasion »<sup>1</sup>.

Pourtant, faute d'avoir envisagé le financement du dispositif, la proposition de Solange Troisier de recourir aux hôpitaux de proximité demeure un vœu pieu. Quelques accords locaux sont néanmoins réalisés à l'initiative de médecins-chefs volontaristes. C'est ainsi qu'une convention est signée en mai 1988, à l'initiative du Dr Bénézech, entre la M.A de Gradignan et le service de médecine interne du Pr Beylot, qui assure gratuitement les consultations à raison de trois fois par mois (*Le Quotidien du médecin*, 3/12/1987). Une autre convention lie le service médical de Fleury-Mérogis, dirigé par Xavier Emmanuelli, et le service du Pr Gentilini de la Pitié-Salpêtrière. Le ministère de la Justice n'est alors pas en mesure de prendre en charge ce dispositif jugé trop coûteux. L'intervention de praticiens spécialisés a, en effet, pour effet un recours accru aux nouveaux médicaments, souvent hors de portée du budget de l'Administration pénitentiaire.

Le retour de la gauche au pouvoir accélère la mise en place d'une politique publique en matière de prise en charge du sida. Mise en sommeil depuis 1986, la commission Santé/Justice est réactivée. Dès la première réunion, le 26 septembre 1988, il y est question de la prise en charge du sida<sup>2</sup>. Un magistrat chargé des questions de santé à la DAP souligne d'emblée « la question des traitements (AZT) et de leur coût ». Le médecin-chef de Fleury, Xavier Emmanuelli, « insiste sur le coût du traitement par AZT (120 francs par malade et par jour) sans compter la surveillance et les examens biologiques et l'explosion budgétaire qui peut en résulter ». Il ajoute que le regroupement des malades est, pour des raisons organisationnelles, nécessaire, ce à quoi le directeur de l'Administration pénitentiaire répond « qu'il est impensable de transformer les établissements pénitentiaires en centres de soins permanents ». Le Conseiller technique du ministre de la Santé, Jean-Paul Jean, intervient alors pour souligner qu'à la suite d'une visite de l'Hôpital de Fresnes avec le Pr Got, il a pu constater que le regroupement des malades n'est pas souhaitable avant d'ajouter qu'il est possible « d'envisager soit une dotation ad hoc allouée à l'administration pénitentiaire soit la prise en charge médicale supportée par l'assurance maladie ». Au terme de la réunion est constitué un groupe de travail spécifiquement consacré à la gestion du sida en prison.

<sup>1</sup> LACOSTE Denis, BEYLOT Jacques, BENEZECH Michel, « L'observation et le suivi médical dans les maisons d'arrêt. Quatre ans de consultation à Bordeaux-Gradignan », *Le journal du sida*, n°37, mars 1992.

<sup>2</sup> P.V du Comité de coordination de la santé en milieu carcéral. Réunion du 26/09/1988. On dispose de deux compte-rendus : l'un établi par l'Administration pénitentiaire, trouvé dans les archives internes de la DAP, et l'un du ministère de la Santé, trouvé dans les archives internes de la DGS.

L'idée d'une prise en charge des détenus séropositifs par le secteur hospitalier se heurte à deux difficultés, l'une financière et l'autre organisationnelle. Lors d'une réunion regroupant les différentes directions du ministère de la Santé, il est d'emblée souligné que « la question de la couverture sociale des détenus est la pierre d'achoppement pour une bonne prise en charge de la santé en milieu carcéral »<sup>1</sup>. Les représentants de la Santé proposent que les actions de prévention et de dépistage réalisées par des médecins de l'Administration pénitentiaire soient financées sur les fonds DGS tandis que les consultations de médecins hospitaliers soient prises en charge par la Direction des hôpitaux. Ils s'opposent en revanche à la proposition du Conseiller technique de Claude Evin, Jean-Paul Jean, que « tous les frais engendrés par l'hospitalisation des détenus malades du SIDA » soient à la charge du ministère de la Santé, en faisant remarquer « le gros risque de dérive vers une hospitalisation quasi-générale de tous les malades du SIDA ». La Direction de la sécurité sociale est quant à elle opposée au second volet de ce dispositif, à savoir l'intervention de médecins hospitaliers. Un accord est néanmoins conclu grâce à l'intervention de Jean-Paul Jean :

*« C'est un arbitrage entre la DGS et la Sécurité sociale, pour faire prendre en charge par le ministère de la Santé le coût du dépistage des détenus. J'avais rendu l'arbitrage avec l'accord de mon ministre [...] Ils n'osaient pas trop s'opposer. Sur le sida, on a toujours eu les moyens. Ça n'a pas été un arbitrage d'une violence absolue »<sup>2</sup>.*

Un second problème subsiste néanmoins. Si le principe d'une intervention hospitalière en milieu carcéral est adopté, reste à savoir qui acceptera d'effectuer ce travail, les praticiens hospitaliers étant réfractaires à l'idée d'intervenir en prison. Sur la proposition de Gabriel Bez, chargé de la mission sida à la Direction des hôpitaux, les Centres d'information et de soins de l'immunodéficience humaine (CISIH), structures créées en 1988 en tant que pièce maîtresse de la lutte contre le sida, sont finalement chargés de cette mission<sup>3</sup> :

*« Il y avait Gabriel Bez qui était chargé de mission sur le sida à la Direction des hôpitaux. Tout seul. Il avait un bureau de six mètres carrés, tout seul, et il gérât tous les budgets sur le sida. Il gérât des centaines de millions de francs quasiment tout seul. Il est venu me voir un jour en me disant : "Voilà, j'ai une idée, je vous apporte un projet de circulaire". Et c'était la circulaire sur les CISIH »<sup>4</sup>.*

La circulaire du 19 avril 1989 instaure à titre expérimental l'intervention de sept CISIH dans huit établissements carcéraux<sup>5</sup>. Le coût des consultations est à la charge de l'hôpital tandis que les hospitalisations demeurent de la responsabilité de l'Administration pénitentiaire.

<sup>1</sup> Lettre de T. Roquel au Chef de l'IGAS Lucas, « Réunion destinée à fixer les choix de la politique en matière de lutte contre le SIDA en milieu carcéral », 23/01/1989, 4 pages (IGAS/2002/001 Carton n°4)

<sup>2</sup> Jean-Paul Jean, magistrat, Conseiller technique du ministre de la Santé de mai 1988 à mai 1991 puis Conseiller technique des ministres de la Justice de mai 1991 à avril 1992. Entretien réalisé le 6/07/2005, 2H.

<sup>3</sup> Destinée à éviter la formation de services pour sidéens, les CISIH, dont le champ d'action est régional, sont des structures transversales qui ont permis à des praticiens hospitaliers non agréés d'acquérir rapidement une forte reconnaissance (BORRAZ Olivier, ARROUET C., LONCLE-MORICEAU P., *Les politiques locales de lutte contre le sida. Une analyse dans trois départements français*, Paris, L'Harmattan, 1998).

<sup>4</sup> Jean-Paul Jean, magistrat, Conseiller technique du ministre de la Santé de mai 1988 à mai 1991 puis Conseiller technique des ministres de la Justice de mai 1991 à avril 1992. Entretien réalisé le 6/07/2005, 2H.

<sup>5</sup> Fresnes, Fleury-Mérogis, Bois d'Arcy, les Baumettes, Nice, Toulouse, Loos-Lès-Lille, Bordeaux Gradignan.

Ainsi, comme le déclare Jean-Paul Jean lors d'une réunion du Comité Santé/Justice, « contrairement à ce qui avait été envisagé un moment, la charge financière des hospitalisations de détenus séropositifs ne sera pas prise en compte par son Département, dans l'ignorance des coûts qu'elles peuvent représenter »<sup>1</sup>. Ce dispositif n'est en outre que « transitoire » à l'année 1989, précise Jean-Baptiste Brunet de la DGS, puisqu'il est « destiné à régler les problèmes urgents et aider l'administration pénitentiaire à passer un cap difficile ». L'apparition des premières consultations hospitalières en milieu carcéral pour la prise en charge du sida apparaît ainsi comme le fruit d'une négociation sur le fil, où les arguments de « santé publique » sont tempérés par les arguments budgétaires. La circulaire du 19 avril 1989 est d'ailleurs signée, sur l'insistance de son Conseiller technique, par Claude Evin lui-même afin d'en assurer l'effectivité.

Le dispositif, d'abord expérimental, est étendu en 1990 à cinq autres établissements puis, en 1991, à cinq établissements supplémentaires, portant leur total à dix-huit<sup>2</sup>. Contrairement aux craintes, il semble avoir reçu, à quelques exceptions<sup>3</sup>, un accueil favorable des praticiens hospitaliers, au point que le médecin-chef des Baumettes s'étonne de la facilité avec laquelle il obtint leur accord : « Ce qu'il faut savoir, c'est que tous les gens auxquels on s'est adressé ont tous accepté avec une facilité qui m'a déconcerté. Ça les intéressait ! »<sup>4</sup>. Cet intérêt n'est probablement pas sans lien avec l'importance que les prisons avaient dans la réalisation d'études épidémiologiques à un moment où se développait un nouveau champ de recherche scientifique à partir du sida, comme le souligne un médecin de Fleury-Mérogis :

*« Les prisons étaient une réserve.... Moi, je me rappelle, à l'époque j'avais une nièce qui venait faire sa thèse sur le sida. Elle venait en prison parce que c'est là où il y avait le plus de sidéens sous la main ! Vous faisiez une recherche sur le sida, vous aviez tout ce que vous vouliez ! »<sup>5</sup>.*

Le médecin-chef de Fleury-Mérogis, Xavier Emmanuelli rend compte de la convention dont il fut à l'origine avec le service du Pr Gentilini, outre les liens personnels, par le profil épidémiologique spécifique aux prisons : « C'était un monde qu'ils ne connaissaient pas ! C'étaient les premiers... De voir le sida avec toxicomanie. Maintenant ça paraît tellement naturel mais à l'époque, c'était un territoire qu'on connaissait très peu »<sup>6</sup>. Ceux qui furent à l'origine de la circulaire n'étaient d'ailleurs pas sans méconnaître cette dimension qui faciliterait, selon eux, sa mise en œuvre. « Cela permettait aux centres de référence de leur

<sup>1</sup> P.V du Comité de coordination de la santé en milieu carcéral. Réunion du 23/03/1989. Archives internes DAP.

<sup>2</sup> La Santé, Lyon, Rouen, Villefranche-sur-Saône, Aix-Luynes, Nanterre, Villeneuve-les-Maguelonne, Perpignan, Draguignan, Toulon.

<sup>3</sup> En 1989, VSD signale le retard d'une subvention de 100.000 Frs pourtant accordée à Fleury-Mérogis (VSD, 24-30/08/1989). Bien qu'ayant signé un accord en septembre 1989 avec l'hôpital Cochin, la M.A de La Santé, qui compte alors 240 séropositifs, ne disposait pas en février 1990 de médecin hospitalier (« Condamné à VIH. La double prison », *Journal international de médecine*, 28/02/1990).

<sup>4</sup> René, chirurgien et médecin-chef des Baumettes de janvier 1987 à 1991. Entretien réalisé le 20/02/2006, 2 H.

<sup>5</sup> Hélène, interne puis généraliste à Fleury-Mérogis de 1983 à 2000. Entretien réalisé le 8/12/2005, 2H40.

<sup>6</sup> Xavier Emmanuelli, médecin-chef de Fleury-Mérogis de 1988 à 1992. Entretien réalisé le 11/02/2008, 1H.

donner une population intéressante, "captive" comme on dit, et donc il y avait un intérêt pour eux », observe Jean Favard<sup>1</sup>. Deux professionnels de santé des Baumettes expliquent de la même manière l'empressement du Pr Jean-Albert Gastaut, chef du service d'hématologie à l'Institut Paoli Calmettes, à intervenir personnellement en milieu carcéral :

*« Je crois qu'il avait compris que de toute manière, il allait y trouver énormément de cas. C'était un terrain intéressant pour lui. Y avait un grand intérêt médical pour ses recherches [...] C'était assez intéressant parce que c'est une population bien ciblée déjà, qui restait, qu'on pouvait suivre... Alors que sur une population extérieure, la plupart du temps, surtout pour les toxicomanes, la plupart du temps, c'est pas facile de les suivre »<sup>2</sup>.*

*« Ben, je pense que déjà, c'était un grand pool de malades de cette pathologie... Euh... C'était à la fois un pool de malades et un pool de malades qui étaient fixes. Je pense que parmi les malades du sida, il y avait beaucoup de toxicomanes, et ce sont des gens qui ont une vie complètement dissolue et donc une population qui est difficile à suivre. En prison, on peut les cibler. Les revoir en consultation et donc voir l'évolution. C'est un point qui devait l'intéresser aussi »<sup>3</sup>.*

L'intervention de médecins hospitaliers en milieu carcéral a d'importantes retombées sur le fonctionnement des services médicaux pénitentiaires. Elle permet tout d'abord d'apporter une information qui faisait jusque-là défaut à des praticiens souvent coupés du milieu hospitalier en pointe de la recherche. A son arrivée aux Baumettes, le Pr Gastaut organise une formation à destination du personnel pénitentiaire et infirmier. Une infirmière des Baumettes explique comment elle a pu bénéficier d'« une semaine de formation au CISIH »<sup>4</sup>. Un praticien du même établissement prépare un diplôme de spécialisation sur le sida, devenant ainsi attaché du Pr Gastaut<sup>5</sup>. Le Pr Pierre Dellamonica, chef du service des maladies infectieuses de l'hôpital de Nice, anime quant à lui personnellement des séances de prévention à destination des surveillants (*Quotidien de Paris*, 6/10/1987). Les deux consultations assurées par semaine par ces praticiens hospitaliers permettent, en outre, aux médecins de prison de se décharger de problèmes pour lesquels ils reconnaissent souvent ne pas être compétents, comme le souligne ce généraliste : « C'était très bien parce que c'était une pathologie qu'on n'avait pas étudiée au concours. On avait de bonnes relations [avec les médecins du CISIH] et on pouvait les appeler. Donc quand on estimait qu'un malade relevait du spécialiste, on lui faisait un petit mot et on l'inscrivait à la consultation »<sup>6</sup>. Recontextualisée dans le cadre d'une médecine pénitentiaire peu perméable aux mutations du monde médical, on comprend que l'intervention de praticiens hospitaliers spécialisés fut perçue par certains médecins travaillant en prison comme une opportunité, voire une libération. En témoigne la manière dont ce praticien décrit sa rencontre avec le responsable du service des maladies infectieuses de la Pitié-Salpêtrière :

<sup>1</sup> Jean-Paul Jean, magistrat, Conseiller technique du ministre de la Santé de mai 1988 à mai 1991 puis Conseiller technique des ministres de la Justice de mai 1991 à avril 1992. Entretien réalisé le 6/07/2005, 2H.

<sup>2</sup> Lise, infirmière pénitentiaire à la prison des Baumettes de 1979 à 1997. Entretien réalisé le 23/02/2006, 3H00.

<sup>3</sup> Laurent, généraliste, médecin-adjoint aux Baumettes de 1990 à 1997. Entretien réalisé le 20/02/2006, 2H30.

<sup>4</sup> Thérèse, infirmière Assistance publique aux Baumettes de 1980 à 1992. Entretien réalisé le 21/02/2006, 2H40.

<sup>5</sup> Laurent, généraliste, médecin-adjoint aux Baumettes de 1990 à 1997. Entretien réalisé le 20/02/2006, 2H30.

<sup>6</sup> Ludovic, généraliste à Fleury-Mérogis de 1988 jusqu'en 1999. Entretien réalisé le 12/01/2006, 2H10.

« Je me souviens de ce premier rendez-vous. Je ne les connaissais pas encore et on leur avait dit : "Aidez-nous !" »<sup>1</sup>.

Outre une meilleure information et une amélioration du service médical et de la prise en charge des détenus, la venue de ces praticiens hospitaliers apporte un regard neuf sur les carences de l'organisation des soins en prison. C'est ce que constate aujourd'hui Jean-Paul Jean : « C'est là où les médecins qui sont entrés en prison ont vu... La pauvreté quoi ! Les moyens... Je me rappelle que j'allais à Bordeaux, j'allais à Aix-en-Provence et à chaque fois je rencontrais les médecins qui travaillaient sur le sida à l'époque et on a vu des problèmes énormes »<sup>2</sup>. Certains praticiens hospitaliers, particulièrement motivés, exercent alors un rôle de lanceur d'alerte auprès de l'Administration pénitentiaire. Le Pr Gastaut, intervenant personnellement, interpelle ainsi dans un courrier le directeur des prisons des Baumettes sur la difficulté à exercer en détention<sup>3</sup> : « La porte reste ouverte en permanence du fait de la présence et du passage à peu près incessant des gardiens et aussi des détenus [...] La pièce n'est pas fermée à clef et les dossiers restent dans des casiers ouverts, ce qui est pour le moins gênant étant donné des informations qui y figurent »<sup>4</sup>. Un praticien hospitalier intervenant à la M.A de Bordeaux souligne dans un courrier envoyé à la DAP les difficultés auxquelles se heurte son intervention : « Le secret médical est difficile à respecter même avec la meilleure volonté, ne serait-ce que chez les malades sous AZT ; l'hospitalisation reste une étape difficile à respecter dans des structures mal adaptées ; à la sortie d'un détenu, il apparaît souvent une rupture de suivi »<sup>5</sup>. Les publications étant nombreuses sur le sujet à cette époque, ces médecins hospitaliers bénéficient de relais pour diffuser leurs observations. Dans un numéro spécial consacré à l'infection, une praticienne de Cochin effectuant des vacations à La Santé décrit longuement ses conditions de travail ainsi que la réalité carcérale à laquelle elle se retrouve confrontée :

*« La confidentialité et le secret médical ne sont pas du tout assurés [...] Le manque de personnel soignant a pour conséquence que ce sont les surveillants qui distribuent les médicaments. Bien que formés et informés, ils ne se sentent pas tenus au secret médical et tout le quartier sait très vite si tel ou tel est séropositif ou non. Par ailleurs certaines pratiques, quoique totalement illégales, sont tolérées en prison : il y a des pastilles rouges sur les dossiers médicaux de patients séropositifs [...] Enfin, et c'est plus grave, certains services, dont celui des cuisines, exigent une sérologie HIV avant d'autoriser les détenus qui demandent à y travailler, ce qui est on ne peut plus illégal. Ceci a entre*

<sup>1</sup> Hélène, interne puis généraliste à Fleury-Mérogis de 1983 à 2000. Entretien réalisé le 8/12/2005, 2H40.

<sup>2</sup> Jean-Paul Jean, magistrat, Conseiller technique du ministre de la Santé de mai 1988 à mai 1991 puis Conseiller technique des ministres de la Justice de mai 1991 à avril 1992. Entretien réalisé le 6/07/2005, 2H.

<sup>3</sup> Un conflit aurait opposé son équipe et le médecin-chef des Baumettes ne comprenant pas pourquoi il ne pouvait avoir accès à la sérologie des détenus dépistés. Au bout d'un mois l'anonymat fut remis en cause et les résultats d'analyses envoyés au médecin-chef (Cf. PAILLARD Bernard, *L'Epidémie. Carnets d'un sociologue*, op.cit., p.303-307).

<sup>4</sup> Lettre du Pr Gastaut au directeur de la M.A des Baumettes datée du 10/01/1989. Citée dans GUBLER C., TCHERIATCHOUKINE Jean, *Rapport relatif aux modalités d'accès et de distribution des soins aux détenus malades au sein du C.H.R.U de Marseille*, Rapport de l'IGAS, juin 1991, p.4.

<sup>5</sup> LACOSTE Denis, « VIH et prison », p.6. Bibliothèque de la DAP.

*autres conséquences que certains détenus séropositifs préfèrent refuser de suivre les traitements dont ils pourraient bénéficier, en particulier l'AZT, pour ne pas risquer d'être exclus et montrés du doigt par leurs codétenus [...] Les détenus ne sont certes pas des anges mais ce sont des personnes qui ont droit aux mêmes égards que n'importe quelle autre personne et les prisons de France-patrie-des-droits-de-l'homme sont une honte »<sup>1</sup>.*

Ce regard hospitalier est également porté par le Pr Got dans le rapport sur le sida dont il est chargé par Claude Evin à l'été 1987. Il décide, suite à la visite de l'Hôpital de Fresnes, d'y évoquer la question des prisons, tant sa surprise fut grande, comme le relate le Conseiller technique du ministre de la Santé qui l'avait accompagné : « Il était effaré par l'absence totale de moyens de prévention ! Mais pas uniquement concernant le sida... Il s'est étonné que les détenus puissent boire de la bière ou encore qu'il n'y ait pas d'appareils de radiologie. Il n'y avait pas un seul appareil de radiologie à la Maison d'arrêt de Fresnes qui est une des plus grandes de France ! Et puis sur les préservatifs, tout ça... »<sup>2</sup>. Dans son rapport, Claude Got note la nécessité d'appliquer au milieu carcéral les mêmes règles que celles qui régissent l'ensemble du système sanitaire mais surtout de modifier en profondeur l'organisation des soins :

*« Le problème n'est pas : le SIDA et la prison, mais d'abord : organisation du système de soins dans les prisons [...] Le problème de la santé dans les prisons est d'abord le développement de prisons adaptées à leurs tâches avec des systèmes de soins dignes de ce nom. Certaines prisons françaises ne sont pas plus capables de prendre en charge les toxicomanes séropositifs que de soigner les dents des prisonniers »<sup>3</sup>.*

La publication du rapport Got, fin janvier 1989, permet d'ouvrir une fenêtre médiatique sur le problème de l'organisation des soins en détention. *Le Figaro* remarque qu'« on bute encore sur la situation dramatique de la médecine pénitentiaire [...] Le Sida a agi comme un révélateur de la misère médicale dans les prisons » (*LF*, 07/02/1989). « Là, tout reste à faire. Misère des prisons, marginalisation des toxicos, dénuement des "sans Sécu" », note Marie-Ange Adler (*L'Evènement du jeudi*, 2-8/02/1989). « Le nombre, de plus en plus élevé, de toxicomanes atteints du Sida qui seront amenés à séjourner en prison dans les prochaines années, n'oblige-t-il pas à repenser le fonctionnement de la médecine pénitentiaire ? », s'interroge enfin Franck Nouchi (*LM*, 24/05/1989).

La mise à l'agenda de la prise en charge sanitaire du sida en prison fut alors probablement facilitée par la publication croissante de témoignages sur le sort de détenus malades. *Libération* décrit l'« agonie » d'un malade condamné à une peine de six mois et décédé en détention<sup>4</sup> ou encore les conditions de vie d'un sidéen de 25 ans incarcéré à Fresnes : « L'hygiène carcérale, Stéphane la décrit en bafouillant [...] Pas d'hygiène, pas plus de soins.

<sup>1</sup> TABONE Dominique, « Quelques réflexions à propos du sort des détenus séropositifs et sidéens dans et hors des murs de la prison », *La revue Agora*, 1991, n°18-19, pp.91-92.

<sup>2</sup> Jean-Paul Jean, magistrat, Conseiller technique du ministre de la Santé de mai 1988 à mai 1991 puis Conseiller technique des ministres de la Justice de mai 1991 à avril 1992. Entretien réalisé le 6/07/2005, 2H.

<sup>3</sup> GOT Claude, *Rapport sur le Sida*, Paris, Flammarion, 1989, pp.87-88.

<sup>4</sup> « L'agonie de Pascal, de Bois d'Arcy à Fresnes », *Libération*, 6/05/1988.

Les "fioles" de tranquillisants tiennent lieu de traitements, ils font oublier fièvres et douleur [...] "On ne m'a jamais proposé d'AZT, le seul médicament efficace actuellement" [...] Dimanche, terrassé par la fièvre, Stéphane a pu après trois heures d'attente rencontrer le médecin de garde »<sup>1</sup>. Un journaliste souligne l'« absurdité » de vouloir soigner de tels malades en détention : « Un règlement carcéral, aussi nécessaire soit-il, paraît dérisoire, voire absurde, devant cette maladie mortelle »<sup>2</sup>.

La circulaire du 19 avril 1989 instaurant l'intervention des CISIH en détention est fréquemment décrite comme un moment important dans l'histoire du « décroisement » de la médecine pénitentiaire. Repliée sur elle-même, l'Administration aurait alors été contrainte d'ouvrir ses portes à des praticiens extérieurs auprès desquels elle ne disposait d'aucune influence. On a cependant trop souvent occulté l'ouverture du système de santé français vers les prisons qu'impliquait également ce dispositif. Considérant que la prise en charge médicale des détenus relevait de la Chancellerie, les responsables hospitaliers et administratifs ont longtemps été réfractaires à exercer en milieu carcéral. A partir de 1988, l'arrivée de praticiens hospitaliers parfois réputés, le rapport établi par un spécialiste de santé publique ainsi que la médiatisation croissante des difficultés éprouvées par la DAP favorisent la prise en compte des prisons dans la politique de santé publique. C'est ainsi qu'à partir de juin 1988 le service de statistiques du ministère de la Santé recense dans une enquête nationale « un jour donné » le nombre de patients porteurs du VIH connus par les services médicaux pénitentiaires.

La circulaire Santé/Justice du 17 mai 1989 définissant les « mesures de prévention préconisées dans l'institution pénitentiaire dans le cadre du plan national de lutte contre le sida » témoigne de cette préoccupation croissante du ministère de la Santé pour la santé des détenus. Afin de « promouvoir une véritable politique de prévention dans les établissements pénitentiaires », le texte précise les conditions de réalisation du dépistage dont le coût est pris conjointement en charge par le ministère de la Santé (à hauteur de 30%) et par l'Administration pénitentiaire (70%). La circulaire prévoit, d'autre part, que soit remis à tous les sortants des préservatifs et que ceux-ci soient également « disponibles auprès du service médical de l'établissement pour les détenus qui en font la demande »<sup>3</sup>. Evoquant l'épidémie de sida, le Dr Pierre Espinoza confirme que « c'est un moment où il y a eu des liens forts avec

<sup>1</sup> « Stéphane, 25 ans, le sida dans une cellule de huit mètres carrés », *Libération*, 22/12/1988.

<sup>2</sup> « Prisonniers du sida à l'hôpital de Fresnes », *Libération*, 9/06/1989.

<sup>3</sup> La question de la distribution de préservatifs en détention a été l'objet de nombreuses interventions, notamment dans la presse ou de la part des militants de la cause carcérale. On a écarté délibérément cette question car elle traduit moins, selon nous, l'évolution du système de santé en prison que la difficulté d'une institution à faire face à certaines contradictions (à l'image, toutes proportions gardées, du dopage dans le sport). C'est d'ailleurs peut-être pour cette raison que la présence de préservatifs en prison préoccupa davantage les militants que les professionnels de santé.



les hôpitaux »<sup>1</sup>. Enfin, le 28 mai 1990, un protocole est signé entre l'ENAP et l'Agence française de lutte contre le sida afin d'assurer la sensibilisation des surveillants dès leur formation initiale<sup>2</sup>. En dépit de ces interactions croissantes entre les autorités sanitaires et pénitentiaires, le ministère de la Santé n'intègre pas pleinement la question de la prise en charge médicale des détenus. En atteste l'analyse de la communication du ministre de la Santé en matière de lutte contre le sida (Cf. Encadré). Au sein du système politico-administratif français la santé des détenus relève encore pleinement du ministère de la Justice.

### LA DIFFICILE PRISE EN COMPTE DES DETENUS, DANS LA POLITIQUE DE COMMUNICATION DU MINISTRE DE LA SANTE CONCERNANT LE SIDA

La communication en matière de politique de lutte contre le sida atteste la difficulté pour le ministère de la Santé d'« assumer » cette prise en compte, voire prise en charge, des détenus, officiellement placés sous la responsabilité de la Chancellerie. La question carcérale est dans un premier temps quasi-absente de la présentation officielle du ministère de la Santé. Dans sa déclaration du 3 octobre 1988 en conseil des ministres, Claude Evin précise seulement que « certains groupes particulièrement exposés (les prostituées, les toxicomanes, les détenus...) doivent faire l'objet d'actions de prévention spécifiques »<sup>3</sup>. Lors de sa présentation le 15 novembre 1989 du plan de lutte contre le sida, le ministre de la Santé ne fait toujours pas mention des conventions hôpital-prison qui figuraient pourtant dans le projet rédigé par son Conseiller technique<sup>4</sup>. Le dossier de presse « Un an de lutte contre le sida. 1988-1989 » ne fait, enfin, aucune référence aux prisons. Ce faible affichage politique traduit la difficulté pour une administration à intégrer des préoccupations qui lui ont presque toujours été étrangères.

Le nouveau dispositif et ses implications ont probablement favorisé une progressive prise en compte de la question sanitaire en prison par les services du ministère de la Santé comme en témoigne l'évolution de la communication ministérielle sur ce sujet. Le « Bilan de deux années de lutte contre le sida » rendu public fin 1990 présente ainsi pour la première fois les mesures développées en milieu carcéral, dont le déblocage d'un budget supplémentaire de 5,5 millions de francs. Témoigne également de l'engagement croissant du ministère de la Santé la composition du Comité interministériel Santé/Justice<sup>5</sup>. Auparavant sous-représenté au regard de la Chancellerie, seule l'IGAS et la DGS y assistaient systématiquement et les chefs de service étaient rarement présents, le ministère de la Santé y occupe désormais une place au moins équivalente à celle du ministère de la Justice. Quatre ou cinq membres de la DGS sont présents, dont son sous-directeur, Mme Pierre. Enfin, figurent deux membres de la DH. Le Comité est d'ailleurs dorénavant coprésidé par Michel Lucas, Chef de l'IGAS. Si les CISIH ont sans aucun doute marqué une première ouverture de l'Administration pénitentiaire aux praticiens hospitaliers, ils ont également favorisé une sensibilisation du ministère de la Santé à la prise en charge médicale des détenus.

<sup>1</sup> Pierre Espinoza, chef de service de l'Unité de soins intensifs de l'Hôpital de Fresnes de janvier 1983 à septembre 1991. Entretiens réalisés le 16/05/2006, le 31/05/2006 et le 22/04/2008. Durées : 1H45, 2H00 et 1H50.

<sup>2</sup> DAP, « Programme de lutte contre le sida. Bilan 1989-1990 et perspectives », 04/03/1990.

<sup>3</sup> « Discours de M. Claude Evin. Plan national de lutte contre le sida », 3/10/1988 (CAC. 19910611. Art.1. Archives de Bruno Varet, Conseiller technique de Claude Evin, en matière de politique gouvernementale de lutte contre le S.I.D.A.).

<sup>4</sup> C'est ce que révèle la comparaison entre le projet et la communication finale (« Projet de communication au conseil des ministres ». CAC. 19910611. Art.1).

<sup>5</sup> P.V du Comité de coordination de la santé en milieu carcéral. Réunion du 26/09/1988.

Dans quelle mesure l'épidémie de sida peut-elle être considérée comme un « réformateur » de l'organisation des soins en prison ? Maladie pour laquelle l'Administration pénitentiaire a tenté pendant un temps de mener une politique discrète, et ce de manière essentiellement interne, le sida a constitué un argument de réforme pour les membres du ministère de la Justice désireux de faire évoluer la prise en charge médicale des détenus. « L'expression de Daniel Defert du sida comme réformateur social... C'était ça ! Pour débloquer les dossiers, personne ne résistait », s'exclame le Conseiller technique de Claude Evin<sup>1</sup>. C'est à partir des difficultés éprouvées par l'Administration pénitentiaire que ces réformateurs ont plaidé en faveur d'un rapprochement entre les deux ministères. La difficile gestion de l'épidémie par les établissements semble alors achever de convaincre certains décideurs publics. Une note de la directrice de cabinet de Pierre Arpaillange, Noëlle Lenoir, au cabinet du Premier ministre souligne lors de la mise en place des CISH, outre le coût des traitements pour la DAP (41 millions de francs en 1989)<sup>2</sup>, l'inadéquation entre l'organisation des soins et les besoins liés à la prise en charge de l'épidémie :

*« L'engagement de l'Administration pénitentiaire dans une politique de prévention lourde mobilisant des moyens très onéreux pose le problème de sa mission à l'égard de la santé des détenus. La mise en œuvre d'un objectif sanitaire de cette importance excède, à l'évidence, les moyens voire la compétence de la seule Administration pénitentiaire [...] Le suivi des détenus séro-positifs ne manquera pas de provoquer un surcroît de travail que les médecins et les infirmiers auront les plus grandes difficultés à assumer. Or, le budget 1989, malgré les demandes qui ont été faites en ce sens, ne prévoit pas d'accroître sensiblement le nombre de personnels soignants en prison »<sup>3</sup>*

Car effectivement l'intervention de praticiens hospitaliers ne résout pas les problèmes de gestion de l'épidémie en détention. A l'inverse, la création des CISH rend visible certains problèmes propres à l'organisation des soins en prison, tel le difficile respect du secret médical. La présence de praticiens spécifiques rendait, en effet, plus aisé l'identification des détenus séropositifs, comme le soulignent ce médecin et cet infirmier ayant exercé en M.A :

*« Mais il fallait faire attention, parce que du coup ça étiquetait les gens notamment auprès de la détention. Car quand les médecins de la Pitié arrivaient, et quand on demandait les détenus en détention, tout le monde savait qu'ils allaient à la consultation de la Pitié et donc qu'ils étaient VIH. Ça a posé un problème... Ça a donné lieu à des refus de prise en charge »<sup>4</sup>.*

*« Comme il y a avait un spécialiste du sida qui venait, on pouvait tout de suite repérer les détenus qui étaient malades ou qui étaient séropositifs... Comme c'était les surveillants qui les emmenaient en consultation, tout de suite ils les montraient du doigt »<sup>5</sup>.*

<sup>1</sup> Jean-Paul Jean, Conseiller technique du ministre de la Santé de mai 1988 à mai 1991 puis Conseiller technique des ministres de la Justice de mai 1991 à avril 1992. Entretien réalisé le 6/07/2005, 2H.

<sup>2</sup> Par exemple à la M.A de La Santé, le coût global de traitement (y compris dépistage) était de 540.000 francs en 1990 pour 200 séropositifs dont une cinquantaine sous traitement à l'AZT (TABONE Dominique, « Quelques réflexions à propos du sort des détenus séropositifs... », *art.cit.*, p.90).

<sup>3</sup> Note de Noëlle Lenoir, directrice de cabinet au ministère de la Justice, à M. Lyon Caen, directeur adjoint du cabinet du Premier ministre en vue de la réunion du 17/01/1989 du Comité interministériel, datée du 13/01/1989 (IGAS/2002/001 Carton n°4).

<sup>4</sup> Ludovic, généraliste à Fleury-Mérogis de 1988 jusqu'en 1999. Entretien réalisé le 12/01/2006, 2H10.

<sup>5</sup> Florent, infirmier à la M.A de Caen de 1988 à 1995. Entretien réalisé le 25/01/2007, 1H20.

La gestion de l'épidémie de sida en prison se traduit par de nombreux problèmes éthiques, dont le secret médical. Elle confronte les professionnels de santé exerçant en détention à de nouvelles difficultés auxquelles ils sont mal préparés. Elle contribue à aggraver leurs conditions de travail. L'épidémie de sida remet en cause l'équilibre précaire sur lequel était fondé le fonctionnement de chaque infirmerie pénitentiaire et contraint à en transformer les règles. Le renouvellement d'une partie des praticiens en place et l'intervention d'hospitaliers favorise l'affirmation d'une médecine autonome, dégagée de la tutelle pénitentiaire.

## Section 2 - Une nouvelle conception des soins en prison ? L'affirmation d'une médecine non-pénitentiaire

Deux facteurs contribuent entre le milieu et la fin des années quatre-vingt à une remise en cause des règles régissant l'organisation du service médical pénitentiaire et à l'essor d'une nouvelle conception des soins : une insatisfaction croissante des soignants pénitentiaires d'une part et le renouvellement des praticiens en poste d'autre part. Beaucoup de praticiens observent, tout d'abord, une dégradation de leurs conditions d'exercice. La surpopulation croissante se traduit notamment par une augmentation de leur charge de travail. C'est ainsi que le médecin de la M.A de Poitiers, exerçant depuis moins d'un an, justifie en 1985 sa démission : « En raison de difficultés internes et administratives, étant donné la très forte augmentation du nombre de consultations, la fréquence des appels en dehors de celles-ci, les tâches d'hygiène, de surveillance, de visite des locaux, de prévention qu'on nous demande d'exercer en plus, je ne pense pas pouvoir exercer ce travail avec la rigueur nécessaire »<sup>1</sup>.

Le développement du sida et l'émergence de maladies opportunistes se traduisent, seconde source d'insatisfaction professionnelle, par une hausse des hospitalisations civiles, que l'Administration pénitentiaire n'est pas toujours en mesure d'assurer. C'est ce que confirme l'avertissement adressé par un directeur d'établissement à la DAP : « Le docteur se plaint que les consultations [hospitalières] qu'il prescrit ne sont pas toujours effectuées dans les délais raisonnables, voire qu'elles sont purement et simplement annulées. C'est tout à fait exact. En effet, nous n'avons pas les moyens matériels et humains pour assurer toutes les consultations demandées »<sup>2</sup>.

Enfin, les professionnels de santé se trouvent avec le développement du sida progressivement confrontés à des cas cliniques lourds, comme en témoigne ce médecin ayant connu toutes les différentes phases de l'épidémie : « On a vu arriver des gens... On a commencé à comprendre qu'on ne pouvait pas les soigner. On basculait tout à coup d'une population de gens quand même majoritairement jeunes et plutôt en bonne santé, et même si certains étaient négligés, à des gens quand même gravement malades... »<sup>3</sup>. C'est cette transformation née de la rencontre entre le sida et la toxicomanie que résume Xavier Emmanuelli, alors médecin-chef à Fleury-Mérogis :

*« C'était l'épidémie dans l'épidémie. Et ça a complètement changé le point de vue de la prison, si vous voulez, sur la clientèle qu'elle n'avait pas l'habitude de voir. On ne se trouvait plus dans la même perspective. Le détenu moyen était un homme jeune, entre vingt-cinq et trente-cinq ans qui était un peu frustré mais qui n'avait pas de problème de santé majeur. Et il suffisait d'avoir des soins d'une infirmière et les médecins se contentaient de faire des vacations. C'étaient plaies, bosses, bobos.*

<sup>1</sup> Lettre du médecin de la M.A de Poitiers au directeur de la prison du 18/12/1985 (CAC 19940511. Art.88).

<sup>2</sup> Lettre du directeur de la M.A Saint Etienne à la DAP datée du 7/02/1987 (CAC 199405111. Art.90).

<sup>3</sup> Hélène, interne puis généraliste à Fleury-Mérogis de 1983 à 2000. Entretien réalisé le 8/12/2005, 2H40.

*C'était ça l'essentiel de la pathologie ! Au fond, c'étaient des gens en bonne santé... sans quoi ils n'auraient pas pu faire leurs délits ! Et puis là, [...] changement de perspective. Des toxicomanes avec des lésions, organiques et psychiques »<sup>1</sup>.*

Ce mouvement de professionnalisation de l'exercice médical en prison est, en second lieu, en partie lié au renouvellement progressif des médecins qui s'opère au cours des années quatre-vingt. La mise en place d'un contrôle de l'assiduité depuis 1983 a en effet pour conséquence la démission de nombreux praticiens<sup>2</sup>, souvent en poste depuis longtemps, et leur remplacement par des médecins plus jeunes. Ce renouvellement était d'ailleurs l'un des objectifs de ce contrôle de l'assiduité, si l'on en croit cette note adressée par le directeur du Bureau des personnels, François Antonioni, au DAP au sujet de la réorganisation des infirmeries : « De telles mesures, par des contrôles plus précis et plus fréquents, rajeuniraient le "corps" des médecins pénitentiaires en excluant ceux qui, bénéficiant d'une clientèle extérieure assurée, n'offrent plus aux soins des détenus la même disponibilité, n'apportent plus à la pratique de leur art le même souci de qualité et se montrent moins vigilants sur le respect pourtant nécessaire des règles déontologiques »<sup>3</sup>.

Ces contrôles ont en effet eu pour conséquence la démission de nombreux praticiens, souvent en poste depuis longtemps, et leur remplacement par des médecins plus jeunes. En 1985, douze généralistes voient leur fonction supprimée et vingt-huit (17)<sup>4</sup> cessent leur fonction tandis que trente-deux sont recrutés<sup>5</sup>. On compte en 1986 vingt-neuf départs (25) contre seize embauches. En 1987, vingt-deux départs (15) et vingt-quatre recrutements. En 1988, vingt-et-un départs (15) et vingt-sept embauches. En 1989, vingt-et-un départs (7) contre sept recrutements. Sans qu'on puisse prendre en compte la démission de personnes venant d'être récemment embauchées, le départ en quatre ans, de cent vingt-deux praticiens et l'embauche de cent six généralistes assure un renouvellement de plus des deux tiers des médecins exerçant en prison. Plusieurs de ces nouveaux praticiens, pour lesquels le milieu carcéral est une découverte, sont surpris du manque de moyens à leur disposition. C'est par exemple le cas de Françoise qui après deux ans d'activité en Côte d'Ivoire accepte un poste à la M.A de La Santé où elle est très rapidement déçue par ce qu'elle découvre : « Je suis restée un mois là-bas... Je trouvais ça bizarre la façon dont ils travaillaient là-bas ! [...] Je trouvais que sa médecine [au médecin-chef] était un peu restreinte »<sup>6</sup>. Intéressée par le milieu carcéral, elle décide de postuler à la M.A de Bois d'Arcy où elle tente de modifier certaines pratiques qui lui déplaisent :

<sup>1</sup> Xavier Emmanuelli, médecin-chef de Fleury-Mérogis de 1988 à 1992. Entretien réalisé le 11/02/2008, 1H.

<sup>2</sup> Cf. Introduction du chapitre 5 : « Les spécificités carcérales à l'épreuve du "décloisonnement" ».

<sup>3</sup> Note du Chef du Bureau des personnels, Antonioni, au DAP datée du 8/07/1985 (CAC.19940511. Art. 97).

<sup>4</sup> Ce chiffre associe les départs en retraite et les démissions, spécifiquement indiquées entre parenthèses.

<sup>5</sup> Toutes ces informations sont tirées du *Rapport général sur l'exercice* publié chaque année par la DAP.

<sup>6</sup> Françoise, généraliste à Bois d'Arcy de 1986 puis à Fleury-Mérogis depuis 1996. Entretien le 13/01/2006, 3 H.

*« On travaillait dans l'urgence [...] C'est les surveillants qui faisaient les radios. On avait des détenus qui préparaient les médicaments [...] J'ai toujours dit que c'était anormal que les infirmières fassent de l'exercice illégal de la médecine, que les surveillants soient présents [...] On était très peu payé et au départ on m'avait dit : "Houai, tu as tant d'heures dans ton contrat mais de toute façon, t'es tellement mal payée que t'en fais que le tiers !". Mais après le médecin-chef est parti, donc je me suis retrouvée responsable du service. Il y a eu d'autres médecins qui ont été embauchés et moi je leur disais : "Ecoutez, c'est à prendre ou à laisser mais j'estime qu'on est payé pour faire tant d'heures et il faut les faire !"».*

Hélène, devenue interne à Fleury en 1983, est également surprise à son arrivée par le manque de moyens et la difficulté à préserver le secret médical : « C'était par exemple l'absence d'électrocardiogramme par infirmerie. C'était quand même beaucoup de questions de procédure qualité, comme par exemple par rapport au secret médical. Les armoires à dossiers qui ne fermaient pas forcément à clef. Des trousse d'urgence qui étaient un peu aléatoires »<sup>1</sup>. D'autres supportent difficilement les contraintes pénitentiaires qui pèsent alors sur l'organisation des soins. C'est le cas de Martine qui devient en 1984 interne à l'Hôpital de Fresnes. Considérant que la médecine « pénitentiaire » n'existe pas (« on fait de la même médecine que les autres »), elle découvre dès son premier jour de garde les contraintes imposées par l'Administration pénitentiaire, qu'elle n'a depuis cessé de dénoncer :

*« Quand je suis arrivée, mon premier patient, c'était un gitan qui faisait 1m90 et 110kg et qui avait une anémie assez sévère, à cinq grammes. C'était un samedi après-midi et ma réaction a été de dire : "Il faut le transfuser !". Et j'ai eu des gens d'un enthousiasme... très relatif. Pas du tout emballés ! [...] Quand je suis arrivée, j'ai vite vu qu'il y avait une lourdeur du système et un retard dans la prise en charge lié aux contraintes judiciaires [...] A chaque fois que vous devez faire un examen complémentaire et qu'on vous répond qu'il aura lieu dans trois semaines... C'est à ce niveau là où des médecins acceptaient plus facilement la contrainte. Moi, j'ai toujours refusé d'accepter le retard mais ça demandait une dépense d'énergie énorme. Avant, rien n'était programmé ! Les gens attendaient dans leurs lits pendant deux voire trois semaines... Ce n'était pas trop grave pour le patient mais, moi, je n'acceptais pas. Quand un patient a une suspicion de tumeur il faut avoir la confirmation dans la semaine ! Moi, j'ai vu des médecins qui étaient beaucoup plus tolérants par rapport à ça. En tous cas ils étaient plus dans la fatalité d'un système qui leur imposait ça [...] Moi, je ne l'ai jamais accepté ! Je le disais. J'ai écrit ! J'ai écrit ! J'ai fait des certificats pour dire que c'était indispensable »<sup>2</sup>.*

La plus grande tolérance des médecins depuis longtemps en poste évoquée par Martine confirme le regard nouveau apporté par les praticiens récemment embauchés. Dans un contexte de durcissement des conditions de travail, ces nouveaux praticiens se comportent de manière différenciée. A l'encontre de la réaction de démission ou de protestation adoptées par certains médecins, apparaît une association de professionnels de santé travaillant en prison. Ces « médecins-réformateurs » plaident, notamment à partir de l'épidémie de sida, en faveur d'une autonomisation à l'égard de la DAP. On assiste ainsi à l'émergence d'un segment de médecins pénitentiaires ne se reconnaissant pas dans cette appellation et désireux, à ce titre, d'être rattachés au ministère de la Santé (1). L'arrivée de médecins-chefs souhaitant réformer le fonctionnement du service médical de leur établissement participe à l'affirmation d'une

<sup>1</sup> Hélène, interne puis généraliste à Fleury-Mérogis de 1983 à 2000. Entretien réalisé le 8/12/2005, 2H40.

<sup>2</sup> Martine, interne de 1984 à 1986 puis chef de service à l'Hôpital de Fresnes. Entretien réalisé le 5/04/2006, 2H.

médecine identique à celle exercée à l'extérieur, et ce, à l'encontre de la « médecine pénitentiaire » toujours plus contestée (2).

### ***1. De la démission à la mobilisation collective : l'émergence d'une association des professionnels de santé exerçant en milieu carcéral***

Confrontés à de fortes contraintes, les professionnels de santé travaillant en milieu carcéral adoptent des réactions distinctes. Certains, parfois après avoir averti l'Administration, préfèrent démissionner. C'est le cas d'un généraliste exerçant à la M.A d'Evreux depuis 1986 qui explique son départ par une « rémunération dérisoire » mais surtout « des manquements au bon fonctionnement du service médical de cet établissement » dont il aurait déjà fait mention de manière orale et écrite : « L'émergence de sujets poly infectés en particulier par le virus du s.i.d.a nécessite des moyens pratiques corrects pour les prendre en charge (entres autres : pas de psychiatres à la Maison d'Arrêt d'Evreux depuis plus d'un an). J'ai le regret de vous redire que j'ai des doutes sérieux sur la bonne préservation du secret médical et sur l'utilisation de la pharmacie de la Maison d'arrêt »<sup>1</sup>. Rappelé à l'ordre par l'Administration pour non-respect de ses horaires, le médecin de la M.A de Beauvais annonce également en 1988 sa démission qu'il justifie par la faible rémunération (« Il s'agit d'un poste de Médecine générale à responsabilité et à hauts risques honteusement rémunéré »), ainsi que par le durcissement des conditions de travail :

*« Mais il y a plus grave encore : depuis plusieurs mois, les conditions sanitaires de cet établissement ne sont plus acceptables : entassement littéral des détenus, pas de soins dentaires depuis trois mois pendant l'installation du nouveau fauteuil, les extractions pour consultations sont quasi-impossibles<sup>2</sup>, il faut supplier au téléphone pour obtenir un transfert à l'Hôpital de Fresnes. Une grande partie des prescriptions sont faites par l'infirmière en l'absence du médecin ! Pour toutes ces raisons, j'estime que ma dignité d'homme et de médecin m'empêche de travailler dans ces conditions »<sup>3</sup>.*

Outre le manque de moyens matériels, ces généralistes dénoncent les problèmes déontologiques qui en découlent. Plusieurs démissions de praticiens semblent être liées à une moindre acceptation de la tutelle pénitentiaire et des contraintes qu'elle implique. Ainsi, un médecin intervenant en milieu carcéral depuis 1974, et exerçant à la M.A de Bois d'Arcy, décide de quitter ses fonctions en 1988, après avoir alerté l'Administration centrale à plusieurs reprises. Il souligne dans sa lettre de démission un « climat de suspicion » ainsi que des « actes délibérés de malveillance » à l'égard de l'ensemble de l'équipe médicale<sup>4</sup>. Le

<sup>1</sup> Lettre de démission du médecin de la M.A d'Evreux au DRSP Lille du 28/07/1988 (CAC 19950511. Art.89).

<sup>2</sup> On rappelle que les « extractions » désignent d'après le Code de procédure pénale le fait d'escorter le détenu à l'extérieur de l'établissement, soit pour les besoins de l'instruction judiciaire, soit pour des examens médicaux.

<sup>3</sup> Lettre de démission du médecin de la M.A de Beauvais au directeur de l'établissement datée du 22/04/1988 (CAC. 19940511. Art.92).

<sup>4</sup> Lettre de démission du médecin de Bois-d'Arcy au directeur de la M.A datée du 20/01/1987 (CAC. 19940511. Art.87).

généraliste de l'établissement du Mans adresse également sa démission en 1989 après que des pressions aient été exercées par le personnel de surveillance à son encontre :

*« C'est avec écœurement que j'ai appris que quelques personnes avaient insinué que je trahissais la confiance que l'Administration pénitentiaire était en droit d'attendre de moi [...] Début janvier un surveillant recevait un coup de poing durant son travail. Il m'appela alors en urgence (!). Je ne pus constater que quelque rougeur. Il me demanda un arrêt de travail que je ne jugeais pas nécessaire. Dans l'après midi, le détenu était condamné à 15 jours. Peine jugée beaucoup trop faible par le fameux surveillant qui me sollicitait à nouveau pour un arrêt de travail de complaisance. L'échange de propos fut vif, car je lui faisais part de toute mon indignation devant de tels procédés. Il était évident qu'à ce moment là, j'étais de l'"autre côté"... »<sup>1</sup>*

Confrontés à des difficultés similaires, d'autres professionnels de santé adoptent une position plus revendicative, se heurtant ainsi rapidement à l'Administration pénitentiaire. C'est le cas de Florent qui après avoir exercé douze ans à l'hôpital devient infirmier à la M.A de Caen, parce qu'il avait « envie de changer » et qu'il était fatigué du rythme hospitalier : « Donc, je me suis trouvé du jour au lendemain seul dans une infirmerie toute petite, avec peu de matériel, peu de moyens... Tout seul avec une population de cinq cents détenus »<sup>2</sup>. Il comprend très vite les règles régissant le fonctionnement de l'infirmerie : le rôle disproportionné du surveillant-auxiliaire amené à « faire des soins » et toujours présent pendant les consultations, la préparation et la distribution des médicaments par le personnel de surveillance, l'usage de la « fiole », la faible présence du médecin qui visite « une cinquantaine » de détenus par matinée (« C'était l'abattage quoi ! ») et prescrit *larga manu* des psychotropes (« Ça avait l'air de lui plaire. Il trouvait ça très bien ! »).

Choqué par ce qu'il découvre, Florent tente de modifier le fonctionnement en vigueur : « J'ai voulu changer tout ça à mon arrivée. Sauf que ça fonctionnait comme ça depuis des années et tout de suite, j'ai eu un peu de réticence de la part des surveillants qui tout de suite se sont rebellés ». Cet infirmier décide d'aller à la rencontre des détenus dans les cellules<sup>3</sup>, de faire des visites au quartier disciplinaire et d'apporter des préservatifs à l'infirmerie. A force d'insister, il obtient un changement d'attitude de la part des surveillants affectés à l'infirmerie : « Alors progressivement, ils se sont arrêtés de faire des soins. Progressivement, ils ont compris qu'ils étaient là pour surveiller. Et même, je suis arrivé à les faire sortir [du cabinet médical] quand il y avait des soins ou des entretiens vraiment confidentiels ». La venue d'un jeune médecin plus compréhensif l'incite à poursuivre son travail de transformation. Il tente de faire cesser la dilution des psychotropes : « Alors là, ça a été une révolution ! Ça a été une levée de boucliers de la part des surveillants ». Parallèlement, Florent s'insurge contre les « maltraitements » dont sont victimes les détenus. Il tente

<sup>1</sup> Lettre de démission adressée au DRSP de Rennes datée du 3/01/1989 (CAC.19940511. Art. 91).

<sup>2</sup> Florent, infirmier à la M.A de Caen de 1988 à 1995. Entretien réalisé le 25/01/2007. Durée : 1H20.

<sup>3</sup> Jusqu'à la réforme de 1994, les infirmiers n'avaient pas accès aux cellules pour des raisons de sécurité. Ne pouvant voir les détenus qu'à l'infirmerie, ils dépendaient donc du bon vouloir des surveillants pour assurer les transferts. Ces derniers émettaient parfois des avis sur le bien fondé des consultations.



d'informer, en vain, la direction de l'établissement et se heurte au rôle stratégique qu'occupent les surveillants en détention:

*« Parce qu'y a des surveillants qui essayaient de pousser à bout des détenus pour qu'ensuite ils puissent déclencher des rapports d'incident ou des choses comme ça... Pour emmener les détenus au mitard par exemple. Ils mettaient des bombes lacrymogènes dans le mitard quelques fois pour les faire taire... Enfin, c'étaient vraiment des choses qui étaient inacceptables ! [...] Alors pareil, quand j'ai essayé de dénoncer ce genre de pratiques, j'ai eu tous les surveillants sur le dos. Et c'est à la suite de ça d'ailleurs, que l'après midi je ne pouvais voir aucun détenu [en consultation]. C'était vraiment très difficile ».*

A l'image de cet infirmier, plusieurs professionnels sanitaires travaillant en prison se trouvent à la fin des années quatre-vingt confrontés à des obstacles qui rendent l'exercice de leur profession difficile. Désireux de bénéficier de soutiens extérieurs mais aussi de dépasser le stade du conflit individuel, certains s'organisent collectivement. C'est notamment le cas de Florent qui devient délégué syndical à la CFDT : « La solitude était très pesante. Et donc j'ai cherché à me rapprocher de mes collègues. Parce que dans toutes les prisons, c'était un peu ça. Dans toutes les petites prisons, on était vraiment isolé [...] Tout ça a fait que je me suis syndiqué et que j'ai pris des responsabilités syndicales ». Avec l'aide du secrétaire général de la CFDT Justice, il met en place des réunions à Paris regroupant ponctuellement entre dix et quinze infirmiers de plusieurs M.A de province (Lille, Lyon, Toulouse, Bordeaux, etc.). Ces rencontres sont l'occasion de débattre entre collègues de « tous les problèmes qu'on rencontrait au quotidien » : vacances, primes mais aussi « aspects éthiques ». L'idée qu'il serait « plus judicieux d'être rattaché au ministère de la Santé » fait consensus parmi les participants.

Bien que restreinte, puisqu'elle ne s'adresse qu'aux infirmier(e)s ayant un statut pénitentiaire et syndiqué(e)s à la CFDT<sup>1</sup>, cette mobilisation traduit un besoin parmi les professionnels de santé d'élaborer une réflexion collective sur leur pratique. En l'absence de congrès, les professionnels du soin exerçant en prison ne disposent en effet d'aucune instance de concertation. C'est de ce besoin que naît en 1986 l'Association des personnels soignant des prisonniers (APSP)<sup>2</sup> à l'initiative du médecin-chef de l'Hôpital des prisons de Fresnes. Confronté à de nombreuses questions éthiques, comme par exemple le fait de savoir s'il faut soigner un détenu dialysé en milieu carcéral ou le libérer pour raison de santé ou quelle réaction adopter face à une grève de la faim, le Dr Espinoza réunit quelques médecins et infirmières des principaux établissements dans cette association, dont les statuts sont déposés en février 1986, afin de « mieux faire entendre la voix des soignants auprès des autorités de tutelle ». Sans jamais remettre en cause l'institution pénitentiaire, l'association est présentée

<sup>1</sup> En 1988, tandis que 140 infirmier(e)s disposaient d'un statut pénitentiaire, 170 dépendaient de la Croix-Rouge.

<sup>2</sup> L'APSP disparaît à la fin des années quatre-vingt mais une nouvelle association a été créée en 1997, l'APSEP (Association des Professionnels de Santé Exerçant en Prison) qui réunit chaque année le personnel des UCSA.

comme un moyen « de rompre l'isolement et d'aider chacun en faisant appel à la réglementation en vigueur » et par le biais d'une réflexion commune :

*« Pour rompre l'isolement du médecin, de l'infirmière, du soignant nous devons COMMUNIQUER, échanger nos expériences, expliquer nos difficultés, proposer des solutions [...] Nous souhaitons travailler dans un esprit de dialogue constructif, en particulier à l'égard des autorités de tutelle. Le médecin, le soignant en prison sont des témoins de cette vie carcérale qui conduit à de nombreux débats médiatiques. Nous désirons être efficaces dans nos actions, il faut donc choisir des modalités de travail qui excluent la recherche du sensationnel et permettent l'expression des difficultés quotidienne de chacun pour proposer des solutions adaptées »<sup>1</sup>.*

Née d'un renouvellement du corps des professionnels de santé exerçant en milieu carcéral, l'APSP participe à l'émergence d'un segment de soignants hostiles à l'idée d'une médecine pénitentiaire spécifique et favorables, par conséquent, à un transfert de tutelle auprès du ministère de la Santé, et ce de deux manières. L'association contribue, d'une part, à l'élaboration d'une identité professionnelle commune et elle accélère, d'autre part, la mise sur agenda de la question de la prise en charge médicale des détenus. Destinée avant tout à rassembler les infirmières et médecins intervenant en milieu pénitentiaire, l'APSP contribue tout d'abord à créer du lien entre des professionnels isolés. Une journée d'étude et d'information sur les problèmes de santé en milieu carcéral est organisée en février 1986 à la Pitié Salpêtrière par le Dr Espinoza<sup>2</sup>. Vingt-sept médecins et vingt infirmières participent à un « colloque national de réflexion sur les soins en milieu pénitentiaire »<sup>3</sup>, tenu à Paris en janvier 1988, au cours duquel sont présentées les principales difficultés des soignants pénitentiaires<sup>4</sup>. En l'absence de formation commune ou encore de congrès nationaux, interrompus après la suppression du poste de Médecin-inspecteur, les rencontres organisées par l'APSP rencontrent un vif succès auprès des différents soignants selon cette interne ayant participé à la création de l'association :

*« On essayait aussi de faire des réunions entre médecins de toute la France. On en avait fait une à l'Hôtel Dieu. Et tout le monde avait débarqué parce que tout le monde était demandeur ! Parce que nous, à l'hôpital [de Fresnes], on est nombreux et puis on a un poids médical mais ça se passait pas comme ça dans les autres prisons... Les médecins étaient souvent isolés [...] Quand il y avait des réunions, les gens étaient demandeurs ! »<sup>5</sup>.*

Toujours dans un objectif de concertation, un bulletin de liaison est créé. Le premier numéro diffusé en mars 1988 est consacré au sida. Cette publication, dont seuls trois numéros paraissent, est destinée à rompre l'isolement, notamment après que des infirmières et des médecins aient signalé ne pas avoir eu connaissance de plusieurs circulaires qui leur étaient

<sup>1</sup> Bulletin de l'APSP n°1, document de 8 pages ronéotypé. Archives internes DGS.

<sup>2</sup> Seules les communications relatives à la toxicomanie feront l'objet d'une publication en lien avec la DAP.

<sup>3</sup> Cette association est la première à se démarquer par le langage refusant les appellations de soignants ou médecins pénitentiaires. Prenant acte de leur volonté de rupture avec le passé, il nous sera pardonné de continuer néanmoins à utiliser ces expressions par facilité.

<sup>4</sup> APSP, *Actes du colloque national de réflexion sur les soins en milieu pénitentiaire*. Paris. 29/30 Janvier 1988, document dactylographié, 19 pages (IGAS/2002/001).

<sup>5</sup> Martine, interne de 1984 à 1986 puis chef de service à l'Hôpital de Fresnes. Entretien réalisé le 5/04/2006, 2H.

destinées. « L'APSP se propose dans le cadre de ce bulletin de liaison d'effectuer auprès des praticiens un recensement des circulaires médicales qui leur sont parvenues »<sup>1</sup>. Le bulletin se présente comme un ensemble de « fiches pratiques », rédigées essentiellement par des médecins de Fresnes, et destinées à répondre aux problèmes survenus dans la pratique quotidienne : le responsable du SMPR de Fresnes détaille dans la « page du médicament » les différentes classes de psychotropes et leur usage ; le Dr Espinoza présente une étude sur l'hospitalisation des grévistes de la faim et leur évolution ; un chirurgien de Fresnes expose la réaction à adopter en cas d'ingestion de corps étranger. Sans qu'on connaisse l'incidence de cette publication, l'APSP traduit le besoin d'homogénéiser et de standardiser des pratiques médicales jusque-là éparses.

Au-delà de cette fonction informative, l'association contribue à promouvoir l'émergence d'une identité commune entre praticiens « pénitentiaires ». « C'était vraiment le début d'une prise de conscience des médecins », déclare la responsable du bulletin de liaison<sup>2</sup>. Se développe au sein de l'association une représentation « militante » des médecins travaillant en milieu carcéral. Les difficiles conditions de travail et la faible rémunération sont autant d'arguments dans la défense de cette définition. « Il est bien souvent ignoré et méconnu, son image est quelque'un de peu présent, voire d'incompétent. Il en est de même pour les infirmières. Ces militants d'un système obsolète doivent être reconnus », écrit le Dr Espinoza<sup>3</sup>. Le courrier d'un généraliste exerçant depuis 1985 à la M.A de Périgueux adressé au courrier des lecteurs du *Quotidien du médecin*, et reproduit dans le bulletin, témoigne également d'une conception militante de la médecine en prison. Malgré les nombreuses difficultés auxquels ils se trouvent confrontés, les médecins exerçant en institution carcérale, incarnés ici par l'usage du « nous », sont présentés en tant que les acteurs du changement :

*« Malgré cette situation [...] mes confrères et moi-même sommes très motivés pour que cette Médecine soit une vraie Médecine, et nous compensons la grave insuffisance de nos moyens par un enthousiasme que je vous prie d'indiquer à vos lecteurs. Débordés et sous-payés, nous le sommes sans aucun doute ; découragés, je ne le crois pas »*<sup>4</sup>.

Outre ce travail interne, l'APSP joue d'autre part un rôle d'alerte en faveur de la prise en charge médicale des détenus, non seulement envers les autorités mais également au sein de l'espace public. La création de l'association a tout d'abord rendu possible l'obtention de financements afin de réaliser plusieurs études épidémiologiques en milieu carcéral qui mettent en évidence sa forte séroprévalence au VIH. Elles permettent également de souligner l'état de santé des détenus, jusqu'alors peu mis en chiffres comme le rappelle Pierre Espinoza :

<sup>1</sup> Bulletin de l'APSP n°1, document de 8 pages ronéotypé. Archives internes DGS.

<sup>2</sup> Françoise, généraliste à Bois d'Arcy de 1986 puis à Fleury-Mérogis depuis 1996. Entretien le 13/01/2006, 3 H.

<sup>3</sup> ESPINOZA Pierre, « Infection par le VIH et prison », *Le journal du sida*, n°31, 09-10/1991.

<sup>4</sup> Bulletin de l'APSP n°2-3, document de 38 pages ronéotypé. Archives internes DGS.

*« Alors, cette association a été le support qui a notamment permis de faire plusieurs études. Une première étude sur le dépistage du sida en prison, une autre étude sur la prévalence en milieu pénitentiaire qui avait été faite en envoyant une lettre à l'ensemble des médecins pénitentiaires de France qui a permis de sortir un premier chiffre de prévalence de séropositivité qui était de 6% [...] pour moi cette association a été un support, c'est-à-dire un moyen pour sortir des données chiffrées, des propositions et des suggestions. J'avais obtenu deux contrats de recherche financés par la DGS [...] J'ai créé cette association qui était pour moi un support me permettant d'avoir de l'argent qui me permettait de faire des travaux de recherche [...] L'APSP a vraiment permis de dresser cette analyse. J'ai obtenu des crédits du ministère de la Santé pour effectuer ces travaux de santé publique. Mon sentiment était qu'il fallait apporter une clarté sur cette question de la santé en prison pour pouvoir aller plus loin. La première étape a été de faire ces travaux pour pouvoir dire la réalité. Parce que c'est en disant la réalité qu'on pouvait aller plus loin. Donc 85 les premières études. 86, des crédits qui arrivent et j'ai pu recruter un médecin qui a réalisé une étude sur le dépistage du VIH en prison et on a pu analyser les risques de contamination en milieu carcéral [...] Le but était de présenter un tableau descriptif de la santé en prison. Donc deux rapports ont été faits. Un rapport sur les toxicomanes en prison, avec l'évolution depuis la vente libre de seringues, et un autre rapport sur la contamination en milieu carcéral. On avait monté un petit questionnaire qu'on avait mis dans une urne sur les comportements sexuels des détenus. Tout ceci a fait l'objet de communications lors du congrès mondial du sida à Montréal [...] Pour moi, cette période était une période de démonstration et d'analyse afin de démontrer à la fois le poids sanitaire qui incombait au ministère de la Justice et l'énormité de ces questions »<sup>1</sup>.*

Ces études épidémiologiques nourrissent le constat de carence dressé par l'association qui permet lui-même d'accélérer la prise en charge administrative de l'organisation des soins en prison. Une note de synthèse, établie à l'occasion du colloque de 1988, est envoyée aux différentes autorités pénitentiaire et sanitaire, dont le Conseil de l'Ordre des médecins. Elle met en avant de nombreux dysfonctionnements de l'organisation des soins :

*« L'archivage des dossiers et leur circulation doivent être sous la seule responsabilité du personnel médical (médecins et infirmières) doté des moyens idoines (classeurs, armoires, enveloppes closes). Dans le même objectif de préservation du secret médical les documents médico-administratifs ne devraient pas comporter de rubrique diagnostique ou thérapeutique.*

*La multiplicité des tâches, la pénurie en personnel conduisent à un glissement de la fonction du médecin vers l'infirmière, vers l'aide-soignant, vers le surveillant auxiliaire, vers le surveillant de la détention voire le détenu classé. Cette situation conduit à ce que les actions de soin soient parfois prises en charge par du personnel non qualifié, n'ayant aucune compétence dans les actes thérapeutiques qu'il effectue. Exemples : distribution d'anticoagulants, injections intramusculaires, points de sutures réalisés par des surveillants – prescription médicamenteuse par des infirmières, voire des surveillants sans contrôle du médecin – entorse traitée par le détenu qui assume les fonctions de secrétaire médical [...]*

*Le rapport de l'IGAS sur les médicaments n'a pas été publié [...] Nous constatons que la prescription du médicament qui est un acte médical se fait, en dehors de la responsabilité du médecin. Le glissement de cette fonction thérapeutique vers l'infirmière, vers la gradé de nuit crée les conditions d'un usage non adapté ou abusif du médicament. Que dire du rôle des détenus qui aident le personnel à diluer des médicaments : cette situation est en totale contradiction avec le principe de la dilution qui a pour objectif d'éviter le trafic de médicaments par les détenus [...] Que faire la nuit en l'absence d'infirmière, de médecin ? Peut-on laisser une boîte d'urgence à la disposition du gradé responsable ? Une réponse des autorités administratives à toutes ces questions est indispensable car la responsabilité des médecins et infirmières se trouve engagée dans l'usage des médicaments en milieu pénitentiaire [...]*

*La fréquence des constatations de coups et blessures pose des problèmes éthiques et déontologiques [...]*

<sup>1</sup> Pierre Espinoza, chef de service de l'Unité de soins intensifs de l'Hôpital de Fresnes de janvier 1983 à septembre 1991. Entretiens réalisés le 16/05/2006, le 31/05/2006 et le 22/04/2008. Durées : 1H45, 2H00 et 1H50.

*Le personnel soignant actuellement ne suffit pas aux soins curatifs. Comment alors envisager d'engager des campagnes d'information, de vaccination, d'éducation pour la santé en milieu pénitentiaire ? Comment par exemple parler d'hygiène bucco-dentaire quand les soins dentaires minimums ne sont pas assurés ? [...]*

*L'article D.380 prévoit que : "Les détenus malades bénéficient gratuitement des soins qui leur sont nécessaires...". Divers exemples ont été signalés par des participants témoignant d'un non-respect de cette réglementation : -refus de prendre en charge le coût d'une sérologie VIH de dépistage demandée par un patient au médecin. L'examen a été payé par le détenu – refus de prendre en charge un test de confirmation VIH par Western Blot dans le cadre d'une séropositivité »<sup>1</sup>.*

Au terme du colloque, les membres de l'APSP formulent plusieurs propositions, dont la « mise en conformité des infirmeries », la rédaction d'un statut des personnels sanitaires ou l'envoi d'une note administrative aux chefs d'établissement rappelant l'importance du secret médical. L'association exerce également une fonction d'alerte au sein de l'espace public par le biais des déclarations du Dr Espinoza ou d'autres membres de l'APSP. C'est essentiellement au sein de la presse médicale que certains médecins témoignent de la difficile prise en charge médicale des détenus. « Globalement l'accès aux soins, l'existence et le suivi de soins appropriés, le respect des lois comme le code de la santé publique, du travail, de procédure pénale... sont massivement non-respectés », observe un interne de Fresnes membre de l'association<sup>2</sup>. Ce même praticien décrit dans un autre article cette « médecine à risque » dont la tutelle administrative est présentée comme responsable de nombreux retards de prise en charge : « C'est ainsi qu'il n'est pas rare de voir arriver à Fresnes des fractures de membres (mains, poignets, coudes... !), des plaies chirurgicales surinfectées datant de 15 jours ou plus, des cancers notamment de testicules, évoluant depuis des mois... »<sup>3</sup>.

Grâce à l'audience dont elle bénéficie au sein des revues médicales, l'APSP offre la possibilité à des médecins mécontents de pouvoir témoigner de leur quotidien auprès de leurs confrères. « A la M.A de Bois-d'Arcy, l'équipe médicale dispose seulement de 45 minutes de vacation de médecin par détenu et par an, au lieu des 90 recommandées par l'Inspection des Affaires sociales », déclare Françoise au *Quotidien du médecin* qui relaie activement les propos de l'association<sup>4</sup>. Dans un article intitulé « Quand les médecins de prison témoignent... », ce journal spécialisé publie de larges extraits du bulletin de l'APSP faisant état des atteintes au secret médical, des conditions de prescription des médicaments et des problèmes liés à la prise en charge du sida (*QDM*, 18/11/1988). Un numéro spécial du *Généraliste*, émaillé du témoignages de plusieurs praticiens, décrit les carences de l'organisation des soins en prison : « Un détenu qui souhaite voir un médecin doit écrire une

<sup>1</sup> APSP, *Actes du colloque national de réflexion sur les soins en milieu pénitentiaire*. Paris. 29/30 Janvier 1988, document dactylographié, 19 pages (IGAS/2002/001).

<sup>2</sup> SEYLER Didier, « Santé et prisons », *Hélix magazine*, n°2, 11/1988, pp.28-29.

<sup>3</sup> SEYLER Didier, « Une médecine à risque (à propos de l'accès aux soins dans les prisons) », *Agora*, n°5, 01-02/1988, pp.42-44.

<sup>4</sup> « Prévention et suivi de l'infection à VIH à la maison d'arrêt de Bois d'Arcy », *QDM*, 19/12/1988.

lettre, transmise ou non par les surveillants ou les infirmières, qui ont le devoir d'écarter les simulateurs. Il peut donc s'écouler jusqu'à six semaines entre la date de demande et celle de la consultation... »<sup>1</sup>. A partir d'une interview avec le Dr Espinoza, *Tonus* publie un article extrêmement virulent à l'égard de la prise en charge médicale des détenus :

*« Si l'on juge une société à la façon dont elle traite ses prisonniers, la médecine française devrait rougir de la médiocrité des soins donnés dans les prisons [...] Lorsque la Justice décide un enfermement, elle ne condamne pas pour autant un prisonnier à être privé de soins. Pourtant, malheur au condamné qui est par ailleurs diabétique, toxicomane, tuberculeux, sidéen ou qui souffre d'un ulcère à l'estomac [...] Il devra le plus souvent se battre avec l'administration pour obtenir la visite d'un médecin, pour faire respecter un régime alimentaire, pour recevoir les médicaments qu'impose son état, pour être hospitalisé dans un hôpital civil »<sup>2</sup>.*

Signe du malaise qui parcourt alors les praticiens travaillant en milieu carcéral, deux internes de l'Hôpital de Fresnes, représentants des internes à la CME de l'établissement, rédigent fin 1987 un document relatif au respect du secret médical, remis dans un premier temps aux principaux responsables administratifs avant d'être publié partiellement dans la presse spécialisée<sup>3</sup>. Les deux internes y notent le « hiatus » entre le devoir imposé au praticien et la situation de Fresnes : il ne serait ainsi « pas rare » que le surveillant ouvre le dossier médical du détenu, après la consultation, et qu'il « émette des commentaires sur les informations qu'il y trouve » ; il serait « extrêmement difficile » d'arriver à examiner le détenu en tête-à-tête ; les surveillants-auxiliaires sont fréquemment amenés à « remplacer » les infirmiers en sous nombre : « Les pouvoirs publics sont-ils animés d'une réelle volonté de pallier les carences actuelles ? Ou bien le médecin exerçant en milieu carcéral devra-t-il continuer à évoluer dans une zone de non-droit ? ».

Mais au-delà de la difficulté des détenus à recevoir des soins convenables, les médecins entendent dénoncer la pénibilité de leur travail. « M.G [médecin généraliste] vacataire dans les prisons. Mission impossible », titre un article du *Généraliste* décrivant longuement les différentes tâches assignées au praticien pénitentiaire. « Il doit en premier assurer le bilan médical de tous les entrants : à raison de 10 minutes par entrant, on estime à 13.300 heures par an le temps que devraient passer les médecins pour examiner les 80.000 entrants en prison... »<sup>4</sup>. A cela s'ajoute la visite des détenus devant être transférés ou de ceux placés à l'isolement, des prisonniers grévistes de la faim ou de ceux désirant travailler, le soin au personnel ainsi qu'une mission d'hygiène. « Alors, face à toutes ces missions que nous ne pouvons assurer, on pare au plus pressé », déclare Françoise de l'APSP dans le même article. Un interne de Fresnes regrette les pressions auxquelles doit faire face le praticien exerçant en

<sup>1</sup> « Flagrant délit de pauvreté », *Le généraliste*, 6/12/1988.

<sup>2</sup> « Les prisonniers interdits de santé ? », *Tonus*, 7/06/1988.

<sup>3</sup> Le document original de neuf pages dactylographiées m'a été remis par Françoise que je remercie (SOMMIER B., SEYLER D., « Le secret médical à Fresnes », *Médecine de l'homme*, n°189, 09/1990, p.24).

<sup>4</sup> « M.G vacataire dans les prisons. Mission impossible », *Le généraliste*, 6/12/1988.

prison, notamment à l'occasion des certificats médicaux de placement au quartier disciplinaire « le faisant ainsi participer à une fonction répressive qui n'est pas la sienne » : « Le médecin qui ne collabore pas explicitement avec l'administration est perçu comme "hostile", voire "complice" du détenu »<sup>1</sup>. Le magazine *Tonus* dépeint une image similaire des médecins travaillant en prison :

« Une heure de présence médicale par prisonnier et par an pour assurer l'examen systématique des entrants, le suivi des malades, la réponse aux urgences, la prise en charge des toxicomanes et des sidéens, l'hygiène générale de la prison, le suivi du personnel pénitentiaire, le remplissage de multiples certificats, fiches et dossiers, l'élaboration des bilans sanitaires, c'est le tour de force que doivent accomplir chaque jour des milliers de généralistes vacataires. Débordés, découragés, sous-payés, ils ne peuvent faire face à la demande et se tournent vers les infirmières qui, elles-mêmes, se tournent vers les surveillants, voire vers les détenus pour assurer le minimum<sup>2</sup> » (Tonus, 7/06/1988).

Lors de leurs prises de parole au sein de l'espace public, les praticiens intervenant en milieu pénitentiaire soulèvent fréquemment la question de leur faible rémunération. Au vu de la charge qui leur incombe note *Le généraliste*, « on comprend que les médecins se démotivent, quand on sait enfin qu'ils sont payés 69 francs (bruts) la vacation ». La faible rémunération qui, selon un interne de Fresnes, « ne couvre même pas les frais de téléphone », apparaît en effet comme un motif récurrent de plainte des praticiens pénitentiaires<sup>3</sup>. Dans un courrier publié dans une revue médicale, un médecin exerçant en M.A tourne en dérision sa « rémunération », incapable de couvrir ses frais de déplacement : « La médecine carcérale est déjà une activité bénévole, il ne faut quand même pas qu'elle soit une activité onéreuse » (*Tonus*, 13/06/1988). Souffrant de pénibles conditions de travail, mal rémunérés, les généralistes pénitentiaires sont présentés comme de « véritables militants animés pour la plupart d'entre eux d'une réelle volonté de faire évoluer tout le système de soins » (*Le généraliste*, 6/12/1988). « Quand on sait qu'un spécialiste reçoit 170 francs pour une matinée, on peut parler de vocation », déclare un praticien anonymement (*QDM*, 7/10/1988).

Ainsi face aux difficiles conditions de travail émerge à la fin des années quatre-vingt un segment de praticiens pénitentiaires désireux d'affirmer les conditions de leur autonomie de travail. Leur association, l'APSP, se distingue nettement des mobilisations déjà étudiées, comme le GMP ou le GMQP. Leur action se limite tout d'abord à la seule question sanitaire, les autres dimensions de la prise en charge des détenus n'étant jamais abordées. Ce segment apparaît ainsi nettement moins politisé que celui des internes apparu durant les « années 68 », beaucoup plus prompts à souligner les enjeux de pouvoir liés à leur pratique médicale.

<sup>1</sup> SEYLER Didier, « Une médecine à risque (à propos de l'accès aux soins dans les prisons) », *art.cit.*

<sup>2</sup> Se diffuse à ce moment parmi les personnels de santé la description de ce mécanisme, fréquemment cité dans les articles de presse, de « déresponsabilisation » en cascade des tâches médicales du médecin vers l'infirmière, de l'infirmière vers le surveillant et du surveillant vers le détenu, venant illustrer le manque de moyens.

<sup>3</sup> SEYLER Didier, « Santé et prisons », *Hélix magazine*, novembre 1988, n°2, pp.28-29.

Adoptant une démarche de collaboration plutôt que de contestation, l'APSP exerce d'autre part une action de lobbying auprès des autorités judiciaires et pénitentiaires.

Mais surtout, troisième différence, l'APSP demeure un regroupement ponctuel où la dimension collective apparaît fragile. L'association semble en effet avoir été très personnalisée autour du Dr Espinoza qui en est à l'origine. Bien que disposant d'une importante influence auprès de la DAP, celui-ci est dépourvu de toute fonction officielle en dehors de son titre de chef de service à l'Hôpital de Fresnes. Il exerce cependant implicitement un rôle de Conseiller technique sur les questions médicales, notamment auprès de Mme Ezratty : « Ma base stratégique était l'Hôpital mais pendant toute cette période, j'avais un peu un rôle de conseiller auprès de l'Administration »<sup>1</sup>. C'est justement l'une des craintes de Jean Favard : « Le danger, c'était de commencer à mettre un truc sur Espinoza qui au final aurait été le nouveau Troisier. Alors ça non ! »<sup>2</sup>. Médecin-coordonateur de l'Hôpital de Fresnes, Pierre Espinoza tente d'autre part de s'imposer officieusement comme son directeur, selon un magistrat de la DAP : « Le problème d'Espinoza, c'est qu'il voulait être directeur médical. Comme dans l'armée où les directeurs sont des médecins »<sup>3</sup>.

En 1986, lors du changement de statut de l'Hôpital, le Dr Espinoza devient un praticien hospitalier chef de service parmi tant d'autres et ne dispose plus de son statut de médecin-coordonateur. En outre, il perd avec l'alternance toute influence auprès du ministère de la Justice. C'est peut-être pour retrouver la position longtemps occupée officieusement qu'au terme d'un colloque organisé en 1988, les participants demandent dans une motion finale, à l'initiative du Dr Espinoza, « la création d'un poste de Conseiller technique auprès de la Chancellerie [...] pour résoudre certains problèmes qui restent sans solution à l'échelon local »<sup>4</sup>. La présidence de l'APSP et la visibilité médiatique que cela lui confrère participent ainsi à l'essor de la carrière du médecin-coordonateur<sup>5</sup>. L'association lui permet notamment

<sup>1</sup> Pierre Espinoza, chef de service de l'Unité de soins intensifs de l'Hôpital de Fresnes de janvier 1983 à septembre 1991. Entretiens réalisés le 16/05/2006, le 31/05/2006 et le 22/04/2008. Durées : 1H45, 2H00 et 1H50.

<sup>2</sup> Jean Favard, magistrat à la DAP de 1970 à 1975 puis Conseiller technique du ministre de la Justice de 1981 à 1986. Entretien réalisé le 10/01/2008, durée: 3H00.

<sup>3</sup> Jacques, magistrat chargé à la DAP de la réglementation sanitaire de 1982 à 1989. Entretien réalisé le 11/01/2008, 3H30.

<sup>4</sup> APSP, « Actes du colloque national de réflexion sur les soins en milieu pénitentiaire », document dactylographié, 19 pages (IGAS/2002/001)

<sup>5</sup> Cette tentative d'institutionnalisation se répétera quelques années plus tard lorsque le Dr Espinoza proposera « la création d'un observatoire de santé en milieu carcéral ». Interrogés sur cette question par le Conseiller technique du ministre de la Santé, deux inspecteurs de l'IGAS émettront un avis défavorable remarquant que « ce praticien souhaite la création d'un observatoire de la Santé dont il briguerait selon toutes vraisemblances la responsabilité, ce qui lui permettrait au surplus de trouver une certaine "aura" » (Note de T. Roquel et J. Tchériatchoukine à M. Lucas, Chef de l'IGAS, datée du 5/09/1990. CAC 19950229. Art.2. IGAS).



d'obtenir des crédits afin de financer ses recherches<sup>1</sup>, comme le souligne cette interne alors proche d'Espinoza : « En fait, cette association avait l'utilité d'être une interface pour avoir des subventions pour faire des études. C'était l'un des buts, je pense »<sup>2</sup>. Loin d'être anecdotique, cette dimension instrumentale de l'association rend en partie compte de sa disparition. C'est en effet en raison de luttes entre médecins que l'APSP aurait disparu à la fin des années quatre-vingt, si l'on en croit le récit d'un médecin intervenant depuis 1984 en M.A et ayant participé à l'association :

*« La rencontre initiale avait été très enrichissante et avait permis de nous rendre compte des énormes disparités de statut, de mode d'exercice... Malheureusement ceci fut sans lendemain, je crois qu'une querelle de personnes entre les rares médecins plein-temps de la pénitentiaire en a été la cause »<sup>3</sup>.*

Bien qu'éphémère, l'APSP témoigne de l'émergence, rendue possible par le renouvellement des postes opéré au milieu des années quatre-vingt, d'un segment de praticiens hostiles à l'idée que la médecine pénitentiaire soit quelque chose de spécifique. Pour eux, parce qu'il s'agit avant tout d'être soignant, la médecine ne peut se soumettre à certains impératifs pénitentiaires. Confrontés aux difficultés liées à la gestion de l'épidémie, les praticiens nouvellement arrivés vivent avec difficulté les contraintes qui régissent l'organisation des soins du fait de sa tutelle pénitentiaire. C'est dans le cadre de cette transformation que sont nommés à des postes de responsabilité quelques praticiens qui entreprennent de réformer la « médecine pénitentiaire ». Ces médecins-chefs réformateurs vont exercer un rôle crucial de porte-parole de ce segment de praticiens pénitentiaires au début des années quatre-vingt-dix.

## ***2. L'arrivée de médecins-chefs réformateurs : une même médecine entre le dedans et le dehors ?***

Au milieu des années quatre-vingt, l'Administration pénitentiaire prend progressivement conscience, au vu du faible taux d'assiduité des praticiens, que le régime de vacations sous lequel sont placés les généralistes est insatisfaisant. Décision est prise de nommer à la tête des principaux établissements (Fleury-Mérogis, Fresnes et Marseille bien que plus tardivement) des médecins-chefs exerçant à temps plein ou à mi-temps. Exerçant jusqu'alors à temps partiel, les médecins-chefs n'étaient en effet pas en mesure d'assurer correctement le fonctionnement des infirmeries, en contrôlant par exemple l'assiduité des praticiens. En créant des postes de médecins-chefs stables et reconnus, l'Administration espère, souligne un magistrat de la DAP ayant procédé à ces embauches, pallier les dysfonctionnements les plus importants de l'organisation des soins :

<sup>1</sup> C'est ainsi qu'une recherche action financée par DGS sur l'« évaluation de l'impact de la mise en vente libre des seringues chez les toxicomanes » est réalisée en 1988 à Fresnes.

<sup>2</sup> Martine, interne de 1984 à 1986 puis chef de service à l'Hôpital de Fresnes. Entretien réalisé le 5/04/2006, 2H.

<sup>3</sup> Lettre d'un médecin travaillant en maison d'arrêt adressée au Haut comité à la santé publique et datée du 25/03/1993. HCSP/2006/001 Dossier n°4 : La santé en milieu carcéral.

*« C'est-à-dire que dans ces grandes Maisons d'arrêt, on voulait un point fixe. Un point fixe, ça voulait dire un médecin qui ne soit pas vacataire et qui puisse avoir une rémunération correcte [...] Et c'est vrai qu'à partir du moment, où [le médecin-chef] était là, [il] commençait à voir les dysfonctionnements. Et puis, ne serait-ce que pouvoir tenir des réunions. Tenir des réunions avec les chefs d'établissements ou avec sa propre équipe. C'était impossible pour les fameux médecins. C'étaient des passages éclairs [...] On restait dans l'ancien système. Mais un système rénové. Et puis la présence d'un médecin-coordonateur permettait de faire le ménage si je puis dire... entre ceux qui assuraient leurs vacations et puis les fumistes. Et ça permettait de redistribuer un peu les vacations »<sup>1</sup>.*

C'est dans le cadre de cette rénovation que Jacqueline Tuffelli est nommée en 1986 médecin-chef des prisons de Fresnes ou encore que Xavier Emmanuelli devient médecin-chef de Fleury-Mérogis en 1988. Ces médecins, bien que n'appartenant pas au milieu hospitalier proprement dit, tentent d'instaurer de nouvelles règles du jeu afin de rapprocher la médecine pénitentiaire, dont ils refusent l'appellation, de la pratique médicale en milieu libre. Ils militent pour une nouvelle organisation des soins et participent à ce titre à la réforme de 1994.

En 1986, le Centre pénitentiaire de Fresnes, dont le fonctionnement reposait jusqu'alors uniquement sur la présence de personnel infirmier et de quelques internes de garde, se restructure suite à l'autonomisation de l'Hôpital de Fresnes. L'établissement, qui accueille alors près de 3.500 détenus, doit désormais se doter d'un médecin-chef. Après avoir effectué des remplacements dans des quartiers d'Ile-de-France difficiles, Jacqueline Tuffelli, qui souhaitait depuis plusieurs mois travailler en milieu carcéral, accepte la direction du service médical avec l'adoubement du directeur qui lui laisse « carte blanche »<sup>2</sup>. Elle est aussitôt surprise par le fonctionnement de l'infirmerie, même si elle ne « s'attendai[t] pas à ce que ce soit l'Hôpital américain » :

*« Il y avait un vieil infirmier, un vieil infirmier au sens où il était près de la retraite et puis ensuite, il avait effectué une grande partie de sa carrière comme infirmier à Fresnes. Il s'occupait de tout ! Il était assisté d'un surveillant-chef pénitentiaire qui faisait fonction d'infirmier. Et à eux deux, [prend un ton grave] et à eux deux... C'est eux qui s'occupaient de la santé en prison [...] Ce qu'on peut dire, c'est que franchement, en gros, les soins étaient donnés majoritairement et par le personnel pénitentiaire, et par les détenus. Bien sûr les diagnostics étaient faits par un médecin mais c'est les surveillants qui organisaient les consultations et qui faisaient parfois les injections. C'étaient eux qui parfois faisaient des soins [...] Avant, c'est une chose incroyable... Il y avait des détenus qui assistaient aux consultations comme secrétaires. C'était incroyable ! C'était quelque chose d'absolument invraisemblable ! ».*

La nouvelle médecin-chef modifie aussitôt certaines dispositions : elle décentralise la gestion des dossiers médicaux au niveau de chaque unité de détention et instaure la visite quotidienne au quartier disciplinaire, seulement bi-hebdomadaire dans le CPP. Elle multiplie les extractions en milieu hospitalier et tente surtout de limiter le recours aux détenus en obtenant du directeur de Fresnes l'embauche de nouveaux personnels sanitaires, souvent obtenus au prix de lourds efforts :

<sup>1</sup> Jacques, magistrat chargé de la réglementation sanitaire de 1982 à 1989. Entretien réalisé le 11/01/2008, 3H30.

<sup>2</sup> Jacqueline Tuffelli, médecin-chef de la Maison d'arrêt de Fresnes de 1986 à 2003, membre du Rapport du Haut comité à la Santé publique. Entretien réalisé les 20 et 22/06/2005. Durée : 5H00.

*« Et tout ça a progressivement disparu. On a sorti les détenus des consultations. Progressivement, on a gagné du terrain, je dirais. Mais on a gagné du terrain petit à petit parce que pendant qu'on éloignait, d'une part, les détenus et, d'autre part, les surveillants du service médical, il fallait en même temps les remplacer par du personnel médical. Alors pendant longtemps... Au fil de ces dix-sept ans, ça a été une longue politique de recrutement. C'était la bagarre année après année ! On peut pas dire qu'on a obtenu ça facilement... ».*

Conscient de ces problèmes, le directeur de l'établissement réussit à obtenir l'affectation de deux infirmières détachées de l'Assistance publique. Interviewées, elles confirment les nombreuses transformations que le nouveau médecin-chef a introduites dans le fonctionnement du service médical. « Tout a été mis en route à son arrivée. Elle a fait un travail formidable », s'exclame cette infirmière qui souhaitait alors « quitter le milieu hospitalier pour voir autre chose »<sup>1</sup>. « Mme Tuffelli est arrivée à Fresnes et a commencé à tout réorganiser [...] On a vu petit à petit les dossiers être fermés dans les placards et les [détenus] classés disparaître. Elle avait vraiment une grande force de caractère. Il fallait être très costaud avec la Pénitenciaire », confirme Laurence qui à la sortie de l'école d'infirmière est arrivée à Fresnes car elle ne « voulais[t] pas être à l'hôpital »<sup>2</sup>. Malgré sa ténacité, le Dr Tuffelli se heurte à plusieurs contraintes qui rendent difficile la remise en cause de règles en place depuis fort longtemps. La mise à disposition de préservatifs, lancée à son initiative, prend rapidement fin. La distribution des psychotropes sous forme de fioles demeure en l'état faute de personnels suffisants : « C'était complètement idiot mais... Mais c'était comme ça ! Oui, c'était comme ça ! [...] Pour supprimer tout ça, il fallait une pharmacie sur place, des infirmières qui distribuent. Bref, toute une organisation qu'on n'avait pas avant... »<sup>3</sup>.

Au-delà des transformations dans le fonctionnement de l'infirmerie, limitées par le manque de moyens, le nouveau médecin-chef se distingue surtout par l'autonomie qu'elle d'adopte à l'égard de l'Administration pénitenciaire. Elle essaie ainsi, au fur et à mesure, d'instaurer un respect mutuel des missions et du « champ d'action » de chacun, en refusant toute immixtion des surveillants dans l'organisation médicale et, réciproquement, en s'empêchant de « donner un avis sur la façon dont on gardait les détenus » : « Je n'intervenais que lorsqu'il y avait une atteinte à la personne ou alors que ça n'allait pas du tout sur le plan médical. Tant que ça se passait dans les cadres de l'Administration pénitenciaire, c'est-à-dire du règlement, alors là, je ne me mêlais pas de savoir ce qu'ils faisaient »<sup>4</sup>. Le médecin-chef accorde notamment une importance particulière au choix des surveillants affectés à l'infirmerie afin d'assurer le respect du secret médical, comme le rappelle ici une infirmière :

<sup>1</sup> Claudine, infirmière de l'Assistance publique détachée à Fresnes depuis 1986. Entretien le 15/12/2005, 1H40.

<sup>2</sup> Laurence, infirmière de l'Assistance publique détachée à Fresnes depuis 1986. Entretien le 30/06/2005, 1H10.

<sup>3</sup> Jacqueline Tuffelli, médecin-chef de la Maison d'arrêt de Fresnes de 1986 à 2003, membre du Rapport du Haut comité à la Santé publique. Entretien réalisé les 20 et 22/06/2005, 5H00.

<sup>4</sup> Jacqueline Tuffelli, médecin-chef de la Maison d'arrêt de Fresnes de 1986 à 2003, membre du Rapport du Haut comité à la Santé publique. Entretien réalisé les 20 et 22/06/2005, 5H00.

*« C'est vrai qu'un surveillant qui n'était pas au service médical et qui souhaitait avoir des informations, son collègue qui était au service médical pouvait très bien les lui donner. C'est vrai que Mme Tuffelli était très à cheval là-dessus. Quand quelqu'un de la Pénitenciaire était nommé pour travailler avec nous au service médical, elle les recevait avant et leur disait bien quel était leur rôle et qu'il fallait bien garder la confidentialité par rapport à des choses qu'ils pouvaient entendre »<sup>1</sup>.*

Les certificats médicaux sont un bon exemple de cette tentative d'autonomiser le médical du pénitenciaire. Outre qu'elle attache beaucoup d'importance à ce que l'Administration ne puisse pas contester ses décisions de retirer un détenu du quartier disciplinaire pour raison médicale, Jacqueline Tuffelli donne pour consigne à tout le personnel sanitaire de ne pas délivrer de certificats de compatibilité avec le « mitard » : « C'est comme si on nous demandait un certificat médical pour attester que l'état de santé d'une personne est compatible avec l'incarcération et qu'elle peut donc bien aller en prison. Ça n'a pas de sens ! C'est une décision de justice ». « Elle a été toujours très à cheval là-dessus », confirme une infirmière<sup>2</sup>. Les consignes strictes du médecin-chef et la mise en place de réunions entre praticiens permettent progressivement d'homogénéiser la pratique des différents médecins<sup>3</sup>. En témoigne ce généraliste arrivé à Fresnes en 1990 :

*« Jacqueline Tuffelli nous briefait toujours sur les certificats. Parce que c'est vrai qu'on nous demande des certificats pour tout et c'est vrai qu'au début quand on vient d'arriver, on ne sait pas. Et donc, il y avait des choses qu'il ne fallait pas faire [...] Ça permettait d'avoir une pratique plus ou moins homogène. Par exemple, par rapport aux quartiers disciplinaires on refusait les certificats d'aptitude. Au début, on ne se voyait pas entre médecins et, ensuite, on a fait une réunion deux fois par an pour essayer de voir ce que faisaient les autres. Avant, c'était un combat de chaque instant pour conserver son territoire »<sup>4</sup>.*

Par le biais de conflits quotidiens, le Dr Tuffelli arrive progressivement à faire valoir son autorité, faisant du service médical du Centre pénitenciaire de Fresnes l'un des plus remarquables de France<sup>5</sup>. Un phénomène de transformation apparemment similaire survient à Fleury-Mérogis en 1988, où l'Administration pénitenciaire décide de remplacer l'actuel médecin-chef qui avait été mis en cause dans un rapport de l'IGAS en 1985<sup>6</sup>. Dans la synthèse du rapport adressée au garde des Sceaux, le Chef de l'IGAS avait repris les conclusions des inspecteurs préconisant « la mise à disposition par convention avec le Centre Hospitalier d'Evry d'un

<sup>1</sup> Claudine, infirmière de l'Assistance publique détachée à Fresnes depuis 1986. Entretien le 15/12/2005, 1H40.

<sup>2</sup> Claudine, infirmière de l'Assistance publique détachée à Fresnes depuis 1986. Entretien le 15/12/2005, 1H40.

<sup>3</sup> Pendant longtemps, certains surveillants ont mis à profit l'absence d'homogénéité entre praticiens en recourant à différents médecins, en cas de refus d'obtempérer à leurs demandes.

<sup>4</sup> Virginie, généraliste à Fresnes depuis 1990. Entretien réalisé le 30/06/2005, 2H10.

<sup>5</sup> Du fait de son expérience, Jacqueline Tuffelli sera appelée à participer à la commission Santé /Justice puis, en 1992, à la réforme de la médecine pénitenciaire à travers le rapport du Haut comité à la santé publique.

<sup>6</sup> Suite à la protestation d'internes en 1983 et la publication d'articles critiquant l'organisation des soins (« Fleury-Mérogis, un interne de garde de nuit pour 4.600 détenus », *Le Matin*, 16/07/1985), la mission de l'IGAS avait relevé « l'insuffisance de personnel médical et para-médical », l'établissement disposant de 3,5 médecins plein temps et de quatorze infirmières (AVRIL J., BROUELLE Jean, *Notes sur l'organisation sanitaire du Centre pénitenciaire de Fleury-Mérogis et sur le Centre Médico-psychologique Régional*, Rapport IGAS, avril 1984, n°1984062, 15p).

médecin qui garderait quelques activités hospitalières »<sup>1</sup>. Plutôt qu'une convention, une petite annonce est alors publiée dans un journal médical à laquelle répond Xavier Emmanuelli, médecin urgentiste connu pour son engagement humanitaire, qui vient alors d'achever son mandat de vice-président de MSF<sup>2</sup>. « Ce qui m'intéressait c'était la toxicomanie et le sida. J'ai fait des pieds et des mains pour rentrer en prison », déclare-t-il lors de l'entretien<sup>3</sup>. Il ne s'agit pourtant pas de sa première expérience en milieu carcéral. Se décrivant lui-même comme un « bébé Huguenard », du nom du chef de service de l'Hôpital Henri Mondor où il était attaché, Xavier Emmanuelli était intervenu en tant qu'anesthésiste au début des années soixante-dix à l'Hôpital de Fresnes. Cette première sensibilisation à la question des prisons fut probablement un atout, comme il le souligne : « Lorsque j'ai voulu aller à Fleury, je savais où j'allais. Je savais où j'allais et pourquoi j'y allais. C'est peut-être ça qui m'a donné le recul, c'est que je n'y ai pas été par défaut mais avec beaucoup d'intérêt clinique ».

Très vite pourtant, le Dr Emmanuelli se heurte à l'animosité de l'équipe médicale en place et tout particulièrement de l'ancien médecin-chef, Jean-Charles Bertin, désormais placé sous les ordres du prestigieux médecin humanitaire. Cette animosité traduit, selon un médecin proche de Xavier Emmanuelli, autant une rivalité personnelle qu'une différence de point de vue quant aux pratiques professionnelles : « Je me souviens Bertin, il était furibard ! Parce qu'Emmanuelli était déjà quelqu'un assez connu [...] Je pense que c'était un tout petit peu de l'ordre de la rivalité personnelle et puis il faut dire quand même que quand Xavier est arrivé il a commencé à tout bouleverser... »<sup>4</sup>. Un autre praticien de Fleury-Mérogis tempère cette différence entre les deux médecins-chefs. Selon lui, Jean-Charles Bertin était surtout moins « idéaliste », en raison de son expérience, que son collègue fraîchement arrivé, comme en atteste l'exemple de la distribution des médicaments :

*« Les psychotropes étaient donnés dilués pour éviter les intoxications médicamenteuses. C'est vrai que ça pose un problème car tous les médicaments étaient mélangés. Le docteur Emmanuelli avait souhaité qu'on arrête et la Pénitencière avait refusé. Les psychiatres voulaient qu'on donne sous forme sèche. Emmanuelli avait appuyé cette demande. Bertin avait déjà fait cette demande et il savait que l'Administration s'était déjà opposée. Donc là, vous voyez par exemple, Emmanuelli avait dit :*

<sup>1</sup> Lettre de Michel Lucas au cabinet du garde des Sceaux datée du 1/04/1984 (CAC. 19990278. Art.3 (extrait) : Notes sur l'organisation sanitaire du Centre pénitentiaire de Fleury-Mérogis).

<sup>2</sup> Né en 1938 et fils d'un médecin de banlieue parisienne, Xavier Emmanuelli s'engage, au terme de ses études de médecine à Paris, au sein de la marine marchande où il se sensibilise à la question de l'urgence médicale. À son retour en France. Il devient assistant en consultation de chirurgie dans un hôpital situé au cœur des mines du bassin lorrain. En 1971, il décide de rejoindre le service des urgences du Professeur Huguenard au centre hospitalier Henri Mondor ce qui l'amène à travailler au SAMU 95. Il obtient alors le statut de médecin-chef dans plusieurs services d'anesthésie réanimation. Il s'engage, parallèlement à sa carrière médicale, dans l'aide d'urgence internationale co-fondant l'ONG Médecins sans frontières (MSF) dont il est vice-président de 1971 à 1988. C'est alors qu'il bénéficie d'une relative notoriété (il a déjà publié sept ouvrages), qu'il décide de postuler en tant que médecin-chef de Fleury-Mérogis.

<sup>3</sup> Xavier Emmanuelli, médecin-chef de Fleury-Mérogis de 1988 à 1992. Entretien réalisé le 11/02/2008, 1H.

<sup>4</sup> Hélène, interne puis généraliste à Fleury-Mérogis de 1983 à 2000. Entretien réalisé le 8/12/2005, 2H40.

*"On va tenter" et Jean-Charles Bertin avait dû répondre : "Ça ne sert à rien". Il y en avait un qui avait plus d'entrain et l'autre était plus blasé..."<sup>1</sup>.*

Travaillant depuis treize ans en milieu pénitentiaire, le Dr Bertin est un médecin largement adapté aux règles pénitentiaires. A son arrivée, Xavier Emmanuelli s'avère choqué par plusieurs pratiques, comme par exemple l'usage de la dilution : « Ma sœur qui était pharmacienne, je lui ai demandé de voir quels étaient les principes actifs qui restaient une fois que c'était dilué. Bien sûr, c'est pas la même chose sous la forme diluée que sous forme de comprimé parce que les molécules font une hydrolyse et il y a moins de principe actif »<sup>2</sup>. Il s'interroge également sur la forte prescription de psychotropes (« Philosophiquement, on n'était pas là pour atténuer la peine ») ainsi que sur les atteintes au secret médical : « D'autant plus qu'au début, les gens séropositifs avaient une pastille rouge sur leur dossier... [baisse le ton] de manière à les identifier ». Il remet en question plus globalement le statut des praticiens, notamment à l'égard des autorités pénitentiaires :

*« J'étais un peu perplexe parce que le personnel médical appartenait à la Pénitentiaire et était noté par la Pénitentiaire. C'est dire que vous pouvez donner une note. Elle était corrigée et revue par le directeur de la prison qui était lui-même supervisé par la direction régionale. Donc, vous n'aviez aucun moyen pour contrôler. Elles [les infirmières] se considéraient d'ailleurs elles-mêmes comme pénitentiaires »<sup>3</sup>.*

Le Dr Emmanuelli tente d'apporter certaines modifications. Il instaure une infirmière-chef afin de mieux coordonner les différentes infirmières « car elles n'avaient pas du tout cette notion là ». Il essaie, d'autre part, de remédier à l'isolement dont souffre le personnel en établissant des rencontres conviviales entre médecins, tel que le rappelle ce médecin alors en poste à Fleury : « C'était une fois par mois où on établissait le tableau de garde. Alors d'habitude, on se réunissait dans la chambre où on dormait et puis il avait organisé ça autour d'un repas au mess. Donc c'était plus convivial. On parlait plus des problèmes »<sup>4</sup>. Pour contrer les craintes suscitées par l'épidémie de sida auprès des surveillants, le nouveau médecin-chef favorise la création d'une association, Fleury Santé, dont l'objectif est de former les personnels ou de mettre en place des supports à destination des détenus tel un film de prévention. En dépit de son volontarisme, Xavier Emmanuelli se heurte à certains blocages. Il est notamment confronté à une vive opposition des syndicats :

*« Il y a eu des bagarres pour imposer ces connaissances. J'ai encore des tracts incendiaires de syndicats... Parce que moi, je voulais former les surveillants et il y avait une résistance parce qu'ils disaient : "Nous, on est surveillants. On n'est pas auxiliaires de santé". Mais ils l'étaient dans les faits. Et il y a donc eu des bagarres »<sup>5</sup>.*

<sup>1</sup> Ludovic, généraliste à Fleury-Mérogis de 1988 jusqu'en 1999. Entretien réalisé le 12/01/2006, 2H10.

<sup>2</sup> Xavier Emmanuelli, médecin-chef de Fleury-Mérogis de 1988 à 1992. Entretien réalisé le 11/02/2008, 1H.

<sup>3</sup> Xavier Emmanuelli, médecin-chef de Fleury-Mérogis de 1988 à 1992. Entretien réalisé le 11/02/2008, 1H.

<sup>4</sup> Ludovic, généraliste à Fleury-Mérogis de 1988 jusqu'en 1999. Entretien réalisé le 12/01/2006, 2H10.

<sup>5</sup> Xavier Emmanuelli, médecin-chef de Fleury-Mérogis de 1988 à 1992. Entretien réalisé le 11/02/2008, 1H.

Contrairement à l'exemple de Fresnes, il semblerait que peu de transformations aient objectivement eu lieu au final à Fleury-Mérogis<sup>1</sup>. Ainsi, l'usage des fioles ou le recours aux surveillants-auxiliaires perdurent. S'il ne peut les interdire, Xavier Emmanuelli prend ses distances avec certaines pratiques propres au milieu pénitentiaire. C'est ainsi qu'il se désolidarise du rôle médical joué par les infirmières. Ces critiques sont probablement à l'origine du ressentiment éprouvé par cette infirmière alors en poste à Fleury-Mérogis : « Il ne nous considérait pas ! Il était là juste pour diriger [...] Il nous avait appelé des "infirmières d'hospice" et forcément on avait réagi. Et pour se racheter, il nous avait toutes invitées pour manger à Evry à midi, pour essayer de... Il était resté seul [rires] Personne n'avait voulu accepter son invitation »<sup>2</sup>. Le Dr Emmanuelli est surtout accusé d'être trop loin de la clinique et d'exercer une fonction essentiellement administrative. Davantage homme de réflexion que de terrain, le médecin-chef de Fleury se dédie alors principalement « à faire progresser l'idée qu'on devait être rattaché au ministère de la Santé »<sup>3</sup>. « L'essentiel de mon activité a quand même été de rattacher tout le système sanitaire à la Santé », affirme-t-il non sans fierté.

Plus idéaliste que le précédent médecin-chef, Xavier Emmanuelli questionne les pratiques en vigueur. En s'inspirant du côté « pragmatique » du Dr Bertin et l'aspect plus « théorique » du nouveau médecin-chef, il est possible selon un praticien de Fleury de « prendre en compte les contraintes liées à l'incarcération et obtenir une médecine plus responsable »<sup>4</sup>. Le Dr Emmanuelli apporte un regard extérieur sur le fonctionnement largement autarcique du service médical : « Les médecins n'étaient pas tellement impliqués. Parce que c'étaient des vacataires. Ils étaient dans la routine de la prison. Moi, j'avais un regard neuf parce que j'étais urgentiste »<sup>5</sup>. Le nouveau médecin-chef s'engage en faveur d'une plus grande collaboration avec les services du ministère de la Santé. A son arrivée, il demande à ce que le dépistage des MST, jusqu'alors effectué par un laboratoire privé, soit pris en charge par la DDASS. Grâce au Pr Gentilini, chef de service à la Pitié-Salpêtrière, Xavier Emmanuelli obtient par ailleurs la signature d'une convention permettant l'intervention de praticiens hospitaliers dans la prise en charge du sida. « Je me rappelle du premier rendez-vous chez Gentilini où Xavier a dit : "Et bien, on va faire venir des médecins extérieurs... Et hospitaliers. Et surtout hospitaliers !" . C'est-à-dire des gens de qualité. Il fallait quand même qu'on fasse venir des gens de

<sup>1</sup> Il faut ici rappeler que Fleury-Mérogis comporte plus de 4.000 détenus tandis que la M.A de Fresnes en compte « seulement » 1.500, le pouvoir syndical étant plus affirmé à Fleury qu'à Fresnes.

<sup>2</sup> Evelyne, infirmière à Fleury-Mérogis de 1983 à 1985 puis à Fresnes de 1985 à 1986 puis à Fleury-Mérogis de 1987 à 1993. Entretien réalisé le 8/02/2006, 2H30.

<sup>3</sup> Xavier Emmanuelli, médecin-chef de Fleury-Mérogis de 1988 à 1992. Entretien réalisé le 11/02/2008, 1H.

<sup>4</sup> Ludovic, généraliste à Fleury-Mérogis de 1988 jusqu'en 1999. Entretien réalisé le 12/01/2006, 2H10.

<sup>5</sup> Xavier Emmanuelli, médecin-chef de Fleury-Mérogis de 1988 à 1992. Entretien réalisé le 11/02/2008, 1H.

l'Assistance publique de Paris pour voir comment il fallait faire », souligne ce médecin alors en poste à Fleury<sup>1</sup>.

Chacun à leur façon, Jacqueline Tuffelli et Xavier Emmanuelli, peuvent être considérés comme des précurseurs de la réorganisation des soins en prison. Femme de terrain, la première tente d'imposer son autorité médicale à l'égard de la Pénitentiaire, avec l'accord du directeur de Fresnes. Davantage théoricien, le Dr Emmanuelli développe une réflexion sur la place du médecin en situation d'incarcération qui, si elle ne transforme pas radicalement les pratiques, ouvre la voie à une réforme globale de l'organisation des soins.

---

En dépit de leurs modestes conséquences, la constitution de l'APSP ainsi que l'arrivée de médecins-chefs volontaristes temps-plein au milieu des années quatre-vingt symbolisent un tournant dans l'histoire de l'organisation des soins en prison. Elles sont le signe, tout d'abord, d'une prise de conscience croissante au sein du ministère de la Justice qu'une réforme du statut des médecins est nécessaire. La mise en place de médecins titulaires souligne, en effet, avec acuité le nécessaire abandon du principe de la vacation, selon celui qui était en charge de la réglementation sanitaire à la DAP :

*« Pourquoi ces médecins vacataires n'étaient pas en mesure de gérer, de résoudre les problèmes récurrents ? Parce que quand vous êtes vacataire, vous passez très très vite. Tandis que quand vous avez un médecin à temps plein ou à 80%, vous avez un médecin qui va mettre à plat les vrais problèmes, qui va peut-être réorienter le rôle chacun. Vous voyez ! Ça n'est pas un problème individuel. Si Emmanuelli, on lui avait donné des vacations à la Maison d'arrêt de Moulins, il aurait été comme les autres [...] Voilà, ce qu'on voulait, c'était quelqu'un qui puisse vraiment organiser le service, et sortir de tous ces vacataires ! »<sup>2</sup>.*

Ces transformations traduisent, d'autre part, un rejet croissant de la part des généralistes exerçant en milieu carcéral de certaines pratiques issues de la tutelle pénitentiaire. Ces médecins-chefs s'inscrivent pleinement dans le segment, évoqué précédemment, de praticiens porteurs d'une nouvelle représentation de l'exercice médical en milieu carcéral. Tous ces médecins ont d'ailleurs comme point de commun de réfuter avec virulence le terme de « médecine pénitentiaire ». « Pour moi, ça ne veut absolument rien dire car que vous soyez en prison ou dehors les symptômes et les signes cliniques sont absolument les mêmes ! », s'exclame Jacqueline Tuffelli<sup>3</sup>. Le médecin-chef de Fleury-Mérogis semble encore plus opposé à cette appellation. « Il n'y a pas à proprement parler de médecine pénitentiaire. C'est

---

<sup>1</sup> Hélène, interne puis généraliste à Fleury-Mérogis de 1983 à 2000. Entretien réalisé le 8/12/2005, 2H40.

<sup>2</sup> Jacques, magistrat chargé à la DAP de la réglementation sanitaire de 1982 à 1989. Entretien réalisé le 11/01/2008, 3H30.

<sup>3</sup> Jacqueline Tuffelli, médecin-chef de la Maison d'arrêt de Fresnes de 1986 à 2003, membre du Rapport du Haut comité à la Santé publique. Entretien réalisé les 20 et 22/06/2005, 5H00.



un concept qui a disparu dans les années 1982-1983<sup>1</sup>. On peut, si l'on veut la caractériser, écrire de cette pratique que c'est une médecine en "environnement" pénitentiaire. La sémantique a son importance », affirme dans une tribune Xavier Emmanuelli (*Quotidien du médecin*, 20/04/1989).

Beaucoup de médecins arrivés à cette même période partagent ce constat. Le rejet d'une appellation synonyme d'une médecine soumise aux impératifs pénitentiaires traduit l'amorce d'un segment de praticiens souhaitant faire prévaloir les obligations déontologiques sur les règles pénitentiaires tout comme Georges Fully avait tenté de le faire à partir des années soixante, dans un contexte cependant très différent. Cependant, contrairement au premier Médecin-inspecteur, ces praticiens ne sont plus porteurs d'une vision de la médecine pénitentiaire en tant que discipline spécifique. Ils entendent ainsi se démarquer de la représentation de la médecine pénitentiaire telle qu'elle s'est progressivement construite au cours des années soixante-dix. De scandale en scandale, cette pratique médicale, et la discipline que Solange Troisier a tenté d'ériger à partir d'elle, est devenue stigmatisante. La médecine pénitentiaire disqualifie ceux qui l'exercent et les expose au risque d'être accusés d'être des sous-médecins. Le seul moyen pour ces praticiens de revaloriser leur pratique et leur statut et d'obtenir leur rattachement au ministère de la Santé. Cette revendication rencontre la volonté réformatrice de quelques magistrats-militants de l'Administration pénitentiaire se revendiquant de la politique de « décroisement » menée par Robert Badinter.

---

<sup>1</sup> Il est fait bien sûr ainsi référence au décret supprimant le poste de Médecin-inspecteur en 1983, considéré unanimement comme la première étape du décroisement.

**S**i le sida peut-être considéré comme un élément de réforme de l'organisation des soins en prison, ce n'est pas en raison d'un pouvoir intrinsèquement réformateur de l'épidémie. Des acteurs s'en sont emparés afin d'en faire un argument dans leur tentative de transformation de la prise en charge sanitaire des détenus. Ce sont, dans un premier temps, quelques acteurs administratifs qui se servirent du sida afin d'accélérer le rapprochement entre les ministères de la Justice et de la Santé. L'épidémie servit d'argument, ensuite, à des médecins-réformateurs soucieux d'autonomiser l'exercice médical en milieu carcéral. Ce segment de praticiens arrivés durant les années quatre-vingt est porteur d'une vision alternative de la médecine pénitentiaire à celle qu'avait rendue célèbre Solange Troisier. Ces médecins tentèrent de mettre en œuvre un exercice affranchi des impératifs pénitentiaires et semblable à n'importe quelle autre pratique médicale. Le sida fut utilisé par les ces praticiens comme un argument de poids dans la réforme de l'organisation des soins.

Les médecins-chefs réformateurs arrivés à la fin des années quatre-vingt exercèrent un rôle de porte-paroles du segment de praticiens nouvellement apparu. C'est particulièrement le cas des Dr Emmanuelli et Espinoza, de manière cependant très distincte. Le premier privilégie en effet les revues scientifiques ou médicales. Il publie ainsi des études documentées, s'appuyant souvent sur les travaux épidémiologiques réalisés par ses internes de l'Hôpital de Fresnes, à partir desquels il souligne l'incapacité des services médicaux pénitentiaires à faire face au « défi » de l'épidémie. Au-delà du VIH, il tente d'intéresser les milieux médicaux et associatifs, et de lutte contre le sida, à une approche plus globale de la prise en charge des détenus qui vient légitimer une réforme de l'organisation des soins :

*« Le taux de séropositivité pour le virus de l'immunodéficience humaine VIH en milieu carcéral est 20 à 30 fois plus élevé que dans la population générale. Ce constat pose le problème de l'accès aux soins de cette population [...] Le médecin n'a pas l'obligation de résultat mais les moyens dont il dispose pour assurer le suivi de 10 à 15% de séropositifs dans les grandes Maisons d'arrêt en zone urbaine sont-ils suffisants ? [...] La prise en charge des séropositifs induit une prise en charge qui menace à terme d'aggraver la pénurie des services médicaux des prisons [...] Les détenus, de manière plus générale les toxicomanes séropositifs ou sidéens, seront-ils exclus de ces traitements de l'AZT, pour des raisons liées à leur marginalisation sociale, aux difficultés d'organisation du soin dans cette population. Sida et pauvreté constituent un défi pour nos institutions »<sup>1</sup>*

*« La création d'antennes Csih dans sept prisons témoigne de ce mouvement d'ouverture et de liaison avec l'extérieur. L'extension, le développement de la collaboration hôpitaux-prisons répondra-t-elle aux besoins, à la charge sanitaire réelle du sida en prison ? Cette tendance à l'ouverture sera-t-elle poursuivie dans le secteur de la médecine générale ? [...] Le sida est un redoutable révélateur des dysfonctionnements institutionnels... et la prison est actuellement, d'une certaine manière, une réponse institutionnelle au problème sida-toxicomanie dans la Cité [...] Ce constat justifie l'objectif d'un transfert de tutelle vers le ministère de la santé »<sup>2</sup>.*

<sup>1</sup> ESPINOZA Pierre, « L'infection par le VIH en milieu carcéral », *art.cit.*

<sup>2</sup> ESPIOZA Pierre, « L'ombre du second choc sida. Sida, toxicomanie et système pénitentiaire », *Revue française des affaires sociales*, hors-série Les années sida, 1990, pp.84-86.

*« Quand les prisons réintégreront-elles la Cité ? Les détenus en France ne peuvent bénéficier des prestations de la Sécurité sociale, on touche ici du doigt les raisons d'un tel état de fait : le nerf de la guerre n'est-il pas l'argent ? »<sup>1</sup>.*

*« Peut-on parler d'hygiène bucco-dentaire lorsque le lavabo collectif sert à nettoyer certes les dents, mais aussi les assiettes, la peau et le linge ? ou que les draps ne sont changés qu'une fois par moi ? Peut-on dans ce contexte, parler raisonnablement du VIH, des préservatifs, ou se polariser sur le sida en oubliant l'hépatite ou la tuberculose ? [...] Il faut continuer à décroisonner la prison et se faire aider par l'intervention de médecins extérieurs. Pragmatique et compétent, le médecin généraliste de la prison ne peut la plupart du temps solutionner que les difficultés locales et quotidiennes. Il est bien souvent ignoré et méconnu, son image est celle de quelqu'un de peu présent, de peu payé, voire d'incompétent. Il en est de même pour les infirmières. Ces militants d'un système obsolète doivent être reconnus, et associés aux actions de santé publique, car ils disposent d'un savoir-faire indiscutable »<sup>2</sup>.*

A l'inverse, Xavier Emmanuelli privilégie les journaux grand public au sein desquels il multiplie les déclarations alarmistes appelant à des mesures urgentes :

*« Trente pour cent de notre population pénale est infectée par le virus [...] Il faut alerter l'opinion publique et les ministères de la Santé et de la Justice [...] Le problème "Sida-prisons" dépasse ce que l'on pouvait imaginer [...] Nous ne pourrions faire face au fléau si une prise de conscience immédiate n'a pas lieu [...] Si l'on ne prend pas des mesures immédiates, le Sida va exploser dans les prisons françaises surpeuplées. Et c'est notre société dans sa totalité qui devra s'en défendre en exerçant des mesures totalitaires d'exclusion auxquelles personne n'échappera », déclare le médecin-chef de Fleury-Mérogis (VSD, 24-30/08/1989).*

*« Désormais, les séropositifs ne sont plus isolés. Ils sont actuellement 900 sur 5000 à Fleury-Mérogis [...] "Et, souligne le docteur Xavier Emmanuelli, quand on sait que 10% seulement des séropositifs ont développé un sida, on sait aussi que l'épidémie est devant nous, et qu'il va y avoir un problème diabolique" » (Libération, 30/11/1991).*

A partir du sida sont dénoncées les nombreuses carences affectant la prise en charge des détenus. Mais c'est progressivement une nouvelle organisation des soins que défendent certains praticiens, comme ici le Dr Espinoza : « Doubler ou même tripler les effectifs de médecins et d'infirmières pénitentiaires, doubler les rémunérations permettrait sans doute d'accomplir d'importants progrès. Mais c'est tout l'organisation de la santé en milieu carcéral qu'il faudrait repenser » (*Tonus*, 13/06/1988). Le coût économique de la prise en charge de la maladie est souvent présenté comme un argument récurrent en faveur d'une réforme. « Le problème au départ est un problème budgétaire. Car le budget de la Justice qui est de 1% est un des budgets les plus faibles. Et dans ce même budget, celui de l'administration pénitentiaire est un parent pauvre. Et pour finir, les sommes consacrées à la santé sont dérisoires ! En réalité, il n'y a aucune ligne budgétaire pour faire face à ce problème du SIDA en milieu carcéral. Or le dépistage coûte cher », souligne le Dr Barlet de Lyon<sup>3</sup>. « Aujourd'hui encore, l'administration pénitentiaire comptabilise les frais médicaux à quelques francs par jour alors qu'un test de dépistage vaut 100 francs et qu'il est suivi d'un examen de confirmation (300 francs) puis d'un bilan immunitaire (de 300 à 500 francs) s'il

<sup>1</sup> ESPINOZA Pierre, « Les exclus du débat », *Le journal du sida*, supplément au n°31-32, 09-10/1990, pp.35-36.

<sup>2</sup> ESPINOZA Pierre, « Un maillon dans la chaîne de prévention », *Le journal du sida*, n°31-32, 09-10/1991, pp.54-55.

<sup>3</sup> « Le sida en milieu carcéral : choc de deux tabous », *Lyon Figaro*, 10/03/1987.

s'avère positif », relève Xavier Emmanuelli (VSD, 24-30/08/1989). C'est au nom de cet argument économique que le médecin-chef de Fleury-Mérogis plaide en faveur d'un rapprochement avec le ministère de la Santé :

*« Praticien exerçant en prison, ce n'est pas l'Administration pénitentiaire que j'interpelle, mais bien le ministère de la Santé, en lui demandant instamment de prendre d'urgence les mesures qui s'imposent. Sur ce point, il n'y a pas d'ambiguïté, les problèmes de santé relèvent bien de ses attributions et, si l'on veut schématiquement résumer la situation, le mot d'ordre que je préconiserais serait : "Sortez le VIH du cadre de la pénitentiaire et prenez vos responsabilités [...] Où sont les projets ? Où sont les budgets ? Pourquoi l'administration de la Santé est elle silencieuse et impénétrable ?" » (Le Quotidien du médecin, 20/04/1989).*

L'argument économique prend d'autant plus de poids qu'un meilleur dépistage des séropositifs et la mise à disposition de l'AZT se traduisent à la fin des années quatre-vingt par une explosion du budget de l'Administration pénitentiaire. « On prescrivait comme on voulait. Ça représentait des sommes énormes », déclare une infirmière des Baumettes où le nombre de cas de sida était parmi les plus élevés<sup>1</sup>. « C'était l'AZT. Et ça coûtait extrêmement cher à l'Administration pénitentiaire », confirme une autre infirmière en poste à Pontoise<sup>2</sup>. L'incapacité de l'Administration pénitentiaire à faire face à cette charge financière constitue un nouvel argument en faveur d'une réforme de l'organisation des soins. Au 31 mai 1989, le nombre de détenus séropositifs en milieu pénitentiaire (2.348) avoisine le nombre de personnes contaminées par le virus VIH dans l'ensemble des hôpitaux français (2.565) : « On imagine alors quelle est la charge sanitaire pour les prisons. En termes de chiffres, c'est comparable. C'est très lourd », conclut le Dr Espinoza<sup>3</sup>.

La charge économique que représente le sida est un sujet de préoccupation pour le ministère de la Justice. Établissant le bilan budgétaire de 1988 à 1989, l'Administration pénitentiaire s'alarme de « la dérive des dépenses médicales » : « L'augmentation de la masse des frais de pharmacie (+3.734.068 francs par rapport à 1988) est d'autant plus importante qu'elle intervient dans une conjoncture de réduction de la population pénale. Le coût journalier moyen en métropole enregistre ainsi une hausse de 17% (2,69 en 1989 contre 2,30 en 1988) »<sup>4</sup>. Le vice-président du Haut comité de la santé publique (HCSP) qui eut un rôle moteur au moment de la réforme confirme le poids démesuré des dépenses médicales : « Les prisons étaient le lieu où l'on distribuait le plus de traitements antiviral. On en était au début. Et le coût était énorme. Donc tout d'un coup, le budget médicaments explosait. Et donc au total, ils [la DAP] ne pouvaient plus suivre »<sup>5</sup>. La part des dépenses médicales dans le budget

<sup>1</sup> Brigitte, infirmière de 1984 à 1995 à la Prison Hôpital des Baumettes. Entretien réalisé le 21/02/2006, 2H15.

<sup>2</sup> Julie, infirmière à Pontoise de 1987 à 1990 puis à Poissy de 1990 à 1992. Entretien réalisé le 31/01/2005, 2H.

<sup>3</sup> « Table ronde autour des questions de sida en prison en milieu carcéral et en milieu ouvert », *Les cahiers d'action juridique*, 1990/06, n°71-72, pp.91.

<sup>4</sup> Lettre de la section des affaires économiques de la DAP aux sous directeurs sur le bilan de la gestion 1988 et 1989 datée du 24/08/1990. Archives internes DAP.

<sup>5</sup> Guy Nicolas, vice-président du Haut comité à la santé publique. Entretien réalisé le 15/06/2005. Durée : 2H20.

de la DAP passe de 5,9% en 1986 à 7,5% en 1990<sup>1</sup>. C'est à partir de ces arguments qu'un projet de prise en charge par la Sécurité sociale est envisagé dès la fin des années quatre-vingt par les services du ministère de la Santé. Le risque d'une perte de contrôle des personnels sanitaires qui s'ensuivrait aurait bloqué le projet<sup>2</sup>, d'après le Conseiller technique de Claude Evin :

*« Le ministère de la Justice ne voulait pas perdre ses pouvoirs. J'avais fait faire une expertise par la Direction de la Sécurité sociale avec mon collègue Pierre Louis Bras, qui était au cabinet, et qui a été par la suite Directeur de la Sécurité sociale, sur la question de la possibilité du transfèrement [...] J'avais demandé à la Sécu de travailler sur un modèle où, en gros, la Sécurité sociale paierait les frais de Sécu et la Pénitentiaire paierait le tiers payant. Je crois que c'était ça l'hypothèse. Eux, ils n'avaient pas très envie. Ils voulaient, mes amis de la Justice, être patrons chez eux. C'est-à-dire qu'ils voulaient bien disposer d'un appui du ministère de la Santé mais ils voulaient rester maîtres chez eux et ils avaient très peur d'une médecine autonome en prison [...] Ils voulaient à la fois qu'on [la Santé] paye et qu'on n'ait pas une partie du pouvoir, des prérogatives. Ça, c'est la Justice. On est habitué à ça... Moi, je leur disais que les payeurs ils veulent avoir une partie du pouvoir... la Justice est habituée à taxer des gens extérieurs. On [la Santé] avait déjà payé sur les dépistages. Est-ce qu'on pouvait l'étendre à l'ensemble du système sans rien réformer ? Et là on a eu un désaccord. On a discuté mais... »<sup>3</sup>.*

Comme on peut le voir, si l'idée de décroisement a permis une nouvelle représentation de la prison, elle n'a pas non plus mis fin à une certaine conception de l'organisation du pouvoir propre à l'Administration pénitentiaire. Si celle-ci est convaincue qu'elle ne peut plus gérer à elle seule la santé des détenus, notamment pour des raisons financières, elle ne souhaite pas pour autant perdre tout contrôle dans l'organisation des soins et notamment dans la gestion des personnels. La peur du dessaisissement semble alors l'emporter. Ces réticences vont finalement pouvoir être levées au début des années quatre-vingt-dix grâce à une alliance entre les magistrats-militants issu du Syndicat de la magistrature et le segment de praticiens apparu dans les années quatre-vingt défavorable à une médecine pénitentiaire spécifique.

<sup>1</sup> DAP, *Actes du colloque Soigner absolument*, 1992, p.22. Bibliothèque DAP.

<sup>2</sup> Aucune trace écrite de cette intention de réforme n'a été trouvée.

<sup>3</sup> Jean-Paul Jean, magistrat, Conseiller technique du ministre de la Santé de mai 1988 à mai 1991 puis Conseiller technique des ministres de la Justice de mai 1991 à avril 1992. Entretien réalisé le 6/07/2005, 2H.



## CONCLUSION DE LA DEUXIEME PARTIE

La première configuration, allant de 1970 à 1981, marquait un temps d'affirmation de la médecine pénitentiaire en tant que nouvelle spécialité médicale. Le second Médecin-inspecteur, Solange Troisier, poursuivait ainsi le travail initié par Georges Fully mais dans un but nouveau. Il s'agissait pour elle de réhabiliter un secteur d'action public discrédité, soumis à de nombreuses critiques et où les démissions étaient fréquentes, ainsi que de faire prévaloir le Code de procédure pénale sur celui de déontologie médicale. La seconde configuration est quant à elle avant tout caractérisée par le rejet de cette histoire de la médecine pénitentiaire. Les magistrats issus du Syndicat de la magistrature ainsi que certains professionnels regroupés dans une communauté épistémique, baptisée COSYPE, participèrent ainsi au démantèlement de l'œuvre de Solange Troisier. Il s'agissait pour eux de déspecialiser l'organisation des soins en prison dans le cadre de la politique de décroïsonnement, afin de le rapprocher le plus possible de l'exercice médical en milieu libre.

Cette politique aboutit en 1984 à la suppression de l'inspection médicale interne à l'Administration pénitentiaire et au transfert de cette compétence à l'IGAS ainsi qu'aux DDASS. Cette réforme produisit des effets notables mais elle ne permit cependant pas de mettre fin à une certaine autonomie de fonctionnement de la médecine pénitentiaire. Celle-ci demeurait gouvernée par des règles spécifiques et ses praticiens étaient rétifs à tout contrôle trop contraignant. De même, le projet de transfert de tutelle au ministère de la Santé se heurta, une fois encore, aux réticences de la Direction de la Sécurité sociale.

La question sanitaire prit une autre ampleur avec le développement du sida qui alourdit la charge de travail des soignants. Affectés par ces changements, les praticiens nouvellement arrivés dans les années quatre-vingt formèrent un segment professionnel spécifique porteur d'une nouvelle représentation de la médecine pénitentiaire. Prenant le contre-pied des idées auparavant prônées par Solange Troisier, ils défendirent, notamment au sein de l'association l'APSP, l'image d'une médecine non spécifique guidée par les seules exigences déontologiques. Même si leurs effets furent modestes, les entreprises de réforme ayant eu lieu dans les établissements de Fleury-Mérogis et de Fresnes attestent de la transformation opérée dans la profession de médecin pénitentiaire mais aussi dans l'Administration elle-même. L'organisation des soins en prison est analysée à la fin des années quatre-vingt comme un système présentant de nombreux dysfonctionnements (absentéisme, violation du secret médical, etc.) demandant à être réformé.

A l'inverse des années soixante-dix, cette seconde configuration réformatrice laisse peu de place aux variables professionnelle et institutionnelle. La médecine pénitentiaire apparaît affaiblie d'une part en tant que profession et d'autre part en tant que discipline. Le groupe professionnel des médecins exerçant en prison est tout d'abord divisé du fait de l'émergence d'un nouveau segment professionnel. En effet, l'important renouvellement opéré au sein du corps médical au milieu des années quatre-vingt, suite au contrôle des temps de travail, a permis l'arrivée de jeunes praticiens qui ne se reconnaissent pas dans l'appellation de « médecine pénitentiaire » et qui se revendiquent exclusivement du Code de déontologie. Déjà durant les années soixante-dix, un segment d'internes protestataires était apparu. Pour contester leur hiérarchie pénitentiaire, ces derniers avaient eu recours à la grève, à la démission ou à la dénonciation de leurs conditions de travail. Il s'agissait toutefois d'internes qui se situaient à la marge du système et n'avaient d'autres moyens de faire valoir leurs revendications. A l'inverse, la plupart des médecins titulaires étaient à cette époque demeurés silencieux soit par « apathie », soit par loyauté à l'égard de l'Administration pénitentiaire. Dorénavant, les médecins pénitentiaires sont divisés.

En second lieu, la médecine pénitentiaire apparaît affaiblie en tant que discipline. Ce nouveau segment de praticiens récuse tout d'abord l'idée d'un exercice médical spécifique qui justifierait sa mise à l'écart du reste du système de santé. Cet affaiblissement s'explique, d'autre part, par la marginalisation que subit Solange Troisier. Bien que poursuivant ses enseignements, cette dernière perd son poste de Médecin-inspecteur qui lui permettait d'exercer un contrôle important sur l'ensemble de ce groupe professionnel. Avec la suppression de son poste, a lieu en 1983 le dernier congrès de médecine pénitentiaire. L'implication de Solange Troisier dans le procès des grâces médicales, même si elle est finalement acquittée, accentue sa mise à l'écart<sup>1</sup>. Avec la disparition de son principal représentant, cette discipline médicale perd de sa vigueur<sup>2</sup>. Se diffuse alors l'idée que la médecine pénitentiaire n'est pas quelque chose de spécifique et que rien ne justifie que l'organisation des soins en prison soit régie par des règles propres.

Cette division au sein de la médecine pénitentiaire en tant que profession est également visible au niveau de la variable institutionnelle. Dans la première configuration, le Médecin-inspecteur exerçait une forte emprise sur l'organisation des soins. Ce rôle-clef perd de l'influence après 1981 avec l'alternance et disparaît dès 1983. Il est remplacé par un magistrat qui dispose d'une légitimité moindre dans la gestion du corps médical, laissant ainsi aux praticiens en place davantage de marge de manœuvre. Ce magistrat doit, en outre, composer avec d'autres institutions. Au rôle quasi-monolithique détenu par Solange Troisier se substitue désormais un partage du pouvoir entre plusieurs instances. L'inspecteur Philippe Chemithe

---

<sup>1</sup> Jusqu'à son décès en 2008, Solange Troisier ne fera plus parler d'elle dans l'espace public, si ce n'est par la publication d'ouvrages autobiographiques.

<sup>2</sup> Rappelons cependant le maintien d'une exception lyonnaise où demeure à la fin des années quatre-vingt le seul enseignement de médecine pénitentiaire ainsi qu'un service hospitalier qui lui est consacré.



assure une fonction de contrôle, notamment sur les horaires des praticiens. Mais surtout l'Inspection générale des affaires sociales et les médecins inspecteurs de santé publique représentent désormais des contre-pouvoirs importants à l'Administration pénitentiaire ainsi qu'aux praticiens travaillant en détention. Les « établissements 13.000 » à gestion mixte imposent même au ministère de la Justice de composer avec des acteurs totalement étrangers aux règles du système administratif français. La décision en matière d'organisation des soins est ainsi désormais co-produite entre ces différents acteurs institutionnels<sup>1</sup>.

Si les facteurs professionnels et institutionnels perdent de leur importance, les facteurs politiques et cognitifs jouent en revanche pleinement durant cette seconde configuration.

Dans la première période, aucun acteur politique ne s'était engagé en faveur d'une réforme de la médecine pénitentiaire. L'autorité dont disposait Solange Troisier demeurait ainsi sans réel contrepoids. L'alternance de 1981 est à l'inverse marquée par un engagement de Robert Badinter en faveur d'une transformation de la prison et de sa médecine. Son Conseiller technique, Jean Favard, dispose de toute sa confiance. Ce dernier profite de sa connaissance de l'Administration pénitentiaire et de sa longévité (il reste cinq années en poste) pour entreprendre de nombreuses réformes. Si ces dernières n'ont pas révolutionné l'institution carcérale et ont engendré des déceptions, elles ont néanmoins favorisé une nouvelle représentation de la prison incarnée par des mesures modestes mais lourdes de signification, comme par exemple l'instauration de parloirs sans séparations. Convaincu que la médecine pénitentiaire n'existe pas en tant que discipline, le garde des Sceaux a joué en outre un rôle fondamental dans la suppression du poste de Médecin-inspecteur. Cet engagement politique fut également, d'une toute autre manière cependant, celui d'Albin Chalendon en faveur des « établissements 13.000 » dont on a noté les répercussions pour l'Administration pénitentiaire, notamment en terme d'organisation sanitaire.

Enfin, le facteur cognitif fut probablement le plus important durant la seconde configuration. Bien qu'apparue dans les années soixante-dix, l'idée de décroisement a peu joué durant la première période. Cette notion souffrait alors de définitions polysémiques mais surtout restait cantonnée à des acteurs extérieurs à la prise de décision (essentiellement associatifs et médicaux). Enfin, si elle fut esquissée par Valéry Giscard d'Estaing dans le début de son mandat, l'idée de décroisement se heurta par la suite à la politique sécuritaire d'Alain Peyrefitte. L'alternance 1981 fut à cet égard fondamentale en permettant à des magistrats porteurs de cette représentation de l'incarcération d'arriver à des postes hauts placés. Elle permit ainsi la reconnaissance de la COSYPE, créée explicitement afin d'offrir des contre-propositions à la politique d'Alain Peyrefitte. Il semble s'être établi entre cette Coordination syndicale et les décideurs en matière de politique carcérale une situation originale de coproduction de l'action publique, proche de celle décrite par Pierre Muller et Bruno Jobert.

---

<sup>1</sup> C'est de ce partage du pouvoir que naîtra la polémique, explicitée en conclusion, afin de savoir à qui imputer l'absence de décision quant à l'arrêt des collectes de sang en milieu carcéral.

En lien avec l'apparition de l'approche « néocorporatiste »<sup>1</sup>, Pierre Muller et Bruno Jobert ont mis en évidence un modèle de régulation sectorielle où prédominent les « médiateurs »<sup>2</sup>. L'élaboration d'une politique publique suppose trois conditions<sup>3</sup>. Il faut que se dégage une relation de *leadership* professionnel qui fait qu'une catégorie sociale prend la direction d'un secteur spécifique, en cherchant à le modeler en fonction de ses intérêts. Il est nécessaire qu'un acteur administratif revendique avec succès l'exclusivité du domaine concerné, et donc qu'il détienne l'expertise légitime. Il faut, enfin, que les deux formes de *leadership* se superposent suffisamment pour aboutir à une coproduction de l'action publique et, pour cela, que leurs visions respectives du secteur à réguler soient compatibles.

Ce modèle correspond en partie au cas d'espèce. Bien que ne représentant pas tant une profession qu'un secteur, la COSYPE bénéficie d'une légitimité importante après l'alternance. Elle apparaît alors comme un réel contrepoids aux syndicats pénitentiaires traditionnels et bénéficie d'une bonne couverture médiatique, par exemple lors du congrès organisé en novembre 1982. S'établit entre le garde des Sceaux et cette Coordination une relation de confiance qui repose notamment sur le partage d'une même vision commune de l'institution carcérale que l'on a qualifiée de « décloisonnement ». Cette coproduction de l'action publique entre deux acteurs fut renforcée par le rôle-clef dont disposèrent le Conseiller technique Jean Favard puis la DAP Myriam Ezratty. Le fait que tous deux aient appartenu auparavant au Syndicat de la magistrature, qui lui-même était représenté à la COSYPE par Alain Blanc, a probablement favorisé cette convergence de vue quant à politique à adopter en la matière.

Ainsi, si les alternances politiques sont des moments importants de transformation de l'action publique, ce n'est pas seulement en raison du volontarisme politique mais aussi du fait du renouvellement des hommes qui a alors lieu. La politique carcérale de Robert Badinter a eu, on l'a souligné, des effets limités sur les conditions de détention en raison d'une pluralité d'obstacles (manque de crédits, opposition des syndicats et acharnement de certains médias). Cependant, l'arrivée de magistrats membres du Syndicat de la magistrature à des postes décisionnels a marqué une rupture importante. L'action publique est ainsi tout autant le produit de grandes orientations politiques que de décisions quotidiennes adoptées par ceux qui les mettent en œuvre.

---

<sup>1</sup> L'analyse néocorporatiste analyse les politiques publiques comme le produit d'un système de cogestion qui repose sur des organisations auxquelles l'Etat attribue un monopole de représentation légitime des intérêts d'un secteur d'action publique (SCHMITTER P., LEHMBRUCH G., (ed.), *Trends Toward Corporatist Intermediation*, Londres, Sage, 1979).

<sup>2</sup> Les médiateurs sont des agents qui occupent une fonction sociale spécifique (haute fonction publique, syndicats dominants, etc.) et qui imposent leur représentation d'une politique sectorielle vis-à-vis d'autres agents avec lesquels ils sont en concurrence. Ainsi ils « réalisent la construction du référentiel d'une politique, c'est-à-dire la création des images cognitives déterminant la perception du problème par les groupes en présence et la définition des solutions appropriées » (MULLER Pierre, *Les politiques publiques*, Que sais-je ?, Paris, 1990, p.50).

<sup>3</sup> JOBERT Bruno, MULLER Pierre, *L'Etat en action, politiques publiques et corporatisme*, Presses Universitaires de France, Paris, 1987.

L'idée de décloisonnement ne produit cependant pas tous ses effets durant cette seconde configuration. Le projet, qui en découle, d'une médecine dotée d'un statut non pénitentiaire se heurte à certains obstacles, tels un problème de financement ou une inertie de certaines règles pénitentiaires. La formation d'un segment de praticiens favorables à un transfert et hostiles à une spécialisation de la médecine pénitentiaire représente un allié de poids dans la volonté des magistrats-militants affectés à la DAP de réformer l'organisation des soins. Confrontés à la difficile gestion du sida, ces magistrats engagent dès 1990 une nouvelle tentative de réforme. Celle-ci va déboucher sur l'adoption d'un décret en 1993 qui sera repris sous la forme d'une loi en 1994. On retracera les conditions d'adoption du transfert de tutelle au début des années quatre-vingt-dix, sous la forme d'un prologue, avant d'apporter des éléments de conclusion plus généraux sur ce travail de thèse.



## PROLOGUE A LA CONCLUSION : LA REFORME DE 1994 COMME SUCCES D'UNE MOBILISATION DE MAGISTRATS- MILITANTS ET DE PRATICIENS REFORMATEURS

Le début des années quatre-vingt-dix est marqué par une aggravation des conditions de santé des détenus, principalement du fait de l'épidémie de sida. En effet, alors que la plupart des détenus séropositifs sont encore au stade asymptomatique dans les années quatre-vingt, 10% des 4.600 détenus séropositifs incarcérés ont développé en 1990 un stade sida. Les conséquences de l'épidémie demeurent ainsi entières pour les années à venir, notamment d'un point de vue budgétaire, comme le relève une note de la DGS :

*« Pour 1993, la Direction de l'Administration pénitentiaire a demandé un budget de 37 millions de francs pour faire face au coût des soins engendrés par l'infection par le VIH et le Sida (AZT, Bactrim, etc...). Cette somme ne comprend ni le coût des hospitalisations, ni le coût des tests de dépistage (70% du test) ni les équipements nécessaires (aérosols par exemple) [...] L'Administration pourra-t-elle seule faire face à ces dépenses ? Il est permis d'en douter compte-tenu de l'ampleur de la tâche et du peu de moyens dont dispose le ministère de la Justice. On sait ici que la question du changement de tutelle, si souvent évoqué recouvre avant tout le problème de la prise en charge financière de la santé des détenus »<sup>1</sup>.*

Pourtant, la tutelle de l'organisation des soins ne semble alors pas perçue comme un problème public appelant une réponse politique. La publication d'une recherche épidémiologique, reprise en partie dans un ouvrage à succès, donne lieu à plusieurs articles de presse<sup>2</sup>. Tous accordent une grande importance à l'état de santé des détenus ou au manque de moyens auquel fut confronté le Dr Gonin durant ses trente années de pratique. Pourtant, aucun de ces articles ne mentionne la proposition faite par le Dr Gonin d'opérer un transfert de cette compétence auprès du ministère de la Santé :

*« Pour satisfaire à sa mission, la médecine pénitentiaire ne peut plus être une médecine à part, enclavée dans une administration qui n'a pas pour rôle de garantir la protection médicale. Elle doit trouver sa place au sein de la Santé, et non plus de la Justice. Elle est déjà sous le contrôle de ce ministère. La voie de la normalisation est ouverte »<sup>3</sup>.*

Ainsi les seuls enjeux sanitaires sont insuffisants pour expliquer le transfert de tutelle qui a lieu au début des années quatre-vingt-dix. Ce n'est pas parce que les politiques, les médias ou l'opinion auraient soudainement « pris conscience » des carences de la prise en charge médicale des détenus que cette réforme a eu lieu. La réforme fut rendue possible par la mobilisation de quelques acteurs administratifs-militants en poste à l'Administration

---

<sup>1</sup> DGS/SDOS, « Note pour Monsieur le Directeur Général de la Santé sur la situation actuelle des soins en milieu carcéral », 27/04/1992, document dactylographié, 9 pages. Archives internes DGS.

<sup>2</sup> GONIN Daniel, *La santé incarcérée*, Paris, Editions de l'Archipel, 1991.

<sup>3</sup> *Ibidem*, p.256.

pénitentiaire. Ces derniers firent de l'état sanitaire des prisons un argument de poids dans leur projet, militant, de transformation de la prison. L'appui de quelques médecins issus du segment apparu dans les années quatre-vingt défavorable à une médecine pénitentiaire spécifique ainsi que d'un nouvel acteur dans le secteur des politiques sanitaires, le Haut comité pour la santé publique (HCSP), permirent à ces magistrats d'aboutir en mars 1993 à un décret puis à une loi en 1994<sup>1</sup>.

### *Trouver une alternative au « 13.000 » : des premières conventions à une réforme globale de la prise en charge sanitaire des détenus*

En 1990, la Direction centrale de l'Administration pénitentiaire connaît une réforme importante de ses services. Tandis que la prise en charge sanitaire des détenus était auparavant répartie entre plusieurs services, un Bureau lui est désormais spécifiquement consacré<sup>2</sup>. D'après Alain Blanc, en charge de la Sous-direction de la réinsertion, la création de cette structure était le signe d'une volonté de réforme :

*« Moi, j'ai participé à la définition du second organigramme dans lequel il y avait un Bureau qui apparaissait indispensable en prévision de la réforme de la santé comme étant l'interlocuteur de la Direction générale de la santé et de la Direction des hôpitaux [...] Il était très clair qu'il fallait créer un Bureau dans la Sous-direction de la réinsertion qui soit l'interlocuteur du ministère de la Santé et qui assure le suivi dans le cadre de la réforme »<sup>3</sup>.*

Pour diriger le Bureau de l'action sanitaire est nommée une magistrate auparavant en poste au Bureau du travail, Michèle Colin, qui est amenée à jouer un rôle décisif dans la réforme. Interrogée sur les motivations qui l'ont amenée à prendre la tête de ce Bureau et à conduire la réforme de l'organisation des soins en prison, cette magistrate met en avant une approche « militante » : « J'avais des motivations idéologiques extrêmement fortes... Militantes ! Voilà ! Ma position était une position militante. Partir du constat que les détenus étaient mal soignés en milieu carcéral. C'était le Moyen-âge ! Le Moyen-âge ! Vous alliez dans des infirmeries totalement délabrées, minables ! »<sup>4</sup>. Tout comme son sous-directeur, Alain Blanc, membre fondateur de la COSYPE, Michèle Colin est convaincue par l'idée de « décroisement » grâce à laquelle elle explique *a posteriori* la réforme de l'organisation des soins :

*« L'administration abandonne donc un peu de son fantasme de toute puissance et le Ministère de la Justice, car c'est lui qui a porté ce discours, reconnaît qu'elle n'est ni omnisciente ni omnipotente*

---

<sup>1</sup> Le transfert de la médecine pénitentiaire au service public hospitalier fut une première fois adopté sous forme de décret par le gouvernement socialiste de Pierre Bérégovoy face à l'imminence des législatives de mars 1993. Cependant l'immatriculation des détenus à la Sécurité sociale relevant de la compétence du législateur, la réforme ne fut pas appliquée immédiatement et fut reprise par le gouvernement d'Edouard Balladur sous une forme législative.

<sup>2</sup> Arrêté du 6/06/1990 fixant l'organisation en bureaux de la direction de l'administration pénitentiaire.

<sup>3</sup> Alain Blanc, responsable de la sous-direction de la réinsertion de 1985 à 1995. Entretien le 19/04/2007, 3H.

<sup>4</sup> Michèle Colin, chef du Bureau de l'action sanitaire et de la lutte contre la toxicomanie à la DAP de 1990 à 1994. Entretien réalisé le 6/01/2006 à Paris. Durée : 1h50.

*dans la prise en charge des détenus et qu'il y a des choses qu'elle ne sait pas faire et qu'elle doit déléguer à d'autres services publics plus compétents en la matière [...] Cette politique du décroisement peut sembler un peu philosophique comme approche, c'est pourtant ce discours-là qui a porté la réforme. J'ai été présente en milieu pénitentiaire pendant un certain nombre d'années, et j'ai bien vu comment cette position philosophique a porté ses fruits très rapidement »<sup>1</sup>.*

L'un des dossiers qu'est amenée à gérer l'équipe de Michèle Colin est la mise en œuvre des premiers établissements à gestion semi-privée, dits « 13.000 », voulus par Albin Chalandon<sup>2</sup>. Bien que consciente des avancées réalisées en termes de moyens, celle qui dirige le Bureau de l'action sanitaire est très défavorable à une prise en charge exercée par le privé : « J'ai toujours pensé que le service public de la Santé était plutôt remarquable et que les hôpitaux fonctionnaient de manière tout à fait satisfaisante. Et puis mon choix, c'était que les personnes incarcérées aient accès aux services publics exactement dans les mêmes conditions que n'importe qui ». Parce que le « 13.000 » incarne une logique de privatisation à laquelle elle est opposée, Michèle Colin imagine une prise en charge sanitaire alternative pour les trois établissements retirés du programme sous la forme de conventions entre ces établissements pénitentiaires et l'hôpital public de proximité : « Il fallait que la santé aille en prison, aille aux détenus. Il fallait briser cette omerta et que les établissements hospitaliers s'installent en prison »<sup>3</sup>.

Le Centre pénitentiaire de Laon est le premier à bénéficier d'une telle convention. A l'occasion de la mise en service de son infirmerie hospitalière en février 1992, Michèle Colin déclare souhaiter « généraliser cette expérience aux autres centres pénitentiaires »<sup>4</sup>. Car parallèlement, l'équipe de Michèle Colin nourrit le projet d'un changement de tutelle de la santé en milieu carcéral. S'il est partagé par son sous-directeur, Alain Blanc, ce projet se serait heurté à une certaine « frilosité » du Directeur de l'Administration pénitentiaire, Jean-Claude Karsenty. Ce dernier fut nommé en octobre 1990 en raison de la bonne image dont il bénéficie auprès des syndicats pénitentiaires. En effet, suite à d'importantes grèves survenues en 1988<sup>5</sup> et à plusieurs évasions de détenus, un rapport est confié à l'Inspection générale des Finances ainsi qu'à l'Inspection générale de l'administration représentée par Jean-Claude Karsenty. Les conclusions de ce dernier déplaisent au garde des Sceaux, Pierre Arpaillange, qui ne publie en mai 1990 qu'une « synthèse édulcorée » du rapport provoquant la colère des

---

<sup>1</sup> COLIN Michèle, « Pourquoi une Réforme sur la santé ? » in *La prison, aujourd'hui. Maladie et mort en prison. Vers une santé libérée ?*, 4<sup>ème</sup> université du Cri, 10,11 et 12 novembre 1995 à Achères (78), document ronéotypé, pp.35-38. Bibliothèque DAP.

<sup>2</sup> Cf. Chapitre 5- section 2.1 : « Le Programme 13.000 et la délégation de gestion à des groupements privés : une forme de décroisement ? »

<sup>3</sup> Michèle Colin, chef de bureau de l'action sanitaire à la DAP de 1990 à 1994. Entretien réalisé le 6/01/2006 à Paris. Durée : 1H50.

<sup>4</sup> « Les prisons se refont une santé », *Impact médecin*, 23/03/1992.

<sup>5</sup> Cf. FROMENT Jean-Charles, *La république des surveillants de prison*, op.cit., p.283.

syndicats ayant trouvé un défenseur en Jean-Claude Karsenty<sup>1</sup>. Ainsi, lors de sa nomination, le nouveau Directeur est présenté par la presse comme le « monsieur anti-évasions »<sup>2</sup>.

Si les syndicats ne manifestent pas de forte opposition à son égard, ce dernier est en revanche mal perçu par les magistrats en place à la DAP : « C'était une direction qui était relativement.... libérale, humaniste etc. Ils étaient un peu inquiets. Parce que chaque fois qu'on a un préfet ou un inspecteur général, c'est là qu'on serre la vis »<sup>3</sup>. S'il est davantage préoccupé des questions sécuritaires et de la gestion des établissements, Jean-Claude Karsenty est néanmoins favorable à ce que l'Administration soit déchargée de la question sanitaire. Il aurait acquis cette conviction en tant que président de la MILT (Mission interministérielle de lutte contre la toxicomanie) lors de sa création en 1985 où il avait supervisé la création des Antennes toxicomanie rattachées aux SMPR<sup>4</sup>. Le scandale des grâces médicales ou la délégation au « 13.000 », à laquelle il est pourtant assez réticent, achèvent de le convaincre du nécessaire recentrage de la DAP sur sa mission sécuritaire : « A partir de là, j'en ai tiré l'argument : "On laisse tomber ce qu'on ne sait pas faire et on se concentre sur ce qu'on fait bien !". Parce qu'en même temps, il s'agissait de mettre l'accent sur nos priorités et notamment la sécurité »<sup>5</sup>.

Pour accélérer la mise à l'agenda de la réforme, Michèle Colin et Alain Blanc ont l'idée d'organiser un colloque sur la question de la prise en charge sanitaire des détenus. « Et donc dès ce moment-là, j'ai parlé de transfert et ça a un peu effrayé mon directeur [J.C Karsenty] et le directeur de la Santé [DGS, Jean-François Girard]. Voyant que les choses patinaient un petit peu, avec mon service et avec mon sous-directeur [A. Blanc] on a décidé de faire un colloque pour faire connaître le problème de la santé en milieu carcéral », observe Michèle Colin<sup>6</sup>.

Cette « rencontre » entre praticiens, survenue les 4 et 5 avril 1992, permit l'inscription de la réforme de la médecine pénitentiaire à l'agenda décisionnel. A cette occasion, certains soignants, issus du segment de praticiens apparu durant les années quatre-vingt, se livrent à une critique virulente des conditions dans lesquelles ils exercent, du point de vue de la déontologie médicale ou des moyens. Dans une intervention commune, Xavier Emmanuelli

---

<sup>1</sup> « Le rapport escamoté », *Le Figaro*, 5/05/1990 ; «La chancellerie publie une synthèse édulcorée du rapport Karsenty », *Le Monde*, 5/05/1990.

<sup>2</sup> « Jean-Claude Karsenty : monsieur anti-évasions », *La Croix*, 26/10/1990.

<sup>3</sup> Jean-Claude Karsenty, DAP de 10/1990 à 06/1993. Entretien réalisé le 24/05/2007, durée : 2 heures.

<sup>4</sup> La création en 1987 des Antennes toxicomanies au sein des SMPR n'a pas été traitée dans la thèse car elle porte sur une époque où les prises en charge psychiatriques et somatiques étaient déjà distinguées.

<sup>5</sup> Jean-Claude Karsenty, DAP de 10/1990 à 06/1993. Entretien réalisé le 24/05/2007, durée : 2 heures.

<sup>6</sup> Michèle Colin, chef du Bureau de l'action sanitaire et de la lutte contre la toxicomanie à la DAP de 1990 à 1994. Entretien réalisé le 6/01/2006. Durée : 1H50.



et Pierre Espinoza plaident pour un rattachement de la santé auprès de son ministère de tutelle, justifié selon eux par la menace du sida.

Grâce à la présence de nombreux journalistes, ces journées sont l'occasion d'apporter à la connaissance du public les principaux dysfonctionnements de la médecine pénitentiaire<sup>1</sup>. Contrairement aux congrès des années soixante-dix où la DAP tentait de limiter toute contestation<sup>2</sup>, les propos critiques des soignants peuvent être vus non pas comme une marque de défiance à l'égard de l'institution carcérale mais comme le produit d'une stratégie d'autocritique initiée par l'Administration pénitentiaire elle-même. Le dispositif choisi (groupes de travail entre soignants, absence des syndicats les plus virulents, supports papiers et vidéos tenant des propos incisifs à l'égard du fonctionnement de la médecine pénitentiaire<sup>3</sup>, présence de nombreux journalistes<sup>4</sup>) favorisait en effet une mise en avant des dysfonctionnements de l'organisation des soins. D'ailleurs en clôture du congrès, Jean-Claude Karsenty et Myriam Ezratty plaidèrent pour un transfert de tutelle auprès du ministère de la Santé.

L'objectif du congrès, intitulé « Soigner autrement », était bien de mettre fin à l'ancienne organisation de soins, comme en atteste une note de préparation : « Le congrès doit déboucher sur une conférence de presse largement relayée par les vecteurs médiatiques *qui permettra de "liquider" le concept de médecine pénitentiaire* »<sup>5</sup>. Ainsi, loin d'être une menace, le regard critique des professionnels de santé est une ressource à l'égard du projet de réforme poursuivi, accréditant l'idée que l'Administration pénitentiaire ne serait pas légitime en matière d'organisation des soins. L'objectif poursuivi par le Bureau de l'action sanitaire est en effet d'« intéresser » les services du ministère de la Santé rendant ainsi possible l'inscription de la réforme de l'organisation des soins sur l'agenda décisionnel.

---

<sup>1</sup> Les principaux quotidiens nationaux consacrèrent d'ailleurs à l'occasion des articles à cette pratique médicale peu connue, insistant notamment sur la pénurie et sur le manque de moyens dont souffre l'organisation des soins des prisons. *Libération* publia une interview de la généraliste de Bois-d'Arcy soulignant le peu de moyens disponibles et les problèmes déontologiques qui en résultent (« Faute de moyens, c'est le grand bricolage », *Libération*, 6/04/1992) *Le Monde* publia un article relatant la difficulté de concilier les missions de soins et de surveillance au sein de l'hôpital prison de Fresnes (07/04/1992).

<sup>2</sup> Cf. Encadré : « Une prise de parole interne difficile : l'exemple des congrès médicaux ».

<sup>3</sup> Peut-être certains reportages ont grossi certains dysfonctionnements. Ainsi, au lendemain du colloque, une généraliste du C.D de Liancourt, se voyant reprocher les propos qu'elle aurait tenus quant aux demandes de la direction de l'établissement pour connaître la sérologie HIV des détenus, déclare s'être fait « manipulée » par ce reportage vidéo considéré comme « malhonnête » (Lettre du directeur du CD de Liancourt au DAP du 13/04/1992. Archives internes DAP).

<sup>4</sup> Trente-cinq journalistes (radio, télé et presse écrite) étaient inscrits à ce colloque (« Liste des participants au colloque « Soigner absolument », document imprimé, 20 pages. Archives internes DAP). Un petit déjeuner avec la presse a eu lieu, d'ailleurs, le 19 mars 1992 afin de préparer le colloque.

<sup>5</sup> Souligné par nous (« Avant-projet d'un congrès national de médecine en environnement pénitentiaire », document non daté, 4 pages. Archives internes DAP).

## *La mise sur agenda, un phénomène immergé dans le secteur administratif*

Interpellée par la DAP, la DGS refuse de s'associer à l'organisation du congrès. Le ministre de la Santé est cependant représenté par Guy Nicolas, vice-président du Haut comité de la santé publique (HCSP). L'objectif de ce colloque était d'arriver à capter l'attention des acteurs administratifs ou politiques, notamment par une bonne couverture médiatique. Pourtant, les organisateurs auraient évité délibérément la venue de toute personnalité politique en choisissant d'organiser cet événement durant la période de transition entre le gouvernement d'Edith Cresson et celui de Pierre Bérégovoy suite aux élections régionales et cantonales de mars 1992<sup>1</sup>. C'est ce que rapporte le vice-président du Haut comité :

*« Et c'est justement parce qu'on avait ce changement de ministre, provoquant un vide de trois ou quatre jours, qu'on a organisé ce colloque. Bruno Durieux ne pouvait pas prendre la parole car il n'était plus responsable, et Bernard Kouchner ne l'était pas encore »<sup>2</sup>.*

Cette tentative de tenir à distance délibérément les acteurs politiques peut être interprétée, comme on en fait l'hypothèse, comme la tentative de porter la réforme par un biais purement administratif en évitant ainsi qu'un ministre puisse tenter de s'approprier la réforme. Ce choix traduirait alors une stratégie de « non politisation » de la question de l'organisation des soins en prison. Les organisateurs de ce congrès souhaitaient capter l'attention des acteurs politiques, et par ce biais les services du ministère de la Santé, sans les laisser s'approprier cette réforme. « Il fallait culpabiliser les pouvoirs publics et les affoler ! "Soigner autrement" ! Démontrer ce qu'il en était et le mettre sur la place publique », observe Alain Blanc, sous-directeur de la DAP, qui avait laissé carte-blanche à Michèle Colin dans l'organisation de ce congrès.

Cette stratégie semble avoir fonctionné puisque la DGS manifeste aussitôt son intérêt. Le 4 avril au soir, Jean-François Girard contacte Jean-Paul Jean, Conseiller technique au cabinet du garde des Sceaux, Michel Vauzelle, à la demande du nouveau ministre de la Santé : « Je me souviens très bien que le soir du colloque, j'ai reçu un coup de fil à la maison de Jean-François Girard qui me dit : "On m'a dit beaucoup beaucoup de bien de ce colloque". Visiblement, il avait eu un message de Kouchner. "Il faut faire quelque chose. Moi, je suis prêt à faire un truc, etc. »<sup>3</sup>. Par ailleurs, Guy Nicolas prend rendez-vous avec Didier Tabuteau, directeur de cabinet de Bernard Kouchner, qu'il avait connu auparavant au cabinet de Claude Evin.

---

<sup>1</sup> Bernard Kouchner, Secrétaire d'État chargé de l'Action humanitaire dans le précédent gouvernement est nommé le 4 avril ministre de la Santé et de l'Action humanitaire mais il n'effectue sa prise de fonction que le lundi 6 avril, de même que Michel Vauzelle, nommé Garde des Sceaux.

<sup>2</sup> Guy Nicolas, ancien vice-président du Haut Comité à la Santé Publique et Conseiller technique auprès de la Direction des Hôpitaux. Entretien réalisé le 15/06/2005 à Paris. Durée : 2h20.

<sup>3</sup> Jean-Paul Jean, magistrat, Conseiller technique des ministres de la Justice Henri Nallet puis Michel Vauzelle de mai 1991 à avril 1992. Entretien réalisé le 6/07/2005 à Paris. Durée : 2h00.

Une première réunion a lieu entre le Directeur Général de la Santé et le Directeur de l'Administration pénitentiaire le 30 avril 1992 au terme de laquelle une collaboration entre services est jugée préférable au transfert de responsabilité de la prise en charge sanitaire des détenus<sup>1</sup>. La prudence de la DGS s'explique alors par des raisons essentiellement économiques. Une note de la DGS élaborée en vue de la rencontre du 30 avril souligne que « le premier problème [des mesures envisagées] reste celui de leur coût »<sup>2</sup>. Si la question économique prend tant d'importance, c'est parce que l'affiliation des détenus à l'Assurance maladie est lors de la réunion du 30 avril « considérée comme devant être examinée ultérieurement compte-tenu de sa complexité et des enjeux qu'elle représenterait en termes aussi bien économiques que politiques »<sup>3</sup>. Faute d'accord sur la question budgétaire, tout transfert apparaît impossible : la démarche administrative, en l'absence de décision politique, ne peut aboutir qu'à une impasse.

Un groupe de travail Santé/Justice créé au lendemain du colloque du 4 avril 1992 aboutit également à une impasse. Le groupe se heurte à la difficulté de définir la mission qui lui a été confiée, en l'absence de demande officielle provenant des ministres<sup>4</sup>. Initialement absente des débats, la question du coût de la prise en charge des détenus s'avère finalement être l'un des principaux enjeux des réunions. Conscients des attentes des professionnels de santé intervenant en détention, en termes de revalorisation de leur rémunération ainsi que de leurs équipements, les représentants de la DGS envisagent, en l'absence de nouveau financement, un échec d'une éventuelle réforme<sup>5</sup>. L'opposition entre les deux directions est clairement résumée dans ce compte-rendu de réunion :

*« L'Administration pénitentiaire veut séparer la question du transfert de tutelle (vers la Santé) et celle de la protection sociale (financement des dépenses de santé des détenus par l'assurance maladie) [...] La dimension budgétaire apparaît ici centrale dans l'opportunité d'un transfert ou d'un partage de la tutelle de l'organisation des soins en prison [...] Il convient de refuser de dissocier ce problème de tutelle de celui du financement »<sup>6</sup>.*

---

<sup>1</sup> DGS/SDOS, « Compte rendu de la réunion du 30 avril 1992 entre le Directeur général de la santé et le Directeur de l'administration pénitentiaire », . Archives internes DGS.

<sup>2</sup> DGS/SDOS, « Note pour Monsieur le Directeur Général de la Santé sur la situation actuelle des soins en milieu carcéral », 27/04/1992. Archives internes DGS

<sup>3</sup> DGS/SDOS, « Compte rendu de la réunion du 30 avril 1992 entre le Directeur général de la santé et le Directeur de l'administration pénitentiaire », . Archives internes DGS.

<sup>4</sup> Les divergences de vue entre la DGS et la DAP aboutissent à la rédaction de deux procès-verbaux. Dans une note du 14 juin, la DGS relate au directeur de cabinet Santé cette incompréhension : « Il se confirme que les services de la Chancellerie (direction de l'administration pénitentiaire) voient dans l'exercice en cours entre le Ministère de la Santé et de la Justice avant tout l'occasion de faire admettre et annoncer publiquement par les deux ministres, le principe d'un transfert progressif de tutelle ou au moins d'une tutelle partagée. Il en résulte une divergence sur la formulation du mandat du groupe de travail Santé-Justice » (Note DH-DGS du 14/06/1992 de Mme Khodoss (DGS/3S/57) du 14 juin 1992 à l'attention de M. Tabuteau).

<sup>5</sup> Note DH-DGS de Mme Khodoss (DGS/3S) à Didier Tabuteau datée du 14/06/1992. Archives internes DGS.

<sup>6</sup> DGS/ bureau « 3S »/ Mme Khodoss, « Note de problématique. Santé en milieu pénitentiaire. Question du « transfert de tutelle » », 18/05/1992, p.3.

Si elle refuse l'éventualité d'un transfert à court-terme, la DGS propose néanmoins en contrepartie des mesures plus modestes, susceptibles d'amorcer un rapprochement entre les deux administrations<sup>1</sup>. Le ministère de la Santé écarte ainsi toute réforme globale à court terme mais propose quelques mesures coûteuses mais également symboliques à une époque où la lutte contre le sida apparaît comme la principale priorité de la politique de santé. Cette solution de demi-mesure s'explique par la délicate position dans laquelle se situe le ministère de la Santé. Il lui est, en effet, difficile d'opter en faveur d'un *statu quo* sur la question de la santé des détenus, labellisée comme un « problème de santé publique »<sup>2</sup>. Ainsi la formulation de propositions constructives au ministère de la Justice permet à la DGS d'écarter, au moins pour un temps, la question du transfert de tutelle.

Les réunions du groupe Santé/Justice laissent clairement apparaître la difficulté à concilier les objectifs de chaque service ministériel. L'Administration pénitentiaire oriente les discussions en faveur d'un transfert de tutelle sans que la question de la protection sociale des détenus soit posée. Cette occultation de la dimension budgétaire contribue à accroître les inquiétudes de la DGS. Celle-ci tente de concilier la volonté, apparue clairement lors du congrès d'avril 1992, de faire progresser l'état de santé des détenus avec sa crainte de s'engager dans une démarche aux conséquences imprévisibles. Ce blocage est, d'après nous, essentiellement lié au mode de saisine et de traitement du projet de réforme, jusque-là immergé dans le secteur administratif. Les services de la Santé et de la Justice collaborent cependant dans des perspectives différentes puisque tandis que les premiers souhaitent amorcer une collaboration, les seconds souhaitent aboutir à un transfert de tutelle. Cette perspective dépasse la marge de manœuvre dont dispose les cadres de l'avenue de Ségur. Faute de commande politique claire, les services administratifs peinent à trouver un terrain d'entente. Seul le recours aux décideurs politiques, via leur cabinet ministériel, peut permettre de dépasser cette impasse.

### *Le nécessaire recours à la volonté politique via les cabinets ministériels*

Afin d'accélérer le projet de réforme, le Conseiller technique du garde des Sceaux, Jean-Paul Jean, et par ailleurs compagnon de Michèle Colin, prend l'initiative d'organiser une rencontre avec le directeur de cabinet du ministre de la Santé, Didier Tabuteau, qu'il avait connu au cabinet de Claude Evin. La réunion entre les deux directeurs de cabinet a lieu le 12

---

<sup>1</sup> DGS/SDOS « Note à destination de M. Tabuteau, directeur de cabinet du ministre de la santé », 3/06/1992.

<sup>2</sup> En atteste cette note de la DGS : « Il ne paraît pas raisonnable d'accepter la charge d'un problème peu gérable en opérant un transfert de tutelle, ou même en l'envisageant pour le long terme et de façon progressive [...] En revanche il ne paraît pas possible de refuser toute responsabilité sur cette question, qui est un vrai problème de santé publique » (DH-DGS/3S/57, « Note à destination de M. Tabuteau, directeur de cabinet du ministre de la santé », 14/06/1992).

juin. Y assiste également Danièle Jourdain-Menninger, directrice de l'organisation des soins que Jean-Paul Jean avait recrutée dans le cabinet Evin<sup>1</sup>.

Dans le conflit qui oppose la DGS et la DAP, le relevé de décision tranche en faveur de l'Administration pénitentiaire. Le transfert de tutelle, et plus précisément le rattachement des établissements pénitentiaires aux hôpitaux publics, est présenté comme l'objectif « à terme » tout en repoussant la question de son financement : « Se posera dans un second temps la question du transfert du budget "santé" de l'Administration pénitentiaire, par voie de dotation de l'Etat, à la sécurité sociale, pour que la médecine en milieu carcéral passe dans le régime de droit commun »<sup>2</sup>.

La prise en compte du régime de protection sociale des détenus, et ainsi l'implication de la DSS dans les négociations, retarderait une réforme envisagée à court-terme, comme en atteste la référence aux prochaines élections législatives : « C'est un dossier auquel les deux ministres tiennent, et sur lequel on peut aboutir avant mars 1993 ». Pourtant la DGS ne cesse ses avertissements. Quelques jours après cette réunion, une note de la Sous-direction de l'organisation des soins alerte Didier Tabuteau, directeur de cabinet Santé, sur la nécessité de prendre en compte la dimension financière de la question et, pour cela, de travailler en concertation avec le ministère des Affaires sociales jusqu'alors absent des négociations<sup>3</sup>:

*« Le transfert du budget "santé" de l'Administration pénitentiaire, par voie de dotation de l'Etat, à la Sécurité sociale, même si elle ne doit intervenir que dans un second temps, implique l'accord de Monsieur le Ministre des Affaires Sociales et de l'Intégration. Il paraît donc difficile que ces deux points soient mentionnés dans une note commune, fût-ce à titre de programme de travail, sans que le Cabinet de Monsieur Teulade en soit informé »<sup>4</sup>.*

Si la réunion entre les cabinets Santé/Justice du 12 juin ne résout pas la question du financement de la réforme, elle acte cependant la forme de coopération avec le secteur hospitalier : « A terme, il s'agit d'aboutir, comme pour les SMPR, à la création d'un secteur systématique (par la loi ou le décret) d'un secteur de médecine générale en milieu pénitentiaire, dans la carte hospitalière, en faisant correspondre un service hospitalier à

---

<sup>1</sup> Jean-Paul Jean, magistrat, Conseiller technique du ministre de la Santé de mai 1988 à mai 1991 puis Conseiller technique des ministres de la Justice de mai 1991 à avril 1992. Entretien réalisé le 6/07/2005, 2H.

<sup>2</sup> DGS, « Compte rendu de la réunion du 12/06 des cabinets Santé-Justice », 2p. Archives DGS.

<sup>3</sup> On rappelle que dans le gouvernement Bérégovoy du 2/04/1992 au 29/03/1993, Bernard Kouchner est ministre de la Santé et de l'action humanitaire tandis que René Teulade est ministre des Affaires sociales et de l'intégration dont relève la Direction de la sécurité sociale (DSS). Déjà dans la note du 14 juin, la DGS et la DH soulignaient la nécessité d'engager des négociations, préalablement à toute prise de décision, avec la DSS (DH-DGS/3S, « Note à destination de M. Tabuteau, directeur de cabinet du ministre de la santé », 14/06/1992. Archives internes DGS).

<sup>4</sup> (DGS/3S/ Mme Khodoss, « Note à l'attention de M. Tabuteau, directeur de cabinet du Ministre de la Santé. Relevé de décisions de la réunion du 12 juin 1992 entre les cabinets du Garde des Sceaux et du Ministre de la Santé », 17/06/1992). La fiche de transmission relève que « cette note est faite sur la suggestion insistante de Tchériatchoukine et du Pr Nicolas, qui sont inquiets que le cabinet Teulade n'ait pas été mis dans le coup ».

chaque lieu de détention »<sup>1</sup>. Un calendrier et une méthode sont également fixés avec précision.

Conformément à cette demande, une note de synthèse sur la question de la santé en prison est établie le 6 juillet par les trois directions ministérielles<sup>2</sup>. Quelques jours plus tard, dans une lettre de mission commune, les ministres de la Santé, Bernard Kouchner, de la Justice, Michel Vauzelle, et des Affaires sociales, René Teulade, chargent le HCSP d'un rapport sur cette question<sup>3</sup>. Bien qu'il ne soit pas fait explicitement référence au transfert, la mission du HCSP est pourtant bien de fournir une expertise venant légitimer le changement de tutelle.

### *Le rapport Chodorge du Haut comité de la santé publique : les conditions de production d'une expertise légitimante*

Une personne extérieure au HCSP est choisie pour présider la mission : Gilbert Chodorge, un directeur d'hôpital proche de Gérard Vincent qui connaît bien la Direction des hôpitaux (DH) où il a travaillé sept ans<sup>4</sup>. Initialement restreint, le groupe de travail s'étoffe au fil des travaux de la commission qui s'étalent entre septembre et janvier 1993. Etrangement, celle-ci ne comporte aucun représentant du ministère de la Santé, à l'exception de Guy Nicolas, alors que les membres de la DAP sont très présents (quatre des sept membres actifs de la commission). Ainsi, tous ceux qui sont réticents à l'idée d'un transfert de tutelle sont écartés de la mission. Les trois médecins pénitentiaires qui en sont membres, récemment arrivés, réfutent l'appellation de « médecine pénitentiaire »<sup>5</sup>. Un infirmier psychiatrique est appelé à participer à la commission alors même qu'il vient d'arriver en poste depuis quelques mois et qu'il ne connaît pas le milieu carcéral<sup>6</sup>. Tous les soignants amenés à participer aux travaux appartiennent ainsi au segment de praticiens arrivés durant les années quatre-vingt et hostiles à une médecine pénitentiaire spécifique.

L'objet de la commission n'est par conséquent pas tant d'évaluer la pertinence d'une réorganisation des soins que de légitimer une décision déjà prise. C'est ce que souligne un des membres de la mission Chodorge : « Le transfert était déjà décidé. Il n'a fait que confirmer ce

---

<sup>1</sup> DGS, « Compte rendu de la réunion du 12/06 des cabinets Santé-Justice », 2p. Archives DGS.

<sup>2</sup> DGS-DH-DAP, « Note aux ministres de la santé et de la Justice. La santé des personnes détenues et la médecine en milieu pénitentiaire », 6/07/1992, p.7. Archives internes DGS.

<sup>3</sup> « Lettre de mission du 15 juillet 1992 de saisine du Haut Comité de la Santé Publique » in HAUT COMITE DE LA SANTE PUBLIQUE, *Santé en milieu carcéral*, ENSP Collection Avis et Rapports du HCSP, janvier 1993, 68 p.

<sup>4</sup> Guy Nicolas, ancien vice-président du Haut Comité à la Santé Publique et Conseiller technique auprès de la Direction des Hôpitaux. Entretien réalisé le 15/06/2005 à Paris. Durée : 2h20.

<sup>5</sup> Il s'agit uniquement de médecins-chefs nommés afin de réformer l'organisation des soins : les Dr Emmanuelli à Fleury-Mérogis, Tuffelli à Fresnes et Galinier-Pujol aux Baumettes (Cf. Chapitre 6. Section 2-1 : « L'arrivée de médecins-chefs réformateurs : une même médecine entre le dedans et le dehors ? »).

<sup>6</sup> Denis, cadre infirmier du Service médico-psychologique régional (SMPR) de Loos-lès-Lille, membre du rapport du Haut comité de la santé publique. Entretien réalisé le 14/02/2007 au téléphone. Durée : 1H.

qui avait été décidé. Ce n'était pas du tout un rapport sur l'opportunité du transfert »<sup>1</sup>. Destiné à convaincre, le rapport adopte une tonalité alarmiste. En l'absence de statistiques fiables sur la santé des détenus<sup>2</sup>, il multiplie les chiffres approximatifs, qui seront repris par la presse<sup>3</sup>. Celui qui est alors Conseiller technique au cabinet du ministre de la Justice observe que certaines statistiques, notamment en matière de troubles psychiatriques<sup>4</sup>, étaient « discutables », tout en justifiant néanmoins cette stratégie : « N'empêche que c'est exactement ce qu'il fallait ! Un rapport sec et nerveux qui donnait les éléments. C'est exactement ce qu'il fallait ! »<sup>5</sup>.

La mission Chodorge aboutit à un pré-rapport diffusé à tous les services concernés en décembre 1992 en prévision d'une réunion entre les cabinets des ministères de la Santé et de la Justice. En préparation de cette réunion, la Sous directrice de l'organisation des soins à la DGS demande confirmation à Jean-François Girard d'une position conditionnant l'intervention d'équipes hospitalières à la prise en charge par la Sécurité sociale : « Un transfert global de responsabilité au "profit" du Ministère de la Santé n'est pas dissociable de la résolution du problème du financement »<sup>6</sup>. Au cours de la réunion du 22 décembre 1992, où tous les services sont représentés à l'exception de la Direction de la sécurité sociale<sup>7</sup>, est adoptée l'idée d'une prise en charge hospitalière soumise néanmoins à un arbitrage du Premier ministre prévu pour le mois de janvier<sup>8</sup>. Probablement autant par conviction idéologique que par stratégie politique, il est convenu que la réforme soit adoptée dans les derniers jours du gouvernement de Pierre Bérégovoy. La forme que prend alors la réforme du fait de l'urgence des législatives s'avérera insuffisante et donnera lieu à un projet de loi du nouveau gouvernement, grâce à l'engagement notamment de Simone Veil.

---

<sup>1</sup> Jacqueline Tuffelli, médecin-chef de la Maison d'arrêt de Fresnes de 1986 à 2003, membre du Rapport du Haut comité à la Santé publique. Entretien réalisé les 20 et 22/06/2005. Durée : 5H00.

<sup>2</sup> Le pré-rapport du HCSP sera soumis à la critique de Jeannine Pierret, sociologue de la santé, membre du Haut Comité, qui observe que ce dernier « souffre, d'une façon générale, d'un manque de données et de connaissances pour étayer l'argumentation » (PIERRET Jeannine, « Notes de son intervention sur le pré-rapport relatif à l'amélioration de la prise en charge sanitaire des détenus », 23/11/1992, p.3. Archives DGS).

<sup>3</sup> A titre d'exemple, *Le Monde* observe à partir du rapport : « Son constat est accablant : 15% des détenus sont toxicomanes, 30% sont alcool-dépendants ; 30% prennent régulièrement des médicaments ; 80% nécessitent des soins dentaires. Le taux de contamination par les virus de l'hépatite B ou C sont très élevés. La proportion de personnes infectées par le virus du sida est dix fois plus élevée en prison que dans la population générale. Les tuberculeux y sont trois fois plus nombreux et les équipes médicales manquent cruellement de moyens » (*LM*, 16/08/1993).

<sup>4</sup> Le rapport relève l'absence « d'études épidémiologiques fiables » avant de noter que « cependant, il est communément admis que 20% des détenus relèvent de soins psychiatriques ». HCSP, *op.cit.*, p.52.

<sup>5</sup> Jean-Paul Jean, magistrat, Conseiller technique des ministres de la Justice Henri Nallet puis Michel Vauzelle de mai 1991 à avril 1992. Entretien réalisé le 6/07/2005 à Paris. Durée : 2h00.

<sup>6</sup> DGS/3S, « Note à l'attention de M. Girard » datée du 13/12/1992. Archives internes DGS.

<sup>7</sup> La Direction des hôpitaux est également à ce stade de la réforme peu impliquée directement puisque assiste à la réunion seulement Joseph Alos, le directeur du Centre hospitalier de Laon avec lequel une convention a été signée. Gilbert Chodorge assure cependant une fonction de relais importante avec la Direction des hôpitaux.

<sup>8</sup> Cabinet du ministre de la Santé, « Réunion du 22 décembre 1992. Médecine pénitentiaire » daté du 11/01/1993. Archives internes DGS.

## *L'adoption de la réforme : du décret du 27 mars 1993 et la loi du 18 janvier 1994*

Le rapport Chodorge est officiellement rendu public le 9 février 1992. La presse reprend à son compte les chiffres du rapport permettant de dresser un « constat accablant de la situation sanitaire dans les établissements pénitentiaires » (*LM*, 10/02/1993). Les ministres concernés annoncent les mesures proposées dans le rapport, à savoir la signature de conventions avec les hôpitaux et la prise en charge par l'Assurance maladie de tous les détenus. L'Etat prend à sa charge les cotisations personnelles des détenus n'ayant plus de droits tandis que les départements paient le ticket modérateur.

Contrairement à ce qui avait été prévu, il est décidé, en prévision des législatives de mars 1993 pour lesquelles les prévisions donnaient les socialistes perdants, de réformer la médecine pénitentiaire sous forme de décret. Le 27 mars 1993, dernier jour du gouvernement Bérégovoy, le gouvernement publie ainsi un décret qui transfère les activités de soin en milieu carcéral du ministère de la Justice au ministère de la Santé<sup>1</sup>. Outre le faible risque de contentieux, adopter la réforme sous cette forme permettait, selon Guy Nicolas, de lier le prochain gouvernement pour lequel il aurait été difficile de ne pas donner suite à une mesure considérée comme nécessaire :

*« Il fallait marquer le coup. Et Bernard Kouchner voulait marquer son nom sur ce décret. Et je crois qu'il l'a bien fait. Et comme ça, on a gagné du temps. Par que le ministre suivant devait soit faire la loi, soit supprimer le décret. Ce qui était très difficile à faire. Alors que les médias avaient tous applaudi en disant "enfin", ça aurait sans doute été mal perçu de supprimer ce décret. Moi, j'ai eu des contacts très directs avec le cabinet de Simone Veil. C'est elle qui a fait passer la loi. Il fallait rendre le décret caduque, ce qui est une démarche un peu lourde. Elle s'est emparée du texte »<sup>2</sup>.*

Le gouvernement d'Edouard Balladur est en effet composé, outre Pierre Méhaignerie à la Justice, de Simone Veil, ministre d'Etat des Affaires sociales, de la Santé et de la ville, dont on a déjà évoqué l'intérêt pour la prise en charge sanitaire des détenus. Censé être mis en œuvre dès le 1<sup>er</sup> juillet 1993, le décret se heurte à un problème de base légale que mettent en avant plusieurs administrations de Santé pour demander la suspension ou l'abrogation du décret. « La fragilité juridique du dispositif ne peut que renforcer la mauvaise volonté des caisses d'assurance-maladie et de la fédération hospitalière de France, hostiles à la réforme », rappelle le Conseiller technique du ministère de la Santé chargé du dossier<sup>3</sup>. En outre, le ministre délégué à la Santé, Philippe Douste-Blazy, semble moins empressé que Simone Veil à porter le projet de réforme.

---

<sup>1</sup> Décret n°93-704 du 27 mars 1993 relatif aux soins dispensés en milieu pénitentiaire par les établissements publics de santé.

<sup>2</sup> Guy Nicolas, ancien vice-président du Haut Comité à la Santé Publique et Conseiller technique auprès de la Direction des Hôpitaux. Entretien réalisé le 15/06/2005 à Paris. Durée : 2h20.

<sup>3</sup> Fax en vue de la préparation de la réunion du 25 juin de Cédric Grouchka, Conseiller technique (santé publique) à la Santé, à Bertrand Augonnet, Conseiller technique (prisons) à la Justice, daté du 24 juin 1993, 4p (CAC.19950466, art.44 (A666) extrait : Santé en milieu carcéral).



Le ministre délégué à la Santé semble en effet soucieux des conséquences budgétaires de cette réforme. Ainsi, lors de la réunion d'arbitrage qui se tient au Secrétariat général du gouvernement, un conflit oppose le ministère de Douste-Blazy et celui de la Justice : « Le ministère délégué à la Santé évalue le coût de la réforme pour l'assurance maladie à environ 230MF dans l'hypothèse où l'on constaterait une rentrée normale des cotisations. Le ministère de la Justice conteste ces coûts. Il estime en effet que la réforme résultant du décret entraînerait un surcoût de 110MF pour l'assurance maladie et de 90MF pour l'administration pénitentiaire »<sup>1</sup>. Il est finalement décidé que de ne pas abroger le décret mais de le suspendre et que des « dispositions relatives à la protection sociales des détenus et de leurs ayants-droits seront insérés dans le projet de loi relatif à la situation sanitaire et à la santé publique ». Ainsi, malgré les risques d'une inflation budgétaire<sup>2</sup>, le cabinet du Premier ministre tranche en faveur d'une réforme de la médecine pénitentiaire.

Simone Veil présente ce projet de loi relatif à « la santé publique et à la protection sociale » le mercredi 6 octobre 1993 en conseil des ministres. Le projet est adopté et devint la loi n°94-43 du 18 janvier 1994, publiée au Journal Officiel du 19 janvier 1994.

Sans minimiser l'importance des mobilisations de plusieurs décideurs administratifs et politiques, la facilité avec laquelle fut adoptée la réforme de l'organisation des soins, surtout dans son volet relatif à la protection sociale, contraste avec les nombreuses oppositions que cette question avait soulevées jusqu'alors. Cette absence de forte opposition fut rendue possible, selon nous, par la catégorisation qui a progressivement été faite par les partisans de cette réforme en tant que réponse à un problème de santé publique. Il est à cet égard indispensable de souligner le rôle joué par le scandale des collectes de sang contaminé en milieu carcéral qui éclate durant cette période.

### *La catégorisation de la prise en charge des détenus en tant que problème de santé publique et le rôle du scandale des collectes de sang contaminé en prison*

L'analyse des politiques publiques a déjà mis en avant la nécessité de catégoriser ou de labelliser un phénomène en tant que problème public afin de le mettre à l'agenda

---

<sup>1</sup> Secrétariat général du gouvernement, « Compte rendu de la réunion interministérielle du 25 juin 1993 sous la présidence de Mme de Danne, Conseiller technique au cabinet du Premier ministre », Paris, 25/06/1993, 4p (CAC.19950466, art.44).

<sup>2</sup> Il semblerait que les cabinets aient adopté la réforme bien que craignant son coût éventuel. Un fax du Conseiller technique de la Santé au cabinet Justice préparant cette réunion remarque que « le coût minimal de la réforme pour le régime général est égal à 200 MF » mais que « le coût réel pourrait dépasser 600 à 700 MF par an. » (Fax en vue de la préparation de la réunion du 25 juin de Cédric Grouchka, Conseiller technique (santé publique) à la Santé, à Bertrand Augonnet, Conseiller technique (prisons) à la Justice, daté du 24 juin 1993, 4p (CAC.19950466, art.44). Signe du flou entourant cette question financière, certains journalistes évoquent au moment de la réforme un coût de seulement 100 millions de francs (*Le Monde*, 7/10/1993). Les auteurs du rapport du HCSP confirmèrent avoir délibérément largement sous-estimé le coût de cette réforme.

décisionnel. Ce phénomène est particulièrement observable lorsqu'une politique est menée sur un secteur social précis, observe Guillaume Payen selon lequel « toute nouvelle politique destinée à un domaine limité de la société s'attache, pour être adoptée par les autorités centrales, à faire la preuve rhétorique qu'elle s'inscrit dans la politique générale du moment où qu'elle répond à des valeurs et des besoins plus globaux (en faisant référence, par exemple, à un intérêt général abstrait) »<sup>1</sup>. En catégorisant la santé des détenus comme un problème de santé publique, il s'agissait de conférer à ce sujet la légitimité que représentaient, et ce de manière croissante, les problèmes de santé publique<sup>2</sup>. Ce travail de « labellisation » fut l'œuvre de plusieurs acteurs : médicaux, bien sûr, mais aussi administratifs, politiques, journalistiques et associatifs et militants.

Plusieurs médecins pénitentiaires ont contribué à analyser l'organisation des soins en détention comme un problème de santé publique, et ce de diverses façons. Michel Bénézech et Pierre Espinoza ont multiplié les études épidémiologiques et les alertes médiatiques depuis le milieu des années quatre-vingt en lien avec l'épidémie de sida<sup>3</sup>. On y retrouve souvent un même raisonnement : parce qu'elle est un problème de santé publique, la santé des détenus doit être placée sous la responsabilité du ministère de la santé<sup>4</sup>. Le médecin-coordonateur de l'Hôpital de Fresnes multiplie les propos alarmistes dans les grands quotidiens afin de demander l'adoption, puis la mise en œuvre rapide, de la réforme : « Il faut tirer le signal d'alarme. Si ce transfert n'est pas structuré dans les mois à venir, on risque de se réveiller trop tard » (*La Croix*, 18/03/1993).

Cette catégorisation est également le fait de l'Administration pénitentiaire. « J'ai écrit des notes extrêmement alarmistes que j'ai transmis à ma direction et qui ont été transmises par le cabinet [Justice] au cabinet Santé », rappelle Michèle Colin<sup>5</sup>. Effectivement, par le biais de notes et de réunions, le Bureau de l'action sanitaire de la DAP développe un argumentaire de santé publique. Au cours d'une réunion Santé/Justice, « l'Administration pénitentiaire considère que la santé des détenus est un problème de santé publique qui devrait être pris en charge par les services publics de santé [...] au nom de la "citoyenneté du détenu" »<sup>6</sup>. Ce passage du compte-rendu de réunion trouvé dans les archives de la DGS a été souligné et l'on

---

<sup>1</sup> PAYEN Guillaume, « Décision et entrepreneurs politiques » dans LACASSE François, THOENIG Jean-Claude (dir.), *L'action publique*, Paris, L'Harmattan, 1996, p. 189.

<sup>2</sup> On pense bien sûr ici au scandale du sang contaminé relatif aux produits sanguins non chauffés qui furent utilisés et pour lequel des médecins responsables du Centre national de transfusion sanguine (CNTS) furent jugés dès 1992 dans ce qui sera considéré comme le premier volet du sang contaminé.

<sup>3</sup> Cf. Chapitre 6 : « Le sida, "réformateur" de la politique de santé en prison ? ».

<sup>4</sup> ESPINOZA Pierre, « Infection par le VIH et prison. Le suivi du malade », *Le journal du sida*, n°31-32, septembre-octobre 1991.

<sup>5</sup> Michèle Colin, chef du Bureau de l'action sanitaire et de la lutte contre la toxicomanie à la DAP de 1990 à 1994. Entretien réalisé le 6/01/2006 à Paris. Durée : 1h50.

<sup>6</sup> DAP, « Compte rendu de la réunion du 14 mai 1992 », 2 pages. Archives internes DGS.

peut lire en marge : « Ces deux arguments sont indiscutables ». Dans une note transmise aux cabinets du ministre des Affaires sociales, du ministre chargé de la Santé et du Premier ministre Michèle Colin rappelle que la santé des détenus représente « un enjeu de sécurité sanitaire » mais aussi « un enjeu politique non négligeable » :

*« Les détenus passent en moyenne 6 mois et demi en établissement pénitentiaire (délai qui se réduit à 3 mois en Maison d'arrêt). Cela génère un risque certain de propagation de maladies transmissibles à l'extérieur de la prison (VIH et tuberculose), comme au sein des prisons (vis-à-vis tant des autres détenus que des surveillants) dans des conditions de surpopulation importantes. Cette situation est de nature à générer des troubles et tensions en milieu carcéral [...] Le développement de la toxicomanie, de la flambée de l'épidémie VIH, la recrudescence de la tuberculose, et plus récemment l'affaire du sang contaminé ont attiré l'attention de la Presse sur les problèmes de santé de la population pénale »<sup>1</sup>.*

Le même argumentaire fut utilisé lors des débats parlementaires, comme le rappelle le Sous-directeur de l'Administration pénitentiaire :

*« On a dit priorité à la santé publique et on a fait comprendre la menace que cela représentait. On a carrément prononcé des gros mots. On a dit : "Le sida est une bombe et si l'on veut désamorcer la bombe, il faut mener une politique de santé publique qui atteint les sujets qui sont dangereux. Si on veut diminuer le taux de contamination, il faut soigner et par conséquent mener une politique de santé publique". Tout ça c'était dans les notes qu'on faisait au sujet des débats parlementaires à l'Assemblée nationale »<sup>2</sup>.*

Ce travail de catégorisation fut facilité par trois faits qui ont favorisé au même moment cette prise en compte de la santé des détenus en tant que problème de « santé publique ».

Le Conseil national du sida, présidé par Françoise héritier-Augé, rend tout d'abord un rapport en mars 1993 sur la gestion de l'épidémie en prison, et qui aboutit à l'idée d'un transfert de tutelle<sup>3</sup>. « Selon une étude du Conseil national du sida, la médecine pénitentiaire devrait passer sous contrôle "exclusif" du ministère de la Santé », titre *Le Monde* (13/03/1993).

D'autre part, survient en 1993 dans l'ensemble de la France une recrudescence de l'épidémie de tuberculose, déclarée urgence mondiale par l'OMS<sup>4</sup>. De par la population précaire qu'elles accueillent, les prisons seraient fortement touchées par l'épidémie. Le rapport Chodorge fait état, sans citer de données précises, de « trois fois plus de tuberculoses dépistées en milieu carcéral qu'à l'extérieur », constat largement repris par les médias. Ces derniers s'inquiètent en effet de la « menace virale » que représente le milieu carcéral à l'occasion de l'alerte

---

<sup>1</sup> Note de Michèle Colin concernant les enjeux d'une réforme de l'organisation des soins en prisons datée de juin 1993 et transmise par de Bertrand Augonnet à Philippe Léger pour transmission (19950466, art.44 (A666) extrait : Santé en milieu carcéral)

<sup>2</sup> Alain Blanc, responsable de la sous-direction de la réinsertion de 1985 à 1995. Entretien le 19/04/2007, 3H.

<sup>3</sup> FOLLEA Laurence, « Selon une étude du Conseil national du sida, la médecine pénitentiaire devrait passer sous contrôle « exclusif » du ministère de la Santé », *Le Monde*, 13/03/1993 ; CELERIER Isabelle, « Sida en prison : selon le CNS la confidentialité n'est pas respectée », *Le Quotidien du médecin*, 12/03/1993. « Une atteinte au secret médical dans les prisons », *L'Humanité*, 11/03/1993.

<sup>4</sup> Après avoir constamment diminué, le nombre de tuberculoses en France augmente de 11% entre 1991 et 1993 pour plusieurs raisons: dégradation des conditions socio-économiques, migration en provenance de pays à forte endémie tuberculeuse et effet amplificateur de l'épidémie VIH.

lancée par le Pr Albert Hirsch, considéré comme à l'origine de la loi Evin sur le tabac et alors membre du HCSP :

*« "Si, par malheur, survenaient chez nous, comme aux Etats-Unis, des épidémies de tuberculose à germes multirésistants, elles auraient, je le crains, les prisons pour point de départ", dit le Professeur Albert Hirsch, chef de service de pneumologie à l'hôpital Saint-Louis. "Il est scandaleux, poursuit-il, que depuis des années, ait été abandonnée la radio systématique de dépistage, qui était naguère obligatoire lors de la mise sous écrou. Les tuberculeux, maintenant, y sont dépistés seulement quand la maladie est évidente".*

*Les prisons sont de véritables culots de centrifugation pour les BK, avec leur population de marginaux, de toxicomanes, souvent porteurs en même temps du virus du sida. La contamination s'étend dans les cellules et menace tout autant le personnel pénitentiaire. Le séjour moyen dans les prisons est de trois mois. Quand les condamnés sortent, ou bien ils n'ont pas été dépistés ou bien ils ont été mis sous traitement ; mais c'est précisément cette catégorie-là de sujets qui se soumettent le plus mal à l'observance rigoureuse du traitement nécessaire pendant six mois »<sup>1</sup>.*

Si le rapport du CNS et l'épidémie de tuberculoses ont participé à une meilleure prise en compte de la santé des détenus en tant que problème de santé publique, le scandale des collectes de sang contaminé par le VIH en prison est venu achever de légitimer le projet de réforme entre 1992 et 1994. En effet, alors que le procès du premier volet bat son plein<sup>2</sup>, ce qui deviendra le « 3<sup>ème</sup> volet du scandale du sang contaminé » émerge dans l'espace médiatique en avril 1992, soit quelques jours après le congrès « Soigner autrement »<sup>3</sup>. Une controverse médiatique s'engage aussitôt au sujet des collectes en prison mais s'achève avec l'annonce d'une d'enquête conjointe de l'IGAS et de l'Inspection générale des services judiciaires (IGSJ). A la parution du rapport en novembre 1992, une nouvelle controverse s'engage sur les responsabilités de chaque administration. La réaction très rapide des autorités politiques réussit néanmoins à circonscrire le débat.

Bien qu'il ait été assez peu question des services médicaux pénitentiaires au sein des médias<sup>4</sup>, le scandale des collectes de sang en prison fut l'occasion de soulever la question de l'organisation des soins en milieu carcéral. Il fut d'ailleurs question d'une réorganisation des soins en prison. Mettant en avant le « manque de fric » dont souffre la médecine pénitentiaire, le Dr Emmanuelli défend ainsi dans une tribune un transfert de tutelle auprès du ministère de la Santé. Sans évoquer explicitement un transfert de tutelle, les inspecteurs de l'IGSJ et de l'IGAS proposent d'ailleurs en conclusion de leur rapport de poursuivre la politique initiée sous Robert Badinter : « Il y a lieu de mener à son terme le décroisement entrepris pour résoudre, notamment, le problème actuel du chevauchement des compétences, de placer

---

<sup>1</sup> « Prisons : foyers d'infection », *le Point*, 23/01/1993.

<sup>2</sup> Quatre médecins transfuseurs, dont l'ancien directeur du Centre national de transfusion sanguine (CNTS), Michel Garretta, sont jugés entre 1992 et 1993 pour tromperie et non-assistance à personne en danger

<sup>3</sup> Cf Annexe 35 : « Le scandale des collectes de sang en milieu carcéral comme révélateur des faiblesses de l'organisation des soins en prison ».

<sup>4</sup> Les médias portèrent alors leur attention principalement sur les CTS. *Le Monde* publia néanmoins l'extrait du rapport d'enquête consacré à l'« insuffisance de moyens médicaux dont disposait l'Administration pénitentiaire » (*Le Monde*, 11/11/1992).

auprès d'elle un médecin qui puisse la conseiller au quotidien et de prévoir des moyens médicaux suffisants » (p.190). Cette volonté de réforme fut, par ailleurs, clairement affichée par le Garde des Sceaux, Michel Vauzelle, lors de la de la publication du rapport :

*« J'en tirerai cependant des conséquences quant à l'organisation de l'administration pénitentiaire mais dans le cadre plus global de la santé en prison [...] Je compte bien en ce domaine laisser une trace de mon passage en proposant des mesures avec mon collègues de la santé. Il faut ainsi donner aux détenus une meilleure sécurité dans le domaine sanitaire : plus de moyens, développement des accords avec les établissements hospitaliers pour une meilleure qualité de soins et une médecine préventive comparable à celle de tout citoyen (bilan de santé des entrants en matière de sida, de tuberculose, d'hépatite) [...] Mais tout cela demande des moyens considérables »<sup>1</sup>.*

L'apparition de ce scandale a représenté une ressource supplémentaire pour les partisans de la réforme. En atteste par exemple un compte-rendu de réunion entre les cabinets Santé et Justice qui précise que les collectes de sang doivent, dans un document annonçant la réforme, être décrites, au même titre que le nombre de séropositifs et de sidéens incarcérés, comme des « problèmes lourds qui rendent inéluctable une réforme »<sup>2</sup>. Dans un document adressé à la DSS, Michèle Colin présente la réforme comme « un enjeu politique non négligeable » : « Le développement de la toxicomanie, de la flambée de l'épidémie VIH, la recrudescence de la tuberculose, et plus récemment l'affaire du sang contaminé ont attiré l'attention de la Presse sur les problèmes de santé de la population pénale »<sup>3</sup>.

Le scandale des collectes qui se déploie en 1992 fut ainsi mis à profit comme un argument par les partisans de la réforme, que ceux-ci soient des médecins comme Xavier Emmanuelli ou Pierre Espinoza<sup>4</sup> ou par les magistrats réformateurs en place à la DAP, tels Alain Blanc et Michèle Colin:

*« Y avait en plus tout le débat des collectes de sang. Comme on venait de traverser ce truc qui était assez violent on a profité du truc en quelque sorte. On justifiait cette réforme par le risque potentiel que les détenus représentaient pour le reste de la population. C'était imparable ! Totalement implacable ! La logique de santé publique pure de protection de la population est une logique totalement incontestable »<sup>5</sup>*

*« Le ministère de la Santé était à l'époque marqué par l'histoire du sang contaminé. Et c'est un peu horrible de se dire ça mais on a profité un peu de la situation... Il y avait une brèche et on a beaucoup joué là-dessus. Je reconnais moi-même avoir beaucoup joué là-dessus. C'est à dire qu'on leur disait que s'ils ne se chargeaient pas de la santé des détenus, s'ils ne s'occupaient pas de ce qui leur revenait, on retomberait extrêmement vite sur un gros scandale qui les mettrait en cause. Car la balle était dans leur camp [...] Il n'y aurait pas eu le scandale du sang contaminé, il n'y aurait pas eu de transfert »<sup>6</sup>.*

---

<sup>1</sup> « Michel Vauzelle sonde la pénitentiaire », *La Croix*, 22/11/1992.

<sup>2</sup> « Compte rendu de la réunion du 12/06/1992 des cabinets Santé-Justice », 2p.

<sup>3</sup> Texte de présentation de la réforme de Mme Colin (D.A.P) à M. Rey (D.S.S), juin 1993. Archives internes DGS.

<sup>4</sup> « La prison malade du sida », *L'événement du jeudi*, 18-24/03/1994.

<sup>5</sup> Alain Blanc, responsable de la sous-direction de la réinsertion de 1985 à 1995. Entretien le 19/04/2007, 3H.

<sup>6</sup> Michèle Colin, chef du Bureau de l'action sanitaire et de la lutte contre la toxicomanie à la DAP de 1990 à 1994. Entretien réalisé le 6/01/2006 à Paris. Durée : 1h50.

Le rapport du Conseil national du sida, l'épidémie de tuberculoses mais surtout le scandale des collectes de sang ont favorisé la catégorisation des détenus en tant que problème de santé publique. Jusque-là perçu comme d'ordre pénitentiaire, et relevant à ce titre du ministère de la Justice, ce problème est désormais analysé en tant que problème de santé intéressant l'ensemble de la collectivité et devant ainsi être traité par le ministère de la Santé. On peut ainsi voir ce travail de « labellisation » comme une stratégie d'intéressement des services de l'avenue de Ségur. Jusqu'au début des années quatre-vingt-dix, en dépit du transfert de l'inspection et du Comité Santé/Justice, la prise en charge sanitaire des détenus est perçu par le ministère de la Santé comme un problème d'ordre pénitentiaire ne relevant pas de leur compétence. La publication de l'étude épidémiologique du Dr Gonin, les notes alarmistes du Bureau de l'action sanitaire de la DAP ou encore le congrès d'avril 1992 achèvent de convaincre les services de la Santé qu'il s'agit là d'un problème de santé publique qui réclame à ce titre leur implication. Ce travail de labellisation est l'un des facteurs qui a favorisé la conjonction entre les différentes variables explicatives dont est née la loi du 18 janvier 1994.

*La réforme de la médecine pénitentiaire comme convergence des variables politiques, professionnelles, cognitives et institutionnelles*

La facilité avec laquelle la réforme de la médecine pénitentiaire a été adoptée entre 1992 et 1993 contraste avec les nombreuses tentatives opérées depuis le début des années soixante-dix. On peut rendre compte de cette réussite à partir de la conjonction d'une pluralité de facteurs qu'éclaire la configuration réformatrice. Durant cette troisième période, toutes les variables semblent avoir œuvré dans une même direction, et ce contrairement aux précédents configurations.

Certains acteurs politiques ont tout d'abord été relativement engagés en faveur du transfert de l'organisation des soins au ministère de la Santé et surtout aucun ne s'y est opposé. Bien qu'elle ait eu pour origine des acteurs administratifs de la DAP, la réforme a tout d'abord bénéficié du soutien de Bernard Kouchner et de Michel Vauzelle. L'engagement de Simone Veil a, d'autre part, permis que l'alternance de 1993 n'interrompe pas la réforme initiée. En effet, si le décret invalide n'avait pas été repris sous la forme d'une loi, il est possible que celui-ci n'ait jamais été appliqué. Sans être prépondérante, la variable politique a ainsi participé à la réforme.

Il en est de même de la variable professionnelle. Au début des années quatre-vingt-dix, la médecine pénitentiaire semble avoir en tant que discipline perdu toute reconnaissance au sein du secteur médical. Cet affaiblissement de la médecine pénitentiaire en tant que spécialité médicale explique peut-être que lors de la réforme aucun praticien ne se soit opposé à un

transfert auprès du service public hospitalier. La mise à l'écart du reste du système de santé, qu'impliquait la définition d'une médecine pénitentiaire, est justement ce que refusent les réformateurs. Les rares médecins encore convaincus que l'exercice médical en détention doit rester sous la tutelle du ministère de la Justice ont ainsi perdu toute légitimité face au segment apparu durant les années quatre-vingt, favorable à un transfert de tutelle, qui apparaît désormais dominant<sup>1</sup>. Ainsi, la réforme n'est pas seulement l'œuvre de magistrats-militants. Ces derniers s'appuient, ce qui faisait défaut en 1981, sur un groupe de praticiens hostiles à une spécialisation de la médecine pénitentiaire et favorables au transfert de tutelle au ministère de la Santé. Le colloque d'avril 1992 en est le meilleur exemple.

Les membres de ce segment médical sont tous porteurs d'une représentation de l'incarcération proche de l'idée de décroïsonnement : l'emprisonnement n'est pas perçu comme une privation de droits mais, à l'inverse, comme l'accès à un ensemble de services, médicaux mais aussi culturels ou éducatifs, qui sont autant de facteurs de réinsertion des détenus. Bien qu'apparue dans les années soixante-dix, la notion de décroïsonnement ne produit ainsi tous ses effets qu'au début des années quatre-vingt-dix. Celle-ci semble à cette période encore guider l'action des magistrats de la DAP qui s'y réfèrent volontiers. C'est notamment le cas de la Chef de Bureau de l'action sanitaire dont il faut souligner l'importance. Si celle-ci fut si importante dans l'avènement de cette réforme, ce n'est pas seulement en raison de son engagement militant en faveur de celle-ci mais également par la position institutionnelle qu'elle occupe.

Ainsi, le facteur institutionnel est probablement celui qui fut le plus déterminant, même s'il n'aurait pu à lui seul permettre une réforme d'une telle ampleur. En effet, durant les années quatre-vingt l'organisation des soins en prison est profondément divisée après la suppression du poste de Médecin-inspecteur. La régulation de la médecine pénitentiaire est alors le fait d'une pluralité d'acteurs parfois divergents : le magistrat chargé de la réglementation sanitaire, celui chargé du recrutement des personnels, l'inspecteur des services pénitentiaires, le médecin-coordonateur de Fresnes qui occupe un rôle officieux de conseiller médical de l'Administration, l'IGAS et les DRASS/DDASS ainsi que dans une moindre mesure la DGS. Même si ces différents acteurs se réunissent périodiquement au sein du Comité Santé/Justice, personne ne coordonne de manière durable leurs interventions. Cet éclatement de la tutelle exercée sur la médecine pénitentiaire fut probablement l'une des causes, outre la gestion

---

<sup>1</sup> Nous ne disposons bien sûr pas de chiffres sur les groupes en présence. Les partisans d'une médecine pénitentiaire, rattachée à la DAP, se situaient majoritairement parmi les infirmières ainsi que quelques généralistes exerçant depuis longtemps. Tous les médecins ayant initié leur carrière dans les années quatre-vingt qui ont été rencontrés se sont déclarés favorables à cette réforme.

discrète du sida par la DAP, de la poursuite des collectes de sang en prison après l'été 1985 alors que les risques étaient connus.

La création d'un Bureau de l'action sanitaire fin 1990 marque à cet égard une étape charnière. Le pilotage par un magistrat, assisté d'un directeur d'hôpital, de l'organisation des soins rend possible la réforme. Bien sûr, la variable cognitive fut là aussi fondamentale. C'est parce qu'elle était convaincue que la prison devait être pensée sur le mode du décroisement, et donc à partir d'un nécessaire partage du pouvoir en détention avec d'autres autorités de tutelle, que la magistrate chargée de ce Bureau a initié une dynamique de réforme. Celle-ci n'aurait pu probablement aboutir sans l'appui de son sous-directeur ou encore de son conjoint, Conseiller technique auprès du garde des Sceaux. Le sida et le scandale du sang contaminés ont représenté des ressources fondamentales dans cette stratégie de réforme.

Ainsi, si tous les facteurs n'ont pas pesé de la même manière dans la dynamique qui s'est développée entre 1991 et 1994, aucun n'a toutefois fait obstacle au projet de réforme comme ce fut le cas auparavant. Dans les années soixante-dix, le Médecin-inspecteur avait développé le projet d'une médecine pénitentiaire spécifique qui rendait impossible son transfert au ministère de la Santé. Après l'alternance, la Direction de la Sécurité sociale s'était opposée à une affiliation des détenus à laquelle était conditionné le transfert de tutelle. L'Administration pénitentiaire cherchait en outre à cette époque à opérer un partage des responsabilités en matière médicale avec de nouveaux acteurs, aboutissant à une absence de réel pilotage en matière d'action sanitaire.

Ainsi, la réforme de la médecine pénitentiaire fut essentiellement l'œuvre d'acteurs administratifs mais ceux-ci n'auraient pu aboutir sans une configuration politique et professionnelle qui leur était favorable.

La sociogenèse de la réforme de l'organisation des soins en prison permet ainsi de rompre avec l'idée que la loi du 18 janvier 1994 serait le seul fait de la volonté politique. Elle n'est pas non plus issue de la prise de conscience selon laquelle la prise en charge sanitaires des détenus serait un « enjeu de santé publique »<sup>1</sup>. Ainsi le transfert de tutelle au service public hospitalier ne peut être considéré, comme le fait Olivier Obrecht, devenu médecin-chef de Fleury-Mérogis après la réforme, comme une « évidence conceptuelle »<sup>2</sup>. La santé des détenus n'a été considérée comme un problème de santé publique qu'au terme d'un travail de labellisation et d'intéressement opéré par certains praticiens et magistrats placés à la DAP. Cette mobilisation en faveur de la réforme s'intègre pour ces derniers dans une tentative plus

---

<sup>1</sup> Titre d'un dossier spécial de *La Revue française des affaires sociales*, n°1, janvier-mars, 51<sup>ème</sup> année, 1997.

<sup>2</sup> OBRECHT Olivier, « La réforme des soins en milieu pénitentiaire de 1994 : l'esprit et les pratiques », dans VEIL Claude, LHUILIER Dominique, *La prison en changement*, Paris, Erès, 2000, p.231.



large de transformation de la prison. Ce détour par le passé permet de mieux comprendre l'origine de la loi de 1994 mais également la mise en œuvre de celle-ci.



# CONCLUSION

Robert Badinter : « *La santé des détenus est un problème constant qui a fait des progrès considérables. Nous sommes arrivés avec des difficultés inouïes à mettre fin à ce que l'on a appelé "la médecine pénitentiaire", qui était une médecine de sous-hommes* »<sup>1</sup>.

Au terme de ce travail, les propos de Robert Badinter cités en ouverture de cette thèse prennent tout leur sens. Certes, le transfert de tutelle a été adopté entre 1992 et 1993 sans grande résistance. Cette facilité a permis aux réformateurs d'affirmer que « tout s'est passé en 1992 » ou encore que « contrairement à ce qu'il est dit, une révolution peut se dérouler en quelques mois ». Ce regard sur la réforme tend cependant à gommer une grande partie de ses conditions de possibilité et ainsi de sa signification. Si elle répond, certes, à une situation sanitaire qualifiée parfois de « dramatique » ou d'« urgence », la loi du 18 janvier 1994 ne peut être comprise si elle n'est pas restituée sur un temps plus long qui est celui des transformations qui ont affecté la prison et sa médecine.

La réforme de l'organisation des soins ne désigne ainsi pas tant le moment où la loi fut adoptée que la séquence historique ponctuée de réussites et d'échecs dont cette dernière marque l'aboutissement. Cette conception de la réforme s'inscrit ainsi pleinement dans le courant de sociohistoire de l'analyse des politiques publiques<sup>2</sup>. La loi du 18 janvier 1994 ne prend tout son sens que si elle est pensée au regard des transformations qu'a connues l'organisation des soins en prison depuis au moins le début des années soixante-dix.

Ce détour par le passé n'a pas pour seul intérêt de mieux connaître l'histoire. Il permet également d'éclairer sous un jour nouveau le présent. La sociohistoire de la réforme de l'organisation des soins en prison permet ainsi de mieux comprendre la mise en œuvre de la loi du 18 janvier 1994. On avait, en effet, pu observer au cours du DEA que la réforme s'était traduite par une opposition accrue entre les institutions carcérales et hospitalières, pouvant être préjudiciable à la prise en charge sanitaire des détenus. Il est possible, au terme de ce travail, d'analyser ce phénomène comme un effet non désiré issu de la démarche des

---

<sup>1</sup> Cité dans ASSEMBLEE NATIONALE, *La France face à ses prisons*, op.cit.

<sup>2</sup> PAYRE Renaud, POLLET Gilles, *Sociohistoire de l'action publique*, op.cit.

réformateurs. Leur volonté de rompre avec la confusion des fonctions de soin et de surveillance qu'a pu incarner parfois la médecine pénitentiaire a ainsi contribué à une délimitation trop stricte des missions de soin et de garde.

Après avoir souligné dans quelle mesure le regard sociohistorique permet de mieux comprendre la mise en œuvre de la réforme, on tentera de dégager quel est l'apport plus général de cette thèse aux sciences sociales. En matière de sociologie des professions médicales tout d'abord, ce travail a tenté d'analyser la manière dont se transforment les spécialités médicales. Parce qu'elle s'exerce dans un milieu non-médical, la médecine pénitentiaire nous est apparue comme un exemple privilégié de spécialisation dont on ne peut rendre compte uniquement à partir de la seule logique médicale. En matière de sociologie carcérale, en second lieu, on a tenté de démontrer que l'analyse de la prison et de ses réformes passe nécessairement par une sociologie politique de ses acteurs. Faute d'intégrer une telle dimension à l'analyse, les études consacrées aux politiques carcérales présentent le risque d'aboutir à une vision idéologique des réformes, perçues uniquement en tant que vecteurs de « progrès » ou de « régression » de la condition pénitentiaire.

### *La mise en œuvre de la loi du 18 janvier 1994 : une délimitation trop stricte des missions de soin et de garde ?*

La seule logique sanitaire échoue à rendre compte de la loi du 18 janvier 1994. Si ceux qui en furent à l'œuvre étaient, certes, préoccupés de l'état sanitaire des détenus, c'est néanmoins à partir d'une position militante, presque idéologique, qu'ils s'engagèrent en faveur d'une réforme. La quasi-totalité des décideurs rencontrés concernant cette période, et dans une moindre mesure certains praticiens engagés dans la réforme, sont porteurs d'une vision de la prise en charge des détenus fondée sur l'idée de service public. Parce que l'institution carcérale relève du pouvoir régalien, qui ne peut être confié à des opérateurs privés, l'organisation des soins en prison ne peut dépendre, selon eux, que du service public hospitalier auquel tous les interviewés se sont déclarés être attachés. En outre, la principale préoccupation des magistrats réformateurs était de rompre avec le passé de la « médecine pénitentiaire », apparue comme stigmatisante au fil de nombreux scandales.

Doté d'une forte légitimité, l'hôpital public était à leurs yeux le plus à même de mettre fin à cette immixtion des fonctions de soin et de garde. Ce choix s'est cependant traduit dans les faits par une délimitation très stricte de ces deux missions, parfois préjudiciable à la prise en charge des détenus. C'est ce que relève Noémie Bienvenu dans sa comparaison entre la réforme française et celle qui fut adoptée en des termes voisins en Angleterre et au pays de

Galle entre 2004 et 2006<sup>1</sup>. D'après elle, tandis que le cas français se caractérise par une « intégration stricte de l'organisation des soins en prisons dans le service public de santé », l'Angleterre et le pays de Galles auraient privilégié un « partenariat souple ». Ils ont ainsi laissé la possibilité aux anciens médecins pénitentiaires (*Medical officers*) de continuer à exercer tandis que des infirmiers auraient conservé le statut pénitentiaire afin de faciliter le dialogue entre les deux équipes.

Cette analyse rejoint les observations que l'on avait pu faire durant le DEA de la mise en œuvre de la loi du 18 janvier 1994 dans les prisons de Lyon. S'il est indéniable que la réforme a permis une rapide amélioration de la prise en charge sanitaire des détenus, notamment en raison des nouveaux moyens budgétaires, le choix du service public hospitalier a donné lieu à certains problèmes. On relèvera, dans un premier temps, que la réforme s'est traduite par une difficile coopération entre le monde hospitalier et l'institution carcérale, avant de souligner les problèmes rencontrés au sein des Unités de consultation et de soins ambulatoires (UCSA) situés en détention.

L'un des enjeux de la loi était de rapprocher les institutions hospitalières et carcérales dont les relations étaient souvent conflictuelles<sup>2</sup>. Les réformateurs imaginèrent ainsi une contractualisation entre établissements. Si les hôpitaux de rattachement furent fixés par le législateur, on leur laissa en revanche le choix du service chargé de cette attribution<sup>3</sup>. Dans les faits cependant, peu de praticiens hospitaliers furent volontaires selon la responsable du Bureau de l'action sanitaire pour la région pénitentiaire Rhône-Alpes:

*« La loi de 1994 a été imposée aux hôpitaux. Ça, il faut le savoir et donc les chefs de service n'étaient pas du tout volontaires pour prendre en charge cette mission [...] Ça a été imposé à un chef de service. Ce qui était une très mauvaise chose puisque après il y a eu des conséquences »<sup>4</sup>.*

Même lorsqu'ils sont volontaires, certains chefs de service seraient moins animés par un réel souci pour le milieu carcéral que par la volonté de développer leur service. Alors que se multiplient les restrictions budgétaires dans le secteur hospitalier, certains y verraient un moyen afin de doter leur service de nouveaux ETP qui parfois sont « détournés » au profit du service de rattachement : « Il peut y avoir des détournements d'attribution de financement

---

<sup>1</sup> BIENVENU Noémie, *Le médecin en milieu carcéral : étude comparative France / Angleterre et Pays de Galle*, L'Harmattan, coll. Bibliothèques de droit, Paris, 2006, p.16.

<sup>2</sup> Jusqu'à la réforme de 1994, la plupart des praticiens hospitaliers ne connaissaient rien de la prise en charge médicale des détenus à l'exception des consultations et des hospitalisations qui, du fait des conditions de sécurité draconiennes (détenu entravé, escorte policière), étaient souvent très peu appréciées. La loi du 18 janvier 1994 fut d'ailleurs présentée par les réformateurs comme un moyen de diminuer ces visites. Dans les faits, il semblerait que les praticiens hospitaliers aient à l'inverse davantage envoyé les détenus procéder à des examens complémentaires à l'hôpital.

<sup>3</sup> Dans les faits il semblerait que les services soient partagés entre ceux de médecine légale, ceux d'urgence et ceux de médecine interne. On peut relever cependant quelques incongruités, tel qu'un service d'ophtalmologie.

<sup>4</sup> Entretien avec la responsable du bureau d'action sanitaire de la DRSP Rhône-Alpes daté du 22/04/2003, 2h20.

[...] Les postes, par exemple, ont été attribués initialement à l'UCSA et le poste se retrouve créé dans le service situé à l'hôpital.... »<sup>1</sup>.

Les conséquences de ce désintérêt sont, en outre, multiples. Il en découle, par exemple, un manque de dialogue entre l'UCSA et son service de rattachement<sup>2</sup> ou un manque d'implication de la structure hospitalière ce qui peut démoraliser le personnel qui y travaille. Le sentiment d'isolement qui en résulte contribue à reproduire la coupure entre la prison et le reste du système sanitaire à laquelle la loi du 18 janvier 1994 avait tenté de mettre fin :

*« Il semblerait qu'il y ait des résistances très importantes à Grenoble [...] Le chef de service de Grenoble ne s'implique pas [...] Et puis il y a les personnels de l'UCSA qui ne se sentent pas écoutés, qui ne se sentent pas soutenus car si le chef de service ne vient jamais à l'UCSA... »<sup>3</sup>.*

Ce manque d'implication des chefs de services est d'autant plus dommageable que les directeurs d'hôpitaux se désintéressent le plus souvent d'une médecine qu'ils n'estiment pas relever des missions hospitalières. C'est ce que relevait en 2003 le médecin de la DRASS Rhône-Alpes chargée de ce dossier. Pour elle, le peu d'importance qu'accordent les directeurs hospitaliers à la prise en charge des détenus est comparable à leur désintérêt pour l'interruption volontaire de grossesse dont elle était également chargée : « Pour beaucoup de directeurs hospitaliers, c'est la dernière roue du carrosse car les établissements hospitaliers n'ont pas été demandeurs et ça n'est pas un service qui fait une médecine qui est valorisée et personne ne se bat pour s'en occuper »<sup>4</sup>. Celle qui pilotait la gestion sanitaire pour l'Administration pénitentiaire dans la région Rhône-Alpes observait également en 2003 que certains directeurs hospitaliers ignoraient ce qu'était la loi du 18 janvier 1994 :

*« Des fois, j'ai affaire à des directeurs d'hôpitaux qui ne savent pas ce que c'est et je trouve ça un peu étonnant [...] Là aussi, encore, ce n'est pas dans la culture hospitalière, si vous voulez. La loi n'est pas encore très bien connue »<sup>5</sup>.*

A cette faible prise en compte de la prise en charge sanitaire des détenus par l'institution hospitalière à qui fut confiée cette mission, s'ajoute en second lieu le désintérêt par les soignants eux-mêmes affectés. Ce désintérêt pour le milieu carcéral concerne particulièrement les praticiens hospitaliers<sup>6</sup>, de nombreux postes restant ainsi vacants. C'est ce que relevait en

---

<sup>1</sup> Entretien avec la responsable du bureau d'action sanitaire de la DRSP Rhône-Alpes daté du 22/04/2003, 2h20.

<sup>2</sup> « [Les personnels de l'UCSA] ont du mal à se faire reconnaître par leur propre direction hospitalière. Ils me le disent et puis je m'en rends compte si vous voulez lors des réunions, on voit bien que les directions hospitalières sont très loin de l'UCSA. Il y a des choses qui se disent en réunion annuelle des comités de coordination et qui pour moi devraient être dites avant, directement entre l'UCSA et la direction hospitalière et donc ça démontre bien qu'il n'y a pas de dialogue ». Entretien avec la responsable du bureau d'action sanitaire de la DRSP Rhône-Alpes daté du 22/04/2003, 2h20.

<sup>3</sup> Entretien avec la responsable du bureau d'action sanitaire de la DRSP Rhône-Alpes daté du 22/04/2003, 2h20.

<sup>4</sup> Entretien avec le médecin à la DRASS Rhône-Alpes chargée de la médecine en prison daté du 26/06/2003, durée 1H.

<sup>5</sup> Entretien avec la responsable du bureau d'action sanitaire de la DRSP Rhône-Alpes daté du 22/04/2003, 2h20.

<sup>6</sup> L'exception à ce constat serait, selon Marie Hélène Lechien, les infirmières qui représenteraient la « seule catégorie "volontaire" pour les UCSA ». Leur motivation s'expliquerait néanmoins par des raisons professionnelles : « Les infirmières quittent l'institution hospitalière en raison de son rythme usant et de ses

2003 celle qui pilotait la gestion sanitaire pour l'Administration pénitentiaire dans la région Rhône-Alpes : « Aujourd'hui encore, dix ans après la loi, j'entends encore des directeurs d'hôpitaux qui me disent : "On ne trouve personne pour aller travailler en prison, ils ne veulent pas y aller" »<sup>1</sup>.

Dans sa thèse consacrée aux soignants en prison, Bruno Milly remarque que les principales motivations évoquées par les praticiens ayant fait ce choix sont d'ordre stratégique (choix géographique, promotion hiérarchique, service de jour, etc.) et la décision de travailler en prison est ainsi souvent un choix désenchanté<sup>2</sup>. Ce désintérêt s'explique en partie par le type de médecine qui s'exerce en milieu carcéral : il s'agit d'une médecine généraliste, proche d'un dispensaire, très éloignée par conséquent des critères de réussite hospitaliers. On peut à cet égard relever de manière plus générale, comme le fait Isabelle Parizot au sujet des personnes défavorisées, l'inadéquation entre la logique hospitalière et la prise en charge des troubles dont souffre généralement la population exclue :

*« La mission de soin de l'hôpital universitaire, conjointe à ses missions d'enseignement et de recherche, s'est polarisée autour des pathologies qui suscitent un intérêt scientifique, donnant lieu à une spécialisation toujours plus importante. Les "maladies ordinaires" [...] se trouvent reléguées notamment à la médecine de ville. Cette répartition informelle au sein du système sanitaire entrave la prise en charge des "pauvres" et des "exclus" pour qui l'hôpital reste un lieu important de recours aux soins »<sup>3</sup>.*

Faute de volontaires, certains postes demeurent vacants, ce qui se traduit par une hausse des extractions médicales ou la sous-utilisation du matériel mis à disposition<sup>4</sup> ou encore par un important *turn over*, notamment en ophtalmologie et en dermatologie, préjudiciable à la continuité des soins<sup>5</sup>.

Outre ce manque d'intérêt, les praticiens hospitaliers intervenant en prison sont parfois animés par un souci de se démarquer à chaque instant de l'institution carcérale dans laquelle ils interviennent et à laquelle ils ont peur d'être assimilés. C'est ce qu'ont pu constater Marie-Hélène Lechien<sup>6</sup> ou Marc Bessin dans leurs analyses respectives de la loi du 18 janvier 1994 :

---

horaires décalés [...] En prison, elles éprouvent un sentiment de "plénitude" professionnelle ». LECHIEN Marie-Hélène, « L'impensé d'une réforme pénitentiaire », *Actes de la recherche en sciences sociales*, mars 2001, n°136-137, p.23.

<sup>1</sup> Entretien avec la responsable du bureau d'action sanitaire de la DRSP Rhône-Alpes daté du 22/04/2003, 2h20.

<sup>2</sup> MILLY Bruno, *Soigner en prison*, Paris, PUF, coll. « Le lien social », 2001, p.226.

<sup>3</sup> PARIZOT Isabelle, *Soigner les exclus*, PUF, Paris, coll. « Le lien social », 2003, p.49.

<sup>4</sup> C'est ainsi que la Commission d'enquête de l'Assemblée Nationale a pu observer « que des établissements pénitentiaires disposent d'appareils de radiologie neufs qui restent inutilisés faute d'un manipulateur radio ou d'un médecin généraliste formé à leur utilisation. En conséquence de quoi, les détenus doivent se rendre à l'hôpital de rattachement pour effectuer ces examens avec toutes les difficultés qu'impliquent les "extractions" » (ASSEMBLEE NATIONALE, *La France face à ses prisons*, op.cit., p.211).

<sup>5</sup> FATOME Thomas, et alii, *L'organisation des soins aux détenus*, op.cit., p.53.

<sup>6</sup> C'est ce dont témoigne un directeur d'établissement : « J'ai été atterré par les gens que l'hôpital nous a envoyés : [...] des comportements de défiance vis-à-vis de l'administration pénitentiaire [...] Les médecins me disaient : « Nous, on n'a rien n'a voir avec vous, on se salue, bonjour-bonsoir, mais on veut même pas vous voir » [...] En gros, il y avait d'un côté, selon eux, un courant progressiste, humaniste, pour ne pas dire

« Tout se passe en fait comme si le service médical ne faisait déjà plus partie de la prison »<sup>1</sup>. Alors que la réforme avait pour but de faciliter le travail de coordination entre les différents acteurs, jusque-là impossible faute de temps médical suffisant, il semblerait que les soignants soient souvent davantage isolés au sein de l'établissement qu'auparavant.

Ainsi, la loi du 18 janvier 1994 semble avoir accentué l'opposition entre les soignants et le corps des magistrats. Soucieux de l'autonomie que leur confère leur statut, certains praticiens hospitaliers regrettent de devoir subir les décisions, jugées arbitraires, des magistrats sans pouvoir être consultés. C'est le cas, par exemple, lors des « visites médicales immédiates » qui imposent au médecin de se rendre d'urgence à l'établissement pénitentiaire<sup>2</sup>. Les praticiens considèrent que ces demandes sont trop fréquentes et souvent non-justifiées :

*« C'est plus ou moins motivé car en fait ils [les magistrats] se couvrent. Ils exigent un certificat médical par un médecin [...] Et s'il y avait un peu plus d'esprit critique de la part des magistrats vis-à-vis de leur demandes, je pense que les choses seraient meilleures »<sup>3</sup>.*

Les Services pénitentiaires d'insertion et de probation (SPIP) sont désormais souvent les seuls à assurer le lien entre les soignants et les magistrats. La coordination entre les UCSA et les SPIP est d'ailleurs cruciale dans la prise en charge des détenus : elle peut améliorer la coordination de la prise en charge de la toxicomanie ou encore faciliter la préparation de la sortie (notamment quand l'état de santé des détenus justifie un suivi à l'extérieur, par exemple pour des troubles mentaux). Il apparaît cependant que la coopération entre les services sociaux et le personnel soignant est généralement très insuffisante, comme le constate un rapport IGAS-IGSJ : « Pourtant, rares sont les établissements pénitentiaires où ce travail en réseau s'effectue véritablement, les logiques de territoire jouant souvent à leur maximum »<sup>4</sup>. Il semblerait que la réforme de 1994 n'ait pas favorisé le rapprochement entre les deux services contrairement à l'objectif souhaité mais ait, à l'inverse, accentué le repli de chaque personnel sur ses compétences respectives.

C'est ce qu'on a pu observer aux M.A de Lyon lors du DEA. Des réunions communes ont certes lieu entre les deux services mais celles-ci sont davantage des réunions institutionnelles entre cadres que des rencontres entre personnels. Mais surtout la mise en rapport entre le

---

humanitaire, incarné par les gens du ministère de la Santé. Nous, on était les gardiens-chefs [...] Nous, on était les abrutis du milieu pénitentiaire et eux arrivaient avec la toute-puissance de la connaissance de la personne humaine » (Entretien cité in LECHIEN Marie-Hélène, « L'impensé d'une réforme pénitentiaire », *art.cit.*, p.23).

<sup>1</sup> BESSIN Marc, *L'hôpital incarcéré ? Modalité de cohabitation des logiques hospitalière et pénitentiaire*, GRASS/IRESO, juin 1994, 32p.

<sup>2</sup> La visite médicale d'entrée a normalement lieu dans une limite de quarante-huit heures pour la médecine somatique (UCSA) après l'incarcération. Le Code de procédure pénale permet cependant au magistrat d'exiger une visite médicale immédiate en cas de risque pour la vie du détenu, notamment contre les risques de suicide.

<sup>3</sup> Entretien avec le médecin à la DRASS Rhône-Alpes chargée de la médecine en prison daté du 26/06/2003, durée 1H.

<sup>4</sup> FATOME Thomas, et alii, *L'organisation des soins aux détenus*, *op.cit.*, p.42.



personnel soignant et les agents des services sociaux relève davantage de cas ponctuels que d'une procédure systématique de prise en charge des détenus :

*« Si le détenu les sollicite pour une question d'hébergement, alors j'imagine que le médecin va leur répondre que ce n'est pas son rôle et il va leur dire de s'adresser à nous [...] Mais si le détenu fait les demandes adaptées et ne pose pas des questions relatives à l'hébergement ou à la famille, s'il adresse uniquement une demande médicale aux médecins alors il n'y aura pas forcément de suivi »<sup>1</sup>.*

Cet isolement du service médical à l'égard des autres intervenants pénitentiaires est d'autant plus manifeste à l'égard du personnel de surveillance. Certes la loi du 18 janvier 1994 a mis fin à une certaine confusion dont le meilleur symbole étaient les surveillants auxiliaires portant la blouse blanche. Elle aurait ainsi rendu possible une « clarification des rôles » facilitant le recentrage de la Pénitenciaire sur la mission de garde<sup>2</sup>. Ce faisant, comme le relevait un ancien médecin pénitentiaire devenu praticien hospitalier, elle a amplifié l'écart symbolique entre ces deux missions :

*« La création des UCSA a introduit dans les prisons un îlot de richesse dans un océan de pauvreté [...] On a créé deux missions parallèles, une mission noble, habituellement reconnue comme telle, qui est la mission de soins, et une mission mercenaire qui est celle de sécurité. Cela ne peut que conduire à un affrontement »<sup>3</sup>.*

La loi du 18 janvier 1994 aurait ainsi accentué les oppositions entre les personnels pénitentiaires et sanitaires. Marie-Hélène Lechien constate en effet que l'arrivée du personnel hospitalier « réactive des systèmes d'opposition durables [...] entre des missions sécuritaires et répressives - ici celles des personnels pénitentiaires - et des missions plus "humaines", celles des soignants qui portent secours à des personnes incarcérées »<sup>4</sup>. Cette opposition entre les services se traduirait par des tensions quotidiennes, les soignants reprochant fréquemment aux surveillants de faire obstruction aux soins notamment à travers les retards durant les consultations<sup>5</sup>. Soucieux de leur autonomie, les praticiens n'hésitent plus comme auparavant à demander la libération d'un détenu placé au quartier disciplinaire ou à refuser de communiquer l'affection d'un détenu. Les soignants sont alors suspectés, sous couvert du secret médical, de privilégier le détenu plutôt que le surveillant, comme en atteste ce tract :

*« Le 2 février 1998, un détenu, placé depuis quelques jours en isolement médical, pour suspicion de tuberculose suivant une radio de dépistage, a pu assister à la grande efficacité du docteur suprême affecté au D4. En effet, ce grand manitou, assuré de sa compétence et de son autonomie, a jugé nécessaire d'enlever cet isolement. Bien mal lui en a pris, puisque plusieurs heures plus tard, celui-ci s'est aperçu de son erreur et a aussitôt replacé le détenu en isolement médical, sans juger utile d'informer ou de rassurer les personnels des risques qu'il a pu faire encourir. Bravo et merci docteur,*

---

<sup>1</sup> Entretien avec deux agents d'insertion et de probation (SPIP) des prisons de Lyon daté du 6/05/2003, 1H20.

<sup>2</sup> FATOME Thomas, et alii, *L'organisation des soins aux détenus*, op.cit., p.37.

<sup>3</sup> Pierre Barlet, médecin aux M.A de Lyon depuis 1966 puis responsable du service des détenus de l'hôpital Lyon Sud depuis 1985. Entretiens réalisés le 18/04/2003 et le 30/04/2008. Durées: 2H15 et 2H00.

<sup>4</sup> LECHIEN Marie-Hélène, « L'impensé d'une réforme pénitentiaire », *art.cit.*, p.26.

<sup>5</sup> Entretien avec la directrice-adjointe des prisons de Lyon depuis 1999, entretiens réalisés les 13/02/2003 et 1/07/2003, durées : 2H et 2H15.

*bravo pour votre haute compétence et merci surtout pour votre courage, puisque aucun personnel de surveillance n'a été averti dans cette affaire »<sup>1</sup>.*

Pourtant, un psychiatre ayant exercé depuis les années quatre-vingt considère que dans les faits le pouvoir dont disposent désormais les praticiens a déchu : « Les médecins n'ont plus le pouvoir qu'ils avaient avant [...] Les médecins faisaient des certificats pour tout. [...] Le médecin avait le pouvoir de dire que l'état de santé de monsieur untel suppose qu'il bénéficie de tel privilège »<sup>2</sup>. Il semblerait par conséquent que la représentation du pouvoir médical ne soit plus la même. Longtemps perçu comme extérieur à la détention, puisque simplement de passage, le praticien exerçant désormais à plein-temps est considéré comme un contre-pouvoir menaçant à l'égard de l'autorité pénitentiaire. Le choix du service public hospitalier semble avoir accentué cette opposition entre les missions de soin et de surveillance.

Bien qu'il n'ait pas été possible de le vérifier, plusieurs praticiens ont évoqué des établissements où les cadres hospitaliers refuseraient de communiquer systématiquement toute information à la direction pénitentiaire. En retour, cette dernière ferait de même, refusant par exemple d'indiquer la date de transfert d'un détenu, rendant ainsi difficile toute continuité des soins. Une conception très stricte du secret médical n'est pas sans conséquences dans le suivi des détenus, notamment en matière de prévention du suicide. Chaque service s'approprie les informations qu'il a en sa possession, rendant tout dialogue impossible. Là aussi, Noémie Bienvenu observe une différence entre les cas français et anglais ou gallois :

*« Le partenariat initié en Angleterre et au pays de Galles constituerait donc le meilleur modèle d'intégration en permettant une compréhension et une acceptation de la culture de l'autre [...] La prison et son personnel restent en quelque sorte impliqués dans la mission de soins. Cela se démontre notamment par la position qu'occupent les surveillants de prison face à la santé des détenus. Les surveillants des prisons anglaises et galloises sont dans l'obligation d'évaluer le risque suicidaire et la probabilité d'automutilation de chaque détenu et d'informer le personnel médical des résultats de cette évaluation. Au contraire, les surveillants des prisons françaises sont totalement exclus de la mission de santé, à l'exception toutefois de la transmission des demandes de soins au personnel médical. L'IGAS estime que ce manque de concertation des différents acteurs dans les prisons françaises nuit à une prévention efficace des suicides »<sup>3</sup>.*

Ainsi, si le service public hospitalier français est réputé pour sa compétence et son organisation, il n'en présente pas moins un mode de fonctionnement peu souple. Il était ainsi probable que la création de services hospitaliers dans les murs mêmes de l'institution carcérale aboutisse à certains conflits ou pour le moins à des effets désirés, préjudiciables à la prise en charge des détenus. Pourtant, le détour par le passé proposé dans cette thèse permet de rendre intelligible le choix qui fut fait. En effet, au terme de cette thèse, il apparaît aisé de comprendre la volonté du législateur français de distinguer si nettement les missions de soin

---

<sup>1</sup> Syndical local UFAP Fleury-Mérogis, tract distribué dans l'établissement pénitentiaire, 13 février 1998, Cité in Observatoire international des prisons, *Prisons : un état des lieux*, Paris, L'Esprit frappeur, 2000, p.140.

<sup>2</sup> Entretien avec Pierre Lamothe, médecin psychiatre responsable du SMPR de Lyon réalisé le 8/07/2003, durée 1H20.

<sup>3</sup> BIENVENU Noémie, *Le médecin en milieu carcéral*, op.cit., pp.61-62.

et de surveillance. Pour cela, le choix du service public hospitalier, doté d'une forte légitimité, est apparu comme une évidence aux réformateurs. Le militantisme qui a caractérisé la réforme de la médecine pénitentiaire, et ce au moins depuis 1981, explique cette volonté d'opérer une coupure nette entre la mission de soin et la mission de garde. S'il a permis de mettre fin à certaines ambiguïtés propres à la « médecine pénitentiaire », ce militantisme a cependant manqué de pragmatisme et en découlent aujourd'hui certains dysfonctionnements qui viennent d'être esquissés. Il apparaît ainsi légitime de se demander si on n'assisterait pas aujourd'hui à un retour de balancier à l'égard du passé. A une immixtion des pouvoirs disciplinaires et sanitaires (qu'a pu incarner parfois la médecine pénitentiaire) ne succède t'il pas un cloisonnement trop strict ?

Ces observations ne doivent cependant pas préjuger des transformations qui ont lieu actuellement au sein des praticiens exerçant dans les UCSA. Conscients de leur faible prise en compte au sein de l'institution hospitalière, ces derniers se sont progressivement organisés en réseau donnant lieu à des congrès de manière périodique. En février 2013 s'est ainsi déroulé à Montpellier le 10<sup>ème</sup> Congrès national des UCSA. Des organisations représentatives se sont également formées : outre l'Association des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire (ASPMP), ont été créés le Collège des soignants intervenant en prison (CSIP) ainsi que le Syndicat des médecins exerçant en prison (Smep). Ces organisations sont en voie de structuration et ne subsisterait aujourd'hui plus que l'Association des Professionnels de Santé Exerçant en Prison (APSEP) ainsi que le Syndicat des Praticiens Exerçant En Prison (SPEEP). Bien qu'elles disposent d'une faible audience médiatique, ces organisations ont plusieurs fois rappelé l'indépendance des praticiens hospitaliers à l'égard de l'autorité pénitentiaire<sup>1</sup>.

Par ailleurs, de nouvelles réformes ont été adoptées depuis la loi du 18 janvier 1994 afin de répondre aux problèmes les plus criants. La prise en charge des troubles mentaux est considérée comme le plus urgent depuis le milieu des années quatre-vingt-dix<sup>2</sup>. Les SMPR ayant une vocation régionale peinent, faute de moyens, à répondre à cet afflux de détenus présentant des troubles psychiatriques sur l'ensemble de leur ressort. La disparité de moyens

---

<sup>1</sup> Ce fut par exemple le cas lorsqu'en septembre 2008 à Rouen un détenu a assassiné son codétenu après qu'un médecin ait demandé la suspension de la mesure d'isolement frappant ce premier détenu. La direction de la M.A avait alors suspendu l'accès du praticien en question (« Les soignants des UCSA inquiets », 17/10/2008, [www.infirmiers.com](http://www.infirmiers.com)).

<sup>2</sup> La modification du Code pénal en 1992 en serait en partie à l'origine. Tandis que pour l'article 64 jusqu'alors, il n'y avait « ni crime ni délit lorsque le prévenu était en état de démence » durant les faits, l'article L.122-1 du nouveau Code pénal prévoit que le malade dont le discernement est « aboli » « n'est pas pénalement responsable » tandis que la personne ayant un discernement « altéré » demeure punissable mais il doit en être tenu compte dans la détermination de la peine. « Cette définition devait jouer comme un facteur d'atténuation de la responsabilité et, en conséquence, de diminution de la peine. Elle aurait dû se traduire par une diminution du nombre de personnes détenus souffrant de troubles mentaux [en détention]. C'est l'inverse qui s'est produit ». (« Le Sénat veut endiguer la progression du nombre de malades mentaux en prison », *Le Monde*, 26/01/2011).

est ainsi très forte entre les établissements<sup>1</sup>. Outre une proposition de loi toujours en cours d'examen visant à réduire d'un tiers la peine encourue par les personnes atteintes de troubles mentaux, des structures d'hospitalisation spécifiques furent créées par la loi Perben du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la Justice. Ces Unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA), très critiquées par certains psychiatres qui y voient « la renaissance de l'Asile-Prison »<sup>2</sup>, ont ouvert dans quelques hôpitaux psychiatriques<sup>3</sup>.

La sociogenèse de la réforme de l'organisation des soins en prison permet ainsi d'envisager sous un jour nouveau les observations formulées durant le DEA. Le manque de pragmatisme qui semble avoir caractérisé la mise en œuvre du transfert de tutelle peut s'expliquer par le fait que cette réforme n'ait pas tant eu pour origine les professionnels concernés que des magistrats-militants occupant des fonctions de direction au ministère de la Justice. Afin de rompre avec l'image d'une médecine pénitentiaire compromise, ils souhaitèrent confier cette mission à une institution dotée d'une forte autonomie. A la confusion entre les missions de soin et de garde succéda une forte défiance, parfois source de dysfonctionnement dans la prise en charge sanitaire des détenus.

Un tel scénario n'est certes pas figé. C'est ainsi qu'Isabelle Chauvin propose dans son analyse de la réforme un scénario d'apprentissage mutuel, la loi du 18 janvier 1994 permettant, selon elle, un renouveau des relations entre l'organisation hospitalière et l'institution carcérale<sup>4</sup>. La santé permettrait de modifier imperceptiblement la culture de chaque intervenant, et ainsi de rapprocher leurs organisations respectives. L'enjeu de la réforme serait, à terme, une transformation de la prison et de l'hôpital. L'institution pénitentiaire peut ainsi progressivement s'ouvrir aux intervenants extérieurs, accélérant ainsi le processus de décroïsonnement. Elle peut surtout s'ouvrir à une nouvelle conception de la prise en charge des détenus davantage orientée vers la prévention et la réinsertion. L'hôpital, partenaire essentiel de la réforme, ne doit cependant pas rester en marge de ces transformations. Celui-ci est pour l'instant inadapté, à certains égards, aux exigences que requière le soin des détenus : les patriciens hospitaliers demeurent réticents à intervenir en milieu pénitentiaire, les contraintes carcérales sont souvent mal comprises des équipes hospitalières, le traitement

---

<sup>1</sup> A titre d'exemple, le centre de détention d'Uzerche n'a disposé d'aucun intervenant psychiatrique depuis juillet 2001 alors qu'il s'agit d'un établissement de 600 détenus, parmi lesquels un nombre important de patients addictifs et d'auteurs d'agressions sexuelles (JUAN Fabien, *Le dispositif de soins en santé mentale*, op.cit, p.201)

<sup>2</sup> JUAN Fabien, *Le dispositif de soins en santé mentale*, op.cit, p.238.

<sup>3</sup> Jusqu'à présent trois UHSA ont été créées (Lyon, Toulouse et Nancy), neuf étant prévues, où sont hospitalisées des personnes incarcérées, avec ou sans consentement, qui sont gérées par l'Administration pénitentiaire et font exception ainsi à l'organisation sectorielle de la psychiatrie.

<sup>4</sup> CHAUVIN Isabelle, *La santé en prison*, Paris, ESF Editeur, 2000, p.85.

« organiciste » de la maladie convient mal à des patients-détenus qui sont avant tout à la demande d'un dialogue. L'ouverture de la prison sur l'hôpital constitue une ouverture potentielle de l'hôpital en faveur des personnes défavorisées : « L'hôpital pourrait y gagner également une expérience de l'ouverture sur la Cité, en coopération avec les équipes soignantes sociales de la ville. Il pourrait également mieux jouer son rôle dans la continuité des soins entre l'avant hôpital, l'hôpital et l'après hôpital. Il pourrait, enfin, mieux faire participer le patient aux décisions qui le concernent »<sup>1</sup>. Ainsi, comme le rappelle Olivier Obrecht « le service public hospitalier doit s'organiser pour être service de tous, sans exception »<sup>2</sup>.

Le détour par le passé qu'a opéré cette thèse permet ainsi d'envisager la loi du 18 janvier 1994, et la nouvelle organisation des soins qui en découle, non pas tant comme un acquis à conserver que comme un enjeu pour le futur. Au-delà du cas d'espèce, ce travail interroge de façon plus générale la manière dont se transforment les spécialités médicales. Parce qu'elle s'exerce dans un milieu non-médical, la médecine pénitentiaire constitue un exemple privilégié de spécialisation dont on ne peut rendre compte uniquement à partir de la seule logique médicale.

### *Le projet d'une « médecine pénitentiaire » au croisement d'une double dynamique médicale et carcérale*

Médecine aérospatiale, angiologie, gériatrie, traitement de la douleur, fœtopathologie... Les études médicales se sont profondément complexifiées depuis une trentaine d'années. Cette spécialisation, au sens large du terme, résulte en partie d'un travail de mobilisation de la part des professionnels concernés comme l'a mis en évidence la sociologie des professions. L'arrêté du 26 avril 2007 consacrant la Capacité d'acupuncture ou l'arrêté du 21 avril 2004 instituant le Diplôme d'études spécialisées complémentaire qualifiant (DESC II) en gériatrie attestent sans nul doute du « succès » du « travail de légitimation » opéré par des médecins engagés dans une nouvelle pratique. « Ce groupe doit alors convaincre le milieu médical qu'il y possède une place spécifique », observe Isabelle Baszanger<sup>3</sup>.

La sociologie des professions fut utile pour analyser le travail de légitimation interne et externe effectué par les médecins pénitentiaires afin d'être reconnus par leurs pairs. On a ainsi montré comment Georges Fully puis Solange Troisier ont œuvré à délimiter une identité de

---

<sup>1</sup> *Ibidem*, p.87.

<sup>2</sup> OBRECHT Olivier, « Des progrès pour la santé en prison », *Projet* n°269, juin 2002, p.114

<sup>3</sup> BASZANGER Isabelle, « Emergence d'un groupe professionnel et travail de légitimation. Le cas des médecins de la douleur », *art.cit.*, p.268.

praticien pénitentiaire. Par le biais d'articles scientifiques et de congrès, les deux Médecins-inspecteurs ont tenté de mettre en évidence l'existence d'une « pathologie carcérale » ainsi que le rôle spécifique attribué au médecin en prison. Parce qu'il est seul apte à traiter de certains troubles propres au milieu carcéral, comme la simulation ou la grève de la faim, mais aussi parce qu'il dispose d'une position très particulière entre le détenu et l'Administration, le médecin pénitentiaire devrait disposer du monopole de l'exercice médical en prison. Il doit pour cela, estiment Georges Fully et Solange Troisier, bénéficier d'une formation permettant de délimiter certains standards de pratique homogènes à tous les praticiens : que faire face à une grève de la faim ? Comment rédiger un certificat médical de coups et blessures ? Quels doivent être les rapports du médecin avec le Juge d'application des peines ? A partir de quel moment l'état de santé d'un détenu doit-il être jugé incompatible avec des mesures disciplinaires, voire avec la détention elle-même ?

Les réponses à ces questions dépassent cependant largement le seul domaine médical et relèvent ainsi tout autant de la médecine que de la politique carcérale. Ainsi la spécialisation médicale ne peut être réduite à un phénomène relevant seulement des praticiens. En cela, l'analyse d'une spécialisation médicale suppose « de sortir des problématiques n'abordant la médecine qu'à partir des seuls médecins pour intégrer dans l'analyse non seulement les auxiliaires médicaux, sans qui le pouvoir médical ne serait pas ce qu'il est, mais tous ceux qui – scientifiques, ingénieurs, religieux, agents de l'État, administratifs, notables – sont investis dans le champ et entretiennent avec les médecins des relations de collaboration et de concurrence »<sup>1</sup>.

C'est pourquoi si les Médecins-inspecteurs exercèrent un rôle-clef, la dynamique de reconnaissance de la médecine pénitentiaire fut également l'œuvre d'autres acteurs. On a tenté de souligner, en dépit de sources parfois lacunaires, le rôle exercé par certains magistrats de l'Administration pénitentiaire dans ce travail. Mais surtout, on s'est attelé à mettre en évidence les enjeux non-médicaux de cette dynamique de spécialisation médicale. De la définition de cette activité découlent de nombreuses conséquences sur la régulation d'un établissement pénitentiaire. C'est pourquoi, la spécialisation médicale n'est pas un phénomène univoque d'autonomisation. Elle est l'usage de stratégies différenciées, manifestes en l'espèce en raison des profils très distincts entre les deux Médecins-inspecteurs.

Ancien résistant, marqué par l'expérience de la déportation, Georges Fully témoigne d'une représentation militante de son rôle de Médecin-inspecteur. Au service des détenus, il tente d'assurer aux praticiens les conditions de leur autonomie professionnelle. A l'inverse, auparavant dotée d'importantes responsabilités politiques et fortement inscrite dans des jeux

---

<sup>1</sup> PINELL Patrice, « La genèse du champ médical : le cas de la France (1795-1870) », *art.cit.*, p.318.

de pouvoir, Solange Troisier assume une vision plus politisée de son rôle. Son action vise moins à autonomiser l'action des soignants de l'Administration pénitentiaire que du ministère de la Santé. En faisant prévaloir les exigences pénitentiaires sur celles de nature déontologique, le second Médecin-inspecteur place ainsi son action au service du ministère de la Justice dont le médecin n'est selon elle qu'un auxiliaire. La délimitation d'une discipline médicale vise, d'une part, à réhabiliter un secteur d'action publique contesté et, d'autre part, à conserver la main sur un domaine qui demeure ainsi à l'écart du contrôle des autorités sanitaires.

La spécialisation de la médecine pénitentiaire ne peut ainsi être comprise qu'au croisement de deux dynamiques, médicale et carcérale, qui apparaissent inextricables.

Faute d'articuler ces deux dimensions, on ne pourrait comprendre d'ailleurs la disparition de la médecine pénitentiaire. Certes la condamnation de celle-ci fut le fait notamment de praticiens hostiles à une médecine spécifique aux détenus. Sont intervenus, tour à tour, un segment d'internes protestataires durant les années soixante-dix puis un segment de médecins désireux d'être rattachés au ministère de la Santé au milieu des années quatre-vingt. Cette mobilisation des praticiens ne fut pourtant pas, comme on l'a vu, le principal facteur de réforme de la médecine pénitentiaire. Aussi bien en 1981 qu'au début des années quatre-vingt-dix, c'est principalement l'engagement de magistrats-militants affectés à la Direction de l'Administration pénitentiaire qui a permis d'engager des réformes. Cette importance des acteurs non-médicaux amène à adopter une nouvelle représentation de l'institution pénitentiaire accordant autant d'importance aux dispositifs institutionnels qu'aux acteurs qui les matérialisent.

### *L'institution pénitentiaire et ses réformes au prisme de ses acteurs*

La lecture foucaldienne faite par Robert Castel du concept de « *total institution* » développé par Erving Goffman a contribué, d'après nous, à orienter davantage la sociologie carcérale sur le sens des réformes plutôt que sur leur origine, leur ôtant ainsi toute historicité. La conception de la réforme carcérale développée par *Surveiller et punir* a également favorisé une approche où les acteurs apparaissent secondaires au regard de la rationalité de l'institution qui est, selon Michel Foucault, de gérer les illégalismes. Pour ce spécialiste de l'histoire des idées, ainsi que pour Robert Castel, l'institution surdétermine le comportement des individus, dont l'analyse est ainsi reléguée au second plan.

Une institution peut-elle être pensée en dehors des acteurs qui la composent ? Ce travail de thèse est partie de l'idée que la réalité sociale doit être comprise par les jeux qui s'exercent entre, d'une part, les dispositifs de pouvoir et, d'autre part, les stratégies et les idées qui

animent les acteurs. On a ainsi tenté de montrer que l'évolution de l'organisation des soins en prison était autant le fait de facteurs institutionnels (poids du Médecin-inspecteur, autonomie de la DAP) que de stratégies personnelles (par exemple de Solange Troisier) ou encore de croyances portées par ceux qui constituent la prison. L'institution carcérale n'est pas uniquement, ce à quoi conduirait une application trop stricte de la pensée de Michel Foucault, un ensemble de règlements, de procédures et de pratiques. On ne peut rendre compte de la prison qu'au croisement d'un ensemble de dispositifs concrets ainsi que d'acteurs qui les mettent en œuvre et les transforment.

C'est pourquoi l'analyse des politiques carcérales suppose, comme toute analyse de politiques publiques, une sociologie de ses acteurs. Celle-ci doit attentive non seulement à leurs intérêts respectifs mais aussi aux croyances qui les animent. Sans exagérer le rôle de ces dernières, on a pu observer que les professionnels de la prison sont animés par une certaine représentation de cette institution. Celle-ci semble avoir considérablement évolué depuis les années soixante. La dénonciation de la coupure entre la prison et le reste de la Cité, qui fut l'œuvre des militants de la cause carcérale, a abouti à l'idée de « décroisement ». Après avoir fortement variée selon les acteurs en présence, la signification de ce terme semble s'être stabilisée avec l'alternance de 1981 lorsque des acteurs militants ont acquis des positions de pouvoir au sein de l'Administration pénitentiaire. C'est à partir de l'idée de décroisement qu'ils ont tenté de réformer les différentes dimensions de la prise en charge des détenus (médicale mais aussi culturelle, éducative, etc.). C'est toujours en se fondant sur cette même idée que des magistrats entreprirent au début des années quatre-vingt-dix une réforme qui aboutit à la loi du 18 janvier 1994.

Il nous semble ainsi souhaitable d'adopter une approche moins restrictive de la prison et de ses réformes. Tant du fait de l'influence de Michel Foucault que de la lecture castelienne de l'œuvre de Goffman, la sociologie carcérale a beaucoup privilégié la question du sens de ces réformes : la prison est-elle encore une institution totale ? La prison contribue t'elle encore à la mise à l'écart des déviances ? Si ces questions sont heuristiques, elles ne doivent pas pour autant reléguer au second plan la question du « comment » : comment ces réformes se traduisent-elles ? Qui les mettent en œuvre ? Comment évolue au cours du temps un même dispositif en fonction de ceux qui l'appliquent ? Il serait à ce titre intéressant de dresser une sociologie plus fine des acteurs pénitentiaires (surveillants, éducateurs, enseignants, soignants, directeurs, magistrats, etc.), notamment à travers une approche diachronique<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Il serait à cet égard intéressant d'effectuer une sociologie des procédures de recrutement de ces professionnels ainsi que de leur formation. On a par exemple, à cet égard, évoqué les conséquences de la création d'un concours externe de directeur d'établissement dans les années soixante-dix provoquant une élévation sensible du niveau de



Ce regard plus sociologique, et ainsi moins idéologique, sur la prison aurait peut-être pour conséquence de souligner que la prison évolue en dehors des moments de réforme souvent privilégiés dans l'analyse. Elle peut permettre de relativiser l'importance du volontarisme politique dans la transformation de la prison. Si celui-ci est parfois un vecteur de transformation de la prison<sup>1</sup>, l'institution carcérale évolue également par petites touches, du fait notamment du renouvellement des hommes en place. L'intervention d'internes davantage politisés suite aux « années 68 », l'arrivée d'une nouvelle génération de praticiens au début des années quatre-vingt ou de magistrats membres du Syndicat de la magistrature à la DAP sont autant d'exemples de ce mode d'évolution de la prison. Loin des effets d'annonce, des commissions parlementaires et des lois pénitentiaires, l'institution carcérale se transforme par le renouvellement de ceux qui y travaillent<sup>2</sup>.

Peut-être la prison se transforme-t-elle autant, voire davantage, ainsi que suite à des coups de boutoirs spectaculaires que retiennent le plus souvent les médias ? En matière de santé en milieu carcéral, ces derniers ont surtout conservé à l'esprit, aujourd'hui encore, le livre fracassant publié par Véronique Vasseur<sup>3</sup>. Certains lui ont même attribué, à tort bien sûr, la réforme de la médecine pénitentiaire. Interrogés sur son ouvrage, les médecins rencontrés se sont montrés très partagés. Tout en soulignant son côté peu vraisemblable, et sensationnel, destiné à plaire à un large public, la plupart ont cependant considéré qu'il était préférable que ce livre ait été publié du fait de la médiatisation de la prison qu'il a rendue possible. Il apparaît très difficile d'en percevoir tous les effets<sup>4</sup>.

Quelque soit le bien fondé de cette prise de parole<sup>5</sup>, cet exemple atteste qu'au-delà d'un certain niveau il serait légitime, voire nécessaire, de témoigner à l'extérieur de certaines pratiques jugées « scandaleuses ». L'obligation de réserve qui s'impose aux fonctionnaires en vertu de la jurisprudence administrative peut cependant parfois être un obstacle à un tel

---

diplôme à mesure qu'apparaissait un chômage de masse. Il en est de même aujourd'hui des surveillants dont le niveau de diplôme s'est considérablement accru.

<sup>1</sup> ARTIERES Philippe, LASCOUTES Pierre, SALLE Grégory, « Gouverner, enfermer... » *art.cit.*, p.40.

<sup>2</sup> Peut-être encore plus que pour les autres administrations, on peut regretter en matière pénitentiaire le fait que la fonction publique favorise une logique de carrière, établissant peu de passerelles entre les différents corps d'Etat.

<sup>3</sup> VASSEUR Véronique, *Médecin-chef à la prison de la Santé*, Le cherche midi, Paris, 2000.

<sup>4</sup> Le fait que les deux rapports des commissions d'enquête parlementaires, jugés éloquentes, n'aient pas débouché finalement sur une réforme pénitentiaire ne préjuge cependant pas des effets que cet ouvrage, et ces rapports, ont pu avoir sur les consciences.

<sup>5</sup> Beaucoup de praticiens et de membres de l'Administration pénitentiaire reprochèrent à Véronique Vasseur de ne jamais avoir signalé en interne ce qu'elle a dénoncé dans son livre. La publication d'un nouvel ouvrage sensationnel en 2005 concernant l'hôpital public où elle travaillait depuis 2001 attesterait d'une certaine propension à « dénoncer », probablement à des fins commerciales..

témoignage<sup>1</sup>. Ce devoir de témoigner apparaît bien sûr d'autant plus fondamental au sein des institutions fermées, telle que la prison, caractérisées par leur autonomisation à l'égard du social. C'est ce degré de fermeture qui rend d'autant plus nécessaire de penser les conditions permettant un réel contrôle de l'institution carcérale.

*Un contrôle indépendant des conditions de détention comme étape supplémentaire dans le décroisement l'institution carcérale*

La prison est une institution dont le principal trait distinctif est son degré de fermeture. Pourtant, on l'a vu au cours de cette thèse, loin de l'image d'une institution immobile, les conditions de détention se sont considérablement transformées depuis les années soixante-dix. La prison n'en demeure certes pas moins une institution totale. Le jour où elle ne tentera plus d'exercer cette emprise sur les détenus, elle ne sera alors plus une prison et sera consacrée une nouvelle institution que certains appellent de leurs vœux. Poussée dans ses extrêmes, l'idée de « décroisement », retracée dans cette thèse, n'est d'ailleurs peut-être pas moins une forme d'abolitionnisme progressif de l'institution carcérale.

La coupure qui caractérise la prison ne s'observe pas uniquement dans les conditions de détention mais également dans l'organisation même de l'Administration pénitentiaire. Pendant longtemps, cette administration centrale fut ainsi pilotée par des cadres propres à la Pénitentiaire ou quelques magistrats qui entretenaient peu de liens avec les administrateurs civils des autres ministères. On a pu également observer cette coupure par la faible capacité de cette Administration à s'exposer médiatiquement. Son souci de discrétion a conduit la Pénitentiaire à une gestion interne de certains problèmes, comme ce fut le cas en matière de sida. Si elles se réfèrent à un passé révolu, ces remarques n'en conservent pas moins une certaine pertinence aujourd'hui.

Cette tendance au repli qui caractérise l'Administration pénitentiaire rend d'autant plus indispensable que les conditions de détention soient contrôlées<sup>2</sup>. Apparaissent dès lors primordiales les modalités de ce contrôle. Sans jeter l'opprobre sur de nombreux praticiens qui ont exercé dignement leur fonction, on a pu relever au cours de cette thèse certaines dérives qui ont contribué à jeter le discrédit sur la médecine pénitentiaire : usage disciplinaire de la ceinture de contention, visites médicales éclairées faute de respect des temps de travail,

---

<sup>1</sup> C'est à ce titre que certains demandent l'inscription dans le droit français d'un statut protecteur de « lanceur d'alerte » pour les fonctionnaires (SOS Fonctionnaires-victimes, « Une loi pour protéger les lanceurs d'alerte de la fonction publique », *Médiapart*, 1/12/2012).

<sup>2</sup> C'est d'ailleurs pour pallier l'absence d'un tel contrôle que le journaliste lyonnais Bernard Bolze a lancé en 1991 la création d'un Observatoire indépendant des prisons qui diffuse toujours une revue bimestrielle (*Dedans dehors*), un guide du prisonnier ou encore un rapport annuel. Après avoir été présidé par Florence Aubenas (2008-2012), l'OIP est actuellement présidé par Antoine Lazarus.

rôle exagéré conféré à des surveillants, voire à des détenus, ou encore maintien en place de certains praticiens défaillants. Ces pratiques auraient peut-être pu être évitées à l'aide d'un contrôle médical indépendant. Le second Médecin-inspecteur, Solange Troisier, n'assurait pas à l'évidence cette fonction. Rattachée au directeur de l'Administration-pénitentiaire, elle disposait d'une conception très politique de son rôle. Son principal objectif était d'ériger une spécialité médicale nouvelle dont elle aurait pris la tête. Ses visites d'établissement étaient surtout l'occasion, comme on l'a vu, de convaincre les praticiens à ses propres idées (valorisation de cette discipline) ou aux impératifs pénitentiaires (baisse du nombre d'hospitalisations civiles). Deux conditions ont favorisé cette dérive.

Les conditions de nomination du Médecin-inspecteur étaient, tout d'abord, en contradiction avec l'importance de sa mission. Outre qu'il était seul à pouvoir contrôler les conditions de prise en charge sanitaire des détenus faute d'intervention du ministère de la Santé, le Médecin-inspecteur exerçait d'un pouvoir d'injonction sur ses collègues exerçant en détention lors de situations conflictuelles : grèves de la faim ou révoltes de détenu. Pour ces raisons, il aurait dû être nommé selon une procédure collégiale devant faire l'objet d'un contrôle politique des différents partis. Pourtant, le Médecin-inspecteur était nommé en Conseil des ministres sans aucun contrôle des chambres parlementaires et son choix apparaissait purement discrétionnaire. On l'a vu, c'est probablement sa proximité avec Mme Messmer, et plus largement avec les réseaux politiques dans lesquels elle était intégrée, qui a permis à Solange Troisier d'être nommée en septembre 1973 par Pierre Messmer, alors Premier ministre.

Le choix d'un Médecin-inspecteur trop politisé a eu d'autant plus de conséquences que celui-ci exerçait ses fonctions de manière indéterminée puisque la décision relevait du seul pouvoir exécutif. Pour qu'un contrôle soit réalisé de manière indépendante, il apparaît nécessaire que celui qui l'exerce soit nommé pour une période limitée et non-reconductible. C'est parce que Solange Troisier pouvait espérer conserver son poste de façon indéterminée, qu'elle a investi la médecine pénitentiaire comme un secteur dont elle pouvait devenir la « patronne ». Plutôt qu'un rôle d'inspection et de contrôle, elle a ainsi davantage exercé une fonction de *leader* d'un groupe professionnel.

Au regard de ces deux conditions nécessaires au respect d'un contrôle indépendant des prisons, on peut se féliciter de la création en 2007 du Contrôleur général des lieux de privation de liberté sous la forme d'une Autorité administrative indépendante<sup>1</sup>. Nommé par décret du Président de la République, en raison de ses compétences et de ses connaissances professionnelles, après avis de la commission compétente de chaque assemblée, pour une durée de six ans, non renouvelable, le Contrôleur ne peut exercer un emploi public, une

---

<sup>1</sup> Loi n° 2007-1545 du 30 octobre 2007 instituant un Contrôleur général des lieux de privation de liberté.

activité professionnelle ou un mandat électif. Ces conditions semblent favorables à assurer son indépendance. Le premier Contrôleur nommé, Jean-Marie Delarue, fut d'ailleurs salué par tous les acteurs du secteur pour sa compétence et son indépendance. Bien que dépourvu d'un pouvoir d'injonction et doté de moyens limités<sup>1</sup>, les recommandations qu'il a effectuées ont bénéficié d'importantes retombées médiatiques.

L'institution d'un contrôle indépendant des conditions de détention semble s'inscrire dans la dynamique de décroisement initié dans les années soixante-dix. Elle part du même refus de considérer la prison comme un lieu devant être tenu à l'écart de la société. C'est dans cette même direction que devait s'inscrire la loi n°2009-1436 du 24 novembre 2009 dite loi pénitentiaire, qui consacre dans le chapitre III de son titre I<sup>er</sup> les droits et devoirs reconnus aux personnes détenues. Son ainsi consacrés le droit au maintien des liens familiaux grâce à l'amélioration des visites et à une plus grande facilité d'usage du téléphone ou encore le droit au travail et le droit à la formation. Ce texte peut sembler novateur en ce qu'il regroupe en un seul et même document les normes pénitentiaires, et ce conformément à la demande formulée en 2000 par Guy Canivet dans son rapport sur les conditions de contrôle des prisons<sup>2</sup>. En dépit de quelques progrès, cette loi serait cependant décevante, traduisant même selon Martine Herzog-Evans une régression en la matière<sup>3</sup>. Les droits proclamés seraient vidés de tout contenu tant les justifications permettant d'y déroger seraient larges. Ainsi, le droit à l'information pourrait être limité dès lors que des publications contiendraient « des propos ou signes injurieux ou diffamatoires à l'encontre des agents et collaborateurs du service public pénitentiaire ainsi que des personnes détenues ».

Les déceptions liées à cette loi, et à l'inverse l'œuvre du Contrôleur général, viennent rappeler que le décroisement, et plus généralement l'amélioration des droits des détenus, n'est pas un processus linéaire qui avancerait conformément à la marche de l'Histoire. La transformation de l'institution carcérale est l'œuvre d'individus porteurs d'une certaine représentation de l'incarcération et du sens de la peine. A partir de leurs positions variés (militant associatif, surveillant, directeur d'établissement, visiteur de détenus, chargé d'administration centrale, etc.), ils tentent d'infléchir les conditions de détention dans un sens ou dans un autre. C'est à cette sociologie politique des acteurs de la prison, et de ses réformes, que ce travail de thèse a tenté de contribuer.

---

<sup>1</sup> Dotée d'environ 35 contrôleurs, l'équipe du Contrôleur général a visité en 2012 159 établissements, soit 665 depuis sa création, sur un total de 5.219 lieux privatifs de liberté (prisons mais aussi zones de rétention administrative, centres éducatifs fermés, hôpitaux psychiatriques, locaux de garde à vue, etc). CGLPL, *Rapport d'activité 2012*, disponible en ligne sur le site : <http://www.cglpl.fr/>.

<sup>2</sup> ECOLE NATIONALE D'ADMINISTRATION, *L'Administration pénitentiaire et les droits des personnes détenues*, Mémoire d'approfondissement n°9, promotion Robert Badinter, février 2011, 52p.

<sup>3</sup> HERZOG-EVANS Martine, « Loi pénitentiaire n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 : changement de paradigme pénologique et toute puissance administrative », *Recueil Dalloz*, 2010, pp. 31 et suiv.





# SOURCES ECRITES

Les sources primaires écrites sont présentées selon leur nature ou origine. Ont tout d'abord été détaillées les archives des ministères de la Santé et de la Justice consultées après autorisation des services ou, le plus souvent, dérogation (I). Dans une deuxième section sont présentées les archives radio-télévisées consultées à l'Institut national de l'audiovisuel (INA) (II). Dans la troisième section sont référencées les archives du juge Etienne Bloch, consultées à l'Institut d'histoire du temps présent (IHTP) après accord de son conservateur, Fabrice d'Almeida (III). Les archives relatives à la Coordination syndicale pénale (COSYPE) consultées au Syndicat national des éducateurs pénitentiaires (SNEPAP), grâce Philippe Pottier, sont détaillées dans une quatrième partie (IV). Puis sont référencés les articles de la presse quotidienne généraliste et spécialisée sont dans une cinquième partie (V). Enfin, les sources documentaires ayant fait l'objet d'une publication sont présentés, à l'instar de la bibliographie, de façon thématique (VI). Y figurent tout d'abord les textes ayant trait à la politique ou à l'actualité pénitentiaires. Sont ensuite présentés les articles relatifs à l'organisation des soins en prison. Une troisième sous-partie comporte des textes portant sur des sujets plus épars (médecine légale, sida, etc.).

## 1. ARCHIVES DES MINISTRES JUSTICE ET SANTE

➤ *Archives internes non versées de l'Administration pénitentiaire consultées après autorisation des services (sous-direction PMJ de la DAP) :*

DAP, « Note sur les médecins », 1975. Document dactylographié, 21 pages.

Lettre du ministre de la Santé au garde des Sceaux du 29/04/1975, 4 pages.

« La médecine en milieu pénitentiaire », cours de l'ENAP, 22/11/1978.

Note de Philippe Chemithe, chef de l'inspection des services pénitentiaires, au Directeur de l'Administration pénitentiaire du 3 mars 1983.

Lettre de la DAP, Myriam Ezratty, au Chef de l'IGAS du 18/09/1984. Dossier C3 Inspections médicales.

P.V du Comité de coordination de la santé en milieu carcéral du 17/12/1984, 5 pages. Archives internes DAP.

P.V du Comité de coordination de la santé en milieu carcéral du 16/09/1985, 4 pages. Archives internes DAP.

La circulaire n°25 de Myriam Ezratty adressée aux directeurs régionaux et directeurs d'établissements pénitentiaires le 27/09/1985 limite à trois ans renouvelables la durée des fonctions de médecine pénitentiaire (Archives internes DAP)

Procès-verbal du Comité de coordination de la santé en milieu carcéral, 1/07/1985.

REYNES, TALON, *Conditions de décès d'un détenu au centre de détention de Caen*, 01/1986. Dossier C3 Inspection médicale.

## PRESENTATION DES SOURCES ECRITES

Lettre du médecin-chef des Baumettes au DRSP de Marseille datée 29/09/1987.

Note du DAP sur le rapport du médecin-chef des Baumettes datée du 17/11/1987.

P.V du Comité de coordination de la santé en milieu carcéral. Réunion du 26/09/1988.

P.V du Comité de coordination de la santé en milieu carcéral. Réunion du 23/03/1989.

Lettre de la section des affaires économiques de la DAP aux sous directeurs sur le bilan de la gestion 1988 et 1989 datée du 24/08/1990.

Compte-rendu manuscrit de la réunion sur les dépenses de santé du 13/03/1991, 6 pages.

Lettre de J.-C. Karsenty, DAP, à M. Jean-Baptiste Lebrun datée du 13/12/1991. Archives internes DAP.

➤ *Archives non versées de la Direction générale de la santé (DGS) et consultées au ministère de la Santé après autorisation des services :*

Lettre du Dr Du Couedic à Mme Akoun de la DGS daté du 31/05/1985.

Lettre du préfet de Gironde au cabinet du ministère de la Santé et transmis à la DGS le 10/09/1985.

Courrier de la Sous direction de l'organisation des soins (Bureau 3A) de la DGS au MISF de Haute-Marne daté du 25/09/1985.

DGS, « Note sur le contrôle exercé par les médecins inspecteurs de la santé dans les établissements pénitentiaires pour l'année 1985 », document dactylographié, 5 pages, 8/08/1986.

Note de la DGS à Monsieur le Chef de l'IGAS datée du 29/09/1987.

Lettre du ministère de la Santé au garde des Sceaux datée du 13/11/1987.

Avis du Médecin inspecteur de la santé sur le projet de M.A de 600 places à Villepinte daté du 12/11/1987.

Compte-rendu de la session d'information du 10 décembre 1987 « Soins et hygiène en milieu carcéral », 24 pages ronéotypée.

Compte rendu de la DDASS de L'Essonne sur la Commission d'appel d'offre pour les prisons privées. 16/01/1988.

Compte rendu du troisième congrès mondial du CISMF tenu à Bristol en 08/1988 par le service des Affaires Sociales de l'Ambassade de France à Londres.

DGS, compte rendu du groupe de travail relatif au fonctionnement du service médical des nouveaux établissements pénitentiaire du programme « 13.000 » du 7/10/1988. Document manuscrit.

DGS, compte rendu du groupe de travail relatif au fonctionnement du service médical des nouveaux établissements pénitentiaire du programme « 13.000 » du 18/10/1988. Document manuscrit.

DGS, compte rendu du groupe de travail relatif au fonctionnement du service médical des nouveaux établissements pénitentiaire du programme « 13.000 » du 8/11/1988. Document manuscrit.

DGS, prises de notes manuscrites lors de la réunion du 8/11/1988 du groupe de travail relatif au fonctionnement médical des prisons « 13.000 ».

Note DGS au Conseiller technique du ministre de la Santé datée du 20/01/1989.

Bulletin de l'APSP n°1, document de 8 pages ronéotypé.

Bulletin de l'APSP n°2-3, document de 38 pages ronéotypé.

Bulletin de l'APSP n°4, document de 30 pages ronéotypé.

DGS, prises de notes manuscrites lors de la réunion du 27/01/1989 du groupe de travail relatif au fonctionnement médical des prisons « 13.000 ».



## PRESENTATION DES SOURCES ECRITES

DGS, compte rendu du groupe de travail relatif au fonctionnement du service médical des nouveaux établissements pénitentiaire du programme « 13.000 » du 24/03/1989 Document manuscrit.

Lettre de la DGS au garde des Sceaux du 19/04/1989.

DASS Moselle, « Rapport d'inspection du Médecin inspecteur de la santé », 3 pages, 6/08/1990.

Lettre de la DGS au Bureau GB3 de la DAP datée du 18/09/1990.

DGS, « Circulaire relative au contrôle exercé par les médecins inspecteurs de la santé dans les établissements pénitentiaires ».

DGS/SDOS, « Note pour Monsieur le Directeur Général de la Santé sur la situation actuelle des soins en milieu carcéral », 27/04/1992, document dactylographié, 9 pages.

DGS/SDOS, « Compte rendu de la réunion du 30 avril 1992 entre le Directeur général de la santé et le Directeur de l'administration pénitentiaire ».

DGS/bureau « 3S »/Mme Khodoss, « Note de problématique. Santé en milieu pénitentiaire. Question du « transfert de tutelle » », 18/05/1992, 4 p.

DGS/ Bureau « 3S »/ Mme Khodoss, « Note sur le repérage des besoins de santé en milieu carcéral », 05/1992.

DAP, « Compte rendu de la réunion du 14 mai 1992 », 2 pages.

AP/SDR, « Note du sous-directeur de la réinsertion adressée au directeur de l'AP en vue de préparer la réunion du 14 mai », 7/05/1992.

DGS/SDOS/ Mme Clark, « Compte rendu de la réunion du 27 mai 1992 », 3p.

DGS/SDOS « Note à destination de M. Tabuteau, directeur de cabinet du ministre de la santé », 3/06/1992.

DGS, « Compte rendu de la réunion du 12/06 des cabinets Santé-Justice », 2p.

DH-DGS/3S/57, « Note à destination de M. Tabuteau, directeur de cabinet du ministre de la santé », 14/06/1992.

DGS/3S/ Mme Khodoss, « Note à l'attention de M. Tabuteau, directeur de cabinet du Ministre de la Santé. Relevé de décisions de la réunion du 12 juin 1992 entre les cabinets du Garde des Sceaux et du Ministre de la Santé », 17/06/1992

DGS-DH-DAP, « Note aux ministres de la santé et de la Justice. La santé des personnes détenus et la médecine en milieu pénitentiaire », 6/07/1992, p.7.

DGS/SDOS, Mme Flamme, « Note pour Monsieur le Directeur Général de la Santé sur la situation actuelle des soins en milieu carcéral », 27/07/1992.

PIERRET Jeannine, « Notes de son intervention sur le pré-rapport relatif à l'amélioration de la prise en charge sanitaire des détenus », 23/11/1992, p.3.

DGS/3S, « Note à l'attention de M. Girard » datée du 13/12/1992.

Cabinet du ministre de la Santé, « Réunion du 22 décembre 1992. Médecine pénitentiaire » daté du 11/01/1993.

Texte de présentation de la réforme de Mme Colin (D.A.P) à M. Rey (D.S.S), juin 1993.

➤ *Archives en cours de versement consultées au ministère de la Santé après dérogation :*

*IGAS/2002/001 Carton n°4 : Archives de Michel Lucas, Chef de l'IGAS :*

APSP, Actes du colloque national de réflexion sur les soins en milieu pénitentiaire. Paris. 29/30 Janvier 1988, document dactylographié, 19 pages (IGAS/2002/001).

Lettre de T. Roquel au Chef de l'IGAS Lucas, « Réunion destinée à fixer les choix de la politique en matière de lutte contre le SIDA en milieu carcéral », 23/01/1989, 4 pages.

Lettre de la DAP à l'IGAS et la Direction de la Pharmacie, « Projet de circulaire sur la délivrance des médicaments dans les établissements pénitentiaires du programme 13.000 », 29/06/1990.

Lettre de Roquel, Delomenie et Guirriec à Michel Lucas datée du 2/11/1990.

*HCSP/2006/001 Dossier n°4 : La santé en milieu carcéral*

Lettre d'un médecin travaillant en Maison d'arrêt adressée au Haut comité à la santé publique et datée du 25/03/1993.

DGS/3A, « Note à Mme Godard, sous-directeur de la prévention générale et de l'environnement (Bureau 1C) », 22/10/1992.

*DSS/2004/008. Art.14 : protection sociale des détenus. Assurance maladie*

Compte rendu de la réunion du groupe de travail chargé d'étudier la protection sociale du détenu et de sa famille, 5/12/1973.

Compte-rendu de la réunion interministérielle du 29/10/1974 à l'Hôtel Matignon sous la présidence de M. Toubon consacrée à l'application des décisions gouvernementales relatives à l'amélioration de la condition pénitentiaire.

Débats parlementaires à l'Assemblée nationale. Séance du 22 mai 1975, p.3090.

Débats parlementaires au Sénat. Séance du 18 juin 1975, pp.1756-1757.

➤ *Archives du Centre des archives contemporaines (CAC) de Fontainebleau consultées sur dérogation :*

Les archives consultées au CAC sont présentées selon leur numéro de versement. On a indiqué à chaque reprise le nom de la direction (DAP, IGAS, DGS) ainsi que le descriptif du carton.

*-19830701. DAP. Art 481. Dossiers de carrière des personnels de l'Administration pénitentiaire ayant cessé leurs fonctions dans les années 1973-1979 : personnels spéciaux*

Lettre du médecin de M.A de Pau au médecin-chef de l'Hôpital des prisons de Fresnes datée du 12/05/1959.

Note de l'Administration pénitentiaire au directeur de cabinet du garde des Sceaux datée du 29/10/1959.

DAP, « Note sur les attributions et le rôle du Médecin inspecteur de l'Administration pénitentiaire », 24/02/1961.

Lettre d'Edmond Michelet au Directeur du budget datée du 20/11/1962.

Lettre du médecin-chef de la M.A de Vannes au ministre de la Justice datée du 10/10/1973.

Lettre de Raymond Marcellin à Jean Taittinger datée du 22/10/1973.

Rapport du directeur de la M.A de Nice au DAP datée du 30/10/1973.

Lettre de Solange Troisier au DAP datée du 19/02/1974.

Lettre de Solange Troisier à M. Bonny datée du 25/12/1974.

Lettre de Yvonne Lalle à Solange Troisier datée du 29/01/1975.

Lettre de Solange Troisier au DAP au sujet du médecin-chef de la M.A de Nice datée du 4/03/1975.

## PRESENTATION DES SOURCES ECRITES

Lettre de Solange Troisier à Melle Lalle, chef du Bureau des personnels, datée du 18/12/1975.

Lettre de Solange Troisier à Yvonne Lalle datée du 9/03/1976.

Lettre de Solange Troisier à Yvonne Lalle datée du 9/05/1976.

Lettre de Yvonne Lalle à Solange Troisier datée du 13/08/1976.

Lettre de Solange Troisier à M. Erbes datée du 22/09/1976.

Lettre du Directeur des prisons de Fresnes au Bureau du personnel datée du 26/05/1978.

*-19830701. DAP. Art.482. Dossiers de carrière des personnels de l'Administration pénitentiaire ayant cessé leurs fonctions dans les années 1973-1979 :*

Lettre du médecin de la M.A d'Angers à la DAP datée du 12/05/1967. Note de Solange Lettre de Jacques Petit, médecin-chef de l'Hôpital de Fresnes, à Solange Troisier datée du 7/12/1973.

Troisier adressée à M. Erbes datée du 21.02/1975.

Lettre de démission d'un interne des prisons de Fresnes datée du 5/09/1977.

Lettre du chef de la M.A de Bastia au DRSP de Marseille datée du 11/02/1979.

Lettre de Solange Troisier à Mme Lalle datée du 9/05/1979.

*-19830701. DAP. Art.483. Dossiers de carrière des personnels de l'Administration pénitentiaire ayant cessé leurs fonctions dans les années 1973-1979 :*

Lettre du DRSP de Dijon au Bureau des personnels datée du 13/11/1970 (CAC. 19830701. Art.483).

Lettre du Dr Pivert au Médecin-inspecteur datée du 22/06/1972

Rapport du surveillant-chef au directeur de la M.A de Dijon daté du 28/06/1972.

Rapport du chef de la M.A de Dijon au DRSP daté du 29/06/1972.

Lettre du DAP, Henri le Corno, au DRSP de Dijon datée du 16/09/1972.

Lettre du DAP, Henri le Corno, au Conseil départemental de Ordre des médecins des Côtes d'Or datée du 16/09/1972.

Lettre du DRSP de Dijon au cabinet du DAP datée du 21/09/1972.

Lettre du Dr Pivert au DRSP de Dijon datée du 6/11/1972.

Lettre de Georges Beljean, DAP, à l'avocat du Dr Pivert datée du 7/06/1973

Note de Georges Beljean, DAP, pour le directeur de cabinet du garde des Sceaux datée du 7/07/1973.

Lettre du DAP, Henri le Corno, au Dr Pivert datée du 22/10/1973.

*-19910611. Ministère de la Santé. Art 1. Archives de Bruno Varet, Conseiller technique de Claude Evin, en matière de politique gouvernementale de lutte contre le S.I.D.A*

« Discours de M. Claude Evin. Plan national de lutte contre le sida ».

*-19940511. DAP. Art 87. Dossiers de carrière des médecins de l'Administration pénitentiaire ayant cessé leurs fonctions entre 1981-1989 :*

Compte rendu de visite de Solange Troisier à la M.A de Nice du 28 /09/1977, document 2 pages daté du 6/10/1977.

Lettre du Directeur régional des services pénitentiaires de Marseille au Bureau des personnels de l'Administration pénitentiaire du 8/11/1979.

Lettre du Bureau du personnel à P. Chemithe datée du 7/03/1983.

Lettre du Chef des services d'inspection au Bureau du personnel datée du 24/03/1983.

## PRESENTATION DES SOURCES ECRITES

Lettre du directeur au médecin généraliste d'un Centre de détention datée du 21/11/1983.

Lettre de la DAP au médecin généraliste de la M.A de Nice datée du 1/12/1983.

Note du Bureau des méthodes et de la réinsertion à l'attention du Bureau des personnels datée du 3/01/1984.

Lettre de démission du médecin de Bois-d'Arcy au directeur de la M.A datée du 20/01/1987.

*-19940511. DAP. Art 88. Dossiers de carrière des médecins de l'Administration pénitentiaire ayant cessé leurs fonctions entre 1981-1989 :*

Note du Bureau des personnels adressée au DAP datée du 17/12/1982.

Lettre de l'interne de l'Hôpital de Fresnes au DAP datée du 19/01/1983.

Lettre du Bureau des personnels à l'inspecteur Chemithe datée du 11/02/1983.

Lettre du DAP Zakine au directeur de l'Hôpital Fresnes du 25/02/1983.

Lettre de la DAP Ezratty au Conseiller technique Jean Favard datée du 8/06/1983.

Lettre du médecin de la M.A de Poitiers au directeur de l'établissement datée du 18/12/1985.

*-19940511. DAP. Art 89. Dossiers de carrière des médecins de l'Administration pénitentiaire ayant cessé leurs fonctions entre 1981-1989 :*

Lettre du directeur du CD de la réunion au Bureau du personnel datée du 3/05/1984.

Lettre du médecin de la M.A de Châlons-sur-Marne au Bureau du personnel datée du 8/05/1985.

Lettre de démission du médecin de la M.A d'Evreux au DRSP de Lille datée du 28/07/1988.

*-19940511. DAP. Art.90. Dossiers de carrière des médecins de l'Administration pénitentiaire ayant cessé leurs fonctions entre 1981-1989 :*

Note de M. Daeschler à M. Bonney datée du 14/06/1968.

Lettre du directeur de l'Administration pénitentiaire au docteur Hivert du 2/04/1973.

Lettre du DRSP de Dijon au DAP du 19/02/1973.

Relevés manuels des dates et heures de visite du médecin de la M.A de Vesoul.

Note du surveillant-chef de la M.A de Vesoul au Bureau du personnel datée du 17/01/1980.

Lettre du médecin de la M.A de Chalons sur Saône au Bureau du personnel datée du 23/12/1980.

Lettre du DRSP de Lyon au Bureau du personnel datée du 9/10/1983.

Lettre manuscrite du médecin de la M.A de Saintes à Albin Chalandon datée du 20/04/1986, 7 pages.

Lettre manuscrite du médecin de la M.A de Loos au DRSP de Lille datée du 11/11/1986, trois pages.

Lettre manuscrite du médecin de la M.A de Saintes à Albin Chalandon datée du 11/11/1986, six pages.

Lettre du directeur de la M.A Saint Etienne à la DAP, « Doléances du Médecin chef de l'établissement », datée du 7/02/1987.

*-19940511. DAP. Art.91. Dossiers de carrière des médecins de l'Administration pénitentiaire ayant cessé leurs fonctions entre 1981-1989 :*

Lettre du dentiste de la M.A d'Amiens au MISP Picardie datée du 21/12/1987.

Lettre du garde des Sceaux au Procureur général de la Cour d'appel de Toulouse du 25/09/1971.

Rapport du Procureur général près la Cour d'appel de Paris du 13/05/1985 au garde des Sceaux. CAC.

## PRESENTATION DES SOURCES ECRITES

*-19940511. DAP. Art.92. Dossiers de carrière des médecins de l'Administration pénitentiaire ayant cessé leurs fonctions entre 1981-1989 :*

Compte rendu de visite de Solange Troisier de la M.A de Bonneville daté du 17 mai 1974, 4 pages.

Lettre du docteur Perdrot au directeur des prisons de Fresnes du 7/04/1983.

Lettre du DRSP de Lille au médecin du CD de Loos datée du 4/02/1987.

Lettre du chef de la M.A de Saintes au DRSP de Bordeaux datée du 28/10/1987.

Lettre du chef de la M.A de Saintes au DRSP de Bordeaux datée du 23/11/1987.

Lettre de démission du médecin de la M.A de Beauvais au directeur de l'établissement datée du 22/04/1988.

*-19940511. DAP. Art.95. Dossiers de carrière des médecins de l'Administration pénitentiaire ayant cessé leurs fonctions entre 1981-1989 :*

Lettre de René Pleven à Lucien Jégou, médecin-chef de La Santé, du 5/08/1972.

Rapport du Dr Hergothe au DAP, Christian Dablanc, du 29/10/1979.

Note du Bureau des méthodes et de la réinsertion sociale au DAP, Christian Dablanc, datée du 15/01/1980.

Note du Bureau des méthodes et de la réinsertion sociale au DAP, Christian Dablanc, datée du 23/12/1980

Lettre du DAP, Christian Dablanc, au Dr Hergothe datée du 4/03/1981.

Lettre du DAP, Christian Dablanc, au Dr Hergothe datée du 7/07/1981.

Note de Jean Favard à l'attention du DAP, Yvan Zakine, du 21/05/1982.

Lettre du DRSP de Strasbourg au DAP, Yvan Zakine, datée du 13/10/1982.

Rapport du directeur de la Maison centrale d'Ensisheim au DRSP de Strasbourg, datée du 29/10/1982.

Note du Chef du Bureau du personnel à l'attention du DAP du 5/11/1982.

*-19940511. DAP. Art. 96. Dossiers de carrière des médecins de l'Administration pénitentiaire ayant cessé leurs fonctions entre 1981-1989 :*

Note de Solange Troisier au DAP concernant le service médical de la MA de Metz datée du 19/04/1979.

Note du Médecin-inspecteur au Bureau des personnels datée du 29/07/1982.

Note de service du DRSP de Strasbourg à la DAP datée du 6/05/1983.

Note de P. Chemithe au Chef du Bureau du personnel datée du 19/06/1983.

Lettre de démission du médecin de la M.A Dunkerque au DRSP Lille datée du 20/11/1985.

Lettre du surveillant auxiliaire sanitaire au directeur du C.D d'Eysses datée du 28/08/1987.

Note du directeur du C.D d'Eysses au DRSP de Bordeaux datée du 16/09/1987.

Lettre du MISP Garonne à la DAP datée du 22/01/1988.

Note du DRSP Bordeaux à la DAP datée du 8/02/1988.

Note du directeur du C.D d'Eysses à la DAP du 28/01/1988.

Note du directeur du C.D d'Eysses à l'Inspection des services pénitentiaires datée du 23/03/1988.

Note du service d'Inspection de la DAP au Chef du Bureau du personnel et des statuts du 1/04/1988.

*-19940511. DAP. Art. 97. Dossiers de carrière des médecins de l'Administration pénitentiaire ayant cessé leurs fonctions entre 1981-1989 :*

Lettre du médecin de la M.C de Clairvaux au DRSP de Lyon datée du 29/10/1968.

Lettre du préfet des Landes au DAP datée du 12/07/1969.

Lettre du médecin de Mont de Marsan au DRSP de Bordeaux datée du 7/05/1973.

Compte rendu de visite de Solange Troisier de la M.C de Clairvaux daté du 17/12/1973, 5 pages.

Lettre du Procureur général de Pau au surveillant-chef de l'établissement datée du 16/08/1976.

Lettre du Procureur général de Pau au surveillant-chef de l'établissement datée du 27/01/1982.

Note du Chef du Bureau des personnels, Antonioni, au DAP datée du 8/07/1985.

Rapport du MISP des Landes sur la M.A de Mont de Marsan daté du 5/08/1985, 9 pages.

Note de service de Boulanger au DRSP Toulouse datée du 30/10/1985.

Note de P. Chemithe au chef du bureau des personnels datée du 30/10/1985.

*-19940511. DAP. Art. 98. Dossiers de carrière des médecins de l'Administration pénitentiaire ayant cessé leurs fonctions entre 1981-1989 :*

Note de Philippe Chemithe au DAP datée du 12/11/1982.

Note du bureau des personnels à l'attention de la DAP datée du 9/05/1983.

*-19940511. DAP. Art. 99. Dossiers de carrière des médecins de l'Administration pénitentiaire ayant cessé leurs fonctions entre 1981-1989 :*

Lettre du médecin de la M.A de Montpellier au DRSP de Toulouse datée du 27/02/1984

*-19950151. DGS. Art.6. Archives de Jacques Roux, Directeur général de la santé :*

Lettre du Groupe interministériel de médecine légale adressée au Pr Roux, DGS datée du 3/03/1982.

MANGIN Gilbert, CECCALDI Pierre, « Rapport à Monsieur le Garde des Sceaux sur la situation de la médecine légale en France », 37/09/1983, 6 pages.

Courrier du garde des Sceaux à Edmond Hervé, secrétaire d'Etat chargé de la Santé, du 18 octobre 1983.

Courrier d'Edmond Hervé à Robert Badinter, garde des Sceaux, daté du 17/11/1983.

Michel Lucas, « Note relative à la médecine pénitentiaire », 15/12/1983, 5 pages.

DAP, « Note sur la prise en charge hospitalière des détenus », document interne du Bureau des Méthodes de Réinsertion Sociale et de la Réglementation, 2/04/1984, 10 pages.

DGS, « Note sur l'organisation de la médecine pénitentiaire », document non daté.

Note du ministre de la Justice, Robert Badinter, aux services de la Santé sur la « situation de la médecine légale » et datée du 3/04/1984

Courrier de Myriam Ezratty à Jacques Roux, Directeur général de la santé, du 11/04/1984.

Lettre des ministères de la Santé et de la Justice aux DDASS, DRASS, directeurs et médecins d'établissements pénitentiaires du 5/09/1985 accompagnée d'une « fiche technique ».

*-19950229. IGAS. Art.1. Mission « contrôle sanitaire des établissements pénitentiaires » de l'Inspection générale des affaires sanitaires et sociales. Minutier chronologique (1986-1988) :*

Lettre du Chef de l'IGAS, Michel Lucas, à un détenu plaignant, le 17/04/1986.

Note du MISP de l'Allier au Chef de l'IGAS, Michel Lucas, datée du 27/08/1986.

Lettre du chef de l'IGAS au médecin-chef de Fleury-Mérogis datée du 2/09/1986.

Lettre du Chef de l'IGAS, Michel Lucas, au DAP, Arsène Lux, datée du 10/09/1986.

Lettre du Chef de l'IGAS, Michel Lucas, à Jean-Pierre Dinthillac datée du 6/11/1986.

Lettre Chef de l'IGAS, Michel Lucas, au MISP Hautes-Pyrénées, datée du 16/06/1988.

*-19950229. IGAS. Art.2. Mission « contrôle sanitaire des établissements pénitentiaires » de l'Inspection générale des affaires sanitaires et sociales. Minutier chronologique (1989-1991) :*

Note de T. Roquel et J. Tchériatchoukine à M. Lucas, Chef de l'IGAS, datée du 5/09/1990.

Lettre d'un MISP à l'IGAS du 12/08/1991.

*-19950466. Art.44. Cabinet de Pierre Méhaignerie, ministre de la Justice de 1993 à 1995 : Administration pénitentiaire :*

Lettre de la DRSP de Lille à M. Schmelck, DG de GEPSA, datée du 30/07/1992.

Lettre de J. Schmelck, DG de GEPSA, au DRSP de Lille du 25/08/1992.

Lettre de J.C Karsenty, DAP, à J. Gabriel, PDG de GEPSA, datée du 9/11/1992.

Note interne de la société GEPSA du directeur général délégué datée du 18/02/1993.

Note de B. Prévost, DAP, à M. Caillibotte, Conseiller technique du garde des Sceaux, datée du 14/12/1993.

Courrier de Pierre Méhaignerie à Edouard Balladur daté du 17/08/1993.

*-19960136. DAP. Art.3 (extrait : A.441) : inspection médicale, 1960-1969*

Lettre du garde des Sceaux, Robert Lecourt, au Président de la CRF datée du 21/12/1957.

*-19960136. DAP Art 99. Dossiers K 362 et K 363. Mesures à prendre en cas de grèves de la faim :*

Note du DAP, Charles Germain, au Directeur des Affaires Criminelles et des Grâces au sujet d'un détenu ayant refusé de s'alimenter datée du 14/03/1950

Ordre des médecins, « Compte-rendu de la 28e session », *Bulletin de l'Ordre des médecins*, 1953.

Note de la Direction des Affaires Criminelles et des Grâces au Directeur de l'Administration Pénitentiaire donnant avis sur l'avis du Conseil de l'Ordre datée du 31/03/1953

DE ROUFFACH Adam Frantz, « Le psychiatre des établissements pénitentiaires face aux grévistes de la faim », allocution au onzième congrès des médecins aliénistes et neurologues, juillet 1953. Document ronéotypé de 5 pages.

Bureau de la détention, « Note concernant l'alimentation forcée des grévistes de la faim », 13/07/1976.

FULLY Georges, « La grève de la faim en milieu carcéral », Cours de médecine pénitentiaire à la Faculté de médecine de Paris, cours n°29, 1968-1969, 10 pages.

Note de Georges Fully au responsable du Bureau d'application des peines, M. Amathieu, « De l'emploi des méthodes de force dans les grèves de la faim », 1/02/1968.

Lettre du responsable du Bureau d'application des peines, M. Amathieu, au directeur de cabinet du garde des Sceaux, 21/07/1967.

FULLY Georges, « Les grèves de la faim en milieu pénitentiaire », document de 7 pages, 10/05/1960.

ALBERT-WEIL Jean, « La grève de la faim en milieu pénitentiaire. Le rôle du médecin et les enseignements à tirer », document ronéotypé de 12 pages.

MERGER Robert, « Quelle doit être la conduite d'un médecin devant une personne faisant la grève de la faim ? », document ronéotypé, 16 pages

## PRESENTATION DES SOURCES ECRITES

### *-19960136. DAP. Art. 112. M 0 : Généralités :*

Bureau des méthodes et de la réglementation, « Note sur la situation sanitaire dans les établissements pénitentiaires », 05/1976, 17 pages.

### *-19960136. DAP. Art. 112. M 11 : Personnel sanitaire :*

DAP, « Note sur l'organisation des services médicaux en prison à l'attention de M. Darmon, Conseiller technique auprès du garde des Sceaux en vue de l'entretien avec le Dr Petit », 1/10/1973.

Lettre du Dr Petit au Médecin-inspecteur G. Fully, 28/03/1966.

Note du Médecin-inspecteur G. Fully au directeur de l'Administration pénitentiaire pour le « projet de budget 1967 », 10/02/1966.

Lettre de démission de Mme Pelou, infirmière-chef au Médecin-inspecteur G. Fully, 17/03/1966.

### *-19960136. DAP. Art.123. Dossier M.456. Hospitalisations civiles :*

Note du 27/10/1962 adressée par le responsable du Bureau de la détention au Directeur régional des services pénitentiaires de Lille.

### *-19960136. DAP. Art 132. Dossier M. 654. Groupe multiprofessionnel sur les questions pénitentiaires (1975-1980)*

Lettre du Procureur général près de la Cour d'appel de Lyon à M. Nicot, sous directeur de la DAP, datée du 5/12/1974.

### *-19960279. DAP. Art.19 (extrait) : dossier n°62 : infirmières, 1945-1951.*

Lettre du DRSP de Marseille adressée au 2<sup>ème</sup> bureau de l'application des peines de la DAP datée du 27/07/1945

Lettre de la CRF au Bureau de l'application des peines de la DAP datée du 14/08/1947.

Lettre du Bureau de l'application des peines de la DAP à la CRF datée du 7/11/1947.

Lettre de la CRF à la DAP transmettant les rapports des infirmières de l'année 1950 et datée du 28/05/1951.

### *-19960279. DAP. Art.22. Dossier n°72 : commission de la santé publique*

Lettre du directeur du service sanitaire des prisons de la CRF au Bureau de l'application des peines datée du 19/10/1945.

Note pour le bureau du personnel destinée à servir de base à une demande additionnelle de crédit (budgets 1946) du Bureau de l'application des peines.

### *-19960279, art. 112 (E4580). M11. Personnel sanitaire :*

Lettre du Dr Petit à Georges Fully datée du 28 mars 1966

Lettre de démission de Mme Pelou, infirmière-chef de l'Hôpital de Fresnes, datée du 17 mars 1966

Lettre de G. Fully au DAP datée du 31 mars 1966

### *-19960279. DAP. Art. 120. Dossier M.321. Pharmaciens gérants :*

Note adressée le 20 janvier 1950 aux directeurs d'établissements soulève la question de l'absentéisme des pharmaciens gérant

### *-19960279. DAP. Art. 120. Dossier M. 322. Distribution des médicaments :*



## PRESENTATION DES SOURCES ECRITES

Compte rendu de la réunion du 14/11/1974 de la Commission de surveillance de la M.A de Tours remis au Bureau de l'application des peines de la DAP par le directeur de la M.A. Document dactylographié de 4 pages.

Rapport d'inspection de Solange Troisier relatif à la mort d'un détenu en août 1974 à la M.A de Quimper, 5/09/1974. Document dactylographié.

Lettre du médecin-chef de La Santé au directeur de l'établissement et à Solange Troisier, 1/07/1974.

*-19960279. DAP. Art.121. Dossier M.404. Mesures en vue d'éviter les abus d'hospitalisation :*

Circulaire Justice, Intérieur, Armées, Santé du 6/10/1961 sur l'« hospitalisation et la conduite à une consultation dans un service hospitalier des détenus de la catégorie A ».

Note du 16/01/1962 du Bureau de l'application des peines au DAP au sujet d'« hospitalisations abusives de détenus activistes » à la M.A de Bayonne.

*-19970394. DAP. Art 14. Dossier « Groupe d'intervention dans les prisons » :*

GIP TOULOUSE, « Savez vous ce qu'il se passe à la prison Saint Michel ? », tract ronéotypé, une page RV.

GIP, « 1er mai 1970- 1er mai 1971. Fleury-Mérogis. Prison modèle ? », tract ronéotypé, une page RV.

*-19980160. DAP. Art.25. Evénements de Toul :*

DAP, « Rapport de la commission d'enquête sur les événements de la maison centrale de Toul », p.5.

*-200010085. Art. 118 : archives d'Alain Peyrefitte, ministre de la Justice : Groupes de travail, séminaires, conseil supérieur de la magistrature, notes aux membres du cabinet, budget, audience, 1977-1981 :*

Projet de discours du ministre A. Peyrefitte pour le congrès de médecine pénitentiaire du 23/11/1978 annoté : trois pages.

Programme officiel du congrès de médecine pénitentiaire de novembre 1978.

*-20020055. Art.1 : Minutier chronologique de Jean Favard, Conseiller technique auprès de Robert Badinter chargé des questions pénitentiaires :*

Lettre du garde des Sceaux au ministre de la Culture datée du 19/11/1981. (CAC. 20020055. Art.1

Lettre de Robert Badinter à Jack Ralite, ministre de la Santé, du 2/12/1982.

Lettre du 21/10/1981 d'André Braunschweig à Yvan Zakine.

Note de Jean Favard à l'attention de Robert Badinter du 7/10/1981.

Lettre de Jean Favard à Robert Badinter du 29/08/1981.

Lettre de Jean Favard à Yvan Zakine datée du 21/05/1982.

*-20020140. IGAS. Art.13 : Rapport Deloménie sur les médicaments.*

MYNARD, « Administration des médicaments en milieu pénitentiaire : une évolution possible », document de travail GEPSA, 18/07/1990.

Lettre du directeur de Hôpitaux de Paris International à M. De Véricourt, PDG de Dumez, du 24/08/1990.

## 2. INSTITUT NATIONAL DE L'AUDIOVISUEL (INA)

- « Au-delà des barreaux », 1ère chaîne, 22/10/1965, 15 minutes.
- « Actualité en question », 1ère chaîne, 13/01/1972.
- « Marcel Diennet, ancien médecin à Fresnes », France Inter, 17H, 27/04/1972, 58 minutes.
- « Les suicides dans les prisons », France Inter, 02/11/1972, 16 minutes.
- « Les journées de médecine pénitentiaire, à Strasbourg », France Inter, JT 19H, 02/12/1972.
- « Solange Troisier », France Inter, 14/01/1974, 57 minutes.
- « La médecine dans les prisons », France Inter, 13H, 13/11/1975, 10 minutes.
- « Agret Mme Troisier », JA2 20h, 17/03/1976, 1 min 45.
- « Médecins des prisons : 1ère partie », 1ère chaîne, 17/03/1976, 55 minutes.
- « Médecins des prisons : 2ème partie », 1ère chaîne, 24/03/1976, 1 heure.
- « La médecine pénitentiaire », JT 13H, TF1, 31/01/1977.
- « Dijon, capitale de la médecine pénitentiaire », JT 20H, Antenne 2, 24/11/1978.
- « Professeur Huguenard », JT Antenne 2, 20h, 5/10/1982.

## 3. ARCHIVES ETIENNE BLOCH DEPOSEES A L'INSTITUT D'HISTOIRE DU TEMPS PRESENT (IHTP)

*ARC.3017-13. IV-1 : Enquêtes sur les prisons.*

Union des Jeunes Avocats de Lyon : « Prisons de Lyon », brochure ronéotypée, Imprimerie Offset Vendôme, Lyon, 16 pages.

BLOCH Etienne, Texte sur la responsabilité du juge, non daté, 10 pages.

*ARC 3017-13. IV-9-10 Enseignement.*

« Programme des journées médicales pénitentiaires », document dactylographié, deux pages.

*ARC 3017-14 IV-17 Mutineries*

Cahier de doléances des détenus de la prison de Lyon daté du 8 avril 1973, dix pages manuscrites (

*ARC 3017-15. IV-23 : La réforme de 1975.*

BLOCH Etienne, « La réforme pénitentiaire », mai 1975, 7 ff. dact.

*ARC 3017-15. IV-25 : Syndicats pénitentiaires.*

SNEPAP/CTJ, « Forum prison et communication », 1<sup>er</sup> octobre 1977, feuille RV.

« La pratique des personnels pénitentiaires », 1<sup>er</sup> octobre 1977, feuille RV.

*ARC 3017-14 IV-26 : Cahiers de revendication.*

Copie d'un « Cahier de réclamations de Loos », document manuscrit, 3 pages.

Lettre de revendication de l'ADDD au ministre de la Justice datée du 18/05/1973, 4 pages.

*ARC 3017-15. IV-27 : Le Groupe d'Information sur les Prisons.*

Lettre de M. Bauchaud, secrétaire national du SNEPAP au président de l'association des JAP datée du 21/10/1971.

*ARC 3017-15. IV-28 : Groupe Multiprofessionnel.*

BLOCH Etienne, « Le syndicat de la magistrature et la prison », *Bulletin du GMP*.

*ARC 3017-15. IV-29 : Politique pénitentiaire.*

« Journée d'études à l'école d'administration pénitentiaire », 4 pages.

*ARC 3017-14 IV-35 : Les violences.*

Dossier de douze pages comportant toutes les révoltes de détenus entre 1968 et 1973.

#### 4. ARCHIVES DU SYNDICAT NATIONAL DES EDUCATEURS PENITENTIAIRES (SNEPAP)

ANEP, « Situation de l'enseignement dans les prisons », 4 pages, non daté.

Note de Jacques Laurens de deux pages datée du 4/10/1982.

Les brochures de présentation du colloque annoncent ainsi en couverture sa présence.

Compte-rendu de la commission « Santé » réunie lors du congrès du 6/11/1982, document dactylographié, non daté, six pages.

Compte-rendu de la commission « Santé » réunie lors du congrès du 6/11/1982, document dactylographié, non daté, sept pages.

#### 5. PRESSE D'INFORMATION GENERALISTE ET MEDICALE PAR ORRDRE CHRONOLOGIQUE

**1970 :** Guérin Alain, « Du bricolage charitable... », *L'Humanité*, 1/04/1970 ; « Le Secours rouge : notre combat sert à tous les prisonniers », *Le Monde*, 2/09/1970 ; *Le Monde*, 3/09/1970 ; Lottin André, « En faisant la grève de la faim, 29 détenus gauchistes veulent obtenir le régime politique et mettent en cause les conditions de détention », *La Croix*, 5/09/1970 ; « Le régime de détention des gauchistes », *Le Monde*, 24/09/1970 ; « Lettre de prison. Un détenu accuse », *Témoignage chrétien*, 18/10/1970 ; Vernant Jean-Pierre, « Comment on traite un "maoïste" », *Le Monde*, 20/11/1970 ; « Le scandale des prisons », *La Croix*, 26-28/12/1970.

**1971 :** Clerc Jean-Pierre, « Grève de la faim dans plusieurs prisons », *Le Monde*, 22/01/1971 ; « Plusieurs personnalités demandent l'octroi du régime spécial aux prisonniers politiques », *Le Monde*, 27/01/1971 ; « René Pleven reçoit une délégation de quatre universitaires », *Le Monde*, 6/02/1971 ; Dufrenne Mikel, « Un cri », *Le Monde*, 9/02/1971 ; « Les prises de position en faveur des détenus gauchistes », *Le Monde*, 9/02/1971 ; « Poursuite de la grève de la faim à la Sorbonne », *Le Monde*, 6/02/1971 ; « Les onze grévistes de la faim de la chapelle Saint-Bernard continuent leur grève », *Le Monde*, 11/02/1971 ; « La misère des prisons », *L'Express*, 12-18/04/1971 ; « Dans la presse hebdomadaire. Un régime indéfendable : celui des prisons », *Le Monde*, 21-22/02/1971 ; « Un détenu blesse grièvement un surveillant avec un pistolet reçu dans un colis », *Le Monde*, 29/07/1971 ; Castaing Michel, « Le drame de Clairvaux », *Le Monde*, 23/09/1971 ; Galley Robert, « Légitime défense ! », *Le Monde*, 26-27/09/1971 ; Achard Maurice, « Clairvaux : un jeu terrible », *Combat*, 23/09/1971 ; « Clairvaux : le drame des prisons », *Combat*, 23/09/1971 ; *Le Monde*, 23/09/1971 ; *L'Aurore*, 24/09/1971 ; Dupiré Gabriel, « La tragédie de Clairvaux. Une vraie réforme pénitentiaire exige des hommes et des crédits », *La Croix*, 26/09/1971 ; « En marge du drame de Clairvaux. Un régime pénitentiaire plus strict contribuerait à

diminuer la criminalité », *Aspects de la France*, 7/10/1971 ; « L'affaire Caro », *Le Nouvel Observateur*, 4/10/1971 ; « Les prisons de Pleven », *Tribune socialiste*, 18/10/1972 ; *L'Aurore*, 15/10/1971 ; « René Pleven supprime les colis de vivres aux détenus », *Le Monde*, 19/11/1971 ; « Manifestation de détenus à la maison centrale de Poissy », *Le Monde*, 25/11/1971 ; « Grève de la faim pour protester contre la suppression des colis de Noël décidée par René Pleven », *Le Monde*, 28/11/1971 ; Horeau Louis-Marie, « Noël à la prison », *Combat*, 1/12/1971 ; Dayant Charles, « Lettre ouverte à René Pleven », *Le Nouvel Observateur*, 6/12/1971 ; Gabriel Dupré, « Pour Noël, les détenus pourront recevoir des colis mais pas directement de leur famille », *La Croix*, 9/12/1971 ; « Une réforme vieille dans des locaux vétuste », *Le Monde*, 11/12/1971 ; « René Pleven et les chiffres », *Le Nouvel Observateur*, 13/12/1971 ; « Une démission de la Justice », *Le Monde*, 15/12/1971 ; *La Cause du peuple*, 18/12/1971 ; « Après les mutineries de Toul », *Le Monde*, 19/12/1971 ; *L'Est Républicain*, 19/12/1971 ; Kaupp Katia-D, « Le "malentendu" de Toul », *Le Nouvel Observateur*, 20/12/1971 ; *L'Express*, 20/12/1971 ; « Toul : le témoignage du médecin psychiatre », *Combat*, 21/12/1971 ; « Prisons : si Pleven voulait vraiment savoir... », *Politique Hebdo*, 23/12/1971 ; « Je puis affirmer... », *Le Nouvel Observateur*, 27/12/1971 ; « Je somme tous ceux qui me liront, je les prie de ne pas rester indifférents... de s'engager », *Le Monde*, 26-27/12/1971 ; Porge Erik, « Dans les asiles aussi... », *Le Monde*, 31/12/1971.

**1972 :** Vincent Claude, « Prisons françaises : les trois-quarts doivent être démolis », *France Soir*, 11/01/1972 ; « Les premières réactions », *Le Monde*, 11/01/1972 ; Durandet Christian, « Un gardien de Toul parle », *L'Aurore*, 11/01/1972. *Combat*, 12/01/1972 ; « Les personnels pénitentiaires : la commission nous rend justice », *La Croix*, 12/01/1972 ; « M. René Pleven annonce que des crédits seront dégagés pour améliorer la situation dans les prisons », *Le Monde*, 13/01/1972 ; « Les prisons en accusation », *Témoignage chrétien*, 13/01/1972 ; Denis Perier-Daville, « La mutinerie de Nancy va-t-elle compromettre la réforme du régime pénitentiaire ? », *LF*, 17/01/1972 ; Allier Irène, « Prisons : une première victoire », *L'Express*, 17/01/1972 ; Kaupp Kattia, Giesbert Franz Olivier, « Les prisons de Pleven », *Le Nouvel Observateur*, 17/01/1972 ; « Le conseil des ministres a approuvé un ensemble de mesures concernant le régime pénitentiaire », *Le Monde*, 20/01/1972 ; « La crise de l'Administration pénitentiaire », *Le Monde*, 21/01/1972 ; Manvey Jean-V., « Prisons. Les médecins témoignent », *L'Express*, 24-30/01/1972 ; *La Croix*, 24/02/1972 ; Domenach Jean-Marie, « Rendre aux détenus et à leur famille conscience de leur dignité », *La Croix*, 24/02/1972 ; « La révision du régime pénitentiaire », *Le Monde*, 3/03/1972 ; *Le Monde*, 24/03/1972 ; Théolleyre Jean-Marc, « Il faut mettre fin au mystère que l'administration entretient sur ce qui se passe dans les prisons », *Le Monde*, 30/03/1972 ; « Comment on vit, comment on meurt en prison », *L'Express*, 10/04/1972 ; « Protestations contre "Le petit paradis" », *Le Monde*, 9/05/1972 ; « Le procès des révoltes de Nancy sera-t-il celui d'un régime pénitentiaire inadapté ? », *LF*, 8/06/1972 ; « Une opération politique. Enjeu d'un combat », *La Cause du Peuple*, 24/05/1972 ; « Le procès des mutins de la prison de Nancy a été celui du système pénitentiaire », *France Soir*, 10/06/1972 ; Boucher Philippe, « Le projet de M. Pleven modifie sur quelques points le régime pénitentiaire », *Le Monde*, 23/06/1972 ; Wintzerieth J., « Malaise aussi à la prison de Dijon », *La dépêche*, 26/08/1972 ; Wintzerieth J., « Tout ne va pas pour le mieux à la prison de Dijon », *La dépêche*, 25/08/1972 ; « Un seul homme, en fait, à l'origine des incidents journaliers à la prison », *Le bien public*, 26/08/1972 ; Vincent Claude, « Encore un suicide dans une prison », *France Soir*, 27/10/1972 ; Sery Patrick, « De quoi meurent les prisonniers ? », *Le Nouvel Observateur*, 30/10/1972 ; Andrade Beatrix, « Prisons. Une tentative de suicide par jour », *L'Express*, 30/10/1972 ; « Prisons : le suicide, ultime moyen d'expression du détenu », *LF*, 2/11/1972 ; « Prisons : l'épidémie de suicides continue », *L'Aurore*, 3/11/1972 ; « Encore trois suicides dans les prisons, à la Santé, à Pau et à Dijon », *France Soir*, 3/11/1972 ; « "Nous pourrions sauver des détenus désespérés mais nous manquons de moyens" confie un médecin des prisons », *France Soir*, 4/11/1972 ; Kunstle Marc, Remaud Jacques, « Les médecins des prisons : des détenus désespérés », *France Soir*, 4/11/1972 ; Deleuze Gilles, « Suicide et prison », *Le Monde*, 8/11/1972 ; « L'opinion d'un ancien médecin à La Santé », *Le Monde*, 8/11/1972 ; *Le Point*, 12/11/1972 ; Boucher Philippe, « Le suicide dans les prisons : une accusation, un appel ? », *Le Monde*, 24/11/1972 ; « Démissionnaires, trois médecins de la prison de La Santé s'expliquent », *LF*, 30/11/1972 ; « Au congrès de la médecine pénitentiaire de Strasbourg », *Le Monde*, 3-4/12/1972 ; Hahn Jean-Claude, « Réunis à Strasbourg, les médecins de prison veulent appliquer la « déontologie du monde libre » aux détenus », *Le Monde*, 5/12/1972 ; Berger Françoise, « Les journées de la médecine pénitentiaire », *LF*, 4/12/1972 ; « Etouffer et couvrir », *Le Monde*, 6/12/1972 ; *L'Express*, 11/12/1972 ; « Combattre le droit en tant que "vérité établie" », *Le Monde*, 26/12/1972.

**1973 :** *Témoignage Chrétien*, 22/02/1973 ; Théolleyre Jean-Marc, « La situation dans les prisons est rappelée aux candidats du Rhône par un groupe de « travailleurs de la détention » », *Le Monde*, 27/02/1973 ; « Dans l'Administration pénitentiaire. Les internes en médecine sont en grève », *Le Monde*, 28/02/1973 ; Boucher Philippe, « De l'argent », *Le Monde*, 08/06/1973 ; *Le Monde*, 15/06/1973 ; « Le docteur Georges Fully a été victime d'un attentat », *Le Monde*, 22/06/1973 ; « Après la mort du docteur Georges Fully », *Le Monde*, 24-25/06/1973 ; « Les suicides dans les prisons françaises. La révolte ou la mort », *Libération*, 25/06/1973 ; Cornu

Francis, « Nouveau médecin-inspecteur de l'administration pénitentiaire », *Le Monde*, 28/09/1973 ; « Melun : Révolte. Les détenus criaient : aidez nous ! », *Libération*, 27-28/10/1973.

**1974 :** « Melun : nouvelle révolte de détenus », *Libération*, 9/01/1974 ; Cambio Sam et un interne des prisons, « Prisons. Une répression nouvelle : la camisole chimique », *Libération*, 6/02/1974 ; « Incarcéré, Antoine Lamanna risque l'infirmité à cause d'un juge d'instruction », *Libération*, 20/02/1974 ; « A Fleury-Mérogis, un prévenu meurt pour des raisons plus que douteuses... », *Libération*, 27/02/1974 ; Boucher Philippe, « M Lecanuet saisit le gouvernement d'un projet de réforme de la condition pénitentiaire », *Le Monde*, 09/03/1974 ; Millet Gilles, « Soumettre les prisons au contrôle de tous », *Libération*, 13/03/1974 ; *Le Nouvel Observateur*, 17/03/1975 ; « Manifestation devant le ministère de la Justice à propos de la mort de Patrick Mirval », *Le Monde*, 21/03/1974 ; « Manifestation du 22 mars du C.A.P devant le ministère de la Justice », *Le Monde*, 21/03/1974 ; « Depuis 1945 dans les prisons on ne vote pas », *Libération*, 16/05/1974 ; « Le sadisme d'un médecin va-t-il finir par assassiner un détenu qui en sait trop ? », *Libération*, 22/05/1974 ; « Le psychopathe-délinquant entre deux institutions », *Le Monde*, 23/05/1974 ; « Michel Henge est en train de crever. Un juge sera-t-il complice d'assassinat ? », *Libération*, 30/05/1974 ; « Après la mort de Gilles Delhot. Une lettre des internes en médecine de Fleury-Mérogis », *Libération*, 8/06/1974 ; « Prison. Après la lettre des internes de Fleury-mérogis », *Libération*, 12/06/1974 ; *L'Humanité*, 15/06/1974 ; « L'affaire Michel Henge. Les internes de Fleury-Mérogis et leurs chefs répondent à une information précise », *Libération*, 24/06/1974 ; « Mutinerie à la centrale de Nîmes » *Le Monde*, 6/07/1974 ; Boucher Philippe, « Réforme au ministère de la Justice » *Le Monde*, 6/07/1974 ; « Mutinerie à la Maison d'arrêt de Valence » *Le Monde*, 14-15/07/1974 ; « Mutinerie à la centrale de Clairvaux » *Le Monde*, 21-22/07/1974 ; « Mouvement important à la Maison centrale de Caen le 24 juillet » *Le Monde*, 26/07/1974 ; « Emeute le 25 Juillet. La centrale de Loos-les Lille est totalement détruite », *Le Monde*, 27/07/1974 ; « La petite phrase de Giscard », *L'Aurore*, 27/07/1974 ; « Justice : la peine, c'est la détention », *Le Monde*, 27/07/1974 ; Boucher Philippe, « Des 'missions d'urgence' sont créées pour conseiller le personnel pénitentiaire », *Le Monde*, 31/07/1974 ; « Prisons : le gouvernement passe enfin à l'action », *Le Quotidien de Paris*, 31/07/1974 ; « La crise pénitentiaire est devenue la principale préoccupation du gouvernement », *Le Monde*, 1/08/1974 ; Castaing Michel, « l'opération « porte ouvertes » à Loos-les-Lille. « Des gens qui votent » », *Le Monde*, 7/08/1974 ; Boucher Philippe, « Un triple camouflet », *Le Monde*, 2/08/1974 ; « Le point de vue d'une éducatrice en prévention », *Le Monde*, 8/08/1974 ; Boucher Philippe, « Après l'adoption de la réforme pénale et pénitentiaire. Plus que des promesses, des engagements », *Le Monde*, 9/08/1974 ; « Décisions et projets », *Le Monde*, 09/08/1974 ; *La Croix*, 9/08/1974 ; Boucher Philippe, « Après sa visite aux prisons de Lyon », *Le Monde*, 13/08/1974 ; « Giscard a choisi une réforme sans changement », *Libération*, 17-18/08/1974 ; « Centrale de Melun. Visite surprise de Mme H. Dorlhac », *Le Monde*, 30/08/1974 ; « Dimanche, le sort de la France aurait pu dépendre de 20.000 détenus », *Libération*, 19/09/1974 ; « Un nouveau tarif pour les médecins des prisons », *Le Quotidien du médecin*, 4-5/10/1974 ; « Le récent décès d'un détenu est tenu pour suspect par le Comité d'action des prisonniers », *Le Monde*, 29/10/1974 ; « Le procureur de la République affirme que la mort de M. Renaud est naturelle », *Le Monde*, 31/10/1974.

**1975 :** « Les détenus et leurs familles bénéficieront des assurances maladie et maternité », *Le Monde*, 31/01/1975 ; « Le statut du détenu : une décision de justice ne doit pas créer des injustices », *La Croix*, 31/01/1975 ; *Le Monde*, 1/03/1975 ; Boucher Philippe, « Le régime pénitentiaire est modifié par une répartition nouvelle des établissements », *Le Monde*, 30/04/1975 ; *Le Quotidien du médecin*, 16/9/1975 ; « "Camisole chimique" à La Santé ? Une thèse sur l'abus des tranquillisants en milieu carcéral », *Le Monde*, 13/11/1975 ; « La sous-médecine pénitentiaire », *Le Monde*, 24/12/1975 ; « Détenus et prévenus : la protection sociale accrue », *Le Monde*, 27/11/1975 ; « Sortir la médecine de prison », *Le Point*, 15/12/1975.

**1976 :** « Mourir en prison », *Libération*, 26/03/1976 ; « Pour une rage de dents à la prison de la Santé », *Libération*, 18/06/1976 ; « Lettre d'un détenu sur la médecine de prison », *Libération*, 29/06/1976.

**1977 :** « Création d'une chaire de médecine pénitentiaire », *Le Monde*, 05/02/1977 ; *La Croix*, 6/02/1977 ; Cornu Francis, « Vieillard et « chroniques » en prison », *Le Monde*, 19/02/1977 ; *Le Monde*, 22/02/1977 ; « Protestation du personnel éducatif », *Le Monde*, 4/03/1977 ; « Le droit de vote des prisonniers », *Le Monde*, 13-14/03/1977 ; « Suspension provisoire d'un médecin de l'administration pénitentiaire », *Le Monde*, 21/03/1977 ; « Des détenus célèbres achetaient leur liberté », *Le matin de Paris*, 1/04/1977 ; Audoin Andrée, « Le trafic des certificats médicaux de complaisance » ; *L'Humanité*, 7/04/1977 ; Bole-Richard Michel, « L'enquête sur le meurtre de Jean de Broglie. L'audition du docteur Azerad a pris fin après quarante-huit heures de garde à vue », *Le Monde*, 8/04/1977 ; « Le C.A.P demande la grâce médicale de « mémé » Guérini », *Le Monde*, 5/08/1977 ; P.P, « Un rapport sur la situation sanitaire en prison », *Libération*, 16/08/1977 ; « Au congrès mondial de Honolulu », *Le Monde*, 1/09/1977 ; « "Soignés" en prison », *Rouge*, 1/09/1977 ; « Qu'est qu'un éducateur de prison ? », *Le Monde*, 29/09/1977 ; « Les prisons-Asiles », *Libération*, 4/10/1977 ; Savoullian Nicole, « Profession : éducateur.

Lieu de travail : prison », *Libération*, 5/10/1977 ; « Cinq éducateurs de prison en conseil de discipline », *Le Monde*, 8/10/1977 ; « Réactions après la mutation de cinq éducateurs des prisons », *Le Monde*, 15/10/1977 ; « Heureusement qu'on est bien soigné en prison... », *Libération*, 15-16/10/1977 ; « Le rapport annuel de la DAP », *Le Monde*, 12/11/1977.

**1978 :** « "La privation de sexualité fait partie de la peine" déclare Solange Troisier », *Le Quotidien du médecin*, 21/03/1978 ; « Prions Dieu pour ne pas tomber gravement malade à la prison de Rouen », *Libération*, 1-2/04/1978 ; *Le Quotidien de Paris*, 12/05/1978 ; *Le Monde*, 5/07/1978 ; P.d. J., « Les difficultés des éducateurs de prison. Mission impossible ? », *Le Monde*, 11/07/1978 ; Savigneau Josyane, « Les visiteurs de prison en question », *Le Monde*, 9/08/1978 ; « Lyon : un détenu galeux et cardiaque soigné par le cachot », *Libération*, 11-13/08/1978 ; « Peyrefitte : "Les détenus ont un droit imprescriptible à la santé" », *LF*, 24/11/1978 ; *Le Quotidien du médecin*, 24/11/1978 ; *Libération*, 25-26/11/1978 ; « Les psychiatres pénitentiaires s'interrogent sur les risques d'une normalisation "excessive" des détenus », *Le Monde*, 28/11/1978.

**1979 :** *Le Quotidien du médecin*, 11/09/1979 ; Soyer J.C., « Il faut oser punir », *LF*, 27/09/1979.

**1980 :** Lohse Marianne, « Prisons : on affiche complet », *Figaro-Magazine*, 2/02/1980 ; « Menaces de sanction contre des éducateurs hostiles aux « portiques » », *Le Monde*, 6/05/1980 ; Piantanido Nicolas, « Le commissariat, l'hôpital, la prison... et la mort », *Libération*, 1/08/1980 ; Raffy Serge, « Mort mystérieuse à la prison de Fresnes », *Libération*, 13/08/1980 ; Broustet Bernard, « Mort suspecte d'un détenu », *Le Matin*, 14/08/1980 ; Elkrief Ruth, « Mort suspecte d'un jeune homme en prison », *Le Monde*, 19/08/1980 ; Raffy Serge, « Prisons : une otite mortelle par manque de soins », *Libération*, 20/08/1980 ; Brocard Véronique, « Polémique pour un jeune mort », *Quotidien de Paris*, 20/08/1980 ; Raffy Serge, « L'étrange mort du détenu Claude Bottgen », *Libération*, 27/08/1980 ; Le Gendre Bertrand, « Le projet de budget de la chancellerie crée cinq fois plus de postes de surveillants de prison que d'éducateurs », *Le Monde*, 23/09/1980 ; Cherki Pauline, « Histoire macabre pour un détenu décédé aux « Baumettes » d'une tuberculose », *Libération*, 19/12/1980.

**1981 :** « Des militants corses grévistes de la faim sont placés sous perfusion contre leur volonté », *Le Monde*, 4-5/01/1981 ; « Les autonomistes corses continuent leur grève de la faim après le rejet de leur demande de liberté », *Le Monde*, 10/01/1981 ; Nau Jean-Yves, « Grève de la faim et déontologie médicale », *Le Monde*, 15/01/1981 ; *Le Quotidien du médecin*, 15/01/1981 ; Greilsamer Laurent, « Les détenus corses ont cessé leur grève de la faim », *Le Monde*, 16/01/1981 ; « Les médecins de Fresnes désavouent l'administration pénitentiaire », *Tonus*, n°540, 16/01/1981 ; « Enseignants de prison renvoyés », *Le Matin*, 24/03/1981 ; « L'« autoritarisme » de l'administration pénitentiaire », *Le Monde*, 5-6/04/1981 ; *Le Quotidien du médecin*, 22/04/1981 ; Frappat Bruno, « Voix », *Le Monde*, 16/05/1981 ; Escoffier-Lambiotte, « Droits de l'homme et déontologie », *Le Monde*, 20/05/1981 ; « Le refus de M. Ben Bella », *Le Monde*, 20/05/1981 ; Savigneau Josyane, « Des membres du P.S jugent « préoccupantes » les tensions actuelles dans les prisons », *Le Monde*, 20/06/1981 ; Savigneau Josyane, « L'espoir des uns, la peur des autres », *Le Monde*, 20/06/1981 ; « La médecine carcérale en accusation. Prison hôpital des Baumettes : un ancien médecin de la Maison d'arrêt parle », *Libération*, 26/01/1981 ; Millet Gilles, « En attendant Badinter », *Libération*, 5/07/1981 ; Millet Gilles, « La peur du soleil », *Libération*, 10/07/1981 ; Le Gendre Bertrand, « Le changement d'orientation de la politique pénale », *Le Monde*, 11/07/1981 ; Vallaëys Béatrice, « Toutes les portes des prisons de France se sont ouvertes hier pour plusieurs milliers de détenus », *Libération*, 16/07/1981 ; Savigneau Josyane, « Huit organisations réclament le « strict respect » des droits des détenus », *Le Monde*, 17/07/1981 ; Frot Dominique, « Moins de 34 000 détenus dans les prisons françaises », *Libération*, 10/08/1981 ; Savigneau Josyane, « En application de la grâce présidentielle et de la loi d'amnistie, un détenu sur sept a été libéré depuis le 10 mai », *Le Monde*, 9-10/08/1981 ; Savigneau Josyane, « Un entretien avec M. Badinter », *Le Monde*, 28/08/1981 ; Savigneau Josyane, « L'héritage des prisons », *Le Monde*, 31/10/1981 ; Millet Gilles, « Des organisations judiciaires réclament la suppression pure et simple des QHS », *Libération*, 12/11/1981 ; « Réussir le mariage de Thémis et d'Asclépios », *Le Quotidien du médecin*, 26/11/1981 ; Crié Hélène, « Médecine pénitentiaire : sombre bilan », *Libération*, 30/11/1981 ; Ravoyard Agnès, « La délinquance n'est pas une maladie », *Le Quotidien du médecin*, 30/11/1981.

**1982 :** Logeart Agathe, « Prisons : "Rien n'a changé" », *Libération*, 26/01/1982. « Agitation dans les prisons », *Libération*, 9/04/1982 ; « Les réformes pénitentiaires remises en cause », *France Soir*, 11/04/1982 ; G.P., « Deux détenus impliqués dans une affaire de grâce médicale », *Le Monde*, 11-12/04/1982 ; « Trafic de faveurs médicales », *Libération*, 13/04/1982 ; Frot Dominique, « Prisons : montée des revendications de chaque côté des barreaux », *Libération*, 28/04/1982 ; « Nancy. Grève de la faim d'une centaine de détenus », *Le Monde*, 28/04/1982 ; « La grogne des syndicats de surveillants. Semaine "portes fermées" dans les prisons », *Le Monde*, 10/04/1982 ; Bole-Richard, « La grève du zèle des gardiens de prison largement suivie. Les "matons" dans le changement », *Le Monde*, 17/04/1982 ; Ravoyard Agnès, « Voyage au cœur de la médecine pénitentiaire », *Le*

*Quotidien du médecin*, 21/04/1982 ; « Le personnel pénitentiaire organise un mouvement d'ampleur national le 10 mai, après l'échec de la réunion de concertation », *Le Monde*, 7/05/1982 ; « Badinter annule sa rencontre avec les syndicats », *Libération*, 8-9/05/1982 ; « La grève : un échec selon le ministère », *Libération*, 11/05/1982 ; Baillet Catherine « Grâces médicales. Un mobile pour l'assassinat du juge Michel », *Le Quotidien de Paris*, 01/07/1982 ; Frot Dominique, « Des magistrats, des avocats et des éducateurs dénoncent le "lobby pénitentiaire" », *Libération*, 22/09/1982 ; « Un détenu meurt des suites d'une opération pratiquée en prison », *Libération*, 6/10/1982 ; « Polémiques entre médecins après le décès d'un détenu », *Le Monde* 7/10/1982 ; Darriulat Jean, « Un médecin part en guerre contre l'hôpital des prisons », *Le Matin*, 8 /10/1982 ; Groussard Daniel, « le secret du trafic des grâces médicales des Baumettes sur Bande magnétique ? », *Libération*, 21/10/1982 ; Derogy Jacques, « Marseille : la prison connection. Subordination de témoins, prétendu trafic de grâces médicales : la prison des Baumettes est le théâtre d'un scandale : un de plus... », *L'Express*, 22/10/1982 ; Varène Claude, « Un détenus refuse les soins à l'hôpital de Fresnes », *Le Matin*, 25/10/1982 ; Groussard Daniel, Maigné Jacques, « Trafic de grâces médicales : on cherche témoin à charge... », *Libération*, 28/10/1982 ; « La médecine pénitentiaire est salement malade », *Le Canard enchaîné*, 3/11/1982 ; Varène Claude, « Prisons : le difficile changement », *Le Matin*, 8/11/1982 ; Varène Claude, « Le personnel médical veut dépendre du ministère de la Santé », *Le Matin*, 8/11/1982 ; Millet Gilles, « Après le 10 mai, les prisons restent les prisons », *Libération*, 8/11/1982 ; « L'Ordre : le médecin pénitentiaire reste soumis au Code de déontologie », *Le Quotidien du médecin*, 9/11/1982 ; P.P., « Prisons : nouvelle "bavure" à l'hôpital de Fresnes », *Libération*, 9/11/1982 ; Casteret Anne-Marie « Fresnes : conflit pour un transfert », *Le Quotidien du médecin*, 9/11/1982 ; « La médecine pénitentiaire est une médecine en miettes », *Le Quotidien du médecin*, 10/11/1982. ; Savigneau Josyane, « Prisons : le "changement" tarde », *Le Monde*, 14-15/11/1982 ; Potherat Jacques, « Fresnes sous le bistouri », *L'Express*, 19/11/1982 ; Harang Jean-Baptiste, Frot Dominique, « Les syndicats pénitentiaires ne sont plus hostiles à toute réforme », *Libération*, 13/12/1982 ; Millet Gilles, « Prison : la Chancellerie présente son catalogue de réformes », *Libération*, 13/12/1982 ; Millet Gilles, « Badinter n'a pas retenu toutes les propositions de la commission d'enquête », *Libération*, 14/12/1982 ; Savigneau Josiane, « A petits pas », *Le Monde*, 15/12/1982 ; Savigneau Josiane, « La vie quotidienne des détenus va être améliorée », *Le Monde*, 15/12/1982 ; Conan Eric, « Une véritable médecine pour les détenus », *Libération*, 15/12/1982 ; Laimé Marc, « Jours fébriles à Fleury », *Libération*, 17/12/1982 ; « Grèves de la faim en prison : l'acte médical peut-il être violent ? », *Le Quotidien du médecin*, 21/12/1982.

**1983** : D.F, « 41 détenus se coupent les veines à Fleury-Mérogis », *Libération*, 17/01/1983 ; « 41 détenus en révolte contre la lenteur des réformes se taillaient les veines », *Le Monde*, 18/01/1983 ; Maigne Jacques, « Marseille : 300 détenus sur les toits pour des parloirs libres », *Libération*, 20/01/1983 ; « Après Fleury-Mérogis les Baumettes, une certaine agitation règne dans les prisons », *Le Monde*, 21/01/1983 ; Derogy Jacques, « Le racket des Baumettes. Le rafiquant de drogue Robert kechichian avait "acheté" un faux cancer pour être remis en liberté. Le scandale des grâces rebondit », *L'Express*, 21/01/1983 ; Boucher Philippe, « La parole donnée », *Le Monde*, 21/01/1983 ; « L'agitation dans les prisons s'étend », *Le Monde*, 22/01/1983 ; Maigne Jacques, « Prisons, la troisième manifestation des Baumettes tourne mal », *Libération*, 24/01/1983 ; Frot Dominique, « Huit jours de manifestations contre une réforme jugée trop étriquée », *Libération*, 24/01/1983 ; Boucher Philippe, « La contagion de l'impatience », *Le Monde*, 25/01/1983 ; Frot Dominique, « Prisons : la Chancellerie a choisi la répression », *Libération*, 25/01/1983 ; « Les raisons d'une révolte. Mesures immédiates et promesses sous condition », *Le Monde*, 26/01/1983 ; Kroes Claude, « La filière des Baumettes », *L'Humanité*, 26/01/1983 ; « Baumettes : le dossier des "grâces médicales". Dans la prison de Marseille, des escroqueries et peut-être une affaire de trafic d'influence », *LF*, 26/01/1983 ; « La fédération CGT : les conseillers de M. Badinter doivent démissionner », *Le Monde*, 26/01/1983 ; R.T., « Humaniser les prisons », *Témoignage chrétien*, 31/01/1983 ; Roy Philippe, « Les médecins des prisons à la Santé : ce qu'ils en pensent », *QDM*, 31/01/1983 ; Maigne Jacques, « Marseille : l'affaire du trafic de grâces médicales se meurt... », *Libération*, 3/02/1983 ; « Des surveillants de prison menacent de boycotter la réforme », *Le Monde*, 4/02/1983 ; Delsol Catherine, « Prisons : la révolte des gardiens », *LF*, 4/02/1983 ; Frot Dominique, « Réforme des prisons : les syndicats ne font pas de cadeaux », *Libération*, 4/02/1983 ; Ehrel Catherine, « Il n'y a pas de bonnes prisons », *Libération*, 25/04/1983 ; Carmouze Patrick, « Coup de torchon à Fresnes. En licenciant l'anesthésiste et en mutant le chirurgien-chef, l'inspection des Affaires sociales veut mettre un terme à la polémique sur la mort de trois détenus », *Le Quotidien de Paris*, 7/09/1983 ; Kahn Annette, « Grâces médicales. Un dossier explosif. Ces étranges événements dont on reparle... », *Le Quotidien de Paris*, 12-13/02/1983 ; De Muizon François, « Le juge d'instruction remonte la filière », *Le Matin*, 19/02/1983 ; Maigne Jacques, « Grâces médicales : l'édifiante autopsie de l'affaire Kechichian », *Libération*, 27/02/1983 ; Groussard Daniel, « Trafic de grâces médicales : deux experts marseillais inculpés, dont un incarcéré », *Libération*, 9/03/1983 ; Raoux François, « Grâces médicales. L'enquête "mouille" beaucoup de monde », *Le Quotidien de Paris*, 10/03/1983 ; Carmouze Patrice, « Des médecins complices malgré eux ? », *Le Quotidien du médecin*, 10/03/1983 ; « Une carrière médicale et politique », *Le Monde*, 18/03/1983 ; Cherki Pauline, « Evasions sur ordonnances », *Le Nouvel Observateur*, 26/03/1983 ; Groussard Daniel, « Grâces

médicales : Solange Troisier inculpée », *Libération*, 17/03/1983 ; Kroes Claude, « Inculpation au sommet », *L'Humanité*, 17/03/1983 ; Delsol Catherine, « Grâces médicales : inculpation au sommet », *LF*, 17/03/1983 ; Nau Jean-Yves, « Une carrière médicale et politique », *Le Monde*, 18/03/1983 ; Delsol Catherine, « Grâces médicales : Solange Troisier nie tout... », *LF*, 18/03/1983 ; Carmouze Patrice, « Le Dr Solange Troisier : je n'ai fait que mon métier », *Le Quotidien du médecin*, 18/03/1983 ; Derogy Jacques, « Les prisons malades de leur médecine », *L'Express*, 18-24/03/1983 ; Fournier Etienne, « Ne tirez pas sur le légiste », *Le Quotidien du médecin*, 29/03/1983 ; Horeau Louis-Marie, « Trafic de grâces médicales ou permissions de sortie. Les miracles des Lourdes... », *Le canard enchaîné*, 30/03/1983 ; « Grâces médicales : Solange Troisier dément le "Canard" », *Libération*, 30/03/1983 ; « L'affaire des « grâces » médicales. Le témoignage d'un médecin parisien contredit les déclarations de Mme Troisier », *Le Monde*, 02/04/1983 ; Carmouze Patrick, « « Grâces médicales » : spéculations sur une demande d'avis thérapeutique », *Le Quotidien du médecin*, 7/04/1983 ; Conan Eric, « Nouveau décès à l'hôpital des prisons », *Libération*, 6/04/1983 ; « Décès suspect à l'hôpital de Fresnes », *L'Humanité*, 7/04/1983 ; Nau Jean-Yves, « A l'hôpital des prisons de Fresnes. Un jeune détenu meurt après une intervention chirurgicale », *Le Monde*, 7/04/1983 ; Carmouze Patrick, « Hôpital de Fresnes : le chirurgien se rebiffe », *Le Quotidien du médecin*, 7/04/1983 ; Conan Eric, « La médecine pénitentiaire en instance de réforme », *Libération*, 7/04/1983 ; Conan Eric, « Le chirurgien-chef de Fresnes met en cause l'administration pénitentiaire », *Libération*, 7/04/1983 ; Derogy Jacques, « Juge Michel : mort sur ordonnance », *L'Express*, 8-14/04/1983 ; « Remaniement au ministère de la Justice », *Libération*, 12/04/1983 ; Le Gendre Bertrand, « La réorganisation du ministère de la Justice », *Le Monde*, 13/04/1983 ; Logeart Agathe, « L'hôpital de Fresnes à nouveau dans le collimateur », *Le Matin*, 29/04/1983 ; « S. Troisier porte plainte contre Gisselbrecht devant le conseil de l'Ordre. », *Le Quotidien du médecin*, 4/05/1983 ; Groussard Daniel, « André Fraticelli. Des grâces médicales au « délire de fuite » », *Libération*, 18/05/1983 ; « Nouvelle inculpation du docteur Solange Troisier », *Le Monde*, 02/06/1983 ; Carmouze Patrice, « Au grand déballage », *Le Quotidien du médecin*, 3/06/1983 ; Le Gendre Bertrand, « Grève des écrous des surveillants de prison », *Le Monde*, 15/06/1983 ; Carmouze Patrice, « Grâces médicales. Et si l'accusation se trompait... », *Le Quotidien de Paris*, 17/06/1983 ; Carmouze Patrice, « Les faiblesses de l'accusation », *Le Quotidien du médecin*, 17/06/1983 ; Le Gendre Bertrand, « M. Mitterrand ne « méconnaît pas » les difficultés des surveillants de prison », *Le Monde*, 18/06/1983 ; Le Gendre Bertrand, « Les surveillants de prison suspendent leur grève le 17 juin », *Le Monde*, 19-20/06/1983 ; Derogy Jacques, « Qui a peur de Solange Troisier ? », *L'Express*, 22/07/1983 ; Delsol Catherine, « Justice : la polémique après la tuerie d'Avignon », *LF*, 8/08/1983 ; Varaut Jean-Marc, « La polémique sur le carnage d'Avignon. La faute à Badinter ? », *Le Quotidien de Paris*, 9/08/1983 ; Varène Claude, « Prisons : priorité à la formation des surveillants », *Le Matin*, 14/08/1983 ; « Permissions de sortie : Badinter doit s'expliquer », *Le Quotidien de Paris*, 17/08/1983 ; « Badinter s'entête... », *LF*, 18/08/1983 ; Bole-Richard Michel, « Le dossier des « grâces médicales » devant le tribunal correctionnel en septembre », *Le Monde*, 19/08/1983 ; Delsol Catherine, « Grâces médicales : un dossier peu garni... », *LF*, 22/08/1983 ; Carmouze Patrick, « Loin de Marseille une justice plus sereine », *Le Quotidien du médecin*, 19/9/1983 ; « Le docteur Colombani ne veut pas être jugé à Marseille », *Le Monde*, 03/09/1983 ; Maigne Jacques, « Grâces médicales : Marseille privé de procès », *Libération*, 19/09/1983 ; Delsol Catherine, « Grâces médicales : l'ombre de Marseille », *LF*, 3/10/1983 ; Vallaeys Béatrice, « Grâces médicales de Marseille : Colombani et Mariotti restent en prison », *Libération*, 4/10/1983 ; Maigne Jacques, « Cinq inculpés pour une « évasion » par grâce médicale », *Libération*, 24/10/1983 ; Carmouze Patrick « Et si la maladie de Kechichian était réelle ? », *Le Quotidien du médecin*, 24/10/1983 ; Maigne Jacques, « « Grâces médicales » : le sale quart d'heure de Solange Troisier », *Libération*, 26/10/1983 ; Maigne Jacques, « Trafics de « Grâces médicales » : un procès d'anguilles », *Libération*, 27/10/1983 ; Vallaeys Béatrice, « Peines de principe dans l'affaire des grâces médicales de Marseille », *Libération*, 17/11/1983 ; Carmouze Patrick « Condamnés par principe », *Le Quotidien du médecin*, 17/11/1983 ; Raoux François, « La médecine pénitentiaire malade du silence ? », *Le Quotidien du médecin*, 23/11/1983 ; Varène Claude, « L'imbroglio des grâces médicales », *Le Matin*, 24/10/1983 ; « Médecine pénitentiaire. On en a assez d'entendre : "Docteur, calmez-le !" », *Le Matin*, 30/11/1983 ; Conan Eric, « Médecine pénitentiaire : état critique », *Libération*, 30/11/1983 ; Le Gendre Bertrand, « Quatre cents postes supplémentaires pour les prisons en 1984 », *Le Monde*, 9/12/1983.

**1984 :** Roy Philippe, « Pour une médecine pénitentiaire plus libre », *Le Quotidien du médecin*, 13/02/1984 ; Noussenbaum Gilles (propos recueillis par), « Pour Myriam Ezratty, directrice de l'administration pénitentiaire : « Il n'y a pas deux médecines : l'une pour la société civile, l'autre pour le monde carcéral », *Panorama du médecin*, 1984 ; AFP, « Grâces médicales : relaxe générale », *Libération*, 22/02/1984 ; Carmouze Patrice « Tous innocents ! », *Le Quotidien du médecin*, 22/02/1984 ; Nau Jean-Yves, « Une enquête sur la sexualité pénitentiaire », *Le Monde*, 9/08/1984 ; Gherardi Sophie, « Les révoltes de Fleury-Mérogis », *Libération*, 06/09/1984 ; « L'affaire des grâces médicales. La cour d'appel de Versailles prononce une relaxe générale », *Le Monde*, 23/02/1984 ; « Grève de la faim collective des détenues femmes de Fleury-Mérogis », *Libération*, 26/09/1984 ; « Grèves de la faim en série dans les prisons parisiennes », *Libération*, 1/10/1984 ; Millet Gilles, « A contre-courant », *Libération*, 4/10/1984 ; Mignard Jean-Pierre, « Donner aux détenus le droit de s'associer »,



*Libération*, 16/10/1984 ; « Prisons : après Fleury, Loos-lès-Lille », *Libération*, 9/10/1984 ; Chikoff de Irina, « L'échec de la politique carcérale française », *LF*, 22/10/1984 ; Gally Laurent, « Nouveau record absolu du nombre de détenus », *Libération*, 16/10/1984 ; « Flics contre matons devant les prisons », *Libération*, 24/10/1984 ; Roy Philippe, « Médecine pénitentiaire : la réforme est toujours à venir », *Le Quotidien du médecin*, 24/10/1984 ; Vallaeys Béatrice, « Un vrai hôpital pour les détenus », *Libération*, 19/12/1984.

**1985 :** Rickel Sandrine, « Début de mutinerie à la Maison d'arrêt du Havre », *Libération*, 1/03/1985 ; Franck Madeleine, « Sida : le virus de la panique », *Le Point*, 4/03/1985 ; Le Gendre Bertrand, « Nombre record de détenus et de suicides. La situation se dégrade dans les prisons », *Le Monde*, 19/04/1985 ; *Le Monde*, 20/04/1984 ; Waintraub Judith, « Les prisons françaises menacées d'embrasement », *Le Quotidien de Paris*, 20/04/1985 ; Léridon Yves, « Lyon : des prisons sous haute tension », *LF*, 20-21/04/1985 ; « La surpopulation dans les prisons. Un « quatre-étoiles » digne du Moyen-âge », *Témoignage chrétien*, 29/04/1985 ; Vial Charles, « La mutinerie de Fleury-Mérogis a été rapidement matée », *Le Monde*, 7/05/1985 ; « La révolte de Fleury », *Libération*, 7/05/1985 ; Saint-Vincent Bertrand, « « Le plus insupportable, c'est le claquement des verrous » », *Le Quotidien de Paris*, 7/05/1985 ; Waintraub Judith, « La poudrière de Fleury-Mérogis », *Le Quotidien de Paris*, 7/05/1985 ; Brocard Véronique, « Les mutineries ont leurs raisons que la Chancellerie ne connaît pas », *Libération*, 7/05/1985 ; Le Gendre Bertrand, « Au feu ! », *Le Monde*, 07/05/1985 ; « L'agitation dans les prisons de la région parisienne », *Le Monde*, 08/05/1985 ; Cruse Jean-Paul, « Bois d'Arcy : du chahut à l'occupation de toit », *Libération*, 8/05/1985 ; « Le mouvement de protestation dans les prisons », *Le Monde*, 09/05/1985 ; Moruzzi Jean-François, « Prisons : l'agitation continue », *Le Quotidien de Paris*, 9/05/1985 ; « Le mouvement de protestation dans les prisons », *Le Monde*, 9/05/1985 ; F.P., « Prisons : grande épidémie de la violence », *LF*, 10/05/1985 ; Mangetout Pierre, « Prisons trop pleines, les toits débordent », *Libération*, 11-12/05/1985 ; « Le mouvement de protestation dans les prisons », *Le Monde*, 11/05/1985 ; « Badinter : « La surpopulation rend impossible l'humanisation des prisons », *Libération*, 12/05/1985 ; Mangetout Pierre, « Un garde des Sceaux prisonnier », *Libération*, 12/05/1985 ; Agitation sporadique dans les prisons. Quatre suicides, deux grèves de la faim », *Le Monde*, 15/05/1985 ; « Six suicides en dix jours », *Le Monde*, 16/05/1985 ; Peyrefitte Alain, « L'ancien garde des sceaux analyse la révolte dans les prisons », *Figaro-Magazine*, 18/05/1985 ; « Le « château » de Montpellier dévasté par la révolte », *Le Quotidien de Paris*, 21/05/1985 ; Eugène Didier, « Dépistage du S.I.D.A à Rennes : un risque élevé chez les toxicomanes », *Ouest France*, 31/05/1985 ; Varène Claude, « Fleury-Mérogis, un interne de garde de nuit pour 4.600 détenus », *Le Matin*, 16/07/1985 ; Delsol Catherine, « Prisons : dangereuse libéralisation. Robert Badinter adoucit encore le régime carcéral », *LF*, 9/08/1985 ; Pial Gilles, Cruse Jean-Paul, « Sida ; alerte autour des toxicos », *Libération*, 3-4/08/1985 ; Neville Pascale, « SIDA-psychose à la prison de Gradignan », *Libération*, 22/08/1985 ; Gally Laurent, « Le SIDA en prison : les gardiens jouent la psychose », *Libération*, 23/08/1985 ; Nouchi Franck, « Test du SIDA positif pour six détenus de Gradignan », *Le Monde*, 23/08/1985 ; Pial Gilles, « Contaminés... par la peur du sida », *Libération*, 23/08/1985 ; Perez Martine, « Prisons : la grande peur des gardiens », *LF*, 23/08/1985 ; Wareing Andrew, « SIDA : plusieurs détenus auraient été transférés », *France-Soir*, 24/08/1985 ; « Virus carcéral », *Le Monde*, 24/08/1985 ; Lacharme Mireille, « Un congrès "spécial taulards" », *LF*, 22/11/1985 ; Allain-Regnault Martine, Vincent Catherine, « Anatomie d'une épidémie moderne », *Sciences et avenir*, n°464, 10/1985 ; « Les enjeux du sida », *Révolution*, 1/11/1985 ; Decocq André, « Une femme d'honneur », *LF*, 27/11/1985 ; Pial Gilles, « Le spectre du Sida s'estompe pour les prostituées européennes », *Libération*, 30/12/1985.

**1986 :** Escoffier-Lambiotte, « Dans les prisons françaises. Plus de la moitié des détenus toxicomanes sont contaminés par le virus du SIDA », *Le Monde*, 15/02/1986 ; Pial Gilles, « SIDA en prison : le virus de l'extrapolation », *Libération*, 15-16/02/1986 ; « Le SIDA dans les prisons », *Le Monde*, 16-17/02/1986. Gally Laurent, « L'hôpital de Fresnes sur la voie de guérison », *Le Monde*, 21/02/1986 ; Le Gendre Bertrand, « Cinquante-six mois à la chancellerie. Abolir, humaniser, moderniser », *Le Monde*, 21/02/1986 ; Lacharme Mireille, « Un hôpital à l'ombre », *La Croix*, 25/02/1986 ; Le Gendre Bertrand, « Les habits neufs du garde des sceaux », *Le Monde*, 3/04/1986 ; « Une idée de M. Dailly », *Le Monde*, 22/04/1986 ; Gally Laurent, « Albin Chalandon : la loi du retour », *Libération*, 29/04/1986 L.J., « Les prisons s'ouvrent aux privés », *Libération*, 29/04/1986 ; Mongibeaux Jean-françois, « Mes 48 heures dans la prison dont l'on ne s'évade jamais », *Le Figaro-Magazine*, 10/05/1986 ; Ferrand Christian, « Les prisons verrouillées », *L'Humanité*, 13/05/1986 ; Pial Gilles, « Echange seringue contre SIDA », *Libération*, 4/06/1986 ; Gendre Bertrand, « Les projets de M. Albin Chalandon. Prisons « made in USA » », *Le Monde*, 15-16/06/1986 ; Ferrand Christian, « Chalandonnettes à barreaux », *L'Humanité*, 17/06/1986 ; Delsol Catherine, « Un nouveau « patron » pour les prisons », *LF*, 25/06/1986 ; Le Gendre Bertrand, « M. Arsène Lux, directeur de l'administration pénitentiaire », *Le Monde*, 4/07/1986 ; « Prisons privées : les gardiens sont pour », *LF*, 18/06/1986 ; « La privatisation sera intégrale ou ne sera pas », *Lyon Figaro*, 18/11/1986 ; Troisième Solange, « Le sexe des anges... », *Le Quotidien de Paris*, 21/11/1986 ; Bréhier T., « Les prisons privées provoquent une fêlure dans la majorité », *Le Monde*, 21/11/1986 ;

Elkrief Ruth, « Prisons privée : la majorité divisée. Raymond Barre est très réservé sur le projet », *Le Matin*, 20/11/1986 ; « Prisons à perte », *Libération*, 29/11/1986.

**1987 :** Viaud Pierre, « La prison, lieu de contamination par le virus HIV peut aussi être le lieu de prévention », *Le Quotidien du médecin*, 28/01/1987 ; Nouchi Franck, « Un rapport alarmant. Le virus du sida prolifère dans les prisons françaises », *Le Monde*, 12/02/1987 ; Petitnicolas Catherine (docteur), « S.I.D.A : dans les prisons, l'épidémie explose », *LF*, 13/02/1987 ; Pial Gilles, « Le sida devant le droit de cité », « *Libération*, 14/12/1987 ; « Le sida en milieu carcéral : choc de deux tabous », *Lyon Figaro*, 10/03/1987 ; Cudicio Renato, Pial Gilles, « Le Sida inquiète les détenus de Tournai », *Libération*, 4/05/1987 ; Roy Philippe, « Sida : comment traquer la maladie dans les prisons », *Le Quotidien du médecin*, 24/07/1987 ; Barelli Paul, « Un condamné à mort est libéré », *Le quotidien de Paris*, 21/09/1987 ; Pial Gilles, « La prison des séropositifs », *Libération*, 1/10/1987 ; Favreau Eric, « Le personnel pénitentiaire face à ses responsabilités », *Libération*, 1/10/1987 ; Hamel Ian, « Le sida dans les prisons : l'OMS tire la sonnette d'alarme », *Le Quotidien du médecin*, 23/11/1987 ; « Prisons : l'Etat financera 15.000 places supplémentaires », *France-Soir*, 8/04/1987 ; Viaud Pierre, « Bordeaux : une consultation hospitalière... en prison », *Le Quotidien du médecin*, 3/12/1987 ; Pial Gilles, « Le sida devant le droit de cité », *Libération*, 14/12/1987.

**1988 :** Logeart Agathe, « Démission et remue-ménage à l'administration pénitentiaire », *Le Monde*, 2/02/1988 ; Logeart Agathe, « Le rapport du docteur Solange Troisier préconise d'améliorer l'information et l'hygiène dans les prisons », *Le Monde*, 12/02/1988 ; Schwarzenberg Emmanuel, « Sida en prison : l'inquiétant constat », *LF*, 10/03/1988 ; Mongibeaux, J.F., « Le sida dans les prisons : un rapport explosif du docteur Solange Troisier », *LF*, 19/03/1988 ; Bovas Michel, « Une vidéo sur le sida en prison », *La Croix*, 23/03/1988 ; Conil Dominique, « L'agonie de Pascal, de Bois d'Arcy à Fresnes », *Libération*, 6/05/1988 ; « M. Arpaillange juge « énorme » le programme des 15 000 places », *Le Monde*, 20/05/1988 ; Cerri Francesco, « Sida : alerte rouge dans les prisons », *Libération*, 1/07/1988 ; Denis Catherine, « Les prisonniers interdits de santé ? », *Tonus*, 7/06/1988 ; Delsol Catherine, « Prisons : l'ambiance change », *LF*, 12/08/1988 ; Conil Dominique, « Prisons : Arpaillange révisé à la baisse le projet Chalandon », *Libération*, 3-4/09/1988 ; Logeart Agathe, « Le programme de construction des nouvelles prisons présenté par M. Arpaillange se démarque du projet Chalandon », *Le Monde*, 4-5/09/1988 ; Logeart Agathe, « Le protestations en demi-teinte dans les prisons françaises », *Le Monde*, 15/09/1988 ; Delsol Catherine, « La crise des prisons accentue le malaise. Pierre Arpaillange, un ministre contesté », *LF*, 7/10/1988 ; Roy Philippe, « Quand les médecins de prison témoignent... », *Le Quotidien du médecin*, 18/11/1988 ; Lenglet François, « Flagrant délit de pauvreté », *Le généraliste*, 6/12/1988 ; Fizeau Anne, « M.G vacataire dans les prisons. Mission impossible », *Le généraliste*, 6/12/1988 ; Roy Philippe, « Prévention et suivi de l'infection à VIH à la Maison d'arrêt de Bois d'Arcy », *Le Quotidien du médecin*, 19/12/1988 ; Bonnet François, « Stéphane, 25 ans, le sida dans une cellule de huit mètres carrés », *Libération*, 22/12/1988.

**1989 :** Adler Marie-Ange, « Comment vraiment faire la guerre au sida », *L'Evènement du jeudi*, 2-8/02/1989 ; Biétry Michèle, « Sida : la lutte s'organise », *LF*, 07/02/1989 ; Emmanuelli Xavier, « La médecine pénitentiaire peut faire beaucoup si elle en a les moyens », *Le Quotidien du médecin*, 20/04/1989 ; Nouchi Franck, « Une circulaire pour améliorer le dépistage en milieu carcéral », *Le Monde*, 24/05/1989 ; Favreau Eric, « Prisonniers du sida à l'hôpital de Fresnes », *Libération*, 9/06/1989.

**1990 :** Delsol Catherine, « Le rapport escamoté », *Le Figaro*, 5/05/1990 ; Logeart Agathe, « La chancellerie publie une synthèse édulcorée du rapport Karsenty », *Le Monde*, 5/05/1990 ; Masson Marie-Françoise, « Jean-Claude Karsenty : monsieur anti-évasions », *La Croix*, 26/10/1990.

**1991 :** Favreau Eric, « Lutte contre le sida : la crainte du relâchement », *Libération*, 30/11/1991.

**1992 :** « Faute de moyens, c'est le grand bricolage », *Libération*, 6/04/1992 ; « La médecine pénitentiaire en crise d'identité », *Libération*, 6/04/1992 ; « Un colloque sur la santé en milieu carcéral. La prison met à mal l'éthique médicale », *Le Monde*, 07/04/1992 ; « Les malades détenus de Fresnes », *Le Monde*, 07/04/1992 ; « La grande misère de la médecine pénitentiaire », *La Croix*, 7/04/1992 ; Nouchi Franck, Nau Jean-Yves, « Contamination : le sang des prisons », *Le Monde*, 11/04/1992 ; Nouchi Franck, Nau Jean-Yves, « Contamination : le sang des prisons », *Le Monde*, 12-13/04/1992 ; Emmanuelli Xavier, « Ils ont les mains blanches mais ils n'ont pas... », *Libération*, 18/08/1992 ; « Les suites de l'affaire du sang contaminé. Le drame des collectes en prison », *Le Monde*, 5/11/1992 ; Raoux François (propos recueillis par), « Un entretien avec le docteur de Fleury-Mérogis », *Le Quotidien de Paris*, 6/11/1992 ; Bergue Frédéric, « Sang et prison. Le Dr Emmanuelli accuse la myopie des experts », *Impact médecin*, 9/11/1992 ; Kahn Jean-François, « Le scandale du sang, « L'EDJ », « Le Monde » et l'information volée », *L'Evènement du jeudi*, 12-18/11/1992 ; Masson Marie-Françoise (Propos recueillis par), « Michel Vauzelle sonde la pénitentiaire », *La Croix*, 22/11/1992.

**1993 :** « Prisons : foyers d'infection », *le Point*, 23/01/1993 ; CELERIER Isabelle, « Sida en prison : selon le CNS la confidentialité n'est pas respectée », *Le Quotidien du médecin*, 12/03/1993. « Une atteinte au secret médical dans les prisons », *L'Humanité*, 11/03/1993 ; FOLLEA Laurence, « Selon une étude du Conseil national du sida, la médecine pénitentiaire devrait passer sous contrôle « exclusif » du ministère de la Santé », *Le Monde*, 13/03/1993 ; Gaillaud, Lionel, « Tuberculose en prison. Une cellule prévention à Fleury-Mérogis », *Impact Médecin*, 25/06/1993 ; AFP, « L'USP dénonce la « passivité » des pouvoirs publics devant la montée de la tuberculose dans les prisons », 11/08/1993 ; Folléa Laurence, « Un projet de loi à l'automne sur la prise en charge médicale des détenus », *Le Monde*, 16/08/1993 ; Gomez Marianne, « Les prisonniers, des malades comme les autres », *La Croix*, 8/10/1993 ; Nouchi Franck, « Un projet de loi présenté au conseil des ministres. Des mesures devraient permettre d'améliorer la protection sanitaire des détenus », *Le Monde*, 7/10/1993.

**1994 :** ADLER Marie-Ange, « La prison malade du sida », *L'événement du jeudi*, 18-24/03/1994.

## 6. SOURCES IMPRIMEES (CLASSEMENT PAR SUJET)

### Politique pénitentiaire, actualité des prisons :

#### A. Textes officiels et rapports

ASSEMBLEE NATIONALE, *La France face à ses prisons*, Paris, Rapport de la commission d'enquête de l'Assemblée Nationale, Rapport n°2521, 2000.

ECOLE NATIONALE D'ADMINISTRATION, *La gestion de nouveaux établissements pénitentiaires dans le contexte du programme pluriannuel pour la Justice*, Bilan de la promotion René Char, séminaire décembre 1994.

MINISTERE DE LA JUSTICE, Rapport présenté à Monsieur le garde des Sceaux par la commission d'étude de la vie quotidienne dans les prisons, 1982.

SENAT, *Prisons : une humiliation pour la République. Rapport de la mission d'enquête sur les conditions de détention dans les établissements pénitentiaires en France*, 2 volumes, 2000.

#### B. Articles et ouvrages

« Trente ans de politique pénitentiaire », *Justice. Journal du syndicat de la magistrature*, n°33, 1974, pp.3-8.

« L'exécution de la peine privative de liberté et les droits de l'individu », *Revue de sciences criminelles et de droit pénal comparé*, 1975, n°3, pp.741-751.

« 13 Place Vendôme : restructuration et répression », *Justice. Journal du syndicat de la magistrature*, n°82, 1981, pp.39-41

« Administration pénitentiaire. La remise en cause d'une puissance sans partage », *Justice. Journal du syndicat de la magistrature*, n°90, 1982, pp.43-44.

« Le citoyen détenu. Le droit à la dignité humaine », *Justice. Journal du syndicat de la magistrature*, n°108, 1986, pp.4-6.

ABECASSIS Alain, *La culture en milieu carcéral. Eduquer en prison, utopie ou réalité ?*, mémoire de fin d'études, Sciences Po Paris, 1979.

ACTES, « Les personnels de l'Administration pénitentiaire : du répressif à l'éducatif ou les multiples rôles solidaires d'un fonctionnement totalitaire », *Actes*, n°13-14, printemps 1977, pp.13-17.

AGRET Roland, *Et si vous saviez ! : la prison au quotidien*, Paris, Plon, 1987.

- ARMAZET André, *Les prisons*, Editions Fillipacchi, coll. « Tout savoir sur... », 1973.
- ARTIERES Philippe, Quéro Laurent, Zancarini-Fournel Michelle, *Le Groupe d'information sur les prisons : archives d'une lutte, 1970-1972*, Paris, Ed. de l'Institut Mémoires de l'édition contemporaine, 2003.
- BADINTER Robert, *Les épines et les roses*, Paris, LGF/le livre de Poche, 2012.
- BADINTER Robert, *L'Abolition*, Paris, Arthème Fayard, 2000.
- BARRAL Suzanne, « La situation des détenus et de leurs familles au regard de la Sécurité sociale », *Droit social*, n°12, 12/1973, pp.598-607.
- BELLANGER Hélène, *Vivre en prison. Histoires de 1945 à nos jours*, Paris, Hachette littérature, 2007.
- BERNAT DE CELIS Jacqueline, « Le colloque de la COSYPE : prisons : quel changement ? », *Revue de sciences criminelles et de droit pénal comparé*, 1983, p.158.
- BOULANGER Henri, *Six ans d'administration pénitentiaire (1981-1987)*, Paris, L'Harmattan, 2004.
- BOULLANT François, *Michel Foucault et les prisons*, Paris, PUF, 2003.
- BOULLANT François, « 1974 : "L'affaire Mirval" », *Cultures et conflits*, n°55, 2004, pp.97-115.
- BLOCH Etienne, « La justice dans la prison », *Justice. Journal du syndicat de la magistrature*, n°73, 1979, p.1-2.
- BLOCH Etienne, « Le juge d'application des peines ou la bonne conscience de la Justice », *Justice. Journal du syndicat de la magistrature*, n°17, 1972, pp.10-11.
- BUFFARD Simone, « Y a-t-il une évolution de la prison ? Réflexion du groupe multiprofessionnel de Lyon sur les questions pénitentiaires », *Déviance et société*, 1977, vol.1, n°2, pp.203-208.
- BUFFARD Simone, *Le froid pénitentiaire*, Paris, Editions du Seuil, 1973.
- BUFFARD Simone, « Le système pénitentiaire en question », *Instantanés criminologiques*, n°16, 1972, pp.3-5.
- CASSIA Paul, *Robert Badinter. Un juriste en politique*, Éditions Fayard, Paris, 2009.
- CHAZAL Jean, « Le juge de l'application des peines... un intrus ? », *Justice. Journal du syndicat de la magistrature*, n°16, 1972, pp.25-26.
- COLARDYN, « L'application de la législation sociale aux détenus et aux membres de leur famille », *Bulletin de l'Administration pénitentiaire*, 09-10/1972.
- COLCOMBET François, LAZARUS Antoine, APPERT Louis (alias de Michel Foucault), « Lutttes autour des prisons », *Esprit*, n°11, novembre 1979, p.105.
- COLCOMBET François, « La crise pénitentiaire », *Justice. Journal du syndicat de la magistrature*, n°33, 1974, pp.1-2.
- COMITE D'ACTION DES PRISONNIERS, *Journal des prisonniers*, n°1, 12/1972 ; n°6, 05/1973 ; n°9, 09/1973 ; n°13, 01/1974 ; n°18, 06/1974 ; 10/1974 ; n°38, 07/1976 ; n°41, 11/1976 ; n°45, 04/1977 ; 09/1977 ; 10-11/1977 ; 04/1978 ; n°54, 12/1978 ; n°62, 05/1979.
- COMITE VERITE TOUL, *La révolte de la centrale Ney*, Paris, La France Sauvage, 1973.
- CUAU Bernard, *L'Affaire Mirval ou Comment le récit abolit le crime*, Paris, Les Presses d'aujourd'hui, coll. La France sauvage, 1976.
- COORDINATION SYNDICALE PENALE, « Il n'y a pas de rééducation pénitentiaire », *Actes*, n°33, 1981, pp.46-49.
- COORDINATION SYNDICALE PENALE, « Dix variations sur le thème du changement », *Actes*, n°37, 1982, pp.11-12.

- COORDINATION SYNDICALE PENALE, « Le lobby pénitentiaire », *Justice. Journal du syndicat de la magistrature*, n°92, 1982, pp.7-21.
- DARMON Marco, « L'exclusion pénitentiaire », *Droit social*, n°11, 11/1974, pp.137-142.
- DEFERT Daniel, DONZELOT Jacques, « La charnière des prisons », *Le Magazine littéraire*, mai 1976, n°112-113.
- DEFERT Daniel, « Quand l'information est une lutte », *La Cause du peuple-J'accuse*, 25/05/1971.
- DELTEIL Gérard, *Prisons : la marmite infernale*, Paris, Syros Alternatives, 1990.
- DOMENACH Jean-Marie, « En finir avec les prisons », *Esprit*, 07-08/1972, p. 39.
- DORLHAC DE BORNE Hélène, *Changer la prison*, Paris, Plon, 1984.
- DOUAILLER Stéphane, VERMEREN Patrice, « Mutineries à Clairvaux », *Les révoltes logiques*, n°6, Cahiers du centre de recherches sur les idéologies de la révolte, automne/hiver 1977, pp.77-95.
- DUPREEL Jean, « Une notion nouvelle : les droits des détenus », *Revue de sciences criminelles et de droit pénal comparé*, 1957-1958, p.163-178.
- FAVARD Jean, *Des prisons*, Paris, Gallimard, coll. « Au vif du sujet », 1987.
- FAVARD Jean, *Le labyrinthe pénitentiaire*, Paris, Ed. Le Centurion, Coll. « Justice humaine », 1981.
- FOUCAULT Michel, « Redonner la parole aux détenus », *Tribune socialiste*, février 1972.
- FOUCAULT Michel, « Nul de nous n'est sûr d'échapper à la prison... », texte ronéotypé, 8/02/1971 Cité dans ARTIERES Philippe et alii, *op.cit.*, p.43.
- FOUCAULT Michel, « Le discours de Toul », *Le Nouvel Observateur*, n°372, 27/12/1971. Repris dans *Dits et écrits*, Paris, Quarto, Gallimard, Tome 1, pp.1104-1106.
- FOYER Jean, « La doctrine de la Cinquième République en matière de répression », *Revue pénitentiaire et de droit pénal*, 1963, pp.281-287.
- GOLPAYEGANI Behrouz, *L'humanisation de la peine privative de liberté*, Paris 2, thèse en science pénitentiaire, 1975.
- GROUPE D'INFORMATION SUR LES PRISONS, *Enquête dans 20 prisons*, Paris, Editions Champ Libre, coll. « Intolérable les prisons », 1971.
- GROUPE D'INFORMATION SUR LES PRISONS, *Enquête dans une prison modèle : Fleury-Mérogis*, Paris, Editions Champ Libre, coll. « Intolérable les prisons », 1971.
- GROUPE D'INFORMATION SUR LES PRISONS, *Suicides de prison* (1972), Paris, Gallimard, 1973.
- GROUPE MULTIPROFESSIONNEL SUR LES QUESTIONS PENITENTIAIRES, *Groupe multiprofessionnel sur les questions pénitentiaires*, Taizé, Presses de Taizé, 1974.
- LALE Yvonne, « Le personnel pénitentiaire », *Revue pénitentiaire et de droit pénal*, 04-06/1981, p.179.
- LAZARUS Antoine, « Quand la prison devient refuge », *Sociétés & représentations*, n°3, CREDHESS, novembre 1996, pp.307-320.
- LECLERC A., « Politique publique : chronique d'une réforme avortée : la loi pénitentiaire », dans Péchillon E., Herzog-Evans E. (dir.), *Le droit de l'exécution des peines, problème et enjeux d'une discipline juridique en formation*, Rapport de recherche pour le GIP Justice, Rennes 1, 2003, p.18.
- LEGOUX Alain, *L'impératif pénal*, Paris, Robert Laffont, 1986.
- LETENEUR Henri, « La politique pénitentiaire française », *Etudes*, n°360, 02/1984, pp.183-198.
- LIVROZET Serge, *Aujourd'hui, la prison*, Paris, Hachette, Essais, 1976,

- LOCHEN Axel, « Le Groupe Multiprofessionnel sur les Questions pénitentiaires », *Esprit*, 11/1979, pp.65-67.
- LOCHEN Axel, *Maison d'arrêt*, Paris, Le signe-Fayard, 1968.
- LYON-CAEN Pierre, « La crise pénitentiaire », *Justice. Journal du syndicat de la magistrature*, n°16, 1972, p.27.
- MAUREL Edouard, « Une déclaration universelle des droits du détenu sera-t-elle un jour rédigée ? », *Revue pénitentiaire et de droit pénal*, 10-12/1949, pp.374-380.
- MENEZ Joël, « Les prisons », *Justice. Journal du syndicat de la magistrature*, n°64, 1978, pp.35-36.
- MEZGHANI Rhida, *La condition juridique du détenu*, Paris 2, thèse de science pénitentiaire, 1975.
- MICHELLAND Françoise, *Les délinquants à l'entrée en prison : les caractéristiques culturelles, familiales, sociales et pathologiques de cette population*, thèse de médecine, Faculté de Lyon, 1987.
- OBSERVATOIRE INTERNATIONAL DES PRISONS, *Les conditions de détention en France*, Rapport annuel 2005, OIP/La découverte, 2005
- PERIER DAVILLE Denis, « La politique pénale de la gauche », *Etudes*, n°363, 07-08/1985, pp.43-51.
- PIERRE Christian, « Les prisons malades », *Justice. Journal du Syndicat de la magistrature*, n°17, 1972, p.18.
- PINATEL Jean, « La crise pénitentiaire », *L'Année sociologique*, n°24, 1973, pp.13-67.
- POTTIER Philippe, « Le choix des éducateurs », *Journal des prisonniers*, n°3, 12/1980, pp.4-5.
- POTTIER Philippe, « Les éducateurs », *Esprit*, 11/1979, pp.44-46.
- QUANG SANG Julie, *La Loi et le bourreau. La peine de mort en débats (1870-1985)*, Paris, L'Harmattan, 2001.
- QUEANT Olivier, *Le monde inconnu des prisons*, Paris, Plon, 1970.
- RANCIERE Danielle, « Brève histoire du Groupe d'information sur les prisons (G.I.P) 1971-1972 », *Mana*, Caen, 1998, pp.221-226.
- RICHERT Jean-Paul, « Le développement des droits des condamnés américains », *Justice. Journal du syndicat de la magistrature*, n°32, 1974, pp.2-4.
- SCHLEGEL Jean-Louis, « Le droit s'arrête-t-il à la porte des prisons ? », *Projet*, n°194, 07-08/1985, pp.2-6.
- SERIAUX Alain, « Des intérêts légitimes sans protection juridique : les droits des détenus », *Revue pénitentiaire et de droit pénal*, n°3, 1979, pp.453-476.
- SEYLIER Monique, « La banalisation pénitentiaire », *Déviance et société*, vol.4, n°2, 1980, pp.131-150.
- SEYLIER Monique, « Une intersyndicale sur les prisons », *Justice. Journal du syndicat de la magistrature*, n°87, 1981, pp.10-11.
- SOCIETE GENERALE DES PRISONS, « L'organisation des activités éducatives et culturelles dans les établissements pénitentiaires doit-elle relever exclusivement de l'administration pénitentiaire ? », *Revue pénitentiaire et de droit pénal*, n°1, 01-03/1975, pp.9-27
- SOCIETE GENERALE DES PRISONS, « Le décloisonnement de l'administration pénitentiaire et des autres administrations publiques », *Revue pénitentiaire et de droit pénal*, n°1, 01-03/1974, p.11-31.
- SOLARO Chantal, « Prisons privées : le choix du tout-carcéral », *Justice. Journal du syndicat de la magistrature*, n°114, 03/1987, pp.26-27.
- SOULIE Christophe, « Années 70- Contestation de la prison : l'information est une arme », *Raison présente*, dossier « Prisons et droits de l'homme », n°130, 2, 1999, pp.21-38.

SYNDICAT DE LA MAGISTRATURE, « Nouvelles prisons. Entre le réformisme et le réformite », *Justice. Journal du syndicat de la magistrature*, n°17, 1972, pp.4-7.

THIBAUT Philippe Michel, *Le défi des prisons "privées"*, Paris, Albin Michel, 1995.

VARAUT Jean-Marc, *La prison pour quoi faire*, Paris, La Table Ronde, 1972.

VEIL Simone, *Une vie*, Paris, Stock, 2007, 398p.

VERIN Jacques, « Esquisse d'un programme de recherches liées à une réforme pénitentiaire », *Revue de sciences criminelles et de droit pénal comparé*, 1972, p.155.

VERIN Jacques, « Le X<sup>ème</sup> congrès français de criminologie », *Revue pénitentiaire et de droit pénal*, n°4, 1969, p.989.

VIMONT Jean-Claude, *La prison : à l'ombre des hauts murs*, Paris, Gallimard, Découvertes, 2004.

ZIWE William Francis, *Droits du détenu et droits de la défense*, Paris, Maspero, 1979.

## Santé et médecine en prison :

### A. Textes officiels et rapports

ACADEMIE DE MEDECINE, *Situation pathologiques pouvant relever d'une suspension de peine, pour raison médicale suite à l'article 70-1 du code civil de procédure pénale*, Rapport au ministère de la Santé, de la Famille et des personnes handicapées, 2003.

ADMINISTRATION PENITENTIAIRE, *Soigner absolument ! Pour une médecine sans rupture entre la prison et la ville*, actes du colloque des 4 et 5 avril, Paris, 1992.

ADMINISTRATION PENITENTIAIRE, *Guide de mise en œuvre des marchés de fonctionnement*, document ronéotypé de la bibliothèque DAP, 26/09/1991.

ADMINISTRATION PENITENTIAIRE, « Synthèse du rapport sur les problèmes de santé dans les établissements pénitentiaires », document ronéotypé de la bibliothèque DAP, 1993.

ADMINISTRATION PENITENTIAIRE, *Programme 13.000. Rapport de fonctionnement* 1991. Bibliothèque DAP.

ADMINISTRATION PENITENTIAIRE, *Nouvelles prisons – le programme 13.000*, 1990. Bibliothèque DAP.

ADMINISTRATION PENITENTIAIRE, « Les effectifs du service médical dans les établissements du programme 13.000 », 01/1989. Bibliothèque DAP.

ADMINISTRATION PENITENTIAIRE, *Premier congrès mondial de médecine pénitentiaire*, imprimerie administrative de Melun, 1978.

ADMINISTRATION PENITENTIAIRE, *Le service médical en milieu pénitentiaire*, imprimerie administrative de Melun, « Etudes et documentation », 1964.

ADMINISTRATION PENITENTIAIRE, *Journées nationales de médecine pénitentiaire*, imprimerie administrative de Melun, « Etudes et documentation », 1971.

AVRIL Jean, TCHERIATCHOUKINE Jean, *Rapport sur l'hôpital des prisons de Fresnes*, Rapport IGAS, n°83134, août 1983.

AVRIL Jean, TCHERIATCHOUKINE Jean, *Rapport sur l'hôpital de Fresnes*, Rapport IGAS, juin 1983.

BROYELLE Jean, TCHERIATCHOUKINE Jean, *Rapport sur l'hôpital des prisons de Marseille*, IGAS, janvier 1984, Rapport de l'IGAS n°1984001, 25p.

AVRIL Jean, BROUELLE Jean, *Notes sur l'organisation sanitaire du Centre pénitentiaire de Fleury-Mérogis et sur le Centre Médico-psychologique Régional*, IGAS, avril 1984, Rapport de l'IGAS n°1984062, 15p.

BROUELLE Jean, AVRIL Jean, TCHERIATCHOUKINE Jean, *Rapport sur les problèmes de santé dans les établissements pénitentiaires*, Rapport IGAS, mai 1984, Rapport de l'IGAS n°1984060, 174p.

CONSEIL NATIONAL DU SIDA, *Rapport sur les situations médicales sans absolue confidentialité dans l'univers pénitentiaire*, Paris, 12 janvier 1993.

GUBLER Claude, TCHERIATCHOUKINE Jean, *Rapport relatif aux modalités d'accès et de distribution des soins aux détenus malades au sein du C.H.R.U de Marseille*, Rapport de l'IGAS, juin 1991.

HAUT COMITE DE LA SANTE PUBLIQUE (HCSP), *Santé en milieu carcéral*, ENSP Collection Avis et Rapports du HCSP, janvier 1993.

IGAS-IGSJ, *Les collectes de sang en milieu pénitentiaire*, Paris : I.G.S.J. (éditeur), Paris : I.G.A.S (éditeur), 1992/11, 190p.

MINISTERE DE LA JUSTICE, *Service des affaires européennes et internationales, Etudes sur les prisons en Europe : les droits des détenus et la viabilité du système pénitentiaire : le cas de l'Espagne*, Juriscope, 13/06/2007.

REYNES Nicole, GREGOIRE G., TCHERIATCHOUKINE Jean, *Note concernant les règlements intérieurs des Hôpitaux des prisons de Fresnes et des Baumettes de Marseille*, Rapport IGAS, septembre 1984, Rapport de l'IGAS n°19840124, 12p.

REYNES Nicole, GREGOIRE G., TCHERIATCHOUKINE Jean, *Rapport sur les Centres médico-psychologiques régionaux*, Rapport IGAS, avril 1986, Rapport de l'IGAS n°860029, 24p.

TCHERIATCHOUKINE Jean, GREGOIRE G., TCHERIATCHOUKINE Jean, *Rapport sur la Maison d'arrêt de Pontoise*, octobre 1984, Rapport de l'IGAS n°19840133, 19p.

TCHERIATCHOUKINE Jean, *Rapport relatif à la prise en charge sanitaire des détenus des pays du sud-ouest de l'Europe : France, Espagne, Portugal*, rapport de l'IGAS, décembre 1993.

## B. Articles et ouvrages

ACTES, « Table ronde autour des questions de sida en prison en milieu carcéral et en milieu ouvert », Les cahiers d'action juridique, 1990/06, n°71-72, pp.89-97.

ALBERT WEIL Jean, *J'ai été 16 ans médecin à Fresnes*, Paris, Fayard, 1974.

ALBERT-WEIL Jean, *Simulations médicales*, Paris, Doin et Compagnie, 1962.

ARNAUD Claude, *Organisation de la médecine pénitentiaire en France*, thèse de médecine, Université de Lyon, 1976.

AQUIZERATE-FONTAINE Joëlle, *Contribution à l'étude des conduites suicidaires en milieu carcéral. A propos de 23 cas étudiés à la Maison d'arrêt de Rennes*, thèse de médecine, dirigée par le Pr Sabouraud, Rennes, 1977, pp.63-64.

BARROIS Eric, *Corps étrangers intrathoraciques chez l'homme en milieu carcéral : à propos de deux cas*, thèse de médecine, Paris Sud, 1977, p.1.

BEAUCHESNE Hervé, « Médecine pénitentiaire », *Perspectives psychiatriques*, n°42, 1973, pp.7-8.

BENEZECH M., RAGER P., BEYLOT J., « Sida et hépatite B dans la population carcérale : une réalité épidémiologique incontournable », *Bulletin Académie National de Médecine*, 1987, n°171, pp.215-218.

BENEZECH M., RAGER P., « Recherche des anticorps anti-LAV chez les détenus », *La nouvelle gazette de la transfusion*, 1986, 42, 11.



BENEZECH M., RAGER P., « Les détenus toxicomanes anti-LAV positifs », *La nouvelle gazette de la transfusion*, 1985, 40, 1.

BENEZECH M., « S.I.D.A et vie carcérale : un constat rassurant », *La pratique médicale quotidienne*, 1985, 271, 2 ;

BENEZECH M., RAGER P., DUTASTA P., ANDRIEUX-LACLAVETINE A., LALANNE B., « Implications médico-sociales du dépistage du S.I.D.A chez les détenus toxicomanes », *Journal de médecine légale- droit médical*, 1986, n°29, 5, pp.423-426.

BERAULT Pierre, *Le service médical en milieu pénitentiaire*, thèse de médecine, Paris 6 Pitié, 1985, p.10.

BERNHEIM Jean, « Ethique en milieu pénitentiaire », *Médecine et hygiène*, 49, 2/10/1991, pp.2494-2501.

BETHEMONT Vincent, *L'exercice de la médecine générale à la Maison d'arrêt Saint-Paul*, thèse de médecine, Université de Lyon, 1979.

BIENVENU Noémie, *Le médecin en milieu carcéral : étude comparative France / Angleterre et Pays de Galle*, L'Harmattan, coll. Bibliothèques de droit, Paris, 2006.

BLANC Alain, « Santé en prison : la nécessaire poursuite du décroisement », *Actualité et dossier en santé publique*, septembre 2003, n°44, pp.45-46.

BUFFARD Simone, BARRAL DO Jean-Pierre, GONIN Daniel, « Le médecin en institution pénitentiaire », *Médecine et hygiène*, 42, 1559, 11/04/1984, pp.1198-1200.

C.A.P Fleury, « La santé à Fleury », *Journal des prisonniers*, n°38, 07/1976, p.8.

COLIN Marcel, GONIN Daniel, DUCOTTET François, « Le suicide en prison », *Psychologie médicale*, 1977, 9, 1, pp.115-122.

COLIN Marcel, « Le clinicien dans le système pénitentiaire », *Instantanés criminologiques*, n°17, 1972, pp.3-10.

COLIN Marcel, « Introduction », *Cahiers Laënnec*, n°2, juin 1971, p.3.

COLIN Marcel, GILLON Jean-Jacques, MEGARD Marc, « La médecine en geôle (petit livre blanc de la médecine pénitentiaire) », *Le concours médical*, 23/05/1970, pp.4691-4700.

COLIN Michèle, « Pourquoi une Réforme sur la santé ? » dans *La prison, aujourd'hui. Maladie et mort en prison. Vers une santé libérée ?*, 4<sup>ème</sup> université du Cri, 10,11 et 12 novembre 1995 à Achères (78), documents ronéotypés, pp.35-38. Bibliothèque DAP.

COORDINATION SYNDICALE PENALE, « Pour une politique de la santé en milieu pénitentiaire », *Actes*, n°37, 1982, pp.16-17.

DAYANT Charles (avec Arnaud Still), *J'étais médecin à La Santé*, Paris, Presses de la Cité, 1972.

DELAMARE Nicole, *L'interne en psychiatrie et la prison*, mémoire de CES en psychiatrie, université de Lyon, faculté de médecine, 1974, p.24.

DEROBERT Léon, FULLY Georges, BRETON Julien, « La grève de la faim en milieu pénitentiaire », *Médecine légale et domination corporelle*, n°4, 1971, pp.327-339.

DEJOURS Christophe, « Réflexions sur les rôles respectifs de l'administration et de la médecine dans l'institution pénitentiaire », *Perspectives psychiatriques*, n°42, 1973, pp.17-19.

DESLAURIERS Michel, « Fleury-Mérogis. Un nouvel univers carcéral ? », *Psychiatrie aujourd'hui*, n°7, 01-02/1972, pp.41-44.

DESLAURIERS Michel, *Aspects actuels de la médecine dans une prison modèle : Fleury-Mérogis*, thèse de médecine, faculté de Paris Saint-Antoine, sous la direction du Pr Ceccaldi, 1974, 70p.

DIENNET Marcel (avec Ariane Randal), *Le Petit Paradis*, Paris, Editions Robert Laffont, 1972.

- DUCLOY Michel, *Les détenus et leur prise en charge par la Sécurité sociale*, thèse de médecine, Université de Lille, 1974.
- ESPINOZA Pierre, « L'infection par le VIH en milieu carcéral », *La revue du praticien. Médecine générale*, n°142, 17/06/1991, pp.1545-1562.
- ESPINOZA Pierre, « Infection par le VIH et prison. Le suivi du malade », *Le journal du sida*, n°31, 09-10/1991, pp.50-53.
- ESPINOZA Pierre, « Un maillon dans la chaîne de prévention », *Le journal du sida*, n°31-32, 09-10/1991, pp.54-55.
- ESPINOZA Pierre, « L'ombre du second choc sida. Sida, toxicomanie et système pénitentiaire », *Revue française des affaires sociales*, hors-série Les années sida, 1990, pp.63-96.
- ESPINOZA Pierre, « Les exclus du débat », *Le journal du sida*, supplément au n°31-32, 09-10/1990, pp.35-36.
- FARGEAS Colette, *Détenus- Médecine -Prison. Analyse sociologique d'une infirmerie de prison*, thèse de médecine, Université de Limoges, 1987.
- FATOME Thomas, VERNEREY Michel, LALANDE Françoise, FROMENT Blandine, VALDES-BOULOUQUE Martine, *L'organisation des soins aux détenus. Rapport d'évaluation*, Rapport Inspection générale des services judiciaires - Inspection générale des affaires sociales, juin 2001.
- FERON Jean-Marc, « La santé en prison : Santé publique ou ministère de la Justice ? », *Santé conjugée*, octobre 2002, n°22, pp.95-96.
- FERRERI Maurice, *Contribution à l'étude des troubles fonctionnels de la sphère oro-digestive et des troubles du comportement alimentaire en milieu carcéral*, thèse de médecine, Paris Créteil, 1973, p.103.
- FORGET Daniel, « La pathologie carcérale », *Médecine de l'homme*, n°95, mai 1977, pp.12-16.
- FROGER Christiane, *L'automutilant en milieu carcéral. Approche psycho-dynamique*, thèse de médecine, Université de Lyon, 1983.
- FULLY Georges, « La médecine pénitentiaire », *Gazette médicale de France*, tome 76, n°10, 5/04/1969, pp.1985-1992.
- FULLY Georges, « Médecine pénitentiaire et criminologie », *Annales internationales de criminologie*, n°1, 1966, pp.9-16.
- FULLY Georges, « La médecine pénitentiaire », *Avenirs*, n°170-171, 1966, pp.250-255.
- GALTIE Dominique, *La médecine en milieu carcéral. A propos d'une enquête menée dans les prisons de Limoges et de Guéret*, thèse de médecine, Université de Limoges, 1981.
- GAYRAUD Albert, « Aspects administratifs de l'organisation médicale des prisons », *Cahiers Laennec*, n°2, juin 1971, pp.7-16.
- GERON Yvan, *Rôle médico-social du médecin pénitentiaire*, thèse de médecine, Faculté Paris 6 Broussais, 1980.
- GEUDET Bernard, « Le service médical en milieu pénitentiaire », *Revue de sciences criminelles et de droit pénal comparé*, 177, n°1, pp.133-146.
- GONIN Daniel, *La santé incarcérée. Médecine et conditions de vie en détention*, Paris, Editions de L'Archipel, 1991.
- GONIN Daniel (dir.), *Conditions de vie en détention et pathologies somatiques*, L'association lyonnaise criminologie d'anthropologie sociale (ALCAS), Conseil de la Recherche, ministère de la Justice, juin 1991.
- GONIN Daniel, « L'exercice de la médecine en milieu pénitentiaire », *Cahiers Laennec*, n°2, juin 1971, pp.17-27.

- GONIN Daniel, « Une expérience de douze années à l'annexe psychiatrique de la Maison d'arrêt de Lyon », *L'information psychiatrique*, n°9, 1966, pp.885-890.
- GOT Claude, *Rapport sur le Sida*, Paris, Flammarion, 1989, pp.87-88.
- GRAND Serge, *La morbidité en milieu carcéral et sa prise en charge par la Sécurité sociale*, thèse de médecine, Université de Lyon, 1970.
- GROUZY Jean, *Contribution à la connaissance de la surveillance des prisons. « Le complexe de la Pénitentiaire »*, thèse de médecine, Université de Lyon, 1971
- GRUN Victor, *La simulation médicale en milieu pénitentiaire*, thèse de médecine, Faculté de Paris, 1958, p.55.
- GUERIN Geneviève, « Le dispositif de prise en charge », *Actualité et dossier en santé publique*, n°44, 09/2003, pp.26-29.
- GUERIN Geneviève, « Contexte et genèse d'une réforme », *Actualité et dossier en santé publique*, n°44, 09/2003, pp.18-20.
- GUION Pascale, *L'hospitalisation des détenus : législation et aspect médical*, thèse de médecine, Université de Lyon, 1983, p.112.
- HAYTON Paul, BOYINGTON John, « Prisons and health reforms in england and wales », *American journal of public health*, 10-2006, vol 96, n°10, pp.1730-1733.
- HIVERT Paul, « La responsabilité pénale du médecin des prisons », *Revue pénitentiaire et de droit pénal*, 01-03/1971, pp.37-41.
- HOCHMANN Jacques, *La relation clinique en milieu pénitentiaire*, Paris, Masson, 1964.
- HOCHMANN Jacques, COLIN Marcel, « Considération sur la signification du régime diététique en milieu pénitentiaire » dans COLIN Marcel, *Etudes de criminologie clinique*, Paris, Masson, 1963, p.241.
- HUGUENARD Pierre, *Combats pour la vie. Du maquis au SAMU*, Paris, Albin Michel, 1981.
- JACOMET, « Le rôle du Médecin Pénitentiaire vu par un magistrat », *Attestation d'études relatives à la médecine pénitentiaire*, année universitaire 1979-1980, faculté de médecine Lariboisière Saint-Louis, document ronéotypé, 6 pages.
- LACOSTE Denis, BEYLOT Jacques, BENEZECH Michel, « L'observation et le suivi médical dans les Maisons d'arrêt. Quatre ans de consultation à Bordeaux-Gradignan », *Le journal du sida*, n°37, mars 1992.
- LACOSTE Denis, « VIH et prison », document dactylographié, p.6. Bibliothèque de la DAP.
- LALONDRELLE Joël, *Travail de l'interne à la Maison d'arrêt de la Santé et aspects de la médecine en milieu carcéral*, thèse de médecine, Faculté Paris 6 Cochin Port-Royal, 1981.
- LAURENT Geneviève, *La Maison d'Arrêt de Besançon : son organisation, ses différents quartiers*, thèse de criminologie, Université Paris 2, 1978.
- LAZARUS Antoine, « Le médecin pénitentiaire entre deux demandes », *Connexions*, n°20, 1976, pp.63-76.
- LETELLIER Laurent, *Toxicomanie et VIH, éthique : aspects particuliers en milieu carcéral. Un certain regard sur l'extérieur*, thèse de médecine, 1988.
- MACHLINE Gérard, « Un médecin en prison », *Perspectives psychiatriques*, n°42, 1973, pp.25-27.
- MANGEON Jean-Philippe, « Attitudes médicales devant les grèves de la faim », *Revue pénitentiaire et de droit pénal*, 04-06/1983, pp.109-122.
- MARTZLOFF François, *Détention provisoire, médicaments psychotropes et psychiatrisation*, thèse de médecine, Faculté de Paris-Créteil, 1975.

- MASMONTHEIL Fernand, « L'infirmerie centrale des prisons de Fresnes », *La santé de l'homme*, n°77, 03-04/1953, pp.37-38.
- MASSON Bernard, « La santé en prison. Médecin de prison », *Médecine de l'homme*, n°188, 07-08/1990, pp.7-9.
- MEGARD Marc, « La médecine pénitentiaire (à partir de l'expérience d'un médecin de prison) », *Revue d'Hygiène et de Médecine Sociale*, t.17, n°7, pp.543-546.
- MILCZAREK Georges, *Contribution à l'étude des examens systématiques en milieu carcéral*, thèse de médecine, faculté de Créteil, 1970.
- MOREAU, « Médecin de prison : un "civil" à tout faire au royaume de l'absurde », *Tonus*, 14/08/1972.
- NICOLAS Guy, « La santé en milieu carcéral : dix ans après la réforme », *Actualité et dossier en santé publique*, n°44, 09/2003, p.1.
- OBRECHT Olivier, « Des progrès pour la santé en prison », *Projet*, n°269, juin 2002, pp.110-117.
- OBRECHT Olivier, « La réforme des soins en milieu pénitentiaire de 1994 : l'esprit et les pratiques », dans Veil Claude, Lhuillier Dominique, *La prison en changement*, Paris, Erès, 2000, p.231.
- Observatoire international des prisons, *Prisons : un état des lieux*, Paris, L'Esprit frappeur, 2000, 315p.
- OMS, *Prisons, drogues et société*, Strasbourg, Ed. du conseil de l'Europe, 2002, p.64
- PAILLARD Bernard, *L'épidémie. Carnets d'un sociologue*, Paris, Stock, 1994.
- PAPELARD Alain, *Histoire de la médecine pénitentiaire en France*, thèse de médecine, Faculté de Paris, 1968.
- PAREAU Odile, *L'infirmière a-t-elle sa raison d'être dans le milieu carcéral*, mémoire de fin d'études, Ecole d'enseignement des soins infirmiers du Centre hospitalier Léon Binet, 1989-1992, p.17.
- PONS MOUREOU Jean-Michel, *La grève de la faim en milieu carcéral*, thèse de médecine, Faculté Lariboisière Saint-Louis, 1988.
- POTTIEZ Serge, HIVERT Paul, « Le médecin pénitentiaire le secret professionnel », *Revue pénitentiaire et de droit pénal*, 04/1977, p.218.
- PRADEL Jean, « La santé du détenu », *Revue de sciences criminelles et de droit pénal comparé*, n°2, 1974, pp.269-293.
- PROVOST Jean-Michel, *Sida, toxicomanie et milieu carcéral : enquête épidémiologique à la Maison d'arrêt de Bordeaux Gradignan*, thèse de médecine, Université de Bordeaux, 1987.
- ROUSSEL Brice, *Paroles de détenus. Enquêtes sur la Médecine avant et pendant la prison*, thèse de médecine, Faculté de Paris-Sud, 1979.
- SAINT PLANCAT C., « La médecine dans les prisons », *Le concours médical*, 29/01/1972, pp.855-860.
- SARZOTTI Claudio, « L'assistenza sanitaria: cronaca di una riforma mai nata », dans Anastasia Stefano, Gonnella Patrizio (dir.), *Inchiesta sulle carceri italiane*, Carocci, Roma, 2002, pp.109.
- SCHMITT Jean-noël, *La médecine carcérale*, thèse de médecine, Faculté de Paris Créteil, 1978.
- SEYLER Didier, « Une médecine à risque (à propos de l'accès aux soins dans les prisons) », *Agora*, n°5, 01-02/1988, pp.42-44.
- SEYLER Didier, « Santé et prisons », *Hélix magazine*, n°2, 11/1988, pp.28-29.
- SOCIETE GENERALE DES PRISONS, « Le détenus et le droit aux soins médicaux », *Revue pénitentiaire et de droit pénal*, n°1, 01/03, pp.9-17.

SOMMIER B., SEYLER D., « Le secret médical à Fresnes », *Médecine de l'homme*, n°189, 09/1990, p.24.

TABONE Dominique, « Quelques réflexions à propos du sort des détenus séropositifs et sidéens dans et hors des murs de la prison », *La revue Agora*, 1991, n°18-19, pp.91-92.

TRETON DE VAUJAS DE LANGAN Arnault, *Alcoolisme, délinquance et malinsertion sociale chez deux cents détenus de la prison de Fresnes*, thèse de médecine, Faculté Lariboisière Saint-Louis, 1981.

TROISIER Solange, *Une sacrée bonne femme*, Paris, La Table Ronde-La Palatine, 2003.

TROISIER Solange, « Médecine pénitentiaire et droits de l'homme », *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, tome 177, juin 1993, pp.999-1012.

TROISIER Solange, *J'étais médecin des prisons. L'affaire des grâces médicales*, Paris, La Table Ronde, 1985.

TROISIER Solange, « La médecine pénitentiaire et les droits de l'homme », *Revue des sciences morales et politiques*, n°4, 1982, pp.617-619.

TROISIER Solange, « Séance inaugurale de Madame le Professeur S. Troisier », *Attestation d'études relatives à la médecine pénitentiaire. Année universitaire 1979-1980*, Université Paris VII, Faculté de médecine de Lariboisière- Saint Louis, document ronéotypé.

ULPAT Anne, « Les prisons se refont une santé », *Impact médecin*, 23/03/1992.

VASSEUR Véronique, *Médecin-chef à la prison de la Santé*, Le cherche midi, Paris, 2000

VIALIER, « L'Hygiène des prisons. Les malades à la prison », *La santé de l'homme*, n°77, 03-04/1953, pp.33-36.

ZIWE William Francis, *Droits du détenu et droits de la défense*, Paris, Maspero, 1979.

## Psychiatries hospitalière et pénitentiaire :

Numéro spécial « Psychiatrie et univers pénitentiaire », *Psychiatrie aujourd'hui*, 01-02/1972, n°7.

ALEZRAH C., PECASTAING J.P., REYNAUD M.J., « Approche pénologique et psychiatrique du délinquant en milieu fermé », *Revue pénitentiaire et de droit pénal*, n°1, 1983, pp.37-57.

AYME Jean, *Chroniques de la psychiatrie publique*, Ramonville-Sainte-Agne, Eres, 1995, p.280.

AYME Jean, « Les rapports historiques de la psychiatrie et de la médecine légale, de l'hôpital psychiatrique et de la prison » dans DORMOY Odile, *Soigner et/ou punir*, Paris, Editions l'Harmattan, 1995, pp.29-33.

BEDAT, *L'annexe psychiatrique de la M.A de Lyon*, thèse de médecine, Faculté de Lyon, 1964.

BERTHET Jean-Paul, *Contribution à l'étude de la psychiatrie en prison : à propos d'un an de pratique au Centre Médico-psychologique pénitentiaire régional de Rennes*, thèse de médecine, université de Rennes, thèse sous la direction du Pr Michaux, 1983.

BUFFARD Simone, « Psychothérapie et sociothérapie en milieu carcéral », *Instantanés criminologiques*, n°11, 1970, p.28.

COTTRAUX, BOISSENIN, « Compte-rendu des travaux de la section » in Association française de criminologie, *Le traitement dans le service pénal. Perspectives nouvelles*, Paris, Masson, 1970 p.86.

DARBEDA Paul, « L'administration pénitentiaire. Prise en charge des détenus atteints de troubles mentaux », *Soins Psychiatrie*, n° 116-117, juin-juillet 1990, pp.18-21.

DAVID Michel, *Psychiatrie en milieu pénitentiaire*, Paris, Edition PUF, collection Nodules, 1993.

DE FREMIVILLE Bernard, « Les mouvements de remise en cause », *Autrement*, hiver 1975, pp.78-83.

- FORTINEAU Jean, « Les psychiatres des hôpitaux en prison ? », *Bulletin des psychiatres des hôpitaux*, n°3, 1977, pp.18-19.
- FOURQUET François, MURARD Lion, *Histoire de la psychiatrie de secteur*, Paris, Encres, « Editions de recherche » (1<sup>ère</sup> éd.1975), 1980.
- GEOFFRAY Denise, *Psychiatrie-prison. Passé, présent, perspectives*, thèse de médecine, Faculté de Lyon, 1986.
- GONIN Daniel, « Une expérience de douze années à l'annexe psychiatrique de la Maison d'arrêt de Lyon », *L'information psychiatrique*, 1966, n°9, p.890.
- GRASSET Albert, MATHE André, « Le psychiatre et le fonctionnement du système pénitentiaire », *Revue pénitentiaire et de droit pénal*, tome 1, n°3, 1975, pp.383-402.
- GRAVIER Bruno, « Le délinquant "fou" en prison », *Nervure*, tome 5, n°5, juin 1992, pp.70-74.
- HIVERT Paul, « Trente ans de prison », *Perspectives psychiatriques*, 1989, 28<sup>ème</sup> année, n°19, pp.222-227.
- HIVERT Paul, « Les CMPR. Aspects historiques », *L'information psychiatrique*, vol.59, n°2, février 1983, pp.153-159.
- HIVERT Paul, « Les hospitalisations de malades mentaux », *Attestation d'études relatives à la médecine pénitentiaire. Année universitaire 1979-1980*, Université Paris VII, Faculté de Lariboisière-Saint Louis, p.2.
- HIVERT Paul, « Le Centre médico-psychologique régional pénitentiaire de Paris », *Revue pénitentiaire et de droit pénal*, 01-03/1979.
- HIVERT Paul, « Le comportement suicidaire dans les prisons », *Gazette médicale de France*, 1974, tome 81, n°39, pp.5537-5544.
- HIVERT Paul, « La simulation en prison », *Revue pénitentiaire et de droit pénal*, 07-09/1967, pp.621-624.
- HIVERT Paul, « De l'annexe psychiatrique au centre de criminologie clinique », *Revue pénitentiaire et de droit pénal*, 1963, pp.433-437.
- HOF Gérard, *Je ne serai plus psychiatre*, Pris, Stock, collection « Témoignages », 1976.
- JACQUETTE Philippe, « À propos de la psychiatrie en prison : du mythe à la réalité », *Actes*, 13-14, 1977, pp.17-25.
- JAEGER Marcel, *Le désordre psychiatrique. Des politiques de la santé mentale en France*, Paris, Payot, 1981.
- JUAN Fabien, *Le dispositif de soins en santé mentale en milieu carcéral : évolution et actualités*, Thèse de médecine, 2005, Université d'Angers, 338p.
- KLEISS Jean, *Expérience psychiatrique en milieu carcéral*, thèse de médecine, Faculté de médecine de Paris VI Pitié-Salpêtrière, 1976.
- KOUPERNICK Cyrille, « Lettre ouverte à Madame le docteur Rose », *Le concours médical*, 22/01/1972, p.483.
- KOUPERNICK Cyrille, « Les murs de la honte », *Le concours médical*, 30/12/1972, pp.8827-8828.
- LEDERMANN Rosette, *Examen de l'ouverture d'un service médico-psychologique en milieu pénitentiaire*, thèse de médecine, Pr Bourguignon (dir.), Faculté de Créteil, 1972.
- MARTZLOFF François, « En prison : un contrôle au milligramme », *Autrement*, hiver 1975, pp.20-21.
- MARTZLOFF François, *Détention provisoire, médicaments psychotropes et psychiatrisation*, thèse de médecine, Faculté de Paris Créteil, 1975.

MEROT Jacques, DUBEC Michel, « Réalité psychiatrique à Fleury-Mérogis », *L'information psychiatrique*, vol. 54, n°2, 1978, pp.137-147.

POUYOLLON François, « Problèmes éthiques et déontologiques soulevés par la pratique de la psychiatrie dans les centres médico-psychologiques pénitentiaires régionaux », *L'information psychiatrique*, vol.59, n°2, 1983, pp.161-168.

ROULLEAU Claude-Alain, *La psychiatrie en prison*, mémoire de CES en psychiatrie, faculté de médecine, université Lyon 1, 1976.

SCHAUB-LANDAU Sylvie, « Réflexions sur les limites du rôle de l'équipe médico-psychologique en milieu pénitentiaire. A propos de candidats suicidaires ou de refus d'aliments », *Revue pénitentiaire et de droit pénal*, 01-03/1972, pp.41-48. p.41.

SENON Jean-Louis, RICHARD Denis, « Punir ou soigner : histoire des rapports entre psychiatrie et prison jusqu'à la loi de 1994 », *Revue pénitentiaire et de droit pénal*, n°1, 1999, pp.97-110.

STEINBACH Guy, *Régression et système pénitentiaire*, thèse de médecine, Nancy 1, 1977.

WIRTH Jean-François, « Organisation de la psychiatrie à Fleury-Mérogis », *Attestation d'études relatives à la médecine pénitentiaire. Année universitaire 1979-1980*, Université Paris VII, Faculté de Lariboisière-Saint Louis.

## Autres (médecine légale, sida, etc.)

BLUM François, « Regard sur les mutations du travail social au XXème siècle », *Le Mouvement Social*, n°199, février 2002, pp.83-94.

CAUVIN Claire, PONCET Dominique, *Les femmes de Giscard*, Paris, Tema Editions, 1975.

COLIN Marcel, LE GUEUT Jean, MARIN André, ROCHE Louis, « La médecine légale. Domaine, organisation, fonctionnement », *Revue de sciences criminelles et de droit pénal comparé*, n°4, 1961, pp.705-741.

DEROGY Jacques, *Enquête sur les mystères de Marseille*, Paris, Robert Laffont, 1984.

DURIGON Michel, *Pour une réforme profonde de la médecine de légale en France*, faculté de médecine de Paris, juillet 1981.

FAVEREAU Eric, « Le journalisme, de l'information médicale à l'information santé », *Sève. Les tribunes de la santé*, hiver 2005, pp.21-27

GORTAIS Jean, *La médecine légale en France*, Ministère de la Justice, SPEC, Etudes et données pénales, 1983.

GOT Claude, *Rapport sur le Sida*, Paris, Flammarion, 1989.

GUISNEL Jean, *Libération, la biographie*, Paris, La Découverte, 2003.

RAIMONDEAU Jacques, BRECHAT Pierre-Henri, « 100 ans d'une histoire des médecins inspecteurs de santé publique », *Actualité et dossiers en santé publique*, n°41, 12/2002, pp.67-71.

ROCHE Louis, « Histoire de la chaire de médecine légale », *Instantanés criminologiques*, n°26, 1975, pp.7-10.

ROCHE Louis, « La médecine légale. Réflexions sur son enseignement, son organisation, son domaine », *Journal de médecine légale*, t.24, n°5, 1981.

ROCHE Louis, « Intégration de la médecine légale à l'hôpital », *Journal de médecine légale*, 1982, t.25, n°4, pp.13-24.

STRAZZULA Jérôme, *Le sida (1981-1985) : les débuts d'une pandémie*, Paris, La documentation française, 1993.





# SOURCES ORALES

On présente ici les principales caractéristiques des personnes interviewées. On distingue, d'une part, les entretiens effectués auprès de soignants (médecins, psychiatres, infirmières, etc.) soit 52 interviews, et d'autre part ceux réalisés auprès des de « décideurs » (Chefs de Bureau, directeurs d'administration, membres de cabinets ministériels) soit 20 interviews. On a enfin réalisé 4 entretiens avec des personnels des établissements « 13.000 ».

## 1. ENTRETIENS AVEC DES SOIGNANTS

De nombreux entretiens ont dans un premier temps été effectués auprès de soignants ayant travaillé en milieu carcéral entre les années soixante-dix jusqu'au début des années quatre-vingt-dix afin de pouvoir restituer leurs conditions de travail et notamment les principales difficultés auxquelles ils pouvaient être confrontés. Les grands établissements pénitentiaires, en Ile-de-France (Fresnes, Fleury, La Santé) ou en province (Marseille), sont nettement mieux représentés que les petites et moyennes M.A.

52 entretiens ont été réalisés avec des soignants dont 30 médecins somatiques (généralistes et spécialistes) et 14 infirmier(e)s. Du point de vue des professions, on a privilégié les entretiens auprès de médecins généralistes qui, bien qu'assurant une faible présence en détention, reposent au cœur du projet de la prise en charge médicale des détenus.

Les entretiens avec les soignants ont été réalisés majoritairement (30 entretiens) dans les très grands établissements (11 à Fresnes, 7 à Fleury, 4 à La Santé, 8 à Marseille). 22 entretiens ont donc été réalisés dans des établissements de moindre ampleur. Cet écart s'explique par plusieurs raisons. Soulignons, tout d'abord, que ces quelques grands établissements représentent l'essentiel de la population carcérale (notamment en termes de flux). C'est également dans ces établissements que la spécialisation de la médecine pénitentiaire a été la plus importante. C'est particulièrement le cas de l'Hôpital de Fresnes. La moindre représentation des autres M.A s'explique, enfin, par des raisons géographiques ou encore par la difficulté à retrouver des praticiens pour qui cette activité était marginale et qui ne l'ont exercé que quelques années.

Les entretiens avec les soignants ont été répartis dans un tableau selon la taille de l'établissement et la période d'intervention. On peut constater que la période des années soixante-dix est bien sûr la période la plus difficile à traiter par le moyen de l'entretien.

## REPARTITION DES SOIGNANTS INTERVIEWES SELON L'ETABLISSEMENT ET LA PERIODE

	70-80	81-88	89-94	Total
<b>Médecins</b>	<b>6</b>	<b>15</b>	<b>21</b>	<b>30</b>
Hôpital de Fresnes		Hervé ; Espinoza ; Martine ; Paulette ; Jean- Michel	Hervé ; Paulette ; Martine ; Espinoza ; Guillaume ; Sylvie	<b>9</b>
Très grandes M.A (Fresnes, La Santé, Fleury, Baumettes)	Bernard ; Yvan ; Lazarus ; Pierre-Yves	Valentin ; Bernard ; Hélène ;	Tuffelli ; Valentin ; Hélène ; René ; Ludovic ; Laurent ; Virginie ; Vasseur ; Julien ; Galinier	<b>14</b>
Moyens et petits établissements (Lyon, Bois d'Arcy, Pontoise, Rouen, Besançon)	Bruno ; Gonin ; Barlet	Michel ; Françoise ; Gonin ; Barlet ; Julien ; Jérôme ; Claude	Françoise ; Gonin ; Barlet ; Claude	<b>7</b>
<b>Psy</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>6</b>
psychiatres et psychologues	Buffard ; Henri ; Luc ; Gilles	Buffard ; Henri ; Luc ; Gilles	Henri ; Lucie	
<b>Infirmières</b>	<b>2</b>	<b>11</b>	<b>12</b>	<b>14</b>
Très grandes M.A (Fresnes, La Santé, Fleury, Baumettes)	Monique ; Lise ;	Monique ; Lise ; Thérèse ; Henriette ; Evelyne ; Brigitte ; Claudine ; Laurence	Monique ; Lise ; Thérèse ; Henriette ; Evelyne ; Brigitte ; Claudine ; Laurence	<b>8</b>
Moyennes et petites M.A (Lyon, Bois d'Arcy, Pontoise, Rouen, Besançon)		Anne ; Yvette ; Christine	Christine ; Julie ; Florent ; Jérôme	<b>6</b>
<b>Autres personnels</b>		Yann	Bérengère ; Yann	<b>2</b>
<b>TOTAL SOIGNANTS</b>				<b>52</b>

## A. Médecins somatiques (généralistes et spécialistes)

- 1) Daniel Gonin, psychiatre effectuant des psychothérapies de groupe en prison depuis 1962 puis exerçant en tant que généraliste à la M.A de Lyon de 1967 à 1989, membre du GMPQ. Aujourd'hui en retraite. Entretiens réalisés les 25/02/2008, 10/03/2008, 26/03/2008. Durées : 2H ; 2H ; 2H.
- 2) Pierre Barlet, médecin aux prisons de Lyon depuis 1966 puis responsable du service de prise en charge des détenus de l'hôpital Lyon Sud depuis 1985. Aujourd'hui en retraite. Entretiens réalisés les 18/04/2003, 30/04/2008. Durées : 2H15 ; 2H.
- 3) Bruno, médecin généraliste à la Maison d'Arrêt de Besançon de 1969 à 1980. Aujourd'hui en retraite. Entretien réalisé le 17 janvier 2006 à la Gare de Lyon (Paris). Durée : 2H.
- 4) Antoine Lazarus, interne puis médecin vacataire à Fleury-Mérogis de 1970 à 1976, fondateur du GMP. Aujourd'hui Professeur de santé publique et de médecine sociale au CHU de Bobigny et à Paris 13. Entretiens réalisés les 10/11/2007 et 11/06/2008. Durées : 2H00 et 2H00.
- 5) Julien, infirmier à Fresnes de 1974 à 1976 puis interne à La Santé de 1977 à 1978 puis médecin à Bois d'Arcy de 1981 à 1987 ; aujourd'hui généraliste à Châtenay-Malabry. Entretien réalisé le 16/01/2008 à mon domicile (Paris). Durée : 3H.
- 6) Bernard, médecin aux Baumettes depuis 1975 puis médecin-chef de 1983 à 1985 de la PHB. Exerce aujourd'hui en libéral et en clinique privée. Entretien réalisé le 22 février 2006 dans un café à La Ciotat. Durée : 2H20.
- 7) Pierre-Yves, interne à Fresnes en 1976-1977 puis médecin-chef de l'UCSA de la Maison d'arrêt et du centre de détention de Nantes depuis 1995. Entretien réalisé le 2 juin 2005 dans un café du 13<sup>ème</sup> arrondissement de Paris. Durée : 1h10.
- 8) Yvan, interne à Fleury-Mérogis de 1979 à 1980 ; aujourd'hui médecin libéral. Entretien réalisé le 14/02/2008 à son cabinet (Paris). Durée : 1H30.
- 9) Jérôme, médecin-chef adjoint de la M.A des Baumettes depuis 1979 puis médecin-chef par intérim de 1982 à 1983. Exerce aujourd'hui en libéral à Marseille. Entretien réalisé le 24 février 2006 à son cabinet. Durée : 1H50.
- 10) Jean-Michel, chirurgien-orthopédiste à l'Hôpital de Fresnes de 1979 à 1988. Exercice aujourd'hui en clinique privée. Entretien réalisé le 9 décembre 2005 à son domicile à Bourg la Reine (Hauts de Seine). Durée : 2H40.
- 11) Claude, généraliste à la M.A de Pontoise de 1979 à 1991. Exercice aujourd'hui en libéral à Pontoise. Entretien réalisé le 12 janvier 2006 à son cabinet à Pontoise (Val d'Oise). Durée : 1H10.
- 12) Hervé, médecin O.R.L à l'Hôpital de Fresnes de 1981 jusqu'en 2004. Aujourd'hui en retraite. Entretien réalisé le 13 février 2006 à son domicile (Paris). Durée : 2H25.
- 13) Valentin, interne puis généraliste à l'hôpital de Fresnes de 1982 à 1986 puis à la Maison d'arrêt pour femmes (M.A.F) de Fresnes de 1986 à 1995. Exercice aujourd'hui en libéral à Anthony. Entretien effectué 4 janvier 2006 à son cabinet médical à Antony (Hauts de Seine). Durée : 2H.
- 14) Pierre Espinoza, chef de service de l'Unité de soins intensifs de l'Hôpital de Fresnes de janvier 1983 à septembre 1991. Exerce aujourd'hui à l'Hôpital Européen Georges Pompidou. Entretiens réalisés le 16 mai et le 31 mai 2006 et dans son bureau. Durées: 1H45 et 2H00.
- 15) Hélène, interne puis médecin généraliste à Fleury-Mérogis de 1983 à 2000. Exerce aujourd'hui en tant que chef de service en psychiatrie à Etampes (Essonne). Entretien réalisé le 8 décembre 2005 dans un restaurant près de son domicile (Paris). Durée : 2H40.

- 16) Martine, interne à l'Hôpital de Fresnes de 1984 à 1986 puis médecin et chef de service en médecine interne à l'Hôpital de Fresnes jusqu'à l'entretien. Entretien réalisé le 5 avril 2006 dans son bureau. Durée : 2H.
- 17) Paulette, médecin anesthésiste réanimateur à l'hôpital de Fresnes de 1984 à 2000. Aujourd'hui en retraite. Entretien réalisé le 10 janvier 2006 à son domicile à Sèvres (Hauts de Seine). Durée : 2H20.
- 18) Jacqueline Tuffelli, médecin-chef de la Maison d'arrêt de Fresnes de 1986 à 2003, membre du Rapport du Haut comité à la Santé publique. Aujourd'hui Conseiller technique au Centre d'action sociale de la ville de Paris. Entretien réalisé les 20 et 22 juin 2005 dans son bureau (Paris). Durée : 5H00.
- 19) Françoise, généraliste à la M.A de Bois d'Arcy de 1986 à 1996 puis médecin au Centre de Jeunes détenus de Fleury-Mérogis depuis 1996. Entretien réalisé le 13/01/2006 à son domicile à Créteil (Val-de-Marne). Durée : 3H.
- 20) René, chirurgien et médecin-chef des Baumettes de janvier 1987 à 1991 ; aujourd'hui en retraite. Entretien réalisé le 20 février 2006 à son domicile à Marseille. Durée : 2H.
- 21) Ludovic, médecin généraliste à Fleury-Mérogis de 1988 jusqu'en 1999. Exerce aujourd'hui en libéral à Morçon-sur-Orge. Interview réalisée le 12 janvier 2006 dans un café à Paris. Durée : 2H10.
- 22) Xavier Emmanuelli, médecin-chef de Fleury-Mérogis de 1988 à 1992. Entretien réalisé le 11/02/2008 dans son bureau au SAMU Social de Paris (Paris). Durée : 1H.
- 23) Laurent, généraliste, médecin-adjoint aux Baumettes de 1990 à 1997. Exerce aujourd'hui en tant que médecin du travail auprès du ministère de la Justice. Entretien réalisé le 20 février 2006 au Palais de Justice de Marseille. Durée : 2H30.
- 24) Virginie, médecin à la M.A de Fresnes depuis 1990 et médecin-chef de l'UCSA de la M.A de Fresnes depuis 2000 et jusqu'à l'entretien. Entretien réalisé le 30 juin 2005 à la Maison d'arrêt pour femmes (M.A.F) de Fresnes. Durée : 2H10.
- 25) Véronique Vasseur, médecin à la prison de La Santé à partir de 1992 puis médecin-chef de 1993 à septembre 2000. Exerce aujourd'hui à la Polyclinique de l'hôpital Saint-Antoine. Entretien réalisé le 7 juillet 2005 dans un café en face de l'hôpital Saint-Antoine (Paris 12<sup>ème</sup>). Durée : 1H40.
- 26) Julien, médecin généraliste aux Baumettes de 1992 à 1996 puis médecin à la prison pour mineurs de Luynes de 1996 à 1999 puis médecin-chef de la prison de Salon de Provence de 1999 à 2000 et médecin aux Baumettes depuis 2001. Entretien réalisé le 21 février 2006 dans un café à Marseille. Durée : 1H40.
- 27) Anne Galinier, ancienne chef de clinique, médecin-chef de la Maison d'arrêt des Baumettes depuis mars 1992 ; membre du Rapport du Haut Comité de la Santé Publique. Entretien réalisé le 28 mars 2005 par téléphone (enregistré grâce à Skype). Durée : 1H40.
- 28) Guillaume, médecin à l'hôpital de Fresnes de 1992 à 1995 puis médecin à l'UCSA de Fleury de 95 à 2000, aujourd'hui rédacteur en chef adjoint au près de la revue de l'Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des maladies professionnelles et des accidents du travail (INRS). Entretien réalisé le 16 mars 2006 et le 20/04/2006 dans un café place de la Bastille (Paris). Durée : 1H45 et 2H00.
- 29) Sylvie, médecin du service des soins intensifs et de réanimation à l'Hôpital de Fresnes de 1992 à 2000 puis médecin-chef de la prison de la Santé depuis novembre 2000. Entretien réalisé le 11 avril 2006 dans un café proche de la prison de la Santé. Durée : 2H30.
- 30) Nathalie, médecin vacataire à la M.A de Fresnes depuis 1996 en démission lors de l'entretien. Entretien réalisé le mardi 7 juin à l'occasion d'une réunion GMP Paris 6<sup>ème</sup>. Durée : 40 minutes.

## B. Psychiatres et psychologues

- 1) Simone Buffard, psychologue de 1961 à 1984 aux prisons de Lyon ; aujourd'hui en retraite. Entretien réalisé le 16 février 2006 à son domicile (La Mulatière, 69). Durée : 3h00.
- 2) Cyril, interne en psychiatrie à la prison-hôpital des Baumettes de mai 1971 à décembre 1973, exerce aujourd'hui en cabinet à Marseille. Entretien réalisé le 23 février 2006 à son domicile à Marseille. Durée : 2h00.
- 3) Henri, psychiatre de la maison centrale de Poissy de 1972 à 1977 puis médecin-chef du SMPR de Fresnes jusqu'en 1999. Aujourd'hui en retraite. Entretien réalisé le 6 mai 2006 à son domicile (Neuilly sur Seine), durée 3h15.
- 4) Luc, interne aux prisons de Lyon de 1974 à 1975 puis assistant en psychiatrie au CMPR de 1977 jusqu'en 1984. Aujourd'hui praticien hospitalier à l'hôpital psychiatrique du Vinatier. Entretien réalisé le 25/02/2008 dans son bureau (Lyon). Durée : 2H.
- 5) Gilles, psychiatre aux prisons de Fresnes de 1975 à 2002 ; aujourd'hui en retraite. Entretien réalisé le 20 janvier 2006 à son domicile (Epinay-sur-orge). Durée : 2h40.
- 6) Lucie, membre de la Direction Générale de la Santé (DGS) de 1985 à 1988, médecin-chef Service médico-psychologique régional (SMPR) de Rouen de 1989 à 1996, membre de la DGS de 1994 à 1996 puis médecin-chef SMPR de Fleury-Mérogis depuis 1996. Entretien réalisé les 2 février et 5 mai 2006 à son domicile (Paris). Durée : 4h et 2h45.

## C. Infirmier(e)s

- 1) Monique, infirmière panseuse-chef à l'Hôpital central des prisons de Fresnes de 1954 à 1990 ; aujourd'hui en retraite. Entretien réalisé le 28 juin 2005 au domicile de l'interviewée à Villejuif (Val-de-Marne). Durée : 2H30.
- 2) Lise, infirmière pénitentiaire à la prison des Baumettes de 1979 à 1997 ; aujourd'hui infirmière pour la médecine du travail auprès de l'Administration pénitentiaire à Marseille. Entretien réalisé le 23 février 2006 sur son lieu de travail aux Baumettes. Durée : 3H00.
- 3) Anne, infirmière Croix-Rouge à la Maison d'arrêt de Pontoise (Val d'Oise) à temps plein de 12/1980 à 1990. En retraite. Entretien réalisé le 5 janvier à son domicile à Saint-Ouen l'Aumône (Val d'Oise). Durée : 2H.
- 4) Yvette, infirmière chef de la Maison d'arrêt de Bois d'Arcy de 1980 à 1998; a participé au Comité Santé/Justice de 1984 à 1988. Entretien réalisé le 31 mars et le 4 mai à son domicile à Plaisir Grignon (Hauts-de-Seine). Durée : 3H et 3H.
- 5) Thérèse, infirmière religieuse de l'Assistance publique détachée aux Baumettes de 1980 à 1992 ; aujourd'hui en retraite. Entretien réalisé le 21 février 2006 à l'école religieuse Sainte Trinité de Marseille. Durée : 2H40.
- 6) Henriette, infirmière bénévole Croix-Rouge à la Maison d'arrêt de La Santé de 1980 à 1995 ; aujourd'hui en retraite. Entretien réalisé le 1<sup>er</sup> juillet 2005 dans café à Paris. Durée : 1H30.
- 7) Evelyne, infirmière pénitentiaire au quartier femmes de Fleury-Mérogis de 1983 à 1985 puis au service de consultations externes de Fresnes de 1985 à 1986 puis au quartier D2 à Fleury-Mérogis de 1987 à 1993 ; aujourd'hui en retraite. Entretien réalisé le 8 février 2006 dans un café à Rouen. Durée : 2H30.

- 8) Brigitte, infirmière pénitentiaire de 1984 à 1995 à la Prison Hôpital des Baumettes (P.H.B) ; travaille aujourd'hui à l'Ecole de police de Marseille. Entretien réalisé le 21 février 2006 sur son lieu de travail à Marseille Durée : 2H15.
- 9) Christine, infirmière à la Maison d'arrêt de Rouen depuis août 1984. Entretien réalisé le 8 février 2006 à son domicile à Rouen. Durée : 2H45.
- 10) Claudine, infirmière de l'Assistance publique détachée à la Maison d'arrêt de Fresnes depuis 1986. Entretien réalisé le 15 décembre 2005 au domaine de Fresnes. Durée : 1H40.
- 11) Laurence, infirmière de l'Assistance publique détachée à la M.A de Fresnes depuis 1986 jusqu'à l'entretien. Entretien réalisé le 30 juin 2005 au Grand Quartier (M.A.F) de Fresnes Durée : 1H10. Entretien non enregistré.
- 12) Julie, infirmière Croix-Rouge à la Maison d'arrêt de Pontoise de 1987 à 1990 puis infirmière à Poissy de 1990 à 1992 ; aujourd'hui en retraite. Entretien réalisé le 31 janvier 2005 à Baillet en France (Val d'Oise). Durée : 2H.
- 13) Florent, infirmier pénitentiaire à la Maison d'arrêt de Caen de 1988 jusqu'à 1995 ; aujourd'hui infirmier à la P.J.J. Entretien réalisé le 25 janvier 2007 par téléphone (enregistré grâce à Skype). Durée : 1H20.
- 14) Jérôme, cadre infirmier du Service médico-psychologique régional (SMPR) de Loos lès Lille depuis 1992, membre du rapport du Haut Comité de la Santé Publique. Entretien réalisé le 14 février 2007 au téléphone. Durée : 1H.

## D. Pharmacie

- 1) Yann, préparateur en pharmacie depuis 1977 à l'Hôpital de Fresnes. Entretien réalisé le 15 décembre 2005 à l'Hôpital de Fresnes. Durée : 1H50.
- 2) Bérengère, pharmacienne à l'Hôpital de Fresnes de 1989 à 1994 puis depuis 1997, responsable la Commission Médicale d'Etablissement. Entretien réalisé le 15 décembre 2005 dans son bureau à l'Hôpital de Fresnes. Durée : 1H40.

## 2. ENTRETIENS AVEC DES DECIDEURS

Le second type d'entretien effectué porte sur la réforme de 1994 elle-même et ses principaux acteurs. Vingt entretiens ont été réalisés mais seulement seize si on tient compte des doublons, certains étant aussi des soignants. Ceux-ci ont été relevés essentiellement à travers les documents administratifs ainsi que de façon incrémentale à travers la méthode réputationnelle. On a tenté d'interviewer des personnes relevant de chaque institution qui est intervenue à un moment dans la réforme aussi bien du côté pénitentiaire (9 personnes de la Direction de l'Administration pénitentiaire, 2 personnes du cabinet du ministère de la Justice) que du côté sanitaire (5 personnes du Haut comité à la santé publique, 1 personne de la DGS, 2 personnes de la DH, 1 personne du cabinet du ministère de la Santé). Globalement 20 entretiens ont été réalisés avec des décideurs, 16 cependant si l'on retire les doublons (certains décideurs étant également des soignants). Tous les entretiens ont été négociés facilement en dépit du manque de temps de professionnels qui occupent souvent des positions importantes. Outre qu'il s'agit souvent de personnes ayant déjà été amenées à accorder des entretiens, notamment pour la presse, cette facilité d'accès s'explique parfois par l'opportunité qui leur est faite de valoriser leur participation à la réforme de l'organisation des soins.

### A. Administration pénitentiaire

- 1) Philippe Pottier, éducateur pénitentiaire depuis 1975, secrétaire général du SNEPAP de 1978 à 1988 et fondateur de la COSYPE. Aujourd'hui adjoint au sous-directeur de l'Administration pénitentiaire. Entretien réalisé le 27/12/2007 dans un restaurant à Paris. Durée : 2H.
- 2) Jacques, magistrat à la direction de la DAP chargé des questions de santé de 1982 à 1989 ; aujourd'hui substitut à la Cour d'Appel de Paris. Entretien réalisé le 11/01/2008 à la Cour d'Appel de Paris. Durée : 3H30.
- 3) Myriam Ezratty, magistrate et directrice de la DAP d'avril 1983 à juillet 1986, aujourd'hui président honoraire de la cour d'appel de Paris. Entretien réalisé le 8/02/2008 à son domicile à Paris. Durée : 3H30.
- 4) Alain Blanc, magistrat, directeur de la Sous-direction de la réinsertion à l'Administration pénitentiaire de 1985 à 1995. Aujourd'hui Président de la Cour d'Assises de Seine Saint Denis. Entretien réalisé le 19 avril 2007 à son domicile (Saint-Mandé). Durée : 3H.
- 5) Dominique Matagrin, magistrat à la DAP depuis 1980 puis Conseiller technique du garde des Sceaux de 1986 à 1988 ; aujourd'hui directeur de la Commission régionale de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux de Rhône-Alpes. Entretien réalisé le 25/02/2008, dans son bureau à Lyon. Durée : 2H30.
- 6) Yvan Zakine, magistrat et directeur de la DAP de juillet 1981 à avril 1983, aujourd'hui président de Chambre honoraire à la Cour de cassation, médiateur au Centre de médiation et d'arbitrage de Paris. Entretien réalisé le 20/03/2008 à son bureau (Paris). Durée : 3H00.
- 7) Jean-Claude Karsenty, magistrat et directeur de la DAP d'octobre 1990 à juin 1993. Entretien réalisé le 24 mai 2007 dans un café à Paris. Durée : 2H.

- 8) Michèle Colin, magistrate, chef de Bureau de l'action sanitaire et de la lutte contre la toxicomanie à la direction de l'Administration Pénitentiaire de juillet 1990 à janvier 1994 ; aujourd'hui juge aux affaires familiales au TGI de Paris. Entretien réalisé le 6 janvier 2006 dans son bureau au Palais de Justice de Paris. Durée : 1H50.
- 9) Serge Haguenauer et Claire Sebant, dirigeants de la société de communication « Participe présent » ayant organisé le colloque du 4 avril 1992 « Soigner absolument ». Entretien réalisé le 24 avril 2006 à leur domicile à Paris. Durée : 1H30.

## B. Ministère de la Santé

- 1) (déjà cité) Lucie, membre de la Direction Générale de la Santé (DGS) de 1985 à 1988, médecin-chef Service médico-psychologique régional (SMPR) de Rouen de 1989 à 1996, membre de la DGS de 1994 à 1996 puis médecin-chef SMPR de Fleury-Mérogis depuis 1996. Entretien réalisé les 2 février et 5 mai 2006 à son domicile (Paris). Durées : 4h et 2H45.
- 2) Rousseau Elisabeth, médecin-inspecteur, chargée de mission à la Direction de l'Hospitalisation et de l'organisation des Soins (DHOS) d'août 1993 jusqu'en septembre 2003 ; travaille aujourd'hui à la Direction Générale de la Santé (DGS). Entretien réalisé le 10 juin 2005 dans son bureau au ministère de la Santé. Duré : 2H30.

## C. Haut comité à la santé publique (HCSP)

- 1) Guy Nicolas, vice-président du Haut Comité à la Santé Publique et co-auteur du Rapport ; aujourd'hui directeur adjoint à la Direction de l'Hospitalisation et de l'organisation des Soins (DHOS). Entretien réalisé le 15 juin 2005 dans son bureau au ministère de la Santé. Durée : 2H20.
- 2) Guérin Geneviève, secrétaire général du Haut Comité à la Santé Publique. Entretien réalisé le mercredi 25 mai 2005 dans son bureau au ministère de la Santé. Durée : 1H.
- 3) Danièle Fuchs, médecin inspecteur de santé publique, chargée de mission à la Direction des Hôpitaux de 1987 à 1991, puis médecin inspecteur à la DDASS du Val-de-Marne jusqu'en 2001, membre du rapport du Haut comité à la santé publique. Aujourd'hui en retraite. Entretien réalisé le 24 mai 2006 dans un café (Bibliothèque Nationale François Mitterrand) Durée : 1H45.
- 4) (Déjà cité) Jacqueline Tuffelli, médecin-chef de la Maison d'arrêt de Fresnes de 1986 à 2003, membre du Rapport du Haut comité à la Santé publique; aujourd'hui Conseiller technique au Centre d'Action sociale de la ville de Paris. Entretien réalisé les 20 et 22 juin 2005 dans son bureau à Paris. Durée : 5H00.
- 5) (Déjà cité) Denis, cadre infirmier du Service médico-psychologique régional (SMPR) de Loos-lès-Lille, membre du rapport du Haut comité de la santé publique. Entretien réalisé le 14 février 2007 au téléphone. Durée : 1H.

## D. Cabinets ministériels

- 1) Favard Jean, magistrat à la DAP de 1970 à 1975 puis Conseiller technique du ministre de la Justice de 1981 à 1986 ; aujourd'hui président de la fondation d'Aguesseau. Entretien réalisé le 10 janvier 2008 au siège de la fondation d'Aguesseau (Paris). Durée : 3H00.



## PRESENTATION DES SOURCES ORALES

- 2) Jean Debeaupuis, Conseiller technique puis directeur-adjoint de Cabinet du ministre des Affaires sociales, Jean-Louis Bianco puis René Teulade de 1991 à 1992. Entretien réalisé le 27 juin 2005 au siège de l'IGAS à Paris. Durée : 1h30.
- 3) Jean Jean-Paul, magistrat, Conseiller technique sur les questions judiciaires au Cabinet du ministre de la Solidarité, de la Santé et de la protection sociale, Claude Evin, de mai 1988 à mai 1991 puis Conseiller technique au Cabinet des ministres de la Justice Henri Nallet puis Michel Vauzelle de mai 1991 à avril 1992 ; aujourd'hui substitut général près de la Cour d'appel de Paris. Entretien réalisé le 6 juillet 2005 dans son bureau de la Cour d'appel. Durée : 2H00.

### 3. PROTAGONISTES DES PRISONS A GESTION MIXTE

Quatre entretiens enfin ont été réalisés avec des personnes ayant eu à gérer la question sanitaire dans les prisons 13.000 à gestion mixte afin de mieux comprendre la spécificité de ce dispositif, notamment à partir de l'exemple de la M.A de Villepinte.

- 1) Dorothée, médecin-chef à la M.A de Villepinte de 1991 à 1997 ; directeur médical de la zone Nord. Aujourd'hui chargée de mission à la MILDT sur le dossier « prison ». Entretien réalisé le 17 juin 2005 dans un café à Paris. Durée : 2H50.
- 2) Hervé Du Bost-Martin, cadre de GEPSA devenu DG en 1995, société co-contractante dans le cadre du programme « 13.000 ». Entretien réalisé le 24 juin 2005, siège de la société GEPSA à Reuil-Malmaison. Durée : 2H20.
- 3) Ludovic, médecin-chef à la M.A de Villepinte depuis 1997. Entretien réalisé le 1<sup>er</sup> juin 2005 à la M.A de Villepinte. Durée : 2H.
- 4) (Déjà cité) Julien, médecin généraliste aux Baumettes de 1992 à 1996 puis médecin à la prison pour mineurs de Luynes de 1996 à 1999 puis médecin-chef de la prison de Salon de Provence de 1999 à 2000 et médecin aux Baumettes depuis 2001. Entretien réalisé le 21 février 2006 dans un café à Marseille. Durée : 1H40.

# BIBLIOGRAPHIE

Cette bibliographie comprend exclusivement les ouvrages et articles de recherche cités dans la thèse. Elle est organisée de façon thématique. Une première section est consacrée aux travaux généraux de sciences sociales, notamment en sociologie et en science politique, utilisés pour la construction du cadre d'analyse (I). Elle est suivie d'une section relative à la littérature consacrée à l'institution pénitentiaire, tant d'un point de vue sociologique qu'historique (II). La troisième section comporte des textes portant sur des sujets plus éparés (Syndicat de la magistrature, épidémie de sida, etc.) (III).

## 1. SOCIOLOGIE, THEORIE POLITIQUE ET POLITIQUES PUBLIQUES

BAJOIT Guy, « Exit, voice, loyalty... and apathy. Les réactions individuelles au mécontentement », *Revue française de sociologie*, 1988, XXIX, pp.325-345.

BASZANGER Isabelle, « Emergence d'un groupe professionnel et travail de légitimation. Le cas des médecins de la douleur », *Revue française de sociologie*, XXI, 1990, pp.257-282.

BERGERON Henri, *L'Etat et la toxicomanie. Histoire d'une singularité française*, PUF; coll. « Sociologies », Paris, 1999.

BEZES Philippe, CHAUVIERE Michel, CHEVALLIER Jacques, DE MONTRICHER Nicole et OCQUETEAU Frédéric (dir.), *L'État à l'épreuve des sciences sociales. La fonction recherche dans les administrations sous la Ve République*. Paris, La Découverte, 2005.

BEZES Philippe, *Gouverner l'administration. Une sociologie des politiques de la réforme administrative en France (1962-1997)*, thèse de science politique dirigée par Jacques Lagroye, IEP de Paris, 2002.

BRISSONNEAU Christophe, LE NOE Olivier, « Construction d'un problème public autour du dopage et reconnaissance d'une spécialité médicale », *Sociologie du travail*, N°48, 2006, pp.487-508.

BUCHER Rue, STRAUSS Anselm, « La dynamique des professions » dans STRAUSS Anselm, *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme*, Paris, L'Harmattan, coll. « Logiques sociales », 1992, pp.67-86.

CARDON Dominique, HEURTIN Jean-Philippe, LEMIEUX Cyril, « Vertus et limites de la prise de parole en public. Entretien avec Albert Hirschman », *Politix*, 1995, vol. 8, n° 31, pp. 20-29.

CHAMPAGNE Patrick, MARCHETTI Dominique, « L'information médiatique sous contrainte. A propos du « scandale du sang contaminé » », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n°101-102, 1994, p.43. pp.40-62.

CHAPOULIE Jean-Michel, « Sur l'analyse sociologique des groupes professionnels », *Revue française de sociologie*, XIV, 1973, p.94. pp86-114.

CHATEAUREYNAUD Francis, TORNAY Didier, *Les Sombres précurseurs, une sociologie pragmatique de l'alerte et du risque*, Paris, Éditions de l'École des Hautes Études en Sciences Sociales, Paris, 1999.

CHEVALLIER Jean-Jacques, CARCASSONNE Guy, DUHAMEL Olivier, *La Ve République. Histoire des institutions et des régimes politiques de la France*, Paris, Armand Colin, 2001.

COHEN Michael, MARCH James, OLSEN Johan, « Le modèle du "garbage can" dans les anarchies organisées » dans March James, *Décisions et organisations*, Paris, Editions d'Organisation, 1991, pp.163-204

CROZIER Michel, FRIEDBERG Erhard, *L'acteur et le système*, Paris, Seuil, 1977,

DE BLIC Damien, « Quand l'événement prend forme. Constitution du « scandale politico-financier » comme puissance mobilisatrice », intervention au Congrès de l'Association Française de Science Politique 2007.

DE BLIC Damien, LEMIEUX Cyril, « Le scandale comme épreuve. Eléments de sociologie pragmatique », *Politix*, n°71, 2005, pp.9-38.

DELOYE Yves, VOUTAT Bernard, *Faire de la science politique*, Paris, Belin, coll « Socio-histoires », 2002

DUBAR Claude, TRIPIER Pierre, *Sociologie des professions*, Paris, Armand Colin, 2003.

DUMONS Bruno, POLLET Gilles, *L'Etat et les retraites. Genèse d'une politique*, Paris, Belin, 1994, 480 p.

FELSTINER William L. F, RICHARD L. Abel, SARAT Austin, « L'émergence et la transformation des litiges : réaliser, reprocher, réclamer », *Politix*, n°16, 1991, pp.41-54.

FREIDSON Eliot, *La profession médicale*, Paris, Payot, 1984 (1970).

GARRIGOU Alain, « Le scandale politique comme mobilisation », dans Chazel François (dir.), *Action collective et mouvements sociaux*, Paris, PUF, 1993, pp. 183-191.

HAAS Peter, « Introduction : Epistemic communities and international policy coordination », *International Organization*, 1992, vol.49, n°1, pp.1-35

HIRSCHMAN Albert, *Défection et prise de parole. Théorie et applications*, Paris, Fayard, 1995.

JOBERT Bruno, MULLER Pierre, *L'Etat en action*, Presses Universitaires de France, Paris, 1987.

KEELER John, *Réformer. Les conditions du changement politique*, Paris, PUF, 1994.

KINGDOM John W., *Agendas, Alternatives and Public Policies*, Boston, Little, Brown and Co, 1984.

JAMOUS Haroun, *Contribution à une sociologie de la décision : la réforme des études médicales et des structures hospitalières*. Paris, Copédith, 1968.

JOBERT Bruno, MULLER Pierre, *L'Etat en action, politiques publiques et corporatisme*, Presses Universitaires de France, Paris, 1987.

JÖNSSON Alexandra, « Incrémentalisme » dans Boussaguet L., Jacquot S., Ravinet P. (dir.), *Dictionnaire des politiques publiques*, Paris, Presses de Sciences Po, 2004, pp.259-266.

KEELER John, *Réformer. Les conditions du changement politique*, Paris, PUF, 1994.

LABORIER Pascale, « Historicité et sociologie de l'action publique », dans Laborier P., Trom D., *Historicités de l'action publique*, Amiens, CURAPP, 2003, p.432.

LAGROYE Jaques, « Les processus de politisation », dans Lagroye Jacques (dir.), *La politisation*, Paris, Belin.

MULLER Pierre, « L'analyse cognitive des politiques publiques : vers une sociologie politique de l'action publique », *Revue française de science politique*, 50 (2), 2000, pp.189-207.

MULLER Pierre, SUREL Yves, *L'analyse des politiques publiques*, Montchrestien, Paris, 1998.

MULLER Pierre, *Les politiques publiques*, Que sais je ?, Paris, 1990.

OFFERLE M., « De l'histoire en science politique. L'histoire des politistes », dans Fravre P., Legrave J.-B. (dir.), *Enseigner la science politique*, Paris, l'Harmattan, 1998 ?.

PALIER Bruno, SUREL Yves, « Les "trois I" et l'analyse de l'Etat en action », *Revue française de science politique*, 55 (1), 2005, pp. 7-32.

PALIER Bruno, « Path dependence (Dépendance au chemin emprunté) », dans Boussaguet L., Jacquot S., Ravinet P. (dir.), *Dictionnaire des politiques publiques*, Paris, Presses de Sciences Po, 2004, pp.318-325.

PARADEISE Catherine, « Rhétorique professionnelle et expertise », *Sociologie du travail*, 37 (1), 1985, pp.17-31.

PAYEN Guillaume, « Décision et entrepreneurs politiques » dans LACASSE François, THOENIG Jean-Claude (dir.), *L'action publique*, Paris, L'Harmattan, 1996, pp.175-198.

PAYRE Renaud, POLLET Gilles, *Sociohistoire de l'action publique*, Paris, La Découverte (Repères), 2013, 126p.

PAYRE Renaud, *A la recherche de la « science communale ». Les « mondes » de la réforme municipale dans la France de la première moitié du vingtième siècle*, thèse de science politique, IEP Grenoble, décembre 2002.

RAVINET Pauline, « Fenêtre d'opportunité » dans Boussaguet L., Jacquot S., Ravinet P. (dir.), *Dictionnaire des politiques publiques*, Paris, Presses de Science Po, 2004, pp.217-225.

SMITH Andy, « Paradigme », dans Boussaguet L., Jacquot S., Ravinet P. (dir.), *Dictionnaire des politiques publiques*, Paris, Presses de Sciences Po, 2004

STRAUSS Anselm, « La dynamique des professions », dans Strauss Anselm, *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme*, Paris, L'Harmattan, coll. « Logiques sociales », 1992, pp.67-86.

SUREL Yves, « Idées, intérêts, institutions dans l'analyse des politiques publiques », *Pouvoirs*, n°87, 1998, p.161-178.

SUREL Yves, « Les politiques publiques comme paradigmes », dans Faure Alain, Pollet Gilles, Warin Philippe, *La construction du sens dans les politiques publiques*, L'Harmattan, 1995, pp.125-151.

TOPALOV Christian, « Les réformateurs et les réseaux : enjeu d'un objet de recherche », *Laboratoires du nouveau siècle. La nébuleuse réformatrice et ses réseaux en France 1890-1914*, Paris, EHESS, 1999, pp.39-40.

TOREN Nina, « Semi-professionalism and Social Work. A theoretical perspective » dans ETZIONI Amitai, *The semi-professions and their organization : Teachers, Nurses, Social Workers*, New York, Free Press, 1969, pp. 141-195

WILENSKY Harold, « The professionalization of everyone », *American journal of sociology*, 1964, vol.70, n°2, pp.137-158

## 2. HISTOIRE ET SOCIOLOGIE DE LA PRISON

AKRICH Madeleine, CALLON Michel, (2004), « L'intrusion des entreprises privées dans le monde carcéral français : le programme 13000 » dans ARTIERES Philippe, LASCOUMES Pierre, (dir.), *Gouverner, enfermer. La prison, un modèle indépassable ?*, Paris, Presses de Sciences Po, pp.295-317

ABECASSIS Alain, *La culture en milieu carcéral. Eduquer en prison, utopie ou réalité ?*, mémoire d'IEP, Sciences Po Paris, 1979.

ARTIERES Philippe, LASCOUMES Pierre et SALLE Grégory, « Prison et résistances politiques. Le grondement de la bataille », *Cultures & Conflits*, 55, automne 2004, pp.5-14.

ARTIERES Philippe, LASCOUMES Pierre, SALLE Grégory, « Gouverner, enfermer. La prison, un modèle indépassable », dans Artières Philippe, Lascoumes Pierre (dir.), *Gouverner, Enfermer. La prison, un modèle indépassable ?*, Paris, Presses de Sciences Po, 2004, pp. 23-54.

- ARTIERES Philippe, « 1972 : naissance de l'intellectuel spécifique », *Plein Droit*, n°53-54, mars 2002.
- ARTIERES Philippe, « La prison en procès, les mutins de Nancy (1972) », *Vingtième Siècle*, 70, avril-juin 2001, p.61.
- BESSIN Marc, *L'hôpital incarcéré ? Modalité de cohabitation des logiques hospitalière et pénitentiaire*, GRASS/IRESO, juin 1994, 32p.
- BIENVENU Noémie, *Le médecin en milieu carcéral : étude comparative France / Angleterre et Pays de Galle*, L'Harmattan, coll. Bibliothèques de droit, Paris, 2006.
- CASTEL Robert, « Institutions totales et configurations ponctuelles » dans JOSEPH Isaac, CASTEL Robert et al., *Le parler frais d'Erving Goffman*, Paris, Minuit, 1989. p.36.
- CHANTRAINE Gilles, « Les temps des prisons. Inertie, réformes et reproduction d'un dispositif institutionnel », dans Artières Philippe, Lascoumes Pierre (dir.), *Gouverner, Enfermer. La prison, un modèle indépassable ?*, Paris, Presses de Sciences Po, 2004, pp.57-82.
- CHAUVENET Antoinette, ORLIC Françoise, BENGUIGUI Georges, *Le monde des surveillants de prison*, Paris, PUF, 1994.
- CHAUVIN Isabelle, *La santé en prison*, Paris, ESF Editeur, 2000.
- COMBESSIE Philippe, *Sociologie de la prison*, Paris, La Découverte, coll. « Repères », 2004 (2001).
- COMBESSIE Philippe, « Ouverture des prisons, jusqu'à quel point ? », dans Veil Claude, Lhuillier Dominique, *La prison en changement*, Paris, Erès, 2000, pp.69-99.
- CRESPIN Renaud, « Entre santé publique et maintien de l'Ordre : le parcours des tests de dépistage du VIH dans les prisons françaises », *Lien social et politiques*, n°55, 2006, pp.137-147.
- DE SCHUTTER Olivier, KAMINSKI Dan (dir.), *L'institution du droit pénitentiaire. Enjeux de la reconnaissance de droits aux détenus*, Paris, LGDJ, coll. « La pensée juridique », 2002.
- DELBAERE Loïc, *Le système pénitentiaire à travers les luttes des détenus de 1970 à 1987*, maîtrise d'histoire, Université de Haute Bretagne Rennes II, 2001-2002.
- DELMAS-ST-HILAIRE J.P., « La prison pourquoi faire ? », *Problèmes actuels de science criminelle*, PU d'Aix-Marseille, 1994, p.36.
- FARGES Eric, « Penser la réforme pénitentiaire avec Michel Foucault. Apports et limites à une sociologie politique de la loi du 18 janvier 1994 », *Raisons politiques*, n°25, 02/2007, pp.101-125.
- FARGES Eric, *La gouvernance de l'ingérable. Quelle politique de santé publique en milieu carcéral ? Analyse du dispositif soignant des prisons de Lyon et perspectives italiennes*, mémoire de DEA, sous la direction de Gilles Pollet, IEP de Lyon, 2002-2003, consultable sur le site internet : <http://doc-iep.univ-lyon2.fr>.
- FAUGERON Claude, LE BOULAIRE, Jean-Michel, « Prisons, peines de prison et ordre public », *Revue française de sociologie*, XXXIII, 1992, pp.3-32.
- FAUGERON Claude, « Avant-propos », *Problèmes politiques et sociaux*, « Prisons et politiques pénitentiaires », La documentation française, n° 755-756, 1992, pp.3-10.
- FAUGERON Claude, « De la Libération à la guerre d'Algérie : l'espoir d'une réforme pénitentiaire » dans PETIT J.G et alii, *Histoire des galères, bagnes et prisons (XIII<sup>ème</sup> – XX<sup>ème</sup> siècles)*, Bibliothèque historique Privat, Ed. Privat, Toulouse, 1991, pp.289-316.
- FAUGERON Claude, « Les prisons de la V<sup>e</sup> République : à la recherche d'une politique » dans Petit Jacques Guy et alii, *Histoire des galères, bagnes et prisons (XIII<sup>ème</sup> – XX<sup>ème</sup> siècles)*, op.cit., pp.309-334.

FAUGERON Claude, LE BOULAIRE Jean-Michel, « La création du service social des prisons et l'évolution de la réforme pénitentiaire de 1945 à 1958 », *Déviance et société*, vol.12., n°4, 1988, pp.317-359.

FOUCAULT Michel, « La poussière et le nuage », dans Perrot M. (dir.), *L'impossible prison. Recherches sur le système pénitentiaire au 19<sup>ème</sup> siècle*, Paris, Seuil, 1980, p. 29-39.

FOUCAULT Michel, *Surveiller et punir*, Paris, Gallimard, 1975.

FROMENT Jean-Charles, *La république des surveillants de prison. Ambiguïtés et paradoxes d'une politique pénitentiaire en France (1958-1998)*, Paris, LGDJ, 1998.

FROMENT Jean-Charles, « Introduction », *Revue française d'administration publique*, n°99, dossier « Administration et politiques pénitentiaires », 07/09-2002, pp.390-391

GOFFMAN Erving, *Asiles*, Paris, Les Editions de Minuit, 1968.

HERZOG-EVANS Martine, « La révolution pénitentiaire française », dans De Schutter Olivier, Kaminski Dan (dir.), *L'institution du droit pénitentiaire. Enjeux de la reconnaissance de droits aux détenus*, op.cit., pp.17-41.

HERZOG-EVANS Martine, « Loi pénitentiaire n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 : changement de paradigme pénologique et toute puissance administrative », *Recueil Dalloz*, 2010, pp. 31 et suiv.

KALUSZYNSKI Martine, *La République à l'épreuve du crime : la construction du crime comme objet politique (1880-1920)*, Paris, LGDJ, coll. « Droit et société », 2002.

KALUSZYNSKI Martine, « Réformer la société. Les hommes de la Société générale des prisons 1877-1900 », *Genèses*, Etatisations, n° 28, sept. 1997, pp.75-93

KAMINSKI Dan, « Les droits des détenus au Canada et en Angleterre : entre révolution normative et légitimation de la prison », dans De Schutter Olivier, Kaminski Dan (dir.), *L'institution du droit pénitentiaire. Enjeux de la reconnaissance de droits aux détenus*, Paris, LGDJ, coll. « La pensée juridique », 2002, pp.91-112.

LASCOUMES Pierre, « L'illégalisme, outil d'analyse » dans LENOIR Rémi (dir.), « Michel Foucault, « Surveiller et punir » : la prison vingt ans après », *Sociétés & représentations*, CREDHESS, novembre 1996, pp.78-84.

LECHIEN Marie-Hélène, « L'impensé d'une réforme pénitentiaire », *Actes de la recherche en sciences sociales*, mars 2001, n°136-137, pp.15-26

LE NEZET Marie Pierre, *La régression de la politique pénitentiaire depuis 1975*, DEA d'Etudes politiques, Université de Rennes, 1980.

LEMIRE Guy, *Anatomie de la prison*, Les Presses de l'université de Montréal, Economica, 1990.

LEONARD Jacques, « L'historien et le philosophe » dans PERROT Michelle (dir.), *L'impossible prison. Recherches sur le système pénitentiaire au 19<sup>ème</sup> siècle*, Paris, Seuil, 1980, p. 9-28

LHUILIER Dominique, « La santé en prison : permanence et changement », dans Veil Claude, Lhuilier Dominique, *La prison en changement*, Paris, Erès, 2000, pp.187-216.

MILLY Bruno, *Professions et prison. Soigner et enseigner en prison : un regard sociologique croisé sur le fonctionnement de la prison et sur les professions de la santé et de l'enseignement intervenant dans ce milieu*, thèse de sociologie, sous la direction de Claude Giraud, Université Lyon II, janvier 2000.

MILLY Bruno, *Soigner en prison*, Paris, PUF, coll. « Le lien social », 2001.

ROSTAING Corinne, *La relation carcérale. Identités et rapports sociaux dans les prisons de femmes*, Paris, PUF, coll. « Le lien social », 1997.

SALLE Grégory, *Emprisonnement et Etat de droit : une relation à l'épreuve en Allemagne et en France depuis les années « 68 »*, I.E.P de Paris, thèse de science politique, sous la direction de Pierre Lascoumes, 2006.

SALLE Grégory, « Mettre la prison à l'épreuve. Le GIP en guerre contre l'« intolérable » », *Cultures et conflits*, n°55, 2004, pp.71-96.

SALLE Grégory, « Mai 68 a-t-il changé la prison ? », *Critique internationale*, n°16, juillet 2002, pp.183-195.

SALLE Grégory, *Le Groupe d'information sur les prisons*, I.E.P de Paris, DEA Sociologie politique, sous la direction de Pierre Favre, 1999-2000.

SEYLLIER Monique, « La banalisation pénitentiaire ou le vœu d'une réforme impossible », *Déviance et société*, vol.4, n°2, 1980, pp.131-147.

VEIL Claude, « Évolution sur la longue durée du système de soins, motivations et résistances », dans Veil Claude, Lhuillier Dominique, *La prison en changement*, Paris, Erès, 2000, p. 255-275.

VIMONT Jean-Claude, *La prison : à l'ombre des hauts murs*, Paris, Gallimard, 2004.

### 3. SOCIOLOGIE DE LA SANTE ET DES PROFESSIONS MEDICALES

BASZANGER Isabelle, « Emergence d'un groupe professionnel et travail de légitimation. Le cas des médecins de la douleur », *Revue française de sociologie*, XXI, 1990, pp.257-282.

BORRAZ Olivier, ARROUET C., LONCLE-MORICEAU P., *Les politiques locales de lutte contre le sida. Une analyse dans trois départements français*, Paris, L'Harmattan, 1998.

RISSENEAU Christophe, LE NOE Olivier, « Construction d'un problème public autour du dopage et reconnaissance d'une spécialité médicale », *Sociologie du travail*, n°48, 2006, pp.487-508.

CRESPIN Renaud, « Entre Santé publique et maintien de l'Ordre : le parcours des tests de dépistage du SIDA dans les prisons françaises », *Lien social et politiques*, n° 55, printemps 2006, pp.137-148

DANET François, « La médecine d'urgence : de la dégradation à la démocratisation de l'hôpital », *Communication et organisation*, n°29, 2006, pp.172-184

DODIER Nicolas, *Leçons politiques de l'épidémie de sida*. Paris : Éditions de l'EHESS, 2003.

FAURE Yann, « L'anesthésie française entre reconnaissance et stigmates », *Actes de la recherche en sciences sociales*, La spécialisation de la médecine XIXe – XXe siècles, n° 156-157, mars 2005, p. 98-114.

FARGES Eric, « La sanitarisation du social : les professionnels et l'éducation pour la santé en milieu pénitentiaire », *Lien social et politique*, n°55, printemps 2006, pp.99-114.

FILLION Emmanuelle, *A l'épreuve du sang contaminé. Pour une sociologie des affaires médicales*, Paris, Éditions de l'EHESS, coll. "En temps et lieux", 2009.

FREIDSON Eliot, *La profession médicale*, Paris, Payot, 1984 (1970).

GURIMAND Nicolas, « De la réparation des « gueules cassées » à la « sculpture » du visage : la chirurgie esthétique en France pendant l'entre-deux-guerres », *Actes de la recherche en sciences sociales*, La spécialisation de la médecine XIXe – XXe siècles, n° 156-157, mars 2005, pp.70-85.

HERZLICH Claudine, PIERRET Janine, « Une maladie dans l'espace public. Le SIDA dans six quotidiens français », *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, 1988, Volume 43, n° 5, pp.1109-1134.

MATHIOT Pierre, « Le sida dans la stratégie et la rhétorique du Front National », dans Favre Pierre (dir.), *SIDA: Les premiers affrontements (1981-1987)*, Paris, L'Harmattan, 1992, pp.189-201.



PARIZOT Isabelle, *Soigner les exclus*, PUF, Paris, coll. « Le lien social », 2003.

PARSONS Talcott, « Social Structure and Dynamic Structure : the Case of modern Medical Practice », *The Social System*, London, Routledge and Kegan Paul, Free Press of Glencoe, 1951, pp.428-479.

PENEFF Jean, *Les malades des urgences*, Paris, Métailié, 2000.

PINELL Patrice, « La genèse du champ médical : le cas de la France (1795-1870) », *Revue française de sociologie*, 2009/2 Vol. 50 , p. 315-349. p.318.

PINELL Patrice, « Champ médical et processus de spécialisation », *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, n°156-157, 2005, pp.4-36

PINELL Patrice, « Spécialisation » dans Lecourt Dominique (dir.), *Dictionnaire de la pensée médicale*, Paris, PUF, Coll. « Quadrige », 2004, pp.1063-1069.

THIBAUDIERE Claude, « La protection maternelle et infantile : politique de santé publique et spécialisation médicale », *Regards sociologiques*, n°29, 2005, pp.23-34.

## 4. SOCIOLOGIE DE LA JUSTICE

DEVILLE Anne, « Le syndicat de la magistrature en France. 1968-1988 », *R.I.E.J.*, 1993, n°31, pp.55-68.

DEVILLE Anne, « L'entrée du syndicat de la magistrature dans le champ juridique en 1968 », *Droit et société*, n°22, 1992, pp.639-671.

ENGUELEGUELE Stéphane, « Les communautés épistémiques pénales et la production législative en matière criminelle », *Droit et société*, n°40, 1998, pp.563-581.

LOCHAK Danièle, « La haute administration française à l'épreuve de l'alternance. Les directeurs d'administration centrale en 1981 », dans CURAPP, *La haute administration et la politique*, PUF, 1987, pp.49-79.

MOUNIER Jean-Pierre, « Du corps judiciaire à la crise de la magistrature », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 1986, n° 1, pp. 20-29.

VAUCHEZ Antoine, *L'institution judiciaire remotivée. Le processus d'institutionnalisation d'une « nouvelle justice » en Italie (1960-2000)*, Paris, LGDJ, Collection « Recherches et travaux du Réseau Européen Droit et Société », 2004.

## 5. AUTRES

BLUM François, « Regard sur les mutations du travail social au XX<sup>ème</sup> siècle », *Le Mouvement Social*, n°199, février 2002, pp.83-94

JOSEPH Isaac, « Le reclus, le souci de soi et la folie de la place » dans AMOUROUS Charles, BLANC Alain (dir.), *Erving Goffman et les institutions totales*, op.cit., p.80.

VERDES-LEROUX Jeannine, *Le Travail social*, Paris, Editions de Minuit, 1978, 245p.

WEIL Robert, « Les institutions totales dans l'œuvre de Goffman » dans AMOUROUS Charles, BLANC Alain (dir.), *Erving Goffman et les institutions totales*, Paris, L'Harmattan, Coll. « Logiques sociales », 2001, pp.25-41.



# **ANNEXES**

# ANNEXE 1 : PRESENTATION DE L'ADMINISTRATION PENITENTIAIRE

## 1. Services de l'administration centrale

La Direction de l'Administration pénitentiaire (DAP) est l'une des six directions du ministère de la Justice, les autres étant : la Direction des Affaires civiles et du Sceau chargée des projets de réforme et de la tutelle des professions judiciaires, la Direction des Affaires criminelles et des grâces chargée des projets de réforme en matière de droit pénal et de la tenue du casier judiciaire, la Direction des Services judiciaires chargée du bon fonctionnement des juridictions judiciaires, la Protection judiciaire de la jeunesse chargée de la Justice des mineurs et enfin la Direction de l'Administration générale et de l'équipement supprimée en 2008 avec la création d'un Secrétariat général.

L'Administration pénitentiaire est l'une des directions les moins bien considérée, les trois premières étant les plus « nobles »<sup>1</sup>. Faute d'être pourvus en agents d'administration centrale, les postes de la DAP sont essentiellement tenus par des personnels détachés des services pénitentiaires extérieurs. L'Administration pénitentiaire est organisée sous la forme d'une direction de gestion, chaque Bureau étant chargé d'un secteur bien délimité, la direction assurant la cohérence de l'ensemble.

Bien qu'elle ait connu plusieurs réorganisations<sup>2</sup>, la DAP a pendant longtemps été composée, outre l'Inspection générale, de deux Sous-directions. La sous-direction du personnel et des affaires administratives gère les moyens humains et financiers nécessaires à l'action de l'Administration. La Sous-direction de l'exécution des peines est quant à elle chargée du fonctionnement général des établissements. Elle comprend trois bureaux. Le Bureau de l'individualisation et des régimes de détention, considéré comme l'un des plus importants de la DAP, est responsable de l'affectation et du transfèrement des détenus entre établissements, des incidents individuels et collectifs, du traitement des requêtes de la population pénale et des plans de sécurité. Le Bureau des méthodes et de la réglementation organise la vie quotidienne des détenus, notamment en matière d'assistance sociale, de sport, d'éducation, de travail et de santé.

En 1978 est créée une troisième Sous-direction, celle de la « réinsertion sociale » dont le terme apparaît pour la première fois, qui comporte un Bureau de la réglementation, un Bureau

---

<sup>1</sup> Ces informations reposent sur (Nicot Xavier, « Prison », *Encyclopédie de droit pénal et de procédure pénale*, Dalloz, 1978 ; *La lettre de la chancellerie*, n°35, 15/02/1979 ) mais surtout sur le site très bien réalisé des archives du ministère de la Justice : <http://www.archives-judiciaires.justice.gouv.fr>.

<sup>2</sup> Les principales réorganisations sont celle de 1978 (arrêté du 22/12/1978), celle de 1984 (arrêté du 02/05/1984), et celle de 1990 (arrêté du 6/06/1990) ainsi que celle de 1998.

du travail et de la formation professionnelle et un Bureau du milieu ouvert. Ce dernier, chargé de la probation et de l'assistance aux libérés, est transformé en une Sous-direction autonome en 1988. La Sous-direction de la réinsertion sociale est alors fusionnée avec celle de l'exécution des peines, comme si la mission de réinsertion était dès lors pleinement intégrée à la DAP et ne nécessitait plus une structure administrative autonome.

L'arrêté du 6 juin 1990 réorganise en profondeur l'Administration pénitentiaire afin de mieux unifier les ressources entre le milieu ouvert et le milieu fermé. Elle consacre quatre Sous-direction : la sous direction des ressources humaines, la sous-direction de l'exécution des décisions judiciaires, la sous-direction des affaires administratives qui assure l'évaluation et la programmation des besoins budgétaires et la sous-direction de la réinsertion. Cette dernière comprend un Bureau de l'insertion sociale et de la participation communautaire (action sociale et éducative, culture, assistance spirituelle, sports et loisirs), un Bureau du travail, de l'emploi, de l'enseignement et de la formation professionnelle et enfin un Bureau spécifiquement consacré à prise en charge médicale des détenus : le Bureau de l'action sanitaire et de la lutte contre la toxicomanie (GB3) qui fut à l'origine de la réforme.

La Direction de l'Administration pénitentiaire a connu une réorganisation importante de ses services en 1998 qui n'est pas présentée ici.

## ***2. Services déconcentrés pénitentiaires***

Il existe plusieurs types d'établissements pénitentiaires selon le régime de détention et les catégories de condamnation. Ils sont classés en deux grandes catégories : les Maisons d'arrêt et les établissements pour peine

**Les Maisons d'arrêt** reçoivent les personnes prévenues en détention provisoire (personnes détenues en attente de jugement ou dont la condamnation n'est pas définitive) ainsi que les personnes condamnées dont la peine ou le reliquat de peine n'excède pas deux ans.

**Les établissements pour peine** sont divisés en maisons centrales destinés aux longues peines, centres de détention davantage orientés vers la réinsertion, centres de semi-liberté, en fonction du type de population pénale qu'ils accueillent.

Les centres pénitentiaires enfin sont des établissements mixtes qui comprennent au moins deux quartiers différents (Maison d'arrêt, centre de détention et/ou maison centrale).

## **ANNEXE 2 : CHRONOLOGIE DE 1945 à 1994**

On a souhaité présenter ici les principaux événements de 1945 jusqu'à 1994.

Cette chronologie n'est, par conséquent, pas exhaustive mais vise à fournir des points de comparaison.

Cette chronologie a été découpée en deux parties distinctes : d'une part les événements ayant affecté l'Administration pénitentiaire et le fonctionnement des établissements en général, et d'autre part les transformations de l'action sanitaire en détention.

## PENITENTIAIRE

### 1944

Août: Rattachement de l'Administration pénitentiaire au ministère de la Justice.

Septembre: Paul Amor est nommé Directeur général des services.

### 1945

Mai: La commission de réforme des institutions pénitentiaires françaises formule quatorze principes, plus connus sous le nom de réforme Amor.

Octobre: Un dispositif de formation du personnel est établi à Fresnes.

### 1946

Mars: La population carcérale atteint 67.200 détenus et commence à décroître.

### 1947

Octobre: Eugène-Turkey, sous-directeur aux affaires criminelles, est nommé directeur de l'Administration pénitentiaire.

### 1948

Février: Charles Germain, magistrat, est nommé directeur de l'Administration pénitentiaire.

### 1949

- Création d'un corps des éducateurs.

## SANITAIRE

### 1945

Février: Paul Amor invite à organiser un service dentaire dans chaque établissement.

Mai: une circulaire du 30 mai établit (théoriquement) une infirmière rémunérée par la CRF dans chaque établissement.

Juillet: la Direction de la Santé demande à ce que les Inspecteurs de la Santé puissent avoir accès aux prisons.

Décembre: une commission interministérielle réunit les membres de l'AP et du ministère de la Santé.

### 1946

- 30 infirmières pénitentiaires temps plein tandis que 157 établissements bénéficient du détachement gratuit des infirmières de la CRF.

Mars: circulaire du 6/03/1946 rappelant aux soignants leurs obligations.

Septembre: un médecin-inspecteur du ministère de la Santé est mis à disposition de la DAP.

### 1947

- La CRF subit une réduction des crédits contraignant la DAP à payer les infirmières à la vacation.

Février: le président du Conseil des médecins, le Pr Piedelièvre, demande une amélioration de l'état sanitaire des prisons.

### 1948

- Les Directeurs départementaux de la Santé sont chargés, en concertation avec le préfet, de mettre en place les soins anti-vénériens des détenus.

### 1950

- Ouverture de Château-Thierry, un établissement spécialisé dans le soin « aux détenus qui ont été jugés partiellement irresponsables en raison de leur état mental »

**1954**

Décembre : André Touren, magistrat, est nommé directeur de l'Administration pénitentiaire.

**1955**

Importante grève des surveillants de prison.

**1956**

La population carcérale atteint 19.540, chiffre le plus bas jamais atteint, on observe une hausse soudaine du fait de la guerre d'Algérie.

**1957**

Janvier: Robert Lhez, magistrat, est nommé DAP.

Importante grève des surveillants de prison.

Juillet: les détenus algériens du FLN de la Santé, parmi lesquels Ahmed Ben Bella, se mutinent.

**1958**

Juin-Juillet: Grève de la faim à Fresnes qui s'étend en juillet à une vingtaine d'établissements pénitentiaires.

Décembre: Le Code de procédure pénale est promulgué instituant le JAP.

**1959**

Juin-Juillet: grève de la faim à Fresnes en vue de l'obtention du statut de détenu politique qui s'étend à une vingtaine d'établissements.

Décembre: Pierre Orvain, magistrat, ancien déporté, devient DAP et assouplit les conditions de détention (régime des parloirs, introduction de la presse et des colis CRF).

**1953**

Mars : le Dr Adam décide de nourrir de force quatre détenus nord-africains qui réclamaient de meilleures conditions de détention.

Avril: le président du Conseil de l'ordre, le Pr Piedelièvre, déclare que « le médecin est libre de décider s'il faut alimenter de force un détenu qui fait la grève de la faim » et que « le médecin doit agir en conscience ».

**1954**

- Un hôpital est mis en service aux Baumettes.
- Marcel Colin ouvre une Annexe psychiatrique dans les M.A de Lyon.

**1956**

Novembre: L'accès aux soins en matière d'équipement (dentaires et lunettes) est considérablement simplifié par une circulaire qui supprime la demande d'autorisation de l'administration centrale.

**1957**

Octobre: Le 28<sup>ème</sup> congrès international de médecine légale à Lyon est consacré aux Annexes psychiatriques des prisons.

**1958**

Mai: Création d'un centre antialcoolique auprès des prisons de Lyon.

Décembre: L'article D.390 du nouveau CPP établi que « si un détenu se livre à une grève de la faim prolongée, il peut être procédé à son alimentation forcée mais seulement sur décision et sous surveillance médicale et lorsque ses jours risquent d'être mis en danger ».



### 1961

Novembre: Robert Schmelck est nommé DAP.

### 1962

Mars: La signature des accords d'Evian,, et le décret d'amnistie des infractions commises au titre de l'insurrection algérienne permet la libération de 5.451 détenus.

### 1963

Septembre: l'évasion de deux membres de l'OAS inaugure une politique carcérale plus axée sur la sécurité.

### 1964

- La construction de Fleury-Mérogis, achevé en mai 1968, traduit la politique de « modernisation » entamée par la DAP.

Mai: L'adjudant Marc Robin, membre de l'OAS incarcéré à Saint-Martin de Ré, s'échappe de l'hôpital civil de La Rochelle.

Juillet: Raymond Morice, préfet, est nommé DAP.

### 1965

Juillet: La « semaine sanglante » de la maison centrale de Nîmes en juillet 1965.

### 1967

Création de la catégorie des « détenus particulièrement signalés » (DPS).

### 1968

Janvier: Maurice Le Corno, préfet, est nommé directeur de l'Administration pénitentiaire.

### 1969

Avril : circulaire ramène la durée de punition de cellule de 90 à 45 jours, abolit le retrait « des fournitures de couchage » pour la nuit, la coupe de cheveux à ras et l'occlusion toute la journée de la fenêtre par un volet.

### 1960

Janvier: Le Dr Fully est nommé Médecin-inspecteur de la DAP.

Octobre: Le 1<sup>er</sup> congrès de criminologie se tient à Lyon sous la direction des Pr Roche et Colin et du Dr Locard.

### 1961

- Paul Hivert ouvre une Annexe psychiatrique à la M.A de la Santé.

Novembre: le Dr Fully adresse une lettre à tous les médecins leur rappelant que leur « indépendance doit être totale vis-à-vis du détenu malade » lors des grèves de la faim.

### 1963

Avril: première rencontre relative à la médecine pénitentiaire.

Juin: un congrès réunissant médecins et magistrats de l'AP se déroule à Paris au sujet d'une réforme de la médecine pénitentiaire.

### 1965

Juillet: avec l'aide du Pr Léon Dérobert, un arrêté créé à la faculté de médecine de Paris une attestation d'études relatives à la médecine pénitentiaire.

### 1967

Septembre: création des Centres médico-psychologiques régionaux (CMPR) mais cela reste très théorique.

### 1968

Novembre: Des journées de médecine pénitentiaire ont lieu à Fleury-Mérogis après cinq années d'interruption.

### 1969

Mars: La responsabilité de la DAP est engagée pour la première fois dans un défaut de soins après la mort d'un détenu.

## PENITENTIAIRE

### 1970

Mai: le ministre de l'Intérieur interdit la Gauche prolétarienne. Plusieurs centaines de ses militants maoïstes sont incarcérés.

Septembre: des militants de la Gauche Prolétarienne incarcérés, parmi lesquels Alain Geismar, déclenchent une grève de la faim.

### 1971

Janvier-février: succès de la nouvelle grève de la faim des maoïstes incarcérés.

Février: Parution du manifeste du Groupe d'Information sur les Prisons.

Juillet: un surveillant est blessé mortellement à la prison de Lyon.

Août: Apparition de la presse quotidienne dans les prisons

Septembre: une infirmière et un surveillant sont égorgés par deux détenus dans leur tentative d'évasion de Clairvaux

Novembre : le garde des Sceaux annonce la suppression des colis de Noël déclenchant des grèves de la faim à Poissy et à La Santé.

Décembre: une mutinerie très médiatisée éclate à la Centrale de Toul (Nancy).

### 1972

Janvier : publication du rapport de la Commission d'enquête sur la révolte de Toul présidée par Robert Schmelck.

Juin: s'organise à Lyon un groupe de professionnels de la détention, le GMQP.

Juillet : création du Comité d'action des prisonniers (C.A.P) par l'ancien détenu Serge Livrozet.

Novembre : la DAP met en place une notice d'information sur les droits et devoirs des détenus.

## SANITAIRE

### 1970

Septembre : les 3<sup>ème</sup> journées de médecine pénitentiaire ont lieu à Marseille.

### 1972

➤ Charles Dayant publie *J'étais médecin à la santé*

Juillet : adoption d'un premier règlement des médecins de prison mais qui connaît peu d'effets.

Septembre: un décret crée la Commission d'application des peines (CAP) dont les psychiatres et les généralistes sont membres

Octobre : polémique sur le nombre de suicides.

Novembre : trois internes de La Santé démissionnent et communiquent à la presse.

Décembre : 4<sup>ème</sup> journées de médecine pénitentiaire à Strasbourg.

### 1973

- Création du Groupe multiprofessionnel pour les prisons par Antoine Lazarus à Paris et du Groupe multiprofessionnel pour les questions pénitentiaires à Lyon par Axel Lochen.

Février: à l'occasion des législatives, le GMQP fait parvenir à chaque candidat du Rhône une lettre ouverte dénonçant le « scandale des prisons ».

Mars: Georges Beljean, magistrat membre du Syndicat de la magistrature, est nommé DAP.

Avril: à l'occasion de la révolte des détenus de la M.A de Saint-Paul, le GMQP publie un communiqué dénonçant les conditions de détention.

Juin: assouplissement des conditions de détention

### 1974

Février: mort de Patrick Mirval à Fleury-Mérogis.

Juillet: des mouvements de révoltes collectifs se déclenchent dans plus de 10 établissements pénitentiaires. Valéry Giscard d'Estaing déclare que « la peine, c'est la détention... ce n'est pas plus que la détention ».

Août: une circulaire libéralise le régime pénitentiaire : fin des limitations de correspondance, utilisation des transistors, abandon du port du costume pénal, assouplissement des parloirs, droit des détenus à se marier et à laisser pousser leur barbe, cheveux et moustache.

### 1975

Mai: Un décret réorganise les établissements pénitentiaires et crée les QHS

Juillet: une loi crée les peines de substitution, accroît les possibilités de prononcer des mises en libération conditionnelles et étend le champ d'application du sursis avec mise à l'épreuve.

Décembre: attribution du droit de vote à toutes les personnes placées en détention provisoire et à tous les détenus purgeant une peine n'entraînant pas une incapacité électorale

### 1973

- Publication par M. Diennet d'un livre racontant son expérience d'interne à Fresnes, *Le petit paradis*.

Février: 25 internes initient une grève pour protester contre leurs conditions de travail.

Juin : assassinat de Georges Fully.

Septembre: Solange Troisier est nommée Médecin-inspecteur.

### 1974

Février: revalorisation des médecins et des internes, le nombre d'internes passant de 26 en 1973 à 34 en 1976

Juillet : 13 psychiatres se réunissent à Paris pour réfléchir à leurs conditions de travail.

Novembre : projet de réforme de la médecine pénitentiaire ajourné.

### 1975

Janvier: loi affiliant les détenus et leurs ayants-droit aux assurances maladie et maternité de la Sécurité sociale.

Septembre : revalorisation des praticiens.

Novembre : médiatisation des travaux de François Martzloff sur la « psychiatrisation » des détenus.

Décembre : 2<sup>ème</sup> Journées européennes de médecine pénitentiaire à Bordeaux.

**1976**

Mai 1976 : création du Groupement étudiant national d'enseignement aux personnes incarcérées (GENEPI).

**1978**

Mai : suite à l'évasion de Jacques Mesrine et de François Besse, P.Aymard est remplacé par le préfet Christian Dabanc.

Novembre : loi établissant les peines de sûreté ou restreignant les pouvoirs du JAP.

**1980**

Avril : le C.A.P se dissout du fait de dissensions internes.

**1977**

Janvier: création d'une chaire de médecine pénitentiaire au CHU Lariboisière Saint-Louis (Paris VII) rattachée à celle de médecine légale.

Mars: circulaire santé-justice du 28/03/1977 créant les CMPR dont le personnel est à la charge des DDASS. 17 sont créés.

Août: Solange Troisier créé le Conseil international pour les services médicaux dans les prisons (CISMP), dont elle devient la présidente

Octobre : revalorisation des médecins.

**1978**

Décembre: première assemblée à Dijon du CISMP

**1979**

Juin : le code de déontologie médicale vise pour la première fois le milieu carcéral.

Septembre: élaboration lors du 2<sup>ème</sup> congrès du CISMP à Athènes, d'un serment professionnel, la Charte d'Athènes.

**1980**

La chaire de médecine chaire de médecine pénitentiaire au CHU Lariboisière Saint-Louis (Paris VII) devient autonome.

## PENITENTIAIRE

### 1981

Mai: élection de François Mitterrand à la présidence de la République

Juin: premiers mouvements de révolte au sein des prisons françaises

Juillet: le garde des Sceaux, Robert Badinter, annonce l'abrogation de la peine capitale, de la loi Sécurité et liberté ou encore de la Cour de sûreté.

Juillet: Ivan Zakine est nommé DAP.

Octobre : 29.000 détenus en France.

### 1982

Avril: protestation de détenus et importantes grèves de surveillants.

Septembre: un regroupement de neuf associations et organisation syndicales, la COSYPE (Coordination Syndicale pénale), dénonce le « lobby pénitentiaire ».

Novembre: la COSYPE établit un sombre premier bilan de la politique pénitentiaire de Robert Badinter.

Décembre: ensemble de mesures dont des activités socioculturelles ou sportives, l'utilisation du téléphone, la suppression de la tenue pénale, l'abolition de l'interdiction de fumer à titre de sanction disciplinaire et le retrait des séparations dans les parloirs.

### 1983

Janvier: 35.000 détenus en France. Révoltes de détenus en faveur d'une « réforme radicale des prisons ». 41 détenus de Fleury se taillent les veines.

Février: mouvements de protestation des syndicats pénitentiaires contre la libéralisation.

Avril: Myriam Ezratty, directrice de l'Education surveillée, est nommée DAP.

Juin : Le travail d'intérêt général est créé.

## SANITAIRE

### 1981

Janvier: 6 détenus corses grévistes de la faim à Fresnes sont placés sous perfusion contre leur volonté.

Août: incident à l'Hôpital de Fresnes auquel est lié Solange Troisier.

Novembre : congrès de médecine pénitentiaire où Robert Badinter n'est pas représenté.

### 1982

Mars: le médecin-chef de Fleury-Mérogis est inculpé d'homicide par imprudence pour avoir considéré comme simulateur un détenu déclarant souffrir d'épilepsie, décédé en novembre 1980.

Octobre: Suite à la mort d'un détenu opéré à Fresnes puis transféré avec du retard à l'hôpital, une polémique éclate entre Pierre Huguenard et le médecin-chef de l'Hôpital de Fresnes qui dénonce ses conditions de travail.

Octobre: un détenu meurt à Fresnes alors qu'un médecin demandait son transfert.

Novembre: à l'occasion du congrès de la Cosype des médecins présents au colloque ont réclament un changement de tutelle.

### 1983

Janvier: le décret du 26/01/1983, supprime le poste de Médecin-inspecteur et donne une première mission à l'IGAS.

Mars : inculpation de S. Troisier dans le cadre du scandale des grâces médicales.

Avril: un détenu opéré à l'hôpital de Fresnes décède.

Août: deuxième congrès mondial de médecine pénitentiaire.

Novembre : grève des internes de Fresnes et démission de 4 internes de Fleury-Mérogis.

Condamnation de Solange Troisier dans le procès des grâces médicales.

### 1984

Janvier : environ 38.000 détenus dans les prisons françaises.

Octobre: mouvement de grève de la faim de 635 détenus, en soutien à la grève menée par les membres d'« Action directe ».

Novembre : environ 43.000 détenus dans les prisons françaises.

### 1985

- La télévision est autorisée dans les cellules.

Janvier: mutinerie de grande ampleur à la M.A de Fleury-Mérogis

Mars : environ 45.000 détenus dans les prisons françaises.

Mai: mutineries aux prisons de Lyon et de Fleury-Mérogis

### 1986

Mars : J. Chirac devient premier ministre et Albin Chalandon le nouveau garde des sceaux.

Avril: Dès sa première conférence de presse, Albin Chalandon, déclare qu'« avec de l'imagination, on peut trouver des solutions recourir à des capitaux privés ».

Juillet: Arsène Lux, préfet, est nommé directeur de l'Administration pénitentiaire.

Septembre: Albin Chalandon annonce le « un changement complet de philosophie » à l'égard des toxicomanes et notamment une application strict de la loi de 1970 qui considère que « l'usager est d'abord un délinquant ». Il est prévu la création de 1600 places dans les prisons conçues spécialement pour désintoxiquer les délinquants de force.

### 1984

Janvier :

- fermeture du bloc opératoire des Baumettes suite à un rapport de l'IGAS.
- Mission de contrôle des établissements est confiée aux MISP des DDASS

Février : relaxe de Solange Troisier.

Mai: rapport de synthèse de l'IGAS sur l'état de la médecine pénitentiaire française

Octobre: Le comité interministériel de coordination de la santé en prison est institué puis consacré par décret du 6/08/1985.

### 1985

Mars: ouverture du premier service d'hospitalisation pour détenus à Lyon sous statut uniquement de la Santé.

Juin: note d'information du médecin-chef où il précise que le dépistage des détenus ne lui paraît pas nécessaire mais que l'isolement individuel semble préférable.

Juin : création d'un service d'hospitalisation des détenus à Lyon.

Juillet: six détenus sont révélés séropositifs à la prison de Gradignan à l'occasion d'une collecte de sang effectuée sur quatorze détenus.

Août :

- le dépistage de tous les dons du sang est rendu obligatoire.
- Décret officialisant le Comité santé justice

Décembre : décret du 27/12/1985 place l'Hôpital de Fresnes sous la double tutelle de la Chancellerie et du secrétariat d'Etat à la Santé.

### 1986

Février:

- Selon le responsable du SMPR de Bordeaux plus de la moitié des détenus toxicomanes sont contaminés par le SIDA, soit « 5 à 20% de tous les prisonniers français ».
- Création de l'Association des personnels soignant des prisonniers (APSP).

Mars: décret prévoyant la création de services psychiatriques (SMPR) ayant un statut purement hospitalier.

## 1987

Juin: Albin Chalandon lance "le programme 15.0000" de 29 établissements à « gestion mixte ».

Juillet: des mouvements de protestation de détenus ont lieu dans toute la France.

Août: François Bonnelle remplace Arsène Lux en tant que DAP.

Novembre: grande mutinerie à la M.A de Châteauroux.

## 1988

Septembre: le garde des Sceaux Pierre Arpaillange maintient le programme des prisons à gestion semi-privée, revu à 13.000 places, et supprime le projet de quartiers de détention pour toxicomanes.

Septembre-Octobre: un mouvement de protestation des gardiens s'amplifie face à la fermeté de Pierre Arpaillange et s'enlise début octobre.

Octobre: François Bonnelle est remplacé en octobre 1988 par Jean-Pierre Dinthillac, ancien sous directeur de la DAP.

Décembre: l'Association professionnelle des magistrats (APM) se réunit en assemblée générale le 13 décembre 1988 où fut violemment critiquée « l'OPA sans vergogne » du SM sur le ministère de la Justice.

## 1987

Février: le médecin-chef de Bordeaux présente une communication à l'Académie de médecine dressant un constat alarmant de l'épidémie de sida en détention.

Octobre: le docteur Benezech met en place une consultation « avancée » de médecine interne en matière de dépistage et soin du sida par un accord passé avec le directeur de la maison d'arrêt de Gradignan et Jacques Beylot (CHU de Bordeaux).

Novembre: l'OMS proposa un plan de lutte contre le sida en milieu carcéral.

Décembre: la DAP annonce la mise en place de préservatifs en détention.

## 1988

Février:

- circulaire Santé Justice du 1/02/1988 relative à la participation de l'Administration pénitentiaire à la politique nationale de lutte contre le SIDA évoque des liaisons institutionnelles avec les hôpitaux

Août : 3<sup>ème</sup> congrès du Conseil international des services médicaux dans les prisons (CISMP) à Bristol présidé par S. Troisier

Novembre: la commission santé-justice, mise en sommeil entre 1986 et 1988 est réactivée.

## PENITENTIAIRE

### 1989

Janvier: Bonnemaïson remet au garde des Sceaux les travaux de la mission qu'il présidait, sorte de cahiers de doléances des gardiens de prison.

### 1990

Mai : la censure du rapport IGA-IGF sur la sécurité dans les prisons suscite la colère des syndicats pénitentiaires.

Juillet: ouverture des premiers établissements « 13.000 »

Octobre: Nallet devient ministre de la justice et Jean-Claude Karsenty est nommé directeur de l'AP.

### 1991

Septembre: nouvelle protestation des surveillants de prison.

Novembre: un ensemble de professionnels et de militants publient un plaidoyer dans *Le monde* en faveur d'un « observatoire international des prisons »

### 1992

Mai: les directeurs de prison F.O protestent contre les « incohérences de la politique pénitentiaire ».

### 1993

Juin: arrivée de Simone Veil à la Santé et de Pierre Méhaignerie à la Chancellerie. Bernard Prévost, préfet de la Nièvre, est nommé DAP.

## SANITAIRE

### 1989

Avril: une circulaire du ministère de la Santé instaure des contrats entre 7 centres d'information et de soins de l'immunodéficience humaine (CISIH) et 8 M.A.

Mai : circulaire prévoyant la mise à disposition de préservatifs.

Juin: rencontre entre médecins et magistrats au siège de la DAP au sujet des libérations pour sidéens.

### 1991

Concertation interministérielle depuis 1991 associant l'IGAS, DHS, DH, Direction de la pharmacie et du médicament, AP.

Septembre: Daniel Gonin publie *La santé incarcérée* aux éditions de l'Archipel.

### 1992

Février: signature d'une convention de la prison de Laon avec un établissement hospitalier.

Avril: un colloque consacré à la santé en prison réunit 300 professionnels à Paris.

Juin: signature d'une convention de la prison de Châteauroux avec un établissement hospitalier.

Juin: les infirmières exerçant en milieu pénitentiaire, qui sont alors au nombre de 340, décident de se constituer en collectif au sein de la Coordination nationale infirmière afin de mieux défendre leurs droits.

Septembre: signature d'une convention de la prison de Saint-Quentin-Fallavier avec un établissement hospitalier.

### 1993

Mars : décret adoptant le transfert de tutelle.

### 1994

Janvier: loi 94-43 qui confie l'organisation des soins en milieu pénitentiaire aux hôpitaux publics.



## ANNEXE 3 : EVOLUTION DU NOMBRE DE MEDECINS EN MILIEU PENITENTIAIRE

Faute d'archives comptabilisant le nombre de soignants en milieu carcéral, on a tenté de restituer de façon lacunaire cette évolution. Le nombre de praticiens est cependant parfois douteux, les psychiatres étant parfois comptabilisés et d'autres fois non.

**1964** : 247 médecins dont 187 généralistes, 31 spécialistes et 29 psychiatres<sup>1</sup>.

**1966** : 271 (?) médecins dont 216 généralistes, 55 spécialistes (psychiatres ?)- 65 infirmières contractuelle et 135 de la Croix Rouge<sup>2</sup>.

**1968** : 216 médecin généralistes<sup>3</sup>.

**1973** : 285 médecins dont 201 généralistes, 55 spécialistes, 29 psychiatres<sup>4</sup>.

**1976** : 290 médecins dont 206 généralistes, 45 spécialistes et 26 psychiatres<sup>5</sup>.

**1976** : 314 médecins dont 201 généralistes, 84 spécialistes et 29 psychiatres<sup>6</sup>.

**1978** : 261 médecins dont 182 généralistes, 54 spécialistes et 25 psychiatres<sup>7</sup>.

**1980** : 251 médecins dont 165 généralistes, 66 spécialistes, 20 psychiatres - 263 infirmières dont 103 pénitentiaires, 134 Croix-Rouge et 18 Assistance publique<sup>8</sup>.

**1983** : 212 généralistes, 54 spécialistes, 23 psychiatres (hors CMPR), 181 dentistes, 35 internes, 339 infirmières (dont 158 Croix Rouge), 45 surveillants aides-soignants et 52 surveillants auxiliaires sanitaires<sup>9</sup>.

**1985** : 278 médecins dont 206 généralistes, 46 spécialistes et 26 psychiatres<sup>10</sup>.

**1987** : 272 médecins dont 203 généralistes et 69 spécialistes- 140 infirmières pénitentiaires, 177 infirmières Croix Rouge<sup>11</sup>.

**1988** : 280 médecins dont 210 généralistes et 70 spécialistes - 140 infirmières pénitentiaires et 170 infirmières Croix Rouge Française.<sup>12</sup>

**1990** : 180 médecins généralistes soit 49 postes ETP, 280 infirmières en ETP<sup>13</sup>

---

<sup>1</sup> « Rapport général pour l'année 1964 », *RPDP*, octobre-décembre 1965, p.519

<sup>2</sup> « Brefs renseignements sur la médecine pénitentiaire », *L'information psychiatrique*, 11/1966, n°9, p.853

<sup>3</sup> GOLPAYEGANI Behrouz, op.cit., p.235.

<sup>4</sup> DAP, Note sur l'organisation des services médicaux en prison à l'attention de M. Darmon, Conseiller technique auprès du garde des Sceaux en vue de l'entretien avec le Dr Petit, 1/10/1973 (19960136. Art. 112. M1).

<sup>5</sup> Bureau des méthodes et de la réglementation, « Note sur la situation sanitaire dans les établissements pénitentiaires », 05/1976. Document dactylographiée et annotée de 17 pages. (19960136. Art. 112. M0).

<sup>6</sup> ARNAUD Claude, *Organisation de la médecine pénitentiaire en France*, op.cit., p.28.

<sup>7</sup> « La médecine en milieu pénitentiaire », cours de l'ENAP, 22/11/1978, pp.22-23. Archives internes DAP.

<sup>8</sup> « Le personnel pénitentiaire », *RPDP*, 04-06/1981, p.179.

<sup>9</sup> *Attestation d'études relatives à la médecine pénitentiaire (diplôme d'université)*, tome VII, Université pari VII, Faculté de médecine Lariboisière Saint-Louis, 1984-1985, p.108.

<sup>10</sup> BERAULT Pierre, *Le service médical en milieu pénitentiaire*, op.cit., 1985.

<sup>11</sup> DARBEDA Pierre, « Prison et santé », *RSCDP*, n°3, 07-09/1987, p. 744.

<sup>12</sup> Bulletin de l'APSP n°2-3, document de 38 pages ronéotypé. Archives internes DGS.

<sup>13</sup> « La santé sous les verrous », *Impact médecin*, n°125, 22/11/1991, pp.6-7.

## **ANNEXE 4 : THESES DE MEDECINE SOMATIQUE CONSACREES AU MILIEU CARCERAL DEPUIS LA LIBERATION**

On a tenté ici de recenser toutes les thèses soutenues en France et traitant spécifiquement du milieu carcéral. On a exclu les travaux consacrés à la psychiatrie pour ne retenir que ceux qui relevaient de la médecine somatique. Cette analyse repose sur les index des thèses de médecine soutenues en France (depuis 1950) ainsi que les fichiers manuels (depuis la Libération) présents à la Bibliothèque interuniversitaire de médecine (BIUM) à Paris. Malgré le fait que cette recherche ne prétende pas avoir recensé toutes les thèses portant sur le milieu pénitentiaire, en l'absence d'un fichier centralisant toutes les thèses françaises de médecine depuis la Libération, elle donne un aperçu de l'évolution de la médecine pénitentiaire dans le secteur universitaire français.

**1956** : Murat Roger, *De quelques automutilations dans les prisons*, Paris.

**1958** : Grun Victor, *La simulation médicale en milieu pénitentiaire*, Paris.

**1959** : Goix Paul, *De quelques incidences de l'incarcération sur la pathologie*, Paris.

**1960** : Berland Jacques, *Exercice médical dans les pénitenciers modernes*, Paris.

**1963** : Decaudin Marie Thérèse, *Les parasitoses intestinales en milieu pénitentiaire*, Paris.

**1964** : Bertaud Claude, *Les ulcères duodénaux en milieu pénitentiaire et leur traitement chirurgical*, Paris.

**1965** : Barthaud J., *Contribution à l'étude de la tuberculose au sanatorium de Liancourt*, Paris.

**1968** : Papelard Alain, *Histoire de la médecine pénitentiaire en France*, Paris [Derobert]

**1970** : Grand Serge, *La morbidité en milieu carcéral et sa prise en charge par la Sécurité sociale*, Lyon ; Gouzy Jean, *Contribution à la connaissance de la surveillance des prisons. « Le complexe de la Pénitentiaire*, Lyon ; Milczarek Georges, *Contribution à l'étude des examens systématiques en milieu carcéral*, Créteil [Derobert]

**1971** : Magerand Claude, *Le syndrome dépressif et anxieux chez des malades atteints de cardiopathie en milieu pénitentiaire*, Paris [Bourguignon].

**1973** : Hervé Solange, *Etude psycho-sociale d'une population de candidats au poste de gardien de prison*, Broussais-Hôtel Dieu [Flavigny]; Ferreri Maurice, *Contribution à l'étude des troubles fonctionnels de la sphère oro-digestive et des troubles du comportements alimentaires en milieu carcéral*, Créteil [Bourguignon].

**1974** : Deslauriers Michel, *Aspects actuels de la médecine dans une prison modèle : Fleury-Mérogis*, Saint-Antoine [Ceccaldi] ; Ducloy Michel, *Les détenus et leur prise en charge par la Sécurité sociale*, Lille ; Lemouton Jean-François, *Corps étrangers digestifs sous-diaphragmatiques ingérés volontairement en milieu carcéral*, Paris VI Salpêtrière [Sicard]

**1975** : Boudot de la Motte Eric, *Les grèves de la faim en milieu carcéral*, Paris 11 [Bouvier] ; Josserand Serge, *Psychosomatique et prison*, Lyon ; Proust Alain, *Le syndrome de Lasthénie de Ferjol chez l'homme en milieu carcéral*, Paris 6 Pitié-Salpêtrière.

**1976 :** Auberger Jean-Paul, *Le travail de l'interne en milieu pénitentiaire*, Lyon ; Arnaud Claude, *Organisation de la médecine pénitentiaire en France*, Lyon ; Jousse, *Cas d'un jeune drogué condamné à de la prison ferme*, Rennes.

**1977 :** Barrois Eric, *Corps étrangers intrathoraciques chez l'homme en milieu carcéral : à propos de deux cas*, Paris Sud [Bouvier] ; Duhamel Marc, *Les complications tardives des auto-mutilations des membres en milieu carcéral*, Paris 6 broussais ; Lhomme François, *Les ingestions volontaires de corps étrangers et les grèves de la faim à la Maison d'arrêt de Briey*, Nancy ; Martin Jacques, *Les conduites suicidaires au service de médecine pénitentiaire*, Clermont-Ferrand ; Tasso Vincent, *Analyse du fonctionnement sur service médical de la prison modèle de Fleury-Mérogis*, Paris 6 Saint-Antoine [Khan] ; Valette Jean-Pierre, *Essai de compréhension de l'univers carcéral*, Montpellier.

**1978 :** Moyal Nadine, *Ingestions volontaires de corps étrangers en milieu pénitentiaire*, Dijon ; Schmitt Jean-Noël, *La médecine carcérale*, Créteil [Chevreau].

**1979 :** Béthémont Vincent, *L'exercice de la médecine générale à la Maison d'arrêt Saint-Paul*, Lyon ; Krien Bernard, *La consommation chirurgicale en milieu carcéral*, Bichat-Beaujon [Boutelier] ; Roussel Brice, *Paroles de détenus. Enquête sur la médecine avant et pendant la détention* [Fournier] ; Salvetti Antoine, *Dix ans d'activité dans le service de chirurgie de l'Hôpital Central des prisons de Fresnes*, Cochin Port-Royal ; Waultier Elisabeth, *L'hospitalisation des détenus*, Rouen [Fournier/Troisier].

**1980 :** Géron Yvan, *Rôle médico-social du médecin pénitentiaire*, Paris 6 Broussais [Troisier] ; Gouhier Michèle, *Etude de la gamma G.T. en milieu carcéral*, Tours [Weill].

**1981 :** Alquier Gilles, *L'hypertension artérielle à l'Hôpital Central de Fresnes*, Paris 11 Sud ; Galtié Dominique, *La médecine en milieu carcéral : à propos d'une enquête menée dans les prisons de Limoges et de Gueret*, Limoges ; Lalondrelle Joël, *Travail de l'interne à la Maison d'arrêt de la santé et aspects de la médecine en milieu carcéral*, Cochin Port-Royal [Troisier] ; Treton De Vaujas De Langan Arnault, *Alcoolisme, délinquance et malinsertion sociale chez deux cents détenus de la prison de Fresnes*, Lariboisière Saint-Louis [Troisier].

**1982 :** Delorme Jacques, *La pathologie des urgences en milieu carcéral*, Paris 6 Pitié-Salpêtrière.

**1983 :** Arcioni Anne Philippot, *Aspects de la gynécologie de la grossesse et de son environnement en milieu carcéral*, Nancy ; Froger Christiane, *L'automutilant en milieu carcéral. Approche psychodynamique*, Lyon ; Gronier Mathieu, *L'unité de soins "détenus" du centre hospitalier de Nice : étude a propos de 320 observations*, Nice ; Millerand Alexandre, *Toxicomanie et prison ?*, Paris 5 Ouest ; Perron Jean-Luc, *Les simulateurs dans la population masculine d'un service de sûreté*, Paris 5 Cochin ; Lemarié Yvon, *Les psychotiques en prison*, Rennes [Michaux].

**1984 :** Dugand Catherine, *L'hospitalisation des détenus à l'unité de l'hôpital Pasteur : aspects pathologiques et médico-légaux*, Nice ; Mary Jean-Luc, *Incidences médicales et psychologiques de l'incarcération sur une population féminine*, Aix-Marseille.

**1985 :** Berault Pierre, *Le service médical en milieu pénitentiaire*, Paris 6 Pitié-Salpêtrière, [Troisier].

**1986 :** Martine, *Prévalence des infections à virus B et LAV chez 113 toxicomanes incarcérés*, thèse de médecine, Université Paris Sud, 1986.

**1987 :** Chevy Pascale, *Toxicomanies et prison : aspects épidémiologiques et cliniques*, thèse Lyon ; Fargeas Colette, *Détenus- Médecine -Prison. Analyse sociologique d'une infirmerie de prison*, thèse de médecine, université de Limoges ; Guerin Pierre, *La pathologie des toxicomanes incarcérés à la maison d'arrêt de Nice de janvier 1986 à juin 1987*, Nice ; Michelland Lefebvre Françoise, *Les délinquants à l'entrée en prison: les caractéristiques culturelles, familiales, économiques, sociales et pathologiques de cette population structurels*, thèse Lyon ; Provost Jean-Michel, *Sida, toxicomanie et milieu carcéral : enquête épidémiologique à la maison d'arrêt de Bordeaux Gradignan*, Bordeaux.

**1988 :** Gouvion Marc, *Aspects actuels de la médecine pénitentiaire : enquête menée dans une maison d'arrêt*, Strasbourg ; Magnien Magot Elisabeth, *Traitement du sevrage des toxicomanes aux opiaces par la clonidine : à propos de 36 cas en milieu carcéral*, Bordeaux [Bourgeois] ; Meyran Sylvie,

*L'infection par le virus de l'immunodéficience humaine HIV 1 : coût des examens complémentaires ; étude de 43 patients hospitalisés dans le service de médecine pénitentiaire de Lyon, Lyon, [Barlet] Pons Moureau Jean-Michel, La grève de la faim en milieu carcéral, Lariboisière Saint Louis.*

**1990 :** Bourquin Jean-Michel, *Circulation des toxicomanes intraveineux dans les structures de soin et les prisons de Lyon en 1989*, Lyon [Chossegros] ; Clavel Thierry, Demain Arnaud, *Endémie VIH en milieu carcéral: étude portant sur 500 entrants hommes a la maison d'arrêt de Loos les Lille*, Lille [Thomas] ; Martin Frédérique, *Population carcérale et infection par le virus de l'immunodéficience humaine: étude a la maison d'arrêt de Toulouse*; Toulouse [Moron]

**1991 :** Balas Marie-Noëlle, *Toxicomanes incarcérés à l'hôpital de Fresnes : aspects sociaux, morbidité, histoire institutionnelle*, Paris 5 ; Camaret Coste Sylvie, *Etude des toxicomanes intraveineux dans les structures de soins spécialisés et non spécialisés au CHU de Lyon*, Lyon [Chossegros] ; Lecourt Jean-Francois, *Endémie VIH en milieu carcéral : étude épidémiologique sur une période d'un an au quartier femmes de la maison d'arrêt de Loos les Lille*, Lille [Thomas] ; Philippe Terrat, *Carte sanitaire d'une population d'entrants a la maison d'arrêt de la Talaudière, Saint-Étienne* [Riffat].

**1992 :** Paul-Andre Befort , *Conditions de vie et pathologie spécifique de la femme en prison: exemple de la maison d'arrêt de Strasbourg / strasbourg*. [Verena Bamberg] ; Khettou Christophe, *Prévalence des infections a virus B et VIH chez les toxicomanes intraveineux incarcérés aux prisons de Lyon*, Lyon [Sepetjan] ; Euvrard Ghislaine, *Rôle de l'hôpital public dans les soins aux détenus : étude a partir de 102 patients admis au bloc de sécurité de l'hôpital Purpan sur 2 ans*, Toulouse [Duguet]

**1993 :** Rey Nicole, *Prise en charge des sujets séropositifs à la maison d'arrêt des Baumettes*, Marseille [Gastaut]

**1994 :** Mignien Annick, *L'exercice de la médecine en milieu pénitentiaire*, Lille [Archer] ; Besson Koch Nathalie, *Le rôle du médecin généraliste en milieu carcéral*, Lyon [Vedrinne]

## ANNEXE 5 : LA CREATION DU POSTE DE MEDECIN-INSPECTEUR DES PRISONS DANS LE CONTEXTE DE LA GUERRE D'ALGERIE

Les « événements d'Algérie » et les tensions sociales qui leur sont associées achèvent, comme précise Claude Faugeron, la dissociation entre réformateurs « idéalistes » et gestionnaires de la prison<sup>1</sup>. On assiste tout d'abord à une inversion de tendance de l'évolution du nombre de détenus. Alors que les effectifs avaient chuté, passant de 62.033 détenus en 1946 à 19.540 en 1956, on observe une hausse soudaine, d'abord modérée (elle est de 12% entre 1957 et 1958, passant de 20.231 à 23.360 détenus) puis très accentuée à partir de 1958 où l'on assiste à une augmentation annuelle de 22%. Les mouvements indépendantistes algériens, du Front de libération national (FLN) et du Mouvement national algérien (MNA) dans une moindre mesure, remplissent les prisons. Une multiplication des mutineries en détention s'ensuit. Le FLN dispose alors d'une forte influence au sein des établissements où les détenus algériens se seraient dotés d'une organisation propre en matières sociale et sanitaire, formant une sorte d'« administration parallèle »<sup>2</sup>. C'est alors que se ressent le besoin de mieux structurer le service de santé aux détenus selon un magistrat alors affecté à la DAP :

*« Donc on a été confronté en plus à la nécessité d'organiser en détention des soins. C'était une population beaucoup plus consciente de ses droits que le détenu de base... Bon c'est un peu méchant ce que je vais dire mais le détenu de base, délinquant, il subit la détention alors que les autres en faisaient une arme de combat politique, en disant : "On est malade. Il faut nous soigner. On a des droits". Et à l'époque, il y avait les généraux putschistes des barricades, il y avait des gens qui n'étaient pas des détenus de base comme l'escroc ou le pickpocket, qui eux s'accommodaient des exigences carcérales. Et là, on a vu apparaître des revendications et des exigences de soins [...] Vous avez deux pôles de problèmes qui sont consécutifs à la guerre d'Algérie. Vous avez les problèmes de santé et les problèmes d'éducation. C'est dans le même temps qu'on a vu se développer en détention, les études et notamment les études supérieures. J'ai le souvenir, pour l'avoir organisé, du premier centre universitaire en prison pour des détenus OAS qui étaient en cours d'étude à l'université d'Alger et qui avaient fait le coup de poing des barricades et qui se sont retrouvés à La Santé. Qu'est-ce qu'on fait ? Ces gens-là allaient ressortir. Et c'est pourquoi on avait organisé avec l'Université de Paris un centre d'examen en détention »<sup>3</sup>.*

Edmond Michelet, ancien directeur de l'Administration pénitentiaire, est nommé garde des Sceaux en janvier 1959. Son passé de déporté l'amène à adopter une politique de détente à l'égard des détenus. « J'aime autant vous prévenir, moi, je suis du côté de ceux qu'on enferme », déclare-t-il alors devant un aréopage de magistrats et de fonctionnaires de la DAP<sup>4</sup>. Il nomme à la tête de l'Administration pénitentiaire un magistrat réputé pour son libéralisme, ancien déporté de Dachau, Pierre Orvain. Plusieurs assouplissements au régime d'exécution des peines sont adoptés : possibilité de lire la presse et de recevoir des colis de la Croix-Rouge, régime des parloirs. L'Administration engage en 1962 une nouvelle politique en faveur des personnels avec la revalorisation des statuts de surveillants et d'éducateurs. L'innovation la plus importante est l'arrivée d'un personnel extérieur à l'Administration pénitentiaire : les instituteurs, mis à disposition par l'Education nationale<sup>5</sup>. L'apparition du Juge d'application des peines (JAP) en détention, qu'inaugure le Code de procédure pénale

<sup>1</sup> FAUGERON Claude, « De la Libération à la guerre d'Algérie... », *art.cit.*, p.315.

<sup>2</sup> FAUGERON Claude, LE BOULAIRE Jean-Michel, « La création du service social... », *art.cit.*, p.354.

<sup>3</sup> Yvan Zakine, magistrat affecté à la DAP de 1962 à 1970 puis directeur de la DAP de 1981 à 1983. Entretien réalisé le 20/03/2008. Durée : 3H00.

<sup>4</sup> SCHMELCK Robert, « Evolution de la politique pénale et pénitentiaire », *Gazette du Palais*, 28-30 octobre 1979, cité in FAVARD Jean, *Des prisons*, op.cit., p.17.

<sup>5</sup> FAUGERON Claude, « Les prisons de la Vème République : à la recherche d'une politique », *art.cit.* p.322.

(CPP) de 1958, renforce l'ouverture d'une brèche entre le dedans et le dehors. Désormais, comme le souligne Claude Faugeron, « la ligne de clivage ne passe plus seulement entre l'intérieur et l'extérieur mais, à l'intérieur de la prison, entre personnels à missions différentes »<sup>1</sup>.

C'est dans ce contexte qu'Edmond Michelet nomme en 1960 Georges Fully, avec lequel il fut déporté à Dachau, en tant que Médecin-inspecteur des prisons françaises, et ce à la demande des Dr A. Marsault et A. Bohn tous deux également anciens de Dachau<sup>2</sup>. Directement rattaché auprès du DAP, il dispose d'une grande importance. Bien au-delà d'un rôle strict de contrôle, Georges Fully est amené, grâce à ses relations « permanentes et quotidiennes » avec les différents services de l'Administration pénitentiaire, à exercer la fonction d'une « sorte de dirigeant d'un service de santé pénitentiaire devant la plupart des problèmes qui se posent sur le plan médical » selon les termes d'un rapport d'activité de la DAP : « Très rapidement, les services intéressés de l'administration centrale se sont adressés à lui pour l'organisation générale des services médicaux, le recrutement du personnel, les problèmes d'équipement, les questions d'ordre thérapeutique, les transferts pour raison médicale, la mise sur pied des institutions nouvelles (centres médico-psychologiques, établissements pour psychopathes, infirmeries spécialisées) »<sup>3</sup>. Probablement, parce qu'il fut confronté lui-même à la question de l'incarcération, mais aussi en raison de sa personnalité, Fully s'investit pleinement dans sa nouvelle tâche. C'est ce que rappelle un magistrat l'ayant connu à cette époque :

*« Edmond Michelet est le premier garde des Sceaux à s'être vraiment préoccupé de la condition des détenus. C'était un chrétien social, très engagé, très croyant, très engagé sur ce plan-là. Il a eu l'idée de créer ce poste. Il s'agissait, d'une part, de contrôler le fonctionnement, la façon dont étaient dispensés les soins dans les établissements pénitentiaires et aussi en arrière-plan, non avoué à l'époque parce qu'on tâtonnait à peine, de voir comment assurer non seulement la qualité des soins mais un service médical permanent [...] Alors Fully lui, il était sur le terrain. Il allait toujours par monts et par vaux d'abord à mettre en place des services médicaux et infirmiers cohérents et satisfaisants. Sa vision, c'était d'avoir quelque chose le mieux possible et capable de dispenser des soins de qualité. C'était un peu la quadrature du cercle mais il s'y est attaché avec beaucoup de volonté. Et souvent il me disait : "Tout ça c'est du rab". "Du rab par rapport à ce que je n'ai pas eu. J'ai failli y laisser ma peau dans les camps donc... ". Il avait une vie très active. Il faisait le rallye de Monté Carlo, il skiait comme un fou... Et il avait un côté chaleureux et il a rallié à lui tout un groupe de médecins, qui pour certains d'entre eux avaient été prisonniers de guerre, il amené tout un ensemble de médecins. Qui avaient amené peu ou prou la privation de liberté à s'intéresser aux prisons [...] Fully il essayait de convaincre, c'était l'apôtre de l'humanisation des prisons. Il avait un peu cette auréole de son passé. Les gens le connaissaient, le respectaient beaucoup, les Pénitentiaires le respectaient beaucoup. Il avait été jeune résistant, jeune déporté. Ils avaient incontestablement beaucoup de respect pour lui [...] Il était gaulliste. Il était le compagnon de Michelet et c'est ce qui apparaissait en premier. Il avait été mis là par Michelet, puis il a été maintenu [...] Il était très écouté. Il était surtout très en symbiose avec le directeur qui était Schmelck. Ils étaient très proches, même sur le plan personnel. Ils chassaient ensemble. Ils étaient très sportifs. Ils allaient tous les deux à la chasse au sanglier »<sup>4</sup>.*

<sup>1</sup> Ibid., pp.327-328

<sup>2</sup> Georges Fully (1926-1973) né à Saint-Etienne est arrêté en janvier 1944 pour des faits de résistance. Il est déporté en juillet 1944 à Dachau où il sauve Edmond Michelet du typhus. A son retour, avec l'aide du Dr Léon Dérobert à qui il fut recommandé, Fully réalise ses études de médecine à Paris. Il effectue en 1954 dans le cadre de la Fédération des anciens combattants la reconnaissance de corps au sein des camps de concentration, sujet auquel il consacre sa thèse en 1955 sous la direction du Pr Piedelièvre. Après sa nomination en tant que médecin-inspecteur, il délaisse le domaine de la médecine légale où il avait publié plusieurs articles remarquables (notamment en élaborant une méthode de reconstitution du squelette avec le Dr Perdrot) pour se consacrer à la « médecine pénitentiaire » (STEWART T.D., « A tribute to the French Forensic Anthropologist Georges Fully (1926-1973) », *Journal of Forensic Science*, octobre 1979, vol.24, n°4, pp.916-924).

<sup>3</sup> DAP, *Rapport général pour l'année 1965* (extraits), dans *RPDP*, 10-12/1966, p.691.

<sup>4</sup> Yvan Zakine, magistrat affecté à la DAP de 1962 à 1970 puis directeur de la DAP de 1981 à 1983. Entretien réalisé le 20/03/2008. Durée : 3H00.

Hostile à la création d'établissements spécialisés (il s'oppose au centre antialcoolique créé à Lyon en 1958<sup>1</sup>), Georges Fully désire avant tout mieux doter les infirmeries pénitentiaires et former un corps de médecins pénitentiaires. Outre une revalorisation de leurs émoluments, il tente de donner vie à une nouvelle spécialité médicale par le biais de publications scientifiques ou de journées d'études<sup>2</sup>. Il se rapproche pour cela de l'école de criminologie lyonnaise composée notamment de médecins-légistes. Fully est alors proche du Pr Marcel Colin, qui dirige la chaire de psychiatrie à Lyon où il a réussi à créer un service de santé à Lyon relativement bien intégré au service hospitalo-universitaire. Le Médecin-inspecteur partage avec celui-ci un même souci pour la question de l'enfermement<sup>3</sup>. Le Dr Gonin des prisons de Lyon décrit leur engagement commun durant la guerre d'Algérie :

*« Le Pr Colin a fait partie du mouvement de résistance « Témoignage chrétien ». Diffusion de journaux. C'était en 44. Il a connu Fully qui a été déporté à dix-sept ans qui était inspecteur général de l'Administration pénitentiaire [...] Colin et Fully avaient été envoyés en mission dans les prisons algériennes pour constater les exactions. Du coup, ils ont été aussi voir les détenus FLN ou MNA qui étaient incarcérés à Saint-Paul. Ils étaient autour de 150 à ce moment-là. Ils sont arrivés en prison au moment du conflit algérien. On ne peut pas dire qu'ils étaient pour le FLN mais ils n'étaient pas pour ceux qui maintenaient la présence française en Algérie. Donc il y a eu aussi des sympathisants ou des amis qui eux sympathisaient ou protégeaient le FLN. A ce moment-là, on a vu, moi je n'y étais pas, on a vu l'état des prisons, en particulier lyonnaises. Fully qui était sensibilisé à la détention ne pouvait pas supporter l'état des prisons à ce moment-là [...] Il n'était pas médecin légiste mais était intéressé par la médecine légale. Il n'a jamais fait d'autopsie. Il n'a pas eu la formation que nous avons tous eu, classique. Sa formation a plus été une formation psycho-sociale, politique aussi. Dans le sens de la gauche, résistant, voulant une démocratie active. Je ne crois pas qu'il était dans un parti »<sup>4</sup>.*

En dépit de son volontarisme, l'action de Georges Fully se heurte au peu de moyens mis à sa disposition. En témoignent les courriers au ton alarmiste par lesquels le Médecin-inspecteur relaie les doléances des soignants en haut lieu. « La situation actuelle devient de plus en plus difficile et peut être considérée sans exagération comme dramatique », relève Georges Fully dans une note au DAP pour le budget de 1967<sup>5</sup>. Transmettant la lettre de démission de l'infirmière-chef de l'Hôpital de Fresnes (« Ma vie familiale étant incompatible avec les 11 ou 12 heures de présence à l'hôpital, je vous donne, et cette fois irrévocablement, ma démission »<sup>6</sup>) et la lettre de plainte de son médecin-chef (« Voilà quinze jours nous avons eu une chaude alerte avec le réveil d'un opéré non surveillé par manque de personnel. C'est miracle que l'anesthésiste et le chirurgien aient récupéré ce malade »<sup>7</sup>), le Médecin-inspecteur met en avant tout son poids afin d'obtenir davantage de moyens :

*« Nous allons au-devant de catastrophes si des mesures ne sont pas prises d'urgence. Ces lenteurs administratives deviennent intolérables et si l'urgence du problème médical n'est pas enfin comprise il faut accepter l'éventualité de conséquences aussi inévitables que tragiques [...] Je ne dispose personnellement d'aucun pouvoir de décision et d'aucun moyen d'exécution. Le découragement a cette fois gagné tout le personnel médical, y compris moi-même »<sup>8</sup>.*

<sup>1</sup> FULLY Georges, « Les problèmes posés par les alcooliques en prison », *RPDP*, 07-09/1966, p.420.

<sup>2</sup> Georges Fully fut à l'origine de quatre « journées d'études » consacrées à la médecine pénitentiaire : en 1963 à Paris, en 1968 à Fleury-Mérogis, en 1970 à Marseille et en 1972 à Strasbourg.

<sup>3</sup> Cf. Encadré : « L'intégration de la psychiatrie pénitentiaire dans le champ hospitalo-universitaire : l'exemple lyonnais ».

<sup>4</sup> Daniel Gonin, psychiatre travaillant comme généraliste à la M.A de Lyon de 1962 à 1989. Entretiens réalisés les 25/02/2008, 10/03/2008, 26/03/2008. Durées : 2H ; 2H ; 2H.

<sup>5</sup> Note de Georges Fully au DAP pour le « projet de budget 1967 » datée du 10/02/1966 (CAC.19960279, art. 112 (E4580). M11. Personnel sanitaire)

<sup>6</sup> Lettre de démission de Mme Pelou, infirmière-chef de l'Hôpital de Fresnes, datée du 17 mars 1966 (CAC.19960279, art. 112 (E4580). M11).

<sup>7</sup> Lettre du Dr Petit à Georges Fully datée du 28 mars 1966 (CAC.19960279, art. 112 (E4580). M11).

<sup>8</sup> Lettre de G. Fully au DAP datée du 31/03/1966. CAC.19960279, art. 112 (E4580).

Bien que disposant d'une autorité morale certaine au sein de l'Administration pénitentiaire, Georges Fully semble avoir été confronté au manque de moyens mis à sa disposition. D'autre part, ne disposant pas d'importantes ressources dans le secteur médical et universitaire, il échoue, contrairement à celle qui lui succède, Solange Troisier, à doter la médecine pénitentiaire d'une véritable reconnaissance en tant que spécialité médicale.



## ANNEXE 6 : LA DEFENSE PAR GEORGES FULLY DE L'AUTONOMIE DES MEDECINS PENITENTIAIRES EN MATIERE DE GREVES DE LA FAIM

Apparue dès les années trente, la question de l'attitude du médecin pénitentiaire face à une grève de la faim prend beaucoup d'importance à la fin des années cinquante dans le cadre de la guerre d'Algérie. Alors que se multiplient les grèves de la faim pour raisons politiques, l'alimentation forcée des détenus est légalisée en 1958<sup>1</sup>. Jusque-là restés en retrait des débats pourtant vifs au sein du milieu psychiatrique, certains médecins se désolidarisent pour la première fois de l'Administration pénitentiaire. En juin 1959, confronté à la première grève collective de grande ampleur (près de deux milles détenus), un chef de service à l'hôpital de Fresnes, Jean Albert Weil, s'oppose aux méthodes préconisées par le ministère de la Justice. Il obtient ainsi le rétablissement de l'eau et refuse l'alimentation forcée des détenus :

*« La France allait-elle transformer Fresnes en une sorte de Buchenwald ? [...] Les mesures violentes de coercition, d'alimentation forcée à la sonde, sont donc délibérément à proscrire, même s'il s'agit de sauver un individu en danger de mort »<sup>2</sup>.*

Dans les recommandations qu'il rédige à destination de ses confrères, le Dr Weil souligne la primauté du principe du consentement du patient : « Le médecin doit obtenir l'acquiescement du sujet aux mesures thérapeutiques proposées [...] L'instinct d'un homme qui se noie est de saisir la perche qu'on lui tend même s'il s'est au préalable précipité dans l'eau. Nous avons le devoir absolu de traiter les "grévistes de la faim" lorsqu'ils sont en danger, mais sans violence, sans conflit brutal »<sup>3</sup>.

Cette position est reprise par le Médecin-inspecteur qui diffuse, quelques mois après son arrivée au ministère de la Justice, une note précisant que les grévistes doivent « toujours avoir de l'eau à volonté » et que leur cellule doit être « convenablement chauffée », s'élevant ainsi contre certaines méthodes alors utilisées par la DAP<sup>4</sup>. En novembre 1961, en réaction à la dimension internationale du problème posé par la grève de plusieurs milliers d'algériens dont cinq membres du Gouvernement provisoire de la république algérienne<sup>5</sup>, le ministère de la Justice exhorte les médecins pénitentiaires à pratiquer l'alimentation forcée de façon à intimider les détenus<sup>6</sup>. Georges Fully adresse alors le 13 novembre 1961 une lettre à tous les praticiens leur rappelant que « c'est au médecin et à lui seul de juger de la conduite à tenir. Son indépendance doit être totale vis-à-vis du détenu malade. Je vous demande d'appliquer sans réserve les règles de la déontologie médicale, laissant à la conscience du médecin sa totale liberté d'appréciation »<sup>7</sup>.

---

<sup>1</sup> L'article D.390 du CPP établit ainsi que « si un détenu se livre à une grève de la faim prolongée, il peut être procédé à son alimentation forcée mais seulement sur décision et sous surveillance médicale et lorsque ses jours risquent d'être mis en danger ».

<sup>2</sup> ALBERT-WEIL Jean, *J'ai été 16 ans médecin à Fresnes*, op.cit., p.155 (Souligné par l'auteur).

<sup>3</sup> ALBERT-WEIL Jean, « La grève de la faim en milieu pénitentiaire. Le rôle du médecin et les enseignements à tirer », document ronéotypé de 12 pages (CAC. 19960136. Art.99 (Extraits). Dossier K 362 : mesures à prendre en cas de grèves de la faim).

<sup>4</sup> FULLY Georges, « Les grèves de la faim en milieu pénitentiaire », document de 7 pages, 10/05/1960 (CAC. 19960136. Art.99 (Extraits). Dossier K 362).

<sup>5</sup> « Le refus de M. Ben Bella », *Le Monde*, 20/05/1981.

<sup>6</sup> MANGEON Jean-Philippe, « Attitudes médicales devant les grèves de la faim », *RPDP*, 04-06/1983, p.113.

<sup>7</sup> *Ibidem*, p.113.

Le développement d'un enseignement de médecine pénitentiaire, via la création en 1965 d'une attestation d'études, est également conçu par Georges Fully comme de défendre l'autonomie fonctionnelle des praticiens en prison. Il y défend, en effet, la vision d'une médecine occupant une position spécifique entre les demandes contradictoires émanant des détenus et de l'Administration pénitentiaire : « Le médecin reste maître de la situation. Nul ne peut, en vertu de cet article D.390 [du CPP] se permettre de prendre des initiatives intempestives qui ne seraient pas approuvées par le médecin de l'établissement. Il ne peut être procédé à l'alimentation forcée que sur décision médicale »<sup>1</sup>.

L'Administration pénitentiaire, dépourvue d'autres moyens afin de faire cesser la grève, s'alarme du refus croissant des médecins de procéder à l'alimentation forcée des grévistes. Dans une note adressée au directeur de cabinet du garde des Sceaux, le responsable du Bureau d'application des peines soulève le cas d'un détenu remis en liberté après que ni l'Hôpital de Fresnes ni l'Hôpital public n'ait voulu prendre en charge sa grève de la faim :

*« Le personnel de l'hôpital de Fresnes se refuse, en effet lui aussi à procéder, hors le cas d'inconscience, à l'alimentation forcée des grévistes de la faim. L'Administration ne possède aucun moyen pour l'obliger à modifier son attitude [...] Il est à craindre que cette décision produise de fâcheuses conséquences sur le plan pénitentiaire, en incitant [le prévenu] ainsi que ses codétenus, à recourir ultérieurement à la grève de la faim pour tenter de triompher dans leurs revendications »<sup>2</sup>.*

L'importance des enjeux liés à cette question explique qu'en dépit des nombreuses déclarations d'autonomie, les médecins semblent souvent soumis à l'injonction du ministère de la Justice. En atteste une note de Georges Fully au sujet d'un détenu nord africain auquel une injection de sérum glucosé fut pratiquée de force par le médecin d'une M.A : « L'attitude qui a été observée dans ce cas est évidemment conforme aux meilleurs traditions pénitentiaires qui restent encore chères à une grande partie de notre personnel responsable en exercice [...] De toutes manières ce sont les fonctionnaires de l'administration pénitentiaire qui se prononcent sur l'opportunité de recourir à l'alimentation forcée »<sup>3</sup>.

En dépit de ses effets limités, le premier Médecin-inspecteur œuvre lors des grèves de la faim des détenus algériens au début des années soixante à mieux faire respecter l'autonomie des praticiens pénitentiaires. La spécialisation de l'activité médicale exercée en prison n'a d'autre but pour lui que de favoriser cette reconnaissance de l'importance du rôle de ces derniers. Tout autre sera la stratégie développée par le second Médecin-inspecteur. Pour Solange Troisier, affirmer la spécificité de la médecine pénitentiaire revient à faire prévaloir les exigences du Code de procédure pénale sur celles du Code de déontologie. Sa position l'amènera à plusieurs reprises à mettre fin de façon autoritaire à certaines grèves de la faim et ce à l'encontre de la volonté du patient-détenu. Ses interventions lui vaudront la réprobation de la presse et de certaines autorités médicales<sup>4</sup>.

---

<sup>1</sup> FULLY Georges, « La grève de la faim en milieu carcéral », Cours de médecine pénitentiaire à la Faculté de médecine de Paris, cours n°29, 1968-1969, 10 pages (CAC. 19960136. Art.99 (Extraits). Dossier K 362).

<sup>2</sup> Lettre du responsable du Bureau d'application des peines, M. Amathieu, au directeur de cabinet du garde des Sceaux, 21/07/1967 (CAC. 19960136. Art.99 (Extraits). Dossier K 363 : alimentation forcée).

<sup>3</sup> Note de Georges Fully au responsable du Bureau d'application des peines, M. Amathieu, « De l'emploi des méthodes de force dans les grèves de la faim », 1/02/1968 (CAC. 19960136. Art.99 (Extraits). Dossier K 363).

<sup>4</sup> Cf. Annexe 20: « Asclépios au service de Thémis ou la position controversée de Solange Troisier en matière de grèves de la faim ».

## ANNEXE 7 : LA CREATION DES CMPR EN 1967 : UN DEBUT DE RECONNAISSANCE DE LA PSYCHIATRIE PENITENTIAIRE

Les psychiatres sont amenés à intervenir en prison pour la première fois dans les années trente afin d'exercer, conformément aux vues du mouvement de la défense sociale, un rôle criminologique, à l'instar des « laboratoires d'anthropologie criminelle » créés en Belgique<sup>1</sup>. L'expérience menée à Paris est alors de courte durée. Des Annexes psychiatriques ouvrent leurs portes au début des années cinquante après la réforme Amor qui leur confère un rôle important dans l'amendement et le reclassement du condamné. Il s'agit alors, rappelle le magistrat Jacques Voulet sous-directeur de la DAP, de transformer à terme les Maisons d'arrêt en « véritables centres d'observation » afin d'individualiser au mieux la peine<sup>2</sup>. Dans les faits la réforme est décevante : les rares Annexes en fonctionnement sont réduites à un « rôle de signalement à l'autorité judiciaire et de statistiques nosologiques »<sup>3</sup> : le dépistage n'a pas tant pour but de soigner que de catégoriser et de comptabiliser les « anormaux ».

Le courant de la « défense sociale nouvelle » développé par Marc Ancel à la fin des années cinquante relance le rôle conféré aux psychiatres dans le traitement des détenus. Selon cette théorie, la meilleure protection de la société consiste à réadapter des délinquants en leur faisant recouvrer le sens de leur responsabilité sociale. Sous la houlette du juge d'application des peines, mis en place en 1958, le psychiatre devient un élément clef de cette visée réadaptative, le traitement médical étant intégré pleinement au traitement pénal : « On demande alors au psychiatre pénitentiaire de donner des appréciations sur la personnalité des détenus qu'il a en charge et sur leur dangerosité potentielle, particulièrement en ce qui concerne les permissions ou les libérations conditionnelles »<sup>4</sup>.

C'est dans ce contexte que se développe l'école criminologique de Lyon mais surtout l'Annexe psychiatrique de La Santé placée en 1961, à la demande de Georges Fully, sous la direction du Dr Paul Hivert. Son service, qui se réduit alors à une ou deux vacations hebdomadaires d'un seul médecin dépourvu de tout interne ou infirmière, s'étoffe rapidement<sup>5</sup>. Grâce à l'appui du service d'hygiène mentale de la Seine, du directeur de la Maison d'arrêt et du sous-directeur de l'Administration pénitentiaire, André Perdriau, une équipe médicale constituée de sept attachés mi-temps et de trois psychologues vacataires temps-plein est mise en place dès 1964. Le service psychiatrique de La Santé passe de 12 à 90 lits lui permettant d'« hospitaliser » des détenus venant de toute la France. Le Dr Hivert déclare *a posteriori* avoir tenté alors d'assurer l'indépendance de son équipe à l'égard de l'institution carcérale, « évitant d'apparaître comme un auxiliaire de l'Administration dans ce cadre répressif »<sup>6</sup>, alors même que l'Annexe était « perçue comme un lieu d'exclusion où l'on place le "fou" »<sup>7</sup>. Un magistrat de la DAP rappelle que la croissance de l'Annexe avait été réalisée sans véritable reconnaissance institutionnelle :

---

<sup>1</sup> HIVERT Paul, « Les CMPR. Aspects historiques », *L'information psychiatrique*, 02/1983, p.155.

<sup>2</sup> VOULET Jacques, *Les prisons*, coll. Que-sais-je?, Paris, PUF, p.82.

<sup>3</sup> JUAN Fabien, *Le dispositif de soins en santé mentale en milieu carcéral : évolution et actualités*, thèse de médecine, 2005, Université d'Angers, p. 42.

<sup>4</sup> POUYOLLON François, BERTHET Jean-Paul, « La vie au C.M.P.P.R », *Présences et perspectives en santé mentale*, n°93, juin 1984, pp.11-14 (p.14).

<sup>5</sup> HIVERT Paul, « Le Centre médico-psychologique régional pénitentiaire de Paris. Evolution d'une institution », *RPDP*, 01-03/1979, p.122. pp.121-127.

<sup>6</sup> HIVERT Paul, « Trente ans de prison », *Perspectives psychiatriques*, 1989, 28<sup>ème</sup> année, n°19, p.223.

<sup>7</sup> DAP, *Premier congrès mondial de médecine pénitentiaire*, imprimerie administrative de Melun, 1978, p.88.

*« Ça c'était fait à partir de bric et de broc. Y avait des vacations pénitentiaires et puis des vacations qui venaient de la DDASS... En disant que c'est de la prévention psychiatrique. On avait quelques moyens financiers qu'on avait regroupés autour du Dr Hivert. Mais je vous dis, c'était fait de bric et de broc. A un moment on avait même mis à sa disposition des personnels éducatifs ! »<sup>1</sup>.*

Secteur en voie de spécialisation, la psychiatrie pénitentiaire tente alors de convaincre des opportunités thérapeutiques qu'offre le milieu carcéral, mettant notamment en avant le risque de « psychiatisation » des détenus, entendue comme leur possible prise en charge par l'hôpital psychiatrique. L'internement des détenus vers un établissement psychiatrique devrait ainsi selon certains psychiatres pénitentiaires être réservé aux « malades mentaux caractérisés » : « Le changement d'état de prisonnier en malade peut être un facteur néfaste. Se considérant alors comme malades, puisqu'ils sont hospitalisés, ils ne se sentent plus responsables »<sup>2</sup>. Décidés à faire reconnaître l'utilité de leur présence en détention, les psychiatres intervenant en prison mettent alors en avant leur mission criminologique. Outre le Centre national d'orientation (CNO) de Fresnes, les consultations en établissement pénitentiaire sont présentées par le Dr Hivert comme l'opportunité de traiter les anormaux et pas seulement de les dépister, faisant des Annexes psychiatriques des « centres de criminologie clinique » nécessairement en lien avec le secteur hospitalier :

*« L'équipe médico-psychologique et sociale est la mieux placée, par son contact avec le délinquant, pour tenter une approche criminologique, surtout en Maison d'arrêt [...] Le service médico-psychologique doit orienter son travail vers l'observation clinique, l'étude des facteurs criminogènes et la recherche de méthodes de traitement du délinquant [...] Dans cette perspective, l'articulation avec les différentes institutions hospitalières et universitaires intéressées doit s'organiser, en particulier avec les hôpitaux psychiatriques et la chaire de médecine légale. Un tel centre de criminologie clinique peut devenir, au stade de l'instruction l'auxiliaire indispensable dans l'étude profonde de la personnalité du délinquant »<sup>3</sup>.*

De la même façon, prenant l'exemple de la prison de Rebbibia à Rome dont le co-directeur est psychiatre, le Professeur de psychiatrie de la faculté de Tours remarque la nécessité de revaloriser la place du psychiatre afin que ce dernier puisse « occuper sa place dans le "collectif soignant" que veut devenir le milieu pénitentiaire »<sup>4</sup>. Les psychiatres pénitentiaires doivent également faire face aux réticences de leurs collègues hospitaliers. A l'encontre du directeur de la revue *L'évolution psychiatrique*, Henri Ey, qui considérait « que les pervers n'avaient rien à faire dans les hôpitaux », les psychiatres pénitentiaires rappellent à leurs collègues la nécessité d'être présent en détention :

*« Face à ce désintérêt pour le sort des détenus, quelques collègues lancent un cri d'alarme. Paul Brousseau fait paraître en février 66 un article dans l'"information psychiatrique", intitulé : "La révolution criminologique doit-elle se faire sans le psychiatre ? " [...] Il semble avoir été entendu puisqu'en novembre de la même année, apparaît un numéro spécial de la Revue sur "Traitement du délinquant et institutions psychiatriques". Il fourmille d'informations de prises de positions émanant de juristes et de psychiatres lyonnais. Il se termine par un article de Marcel Colin, psychiatre des prisons de Lyon, sur les "Méthodes de traitement en criminologie" posant ainsi le problème de la délinquance comme pathologie »<sup>5</sup>.*

La reconnaissance des psychiatres pénitentiaires se concrétise par la circulaire du ministère de la Justice du 30/09/1967 qui transforme les Annexes psychiatriques, alors au nombre de six, en Centres médico-psychologiques régionaux (CMPR). Cette dénomination se démarque alors

<sup>1</sup> Jacques, magistrat chargé à la DAP de la réglementation sanitaire de 1982 à 1989. Entretien réalisé le 11/01/2008, 3H30.

<sup>2</sup> « Quatrième congrès français de criminologie », *RPDP*, 1963, p.372.

<sup>3</sup> HIVERT Paul, « De l'annexe psychiatrique au centre de criminologie clinique », *RPDP*, 1963, p.437. (432-437

<sup>4</sup> SIZARET Pierre, *Psychiatrie et milieu pénitentiaire (rapport de médecine légale au congrès de psychiatrie et neurologie de langue française)*, Paris, Masson, 1967, p.103.

<sup>5</sup> AYME Jean, « Les rapports historiques de la psychiatrie et de la médecine légale, de l'hôpital psychiatrique et de la prison » *art.cit.* p.32.

volontairement de l'« étiquette psychiatrique », jugée trop répressive, tandis que le mot « centre » apparaît « moins pénitentiaire » que celui de « quartier » proposé par l'Administration<sup>1</sup>.

Au-delà d'une apparente consécration de la psychiatrie en prison (« Le service psychiatrique des établissements pénitentiaires joue un rôle particulièrement important » souligne la circulaire), le nouveau dispositif demeure néanmoins fortement marqué par les contraintes pénitentiaires. Le CMPR est ainsi placé sous l'autorité conjointe du chef d'établissement et du Directeur régional des services pénitentiaires (art.7), le psychiatre, nommé par le ministère de la Justice, ne disposant que d'une autorité purement médicale (art.8). Là aussi, un certain flou demeure cependant puisque l'article 9 stipule que le chef d'établissement « est habilité à trancher les difficultés relatives à la compétence des personnels médicaux ou administratifs ». Le respect du secret médical demeure en outre secondaire, les médecins devant « donner connaissance au chef d'établissement des indications nécessaires à l'application du régime pénitentiaire du détenu et de toute mesure particulière qui s'avérerait nécessaire » (art.12). C'est enfin au chef d'établissement que revient toute décision quant à l'admission ou la sortie d'un détenu de l'infirmerie (art.21), le psychiatre étant dans une situation de « subordination hiérarchique »<sup>2</sup>. Les innovations présentes dans le texte sont enfin largement restreintes dans leur application. Ainsi, si la notion de soin apparaît, la demande du patient est inexistante. De même, le souci d'une première recherche scientifique demeure limité par l'autorisation préalable de l'Administration pénitentiaire en vue de toute publication (art.38).

Elaborée sans aucune concertation avec le ministère de la Santé, cette circulaire de 1967 traduit ainsi davantage une volonté des psychiatres d'échapper à la tutelle pénitentiaire que la reconnaissance d'une réelle autonomie. Ce texte demeure d'ailleurs dans les faits très peu appliqué. A l'exception de Lyon et de La Santé, très peu d'établissements sont dotés au début des années soixante-dix d'un CMPR. Les soins psychiatriques sont alors le plus souvent assurés par un seul praticien libéral vacataire.

---

<sup>1</sup> HIVERT Paul, « Les CMPR. Aspects historiques », *art.cit.*, p.156.

<sup>2</sup> DAVID Michel, *Psychiatrie en milieu pénitentiaire*, Edition PUF, collection Nodules, 1993, p.25.

## ANNEXE 8 : LE DISCREDIT COMME REPERTOIRE D'ACTION D'UN DIRECTEUR A L'ENCONTRE D'UN PRATICIEN RECALCITRANT

Durant l'été 1972 la presse locale dijonnaise fait état d'un « malaise » à la M.A de Dijon lié à un incident médical survenu auparavant. « Tout a commencé, semble t-il il y a environ deux mois. Un jeune détenu d'une vingtaine d'années, était gravement malade. Que se passa t-il exactement ? Les soins furent ils trop lents, les normes de sécurité trop rigides pour un transfert rapide à l'extérieur Toujours est-il que le jeune homme décéda dans un des centres hospitaliers de Dijon », note *La dépêche*<sup>1</sup>. Ce décès n'aurait pas défrayé la chronique si les détenus n'avaient pas quelques jours après provoqué une mutinerie remarque un autre quotidien local : « Le 28 juin dernier, au cours de la promenade quotidienne, les détenus s'en prennent aux surveillants qui les accompagnent, car, disent-ils, ils entendent protester contre la qualité des soins du médecin attaché à l'établissement. Et pour cause : à leurs yeux, un camarade en exécution de peine transporté d'urgence à l'hôpital, vient de décéder [...] Le calme ayant été rapidement rétabli, le directeur de l'administration pénitentiaire, reçoit peu après une trentaine de lettres des détenus, le mettant en garde qu'ils agiraient si les soins n'étaient pas de meilleure qualité » (*Le bien public*, 26/08/1972). « Là encore, sans être trop affirmatifs, nous pensons savoir que le médecin fut alors révoqué purement et simplement. En fait, cet incident est grave et prouve bien un certain malaise », note *La dépêche*. Cette information est rapportée dans les jours suivants par plusieurs quotidiens nationaux<sup>2</sup>.

La difficulté pour les journalistes à enquêter sur les prisons explique la dimension rapidement prise par une information que personne n'a confirmée, la DAP n'ayant publié dans un premier temps aucun communiqué. Les faits, tels qu'ils apparaissent dans le dossier de carrière du médecin en question, s'avèrent pourtant sensiblement différents de ceux relatés par la presse<sup>3</sup>. En réponse à « l'animosité croissante des détenus contre le médecin », le directeur régional décida, après avis de Georges Fully et de l'inspecteur pénitentiaire Roger Bouyssic, et avec l'accord du médecin, de prononcer la suspension provisoire du praticien et ce afin de protéger ce dernier<sup>4</sup>. « Je n'ai pas caché au docteur mon souci sur cette tension et mon souhait de la voir s'atténuer dans les meilleurs délais, en attirant son attention sur la situation particulièrement inconfortable dans laquelle il allait se trouver. Très affecté, le Docteur Pivert en a convenu et a reconnu qu'il serait souhaitable de stopper ses visites jusqu'à son retour de congés fin septembre », écrit le Directeur régional des services pénitentiaires de Dijon<sup>5</sup>. Peu de temps après, une enquête du Médecin-inspecteur relève l'absence de faute professionnelle du praticien qui aurait bien examiné le détenu plaignant et l'aurait fait hospitaliser d'urgence. Dans son rapport, Georges Fully explique le mouvement de révolte des détenus par l'émotion suscitée par la mort de leur codétenu alimentée par le comportement adopté habituellement par le praticien à l'égard des malades :

« Il lui est reproché également d'être trop préoccupé par des problèmes d'asepsie. "Il ne serre jamais une main" disent-ils. "Il se nettoie les mains à l'alcool dès qu'il nous touche – Il ouvre les portes en appuyant sur le loquet avec le coude – Il a peur des microbes. On a l'impression qu'on le dégoûte

<sup>1</sup> « Malaise aussi à la prison de Dijon », *La dépêche*, 26/08/1972.

<sup>2</sup> *L'Aurore* (26/08/1972), *Le Monde* (27/08/1972), *Le Soir* (27/08/1972).

<sup>3</sup> Toutes les informations suivantes sont extraites du dossier de carrière du Dr Pivert consulté au Centre des archives contemporaines de Fontainebleau.

<sup>4</sup> Note de Georges Beljean, DAP, au directeur de cabinet du garde des Sceaux datée du 7/07/1972 (CAC. 19830701. Art.483).

<sup>5</sup> Lettre du DRSP de Dijon au cabinet du DAP datée du 21/09/1972 (CAC. 19830701. Art.483).

*parce qu'on est détenu". Il m'a semblé que ces précautions excessives correspondent à une certaine réalité. Le Dr Pivert interrogé sur ce point n'a pas contesté, en me disant, qu'il avait pour habitude d'observer des règles strictes d'hygiène. Il s'en est justifié en m'expliquant qu'il avait conservé ces habitudes d'asepsie car il avait exercé longtemps dans un service de maladies contagieuses alors qu'il était interne. Toutefois la réaction de certains détenus s'explique par le fait qu'ils vivent cette attitude comme discriminatoire à leur égard »<sup>1</sup>.*

Le Médecin-inspecteur note en revanche dans son rapport que tous les détenus ayant signé les lettres de plainte qui avaient été remises au directeur déclarent ne rien avoir à reprocher au praticien, si ce n'est une attitude distante. Plusieurs affirment que le surveillant-chef de la M.A « aurait insisté auprès d'eux pour qu'ils écrivent nombreux et qu'il aurait même exprimé quelques commentaires désobligeants à l'égard du Dr Pivert ». Les griefs formulés à l'encontre du médecin seraient, si l'on en croit Georges Fully, directement liés à l'animosité que le directeur de la M.A éprouvait pour le Dr Pivert. Il reprochait notamment à ce dernier « d'être trop généreux en matière de distribution de régimes et de médicaments envers certains détenus » tandis que le praticien accusait le chef d'établissement « de ne pas respecter le secret professionnel, qu'il s'empare des dossiers médicaux sans son accord ou celui de l'infirmière et avec la plus totale désinvolture, qu'il étale complaisamment les diagnostics des malades dans des notes adressées à des instances administratives extérieures ».

Deux faits confirment cette version qui dédouane le médecin des reproches qui lui ont été adressés. Ce dernier semblait tout d'abord très investi dans sa mission. Ainsi deux années auparavant, le DRSP le félicitait pour sa « conscience professionnelle » du fait qu'il consacre à la M.A de Dijon, ce qui est inhabituel, « un temps nettement supérieur à celui des vacances qui lui sont allouées »<sup>2</sup>. Signe de son intérêt pour la santé des détenus, ce praticien félicitait quelques jours auparavant cette affaire le Médecin-inspecteur de son « intervention compréhensive en faveur du détenu Henri qui a obtenu sa grâce ces jours ci. Ce malade est hospitalisé au centre [hospitalier] et cette libération sera un adoucissement de ses souffrances »<sup>3</sup>.

En outre, l'attitude de la direction de l'établissement à l'égard du praticien confirme l'hypothèse d'une instrumentalisation de la colère des détenus. Le jour même de l'incident, le surveillant-chef écrit au directeur avoir entendu les détenus dans leurs revendications et leur avoir déclaré « que cette manifestation ne pouvait leur donner satisfaction dans l'immédiat, que le renvoi du Dr Pivert ne pourrait se faire de but en blanc »<sup>4</sup>.

Enfin dans son rapport, le directeur de la M.A remarquait le lendemain qu'« étant donné l'animosité presque générale manifestée contre le docteur Pivert par la population pénale, je ne crois pas qu'il soit souhaitable qu'il continue à exercer dans l'établissement »<sup>5</sup>. La propension de la direction de l'établissement à acquiescer aux plaintes formulées par les détenus est trop inhabituelle pour ne pas être dénuée d'arrière-pensées.

Signe de discrédit pour les journalistes, l'éviction de ce praticien traduit aussi la toute-puissance dont disposent les directeurs d'établissement à l'égard du personnel soignant. Bien que très spécifique, cet exemple amène à s'interroger sur les rapports de force dans lesquels s'insèrent ces critiques de l'organisation des soins et leur éventuelle instrumentalisation.

---

<sup>1</sup> Rapport de Georges Fully au DAP daté du 12/09/1972 (CAC. 19830701. Art.483).

<sup>2</sup> Lettre du DRSP de Dijon au Bureau des personnels datée du 13/11/1970 (CAC. 19830701. Art.483).

<sup>3</sup> Lettre du Dr Pivert au Médecin-inspecteur datée du 22/06/1972 (CAC. 19830701. Art.483).

<sup>4</sup> Rapport du surveillant-chef au directeur de la M.A de Dijon daté du 28/06/1972 (CAC. 19830701. Art.483).

<sup>5</sup> Rapport du chef de la M.A de Dijon au DRSP daté du 29/06/1972 (CAC. 19830701. Art.483).

## **ANNEXE 9 : « LE FROID PENITENTIAIRE » : LE NECESSAIRE TEMOIGNAGE D'UNE PSYCHOLOGUE CONFRONTEE A L'INERTIE PENITENTIAIRE**

Simone Buffard est psychologue à Lyon dans les années cinquante<sup>1</sup>. Elle a un grand intérêt pour la criminologie et a pour ami Louis Roche, Professeur de médecine légale. Il lui propose en 1961 d'effectuer des expertises à la M.A de Lyon auprès des « relégués »<sup>2</sup>. Arrêtée durant l'occupation, sans être incarcérée, elle est sensible à la question de l'enfermement : « C'est vrai que pour moi la prison ça représentait quelque chose de plus inquiétant que peut-être pour quelqu'un qui n'aurait pas connu la guerre ». Simone Buffard est alors en poste à l'hôpital et suit des formations sur les psychothérapies de groupe alors en plein développement. Daniel Gonin, médecin aux M.A de Lyon, lui propose de mettre en place avec lui un tel dispositif en détention ce qui l'amène à intervenir une fois par semaine à la prison. Elle est alors la première psychologue à intervenir en France : « On ne savait pas cependant comment la rémunérer. Et finalement on l'a payé avec l'indice qui correspondait au jardinier. Parce qu'à Lyon sur le béton on n'en avait pas besoin. Et donc ça l'amusait d'être considérée comme jardinière [rires] »<sup>3</sup>.

Entre 8 et 10 détenus sont réunis dans une pièce en l'absence de surveillants pour discuter librement. Les thérapeutes se heurtent cependant à toutes sortes de résistances de la part de l'Administration : « Cela se manifesta au plan matériel par une suite de mesures contradictoires : tantôt la porte de la salle de réunion était agrémentée d'une vitre ou percée de trous, puis rebouchée, tantôt elle était battante, puis fermée à double tour ; on demandait innocemment aux détenus si les réunions étaient intéressantes, ou bien on oubliait qu'ils faisaient partie du groupe »<sup>4</sup>. L'un des effets attendus de ces groupes par la direction pénitentiaire est une diminution de l'agressivité des détenus. « Eux ce qu'ils voulaient en somme, c'est que les agités [ne] le soient plus, que les violents le soient plus... En clair, que nous contribuions à la tranquillité de la prison ! », observe aujourd'hui Daniel Gonin. Simone Buffard réalise assez rapidement que ces groupes ne peuvent avoir le même but qu'en milieu hospitalier car ses « interventions se placent dans un milieu non pas neutre et encore moins soignant, mais antithérapeutique »<sup>5</sup>.

Parallèlement à ces groupes de psychothérapie en détention, Simone Buffard attache beaucoup d'importance à disposer de nombreuses autres activités en dehors de la prison : elle travaille au service des urgences à Lyon du Pr Roche, elle enseigne dans le cadre du certificat de criminologie ainsi qu'à l'école de la magistrature. Mai 68 lui apparaît comme « quelque chose de très positif » notamment à la faculté de médecine où elle s'occupe de « réunions improvisées ». Appartenant aux jeunesses socialistes puis trotskiste, elle prend cependant ses distances à l'égard de ce qui lui semble être exagéré : « Y avait des choses pas bonnes non

---

<sup>1</sup> Simone Buffard, psychologue de 1961 à 1984 à la M.A de Lyon. Entretien réalisé le 16/02/2006. Durée : 3h00.

<sup>2</sup> La relégation est une pratique née de la loi Waldeck-Rousseau, alors ministre de l'Intérieur, de 1885 consistant à reléguer de manière perpétuelle certains récidivistes. Exécutée d'abord au bagne de Cayenne et en Nouvelle-Calédonie, cette pratique s'effectue en métropole de 1938 à 1970, année de sa suppression (VIMONT Jean-Claude, « Les dossiers judiciaires de personnalité et la Réforme pénitentiaire (1945-1970) » in BANTIGNY Ludivine et VIMONT Jean-Claude (dir.), *Sous l'œil de l'expert*, Rouen, Presses universitaires de Rouen et du Havre (PURH), 2010, pp.147-164).

<sup>3</sup> Daniel Gonin, psychiatre travaillant comme généraliste à la M.A de Lyon de 1962 à 1989. Entretiens réalisés les 25/02/2008, 10/03/2008, 26/03/2008. Durées : 2H ; 2H ; 2H.

<sup>4</sup> BUFFARD Simone, *Le froid pénitentiaire*, Paris, Le Seuil, 1973, p.198.

<sup>5</sup> *Ibidem*, p.200.



plus. Je suis, bien que je ne sois pas juriste, extrêmement partisane de la loi. Je pense que sans la loi c'est la jungle ». Appartenant à la gauche laïque, militante des droits de l'homme (elle fut pendant longtemps membre d'Amnesty international) elle suit avec intérêt les mobilisations des militants de la cause carcérale. Son expérience de la prison l'a cependant amené à rompre avec une vision plus politique de la détention, faisant des détenus uniquement des opprimés :

*« Par contre ce que j'ai appris... J'en avais beaucoup parlé avec Hochmann [autre praticien travaillant en détention] qui avait le même point de vue. On avait eu tous les deux l'illusion au moment où on pénétrait dans ce monde trop dur et même cruel... On avait l'illusion que la plupart des délinquants étaient en révolte contre la société. C'était le fameux mythe soixante-huitard qui était déjà présent bien avant Mai 68. Et puis on s'est aperçu que les gens qui étaient en prison étaient des profiteurs. Qu'ils n'étaient pas du tout révolutionnaires... Au contraire ! Dont le seul but dans la vie était de profiter des autres... Ça nous avait fait une grosse douche ».*

Simone Buffard lit alors avec attention les ouvrages de Michel Foucault qui lui semblent en partie « visionnaires » et en adéquation avec ses propres problématiques, même si elle ne partage pas ses conclusions qui lui paraissent « extrêmement simplistes ». Elle fait également à cette époque la connaissance par hasard de Jean-Marie Domenach qu'elle considère comme trop idéaliste : « J'ai l'impression qu'il était un peu sur l'idée que les délinquants étaient des opprimés de la société et qu'ils étaient en révolte sur la société ». Ce dernier l'encourage alors à écrire un ouvrage sur le monde carcéral se basant sur son expérience de psychologue et l'aide à le publier au Seuil. La proposition la convint par « désir de changer les choses » : « Je me disais que c'est pas possible d'avoir une expérience et de pas l'utiliser [...] C'était vraiment dans un souci d'efficacité ».

Son livre, *Le froid pénitentiaire*, paraît en 1973 et connaît une bonne diffusion médiatique durant les révoltes de 1974<sup>1</sup>. Elle est l'invitée de l'émission de Jacques Chancel et *L'Express* publie de larges extraits de son ouvrage. Simone Buffard n'y développe pas un violent réquisitoire contre l'Administration pénitentiaire. Sur un ton relativement froid, proche de la clinique, elle décrit, sans jamais recourir au registre de la scandalisation, les effets de l'incarcération sur le corps mais aussi les difficultés auxquelles se heurtent les soignants. Elle expose également ses interrogations quant à la signification de son intervention en milieu carcéral qu'elle justifie par son rôle de témoin. *Le froid pénitentiaire* est peut-être ainsi moins un acte militant que le nécessaire témoignage d'un professionnel dont la conscience est tiraillée entre des obligations inconciliables :

*« La question que nous pouvons nous poser comme cliniciens, et que certains d'entre nous ont résolu par le départ, est celle du sens de notre travail dans la prison – et même dans tout le service pénal. Qu'est que nous voulons faire et qu'est-ce que nous faisons réellement ? Notre présence est-elle utile ? Ou bien servons-nous d'alibi ou de caution à un système bloqué ou fondamentalement mauvais ? Si je savais la réponse, je n'aurais pas écrit ce livre. Il est trop simple de se contenter des résultats individuels dont j'ai pu faire état et de se donner bonne conscience avec le sentiment du devoir accompli et la gloire de quelques guérisons. Mais quitter ce service public si démuné, n'est-ce pas l'appauvrir encore et laisser sans recours la souffrance des hommes ? Il y a des moments et des lieux où le doute n'est plus permis [...] Je voudrais au contraire ouvrir cette marmite, car comment espérer changer une réalité inconnue ou cachée ? Le premier devoir de ceux qui vivent au centre de cette réalité est d'en témoigner devant l'ensemble de la Cité »<sup>2</sup>.*

Bien que spécifique, cet exemple présente les difficultés auxquelles sont confrontés certains soignants pénitentiaires et la façon dont ils tentent d'y faire face : le témoignage est ainsi pour

---

<sup>1</sup> Le succès de cet ouvrage s'explique également par le sous-titre de ce livre (« L'impossible réforme des prisons ») et la 4<sup>ème</sup> de couverture, explicitement abolitionniste, alors qu'avait lieu une grande réforme des conditions de détention par le nouveau Président de la république.

<sup>2</sup> BUFFARD Simone, *Le froid pénitentiaire*, op.cit, pp.211-213.

quelques uns une façon de justifier leur présence en milieu carcéral, malgré les doutes quant à leur utilité.

## ANNEXE 10 : LES MOUVEMENTS DE REMISE EN CAUSE DE LA PSYCHIATRIE INSTITUTIONNELLE DEPUIS LA LIBERATION

Au cours des années soixante et soixante-dix s'opère un vaste mouvement de redéfinition de ce qui est considéré comme normal et comme pathologique à tel point qu'il est rare de désigner quelqu'un de « fou » sans utiliser de guillemets<sup>1</sup>. Outre la philosophie et la psychanalyse, ce mouvement affecte considérablement la psychiatrie notamment asilaire. La « révolution psychiatrique de 1945 », à savoir la réflexion critique qui émerge au lendemain de la Seconde Guerre mondiale, demeure selon Marcel Jaeger théorique et se conclut par la création d'unités pour « malades difficiles » semblables à l'institution carcérale<sup>2</sup>. D'autres considèrent à l'inverse qu'elle permet une certaine « humanisation » des hôpitaux psychiatriques : la circulaire 148 du 21/08/1952 permet aux femmes de déroger à la robe de bure jusque-là obligatoire et de garder leur alliance. Elle préconise de rendre les lieux de vie attrayants notamment grâce à la radio et la télévision et supprime pour les infirmiers l'uniforme de gardien. Malgré ces améliorations, « l'hôpital psychiatrique est considéré comme une annexe de la prison », rappelle Jean Ayme qui deviendra président du syndicat des psychiatres des hôpitaux<sup>3</sup>.

Un mouvement interne à la profession psychiatrique visant à rompre l'« enfermement » des aliénés aboutit à la fin des années cinquante à la politique dite « de secteur », dont le principe essentiel est, selon la circulaire du 15 mars 1960, « de séparer le moins possible le malade de sa famille et de son milieu »<sup>4</sup>. La nouvelle législation produit cependant peu d'effets : le régime d'exception demeure en vigueur tandis que les structures psychiatriques sont surencombrées. « Quant à la politique de secteur, elle reste, dix ans après sa définition, toujours à l'état de projet », observe Marcel Jaeger dans son histoire de la psychiatrie<sup>5</sup>. Ce psychiatre alors étudiant dans les années soixante atteste des conditions de vie qui caractérisent alors certains hôpitaux psychiatriques :

*« Je fais partie de la dernière génération des médecins qui ont connu les fous enchaînés dans les hôpitaux. Ma première garde d'externe, j'avais dix-huit ans. C'était à la Timone. On m'a appelé dans une cellule dans laquelle il y avait de la paille par terre. Un type était en train de se vider de son sang et il est mort d'ailleurs. Moi, j'ai connu l'infirmerie qui était une grande salle commune avec les lits aliénés, le plancher, une rigole et tous les infirmières qui passaient au jet parce que des types s'étaient chiés dessus toute la nuit... C'était en train de changer mais ça existait encore »<sup>6</sup>.*

C'est dans ce contexte que se développe le courant de l'antipsychiatrie qui trouve ses origines dans des travaux américains (Thomas Szaas) mais surtout anglais (David Cooper et Ronald D. Laing) et italiens (Franco Basaglia) dont les ouvrages sont traduits en France au début des années soixante-dix<sup>7</sup>. Les thèses de l'antipsychiatrie rencontrent un vif succès auprès des

---

<sup>1</sup> MATTONI Frédérique, « Les nouvelles frontières du normal et du pathologique » in DAMAMME Dominique, GOBILLE Boris, MATONTI Frédérique, PUDAL Bernard, *Mai-Juin 68*, Éditions de l'Atelier, 2008, p. 158-171.

<sup>2</sup> JAEGER Marcel, *Le désordre psychiatrique. Des politiques de la santé mentale en France*, Paris, Payot, 1981, p.114.

<sup>3</sup> AYME Jean, « Les rapports historiques de la psychiatrie et de la médecine légale, de l'hôpital psychiatrique et de la prison » *art.cit.* p.30.

<sup>4</sup> *Ibidem*, p.151.

<sup>5</sup> *Ibidem*, p.179.

<sup>6</sup> Cyril, interne en psychiatrie aux Baumettes de 1971 à 1973. Entretien réalisé le 23/02/2006. Durée : 2H00.

<sup>7</sup> DE FREMIVILLE Bernard, « Les mouvements de remise en cause », *Autrement*, hiver 1975, pp.78-83.

jeunes psychiatres<sup>1</sup> mais surtout au sein des groupes se rattachant au mouvement communautaire. De nombreuses réflexions, dont les professionnels de la santé mentale sont parfois parties prenantes, émergent alors quant à la participation des psychiatres à un ordre institutionnel de nature répressive dont l'internement d'opposants politiques au régime soviétique devient le symbole<sup>2</sup>.

La subordination administrative des professionnels de santé est débattue à l'occasion du licenciement d'un psychiatre, Guy Caro, travaillant dans un hôpital dont la direction désapprouve les méthodes : « Dans un établissement psychiatrique, la priorité doit-elle être accordée à l'administration ou à la médecine ? », s'interroge un journaliste à l'occasion de l'« affaire Caro »<sup>3</sup>. La liberté de parole à l'égard de la hiérarchie apparaît alors comme une condition de reconnaissance de la psychiatrie en institution fermée. Des professionnels de la santé mentale prennent la parole publiquement afin d'incriminer le rôle de l'institution asilaire. Un jeune psychiatre très politisé publie ainsi après quelques années d'expérience un pamphlet dans lequel il condamne la psychiatrie asilaire, comparant l'hôpital du Vinatier de Lyon à un « camp de concentration »<sup>4</sup>. Des infirmiers des hôpitaux psychiatriques se regroupent en 1973 au sein de l'Association pour l'étude du rôle et la formation de l'infirmier psychiatrique (AERLIP) afin de réfléchir à « la fonction sociale de la psychiatrie ». Les témoignages individuels d'infirmiers se multiplient<sup>5</sup>. La critique la plus radicale provient alors des « psychiatisés » eux-mêmes rassemblés au sein du Groupe information asiles (GIA)<sup>6</sup>. Connu initialement pour sa dénonciation des internements et du « scandale des asiles », le GIA s'organise progressivement à Paris sous la forme de « contre-secteurs », sorte de « groupes d'auto-défense » des ex-internés. A la différence des autres mouvements, c'est donc l'ensemble du savoir psychiatrique que condamne le GIA.

Quelqu'en soient les formes, le secteur psychiatrique est traversé depuis le début des années soixante par un mouvement de remise en cause extrêmement critique à l'égard des institutions, rendant ainsi d'autant plus probable le refus de l'autorité exercée par l'Administration pénitentiaire. La réflexion, souvent politisée, développée à l'égard de l'hôpital psychiatrique est facilement transposable à la prison, rendant d'autant plus probable sa contestation. En attestent les propos de ce psychologue :

*« Il y a donc au cœur même de l'antipsychiatrie une prise de conscience politique selon laquelle le fou est un exclu, un marginal, un tenu à l'écart moins pour des raisons d'histoire personnelle ou institutionnelle (argument psy classique) que pour des raisons qui tiennent avant tout à l'organisation de telle ou telle société ; le fond du problème est politique. S'il ya des fous à l'asile dans des conditions de violence et de répression c'est que la société est elle-même violente et répressive : cette violence exprime le rapport de force qu'elle a établi entre elle et ses fous par le biais de la lutte des classes. Les hôpitaux psychiatriques représentent dans ce cas là des milieu d'incarcération et de répression psychiatriques ; ses personnels soignants ne sont que le relais de cette mise au pas du malade mental, en somme des gardiens de prison qui se parent de la fonction médicale pour justifier leur présence »<sup>7</sup>.*

<sup>1</sup> Le Syndicat national des psychiatres en formation crée ainsi *Psychiatrie d'aujourd'hui*. Cf. le numéro spécial de *La nef* (n°42, 1971), consacrée à l'antipsychiatrie.

<sup>2</sup> Cf. « L'internement psychiatrique arbitraire en Russie », *Economie et humanisme*, 05-06/1971, pp.33-36 ; « Les hôpitaux-prisons », *Esprit*, 01/1972, pp.59 et suiv.

<sup>3</sup> « L'affaire Caro », *Le Nouvel Observateur*, n°360, 4-10/10/1971.

<sup>4</sup> HOF Gérard, *Je ne serai plus psychiatre*, Paris, Stock, collection Témoignages, 1976.

<sup>5</sup> AERLIP, *Des infirmiers psychiatriques prennent la parole*, Copédith, Paris, 1974 ; BERNARD Paul, *Manuel de l'infirmier en psychiatrie*, Masson, 1974 ; REOUMIEUX André, *Je travaille à l'asile d'aliénés*, Editions Champ libre, 1974.

<sup>6</sup> JAUBERT Alain, *Guide de la France des luttes*, Paris, Stock 2, 1974, p.370.

<sup>7</sup> RICHARD Michel, « Violence et psychiatrie », *Chronique sociale de France*, Cahier 1, février 1972, p36.

On fait l'hypothèse que l'émergence de cette culture protestataire au sein du secteur psychiatrique apparue lors de la remise en cause de l'institution asilaire a favorisé une plus grande autonomie des psychiatres pénitentiaires à l'égard de la DAP.

## ANNEXE 11 : LES EFFETS DE MAI 68 SUR LES ETUDIANTS DE MEDECINE FRANÇAIS

Bien que rarement évoquée dans les descriptions des événements de Mai 68, la mobilisation des étudiants de médecine à Paris se caractérise tout d'abord par sa longueur : bien que commencée tardivement par l'occupation de la Faculté de médecine rue des Saint-Père le 13 mai, la mobilisation s'achève en septembre et peut se décomposer en trois temps<sup>1</sup>. Tout d'abord se met en place un important dispositif constitué d'un Comité d'action (C.A) élu dès le 17 mai ainsi que de quatorze commissions de travail et qui s'achève le 12 juin par la levée des barricades ; dans une seconde période, le mouvement perd en dynamisme, même s'il demeure capable de mobiliser 1.500 personnes le 8 août à la Pitié sur le thème de la répression, et ce parce que les étudiants de médecine sont contraints, en raison de leurs stages, de rester à Paris pendant l'été. Cette seconde période qui s'achève fin août est celle où le C.A tente de mettre en place une stratégie afin de réformer les études médicales, en multipliant notamment les contacts avec le ministre de l'Education nationale, Edgar Faure. Enfin, la troisième période de la mobilisation, jusqu'à mi-septembre, est celle de l'affrontement à travers le boycott des examens.

Outre sa durée, la mobilisation des étudiants de médecine est inédite par la forte saillance des enjeux politiques qu'elle revêt. Comme il ressort d'une étude coordonnée par Jean-Claude Passeron en 1964, les étudiants de médecine sont nettement moins politisés que ceux de sciences humaines<sup>2</sup>. Selon cette enquête par questionnaire, 2,7% des étudiants de 1<sup>ère</sup> et 2<sup>ème</sup> année de médecine parisiens militeraient et 8, 3% seraient adhérents à un parti politique alors qu'on compte à la même époque en Faculté de lettres 21% de militants et 55% d'adhérents. Passeron souligne la grande docilité dont font preuve les étudiants de médecine (« Dans leur ensemble, ils ne semblent pas sérieusement contester l'enseignement qu'ils reçoivent ») en dépit de certains « rituels désuets » qui sont encore en vigueur comme le port de la cravate aux T.P d'anatomie, celui des boutons de manchettes à certains oraux ou encore l'interdiction faite aux étudiants d'utiliser l'ascenseur<sup>3</sup>.

La Faculté de médecine a cependant connu une certaine politisation à la fin des années cinquante qui s'est traduite par un renversement de tendance syndicale. L'unique syndicat, l'Association générale des étudiants en médecine de Paris (AGEMP), auquel adhèrent 90% des étudiants en raison de son caractère obligatoire pour accéder aux photocopies, passe de 1956 à 1964 des « majos » aux « minos ». Ces derniers, moins corporatistes, se situent au croisement du catholicisme de gauche, du PSU et de l'Union des étudiants communistes (UEC) et sont élus sur la base de leur refus de l'Algérie française. Leurs revendications très proches de la réforme Debré de 1958, qui vise par la création des CHU à rapprocher recherche, enseignement et soins, leur valent cependant d'être accusés par les « majos » de défendre la nationalisation du système de santé ce qui les conduit à perdre le contrôle de l'AGEMP en 1964. Les événements de Mai marquent à cet égard une rupture puisqu'ils contribuent à raviver l'engagement politique des étudiants en médecine qui avait fortement décru depuis quelques années. En renouant avec l'esprit critique développé par les

---

<sup>1</sup> On s'appuie ici sur deux thèses de médecine : AUBERT Jean-Pierre, *Contribution à l'étude du mouvement de Mai 68 dans les facultés de médecine parisiennes*, thèse de médecine, Paris 5 Necker, 1983; BEN MERABET BELOUIZDAD Zahia, *Mai 68 dans le milieu hospitalo-universitaire parisien*, thèse de médecine, Paris 12 Créteil, 2004.

<sup>2</sup> PASSERON J.C (dir.), *Enquête sur les étudiants en médecine*, Paris, EHESS, Centre de sociologie européenne, 1964.

<sup>3</sup> AUBERT Jean-Pierre, *Contribution à l'étude du mouvement de Mai 68...*, op.cit., p.18.

« minos », Mai 68 participe ainsi à la remise en cause de la médecine telle qu'elle était définie jusqu'alors.

La réforme des études médicales de 1958 est demeurée jusqu'alors sans grands effets en raison de l'opposition des grands patrons. Ces derniers, détenteurs d'un savoir clinique qui ne peut être remis en cause, voient d'un mauvais œil la modernisation de la médecine susceptible de briser la relation pyramidale qui s'était établi dans les hôpitaux. Cette rigidité des études médicales s'exprime à travers le peu de place qui est accordée aux nouveaux venus du fait de la massification de l'enseignement universitaire. La faculté de médecine rue des Saint-Père reçoit en 1968 12.000 étudiants dans des locaux construits pour en accueillir 3.000 ou 4.000. La sélection y est draconienne puisque seuls 40% des étudiants de 2<sup>ème</sup> année sont admis à être « externes » et donc pouvoir avoir une relation clinique avec les patients, les 60% de stagiaires étant condamnés à demeurer dans une position d'observateur tout en subissant de nombreuses humiliations : « Dans les meilleurs services, il arrive parfois que les patrons convoquent les parents de l'externe ! », souligne J-P. Aubert<sup>1</sup>.

Au vu des nombreux archaïsmes qui caractérisent les études médicales à cette époque, on comprend qu'*a posteriori* les principaux acteurs des événements de Mai considèrent que l'apport majeur de 68 à l'égard de la médecine ne réside pas tant dans la réforme des études médicales que dans la révolution culturelle qu'elle a rendue possible. Telle est la position du Pr Jean-Philippe Derenne, cofondateur du Centre national des jeunes médecins en 1965 et leader du C.A :

*« La faculté de médecine est celle où le mouvement était le plus profond, car il avait atteint les étudiants de plein fouet. Tout le reste, Livre blanc, réforme des études, organisation de la faculté, étaient tout à fait secondaires. C'étaient des sous produits possibles à court terme. Mais, ce qui permettait ces sous-produits, était un mouvement de fond [...] Médecine a fait un mouvement de 180 degrés [...] Ce qui était révolutionnaire est que les étudiants en médecine ont été prêts à tout entendre, y compris les propos les plus extrémistes... Il était venu des milliers d'étudiants qui étaient beaucoup plus favorables à l'aspect le plus dur, le plus avancé, le plus politisé des propos qu'ils ne l'avaient jamais été auparavant à des propos cent fois plus anodins [...] Ce qui a permis que les choses changent, c'est qu'en mai 68, toute une génération a fait une expérimentation politique. Elle s'est retrouvée en opposition, ou tout simplement, en discussion avec ce qui était naturel de penser »<sup>2</sup>.*

L'impact de cette remise en cause des formes traditionnelles de la médecine s'exprime à différents degrés : elle semble, même si elle est rejetée par ses fondateurs, avoir participé à la naissance de la médecine humanitaire<sup>3</sup> : Bernard Kouchner, membre de l'UEC au milieu des années soixante et ayant participé aux réunions du C.A, publie à son retour du Biafra une tribune dans *Le Monde*, et ce en contradiction avec les principes de neutralité du Comité international de la Croix-Rouge (CICR) qui l'avait envoyé en mission, qui préfigure la création du Groupe d'intervention médico-chirurgical d'urgence (GIMCU) puis de Médecins sans frontières (MSF)<sup>4</sup>. Cette défiance à l'égard des autorités établies s'exprime, d'autre part, à travers la contestation du Conseil de l'Ordre des médecins auquel certains médecins refusent de cotiser.

Un autre effet de Mai 68 sur la médecine est le soutien du Groupe d'information santé (GIS) au Mouvement de libération des femmes en faveur de l'abrogation de la loi de 1920 sur

---

<sup>1</sup> *Idem*, p.20.

<sup>2</sup> Cité in BEN MERABET BELOUIZDAD Zahia, *Mai 68 dans le milieu hospitalo...*, op.cit, p.132-133.

<sup>3</sup> A l'occasion des quarante ans de Mai 68, B. Kouchner récuse cette filiation soixante-huitarde, se réclamant avant tout de celle de l'urgentisme et déclarant : « L'événement marquant de l'année 1968 fut pour moi le Printemps de Prague [...] L'indifférence de la révolte française à ce qui se passait à Prague était le signe d'une indifférence plus générale à l'égard du monde, indifférence à vrai dire insupportable et dangereuse » (« Sous les pavés, le sans-frontiérisme ? », *Le Quotidien du Médecin*, 29/04/2008).

<sup>4</sup> GUILLEMOLES Alain, *Bernard Kouchner, la biographie*, Bayard, Paris, 2002.

l'avortement. Créé en 1972, le GIS rassemble quelques centaines de jeunes médecins maoïstes, dont beaucoup d'étudiants, qui mirent en œuvre une méthode d'avortement par aspiration en tant qu' « acte médical banal »<sup>1</sup>. En février 1973, ils publient un manifeste, en complément à celui « des 343 », dans lequel 331 médecins reconnaissent avoir pratiqué des avortements et, en avril 1973, ils effectuent un avortement en public à l'hôpital Saint-Antoine à Paris. Ils contestent ainsi non seulement la position du Conseil de l'Ordre mais également le monopole moral défendu par le reste du corps médical sur cette question, qualifiant pour cela l'avortement d' « acte simple »<sup>2</sup>. C'est cette remise en cause des formes d'autorité, observable également en matière de médecine du travail, dont témoignent les trajectoires de certains jeunes médecins pénitentiaires.

---

<sup>1</sup> GARCIA Sandrine, « Expertise scientifique et capital militant. Le rôle des médecins dans la lutte pour la légalisation de l'avortement », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n°158, 2005, pp.96-115 ; GAUDILLIERRE Jean-Paul, « Intellectuels engagés et experts : biologistes et médecins dans la bataille de l'avortement », *Natures Sciences Sociétés*, 2006, n°14, pp.239-248.

<sup>2</sup> GARCIA Sandrine, « Expertise scientifique et capital militant », *art.cit.*, p.108.



## ANNEXE 12 : LA REFORME AMOR DE 1945 ET LE MODELE DU « TOUT-CARCERAL »

Plus politique qu'administrative, la réforme carcérale de 1945 avait pour fonction, souligne Monique Seylier, « de conforter l'autorité morale de l'Etat dans un domaine – celui de l'enfermement – que les camps d'extermination nazis avaient discrédité »<sup>1</sup>. En dépit de la confusion qui affecte alors le système pénitentiaire français (désorganisation administrative issue du rattachement au secrétariat d'Etat à l'Intérieur, nouveaux personnels de direction, accroissement de la population carcérale, conditions de détention exécrables), le contexte semble propice à une telle réforme<sup>2</sup>. En effet, alors que les tribunaux d'exception et la question des condamnés pour faits de collaboration occupent les esprits, les administrateurs en charge de la réforme bénéficient d'une grande marge de manœuvre en raison de l'instabilité qui frappe le ministère de la Justice (seize gardes des Sceaux se succèdent de 1945 à 1958). La définition de la politique pénitentiaire dépend ainsi pour l'essentiel des responsables de cette administration<sup>3</sup>.

Une commission présidée par le directeur de l'Administration pénitentiaire, Paul Amor, est chargée par un arrêté du 9 décembre 1944 « d'étudier, d'élaborer et de soumettre au garde des Sceaux les réformes relatives à l'Administration pénitentiaire ». Son activité s'avère confuse jusqu'à ce que Paul Amor nomme Pierre Cannat secrétaire de la commission. Magistrat marqué par un humanisme chrétien, celui-ci se montre réticent aux théories de la « défense sociale » qui mettaient en avant l'idée de dangerosité du délinquant. Fidèle aux principes défendus par les représentants de l'utopie philanthropique de la première Restauration comme Charles Lucas, Pierre Cannat soutient qu'il est possible d'obtenir l'amendement du condamné par sa rééducation morale comme le reflète le premier des quatorze principes réformateurs auxquels aboutit la commission : « La peine privative de liberté a pour but essentiel l'amendement et le reclassement social du condamné »<sup>4</sup>. Dans cet objectif d'amendement, certains traitements imposés aux détenus sont supprimés telle la « salle de discipline », la tonte obligatoire des cheveux ou le port des sabots. Des activités en commun sont parfois organisées (sport, radio).

Outre cette idée d'amendement, Pierre Cannat réussit à imposer le modèle du « tout-carcéral ». Celui-ci postule qu'il est possible de réaliser le rachat du condamné à l'aide du seul dispositif pénitentiaire et notamment à partir du régime progressif selon lequel le détenu suit un parcours graduel allant de la phase d'observation jusqu'à la semi-liberté, précédant sa libération<sup>5</sup>. Cette tâche de rééducation morale des détenus est confiée à un corps d'éducateurs et, faute de personnels suffisants, aux infirmières-assistantes sociales de la Croix-Rouge.

Ainsi, si selon les concepteurs de la réforme, les « prisons doivent être organisées de manière à "récupérer" le plus possible d'hommes utiles à la Société »<sup>6</sup> ou si « le but de la peine est l'amendement du coupable et son reclassement social »<sup>7</sup>, cet objectif de réconciliation entre le détenu et la société se déroule dans le cadre confiné du milieu carcéral : « Le but de la peine

<sup>1</sup> SEYLIER Monique, « La banalisation pénitentiaire », *Déviance et société*, vol.4., n°2, 1980, p.133.

<sup>2</sup> FAUGERON Claude, « De la Libération à la guerre d'Algérie », *art.cit.*, p.289.

<sup>3</sup> FAUGERON Claude, LE BOULAIRE Jean-Michel, « La création du service social des prisons et l'évolution de la réforme pénitentiaire de 1945 à 1958 », *Déviance et société*, vol.12., n°4, 1988, p.319.

<sup>4</sup> FAUGERON Claude, « De la Libération à la guerre d'Algérie », *art.cit.*, p.292.

<sup>5</sup> LETENEUR Henri, « La politique pénitentiaire française », *art.cit.*, p.188.

<sup>6</sup> BOUZAT P., « De quelques réformes pénitentiaires actuellement réalisables », *Revue internationale de droit pénal*, 1946, p.88.

<sup>7</sup> GAYRAND M., « La réforme pénitentiaire », *RPDP*, 1958, p.702.

est de profiter de l'état de souffrance de l'enfermé pour parvenir à l'amendement »<sup>1</sup>. La coupure entre le délinquant et la société est ainsi pensée comme la condition de possibilité de sa réintégration future. C'est justement cette coupure que les militants de la cause carcérale remettent cause durant les années soixante-dix, afin de réinscrire le détenu au cœur de la Cité.

---

<sup>1</sup> FAUGERON Claude, LE BOULAIRE Jean-Michel, « La création du service social des prisons et l'évolution de la réforme pénitentiaire de 1945 à 1958 », *Déviance et société*, vol.12., n°4, 1988, p.319

## ANNEXE 13 : LE MOUVEMENT DE CONTESTATION DU DROIT DES « ANNEES 68 » FACE AUX PRISONS ET LA JUDICIARISATION DE LA DETENTION

« Le monde judiciaire est depuis quelques années l'une des institutions les plus contestées », observe *Le Monde* en décembre 1972<sup>1</sup>. C'est dans le cadre des « années 68 » qu'émergent les premiers groupes de contestation du droit<sup>2</sup> : le Syndicat de la magistrature (SM) et le Mouvement d'action judiciaire (MAJ). Créé en 1968, le MAJ est un mouvement rassemblant entre cent et deux cents « "travailleurs du droit" (avocats, magistrats, personnel des tribunaux, enseignants, étudiants, éducateurs, assistantes sociales, etc.) qui ont choisi de remettre en cause l'institution judiciaire »<sup>3</sup>. En avril 1970 se constitue un Comité national de liaison justice regroupant dix-sept organisations de magistrats et de fonctionnaires du ministère de la Justice, dont le SM et l'Union fédérale des magistrats. L'Association critique du droit développe quant à elle au cœur de l'université un mouvement de réflexion sur l'enseignement des sciences juridiques en tentant d'inaugurer une alternative à l'enseignement traditionnel du droit.

La création du Syndicat des avocats de France (SAF) en 1974 marque l'engagement des avocats en faveur de la défense, souligne l'un de ses membres, des « droits élémentaires face aux institutions répressives que sont la police, la Justice, l'administration sous ses aspects contraignants (hôpitaux psychiatriques, internements administratifs et assignations à résidence, punitions militaires et détention dans le cadre de l'armée...) »<sup>4</sup>. Tout comme pour le Syndicat de la magistrature, « le choix du terme Syndicat constitue en lui-même une prise de position radicale, tendant à la fois à désacraliser le monde de la Justice pour le rapprocher de celui des travailleurs, et contribuer à contrecarrer les réifications corporatistes de la profession »<sup>5</sup>. Enfin, des revues apparaissent comme *Procès* en 1978 ou *Actes* créées en 1974 afin d'« aider les justiciables à reprendre le contrôle de la machine judiciaire » et participer à la « remise en cause des "auxiliaires de justice" ». Outre la publication de décisions de justice favorables aux luttes en cours, la revue devient « un lieu central d'expression des différentes mouvances issues de la critique juridique et judiciaires qui émerge alors »<sup>6</sup>.

Longtemps perçu comme un instrument neutre des rapports sociaux, le droit est désormais investi en tant que nouveau champ de lutte politique, comme en atteste l'éditorial du premier numéro d'*Actes* : « La loi et le décret ne sont en rien des manifestations de la volonté générale mais apparaissent comme les instruments privilégiés du Pouvoir [...] Il apparaît de plus en plus clairement que le Droit est devenu un nouveau terrain de luttes et qu'il ne s'agit pas de laisser le pouvoir y manœuvrer seul » (n°1, 12-01/1974). « Le droit n'exprime pas la volonté de tous les citoyens [...] Le droit n'est pas neutre, ni dans son contenu ni dans son application. Dès lors, toute pratique judiciaire ne peut être que politique car elle implique, consciemment

---

<sup>1</sup> « Combattre le droit en tant que "vérité établie" », *Le Monde*, 26/12/1972.

<sup>2</sup> ARNAUD André Jean, « Dix ans de critique du droit en France », *Actes*, n°32/33, 1982, pp.35-37 ; ISRAËL Liora, « Le 68 des juristes : défense, revendication, organisation (1968-1974) » dans ARTIERES Philippe et ZANCARINI-FOURNEL Michelle, 68, *Une histoire collective (1968-1981)*, La Découverte, « Cahiers Libres », Paris, 2008, pp.583-591.

<sup>3</sup> ZIWE William Francis, *Droits du détenu et droits de la défense*, op.cit, p.421.

<sup>4</sup> *Ibidem*, p.18.

<sup>5</sup> ISRAËL Liora, « Le 68 des juristes : défense, revendication, organisation (1968-1974) », *art.cit.*, p.589.

<sup>6</sup> *Ibidem*, p.589.

ou non, des choix », déclare un avocat membre de la Ligue des droits de l'homme et du MAJ dans son guide des droits des détenus<sup>1</sup>.

Ces associations de contestation du droit investissent largement la question carcérale. En septembre 1971, le Comité national de liaison justice met en cause le « manque de moyens » de l'Administration pénitentiaire : « Clairvaux est la conséquence de la crise du système judiciaire français tout entier » (LM, 24/09/1971). Le MAJ, dont l'un des objectifs est la « défense des droits essentiels de la personne [...] plus particulièrement auprès des prisonniers », participe avec le GIP à la contestation de la prison. En avril 1972, l'Union des Jeunes avocats lyonnais dénonce le « scandale des prisons » en publiant une brochure présentant les conditions de détention dans les prisons de Lyon (L'Humanité, 10/05/1972). En 1974, un groupe d'avocats membres du MAJ incrimine dans une lettre ouverte le silence de leur ordre professionnel suite aux révoltes de détenus et remet aux juges d'instruction une demande de mise en liberté fondée sur le non-respect « des services minimums d'hygiène et de nourriture » (LM, 7/08/1974). Dans le cadre de cette réflexion critique sur la prison, certains avocats, comme Jean-Marc Varaut, soutiennent l'attribution de droits aux détenus : « Les détenus ne sont pas sujets de droits reconnus et garantis. Il est nécessaire aujourd'hui de déclarer les droits des détenus ; les droits de l'homme et du citoyen détenu »<sup>2</sup>.

Mais ce sont surtout les magistrats, notamment du fait du Syndicat de la magistrature, qui se retrouve à l'avant garde du combat en faveur des détenus<sup>3</sup>. Pendant longtemps les magistrats n'ont éprouvé que peu d'intérêt pour les prisons françaises. En témoigne, certes de façon anecdotique le fait que celle qui deviendra plus tard Directrice de l'Administration pénitentiaire ne réalise pas pour convenance personnelle à la fin de sa formation de magistrat le stage d'un mois en milieu carcéral pourtant obligatoire<sup>4</sup>. Les propos de celui qui deviendra également Directeur de l'administration pénitentiaire attestent de la faible considération dont jouit l'institution carcérale dans la hiérarchie du corps judiciaire :

*« Quand je suis rentré dans la magistrature, en 1962, j'étais tout jeune substitut à Argentan et j'avais envie de me rapprocher de Paris. Et quand vous avez seulement deux ans d'exercice, vous devez passer à la Chancellerie. Alors j'ai dit oui pour des raisons familiales. Et donc j'arrive à la Chancellerie et on me dit : "Vous êtes affecté à la Direction de l'Administration pénitentiaire". Bon. Je ne peux pas dire que j'ai été enchanté d'une telle affectation et j'ai été reçu par André Perdriau, qui était sous-directeur de la détention et qui était magistrat lui-même. Il m'a reçu en entretien, un homme très amusant, et me dit : "J'imagine que vous n'avez pas été enchanté d'être affecté à l'Administration pénitentiaire". "Honnêtement, non". "Je pense que tous les jeunes magistrats qui arrivent à la Chancellerie, et il ajoute, comme moi-même d'ailleurs il y a un certain nombre d'années, vous rêvez sans doute d'une direction plus noble". Je lui dis : "Oui !". "Ecoutez, vous faites un an chez nous. Vous vous faites à cette idée. Dans un an, si vous dites que vous êtes allergique à la matière, ce que je comprendrais fort bien, je m'arrangerais pour vous faire affecter ailleurs". Et il a ajouté malicieusement : "En revanche, je vous préviens, si vous me dites que vous restez avec nous, cela voudra dire que vous aurez attrapé le virus, et je vous préviens, vous l'aurez jusqu'à la fin de vos jours ! " Et ça a été le cas. Je suis resté dans cette direction comme magistrat de base jusqu'en 1970 »<sup>5</sup>.*

C'est sous l'influence de cette politisation du droit que des magistrats-militants, notamment au sein du Syndicat de la magistrature (SM)<sup>6</sup>, vont s'intéresser à la question des prisons,

---

<sup>1</sup> Ibidem, p.421.

<sup>2</sup> VARAUT Jean-Marc, *La prison pour quoi faire ?*, op.cit., p.196.

<sup>3</sup> Cf. Annexe 24 : « Entre critique radicale et réforme pragmatique, Le Syndicat de la magistrature face à la question pénitentiaire ».

<sup>4</sup> Myriam Ezratty, magistrate et directrice de la DAP d'avril 1983 à juillet 1986. Entretien le 8/02/2008, 3H30.

<sup>5</sup> Yvan Zakine, magistrat affecté à la DAP de 1962 à 1970 puis directeur de la DAP de 1981 à 1983. Entretien réalisé le 20/03/2008. Durée : 3H00.

<sup>6</sup> Cf. Annexe 24 : « Entre critique radicale et réforme pragmatique, le Syndicat de la magistrature face à la question pénitentiaire ».

s'interrogeant par exemple sur le rôle du juge à l'égard des prisons. En attestent ces réflexions d'Etienne Bloch, juge de l'application des peines, et membre du SM : « Le juge est responsable de ses actes [...] Le juge ne peut plus se désintéresser de ce qui se passe avant qu'il ne soit saisi, et c'est le problème des rapports de la police et de la Justice, ni de ce qui se passe après la condamnation, et dans un premier temps, c'est toute la question du contrôle de l'exécution des peines, et demain sans doute, dans un deuxième temps, celui de la participation du juge à l'application de la peine »<sup>1</sup>. En décembre 1971, le SM publie une lettre au garde des Sceaux dans laquelle les magistrats demandent la reconnaissance de certains droits précis en faveur des détenus : « Si les devoirs et obligations du détenu sont définis avec précision, la simple lecture d'un "règlement intérieur" montre que ses droits sont généralement imprécis et que leur violation est quasi dépourvue de sanctions efficaces »<sup>2</sup>. C'est ainsi dans le cadre du mouvement de contestation apparu dans le secteur juridique qu'une nouvelle représentation du juge, et avec lui de la peine, serait apparue :

*« Pendant longtemps, la prison pour la majorité des juges est restée quelque chose d'impalpable qui était presque une fiction. Envoyer un homme ou une femme en prison était souvent le résultat d'une décision réfléchie, mais une fois le jugement prononcé, le juge considérait sa mission achevée. Ce qui se passait de l'autre côté des murs ne le concernait pas. A chacun son rôle, à la Justice de condamner à l'emprisonnement, à l'administration pénitentiaire de se préoccuper des détenus et de régler leur sort, ou comme on dit aujourd'hui la condition pénitentiaire. Il a fallu le syndicat de la magistrature pour faire comprendre aux magistrats que leur rôle ne s'arrête pas aux portes de la prison, que ce qu'elle est est autant fonction de ceux que les juges y envoient, que de ceux qui la gardent »<sup>3</sup>.*

Le mouvement de politisation du droit apparu dans le cadre des « années 68 » fut ainsi à l'origine d'un plus grand engagement des juristes en matière de conditions de détention. La prison devient un objet de réflexion, voire de lutte, pour des professionnels du droit qui s'étaient longtemps arrêtés au moment où l'individu était condamné. C'est dans le cadre de ce mouvement que vont progressivement être reconnus le maintien de certains droits aux détenus, l'institution carcérale cessant d'être une zone d'ombre coupée du reste du système judiciaire.

---

<sup>1</sup> BLOCH Etienne, Texte sur la responsabilité du juge, non daté, 10 pages. Fonds Etienne Bloch. 3017-13. IV-1.

<sup>2</sup> LYON-CAEN Pierre, « La crise pénitentiaire », *Justice*, n°16, 1972, p.27.

<sup>3</sup> BLOCH Etienne, « Le syndicat de la magistrature et la prison », *Bulletin du GMP* (Fonds Etienne Bloch. ARC 3017-15. IV-28 Groupe Multiprofessionnel).

## ANNEXE 14: L'« AFFAIRE MIRVAL » OU LA CONTESTATION D'UN INTERNE MILITANT

Jeune médecin ayant joué un rôle important en mai et juin 1968 dans la réforme des études médicales, Antoine Lazarus est interne depuis mars 1971 à la prison de Fleury-Mérogis<sup>1</sup>. En tant qu'intervenant en prison, il s'interroge « après Toul » sur le comportement à adopter face à des pratiques qu'il réproouve. Antoine Lazarus entreprend de condamner les abus de l'Administration pénitentiaire d'abord au sein des congrès de médecine pénitentiaire puis par le biais du *Bulletin du GMP*. C'est particulièrement le cas lors de l'« affaire Mirval ».

Le 22 février 1974, Patrick Mirval, délinquant d'origine antillaise incarcéré à Fleury-Mérogis, meurt lors de son transfert au quartier disciplinaire<sup>2</sup>. L'interne de garde, Antoine Lazarus, refuse de certifier la version des surveillants selon laquelle le détenu serait mort après s'être débattu. Il précise dans son certificat que « l'examen du corps ne permet pas d'évoquer une cause courante de décès »<sup>3</sup>. Dans ses déclarations à la presse, il met indirectement en cause le personnel pénitentiaire : « J'ai été appelé avec vingt minutes de retard. Le temps, sans doute, que les gardiens se concertent sur la version à adopter. Si j'étais intervenu plus tôt, j'aurais peut-être pu le sauver » (*Le Nouvel Observateur*, 17/03/1974). Une information judiciaire est ouverte pour rechercher les causes du décès. Une forte mobilisation des familles de détenus et des associations s'enclenche afin que la vérité soit faite sur ce que beaucoup considèrent être un passage à tabac<sup>4</sup>. Le juge d'instruction multiplie les expertises médicales. Tandis que les premières mentionnent des ecchymoses, des lésions et des hématomes, les suivantes édulcorent progressivement la version des faits pour finalement démontrer que Mirval est « le seul responsable de sa propre mort »<sup>5</sup>. L'instruction débouche sur une ordonnance de non-lieu rendue le 7 mars 1977. L'affaire Mirval illustre deux phénomènes. Elle fut tout d'abord dénoncée comme un exemple de l'« incroyable collusion entre les autorités pénitentiaires, juridiques et médicales »<sup>6</sup> notamment du fait des expertises à répétition qui ont, selon l'expression de Pierre Vidal-Naquet, « peu à peu nettoyé le crime »<sup>7</sup>.

Mais l'affaire Mirval marque également le refus de la part d'un médecin de toute complicité avec l'Administration. Outre qu'il fut celui par lequel l'« affaire » a commencé, en refusant de certifier la version de l'Administration pénitentiaire, Antoine Lazarus a également joué un rôle important dans la médiatisation de la mort de Mirval. Il participa au nom du GMP à une conférence de presse, au côté du SM, du SAF, du MAJ, du C.A.P et à laquelle fut également représenté le Syndicat des internes des prisons, et publia dans le *Bulletin* pour la première fois les expertises médicales dans leur intégralité (*Bulletin du GMP*, n°1-2, 03-04/1975). Interrogé dans un documentaire télé sur son activité en prison, Antoine Lazarus souligne « l'aspect politique de la chose » : « Si vous voulez, moi, je dis que c'est une lutte pour les minorités d'être ici. Si vous considérerez que c'est une lutte de travailler en prison ». A partir de l'exemple des grèves de la faim, il tente de souligner le difficile positionnement du médecin à l'égard du détenu : « Ou bien j'aide le type à faire sa grève et je vais contre disons les

<sup>1</sup> Cf. Chapitre 1 – section 3.2 : « La contestation des internes, effet de la politisation des étudiants de médecine ».

<sup>2</sup> Cf. BOULLANT François, « 1974 : "L'affaire Mirval" », *art.cit.*, pp.97-115.

<sup>3</sup> CUAU Bernard, *L'affaire Mirval ou Comment le récit abolit le crime*, Paris, Les Presses d'aujourd'hui, coll. La France sauvage, 1976, p.18.

<sup>4</sup> « Manifestation devant le ministère de la Justice à propos de la mort de Patrick Mirval », *Le Monde*, 21/03/1974 ; « Manifestation du 22 mars du C.A.P devant le ministère de la Justice », *Le Monde*, 21/03/1974.

<sup>5</sup> BOULLANT François, « 1974 : "L'affaire Mirval" », *art.cit.*, p.101.

<sup>6</sup> *Ibidem*, p.99.

<sup>7</sup> VIDAL-NAQUET Pierre, « Deux crimes, un procès », *Le Monde*, 25/01/1977.

pressions administratives ou bien je vais avec les pressions administratives et je lui conseille d'arrêter sa grève : "Mais non, vous allez vous abîmer la santé ! Il faut arrêter la grève tout de suite... Dans tous les cas ça ne sert à rien !" »<sup>1</sup>. Après son licenciement, en octobre 1976, Antoine Lazarus publie plusieurs articles où il attaque la dépendance des médecins à l'Administration pénitentiaire, comme en attestent ces deux extraits :

*« La médecine pénitentiaire doit-elle participer dans une équipe médico-sociale au projet de réinsertion ou bien faire une médecine dans laquelle sans faire asseoir le consultant elle distribue des médicaments au coup par coup sur des symptômes [...] Par sa présence ou son intervention au moment d'un conflit, le médecin va médicaliser la situation [...] Certains d'entre nous se posent sur le fond la question de savoir s'il vaut mieux un tabassage qu'une piqûre calmante ; le mitard ou des tests psychologiques et une étiquette psychiatrique »*<sup>2</sup>.

*« Leur action [aux médecins pénitentiaires] est destinée à faciliter la bonne marche des établissements beaucoup plus qu'à apporter le bénéfice de leurs soins aux détenus qui les reçoivent. Après l'évasion et l'émeute, le suicide est la forme la plus dure d'agression que le détenu fait subir à l'institution. Pêle-mêle médecins généralistes de garde, psychiatres sont employés à le débusquer à le prévenir [...] Le savoir apporté par le médecin contribue donc à affirmer pour ne pas dire à améliorer la machine à punir dans son projet [...] Dans la médecine pénitentiaire, on ne doit dire à aucun moment que le médecin est embauché par une institution dont le but avoué est une répression punitive sur ses administrés dont elle assure l'entière assistance »*<sup>3</sup>.

Au-delà de la personne d'Antoine Lazarus, dont on a déjà souligné la trajectoire, l'affaire Mirval est un moment important où s'est organisée une réponse collective de la part des militants de la cause carcérale au ministère de la Justice. Elle a permis de rendre visible un ensemble de liens unissant les associations. C'est de cette prise de conscience que toute mobilisation, si elle veut produire des effets durables, doit être collective qu'est en partie née la Coordination syndicale pénale (COSYPE) à la fin des années soixante-dix<sup>4</sup>.

---

<sup>1</sup> « Médecins des prisons : 2ème partie », 1ère chaîne, 24/03/1976, 1 heure, Archives INA.

<sup>2</sup> Dans LIVROZET Serge, *Aujourd'hui, la prison*, Paris, Hachette, Essais, 1976, pp.159-163.

<sup>3</sup> LAZARUS Antoine, « Le médecin pénitentiaire entre deux demandes », *Connexions*, n°20, 1976, pp.64-66.

<sup>4</sup> Cf. Chapitre 4 - Section 1-2 : « L'influence d'une « communauté épistémique réformatrice » sur la politique carcérale : la Coordination syndicale pénale (COSYPE) ».

## ANNEXE 15 : L'INFLUENCE INDIRECTE DE MAI 68 SUR DEUX INTERNES PENITENTIAIRES

A l'écart des spécificités du parcours d'Antoine Lazarus, Mai 68 a influencé indirectement des jeunes internes pénitentiaires n'ayant pas pris part directement aux événements mais pour lesquels cet épisode est un repère symbolique. C'est le cas de cet interne en psychiatrie ayant commencé à travailler aux prisons de Lyon en 1974<sup>1</sup>. Il est rapidement surpris par certaines règles spécifiques au milieu pénitentiaire, comme l'usage de la « fiole »<sup>2</sup> préparée plusieurs heures, voire plusieurs jours à l'avance : « C'est vrai que beaucoup de choses reposaient sur les surveillants. Ils distribuaient les médicaments [...] On leur filait leur bouteille pour la nuit, tout était mélangé là-dedans... enfin... On peut dire tout ce qu'on voudra, sur le plan galénique, on était en dehors de toute règle de prescription habituelle ». Dans sa thèse, ce praticien remarque les résistances qu'oppose l'institution à ce que les détenus bénéficient d'un suivi durable : « On voit là un paradoxe : l'administration pénitentiaire soucieuse de montrer tous les cas suspects résidant dans l'établissement, mais indifférente à leur sort, dès que le transfert a été décidé »<sup>3</sup>. Cet interne est ainsi en proie à d'importants doutes quant la portée thérapeutique que revêt son intervention :

*« On avait des demandes de médicaments pour dormir. On était toujours confronté à cette difficulté là.... à accepter le monde de la prison quoi... Et ça passait surtout par des demandes de somnifères [baisse le ton et ralenti son propos] Et il n'était pas toujours facile de résister à cela... [...] Enfin, pour eux il aurait fallu être anesthésié [...] Mais c'est vrai que la plupart du temps on a l'impression d'être réduit à cette espèce de distribution, de prescription quoi. On avait un rôle de prescripteurs [...] Plus d'une fois c'est vrai qu'on se dit : "Mais qu'est ce qu'on cautionne ? Qu'est ce qu'on cautionne ?" [...] Et ce que je leur apportais quelque chose ? [Silence] Oui, je crois que je leur apportais quelque chose. Que ce soit, comment dire dans une dimension franchement thérapeutique, j'en suis moins sûr. On ne fait pas de psychothérapie en prison ».*

Tenté à plusieurs reprises de démissionner, cet interne trouve un important soutien à travers un groupe lyonnais de professionnels du milieu pénitentiaire servant de lieu d'échange, le GMQP<sup>4</sup>. Il multiplie également les témoignages publics par le biais des groupes locaux d'Amnesty international. Ce rôle de témoignage n'est, d'après lui, pas détachable de la conception qu'il a de sa profession de psychiatre : « Je crois que quand on est professionnel là-dedans, il y a un côté militant ». C'est ce même rôle de « professionnel-militant » qu'il pense aujourd'hui incarner dans le secteur de la géro-psychothérapie, très faiblement reconnu en France. Faisant référence aux ouvrages de Michel Foucault, cet interne n'a pas directement participé aux événements de Mai 68, durant lesquels il avait 20 ans, même s'il établit un lien avec sa trajectoire : « Je fais partie de cette génération qui n'est pas post-68 mais dans la fin

<sup>1</sup> Luc, interne aux prisons de Lyon de 1974 à 1975 puis assistant en psychiatrie au CMPR de 1977 jusqu'en 1984. Aujourd'hui chef de service à l'hôpital du Vinatier. Entretien réalisé le 25/02/2008. Durée : 2H.

<sup>2</sup> La « fiole » est un mode de préparation et de distribution des médicaments propre au monde carcéral apparu durant les années soixante et qui s'est systématisé durant les années soixante-dix suite aux nombreuses tentatives de suicides. Il consistait à diluer tous les médicaments pour un même détenu, et notamment les psychotropes, dans de l'eau et à les mélanger tous ensemble. La fiole, parfois préparée plusieurs jours à l'avance, était distribuée au détenu en cursive et devait être bue devant le surveillant. Ce mode de préparation, également appelée « dilution », apparaîtra progressivement comme l'un des symboles de l'archaïsme de la médecine pénitentiaire du fait du rôle des contraintes carcérales dans l'administration des médicaments.

<sup>3</sup> Luc, *Essai d'approche psychodynamique individuelle et institutionnelle de la relation médico-psychologique en milieu pénitentiaire*, thèse de médecine, université de Lyon, 1976, p.13.

<sup>4</sup> Cf. Chapitre 2 – section 1.2 : « De la revendication du droit à la mobilisation des professionnels de la prison : l'émergence d'un nouveau militantisme carcéral ».



de la queue de la comète. Mais, justement... là où ça se construit, où la pensée s'organise... Où il y a peut-être une espèce d'application de ce qui a été secouée dans cette période là ».

Pour lui, cette confrontation avec l'acquis de Mai 68 s'est exprimée de deux façons. D'une part, par des échanges qu'il a eus avec des amis étudiants à Sciences Po Lyon. D'autre part, par sa rencontre avec le milieu asilaire, lorsqu'il devient en 1970 externe à l'hôpital Saint-Jean de Dieu où il découvre « l'histoire de l'asile du siècle précédent » : « Ce qui s'est déroulé m'a amené à aller voir ailleurs, où ça se jouait, où la confrontation sociale, on va dire, se jouait d'une façon plus ou moins violente. Donc aux urgences et puis ensuite la prison quoi ! C'est comme ça que j'y suis allé quoi ! Ça m'a amené à aller aux marges ! ».

A l'inverse de cet interne pour qui la contestation de Mai 68 semble avoir influencé le choix d'aller exercer en milieu carcéral, Christian a commencé à travailler en prison dès le début de ses études de médecine en 1974, alors en tant qu'infirmier, « par tradition familiale », son père étant directeur de la M.A de Fresnes. Il accorde pour cela beaucoup d'importance aux mutineries, même son père étant « personnellement assez favorable à ce que les choses évoluent » : « Je pense que ça a été salutaire pour la vie carcérale. Je crois que c'était nécessaire »<sup>1</sup>.

Après quelques années, il devient interne à La Santé où il est rapidement choqué du « mépris » du personnel médical à l'égard des demandes des détenus : « C'est-à-dire qu'on a vite fait de catégoriser les gens en simulateurs, en baratineurs [...] "Vous savez on en a déjà entendu parler de celui-là !" ». Et puis on le revoit pas pendant un mois, des petites mesures comme ça de rétorsion ou de rejet, ça c'étaient des choses fréquentes de la part de certaines personnes ». Il est surtout confronté à la mauvaise foi de certains surveillants avec lesquels il connaît des altercations au sujet de la sortie du mitard ou des hospitalisations d'urgence qui lui valent ce qu'il considère être des mesures de rétorsion à son égard :

*« C'étaient des petites choses mais on vous demande de vous déplacer à trois heures du matin pour une bricole. Bon... Et à côté de ça, quand on demande à ce qu'une surveillance particulière soit faite pour un détenu, comme par hasard la surveillance n'est pas faite. Et puis quand vous êtes dans votre chambre d'interne, à l'autre bout de la détention, on peut vous raconter n'importe quoi, vous ne saurez jamais ce qu'il s'est passé. Donc des fois, les gens ne vont pas bien... et puis des fois ils meurent. Et quand vous avez l'impression qu'on vous a sollicité juste trop tard pour que vous puissiez ne rien faire... c'est un peu chaud ! Et ça, ça arrive, c'est sûr ! [...] J'ai le souvenir d'avoir tenté de ranimer au bouche à bouche quelqu'un à La Santé. Euh... je pense que j'ai été appelé juste trop tard. J'en suis convaincu ! ».*

Après avoir tenté d'alerter l'Administration pénitentiaire à plusieurs reprises, il démissionne, constatant « que des actes délibérés de malveillance ont été commis à l'encontre de certaines personnes du service médical, visant à déconsidérer leur exercice professionnel ; que la pratique de la langue de bois exclut toute possibilité de confiance indispensable à des relations professionnelles normales entre le service médical et l'encadrement administratif à la M.A »<sup>2</sup>. Si son envie de travailler en milieu carcéral ne peut être imputé à Mai 68, sa remise en cause de la hiérarchie et son appréhension globale de la santé des détenus ne semblent pas sans lien avec la « remise en question des pouvoirs établis » que représente à ses yeux les événements de Mai et dont il conserve un souvenir très personnel :

*« Ça avait pris une forme un peu particulière pour moi. C'est une anecdote. J'étais en première et j'avais redoublé ma première. Et j'ai eu deux ans de suite le même prof de français, qui était une femme sûrement proche de l'âge de la retraite. Et curieusement... Curieusement parce que c'est assez*

<sup>1</sup> Julien, infirmier à Fresnes de 1974 à 1976 puis interne à La Santé de 1977 à 1978 puis médecin à Bois d'Arcy de 1981 à 1987. Entretien réalisé le 16/01/2008. Durée : 3H.

<sup>2</sup> Lettre de démission du médecin de Bois-d'Arcy au directeur de la M.A datée du 20/01/1987 (CAC. 19940511. Art.87).

*rare de voir des gens accepter une telle remise en question. C'était quelqu'un qui était absolument rigide la première année. Qui assénait ses trucs, il fallait se plier, on n'avait pas le droit de l'ouvrir... Et Mai 68 est passé. Je suppose qu'elle a réfléchi... Et l'année suivante, elle a complètement bouleversé sa façon de procéder. C'était dans l'échange, dans la stimulation... On a établi des règles communes. J'ai l'impression que ça a permis à des personnes de s'ouvrir à d'autres modes de fonctionnement. Personnellement, au plan familial, j'ai l'impression que ça s'est également passé comme ça aussi [...] Cet espèce de besoin de penser les choses de façon actuelle. Je pense que c'est un mouvement qui a autorisé des personnes qui fonctionnaient sur des habitudes et que ça les a autorisé à envisager autre chose dans leur façon de procéder. Mai 68 je l'ai vécu comme ça ».*

Ce dernier exemple, apparemment anodin, souligne réappropriations et effets que la période de Mai 68 a pu avoir sur les praticiens exerçant en prison. Bien sur établir une relation de causalité stricte apparaît impossible, à l'exception de quelques individus comme Antoine Lazarus, tant les éléments biographiques s'entremêlent. C'est pourquoi, il est préférable d'évoquer l'influence indirecte, dont on ne peut mesurer l'importance exacte, qu'ont eue les « années 68 » sur la trajectoire de ces praticiens.

## ANNEXE 16 : LES CRAINTES DE LA PENITENTIAIRE FACE A UN REGARD MEDICAL EXTERIEUR : LES PREMIERES INFIRMIERES CROIX-ROUGE EN DETENTION

A la Libération, les soins aux détenus sont essentiellement le fait de médecins et infirmiers eux-mêmes incarcérés. C'est pourquoi la circulaire du garde des Sceaux du 30 mai 1945 créant une infirmerie dans chaque établissement via l'aide de la Croix rouge française (CRF) est différemment appréciée par les directeurs pénitentiaires selon les établissements<sup>1</sup>. Tandis que le responsable des Baumettes estime que « la présence d'une infirmière de la Croix Rouge à cet établissement ne se fait pas sentir actuellement, en raison du grand nombre de médecins détenus qui sont actuellement employés à l'infirmerie », le surveillant-chef de la M.A de Nice considère avec l'accord du médecin que le personnel en place est suffisant: « Afin d'éviter tout trafic, il pense qu'il y a lieu d'éviter autant que possible que des personnes étrangères à l'Administration pénètrent dans l'Etablissement »<sup>2</sup>.

Face à ces réticences, l'Administration pénitentiaire impose parfois, quand elle le juge nécessaire, l'intervention d'infirmières de la CRF sans l'accord du chef d'établissement<sup>3</sup>. Cet embryon de dispositif soignant se heurte cependant à des problèmes budgétaires. Une forte diminution des crédits de la CRF à compter de 1948 oblige l'Administration pénitentiaire de rémunérer à la vacation ces infirmières<sup>4</sup>. La DAP demande même parfois que les infirmières CRF interviennent à titre bénévole. Si l'Administration est progressivement amenée à vouloir constituer un corps spécifique d'infirmières ayant un statut pénitentiaire<sup>5</sup> c'est, outre cette raison budgétaire, parce qu'elle supporte mal la présence de personnels extérieurs dans ses murs.

Déjà lors de l'élaboration de la circulaire du 30 mai 1945 prévoyant la collaboration de la CRF, le directeur du service sanitaire des prisons de la CRF, le Dr Duhamel, interrogé sur le statut des infirmières, estimait qu'il est « inutile de rajouter quoi que ce soit à cet accord, qui pourrait placer ces infirmières sous une autre autorité que la nôtre »<sup>6</sup>. Le statut des infirmières est abordé en 1946 au cours d'une réunion au cours de laquelle le Directeur Paul Amor évoque la proposition que toute l'organisation du sanatorium de Liancourt soit sous la responsabilité de la CRF, « l'Administration Pénitentiaire se contentant de payer les dépenses »<sup>7</sup>. Jean Pinatel, Inspecteur des services administratifs, rétorque alors que la DAP « détient une partie importante de la puissance publique. Il lui est impossible de la déléguer à

---

<sup>1</sup> La rémunération des infirmières est à la charge de la CRF tandis que les fournitures d'ordre matériel sont réglées par l'Administration (« Infirmières », circulaire à M.M. les Directeurs régionaux, Paris, 30 mai 1945).

<sup>2</sup> Lettre du DRSP de Marseille adressée au 2<sup>ème</sup> bureau de l'application des peines de la DAP datée du 27/07/1945 (CAC. 19960279, art.19 (extrait) : dossier n°62 : infirmières, 1945-1951)

<sup>3</sup> Au sujet du Camp pénitentiaire d'Ecrouves, la CRF relate la visite de sa délégation départementale s'étant vu répondre au sujet de la mise en place d'une infirmerie « que le Directeur lui-même, n'en voyait pas la nécessité, ni la possibilité ». Le Bureau de l'application des peines répond alors à la CRF qu'« il n'y aura pas de tenir compte de certaines objections présentes sur le plan local » (Lettre de la CRF au Bureau de l'application des peines de la DAP datée du 14/08/1947 et lettre du Bureau de l'application des peines de la DAP à la CRF datée du 7/11/1947. CAC. 19960279, art.19 (extrait))

<sup>4</sup> « Conseil Supérieur de l'Administration Pénitentiaire. Séance du jeudi 30/01/1947 », *RPDP*, 04/1947, p.168.

<sup>5</sup> Cette tentative se heurte toutefois à un problème budgétaire puisqu'en 1946 on compte 30 infirmières pénitentiaires contre 157 infirmières CRF, et en 1950 18 pénitentiaires contre 201 CRF..

<sup>6</sup> Lettre du directeur du service sanitaire des prisons de la CRF au Bureau de l'application des peines datée du 19/10/1945 (CAC. 19960279, art.22. Dossier n°72 : commission de la santé publique).

<sup>7</sup> Compte rendu de la réunion consacrée à l'établissement de Liancourt au sein de la commission interministérielle du 7/05/1946 (CAC. 19960279, art.22. Dossier n°72 : commission de la santé publique).

un organisme privé. Il faut que tout le fonctionnement du sanatorium reste sous son contrôle ».

La question de l'autonomie hiérarchique de ces infirmières est renouvelée à mesure que celles-ci rendent compte de leur activité en détention auprès du siège de la CRF<sup>1</sup>. La lettre de transmission de la CRF adressant à la DAP les rapports de l'année 1950 comporte ainsi une inscription manuscrite qui atteste de la préoccupation de l'Administration pénitentiaire : « M. Cannat. Je me demande s'il est normal que la Croix Rouge –organisme privé – puisse poser des questionnaires à un infirmier sur des questions qui ne sont pas en rapport avec leur service. Il y a même des imprimés ! »<sup>2</sup>. Dans sa réponse adressée au directeur de la CRF, le Directeur de la Pénitenciaire rappelle les limites de la mission confiée à cette association :

*« Certains de ces rapports sont rédigés sur des imprimés et font état des effectifs des détenus, du régime alimentaire, de l'état sanitaire, du travail pénal, etc. [...] Il me paraît donc préférable qu'à l'avenir les infirmières et assistantes sociales de la Croix Rouge en fonction dans les prisons se bornent à indiquer dans leurs rapports ce qui a trait au seul fonctionnement de leur service. Ce serait d'ailleurs de nature à éviter des conflits entre ces personnes et les chefs d'établissements »*<sup>3</sup>.

Ce même problème de la présence d'un regard extérieur à l'Administration pénitentiaire se pose à la même époque du fait de l'aide apportée par le ministère de la Santé publique. Celui-ci accepte à la demande du ministère de la Justice de prendre en charge le dépistage de la tuberculose<sup>4</sup> ainsi que la lutte contre les maladies vénériennes<sup>5</sup>. En contrepartie, le ministère de la Santé publique demande à ce que les Inspecteurs de la Santé puissent avoir accès aux prisons<sup>6</sup>, ce à quoi semblent hostiles les magistrats de l'Administration pénitentiaire. M. Cannat précise au cours d'une réunion que ces inspections « pourraient donner lieu à des conflits avec les médecins-chefs des établissements pénitentiaires » et qu'il n'est « d'aucune utilité pour l'Administration Pénitentiaire de recevoir des rapports supplémentaires concernant l'état sanitaire des prisons »<sup>7</sup>. Un *modus vivendi* est cependant trouvé durant la réunion : l'intervention des médecins inspecteurs est tolérée à condition que celle-ci ait pour but de soutenir l'Administration. « Il y a surtout lieu *d'agir* sur place et de rendre compte après » résume alors Paul Amor. Une circulaire souligne ainsi que ces « visites » devront être faites « non dans un esprit de contrôle technique, mais dans le but de réaliser pratiquement, et en complète coopération, les améliorations nécessaires dans ce qui concerne la salubrité des locaux, l'état sanitaire des détenus, l'organisation des Infirmeries et la fourniture du matériel et des médicaments nécessaires »<sup>8</sup>.

---

<sup>1</sup> On trouve parmi les dossiers de carrière de la CRF des comptes rendus effectués par les infirmières- assistantes sociales de la Croix Rouge de l'établissement. Leur régularité, trimestrielle ou semestrielle, mais surtout leurs formes sont hétérogènes bien qu'un questionnaire imprimé a été élaboré par la CRF mais peu d'infirmières semblent en disposer.

<sup>2</sup> Lettre de la CRF à la DAP transmettant les rapports des infirmières de l'année 1950 et datée du 28/05/1951 (CAC. 19960279, art.19 (extrait)).

<sup>3</sup> Une version antérieure du courrier daté du 13 juillet demandait à ce que ces rapports soient « adressés par la voie hiérarchique des Directeurs de circonscription pénitentiaire, par toutes les assistantes sociales d'établissement pénitentiaire, quel que soit leur mode de rémunération » (Lettre du DAP, Charles Germain, adressé au Directeur de la CRF datée du 19/07/1951 CAC. 19960279, art.19 (extrait)).

<sup>4</sup> « Détenus tuberculeux », circulaire du 20 juin 1947, Paris, dans *RPDP*, 01-02-03/1947, p.99.

<sup>5</sup> En vertu de la loi du 18 août 1948 ainsi que de la circulaire du 13 janvier 1949, le Directeur départemental de la Santé est chargé, en concertation avec le préfet, de mettre en place les soins antivénériens des détenus, déchargeant ainsi les médecins et infirmières pénitentiaires de cette responsabilité (*RSCDP*, 1949, n°2, pp.455-456).

<sup>6</sup> Lettre de la Direction de la Santé à la DAP datée du 27/07/1945 (CAC. 19960279, art.22. Dossier n°72 : commission de la santé publique).

<sup>7</sup> « Commission interministérielle de l'hygiène dans les établissements pénitentiaires », compte-rendu de la réunion du 17 décembre 1945, dans *RPDP*, 01-02-03/1947, p.94.

<sup>8</sup> « État sanitaire des prisons », circulaire du directeur de l'administration pénitentiaire, Paris, 6 mars 1946.

Peut-être afin de limiter le risque d'une inspection externe trop critique, le ministère de la Justice entame des « pourparlers » avec le ministère de la Santé Publique en vue du détachement à la DAP d'un médecin qui aura le titre de « Médecin Inspecteur Général »<sup>1</sup>. En septembre 1946, un médecin-inspecteur est mis à disposition de l'Administration pénitentiaire. Mais la collaboration se heurte très rapidement à l'opposition manifeste des chefs d'établissement et l'inspecteur médical cesse ses fonctions. A partir de 1949, l'Inspection générale de l'administration, rattaché au ministère de l'Intérieur, intègre à ses visites des établissements pénitentiaires une dimension sanitaire rendant inutile tout contrôle extérieur. La mise en place à la fin des années cinquante d'un Médecin-inspecteur ayant un statut pénitentiaire met fin à tout projet de contrôle extérieur<sup>2</sup>. C'est dans ces conditions qu'est nommé Georges Fully.

---

<sup>1</sup> « Conseil Supérieur de l'Administration Pénitentiaire. Séance du jeudi 30 janvier 1947 », *RPDP*, 04-05-06/1947, pp.170-171.

<sup>2</sup> En atteste la réponse du garde des Sceaux en 1957 à une proposition de la CRF d'instaurer des visites semestrielles des Directrices des Bureaux des Infirmières des Conseils Départementaux : « J'ai l'honneur de vous remercier vivement de cette proposition, mais je ne pense pas qu'il y ait lieu de lui donner suite pour l'instant. En effet, l'organisation d'une inspection médicale est actuellement à l'étude et paraît susceptible d'aboutir à bref délai » (Lettre du garde des Sceaux, Robert Lecourt, au Président de la CRF datée du 21/12/1957. CAC. 19960136, art.3 (extrait : A.441) : inspection médicale, 1960-1969).

## **ANNEXE 17 : LES HOSPITALISATIONS CIVILES : CAUSE ET OBSTACLE AU « DECLOISONNEMENT TOTAL » DE LA MEDECINE PENITENTIAIRE**

Les hospitalisations ont depuis longtemps posé de nombreuses difficultés à l'Administration pénitentiaire. C'est néanmoins au début des années soixante, dans le cadre de la guerre d'Algérie, que ce phénomène prend davantage d'ampleur avec les évasions d'« activistes » hospitalisés, comme en atteste une circulaire adressée le 6 octobre 1961 aux préfets et aux Directeurs régionaux des services pénitentiaires (DRSP) : « Plusieurs détenus incarcérés pour des faits d'atteinte à la sûreté de l'Etat ont réussi à s'évader au cours de leur hospitalisation [...] L'hospitalisation, c'est à dire l'envoi d'un détenu dans un service hospitalier non pénitentiaire, ne doit donc être que tout à fait exceptionnelle [...] Les extractions pour consultation ou soins dans un service hospitalier non pénitentiaires doivent également être réduites dans toute la mesure du possible »<sup>1</sup>. Pour lutter contre les « hospitalisations abusives », des rappels à l'ordre sont adressés aux directeurs d'établissement, seuls aptes à habilitier ces « extractions »<sup>2</sup>. Constatant le « nombre élevé » d'hospitalisations à la M.A de Châlons-sur-Marne, le responsable du Bureau de la détention enjoint le DRSP de Lille d'« appeler l'attention du médecin sur les inconvénients à procéder à des hospitalisations qui ne seraient pas absolument indispensables »<sup>3</sup>.

En cas de blocage persistant, la situation est portée à la connaissance du directeur de l'Administration pénitentiaire, témoignant ainsi de l'importance accordée à ce problème. Le Bureau de l'application des peines alerte ainsi dans une note du 16 janvier 1962 le DAP au sujet d'« hospitalisations abusives de détenus activistes » à la M.A de Bayonne : « Je croyais devoir appeler à nouveau votre attention sur la situation qui se prolonge et s'amplifie à un point tel qu'elle devient dangereuse, et qu'elle constitue en tous cas un scandale. Je ne suis pas médecin mais je peux affirmer que, pour qu'un détenu soit hospitalisé à Bayonne, il faut et il suffit qu'il s'agisse d'un activiste »<sup>4</sup>. Pour limiter les hospitalisations coûteuses, le ministère de la Justice privilégie les procédures d'admission à l'Hôpital de Fresnes<sup>5</sup>. Ces dernières ne sont cependant pas sans poser problèmes, du fait de son encombrement mais surtout des distances à parcourir. Lors du premier congrès de médecine pénitentiaires, les praticiens estiment ainsi « plus intéressant de créer des quartiers pénitentiaires dans les hôpitaux régionaux disposant de toute l'infrastructure technique d'un hôpital moderne »<sup>6</sup>.

---

<sup>1</sup> Circulaire Justice, Intérieur, Armées, Santé du 6/10/1961 sur l'« hospitalisation et conduite à une consultation dans un service hospitalier des détenus de la catégorie A » (CAC. 19960279. Art.121. Dossier M.404 : « Mesures en vue d'éviter les abus d'hospitalisation »).

<sup>2</sup> Les « extractions » désignent d'après le Code de procédure pénale le fait d'escorter le détenu à l'extérieur de l'établissement, soit pour les besoins de l'instruction judiciaire, soit pour des examens médicaux. Du fait de l'importante charge de travail que cela représente, les extractions ont toujours été un sujet litigieux entre la police qui en a la charge et l'Administration pénitentiaire. Cette dernière s'est vue confiée cette mission depuis la Loppsi 2 votée en 2010.

<sup>3</sup> Note du 27/10/1962 adressée par le responsable du Bureau de la détention au Directeur régional des services pénitentiaires de Lille (CAC. 19960136. Art.123. Dossier M.456 « Hospitalisations civiles »).

<sup>4</sup> Note du 16/01/1962 du Bureau de l'application des peines au DAP au sujet d'« hospitalisations abusives de détenus activistes » à la M.A de Bayonne (CAC. 19960279. Art.121. Dossier M.404).

<sup>5</sup> En 1971, le prix d'une journée en chirurgie générale dans un hôpital civil était de 212 francs contre 40 francs à l'hôpital de Fresnes (DAP, *Rapport d'exercice 1971*, p.69).

<sup>6</sup> DAP, *Le service médical en milieu pénitentiaire*, op.cit., p.32.

Le problème devient plus aigu au milieu des années soixante-dix. Outre les problèmes de garde, les « hospitalisations civiles », qui représentent en 1977 60% des hospitalisations de détenus (le reste étant réalisé dans les « hôpitaux pénitentiaires » de Fresnes et des Baumettes), soit environ 3.000 par an, présentent l'inconvénient d'être coûteuses pour le ministère de la Justice<sup>1</sup>. L'attitude de l'Administration pénitentiaire à l'égard des praticiens se durcit, notamment sous l'action de Solange Troisier désireuse de faire assimiler les contraintes pénitentiaires aux médecins placés sous sa responsabilité. Lors du congrès de 1975, elle déclare, en s'adressant à un représentant du ministère de l'Intérieur, « [s]'engager, dans la mesure de nos possibilités, à restreindre nos hospitalisations en milieu ouvert en favorisant celles-ci en milieu pénitentiaire » : « Naturellement, hospitalisation implique surveillance et sécurité. Et nous avons à l'heure actuelle, un peu dans tous ces hôpitaux de la région parisienne, des détenus envoyés sans discrimination autre qu'un "copinage" ou qu'une place vacante. Dès qu'un détenu est hospitalisé, cela implique au minimum 6 agents de police mobilisés dans des conditions désagréables pour eux et pour le personnel médical. Et je sais, Monsieur le préfet, que, comme tous vos collègues, vous ne nous aimez guère avec nos détenus envahissants »<sup>2</sup>.

Son activité de recherche et d'enseignement lui permettent de rappeler aux praticiens les exigences de l'Administration pénitentiaire. Une thèse soutenue sous sa direction rappelle ainsi que « l'hospitalisation en milieu libre ne peut être que l'exception et n'a lieu qu'en cas de nécessité absolue [...] Ne pas hospitaliser en milieu civil, c'est éviter la friction entre police et médecins, c'est respecter la santé du détenu tout en évitant les problèmes de sécurité et de la garde à vue »<sup>3</sup>.

Les inspections de Solange Troisier sont également l'occasion de noter la bonne observance des médecins du règlement en la matière. Dans un rapport sur la M.A de Nice, elle se félicite de l'attitude du médecin-chef dont elle propose l'augmentation : « Les hospitalisations ont diminué de ¾. Le Dr X est en effet un excellent praticien, conscient et responsable »<sup>4</sup>. A l'inverse elle demande le licenciement du médecin de la M.A de Bastia accusé de trop prescrire d'hospitalisation du fait de l'absence de cabinet dentaire et d'appareil de radioscopie<sup>5</sup>. « Il ne fait que des stupidités. J'avais demandé son remplacement et c'est vraiment urgent », demande Solange Troisier à la responsable du Bureau du personnel<sup>6</sup>. Les efforts du Médecin-inspecteur semblent porter leurs fruits comme en témoigne la baisse du nombre d'hospitalisations, observée par exemple à Clermont-Ferrand, due principalement à une plus grande orientation des détenus vers l'Hôpital de Fresnes<sup>7</sup>.

Ainsi, si le coût et les contraintes en matière d'hospitalisations constituent l'un des arguments évoqués en faveur du « décroisement » de la médecine pénitentiaire, ils représentent également l'une des raisons pour lesquelles l'Administration pénitentiaire demeure désireuse de conserver le contrôle en matière de santé, repoussant le projet d'un « décroisement total ».

---

<sup>1</sup> « La médecine en milieu pénitentiaire », cours de l'ENAP, 22/11/1978, pp.22-23. Archives internes DAP.

<sup>2</sup> DAP, *Deuxièmes journées européennes de médecine pénitentiaire*, op.cit., pp.18-19.

<sup>3</sup> LALONDELLE Joël, *Travail de l'interne à la maison d'arrêt de la Santé et aspects de la médecine en milieu carcéral*, thèse de médecine, Paris Cochin Port-Royal, 1981, p.43.

<sup>4</sup> Compte rendu de visite de Solange Troisier à la M.A de Nice du 28 /09/1977, document 2 pages daté du 6/10/1977 (CAC. 19940511. Art.87.)

<sup>5</sup> Lettre du chef de la M.A de Bastia au DRSP de Marseille datée du 11/02/1979 (CAC. 19830701. Art.482).

<sup>6</sup> Lettre de Solange Troisier à Mme Lalle datée du 9/05/1979 (CAC. 19830701. Art.482).

<sup>7</sup> GUION Pascale, *L'hospitalisation des détenus : législation et aspect médical*, thèse de médecine, Faculté de Lyon, 1983, p.112.

## ANNEXE 18 : LE REGARD DESENCHANTE D'UN INTERNE EN PSYCHIATRIE SUR L'UTILITE DE SA PRESENCE EN MILIEU CARCERAL

Philippe Bacquias a travaillé un an en 1976 comme interne au CMPR de la M.A de Fleury qui est alors très bien doté en personnel puisqu'on y trouve un médecin-chef, le Dr Jacques Mérot, un adjoint, quatre internes, des infirmières diplômées et des aides-soignants. Malgré ces conditions de travail favorables qui lui permettent de réaliser des consultations de quarante-cinq minutes alors que la plupart de ses collègues disposent de moins d'un quart d'heure, le Dr Philippe Bacquias livre dans sa thèse un regard pessimiste sur l'intervention des psychiatres en milieu carcéral<sup>1</sup>. En voici quelques extraits :

*« Si cette expérience démontre l'aspect essentiellement répressif du projet pénitentiaire actuel de cette Maison d'Arrêt, inscrit dans ses structures mêmes, ainsi que l'effet à l'évidence nocif sur l'évolution du délinquant de l'incarcération dans de telles conditions, elle nous interroge sur la validité d'un désir thérapeutique, et ses modalités de mise en œuvre, dans une institution qui globalement le refuse [...] En pratique, nous avons une trentaine de détenus en permanence, bien connus de nous, "liés" à la consultation et suivis régulièrement avec une fréquence variable [...] Nous tentions de permettre que s'exprime librement l'anxiété durant un entretien suffisamment long (3/4 heure). Nous pouvions constater d'ailleurs, au cours de celui-ci, une sédation notable de l'angoisse [...] Mais derrière une plainte, nous voulions souvent faire éclore une autre demande, rattacher le symptôme à une souffrance plus globale et lui donner un sens qui s'inscrirait dans l'Histoire et la personnalité de notre interlocuteur, permettre au demandeur de parler de ce que, nous n'en doutions pas, il ne demanderait qu'à dire. Ce n'était qu'illusion, désir d'appliquer un schéma connu et surtout méconnaissance de la situation carcérale [...]*

*Qu'est-ce qu'un entretien par semaine dans un monde où l'on est affronté à sa solitude plus de 21h sur 24 dans une ambiance hostile ? Il est certain que nos entretiens, qui tentaient de "sortir" artificiellement la discussion de son cadre carcéral en explorant un passé que l'on obligeait notre interlocuteur à prendre en compte, avec l'élaboration d'un présent et d'un futur, ne pouvaient que se heurter à un échec [...] Les écueils sont évidents : notre position institutionnelle empêche toute relation "transférentielle" ; la demande du détenu n'est pas a priori une souffrance de malade. Son "symptôme" n'est pas immédiatement lié à un processus morbide, mais à la situation carcérale elle-même, et ne renvoie qu'à elle [...] Notre activité nous paraît peu thérapeutique au sens d'un traitement sur le fond qui pourrait éventuellement permettre à certains, dont la délinquance s'intègre à une problématique qui les submerge, d'en prendre conscience. Notre activité nous apparaît dispersée, ponctuelle, purement symptomatique, agissant à un niveau superficiel. Nous avons le sentiment d'"assister" le détenu dans une lutte contre son effondrement, en assistant impuissants à sa dégradation et au renforcement, parfois évident, d'attitudes et de conduites qui le ramèneront tôt ou tard en détention [...]*

*Nous voudrions tenter de cerner le malaise qui fut le nôtre en permanence dans le rôle que nous tenions et, à travers, la critique de celui-ci, interroger la fonction du psychiatre. L'institution carcérale attend du psychiatre qu'il joue le rôle classique d'"auxiliaire de justice" [...] Ce qui a amené l'implantation du service psychiatrique à Fleury-Mérogis, c'est la survenue de problèmes ou d'incidents qui, par leur nature, leur abondance ou leur nouveauté, ne semblaient plus pouvoir être résolus par l'institution carcérale. L'administration vit ainsi dans la hantise des suicides et de leur répercussion dans l'opinion publique. Le psychiatre devra, de par sa compétence, dépister les "suicidaires" et prévenir les suicides. S'ils surviennent, il en endossera la responsabilité : "Si le psychiatre n'avait rien vu, ce n'est pas nous qui.....". Mais cela semble surtout avoir une importance purement formelle : on ne se demande pas si le psychiatre sait ou peut vraiment. L'important est d'être "couvert" ; phénomène que l'on retrouve actuellement ailleurs : ainsi, l'interne de médecine qui se refuse à laisser sortir de son service une "TS" tant qu'"elle n'a pas vu le psychiatre". L'important semble être de vouloir se dégager de toute responsabilité morale et administrative, en*

---

<sup>1</sup> BACQUIAS Philippe, *Pratique d'une psychiatrie quotidienne en milieu carcéral. A propos d'une expérience de consultation psychiatrique dans un bâtiment de jeunes détenus à la M.A de Fleury-Mérogis*, thèse de médecine, sous la direction du Pr Duché, faculté de médecine Pitié-Salpêtrière, Paris VI, 1977.



*invoquant la toute-puissance magique d'un personnage qui permettra d'annuler l'angoisse de l'affrontement de la mort. Les moyens mis à la disposition du psychiatre sont d'ailleurs limités : placement en cellule triplée [trois codétenus], mise au travail, transfert au CMPR. Chacun continue de croire, sans y croire, que le seul fait d'"être vu" par le psychiatre constitue une garantie réelle, puisque la garantie formelle est acquise. D'où l'"urgence" des demandes venant de l'administration et la priorité qui lui est donnée [...]*

*Le psychiatre n'est pas sollicité uniquement dans une perspective de dépistage des "suicidaires" : il l'est également pour tous les "cas problèmes" (agités, violents, revendicants en tous genres) [...] La formule "demandez au psychiatre !" nous apparaissait alors comme une dérobade. Cela peut ressembler parfois à un déplacement implicite de l'agressivité et de la revendication des détenus vers le psychiatre. Ainsi, devrions-nous prendre à notre compte la souffrance, la violence et la mort qu'une institution ne peut plus voir survenir ni assumer, bien qu'elle veuille continuer d'exercer une attitude purement répressive [...] Le psychiatre, dont certains pourraient croire le pouvoir impressionnant, n'est en fait qu'"tête couronnée qui ne règne pas". Placé en pivot entre deux groupes, nous ne sommes qu'un rouage que chacun essaye de faire tourner à son avantage [...] Notre désir de délimiter un espace psychothérapeutique s'est révélé un échec. Est-il possible de faire coexister un désir thérapeutique dans une institution répressive ? ».*

Ces propos attestent, de façon claire et mesurée et *a priori* en dehors de toute perspective politique, des doutes qui agitent certains psychiatres quant à l'utilité de leur intervention en milieu carcéral. Ils permettent surtout de questionner l'ambiguïté de la position de ces professionnels coincés entre leur mission de soignant, la fonction légitimante qui en est fait par la Pénitenciaire et l'instrumentalisation qu'en ont certains détenus.

## **ANNEXE 19 : L'OBSTACLE RECURRENT DE LA REMUNERATION DANS LE PROJET DE LA CREATION D'UN CORPS DES SOIGNANTS PENITENTIAIRES**

Dès la Libération, l'Administration se heurte à de fortes contraintes budgétaires dans sa tentative de constituer un corps médical pénitentiaire. La faiblesse des rémunérations est notamment à l'origine de « grandes difficultés dans le recrutement des infirmières »<sup>1</sup>, dont le nombre évolue peu (soixante sept contractuelles en 1958 contre trente en 1946)<sup>2</sup>. Le ministère de la Justice a alors largement recours aux infirmières vacataires de la Croix Rouge (deux cent une en 1950). La difficulté à embaucher des infirmières pénitentiaires s'aggrave durant les années soixante comme en atteste le rapport d'activité de 1965 : « Le recrutement de ces personnels souffre énormément des conditions pécuniaires qui leur sont offertes, surtout lorsqu'on les compare à celles en vigueur dans le secteur public ou semi-public. C'est ainsi qu'une dizaine de postes n'ont pas pu être pourvus faute de candidats »<sup>3</sup>.

Aux problèmes de recrutement s'ajoutent plusieurs démissions d'infirmières mécontentes aussi bien de leur salaire que de leurs conditions de travail<sup>4</sup>. Dans une lettre adressée au Médecin-inspecteur, le médecin-chef de l'Hôpital de Fresnes souligne les répercussions du sous-effectif au sein de ses services : « Mme Bienvenu, notre panseuse offre également sa démission car elle ne peut faire face seule aux exigences des chirurgiens en salle d'opération [...] Voilà quinze jours nous avons eu une chaude alerte avec le réveil d'un opéré non surveillé par manque de personnel. C'est un miracle que l'anesthésiste et le chirurgien aient récupéré ce malade [...] Toutes ces doléances revêtent à mes yeux une importance telle que si satisfaction ne m'était pas donnée je me verrais contraint d'abandonner moi-même la direction des services »<sup>5</sup>. Pour faire face au manque de personnel, la DAP est une fois de plus contrainte de recourir aux services de la Croix-Rouge française qui facture ses prestations de façon beaucoup plus onéreuse<sup>6</sup>. Le ministère de la Justice envisage alors, d'une part, d'assimiler les infirmières pénitentiaires, jusque-là considérées comme celles de dispensaires, à celles employées dans les établissements hospitaliers et, d'autre part, d'obtenir la création du grade d'infirmière-chef.

Le problème touche avec autant d'acuité les médecins pénitentiaires qui, par la voix de leur syndicat, conteste et fait annuler, par un recours auprès du Conseil d'Etat, certaines dispositions de l'arrêté du 31 janvier 1962 fixant le prix des rémunérations allouées aux praticiens. Constatant le « malaise ressenti par le corps médical », l'Administration remarque que « les rémunérations allouées aux praticiens demeurent très insuffisantes et il n'a pu, cette année encore, être procédé qu'à des réajustements de détail en faveur des médecins les moins favorisés »<sup>7</sup>. Les rapports d'activité confirment l'importance que les services pénitentiaires consacrent aux questions de la rémunération et du sous-effectif : « L'effectif du personnel sanitaire doit être augmenté rapidement et ce personnel doit bénéficier d'un statut comparable à celui existant dans les autres formations sanitaires nationales. Si ces conditions ne sont pas

---

<sup>1</sup> « Conseil Supérieur de l'Administration Pénitentiaire », dans *RPDP*, 04-05-06/1948, p.158.

<sup>2</sup> FAUGERON Claude, LE BOULAIRE Jean-Michel, « La création du service social des prisons... », *art.cit.*, p.355.

<sup>3</sup> DAP, « Rapport général pour l'année 1965 », *art.cit.*, p.789.

<sup>4</sup> Cf. Lettre de démission de Mme Pelou, infirmière-chef au Médecin-inspecteur G. Fully, 17/03/1966 (CAC. 19960136. Art. 112. (E4580). M 11 : Personnel sanitaire)

<sup>5</sup> Lettre du Dr Petit au Médecin-inspecteur G. Fully, 28/03/1966 (CAC. 19960136. Art. 112. M 11).

<sup>6</sup> DAP, « Rapport général pour l'année 1965 », *art.cit.*, p.789.

<sup>7</sup> DAP, « Rapport général pour l'année 1964 », *art.cit.*, p.586.

remplies, le service de santé des prisons va au devant d'une crise grave qu'il faut éviter à tout prix sous peine de porter atteinte à l'esprit même de la réforme pénitentiaire »<sup>1</sup>. Le ton alarmiste des notes adressées par le Médecin-inspecteur à sa hiérarchie témoigne également de la mesure du problème :

*« La situation actuelle devient de plus en plus difficile et peut être considérée sans exagération comme dramatique. La pénurie de nos moyens actuels, tant en ce qui concerne la rémunération du personnel médical que l'augmentation en nombre du personnel infirmier est telle que les soins sont difficilement assurés et que la vie même des détenus est en danger dans certains cas. De plus, le mécontentement qui existe déjà depuis longtemps chez les médecins pénitentiaires va grandissant. Le rythme des démissions s'accroît, le recrutement est très difficile et il n'est pas exclu de penser à un prochain mouvement revendicatif qui pourrait se faire sous la forme d'une grève des soins »<sup>2</sup>.*

En dépit de ces alertes, la rémunération des médecins évolue peu puisque l'arrêté du 31/01/1962 susmentionné n'est modifié qu'en 1974 (arrêté du 1/02/1974), date à laquelle le prix des vacations est aligné sur celui des médecins des services de prévention auquel se réfèrent les autres administrations pour des activités relevant de la médecine du travail<sup>3</sup>. Malgré deux nouvelles revalorisations (arrêtés du 1/09/1975, 20/10/1977), les difficultés de recrutement persistent, comme le constate une note de l'Administration pénitentiaire qui envisage de réformer leur mode de traitement : « Si la revalorisation périodique constitue un progrès sensible, il n'en demeure pas moins vrai que les taux actuellement en vigueur sont nettement insuffisants compte tenu de l'importance des tâches qui sont dévolues aux médecins en milieu pénitentiaire. [...] Il est donc de la plus haute importance que soit revalorisée leur rémunération en s'orientant vers la mise en place d'une nouvelle échelle de tarifs applicables à une médecine de soins et non plus préventive »<sup>4</sup>.

Les autres professions médicales demeurent largement sous-payées comme le souligne une thèse de médecine carcérale. Les pharmaciens touchent une « indemnité forfaitaire annuelle dérisoire » comprise entre 1.500 et 3.100 francs par an, somme revalorisée de 65% en 1978<sup>5</sup>. Les chirurgiens-dentistes, payés selon un mode très complexe, « font presque du bénévolat »<sup>6</sup>. Malgré une revalorisation de 46% en 1973, les internes de première et de deuxième année perçoivent 1.960 francs par mois pour 140 heures, soit un salaire horaire de 13,80 francs de l'heure (contre 16 francs pour une femme de ménage à la même époque). Enfin, les infirmières pénitentiaires titulaires ont un salaire de 2.795 F par mois pour un temps plein, demeurant sous-payées de 30 à 40% par rapport à leurs collègues hospitalières<sup>7</sup> ce qui explique en partie que le nombre de postes vacants passe de quinze en 1973 (sur cent quatre postes) à trente cinq en 1975 (sur cent dix-huit postes)<sup>8</sup>. Le sous-effectif constant s'explique essentiellement par les mauvaises conditions de travail du personnel infirmier (contraintes pénitentiaires, charge de travail considérable, absence de collègues, peu de contacts avec le médecin) qui se traduisent par de nombreuses démissions : « Le recrutement des infirmières est sans doute l'un des plus difficiles à résoudre pour l'administration pénitentiaire. Normalement le recrutement se fait par concours [...] Mais en 1975 seulement trois postes ont

---

<sup>1</sup> DAP, « Rapport général pour l'année 1965 », *art.cit.*, p.692.

<sup>2</sup> Note du Médecin-inspecteur, Georges Fully, au directeur de l'Administration pénitentiaire pour le « projet de budget 1967 », 10/02/1966 (CAC. 19960136. Art. 112. M 11).

<sup>3</sup> Bureau des méthodes et de la réglementation, « Note sur la situation sanitaire dans les établissements pénitentiaires », 05/1976, 17 pages (CAC. 19960136. Art. 112 M 0 : Généralités).

<sup>4</sup> Bureau des méthodes et de la réglementation, « Note sur la situation sanitaire... ». Document cité.

<sup>5</sup> SCHMITT Jean-Noël, *La médecine carcérale*, op.cit., p.121.

<sup>6</sup> *Ibidem*, p.119.

<sup>7</sup> LIVROZET Serge, *Aujourd'hui, la prison*, op.cit, p.158.

<sup>8</sup> DAP, « Note sur l'organisation des services médicaux en prison à l'attention de M. Darmon, Conseiller technique auprès du garde des Sceaux en vue de l'entretien avec le Dr Petit », 1/10/1973 (19960136. Art. 112. (E4580). M1 : Organisation sanitaire).

été pourvus de cette façon alors que la même année 23 infirmières ont cessé leur fonction dont 18 par démission »<sup>1</sup>.

Le nombre d'infirmières cessant leur fonction (pour cause de démission, départ à la retraite ou décès) est en effet loin d'être compensé par le recrutement interne ou externe, comme en témoigne la comparaison, chaque année, du nombre de départs et d'embauches : on compte en 1975, quatre recrutements contre quinze départs ; en 1976, quatorze embauches contre vingt-trois départs ; en 1977, dix recrutements contre quinze démissions; vingt-et-une démissions contre zéro embauche en 1978 où le concours n'a pas lieu ; en 1979, seize recrutements contre trente-deux départs ; en 1979, treize embauches contre vingt-et-une démissions<sup>2</sup>. Pour pallier les difficultés de recrutement, l'Administration a largement recours aux infirmières de la Croix-Rouge (cent quarante trois en 1975) dans les établissements trop petits pour employer du personnel à plein temps ainsi qu'à l'Assistance publique qui accepte de détacher des infirmières à l'Hôpital de Fresnes. Les difficiles conditions de travail et la faiblesse des rémunérations au regard du monde extérieur expliquent alors largement que, comme le remarque un médecin, le personnel sanitaire travaillant en prison « a souvent l'impression que l'Administration Pénitentiaire se moque de lui »<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup> ALOZY, « Attestation d'études relatives à la médecine pénitentiaire », Paris VII, 1978. Cité dans SCHMITT Jean-Noël, *La médecine carcérale*, op.cit., p.113

<sup>2</sup> On renvoie ici aux rapports d'activités de l'Administration pénitentiaire consultés à la bibliothèque de la DAP.

<sup>3</sup> SCHMITT Jean-Noël, *La médecine carcérale*, op.cit., p.126.

## ANNEXE 20 : ASCLEPIOS AU SERVICE DE THEMIS OU LA POSITION CONTROVERSEE DE SOLANGE TROISIER EN MATIERE DE GREVES DE LA FAIM

Bien qu'ancienne, la question des grèves de la faim s'était posée avec acuité au début des années soixante en lien avec les événements de la guerre d'Algérie. Georges Fully avait alors tenté de faire respecter, souvent en vain, l'indépendance des praticiens<sup>1</sup>. Au fur et à mesure que le corps médical pénitentiaire s'autonomise, l'Administration semble cependant de plus en plus hésitante à influencer directement les médecins dans leur pratique comme cela avait été fait. Au cours des années soixante-dix, période où les grèves de la faim pour raisons politiques se multiplient, l'idée de contraindre par la loi les médecins à intervenir est ainsi jugée trop rigide : « Tout projet tendant à rendre l'alimentation forcée obligatoire risquerait d'être considéré comme une grave atteinte à la liberté d'appréciation des médecins dans l'administration des soins, liberté à laquelle le corps médical est particulièrement attaché. Il est peu probable que celui-ci se soumette facilement à la nouvelle législation envisagée et il est vraisemblable qu'il pourrait trouver de bonnes raisons thérapeutiques ou autres pour ne pas appliquer la loi dans de nombreux cas »<sup>2</sup>.

Le ministère de la Justice intervient alors dans la conduite des médecins de manière plus indirecte par l'intermédiaire de son nouveau Médecin-inspecteur qui tente d'infléchir le débat médical. En effet si tous les médecins s'accordent sur l'idée que faire cesser la grève de la faim demeure leur principal objectif, d'abord par la persuasion puis en dernier recours par l'usage de la force<sup>3</sup>, la question du moment de cette intervention fait débat. La position la plus respectueuse du consentement du patient, c'est à lorsque l'individu tombe dans le coma, est consacrée par la « convention de Tokyo » adoptée par l'Assemblée médicale mondiale en octobre 1975<sup>4</sup>. Cette position, qui revient à rendre possible l'utilisation des grèves de la faim comme moyen de pression, est contestée par la Chancellerie alors même qu'un détenu décède pour la première fois en France du fait de sa grève de la faim (LM, 16/03/1976).

L'Administration pénitentiaire envisage alors de faire signer un contrat à tous les praticiens les engageant à recourir à l'alimentation forcée « dès lors que le détenu présentera des troubles métaboliques *même s'il n'a pas perdu conscience* »<sup>5</sup>. Le ministère de la Justice

---

<sup>1</sup> Cf. Annexe 6 : « La défense par Georges Fully de l'autonomie des médecins pénitentiaires en matière de grèves de la faim ».

<sup>2</sup> Bureau de la détention, « Note concernant l'alimentation forcée des grévistes de la faim », 13/07/1976 (CAC. 19960136. Art.99 (Extraits). Dossier K 363).

<sup>3</sup> DEROBERT L., FULLY G., BRETON J., « La grève de la faim en milieu pénitentiaire », dans *Médecine légale et domination corporelle*, 1971, 4, pp.327-339.

<sup>4</sup> L'Assemblée médicale mondiale est une association internationale fondée en 1947 à Paris destinée à élaborer une déontologie commune alors qu'ont lieu les procès des médecins nazis à Nuremberg. Elle adopta en 1964 à Helsinki une déclaration s'appliquant essentiellement à la recherche médicale. En 1975, à Tokyo, elle formula des « directives à l'intention des médecins en ce qui concerne la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants en relation avec la détention et l'emprisonnement ». Son article 5 stipule : « Lorsqu'un prisonnier refuse toute nourriture et que le médecin estime que celui-ci est en état de formuler un jugement conscient et rationnel quant aux conséquences qu'entraînerait son refus de se nourrir, il ne devra pas être alimenté artificiellement. La décision en ce qui concerne la capacité du prisonnier à exprimer un tel jugement devra être confirmée par au moins un deuxième médecin indépendant. Le médecin devra expliquer au prisonnier les conséquences que sa décision de ne pas se nourrir pourraient avoir sur sa santé ».

<sup>5</sup> La première version de ce document, modifiée par le directeur de l'Administration pénitentiaire en personne comme en atteste le projet, était nettement plus restrictive : « Dès lors que la vie du gréviste lui semblera en danger, même si ce dernier n'a pas perdu conscience ». Document du 18/12/1978 (CAC. 19960136. Art.99

défend cette position interventionniste à partir de l'idée que l'objectif du médecin serait d'« éviter les accidents graves et en particulier l'encéphalopathie carentielle dont les conséquences peuvent être mortelles ou laisser des séquelles irréversibles »<sup>1</sup>. Cette définition plus large de l'intervention du médecin est, d'autre part, défendue par Solange Troisier, notamment lors du congrès de 1978 : « Souvent le détenu n'est amené en réanimation qu'en état de coma. Je me demande si c'est la bonne attitude à avoir, s'il ne faudrait pas agir plus tôt »<sup>2</sup>. C'est toujours au nom de la protection du détenu qu'elle théorise le rôle coercitif du médecin : « Si nous imposons un acte médical (si la santé du détenu l'exige), c'est pour donner un moyen au détenu qui ne veut pas perdre la face devant ses codétenus de cesser la grève de la faim » (LM, 15/01/1981).

Face à l'écart entre la position adoptée par les médecins français et la convention internationale de Tokyo, l'Académie de médecine interpelle en 1977 le garde des Sceaux sur « ce que doit être la conduite du médecin devant une personne saine d'esprit faisant la grève de la faim ». Elle lui remet un rapport issu d'un groupe de travail dirigé par Robert Merger qui critique vivement la position du Médecin-inspecteur de l'Administration pénitentiaire :

*« Solange Troisier a cette particularité de se placer au-dessus des tendances professionnelles [...] Elle [a] le devoir d'alimenter le gréviste par perfusions dès que sa conscience s'est assoupie [...] Comment admettre qu'une personne, parce qu'elle n'a plus sa conscience, donnerait son consentement alors qu'elle l'a constamment refusé auparavant ? »<sup>3</sup>.*

A contre-courant des déclarations où elle prétend respecter la volonté du patient, l'attitude du Médecin-inspecteur semble motivée par des considérations d'ordre pénitentiaires, voire politiques, comme elle l'écrit elle-même au sujet de la transfusion effectuée à un détenu contre son gré : « Il était minuit et le garde des Sceaux avait reçu d'innombrables coups de téléphone de personnalités pour que j'intervienne »<sup>4</sup>. L'attitude de Solange Troisier est l'objet de nombreuses critiques, notamment de la part de journalistes médicaux tels que Claudine Escoffier-Lambiotte, Jean-Yves Nau ou Anne-Marie Casteret.

Une polémique éclate en 1981 après que six autonomistes corses devant comparaître devant la cour de sûreté de l'Etat aient été transférés à Fresnes où « l'administration pénitentiaire a décidé de placer ceux dont l'état de santé est le plus préoccupant sous perfusion, contre leur volonté, et de leur administrer des soins intensifs »<sup>5</sup>. Deux grévistes portent alors plainte contre les services de santé de l'Administration pénitentiaire et dénoncent à la presse « les pressions morales les plus insidieuses, les contraintes, les perfusions effectuées de force, l'intransigeance de l'administration médico-pénitentiaire » exercées à leur encontre (LM, 10/01/1981). Alors que les détenus annoncent la fin de leur grève (LM, 16/01/1981), la polémique quant au rôle des services médicaux lors des grèves de la faim est relancée par la publication d'une interview du Dr Daniel Forget, médecin-chef de l'hôpital des prisons de

---

(Extraits). Dossier K 363). Il semblerait que ce document, nommé « engagement de service » fut signé uniquement par quelques praticiens ayant des postes clefs. On en trouve ainsi un exemplaire dans le dossier de carrière du médecin-chef de l'Hôpital de Fresnes (CAC. 199405111. Art.90)

<sup>1</sup> GOLPAYEGANI Behrouz, *L'humanisation de la peine privative de liberté*, op.cit., p.445.

<sup>2</sup> « Elaborer au niveau mondial une éthique de la médecine en prison », *Le Quotidien du Médecin*, 1/12/1978.

<sup>3</sup> MERGER Robert, « Quelle doit être la conduite d'un médecin devant une personne faisant la grève de la faim ? », document ronéotypé, 16 pages (CAC. 19960136. Art.99 (Extraits). Dossier K 362). Cette conclusion est reproduite dans le *Bulletin de l'Académie nationale de médecine*, 1977, 161, n°5.

<sup>4</sup> TROISIER Solange, *Une sacrée bonne femme*, op.cit., p.269.

<sup>5</sup> NAU Jean-Yves, « Des militants corses grévistes de la faim sont placés sous perfusion contre leur volonté », *Le Monde*, 4-5/01/1981.

Fresnes, par *Le Parisien*, puis reprise par le magazine médical *Tonus*, où il déclare s'être « désolidarisé » de la décision de Solange Troisier d'alimenter de force les grévistes<sup>1</sup>.

Cet événement marque le point de départ d'une polémique quant au rôle des praticiens pénitentiaires confrontés à une grève de la faim, favorisée par les grèves fortement médiatisées de Bobby Sands en Irlande et de Sigdur Debus en Allemagne. Alors que le Conseil de l'Ordre marque une certaine approbation<sup>2</sup>, certains journalistes médicaux s'attaquent à Solange Troisier, dont selon Jean-Yves Nau les « positions en la matière ne sont d'ailleurs un mystère pour personne » (*LM*, 15/01/1981). Ces journalistes s'accordent notamment pour critiquer l'interprétation que le Médecin-inspecteur donne de la déontologie médicale appliquée au milieu carcéral :

« "Une décision – répète-elle – qui a été prise dans le respect du Code de déontologie". Mais de quelle déontologie parle-t-on ? [...] Car le Code est flou. Son article 7 précise : "La volonté du malade doit être respectée dans toute la mesure du possible". De quoi laisser le champ libre à toutes les interprétations. A celle du Dr Forget qui y voit une incitation au respect de l'autre, à celle de l'administration pénitentiaire qui y voit une invite à l'intervention. La liberté du médecin est décidemment une notion hybride. La machine judiciaire, tel un ordinateur, digère savamment les principes naïfs de la déontologie pour les programmer à sa guise dans le "code" choisi »<sup>3</sup>.

Cette indétermination résulte selon le Dr Escoffier-Lambiotte « de contradictions maladroitement entretenues par les milieux judiciaires »<sup>4</sup>. Une autre journaliste médicale, Anne-Marie Casteret, regrette également l'interprétation qui est faite par les médecins pénitentiaires de la réglementation en vigueur : « Il paraît, en effet, que l'attitude médicale n'est pas clairement établie et que, pour le moment, les médecins de l'hôpital des prison "naviguent à vue" entre l'article 7 du Code de déontologie, l'article 63 du Code pénal de non-assistance à personne en danger, et l'article D.390 du CPP [...] Mettre en contradiction des trois articles, n'est ce pas une position un peu facile, permettant toutes les interprétations... et tous les abus ? [...] Peut-on en toute bonne, foi, estimer qu'un bilan biologique ou une perfusion exécutés sous contention soient des actes qui puissent être qualifiés de thérapeutiques ? »<sup>5</sup>.

Pour la première fois, des journalistes mettent en avant la violence faite à certains détenus au nom de la déontologie médicale. Anne-Marie Casteret cite ainsi les extraits d'une lettre d'un détenu ayant été perfusé contre son gré<sup>6</sup>. Au final se pose la question de l'autonomie de la médecine pénitentiaire à l'égard de son autorité de tutelle. Jean-Yves Nau interprète ainsi le démenti apporté par le Dr Forget (qui précise le lendemain de son interview que « le refus, par

<sup>1</sup> CASTERET Anne-Marie, « Les médecins de Fresnes désavouent l'administration pénitentiaire », *Tonus*, n°540, 16/01/1981.

<sup>2</sup> Le Conseil de l'Ordre publie un fascicule « Liberté du malade, indépendance des médecins » où il est précisé que « le médecin ne peut rien entreprendre sans le consentement du sujet et contre sa volonté tant que celui-ci n'est manifestement pas en danger de mort. À partir du moment où l'état de faiblesse est tel que la vie est menacée à brève échéance et sans nécessairement attendre la perte de connaissance, le devoir du médecin est de prescrire l'hospitalisation et de donner les soins qui s'imposent » (*Le Quotidien du Médecin*, 22/04/1981).

<sup>3</sup> CASTERET Anne-Marie, « Les médecins de Fresnes désavouent l'administration pénitentiaire », *art.cit.*

<sup>4</sup> ESCOFFIER-LAMBIOTTE Claudine, « Droits de l'homme et déontologie », *Le Monde*, 20/05/1981.

<sup>5</sup> « Grèves de la faim en prison : l'acte médical peut-il être violent ? », *Le Quotidien du Médecin*, 21/12/1982.

<sup>6</sup> « Ils m'ont attrapé, et m'ont lié sur la chaise roulante pour me conduire à la cellule de perfusion. Arrivé là bas, je n'ai pas voulu accepter la perfusion, on m'a jeté sur le lit. Je tremblais. Puis ils sont allés chercher une camisole. On m'a entravé les chevilles en serrant sur les os autant qu'on pouvait. Puis, on m'a passé une grosse ceinture sur le ventre en m'attachant par le bas du lit. Ensuite, on m'a passé une autre ceinture sur l'estomac, une ceinture très épaisse, avec du fer et des vis. Deux serre poignets ont emprisonné mes poignets sur l'estomac [...] L'infirmière ne pouvait pas me piquer dans cette position, on m'a donc détaché un bras. Deux matons maintenaient ce bras pendant que l'infirmière me piquait. À la fin, j'ai tiré sur les tuyaux, l'infirmière m'a giflé. Je ne pouvais pas faire un mouvement. J'ai été perfusé le mardi après midi et toute la journée du mercredi. J'ai souffert comme jamais je n'aurai pensé » (*Tonus*, n°540, 16/01/1981).

un gréviste de la faim, d'un bilan biologique ou d'une thérapeutique médicalement justifiée par une altération de son état clinique et métabolique justifie le recours éventuel à la contrainte »), comme une marque de pression de la part des « autorités hiérarchiques » : « Y a-t-il plus belle image d'une médecine au service de la Justice ? »<sup>1</sup>. C'est également dans le sens d'une plus grande autonomie des services médicaux pénitentiaires que Louis René, président de la section d'éthique du Conseil national de l'Ordre, écrit que « ce n'est jamais en raison d'une injonction de l'administration pénitentiaire que le médecin prend sa décision ; il s'y résout dans sa conscience de médecin »<sup>2</sup>. C'est ce rôle de la médecine pénitentiaire qu'interroge un psychiatre dans un article où la position de Solange Troisier est présentée comme « le triomphe de la tradition » :

*« Le rôle du médecin est toujours défini comme devant faire cesser la grève et si possible, ce que le Dr Troisier se vante d'avoir en partie réussie, d'empêcher leur survenue. Quelle belle chose que la prévention lorsqu'elle vise à normaliser les individus et à les adapter à l'institution ! [...] Dans le cadre déterminé du contrôle social, elle tient bien à se différencier de l'Administration pénitentiaire pour, bien sûr, participer à la même politique : faire cesser les grèves de la faim par des moyens allant de la persuasion à la coercition, mais en toute indépendance »<sup>3</sup>.*

Parce qu'elles confrontent les praticiens à des injonctions contradictoires (respecter la volonté du patient ou la demande de l'Administration qui les rémunère), les grèves de la faim sont des moments importants de mise à l'épreuve de la déontologie des soignants. Elles permettent de rendre visible les oppositions entre segments de médecins pénitentiaires, c'est-à-dire entre ceux pour qui est un auxiliaire de Justice et doit à ce titre mettre fin à la grève et ceux pour qui le respect de la volonté du patient prime sur toute autre chose. Les positions controversées de Solange Troisier en la matière accentuent durant les années soixante-dix la critique qui est faite de la médecine pénitentiaire et son assimilation au pouvoir politique.

---

<sup>1</sup> NAU Jean-Yves, « Grève de la faim et déontologie médicale », *Le Monde*, 15/01/1981.

<sup>2</sup> « L'Ordre : le médecin pénitentiaire reste soumis au Code de déontologie », *Le Quotidien du Médecin*, 9/11/1982.

<sup>3</sup> MANGEON Jean-Philippe, « Attitudes médicales devant les grèves de la faim », *art.cit.*, p.118.



## ANNEXE 21 : ENTRE OPPORTUNISME ET ADHESION IDEOLOGIQUE, LA JUSTIFICATION DE LA MEDECINE PENITENTIAIRE PAR UN INTERNE

Interne à Fleury-Mérogis de 1979 à 1981, Yvan illustre la position de certains internes adoptant les vues défendues par le Médecin-inspecteur. Dans sa thèse dirigée par Solange Troisier, il développe, en effet, une image du médecin pénitentiaire ayant pleinement intégré les contraintes propres au milieu carcéral<sup>1</sup>. Constatant que les praticiens exerçant en prison doivent « prendre conscience qu'ils participent de fait, au fonctionnement d'un service public » et que par conséquent ils doivent connaître « les obligations vis-à-vis de l'Administration qui les utilise », il conclut que les différentes tâches administratives, telle que la rédaction des certificats médicaux, « sont tout à fait fondées » :

*« Il s'avère que le médecin pénitentiaire a un rôle à tenir dans l'institution pénitentiaire et qu'il doit tenir compte du milieu dans lequel il exerce. Car si en tant que médecin nous sommes très attachés à la notion de médecine libérale [...] nous ne sommes pas seulement, comme à l'extérieur celui qui prescrit, mais aussi celui qui dispense des faveurs, celui qui agit comme médiateur ou celui qui sanctionne »<sup>2</sup>.*

La reprise des principales idées défendues par Solange Troisier ne peut être interprétée comme le signe d'une totale adhésion idéologique. Lors de l'entretien, cet interne explique qu'il suffisait, pour satisfaire sa directrice de thèse, de citer « à chaque page » ses idées. Il semble d'ailleurs aujourd'hui dubitatif quant à l'existence d'une spécificité pénitentiaire qu'il défendait dans sa thèse : « Mais les pathologies... les tentatives de suicides, y en a partout. Les coupures aussi. Les grévistes de la faim, dans le fond. Donc finalement la pathologie recoupe un peu celle qui... »<sup>3</sup>. Si cet interne a accepté ce poste à Fleury-Mérogis, c'est d'ailleurs moins par intérêt médical que parce qu'il lui permettait de concilier, du fait de l'emploi du temps, sa passion pour le sport.

Pourtant, outre un certain opportunisme, le positionnement de ce médecin s'explique également par ses convictions propres. Tout au long de l'entretien, ce dernier évoque à de nombreuses reprises l'instrumentalisation dont le médecin serait l'objet de la part des détenus. En témoigne dans ses propos le registre lexical récurrent de l'(in)vraisemblance. Les toxicomanes appelaient, selon lui, l'interne « à n'importe quelle heure de la nuit parce que soit disant ils sont en état de manque ». Certains détenus sont soupçonnés, pour atténuer leur responsabilité pénale avant le jugement, de faire « des crises entre guillemets de démence ». Le praticien, qui évoque le jour où il avait été appelé « pour un détenu qui soi-disant n'allait pas bien », semble assez attentif à ce qu'il considère être de la simulation, notamment de la part des toxicomanes ou à l'occasion des « crises d'épilepsie simulées ». Il était particulièrement attentif, en revanche, aux « vraies grèves de la faim » dont il était chargé et qu'il envoyait systématiquement à Fresnes au bout d'une dizaine de jours pour perfusion. Il distingue d'ailleurs les « vraies tentatives de suicides », très rares, des cas où le détenu se « coupait » de façon superficielle afin d'attirer l'attention : « Alors j'ai appris... enfin j'aimais bien faire de la couture donc j'en ai fait ».

Le rôle joué par le personnel de surveillance travaillant à l'infirmerie en blouse blanche ne semble pas, en outre, avoir dérangé cet interne : « Non ça m'avait pas... C'était pas choquant

<sup>1</sup> Cette présentation repose, outre la thèse de ce praticien, sur un entretien effectué avec cet interne dont le nom fut modifié afin de préserver l'anonymat.

<sup>2</sup> Yvan, *Rôle médico-social du médecin pénitentiaire*, thèse de médecine, Paris 6, 1980, p.26.

<sup>3</sup> Yvan, interne à Fleury-Mérogis de 1979 à 1981. Entretien réalisé le 14/02/2008, 1H30.

quoi ! ». Interrogé sur les possibles atteintes au secret que cela pouvait entraîner, il estime qu'« il n'y pas eu de violation du secret médical à Fleury », avant d'ajouter : « Je pense que si un détenu, enfin à l'époque ça commençait à peine, a le sida, je pense qu'il vaut mieux que tout le monde le sache. S'il est tuberculeux aussi ». La pratique de la « fiole » l'a certes « un peu étonné » à son arrivée mais cela était, à ses yeux sans conséquences sur les médicaments distribués « car quand vous l'avalez de toute façon il se passe la même chose dans l'estomac... ». Yvan évoque surtout à de nombreuses reprises les problèmes causés par les détenus. « Les toxicos étaient vraiment emmerdants à gérer parce que eux ils vous appellent n'importe quel jour ». Les « politiques », auxquels de nombreuses faveurs sont accordés, sont également « un peu emmerdants à gérer ». Les grévistes de la faim « prennent quand même un peu en otage » le médecin et l'Administration, « sachant que d'après ce que je savais ils arrivaient toujours à obtenir quelque chose du juge. C'était quand même un moyen de pression ». Les annotations du cahier de transmission entre les gardes (« J'ai été emmerdé à trois heures du matin par tel détenu » ; « Fais attention à tel détenu parce qu'il réclame systématiquement cela. Je l'ai vu, il n'a rien ») étaient d'ailleurs selon lui utiles, face aux détenus les plus demandeurs, afin de ne pas être trop dérangé d'urgence la nuit : « Des fois on pouvait s'arranger uniquement avec des appels. Notamment quand le détenu avait déjà fait parler de lui, on pouvait dire [au surveillant] : "Bon ben regardez, mon confrère est venu et il n'a rien" ». Mis à part les « coupures », cet interne regrette surtout les cas de crise où il était appelé à intervenir :

*« Les seules choses qui étaient un peu fortes, c'était quand un détenu qui faisait, entre guillemets, une crise de démence et qu'ils étaient... Donc on était appelé parce qu'il avait tout cassé ou qu'il voulait tout casser. Et c'étaient souvent des malabars. Les gardiens essayaient de le maîtriser. Et il fallait qu'on arrive à lui faire avaler un comprimé et quand c'était pas le cas, lui piquer la fesse pour le détendre. Mais, moi, j'ai jamais eu de problèmes avec les détenus ».*

La mise en avant de relations cordiales avec les détenus contraste avec la scène de violence décrite auparavant et plus généralement avec les nombreux jugements péjoratifs portés à l'encontre des détenus. Car outre le « stress », c'est surtout la progressive intolérance qu'il développe au milieu carcéral qui l'amène à vouloir arrêter : « J'ai commencé avec ce côté : "Ces pauvres prisonniers". Et puis au bout de deux ans, vous vous dites que ce ne sont quand même pas des anges ». Considérant que « la prison a valeur d'exemple » il est surpris, notamment chez les jeunes délinquants, de constater que certains « étaient là comme des poissons dans l'eau ! » : « Et puis je me suis rendu compte que certains étaient peut-être mieux là qu'ailleurs quoi ! Je veux pas faire de politique ... Mais logés, nourris, blanchis ». Comparant les détenus avec la misère existante à l'extérieur, il estime que les détenus « sont finalement dans une structure meilleure que certains en France ». Yvan semble d'ailleurs avoir été un jour choqué de voir les détenus regroupés dans une salle pour un concert de pop : « Y avait une ambiance du fou de dieu. C'était à la fois irréel et à la fois... Bon, tant mieux ! Il faut bien les occuper... ».

Si cet interne acceptait que sa pratique médicale soit soumise à certaines contraintes administratives, c'est ainsi tout autant par opportunisme que par adhésion idéologique. Le jugement assez positif porté sur la qualité des soins à l'époque, n'est-il ainsi pas à mettre en lien avec ses observations quant aux particularités de la population carcérale ?

*« Vous avez quand même une population très hétérogène. Mais une population... Il n'y a pas que des intellectuels... Vous avez énormément de populations immigrées, mais alors énormément. Bon, ils ne comptent pas immigrés par ce qu'ils ont la carte d'identité française... Mais moi, l'image que je me rappelle, ce sont des cours de promenade où j'avais l'impression d'être au Maghreb ou en Afrique noire. C'est l'image qui m'est restée. Alors ne me faites pas dire qu'il n'y avait pas de blancs ! ».*

## ANNEXE 22 : DE LA CURIOSITE A LA REVOLTE, PARCOURS D'UN INTERNE LYONNAIS

Beaucoup de praticiens exerçant en milieu carcéral éprouvent un malaise vis-à-vis de certaines de leurs fonctions. Très peu contestent cependant de manière radicale l'autorité pénitentiaire. Les démissions enregistrées durant les années soixante-dix sont par exemple, pour la plupart, motivées par des considérations d'ordre matérielle ou personnelle (déménagement, charge de travail, etc.). Les contraintes structurelles (faible rémunération, temps limité, etc.) favorise, comme il a été noté, une certaine « apathie ». Font néanmoins exception à cette règle les internes plus prompts à démissionner pour raison de conscience professionnelle.

C'est par exemple le cas de cet autre interne travaillant à Fresnes depuis le 1<sup>er</sup> juillet 1977 et qui justifie son départ quelques mois plus tard par « l'impossibilité de [s]'adapter au milieu carcéral et à la médecine que l'on tente d'y exercer »<sup>1</sup> ou encore d'un autre interne de Fresnes qui après avoir annoncé sa démission expose une affiche dans la salle de garde appelant les autres internes à s'organiser « collectivement »<sup>2</sup>. Bien que spécifique, le cas de cet interne ayant exercé un an à la M.A de Lyon, reconstitué à partir de sa thèse de médecine, témoigne de la difficulté pour certains jeunes médecins à accepter l'identité professionnelle qui leur est assignée : « Je suis entré dans la prison Saint-Paul, poussé par les nécessités du choix de fin d'étude et aussi fasciné par ce monde. Une fois installé, je suis passé de la fascination à l'intérêt, de l'intérêt à la révolte et de la révolte à la réflexion. Cette thèse est le reflet de cette démarche »<sup>3</sup>.

Ce médecin n'entend pas dénoncer les conditions matérielles dans lesquelles sont soignés les détenus qui s'apparentent, selon lui, à celles d'un dispensaire de ville<sup>4</sup> : une scopie, un ECG permettent d'effectuer les diagnostics, des consultations de spécialistes ont lieu régulièrement, « tous les médicaments essentiels » sont à disposition, quelques lits d'infirmerie permettent d'accorder le repos aux malades chroniques tandis que les détenus les plus souffrants sont hospitalisés au service pour détenu de l'Antiquaille. Enfin, les conditions de consultation sont décrites comme convenables puisque le colloque singulier a lieu dans un bureau propre au service médical : « L'exercice de la médecine à la Maison d'arrêt de Saint-Paul est donc directement comparable à l'exercice de la médecine pour des patients libres [...] La situation matérielle des médecins [...] est semblable à la situation de n'importe quel médecin. Il n'est plus limité dans ses possibilités à la distribution du cachet d'aspirine » (p.13). C'est par conséquent uniquement le rôle conféré au praticien que critique sévèrement cet interne. Celui-ci serait chargé, selon lui, d'appréhender sous la forme de symptômes et de traduire dans des termes médicaux une souffrance (le « mal vivre ») que les praticiens refuseraient, par commodité, de prendre en considération autrement que par le médicament :

*« Pour le médecin des prisons, il est éprouvant d'écouter ce discours car il ne peut conduire qu'à une critique et une remise en cause de l'enfermement ; position difficile lorsqu'on est seul face au pouvoir administratif. Démarche qui explique beaucoup de choses : les consultations rapides, où le détenu n'a*

<sup>1</sup> Lettre de démission d'un interne des prisons de Fresnes datée du 5/09/1977 (CAC. 19830701. Art.482).

<sup>2</sup> Lettre du Directeur des prisons de Fresnes au bureau du personnel datée du 26/05/1978 (CAC. 19830701. Art.481).

<sup>3</sup> BETHMONT Vincent, *L'exercice de la médecine générale à la maison d'arrêt Saint-Paul*, thèse de médecine, université de Lyon, 1979, p.1 (Tous les numéros de pages renvoient à ce document).

<sup>4</sup> Les prisons de Lyon sont particulièrement bien dotées en personnel puisque outre deux infirmières plein temps, un surveillant infirmier, deux détenus auxiliaires, un interne et un médecin vacataire, on y trouve un CMPR composé d'une infirmière, d'un interne, d'un stagiaire-interné, d'un médecin-chef et d'un psychiatre de secteur.

*pas même le temps de parler, car pour le médecin ce discours est dangereux [...] A ce discours profond où il est question de la désagrégation lente d'un individu la médecine oppose une fin de non recevoir [...] Les maux de tête qui surviennent le soir, l'insomnie qui vient lorsque "l'on pense trop", l'estomac qui souffre chaque fois que la porte s'ouvre et les malaises que l'on prend juste après le parloir avec sa femme, tout cela est codé, censuré, pour rentrer dans la nosographie médicale [...] Ce que l'autre exprime en souffrance n'est pas entendu. Il n'y a pas de place dans le discours médical pour les raisons qui font que quelqu'un ne peut plus dormir » (pp.25-26).*

La forme extrême de cette mise à l'écart de la souffrance des détenus serait incarnée, selon cet interne, par le rejet des « simulateurs » dont le « dépistage » s'apparente à une forme d'« élimination ». Si la plupart des praticiens témoignent, notamment lors des congrès, tant de « zèle » à en assurer le repérage c'est, selon lui, parce qu'en bafouant les règles de la nosographie médicale « cet homme est dangereux pour le médecin » (p.27). Vincent Bethmont cite comme exemple le cas d'un jeune détenu traité pour des lombalgies intenses qu'il aperçoit jouer à saute-mouton dans la cour : « Le lendemain, il revient en consultation, et exhibe son dos douloureux, que je lui dis ne pas vouloir examiner, ce qu'il prend très mal, et brutalement il vomit tout. La justice, la famille qui l'abandonne, la cellule où il étouffe, les nuits trop silencieuses, le besoin de sortir, de voir du monde, d'aller à l'infirmerie se promener... Depuis il n'a plus reparlé de son dos » (p.28).

A l'encontre d'une médecine trop technique, cet interne défend la valeur thérapeutique de la relation que le praticien peut nouer avec son patient : la main qui palpe « prend valeur de relation » ; la poignée de main qui salue devient médicament. En feignant de pratiquer une médecine identique à celle qui serait exercée à l'extérieur, le praticien justifierait la détention qui, malgré ses effets « pathogènes », doit demeurer « aseptisée » : « Ce qui m'a mis mal à l'aise c'est que celui qui est responsable des méfaits de l'enfermement est absent dans les lieux où s'exprime le détenu, ou plutôt que le médecin est vraiment placé entre l'opprimeur et l'opprimé pour éviter à celui qui a le pouvoir de répondre de ce qu'il crée » (p.34). Les visites bihebdomadaires que le praticien est tenu d'effectuer au quartier disciplinaire sont, écrit Vincent Bethmont, symptomatique de l'utilité de la médecine pour l'Administration : « La médecine doit prévenir la mort » (p.42). Cette charge est ressentie par ce jeune interne avec une violence particulièrement forte :

*« Il [le médecin] ne peut que constater que tous subissent une lente désagrégation [...] Certains n'en sortent pas indemnes et passent parfois directement des isolés au service psychiatrique, totalement dépersonnalisés, ailleurs [...] On ne peut passer sous silence et ne pas discuter du rôle que joue la médecine dans cette situation [...] Il me fallait signer qu'ils supportaient cela ? Alors que j'étais intimement persuadé du contraire. Pourquoi la médecine se donne-t-elle le droit de se taire sur les exagérations du pouvoir ? Il y a dans ces moments une véritable démonstration des relations entre les deux ordres qui règnent en prison : l'ordre judiciaire et l'ordre médical. Le deuxième soutenant et cautionnant le premier [...] Autrement dit le pouvoir peut créer n'importe quel type d'enfermement, du moment qu'il existe un médecin pour assurer que c'est dans les limites du "supportable". A l'extrême cela ressemble aux séances de torture où le médecin intervient pour remonter un peu le torturé et assurer que la séance peut continuer » (p.45).*

Les mauvaises conditions de détention et leur effet « pathogène » sur la santé des détenus serait un autre exemple de la caution apportée par la médecine à l'Administration pénitentiaire. Troubles visuels, constipation aiguë, claustrophobie et crises d'étouffement sont autant de symptômes liés à l'incarcération que le médecin est pourtant chargé de relever lors de sa visite. « Dans l'univers carcéral la médecine fixe une fois de plus les normes du supportable [...] De "science" destinée à permettre un mieux-être à chaque individu, elle devient "science" permettant de définir une norme minimale, dans la mesure où elle cautionne ce qu'offre l'administration aux détenus », remarque cet interne (pp.51-52). Le pouvoir et la charge conférés au médecin traduisent, selon lui, une « médicalisation » croissante de la vie carcérale : « La confrontation du médecin et du détenu risque de n'aboutir qu'à la création d'un plus grand nombre de "malades" » (p.61).

La réaction adoptée par l'Administration pénitentiaire en cas de tentative de suicide témoignerait de cette médicalisation. Tandis que « les véritables interpellés sont la Justice et l'administration pénitentiaire », la médecine a pour fonction « la canalisation du désir d'expression » : « Le placement du suicidant sous l'autorité médicale permet à celui à qui s'adresse le détenu de se boucher les oreilles » (p.69). Notons que cette critique radicale s'intègre chez cet interne dans une remise en cause plus globale du rôle social de la médecine : « Le monde pénitentiaire fait l'effet d'une loupe, les rôles de la médecine y apparaissent clairement » (p.73). La difficulté à prendre en compte la souffrance des patients est, selon cet interne, la même à l'extérieur où « il n'est pas sûr, non plus, que le médecin généraliste qui distribue anxiolytiques antidépresseurs et arrêts de travail sans écouter l'autre, l'aide beaucoup » (p.27). Le médecin du travail se « tait » d'ailleurs comme le fait le médecin en prison. De même que le praticien cautionne l'isolement, l'« hygiéniste avalise les "cages à poule" construites en guise de logement » (p.52). En prison comme ailleurs, la médecine se réduit trop souvent, dénonce cet interne, à la prescription de « normes » :

*« Qu'il s'agisse de normes esthétiques pour le corps humain, qui fait que celui qui a un nez tordu peut avoir recours à la chirurgie esthétique, ou de norme concernant l'habillement, le port de chaussures à talons. N'est ce pas elle aussi qui décide quand quelqu'un est trop gros et lui fait vivre un enfer pour lui faire retrouver une taille normale ? En prison, une fois de plus tout se grossit. La norme est encore plus rigide, plus triste, et le rôle normalisateur et extincuteur de la médecine ne se cache pas, il s'écrit noir sur blanc sous forme de certificat [...] Le cas du dissident soviétique qui devient un "fou" n'est que la caricature de ce qui se passe chez nous [...] Il ne s'agit pas d'un "laisser-aller" de la médecine, il ne s'agit que d'une de ses possibles applications » (p.66).*

Bien qu'on ne puisse les rapprocher de caractéristiques sociales, faute de connaître les éléments biographiques, ces réflexions attestent du regard critique portées par certains internes sur le rôle social conféré à la médecine en prison. Elles traduisent l'existence de lignes de fractures au sein des praticiens exerçant en milieu carcéral qui ne forment pas un groupe professionnel homogène, ces divisions rendant problématique toute définition d'une spécialité médicale.

## ANNEXE 23 : LA STRATEGIE DENONCIATRICE DE LIBERATION : LE CAS « MICHEL HENGE »

En retraçant la polémique entourant le décès d'un détenu dans les colonnes de *Libération*, on souhaite ici montrer le rôle que le journal fondé par Sartre a exercé dans la dénonciation de la médecine pénitentiaire mais aussi les limites de cette dénonciation.

En mai 1974, *Libération* rapporte la situation d'un prévenu incarcéré à Fleury, Michel Henge, souffrant de troubles cardiaques graves mais qui ne bénéficieraient pas de soins adéquats en dépit de ses diverses demandes<sup>1</sup>. Malgré les avis médicaux extérieurs attestant l'urgence d'une opération, le médecin-chef de Fleury-Mérogis se serait opposé à plusieurs reprises à son hospitalisation. Plus qu'une faute professionnelle, *Libération* voit dans ce refus une décision d'ordre « politique » : « Michel Henge n'est pas un détenu comme les autres. Il savait et était prêt à en témoigner que Patrick Mirval avait été étranglé. Enfin, il était le voisin, à l'infirmerie de Fleury-Mérogis, de Gilles Delhotal lorsque celui-ci agonisait [...] Quelle tentation de faire disparaître un témoin aussi gênant et aussi résolu ». Michel Henge aurait assisté selon *Libération* « à l'agonie de Gilles Delothal », un détenu mort un mois auparavant, officiellement d'une hémorragie cérébrale, et qu'un médecin de Fleury-Mérogis aurait refusé d'aider (LM, 24/05/1974).

Après la publication d'un nouvel article dans *Libération*<sup>2</sup>, les internes de Fleury-Mérogis font parvenir une lettre démentant ces accusations et que le journal publie<sup>3</sup>. Dans ce courrier non signé, les internes démentent la plupart des affirmations concernant la mort de Gilles Delhotal « dans les limites de ce qui leur est autorisé par l'article 378 du Code pénal [régissant le secret professionnel] ». Ils regrettent d'autre part « le discrédit [...] ainsi jeté sur le personnel d'une administration » et que « sur de tels sujets *Libération* écrive n'importe quoi, pourvu que cela soit contre la Prison ». Quelques jours plus tard, le journal présente ses excuses envers le médecin mis en cause et publie, d'autre part, une réponse aux internes. Au-delà du cas de Michel Hengé, dont il est assez peu question, l'article dénonce l'attitude des internes, accusés de se retrancher derrière « le refuge que constitue l'article 378 du Code pénal » : « Est-ce que l'article 378 est plus important que la "non-assistance de personne en danger de mort" ? Si oui, cela signifie que le fric à venir est plus important que la vie de malades et nous saurons un peu mieux encore ce qu'est la médecine pénitentiaire, telle que la conçoivent ceux qui la pratiquent »<sup>4</sup>. Le quotidien reproche aux internes, et plus largement à la médecine pénitentiaire, le rapport de collusion qu'ils entretiennent avec l'Administration pénitentiaire :

« Que les internes de la "prison modèle" fassent leur travail, rien ne nous permet de le mettre en doute actuellement. Mais ils ne font que leur travail, et c'est grave [...] Vous regrettez que soit discrédité "le personnel d'une administration". Vous la cautionnez donc, depuis les petites brimades jusqu'aux meurtres. Nous ne l'oublierons pas » (*Libération*).

Pour répondre aux accusations de « mauvais journalisme » des internes, *Libération* publie le lendemain une lettre de l'association de détenus de Fleury-Mérogis, CO RE IN (Comité de résistance interne), témoignant de l'organisation des soins<sup>5</sup>. En réaction à la « lettre où des médecins prônent une certaine autosatisfaction abjecte », l'association formule une liste de

<sup>1</sup> « Le sadisme d'un médecin va-t-il finir par assassiner un détenu qui en sait trop ? », *Libération*, 22/05/1974.

<sup>2</sup> « Michel Henge est en train de crever. Un juge sera-t-il complice d'assassinat ? », *Libération*, 30/05/1974.

<sup>3</sup> « Après la mort de Gilles Delhotal. Une lettre des internes en médecine de Fleury-Mérogis », *Libération*, 8/06/1974.

<sup>4</sup> « Prison. Après la lettre des internes de Fleury-Mérogis », *Libération*, 12/06/1974.

<sup>5</sup> « Les détenus de Fleury-Mérogis répondent aux internes en médecine », *Libération*, 13/06/1974.

quinze reproches à l'encontre des médecins pénitentiaires qui « ne soignent pas des êtres humains mais des *détenus* ». Le principal grief formulé aux praticiens est la connivence entretenue avec l'Administration pénitentiaire. C'est ainsi qu'on peut lire : « Vis-à-vis de la pénitentiaire ils n'ont qu'un devoir : lui obéir » ; « Ces messieurs, en accord avec l'administration, matraquent les détenus à coup de calmants » ; « C'est eux qui décident de la contention ("camisole de force" pour les nerveux) » ; « Face aux accidents du travail répétés en raison de l'ignorance totale des règles de sécurité, jamais ils n'ont montré leur désaccord » ; « Ils apposent leur signature sur les listes des repas alors que ceux-ci sont inacceptables en quantité et en qualité » ; « Jamais on ne les a entendus dénoncer les matraquages incessants et les meurtres commis ».

Le second type de grief serait le manque de considération dont les médecins font preuve à l'égard des détenus : « Tous les consultants sont à leurs yeux des voyous » ; « Seuls les blessés graves ont un petit intérêt. Les autres font du "cinéma" comme ils disent » ; « Jamais ils n'ont de gentillesse devant les cas de détresse (un peu de *pitié* parfois) » ; « La médecine est raciste à l'égard des Algériens (mépris, mauvais soins...) » ; « La nuit il est quasiment impossible d'avoir des soins malgré une permanence obligatoire » ; « Les grévistes de la faim sont délaissés jusqu'au 7<sup>ème</sup> jour » ; « En dehors d'une signature en bas d'une "feuille de suicide" ils ne font pas grand chose alors qu'ils n'ignorent pas le dépérissement de l'individu en raison de l'isolement ».

Enfin, le troisième type de grief est le peu d'attention portée aux soins qui transparaissait également, mais de manière moins explicite, dans les autres critiques : « Les infirmières distribuent des cachets sans aucune consultation médicale » ; « Les soins dentaires sont exécutés de façon ignoble sans hygiène élémentaire ».

Subordonnée, méprisante et incompétente, la description qui est faite de la médecine pénitentiaire est sans appel. Face au manque de considération dont ils seraient l'objet, les détenus précisent que « la médecine est bien heureuse de trouver des donneurs de sang dans les prisons ».

La dénonciation du décès Michel Henge est dans un dernier temps l'œuvre d'un médecin acceptant de témoigner de façon anonyme. Ses propos permettent, selon le journal, « d'avoir une idée encore plus précise de ce que l'on ose appeler "la médecine pénitentiaire" »<sup>1</sup>. Il met notamment en cause les internes, accusés « de faire du ramping » devant le médecin-chef, mais surtout le Médecin-inspecteur accusée d'avoir « couvert » la décision de ne pas soigner Michel Henge, ce dont attestent les expressions « valets de Troisier » ou « Troisier et ses boys ».

Le cas de Michel Henge est exemplaire de la posture dénonciatrice adoptée par *Libération* à l'égard de l'organisation des soins en prison qui se fait ainsi fréquemment le relais des propos de détenus. Le journal fondé par Sartre y voit même une « affaire ». Pourtant, ces critiques demeurent dans les seules colonnes de ce journal, aucun autre média ne faisant référence au décès de ce détenu qui ne peut ainsi se transformer en « affaire ». Ceci aurait supposé que l'information soit reprise, multipliée, amplifiée. Si ce ne fut pas le cas, c'est peut-être parce que *Libération* apparaît alors trop politisé pour que cette information soit jugée suffisamment crédible par les autres journalistes concernant un secteur où tout recoupement apparaît difficile.

---

<sup>1</sup> « L'affaire Michel Henge. Les internes de Fleury-Mérogis et leurs chefs répondent à une information précise », *Libération*, 24/06/1974.

## ANNEXE 24 : ENTRE CRITIQUE RADICALE ET REFORME PRAGMATIQUE, LE SYNDICAT DE LA MAGISTRATURE FACE A LA QUESTION PENITENTIAIRE

La création du Syndicat de la magistrature (SM), le 8 juin 1968, doit être recontextualisée dans les transformations qui affectent le secteur judiciaire depuis la fin des années cinquante. La prééminence de l'exécutif que consacre la V<sup>ème</sup> République, et la dévalorisation du pouvoir législatif, que symbolise le recours accru aux règlements, sont tout d'abord perçues par la magistrature comme les signes d'une « justice conjoncturelle »<sup>1</sup>. Certains magistrats refusent, en second lieu, les résistances administratives opposées à leur action, et ce, alors même qu'on assiste à un accroissement des domaines d'intervention du juge. Le Juge d'application des peines (JAP), institué en 1958, illustre la contradiction entre le rôle social conféré aux magistrats et la difficulté à faire valoir leur autorité. En témoigne l'un des fondateurs du SM : « Le magistrat débutant des années 1967-1970 découvre ainsi avec ahurissement [...] que les affaires de violence lorsqu'elles concernent des policiers ou du personnel pénitentiaire débouchent rarement, même lorsque les violences ont été constatées par un juge, et que ce juge a pu personnellement en informer les directeurs des affaires criminelles et de l'administration pénitentiaire ainsi que le ministre lui-même »<sup>2</sup>. « Le juge de l'application des peines serait un intrus dans le monde fermé des prisons », écrit un conseiller à la Cour de cassation dans la revue du SM<sup>3</sup>.

La « crise de la magistrature », selon l'expression de Jean-Pierre Mounier, s'expliquerait également, troisième facteur, par la nouvelle position des magistrats dans la structure sociale. A une magistrature de propriétaires et de rentiers succède une magistrature de cadres issus de la fonction publique. La longueur des carrières et la faiblesse des rémunérations se traduisent par une « crise de recrutement » et une interrogation éthique, propice aux remises en cause : « Un corps dont la cohésion était faite de certitudes immuables fait place à un groupe professionnel qui s'interroge, se scinde et connaît des oppositions internes. On passe progressivement d'un corps judiciaire à un secteur judiciaire »<sup>4</sup>.

S'il recrute beaucoup de ses adhérents sur les bancs de l'Ecole nationale de la magistrature, le syndicat compte également de nombreux magistrats aux carrières bloquées ou dévalorisées et désireux de contester la hiérarchie du corps judiciaire<sup>5</sup>. Tandis que les gardiens de l'orthodoxie tentent au sein de l'Union fédérale des magistrats (UFM) de mettre fin à la dégradation sociale et économique de la magistrature, d'autres proposent de remettre en cause les fondements de l'ordre judiciaire. Issus pour beaucoup de familles de magistrats refusant l'allégeance de la magistrature au pouvoir politique, que symbolisent le régime de Vichy ou la guerre d'Algérie, les fondateurs du SM, parmi lesquels Dominique Charvet, Louis Joinet, Pierre Lyon-Caen et Claude Parodi, défendent de nouveaux standards de définition de la profession : « Nous pouvons nous demander si les réflexes professionnels enseignés jusqu'ici aux magistrats sont encore valables et s'il n'est pas temps pour eux d'en changer et d'adopter une nouvelle éthique » (*Justice*, 09/1969). En rupture avec l'UFM, le SM défend une

---

<sup>1</sup> DEVILLE Anne, « L'entrée du syndicat de la magistrature dans le champ juridique en 1968 », *Droit et société*, n°22, 1992, pp.639-671.

<sup>2</sup> LYON-CAEN Pierre, « L'expérience du syndicat de la magistrature », *Pouvoirs*, n°16, 1981, p.57.

<sup>3</sup> CHAZAL Jean, « Le juge de l'application des peines... un intrus ? », *Justice*, n°16, 1972, p.25-26.

<sup>4</sup> MOUNIER Jean-Pierre, « Du corps judiciaire à la crise de la magistrature », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 1986, n° 1, p.26.

<sup>5</sup> DEVILLE Anne, « L'entrée du syndicat de la magistrature dans le champ juridique en 1968 », *art.cit.*, p.654.



conception politique de la Justice, plus proche des justiciables : « Le juge n'est pas neutre. Sa décision n'est pas dépourvue de tout engagement, c'est au contraire un acte politique et que nous entendons politiser afin que la politique entre ouvertement au prétoire »<sup>1</sup>.

Durant les années soixante-dix, le SM tente de mettre en application son discours syndical, notamment par la mise en cause publique des décisions, des normes institutionnelles et du fonctionnement de la Justice sur de nombreux sujets. Le Syndicat agit alors comme un catalyseur du fait des liens transversaux qu'il noue entre les divers mouvements sociaux<sup>2</sup>. La question pénitentiaire occupe une place importante au sein du SM. Il en est déjà largement question lors de la première journée nationale de juin 1970. En 1971, le Syndicat envoie de nombreux courriers au garde des Sceaux auquel il demande un statut des droits des détenus. Écarté des commissions de réforme installées par René Pleven, le SM consacre plusieurs réunions aux prisons aussi bien au niveau local que national « sans toutefois arrêter une position définitive »<sup>3</sup>. Il propose, entre autres, le rattachement des éducateurs au JAP ainsi que la création d'une « Direction de l'action sociale », autonome de l'Administration pénitentiaire. Les numéros consacrés au thème des prisons par la revue *Justice* témoignent de l'intérêt du Syndicat pour la question carcérale<sup>4</sup>.

L'engagement du SM en faveur de la question carcérale s'explique par au moins deux raisons. Ce syndicat fut lancé tout d'abord à l'initiative de jeunes auditeurs de justice qui prennent conscience de l'état des prisons à la fin des années soixante au cours de leur stage pénitentiaire : « Dès 1969, paraissent dans divers journaux des interviews de syndiqués qui exposent le problème des établissements du ressort de leur juridiction. Un article paru dans *France soir* à l'initiative de la section de Pontoise fait mouche. C'est la colère de la hiérarchie qui ordonne une enquête et brandit la menace. Il n'est pas question que s'instaure un débat public sur la prison » (*Justice*, n°64, 1978).

Le positionnement du SM en faveur des prisons est, d'autre part, le fait d'au moins deux de ses membres, François Colcombet et Etienne Bloch. Le premier, substitut à Lyon, préside le Syndicat de la magistrature en 1973 et participe activement aux réunions du GMQP<sup>5</sup>. Fils du cofondateur des *Annales*, le second est juge au TGI de Sarreguemines. « Profondément marqué par son expérience de détention à Miranda en 1943 [et désireux] d'améliorer les conditions de détention des prisonniers »<sup>6</sup>, Etienne Bloch décide d'exercer comme JAP au TGI de Versailles, activité sur laquelle il porte un regard pessimiste : « A l'intérieur de la prison, le juge de l'application des peines est un homme seul. Le directeur voit en lui un homme prêt à lui disputer le pouvoir [...] Comme tout corps étranger, la structure pénitentiaire tend à l'expulser [...] L'ambiguïté dramatique des fonctions de juge de l'application des peines est que chacun attend beaucoup de lui alors qu'il ne peut pas grand-chose »<sup>7</sup>. Intéressé par le GIP et l'ADDD, comme en attestent ses archives personnelles, il participe aux réunions du GMP à Paris. Son attitude trop militante lui vaut d'être en forte opposition avec la DAP :

*« Et puis finalement, le résultat de tout cela, c'est que l'Administration... Ils sont pas fous ! Dans ces moments là, soit ils vous virent... Parce qu'à ce moment là, c'était l'Administration pénitentiaire qui donnait son accord pour qu'un juge d'application des peines soit nommé pour trois ans et donc y avait la possibilité... Et je me rappelle très bien voir M. Lecorno revenir en disant... Parce qu'au*

<sup>1</sup> « La parole est aux magistrats », *Frontières*, 9/09/1973, p14.

<sup>2</sup> DEVILLE Anne, « Le syndicat de la magistrature en France. 1968-1988 », *art.cit.*, p.55-68.

<sup>3</sup> BUREAU SYNDICAL, « Nouvelles prisons. Entre le réformisme et le réformite », *Justice*, n°17, 1972, pp.4-7.

<sup>4</sup> Cf. « Les prisons : en sortir... », *Justice*, n°17, 1972; « Prisons : questions ouvertes », *Justice*, n°33, 1974.

<sup>5</sup> Cf. Chapitre 2, section 1-2 : « L'émergence d'un nouveau militantisme carcéral ».

<sup>6</sup> Description faite par l'Institut d'histoire du temps présent (IHTP) où sont conservées ses archives personnelles.

<sup>7</sup> BLOCH Etienne, « Le juge d'application des peines ou la bonne conscience de la Justice », *Justice*, n°17, 1972, pp.10-11.

*Conseil supérieur de la magistrature, à l'époque, il n'y avait même pas d'élus [du SM]... Rien du tout ! Je me rappelle de son expression. Il est arrivé en disant : « C'est passé comme une lettre à la poste ! ». On expédie un juge comme ça. Mais c'est passé comme une lettre à la poste d'autant plus facilement que Bloch avait cette attitude »<sup>1</sup>.*

Si l'intérêt des membres du SM pour les prisons est certain, leur position est néanmoins divergente concernant l'attitude à adopter à l'égard de l'Administration pénitentiaire. Certains, tels Yvan Zakine ou Jean Favard, considèrent que les magistrats doivent participer de l'intérieur à la transformation de l'institution tandis que d'autres, et notamment François Colcombet mais surtout Etienne Bloch, craignent que cette participation fasse perdre aux magistrats leur liberté de parole. On comprend dans ces conditions que les rares magistrats membres du SM alors en poste à l'Administration pénitentiaire au début des années soixante-dix souffrent d'une position peu confortable :

*« Je n'étais pas le seul, nous étions quelques-uns... qui travaillions à l'Administration pénitentiaire et nous étions un peu suspects d'être un peu des jaunes, un peu complaisants avec l'Administration pénitentiaire. On était dedans, on connaissait quelles étaient les difficultés et donc nous n'étions pas toujours d'accord dans les débats. On trouvait qu'ils exagéraient un peu. Des motions un peu trop infondées, etc. Et du coup, on était dans une position très inconfortable puisque vis-à-vis de la direction on était des rouges et vis-à-vis des rouges on était des jaunes ! [Rires] Donc ce ne sont pas des couleurs très agréables à porter »<sup>2</sup>.*

La survenue d'un incident lors du congrès de 1972 met « en lumière la difficulté profonde des syndiqués à aborder sans angoisse une question pourtant si proche et quotidienne. Au vaste mouvement de refus du monde pénitentiaire, les juges allaient-ils ajouter le refus de vouloir parler des prisons, alors qu'ils en sont les pourvoyeurs ? », s'interroge François Colcombet<sup>3</sup>. Le thème des prisons est même envisagé pour le congrès de 1973 avant d'être finalement écarté (LM, 22/05/1973). « Trop difficile et trop risqué pour l'unité », remarque Jean Favard qui désapprouvait alors fortement la virulence d'Etienne Bloch :

*« Lui, il considérait qu'il fallait détruire la prison, qu'il fallait... Et ho ! Il n'examinait même pas les dossiers et ses avis pour les libérations conditionnelles étaient systématiques. Je trouvais ça exagéré [...] Et c'était pareil pour les permissions de sortie. Il voulait faire voter une motion au Syndicat disant que le directeur avait donné des ordres aux juges d'application des peines. Et ho ! C'était quand même pas ça. Bon, il y avait des nuances à apporter... Moi, je me suis levé, j'ai dit que c'était pas comme ça que ça c'était passé »<sup>4</sup>.*

Tandis que Jean Favard défend une autre conception au sein du Syndicat de la magistrature, Yvan Zakine pour sa part démissionne du SM, estimant que celui-ci est davantage au service d'un projet partisan que syndical :

*« Comme j'étais déjà sous Peyrefitte, j'avais été considéré comme suspect. D'ailleurs, vous aviez un long article du Syndicat de la magistrature qui faisait le tour du spoil system et qui disait : "Il y en a un, de l'Education surveillée, qui prend du galon, qui a survécu..." Parce qu'il se trouve que j'ai fait partie du groupe fondateur du Syndicat de la magistrature [...] J'ai pris mes distances parce que j'avais une assemblée générale au cours de laquelle certains avaient fustigé l'Administration pénitentiaire. Mais on était encore avec les post soixante-huitards. Donc "il est interdit d'interdire", "la prison, c'est le bain". Il y avait eu une motion d'une irresponsabilité totale. Moi, je n'y étais pas mais j'avais eu écho de l'intervention de Jean Favard qui avait tenté d'endiguer ce mouvement anti-pénitentiaire. Parce que c'était un préfet qui était à la tête de la Pénitentiaire [Christian Dabanc]. Donc, c'était le diable. Donc, j'ai envoyé une lettre de démission en disant que je déplorais la motion*

<sup>1</sup> Jean Favard, magistrat à la DAP de 1970 à 1975 puis Conseiller technique du ministre de la Justice chargé des questions pénitentiaires de 1981 à 1986. Entretien réalisé le 10/01/2008. Durée: 3H00.

<sup>2</sup> Jean Favard, magistrat à la DAP de 1970 à 1975 puis Conseiller technique du ministre de la Justice de 1981 à 1986. Entretien réalisé le 10/01/2008, durée: 3H00.

<sup>3</sup> COLCOMBET François, « La crise pénitentiaire », *Justice*, n°33, 1974, pp.1-2.

<sup>4</sup> Jean Favard, magistrat à la DAP de 1970 à 1975 puis Conseiller technique du ministre de la Justice chargé des questions pénitentiaires de 1981 à 1986. Entretien réalisé le 10/01/2008. Durée: 3H00.

*qui avait été prise [...] Ça m'avait fait mesurer le danger de prendre des décisions sans en mesurer la portée. J'ai dit : "Aujourd'hui, c'est la Pénitentiaire et demain ça sera autre chose". Autrement dit, cette irresponsabilité dans l'extrémisme m'a choqué et m'a fait percevoir... [...] Personnellement, ça me choquait tellement ce gauchisme qui ne disait pas son nom, cet extrémisme »<sup>1</sup>.*

La question pénitentiaire passe progressivement à partir de 1975 au second plan, ce que confirme le peu d'articles consacrés à ce thème dans *Justice*. C'est uniquement à la fin des années soixante-dix qu'il redevient progressivement à l'ordre du jour du SM. « Le silence prolongé du Syndicat de la magistrature sur la prison ne veut pas dire qu'il l'a oubliée », prévient alors Etienne Bloch<sup>2</sup>. Avec l'alternance se trouve réactivé avec plus de vigueur le dilemme auquel sont confrontés tous les professionnels-militants : est-il préférable de participer à l'institution critiquée, quitte à perdre sa liberté de parole, ou vaut-il mieux demeurer spectateur au risque d'être privé de tout moyen d'action direct ?

---

<sup>1</sup> Yvan Zakine, magistrat directeur de la DAP de 1981 à 1983. Entretien réalisé le 20/03/2008. Durée : 3H00.

<sup>2</sup> BLOCH Etienne, « La justice dans la prison », *Justice*, n°73, 1979, p.1-2.

## ANNEXE 25 : LA POLITIQUE SECURITAIRE D'ALAIN PEYREFITTE ET LA MULTIPLICATION DES PRESSIONS ENVERS LES PROFESSIONNELS PENITENTIAIRES

Les éducateurs travaillant en milieu fermé ont été, comme cela a été précisé auparavant, parmi les premiers à se désolidariser de l'institution carcérale du fait, entre autre, de la culture protestataire qui marque ce corps professionnel. Leur mécontentement s'exprime en mars 1977 sous une forme collective lorsque le SNEPAP, rattaché à la Fédération de l'éducation nationale (FEN), réclame un statut paritaire avec les membres de l'Education civile afin de ne plus dépendre du ministère de la Justice (LM, 4/03/1977). Très minoritaires au sein de l'Administration pénitentiaire, on en compte alors 80 pour 35.000 détenus, les éducateurs souffrent de conditions de travail difficiles :

*« Maintenus dans une situation marginale, présents dans très peu d'établissements (une vingtaine sur 180), isolés, les éducateurs demeurent dans les prisons des intrus, suspectés a priori, incompris [...] On veut les encadrer de très près en leur imposant une hiérarchie calquée sur celle des établissements pénitentiaires. Peu à peu, on fait des comités de probation des instruments de strict contrôle social d'où l'imagination sera absente. La centralisation est poussée à l'extrême : toutes les orientations sont définies au ministère à Paris »<sup>1</sup>.*

Les heurts sont dès lors fréquents entre les éducateurs et leur autorité de tutelle. A l'automne 1977, cinq éducateurs de Fleury-Mérogis sont convoqués devant la commission de discipline pour avoir permis à deux détenus de correspondre entre eux malgré l'avis défavorable du juge (LM, 29/09/1977). Le jour de leur audition, des membres du SNEPAP, du SM ainsi que du Syndicat national des instituteurs condamnent lors d'une manifestation « le refus constant de l'administration de reconnaître aux éducateurs la place qui leur revient dans l'institution pénitentiaire » (LM, 8/10/1977). En réponse à la mutation des quatre éducateurs et au licenciement d'un autre, les quinze éducateurs de Fleury-Mérogis entament une grève afin de dénoncer le fonctionnement opaque du conseil de discipline (Le Matin, 17/10/1977). Au cours d'un forum « prison et communication », organisé à cette occasion, et qui réunit des professionnels et des militants de la cause carcérale, la question du rôle des intervenants est largement débattue, notamment en matière médicale : « Le personnel médical et paramédical enfermé dans les différentes spécialités, sans aucune relation avec le corps socio-éducatif, demeure complice silencieux de l'illégalité qui règne dans les prisons »<sup>2</sup>. Déterminés à « transformer la présence passive, complice, non impliquée des différents intervenants carcéraux, en présence engagée, lucide et libératrice, par des solidarités réelles avec les couches populaires dominées par cet univers de répression », les professionnels rédigent un appel en faveur d'un nouveau positionnement à l'égard de l'institution pénitentiaire :

*« Nous, éducateurs, avocats, magistrats, visiteurs de prison, médecins [...] dénonçons l'institution pénitentiaire, institution de mépris et d'humiliation, où fait rage l'arbitraire d'une administration qui ne respecte même pas sa propre légalité, et bafoue les droits les plus élémentaires de la personne humaine. Nous dénonçons les atteintes à la communication, les pratiques d'isolement, les privations affectives aux conséquences dramatiques, les dizaines de suicides qui en résultent chaque année, et dont l'administration pénitentiaire porte seule la responsabilité. Pour briser le secret et l'enfermement de ces institutions de mort, nous, travailleurs de la Justice et de l'institution*

<sup>1</sup> POTTIER Philippe, « Les éducateurs », *Esprit*, 11/1979, p.45.

<sup>2</sup> SNEPAP/CTJ, « Forum prison et communication », 1<sup>er</sup> octobre 1977, feuille RV (Fonds Etienne Bloch. ARC 3017-15. IV-25 Syndicats pénitentiaires).

*pénitentiaire, anciens détenus et parents et amis de prisonniers, affirmons : le droit à la communication, droit inaliénable de l'homme, doit être consacré pour tout détenu »<sup>1</sup>.*

La tension est croissante entre éducateurs et autorités pénitentiaires, et ce, dans un contexte de durcissement des conditions de détention. La circulaire du 20 juin 1978 crée une brigade de sécurité destinée à intervenir dans les établissements ; la loi du 22 novembre 1978 instaure une « période de sûreté » et limite les pouvoirs du JAP. Le service socio-éducatif de Fleury-Mérogis déclare déplorer en mars 1978 que « le mitard devienne trop souvent le substitut de l'infirmerie et constater l'absence de toute structure médicale en cas d'urgence, l'inertie du personnel médical, voire son incompetence » (*Journal des prisonniers*, 04/1978). Les mesures disciplinaires se multiplient : une éducatrice de Fresnes est mutée « dans l'intérêt du service » en avril 1978, un éducateur de Fleury-Mérogis connaît le même sort en juin 1978 tandis qu'un éducateur est menacé d'exclusion en octobre 1979 (*LM*, 19/10/1979).

La répétition d'événements similaires amène la presse à poser la question de la place des éducateurs en détention. « Sept sanctions pour un effectif total de quatre-vingt éducateurs [...] voilà qui pourrait bien dépasser le cadre des simples conflits de personnes auxquels certains aimeraient ramener l'affaire », observe le *Monde*<sup>2</sup>. Décrivant leurs difficiles conditions de travail, le journaliste constate que « la tâche dont on voudrait parfois les charger, consistant à "adapter" le détenu à la prison est rejetée par tous ». « Il est donc maintenant clair que l'éducateur de prison, comme le médecin, le psychiatre, le psychologue, le Valium, les promesses de carottes et les menaces de bâton, sont au service du pouvoir absolu de la direction de la prison », affirme un communiqué du C.A.P (*Journal des prisonniers*, 10/11/1977). « On voudrait nous cantonner dans un rôle de gardiennage ou d'intermédiaire entre les détenus et leurs avocats [...] On anéantit totalement la personnalité du détenu », déclarent Philippe Pottier et Patrick Frison de Fleury dans *Libération* qui publie à l'occasion l'extrait d'un rapport établi par un chef de bâtiment sur un éducateur sanctionné :

*« D'une manière générale, je crois que M. Sanson ne soit incapable d'accepter l'institution et ses règles, il semble vouloir s'opposer systématiquement pour ne pas dire cyniquement. Peut-être s'agit il d'un caractère très particulier, d'un mélange d'utopie fumeuse, de paranoïa réformatrice, d'idéalisme béat ou tout simplement de la contradiction systématique d'un opposant caractériel... »* (*Libération*, 5/10/1977).

Les éducateurs ne sont pas les seuls concernés par ces mesures disciplinaires. En juin 1978, un visiteur de prison est pour la première fois inculpé de « remise irrégulière à un détenu » (*LM*, 21/06/1978). Quelques jours plus tard, un instituteur enseignant en prison est inculpé pour le même motif (*LM*, 1/07/1978). Des visiteurs témoignant de leur activité condamnent une « atmosphère de suspicion », notamment depuis l'évasion de Mesrine : « Tout se durcit. L'affaire Mesrine a ses retombées : l'Administration essaie de se décharger de ses responsabilités sur le dos des intervenants »<sup>3</sup>. Les tensions s'accroissent au début des années quatre-vingt à mesure que la sécurité est renforcée au sein des établissements. Des éducateurs protestent contre la mise en place de portiques de détection à Fleury-Mérogis. Certains refusent de se soumettre aux contrôles (*LM*, 6/05/1980). En mars 1981 les enseignants des M.A de La Santé, Fresnes, Fleury-Mérogis et Bois d'Arcy entament une grève pour protester contre le renvoi de trois Professeurs détachés de l'Education nationale (*Le Matin*, 24/03/1981). Disposant tous d'une longue ancienneté et de bons états de service, ils déclarent avoir été licenciés en raison de leur appartenance au GMP « qui remet en question la doctrine sacro-sainte du secret ».

<sup>1</sup> « La pratique des personnels pénitentiaires », 1<sup>er</sup> octobre 1977, feuille RV (Fonds Etienne Bloch. ARC 3017-15. IV-25 Syndicats pénitentiaires).

<sup>2</sup> « Les difficultés des éducateurs de prison. Mission impossible ? », *Le Monde*, 11/07/1978.

<sup>3</sup> « Les visiteurs de prison en question », *Le Monde*, 9/08/1978.

En avril 1981, suite à la sanction de deux nouveaux éducateurs souhaitant exercer leur droit de grève, le SNEPAP appelle à une semaine d'action pour protester contre l'« autoritarisme » de l'administration pénitentiaire dénoncé également par la FEN (LM, 5-6/04/1981). Les membres du syndicat des éducateurs sont divisés quant à la position à adopter à l'égard de l'institution carcérale. Certains estiment qu'il est préférable de se dégager de la tutelle pénitentiaire tandis que d'autres, comme Philippe Pottier, élu secrétaire général en 1978, pensent préférable de rester dans l'Administration. Avançant le risque de voir le corps des éducateurs supprimé, ce dernier justifie leur présence, et ce, en dépit des difficultés rencontrées : **« Si l'on veut que cela change, il faut qu'un maximum de personnes puissent rentrer dans les prisons, témoigner de ce qu'elles y voient, en parler. Celui qui travaille en prison est légitimé par cette présence, nous avons tous pu en faire l'expérience : sa parole a beaucoup plus de poids que celle venant du dehors et qui ne pourra pas s'appuyer sur une expérience réelle. A ce niveau, la présence des travailleurs sociaux est essentielle : ils peuvent dire la prison »**<sup>1</sup>. C'est sous son influence que l'idée de demeurer au sein de l'Administration pénitentiaire devient progressivement majoritaire puisqu'elle recueille 80% des suffrages lors des congrès du SNEPAP de 1979 et 1980. C'est cette volonté de transformer les choses de l'intérieur que manifeste Philippe Pottier<sup>2</sup> :

*« Quand je suis arrivé au SNEPAP, il y avait une discussion en interne. Une partie des gens était pour sortir de la prison. Par exemple être rattaché au Juge d'application des peines. Et moi, j'étais pour une position totalement inverse. C'est-à-dire que si on faisait ça, ça permettait peut-être de se protéger, de se mettre du "bon côté" mais c'était plus la peine d'espérer d'avoir la moindre influence sur l'institution. D'où ce débat. Moi, je défendais fortement l'idée qu'il fallait être dedans. D'ailleurs, moi, quand je suis arrivé, il y avait l'idée d'être rattaché à l'Education surveillée. Et c'était un des points d'ailleurs qui a fait que j'avais hésité à rentrer au Bureau national. Car je n'étais pas d'accord avec cette position qui avait tendance à être majoritaire à ce moment-là. Je suis quand même rentré au Bureau national et finalement cette position est devenue minoritaire à force [...] Donc, effectivement, il y a eu ce basculement. En 74/76, il y avait plutôt une position de retrait par rapport à l'Administration pénitentiaire. Et puis après, en 77/78, le débat est clos en 80 [...] C'est vrai que je suis rentré dans l'Administration pénitentiaire dans une idée un peu militante. Et rentrer dedans dans une optique un peu militante pour après dire "On va ailleurs", c'était un peu louche »*<sup>3</sup>.

La politique sécuritaire d'Alain Peyrefitte où prime le risque de l'évasion rentre ainsi en contradiction forte avec l'idée de décroisement inaugurée par Valéry Giscard d'Estaing. En effet, elle soumet les professionnels travaillant en prison à de nombreuses pressions et les incite à élaborer une action collective qui aboutit à la formation de la Coordination syndicale pénale (COSYPE).

<sup>1</sup> POTTIER Philippe, « Le choix des éducateurs », *Journal des prisonniers*, n°3, 12/1980, pp.4-5.

<sup>2</sup> Philippe Pottier était par ailleurs sous-directeur de l'Administration pénitentiaire lors de l'entretien en 2007, manifestant la même volonté de transformer les choses de l'intérieur.

<sup>3</sup> Philippe Pottier, éducateur pénitentiaire depuis 1975, secrétaire général du SNEPAP de 1978 à 1988 et fondateur de la COSYPE. Entretien réalisé le 27/12/2007, 2H. Souligné par nous.

## **ANNEXE 26 : LE « SCANDALE DES GRACES MEDICALES » : LE RECIT DES FAITS**

Un détenu incarcéré aux Baumettes porte plainte le 29 mars 1982 pour escroquerie contre deux autres prisonniers à qui il aurait versé une importante somme d'argent pour obtenir une grâce médicale qui lui avait été promise (LM, 11-12/04/1982). Les deux détenus mis en cause prétendent avoir agi en qualité de rabatteurs pour le compte du Dr Colombani, médecin-chef de l'établissement, et de M<sup>e</sup> Fraticelli, avocat au barreau de Marseille. Le juge d'instruction, François Ardiet fait interpellé le 7 avril le médecin-chef de la prison des Baumettes, remis en liberté sans avoir été inculqué après trente-six heures de garde à vue. Les enquêteurs retrouvent dans des registres la trace de plusieurs dizaines de milliers de francs touchés par l'un des codétenus mais « n'excluent pas la possibilité d'une simple escroquerie entre détenus sans implication de l'administration pénitentiaire » (*Libération*, 13/04/1982). Le juge d'instruction fait alors placer sur écoute le 30 avril le Dr Colombani ainsi que M<sup>e</sup> Fraticelli. Vingt-trois dossiers médicaux de détenus ayant bénéficiés d'une hospitalisation extérieure voire d'une libération pour raison de santé sont saisis à la Prison hôpital des Baumettes (PHB). Réunis le 8 avril en assemblée générale, les dix-sept praticiens exerçant à la PHB, entament une grève administrative de huit jours contre « la campagne injurieuse et diffamatoire développée à l'encontre de leur médecin-chef ».

L'inspecteur général Philippe Chemithe est envoyé à cette occasion à Marseille par le ministère de la Justice afin d'établir un rapport sur cette affaire dans lequel il est question de la mort du juge Pierre Michel, abattu le 21 octobre 1981, qui enquêtait sur les trafiquants de drogue ayant bénéficié de grâces médicales suspectes (*Le Quotidien de Paris*, 01/07/1982). Il enquêtait notamment sur la libération de Robert Kechichian, gros bonnet de la « Sicilian Connection », dont Me Fraticelli avait obtenu la libération le 10 juillet 1981. Plusieurs faits confèrent aux événements une autre dimension. A l'automne 1982, deux anciens détenus des Baumettes portent plainte contre le Dr Colombani accusé d'avoir exercé sur eux un racket (*Libération*, 28/10/1982). L'un d'eux disparaît le jour de son audition par le juge d'instruction. La bataille juridique qui a lieu entre juin 1982 et février 1983 au sujet des écoutes téléphoniques entre M<sup>e</sup> Fraticelli et le Dr Colombani, considérées comme portant atteinte au secret professionnel, achève de conférer à ce sujet une audience nationale. D'instigateur, le Dr Colombani est progressivement décrit par certains journaux comme un élément qui « aurait été lui-même manipulé » dans un plus vaste trafic : « Le chute du Dr Colombani ne vise-t-elle pas en réalité, à faire tomber toute une filière dont il n'aurait été lui-même que le jouet ? » (*Le Matin*, 19/02/1983). En février 1983, le juge Raysseguier, chargé du dossier de Robert Kechichian, prononce un mandat d'arrêt contre le docteur Colombani, qui est interpellé le 10 février, pour « falsification et usage de documents médicaux, connivence d'évasion et trafic d'influence » (*Libération*, 12-13/02/1983).

C'est autour du seul cas de Robert Kechichian que se sont par conséquent établis le « scandale » et le procès des grâces médicales. Incarcéré en juin 1980 par le juge Michel, ce trafiquant de drogue déclare souffrir d'un cancer de la peau, le sarcome de Darier-Ferrand, à évolution lente mais très grave. Son médecin traitant confirme qu'il fut opéré à deux reprises d'une tumeur maligne de la paroi abdominale pouvant très probablement récidiver. Le médecin-chef des Baumettes fait alors pratiquer une biopsie qui s'avère négative. Cependant, après avis favorable du dermatologue de son service, il envoie Kechichian au Centre régional anti-cancéreux de Marseille (CRACM) pour « vérification » où, après de nombreux examens négatifs, le chef de service renvoie le 25 juin 1981 le malade aux Baumettes. Kechichian

présente au juge Michel par l'intermédiaire de son avocat, M<sup>e</sup> Fraticelli, plusieurs demandes de mise en liberté.

Déjà confronté à un cas où l'expertise réalisée à Marseille avait été contredite par une contre-expertise effectuée à Fresnes, le juge Michel rejette la demande et ordonne une contre-expertise. Après une visite au CRACM où ils ne consultent pas le chef de service mais le seul dossier médical, les Dr Mariotti, médecin légiste, et Mazaud, cardiologue, certifient que Kechichian « nécessite une intervention chirurgicale [...] et des soins très spécialisés et très prolongés », cette « thérapeutique très spécialisée ne peut être mise en œuvre à la prison hôpital des Baumettes et, de ce fait, son état de santé n'est pas compatible avec la détention ». Fort de ses conclusions, M<sup>e</sup> Fraticelli renouvelle la demande de mise en liberté le 1<sup>er</sup> juillet. Celle-ci est rejetée une nouvelle fois par le juge Michel qui décide de faire transférer Kechichian à Fresnes le 6 juillet. Mais le lendemain, lui parvient un mot du Dr Colombani lui communiquant une attestation de Solange Troisier, datée du 4 juillet 1981, dans laquelle elle s'oppose à ce transfert assurant que « Kechichian est atteint d'un cancer si grave que ses jours sont en danger » (*L'Express*, 21/01/1983). Le 10 juillet, le juge signe l'ordonnance de mise en liberté pour raison médicale, remettant ainsi Robert Kechichian en liberté sous contrôle judiciaire. A son retour de vacance, il apprend que Kechichian ne s'est fait hospitaliser. Il décide alors d'enquêter sur les remises en liberté pour raisons médicales jusqu'à l'apparition du scandale au printemps 1983.

L'inculpation du Dr Colombani a lieu sur le fondement d'une contre-expertise confiée à deux experts grenoblois, qui concluent à l'absence de cancer chez Kechichian. Convoqués, les deux experts marseillais affirment ne pas reconnaître le dossier médical. Certains journaux alimentent alors l'hypothèse d'un « vaste réseau de complicités » : « Des experts, des magistrats, des responsables de l'administration pénitentiaire sont aussi dans le collimateur » (*Libération*, 12-13/02/1983). Le juge Raysseguier procède à l'audition de Solange Troisier ainsi qu'à une perquisition à son domicile (*Libération*, 20/02/1983). Début mars, les deux experts marseillais sont inculpés. Une semaine après, le 16 mars, Solange Troisier est inculpée de « fabrication et usage de faux certificats médicaux ». L'inculpation du Médecin-inspecteur contribue à mettre au premier plan l'affaire des grâces médicales. « Inculpation au sommet. L'ancienne patronne de la médecine pénitentiaire, Solange Troisier, membre du Comité central du RPR est accusée d'avoir couvert la libération d'un gros bonnet de la drogue », titre *L'Humanité* le 17 mars 1983.

Le Médecin-inspecteur clame son innocence au cours d'une conférence de presse. N'ayant pas voulu mettre en doute les propos d'Alain Colombani, elle lui aurait fait parvenir « un papier administratif » (*LF*, 18/03/1983). L'ancien Médecin-inspecteur minimise en outre le rôle que sa lettre a pu avoir dans la libération de Kechichian : « C'est le juge qui est le seul maître. A lui d'ordonner expertise et contre-expertise. A lui de signer la mise en liberté ou le transfert dans un hôpital sous surveillance policière ». Le *Canard enchaîné* fait état dans son édition du 30 mars de lettres découvertes au domicile de Solange Troisier établissant une correspondance entre elle et Robert Kechichian après la libération de ce dernier. Tandis que l'ancien Médecin-inspecteur affirme au juge n'avoir « eu aucun contact avec Robert Kechichian » (*Libération*, 30/03/1983), le Pr Gisselbrecht de l'hôpital Saint-Louis affirme que Kechichian s'est présenté le 28 juillet 1981 dans son établissement pour un avis thérapeutique avec une « lettre d'introduction » signée de la main de Solange Troisier (*LM*, 02/04/1983). Celui-ci avait alors demandé à Solange Troisier la communication du dossier médical de Robert Kechichian avant de lui fixer un nouveau rendez-vous auquel il ne s'est jamais rendu. Solange Troisier porte plainte devant le conseil de l'Ordre contre le Pr Gisselbrecht (*QDM*, 4/05/1983).



Le 16 mai, lors de son audition, André Fraticelli, prétextant un malaise, prend la fuite du palais de Justice de Marseille alors qu'il était sur le point de signer son procès verbal d'accusation (*Libération*, 17/05/1983). Le 30 mai, le juge Raysseguier notifie à Solange Troisier un nouveau chef d'inculpation pour « corruption et trafic d'influence » (*LM*, 02/06/1983). Le juge d'instruction clôt le 4 août l'information estimant que suffisamment de charges pèsent contre les cinq inculpés. Il abandonne pourtant les chefs d'inculpation de « corruption » et de « trafic d'influence », aucun versement d'argent n'ayant pu être mis en évidence au cours de l'instruction, les inculpés risquant dès lors au maximum trois années d'emprisonnement (*LM*, 19/08/1983). Le « procès-spectacle » des grâces médicales, qualifié d'événement de la rentrée judiciaire, est annulé le 17 septembre par une décision de la Cour de cassation « dans l'intérêt d'une bonne administration de la Justice » (*Libération*, 19/09/1983). La totalité des prévenus ayant été des auxiliaires des magistrats de Marseille, la Cour donne ainsi raison à la requête en suspicion légitime déposée par Alain Colombani afin que l'affaire soit traitée par une autre instance (03/09/1983). Le procès est renvoyé devant le TGI de Versailles (*Libération*, 4/10/1983).

Après avoir donné plusieurs interviews à la presse, André Fraticelli se constitue prisonnier lors de l'ouverture du procès. Dans son jugement du 16 novembre 1983, le tribunal de Versailles inflige une peine de un an de prison, dont huit mois avec sursis, à André Fraticelli et Alain Colombani et six mois avec sursis à Solange Troisier et Mariotti. Mais le 21 février 1984, la Cour d'appel de Versailles prononce une relaxe générale établissant qu'en « s'opposant au transfert de Kechichian, Mme le Pr Troisier restait dans le cadre de ses fonctions ». « Il n'y pas eu d'affaire Kechichian, il n'y pas eu de trafic de grâces médicales [...] Le scandale des grâces médicales entre guillemets passe au domaine des rumeurs sans fondement ce qui ne veut pas dire qu'on ait fini d'en parler » (JT A2, 20H, 21/02/1984). « Le dossier de cette affaire est donc définitivement clos : le scandale des "grâces médicales" n'a pas existé, et Robert Kechichian a quitté la prison des Baumettes en 1981 le plus légalement du monde », constate *Le Monde* le 23 février. « Il n'y a plus de scandale » pour France-Soir, de même pour *Le Figaro* qui y voit « un désaveu absolu des thèses de l'accusation ». « Les grâces médicales n'étaient donc qu'une mince et vulgaire sardine qui bouchait le port », ironise Patrice Carmouze dans *Le Quotidien du médecin*.

## ANNEXE 27: L'ANESTHESISTE ET LE CHIRURGIEN : LA PRISE EN COMPTE PAR L'IGAS DES CONTRAINTES PENITENTIAIRES

Entre 1980 et 1983 plusieurs patients de l'Hôpital de Fresnes meurent dans des conditions similaires. Opérés par le Dr Perdrot, ils sont transférés avec du retard dans des services de réanimation où la plupart sont décédés. C'est à chaque reprise à l'initiative de Monique Montot, anesthésiste chef de l'Hôpital, et ancienne élève du Professeur Huguenard que ces détenus ont été transférés malgré l'opposition du médecin-chef, Pierre Perdrot. Chargés de démêler le conflit, les médecins inspecteurs de l'IGAS remarquent dans leur rapport « le malaise qui régnait depuis quelques mois dans le service de chirurgie » mais surtout les « plaintes répétées des chirurgiens à l'encontre de l'anesthésiste »<sup>1</sup>. « L'opinion est unanime. Mme Montot n'a pas le profil correspondant à la fonction anesthésiste à l'hôpital de Fresnes », note le rapport qui égrène les griefs formulés contre elles. Outre des « titres insuffisants » et un « vide médical » de dix ans dans son *curriculum vitae*, les inspecteurs lui reprochent d'être « non titulaire du C.E.S de médecine pénitentiaire »<sup>2</sup>, mais d'avoir surtout une « activité professionnelle insuffisante » et une « organisation du travail inexistante et un manque de coopération avec les chirurgiens ». La mission cite, en effet, les courriers de chirurgiens se plaignant des refus d'anesthésie de la part du Dr Montot. Au terme de ces accusations, le rapport suggère le licenciement de Mme Montot. Reprenant l'ensemble des conclusions dressées par l'IGAS, la directrice de l'Administration pénitentiaire propose son licenciement le 6 juillet 1983.

L'avis de la mission est en revanche beaucoup plus élogieux concernant le médecin-chef de l'Hôpital, doté de « qualités professionnelles indéniables » et de « titres indiscutables ». « Ses collaborateurs directs (personnel médical et paramédical) apprécient en règle général son savoir-faire et sa dextérité même s'ils ne sont pas toujours d'accord sur le diagnostic posé, les indications ou le suivi post-intervention »<sup>3</sup>. Après avoir rappelé les décès dont il fut question dans les médias, les inspecteurs observent que « les statistiques de mortalités opératoires produites par lui ne semblent pas anormales » mais qu'il est néanmoins possible « après examen de nombreux dossiers [de] retenir six cas qui pourraient être soumis à expertise médicale, si cela s'avérait nécessaire »<sup>4</sup>. Si le rapport retient en conclusion que « son maintien à l'Hôpital central de la maison d'arrêt de Fresnes n'apparaît plus souhaitable », son licenciement ne semble néanmoins pas justifié, comme ce fut le cas pour l'anesthésiste :

*« Le cas du Dr Perdrot est plus complexe de par la personnalité de l'intéressé, ses titres, ses travaux, sa compétence reconnue [...] Hormis quelques cas pour lesquelles la Justice a été saisie, les reproches qui peuvent être faits au docteur dans la conduite de son activité et la prise en charge de ses malades sont de faible teneur et résistent mal à une analyse minutieuse et approfondie. Dans ces conditions il apparaît inopportun d'évoquer à son égard une sanction [...] Une façon de faire qui pourrait être féconde, sous réserve de l'information judiciaire en cours, serait en raison de sa notoriété, de charger ce praticien d'une mission d'études. Ce dernier paraît prêt à accepter une proposition de cette nature dès lors qu'elle serait compatible avec son honorabilité professionnelle »<sup>5</sup>.*

<sup>1</sup> AVRIL J., TCHERIATCHOUKINE Jean, *Rapport sur l'hôpital de Fresnes*, op.cit., p.6.

<sup>2</sup> A notre connaissance, ce diplôme n'a jamais existé, la médecine pénitentiaire ayant seulement été enseignée sous la forme d'une capacité.

<sup>3</sup> *Ibidem*, p.17.

<sup>4</sup> Cette phrase soulignée par nous peut être vue comme l'indice d'un accord entre l'IGAS et le médecin-chef.

<sup>5</sup> *Ibidem*, pp.24-25.

En septembre 1983, le docteur Perdrot est chargé d'une étude sur la pathologie carcérale au siège de l'Administration pénitentiaire (*Le Monde*, 8/09/1983). Cette mission, jamais effectuée, était selon un magistrat de la DAP un moyen « élégant » afin de se débarrasser de ce chirurgien : « C'était une manière de s'en débarrasser. Élégante ! »<sup>1</sup>. Un chirurgien de l'Hôpital connaissant bien l'affaire explique la stratégie de la DAP par le risque que cela comportait de licencier ce chirurgien s'il avait été relaxé du procès pénal qui était alors en cours :

*« Ce que l'IGAS a fait et M. Lucas est un mec de très intelligent. Il a dit "non, on le mute aux statistiques du ministère de la Justice".... parce que comme ça on l'éloigne et comme ça il n'est pas dangereux pour personne [...] C'était très malin parce que ça c'est fait avant la fin du procès. Ils se sont dit que s'il ne perdait pas son procès, il va demander à être réintégré et il va demander des dommages et intérêts au ministère. Ça va coûter moins cher, il était à deux ans de la retraite, de le foutre aux stats... Et la solution de l'IGAS, c'était une promotion aux stats »<sup>2</sup>.*

Le différentiel de traitement entre les deux praticiens mis en cause par la mission d'Inspection apparaît surprenant. Certains arguments avancés à l'encontre du Dr Montot par les inspecteurs de l'IGAS apparaissent non fondés<sup>3</sup>. Le seul argument mis en avant par les inspecteurs dans la défense du médecin-chef est sa notoriété. La plupart des décès en question sont, d'autre part, liés au retard avec lequel les détenus furent transférés en hôpital extérieur, du fait de l'opposition du Dr Perdrot, ce que le rapport n'évoque à aucun moment. Les pratiques chirurgicales du médecin-chef semblent d'ailleurs connues de plusieurs membres de l'Hôpital de Fresnes interviewés :

*« Disons que c'était une chirurgie... Il n'avait pas du tout la finesse de travail du docteur Petit [ancien médecin-chef]. Le docteur Perdrot... C'était plutôt une chirurgie de guerre... Enfin, moi, je ne peux pas me permettre... [...] J'étais choquée par sa façon de travailler mais je ne peux quand même pas me permettre d'en dire plus... Je ne suis qu'une infirmière... Il y avait eu un cas dont je me rappelle... Moi, je me le rappelle en salle lui avoir dit... D'ailleurs à la fin... "Vous ne fermez pas ? Vous ne suturez pas ?". "Mais non ! Mais non ! C'est très bien comme ça !" . Alors, ou je fermais moi-même ou je chargeais le docteur [...] pour fermer... Parce que je trouvais que ça n'allait pas du tout [...] Je sais qu'il y en a un des deux... qui est mort d'ailleurs. Il avait été opéré de l'anus. Il avait voulu refermer et ça avait été une éviscération. Enfin, ça avait été épouvantable ! »<sup>4</sup>.*

*« Moi, j'ai été convoqué à la police pour faire une déclaration. C'était une façon de voir la médecine un peu différente qu'il avait [...] Les appendicites ne s'opéraient que le mardi, par exemple. C'était comme ça ! Parce que c'était comme ça... Et si vous aviez une crise qui se déclenchait le mercredi, vous la mettez sous antibiothérapie avec glace sur le ventre, comme on disait, et vous attendiez jusqu'au mardi suivant [...] Il n'y avait que lui comme chirurgien viscéral et donc c'est difficile pour un généraliste ou un cardiologue de remettre en cause les décisions d'un chirurgien. C'était un protocole qu'il avait établi... »<sup>5</sup>.*

*« Je disais tout à l'heure que les gens étaient vachement bien soignés en prison... Par contre, Perdrot... Mais que ce soit aussi bien en ville qu'en prison... Quand il fallait arracher un drain, une mèche, il arrachait ça d'un coup quoi ! Bon.... Il ne faisait pas dans la dentelle... en ville les gens disaient "aie !" mais à Fresnes ils avaient fait une coordination des gens dont Perdrot avait arraché le drain! [Rires] [...] C'était Perdrot qui était malade et qui ne voulait pas reconnaître que ça n'ait pas marché. Une fois il m'appelle un dimanche pour retirer l'appendoc de sa fille mais rien que ça j'étais outré. Ça allait encore les appendocs.... "Tu ne veux pas que je le fasse?" [rires] Il tirait...*

<sup>1</sup> Jacques, magistrat chargé à la DAP de la réglementation sanitaire de 1982 à 1989. Entretien réalisé le 11/01/2008, 3H30.

<sup>2</sup> Jean-Michel, chirurgien-orthopédiste à l'Hôpital de Fresnes de 1979 à 1988. Entretien réalisé le 9/12/2005 à son domicile à Bourg la Reine (Hauts de Seine). Durée : 2H40.

<sup>3</sup> Le Dr Montot aurait, selon l'IGAS, été recrutée parce que seule candidate. Le P.V de la réunion de la commission de classement des médecins de l'hôpital de Fresnes du 2/12/1980 fait état cependant de la candidature de trois médecins, avant de conclure : « La commission a longuement hésité avant de proposer ce classement » (CAC.19940511. Art. 98).

<sup>4</sup> Monique, infirmière panseuse-chef à l'EHPNF de 1954 à 1990. Entretien réalisé le 28/06/2005. Durée : 2H30.

<sup>5</sup> Hervé, médecin O.R.L à l'Hôpital de Fresnes de 1981 à 2004. Entretien réalisé le 13/02/2006. Durée : 2h25.

*C'était vraiment pas beau à voir comme chirurgie, quoi [...] Et puis il était l'élève de Champo qui était un très bon chirurgien et donc je crois qu'il a hérité un peu du surplus de clientèle de Champo [silence] Non mais il était fêlé ! [...] Disons que... je ne lui aurais sans doute pas confié les membres de ma famille ! [Rires]»<sup>1</sup>.*

Informé des problèmes, le Directeur de la maison d'arrêt de Fresnes avait d'ailleurs demandé dans un rapport remis le 26 novembre 1982 au garde des Sceaux, l'exclusion des deux praticiens mis en cause<sup>2</sup>. En réponse au rapport de l'IGAS, le Professeur Huguenard et la Ligue des droits de l'homme prirent la défense de Monique Montot (*Le Quotidien de Paris*, 7/09/1983), tandis qu'une partie du personnel de Fresnes protesta contre son licenciement, à travers une pétition, signée d'une douzaine d'infirmières et d'internes, saluant « le courage et la clairvoyance [ayant] permis de sauver la vie de plusieurs malades en exigeant leur transfert sur des hôpitaux extérieurs »<sup>3</sup>.

Tandis que l'anesthésiste et le chirurgien furent initialement tous les deux mis en cause par la Justice dans la mort de certains détenus, la première ne sera finalement pas inquiétée, l'enquête de police ayant conclu à l'inculpation du seul chirurgien pour non-assistance à personne en danger<sup>4</sup>. Dans une note adressée au directeur adjoint de cabinet du garde des Sceaux, la Direction des affaires criminelles et des grâces estime cependant préférable de requérir un non-lieu, toute poursuite étant considérée comme « inopportune » : « Il serait très injuste de faire porter au seul docteur Perdrot toute la responsabilité des "imperfections" de la médecine pénitentiaire, les conditions de travail à l'Hôpital de Fresnes étant à l'époque, particulièrement déplorables, tant au plan de l'équipement qu'à celui du personnel sanitaire »<sup>5</sup>. L'abandon de toute poursuite à l'égard du Dr Perdrot n'est probablement pas sans rapport avec les accusations que ce dernier avait formulées quelques mois auparavant à l'égard du ministère de la Justice. Ami de la famille Hersant<sup>6</sup>, Pierre Perdrot disposait en effet de puissants relais parmi les médias. Il semble ainsi que la décision finale de l'IGAS réponde moins à une logique médicale qu'à des considérations liées aux spécificités carcérales. Le chirurgien déclara d'ailleurs à la presse que son changement d'affectation « provient d'un accord entre l'IGAS et [lui] » (*QDM*, 7/09/1983). Si l'on en croit les propos de Pierre Espinoza, nommé médecin-coordonateur en 1982 pour faire face à la crise traversée par l'Hôpital, le travail de l'IGAS n'aurait d'ailleurs essentiellement consisté qu'à légitimer une prise de décision préalable :

*« Le problème, c'était un chirurgien vieillissant pas du tout adapté au milieu carcéral avec des corps étrangers difficiles à gérer. Une anesthésiste complètement folle. Je me suis rendu compte de ce qui se passait le 1<sup>er</sup> avril. Il y avait un détenu qui avait été opéré 48 heures avant et qui avait de la fièvre. Je décide de ne pas y aller. Et le 2 avril au matin, le malade est mort ! Pan ! Je regarde le dossier et je vois qu'il y avait des fautes. Il avait 40 de fièvre la veille et aucune disposition n'avait été prise [...] Il a fallu trois semaines pour que... Pour que cela se reproduise. Un malade avait été opéré. Il avait 40 de fièvre et je dis au chirurgien : "Il y a un problème et il faut l'hospitaliser". Et il me dit qu'il n'en est pas question. Je lui ai interdit d'opérer parce que sa femme était morte dans la nuit ! Le malade a été dirigé vers l'Hôtel-Dieu et on a évité une mort supplémentaire [...] Derrière j'ai fait un rapport à*

<sup>1</sup> Jean-Michel, chirurgien-orthopédiste à l'Hôpital de Fresnes de 1979 à 1988. Entretien réalisé le 9/12/2005 à son domicile à Bourg la Reine (Hauts de Seine). Durée : 2H40.

<sup>2</sup> AVRIL J., TCHERIATCHOUKINE Jean, *Rapport sur l'hôpital de Fresnes*, op.cit., p.6.

<sup>3</sup> Document manuscrit d'une page qui me fut remis par Monique Montot lors d'un entretien.

<sup>4</sup> Rapport du Procureur général près la Cour d'appel de Paris au garde des Sceaux daté du 13/05/1985 (CAC.19940511. Art.91).

<sup>5</sup> Note de la Direction des affaires criminelles et des grâces au directeur adjoint de cabinet du garde des Sceaux du 1/06/1985 (CAC.19940511. Art.91).

<sup>6</sup> Mme Montot obtint par jugement du 27 avril 1984 du Tribunal de Paris la condamnation de Jacques Hersant, directeur de publication de *France-soir*, pour « diffamation » pour avoir dans un article publié le 8/09/1983 avoir insinué « un lien de causalité entre les morts suspectes et les sanctions tendant à laisser penser que Madame Montot pourrait avoir quelques responsabilités dans ces morts suspectes » (CAC.19940511. Art. 98).

*Mme Ezratty en lui disant les choses et qu'il fallait qu'elle mette en route une mission de l'IGAS pour prendre des mesures et si c'était nécessaire de suspendre le chirurgien et l'anesthésiste. Ce milieu fonctionnait depuis des années en autarcie avec le ministère de la Justice. En clair, c'est par copinage qu'on a nommé ce chirurgien et je crois qu'il n'avait pas les compétences [...] Ce chirurgien était quelqu'un de diplômé mais c'était surtout quelqu'un doté d'un grand orgueil ce qui fait que lorsqu'il se trompait on ne pouvait pas le lui dire ! Il était à quelques années de la retraite et j'avais pensé qu'il fallait trouver un moyen de préserver sa dignité. Il fallait trouver une porte de sortie quoi ! »<sup>1</sup>*

Pour le ministère de la Justice, le rapport de l'IGAS représente justement cette « porte de sortie » venant justifier une décision déjà prise en interne. En atteste une note de l'Administration pénitentiaire faisant état du licenciement de l'anesthésiste en mai 1983, soit trois mois avant la remise du rapport<sup>2</sup>. Myriam Ezratty répondait alors dans un billet de transmission daté du 10/05/1983 : « Il faut attendre les conclusions de l'inspection diligentée par l'IGAS ».

Cet exemple atteste de la manière dont ont pu se dérouler certains contrôles de l'IGAS en matière de médecine pénitentiaire. Ceux-ci ne remettent pas fondamentalement en cause les règles qui régissaient alors l'organisation des soins en prison. Le manque de transparence qui la caractérisait demeure. Le transfert de la mission d'inspection au ministère de la Santé ne se produit pas ainsi de façon brutale mais sur un mode incrémental.

---

<sup>1</sup> Pierre Espinoza, chef de service de l'Unité de soins intensifs de l'Hôpital de Fresnes de janvier 1983 à septembre 1991. Entretiens réalisés le 16/05/2006, le 31/05/2006 et le 22/04/2008. Durées : 1H45, 2H00 et 1H50.

<sup>2</sup> Note du bureau des personnels à l'attention de la DAP datée du 9/05/1983 (CAC.19940511. Art. 98).

## ANNEXE 28 : ENTRE SURMENAGE ET LASSITUDE, PORTRAITS DE TROIS INFIRMIERES PENITENTIAIRES EXERÇANT DANS LES ANNEES QUATRE-VINGT

Trois portraits d'infirmières pénitentiaires interviewées permettent d'appréhender la réalité quotidienne dans un établissement carcéral durant les années quatre-vingt et de mieux comprendre les difficultés auxquelles ces dernières sont confrontées.

Fille d'un surveillant, ayant grandie dans les locaux réservés au personnel jouxtant la M.A des Baumettes, Lise choisit d'effectuer sa première expérience d'infirmière, elle n'a que vingt-deux ans, aux Baumettes plus par hasard que par vocation puisqu'elle souhaitait être infirmière « para » et qu'elle est recalée pour sa vue<sup>1</sup>. Bien qu'habituée à fréquenter des Pénitentiaires, elle est pourtant très surprise par la réalité carcérale même si elle reconnaît que son intégration a été largement facilitée du fait que beaucoup de surveillants l'avaient vue grandir : « Ces portes qui sont toujours fermées. Ce surveillant qui est toujours avec vous. Alors ça, c'est vrai, c'est difficile ! [...] On comprenait pas que j'avais ce type de problème ! Comme j'étais fille de surveillant, on pensait que j'étais née dans une cellule ». Rappelant que la prise d'otage d'une infirmière avait eu lieu aux Baumettes quelques années auparavant, Lise se souvient la dureté des règles de sécurité en vigueur à cette époque :

*« Donc, il y avait des consignes bien précises pour la sécurité. Il y avait deux surveillants attachés à l'infirmerie. Il y en avait un qui faisait rentrer le détenu... Il restait devant la porte. Il y en avait un autre qui était avec vous dans la salle d'examen. Il y avait donc la table d'examen et vous, vous étiez d'un côté et le détenu de l'autre. Le surveillant au milieu. Et si jamais vous deviez approcher le détenu pour établir un geste médical, il vous accompagnait. Donc la sécurité c'était draconien à l'époque ! Vous, par exemple, quand vous traversiez les couloirs, on stoppait tout. L'infirmière était toute seule pour traverser. Et puis, on nous avait donné un sifflet aussi. Donc on ne rencontrait jamais la population pénale. Ou alors on nous escortait de surveillants. Et moi, j'ai connu les prisons dures où quand les détenus se déplaçaient, ils étaient en colonne, les mains dans le dos »*

Jeune diplômée à peine sortie de ses stages hospitaliers, Lise est surtout surprise par « le manque de moyens » et par les fortes responsabilités qui reposent sur elle. Elle est alors la seule infirmière affectée au bâtiment B, un interne effectuant deux consultations par semaine. Bien que sa principale mission est de déterminer quels seront les détenus inscrits à la visite du médecin, elle effectue alors de nombreux soins qui dépassent son diplôme d'infirmière, ce dont elle rend compte avec hésitation :

*« Moi, quand je suis rentrée, les internes faisaient leurs consultations et ils assuraient les urgences mais chez eux ! Donc c'était l'infirmier qui faisait d'abord les premiers soins, qui gérait les urgences, qui appelait le médecin [...] Donc y avait les coupés, y avait les pendus, y avait des défenestrés. Y avait ceux qui avalaient [des corps étrangers].*

*- Et dans toutes ces situations vous appelez le médecin ?*

*- Ben oui. Bon... moi j'ai eu la chance après d'apprendre à coudre donc c'est vrai que des fois... [Voix hésitante] Je sais pas si je peux dire vous dire tout ça...*

*- Je vous rassure, on me l'a déjà dit... Vous n'êtes pas la première ! [L'interviewée rigole]*

*- C'est vrai que moi j'ai eu une chance inouïe. Au départ, je pensais pas que ça allait en être une mais... [...] Donc j'avais à peu près cent cinquante à deux cents lettres par jour [...] Mais c'est vrai que c'était pas évident, parce que y avait énormément de demandes [...] Et puis on avait de tout, de toutes les pathologies et c'était difficile de faire la part des choses ! Et puis on donnait les médicaments aussi. On gérait les antibiotiques. On était des médecins quoi ! Sans l'étiquette mais on était des médecins. Parce qu'on montrait au médecin vraiment les gens qui... Avec qui on s'en sortait*

---

<sup>1</sup> Lise, infirmière pénitentiaire à la prison des Baumettes de 1979 à 1997. Entretien réalisé le 23/02/2006, 3H00.

*pas. Mais un abcès dentaire, un problème de diarrhée on le traitait quoi. Donc c'est vrai que c'était intenable ».*

Cette responsabilité est redoublée lors des weekends de garde où Lise se retrouve seule pour l'ensemble des Baumettes, Hôpital compris : « Je ne savais plus quoi faire. On m'appelait de partout. Je savais pas s'il fallait appeler le médecin.... ». Au bout de quelques mois, elle se sent « isolée » et hésite à démissionner. Hospitalisée d'urgence pour une « crise d'appendicite aiguë », elle avoue son mal-être au médecin-chef des Baumettes qui décide de l'affecter à la Prison hôpital où les conditions de travail sont meilleures du fait le l'équipe médicale qui y exerce.

Bien que travaillant avec davantage de moyens, puisqu'elle n'est pas seule en détention, Christine s'est également retrouvée confrontée à d'énormes responsabilités. Suite à une « expérience hospitalière désastreuse », cette infirmière décide en 1984 de postuler à une annonce ANPE pour un poste à la M.A de Rouen qui pense lui convenir du fait qu'elle ait « peur de la foule » : « Je me suis dit : "En milieu fermé, on y sera tranquille" »<sup>1</sup>. Son travail consiste à assister l'infirmière-chef, Mme Dupont, ainsi que trois surveillants affectés à l'infirmerie chargés de nombreuses tâches médicales : « Ces trois surveillants avaient remplacé Mme Dupont au début pendant ses congés maternité. Y avait plus d'infirmières donc ils faisaient tout ! Comme nous ! [...] Ils faisaient des pansements, des injections, des fils ! Comme nous ! Ils avaient une formation sur le tas ! ». Après le départ d'un surveillant, Christine est chargée uniquement de préparer les « fioles » ce qui lui semble fastidieux. Avec l'arrivée d'une nouvelle infirmière, elle participe davantage aux consultations de l'infirmière-chef au contact de qui elle apprend beaucoup. En raison d'une très faible présence du seul médecin-généraliste qui parfois passe moins d'une heure (« C'était comme une fusée... »), toutes deux sont amenées à effectuer l'essentiel des soins de la M.A qui a comporté selon elle jusqu'à 1.200 détenus :

*« Parfois il venait une heure ! Seulement ! Parfois une demi-heure, trois quarts d'heure ! C'est-à-dire que nous, infirmières, on faisait les consultations de médecin [...] On apprenait plein de choses ! Mais, ceci dit, on faisait quasiment des consultations de médecin. J'ai mis en route des traitements concernant le zona... C'est purement médical. Je sais reconnaître un zona ! Je l'avais appris sur le tas avec Mme Dupont [...] Si vous n'avez jamais vu un zona, vous ne saurez pas le reconnaître... Alors quand je savais pas je lui demandais et comme on était que deux dans une petite pièce, on était l'une sur l'autre et elle voyait tout ce que je faisais, de même que je voyais tout ce qu'elle faisait... ».*

La principale difficulté selon Christine était d'apprécier la gravité des allégations des détenus. Ces derniers remettent, en effet, chaque jour des courriers aux surveillants. Tous les détenus ne sont pas vus par les infirmières par manque de temps. Christine fait ainsi la distinction entre trois réactions possibles selon les demandes faites par écrit : « mettre au panier [le courrier] » pour les détenus qui écrivaient trop souvent ; « répondre par un médicament », sans voir le détenu, pour quelque chose d'anodin et « mettre à la consultation [de l'infirmière] ». Ce premier tri permettait de limiter le nombre de consultants à environ cinquante par matinée, soit vingt-cinq pour chacune des infirmières. Christine est cependant consciente que la difficulté est de ne pas se tromper de diagnostic. Les infirmières fondent leurs décisions, en effet, souvent uniquement sur les informations transmises par les surveillants présents en détention. C'est dans ces conditions que l'infirmière-chef a commis une erreur médicale qui a amené Christine à redoubler de prudence par la suite :

*« Et puis nous, on devait décider si on mettait le détenu à la consultation du médecin [...] C'est ça la difficulté de notre travail, il faut apprécier les courriers... Ne pas faire de boulettes... Il faut mieux rien loupé... Mieux vaut voir la personne, plutôt que répondre par un médicament, et éventuellement l'envoyer chez le médecin parce que si y a un loupé, comme au temps de Mme Dupont... Un jour Mme Dupont, elle a eu un détenu qui avait mal à la gorge... Oh ben oui, elle a préparé un peu de collutoire*

<sup>1</sup> Christine, infirmière à la M.A de Rouen depuis 1984. Entretien réalisé le 8/02/2006, 2H45.

*et des pastilles à sucer. Et après, elle a eu dix coups de fil dans la matinée ! Et le détenu avait mal à la gorge et le surveillant n'avait pas su dire que c'était grave. Il est parti à l'hôpital en urgence. Et ça c'est très difficile à apprécier. Ben oui, il a mal à la gorge donc du collutoire et des pastilles... Mais il faut aussi que... Dans certains cas les surveillants doivent apprécier... Là, ils sont au téléphone mais ils ont pas su dire que c'était grave. En fait il avait un œdème de Quincke<sup>1</sup> alors il pouvait plus respirer ».*

Troisième personne interviewée, Evelyne est une infirmière en chirurgie vasculaire à l'hôpital Saint-Joseph qui, « intéressée par le social », voulait travailler en prison après plus de vingt ans dans le secteur hospitalier quitte à perdre en rémunération<sup>2</sup>. Elle accepte un poste à la M.A pour femmes de Fleury-Mérogis où très vite elle se heurte à la communauté religieuse alors en place. Chargées de la vie de la détention, ces sœurs disposaient d'un rôle important y compris sur la prise en charge sanitaire des détenues. L'usage qu'elles auraient fait de leur autorité morale à l'égard des détenues pour décourager les avortements serait à l'origine de la demande de mutation de cette infirmière<sup>3</sup> :

*« Il fallait toujours passer par la sœur pour savoir si... [...] Elles avaient un gros impact aussi sur la détention, sur les surveillantes-chef. Je me souviens d'une surveillante-chef qui appelait la responsable de la communauté pour savoir ce qu'il fallait faire ! Moi, j'ai vu Bertin [médecin-chef de l'époque] plusieurs fois se bagarrer avec elles [...] Et je n'étais pas toujours d'accord. Par exemple par rapport à l'avortement [...] Pour moi chacun devait être libre de pouvoir choisir. Je respectais celles qui faisaient le choix. Et elles étaient beaucoup moins respectueuses. Elles faisaient tout pour que les femmes gardent leur enfant. D'ailleurs, je crois qu'il y en a très peu qui ont avorté. Et je ne supportais pas cette...cette intolérance ».*

Evelyne prend alors un poste à Fresnes avant de revenir à Fleury-Mérogis pour s'occuper des quartiers hommes dont elle évoque les conditions de travail avec plaisir. Doté de deux surveillants, deux infirmières et de deux internes assurant une présence médicale chaque jour, le quartier D2 était très « gâté » selon ses termes. Bien que portant la blouse blanche, les surveillants n'assistent pas aux consultations et ne préparent pas les « fioles » mais s'occupent de la salle d'attente. Certes, Evelyne comprend très vite que ce qu'elle est amenée à faire n'a « à voir rien du tout » avec le secteur hospitalier :

*« Parce qu'à l'hôpital on a quand même les maladies aiguës tandis qu'à Fleury c'était plus un centre de dépistage. Si vous voulez. Le matin, quand on voyait les détenus, on essayait de dépister ce qu'ils avaient, comment les orienter... s'il fallait les mettre au médecin, ou s'il fallait leur donner un petit quelque chose. Voir si ça pouvait s'arranger sans l'intervention du médecin. On jouait aussi un peu le rôle du médecin aussi. Par rapport aux traitements notamment. On prescrivait. Tout le monde le savait mais personne ne devait le savoir ».*

Ce qu'apprécie Evelyne, c'est d'avoir le temps durant les consultations de discuter avec les détenus, notamment de leur passé ou de leur vie en détention : « La moindre douleur était un prétexte pour pouvoir parler... ». Pourtant cette infirmière a souvent l'impression de se « faire avoir » par certains détenus qui simulent afin d'obtenir certains médicaments convoités. C'est par lassitude, mais aussi parce qu'elle devenait « un petit peu raciste », qu'Evelyne décide de quitter le milieu pénitentiaire pour revenir dans le secteur hospitalier.

---

<sup>1</sup> Un œdème de Quincke est une réaction allergique grave, considérée comme une urgence, qui se manifeste par un gonflement des tissus au niveau du visage et des voies respiratoires pouvant provoquer la mort par asphyxie.

<sup>2</sup> Evelyne, infirmière à Fleury-Mérogis de 1983 à 1985 puis à Fresnes de 1985 à 1986 puis à Fleury-Mérogis de 1987 à 1993. Entretien réalisé le 8/02/2006, 2H30.

<sup>3</sup> Travaillait à Fleury-Mérogis une sage-femme à laquelle rendit hommage Solange Troisier, qui était présidente de l'Ordre national des sages-femmes, pour son « travail tout-à-fait remarquable dans la dissuasion à l'avortement » (TROISIER Solange, « Séance inaugurale de Madame le Professeur S. Troisier », *Attestation d'études relatives à la médecine pénitentiaire. Année universitaire 1979-1980*, Université Paris VII, Faculté de médecine de Lariboisière- Saint Louis, p.8).



Ces trois portraits attestent de la difficulté à être infirmière en prison durant les années quatre-vingt. Au-delà des différences importantes entre les établissements, toutes sont confrontées à de nombreuses contraintes qui expliquent le nombre élevé de démissions et la difficulté pour la DAP à pourvoir ces postes<sup>1</sup>. Cette désaffection des infirmières pour le milieu carcéral fut un argument de poids en faveur du décloisonnement de la médecine pénitentiaire et de son intégration au reste du système de santé.

---

<sup>1</sup> On rappelle que si les soignants rencontrés ont eu des carrières exceptionnellement longues c'est en raison d'un biais de sélection des entretiens puisqu'on a été amené à rencontrer des soignants dont on a réussi à trouver la trace et ayant eue une expérience professionnelle significative en milieu carcéral.

## ANNEXE 29 : LES EFFETS LIMITES DES CONTRÔLES DE L'IGAS : L'EXEMPLE DE LA M.A DE PONTOISE

Bien que chaque établissement soit doté d'un fonctionnement spécifique, on propose de retracer l'organisation des soins dans une petite M.A comme celle de Pontoise au sujet de laquelle une mission de l'IGAS est diligentée en 1984, suite probablement à des plaintes de détenus. L'établissement comporte alors un effectif moyen de 300 détenus, pour 90 cellules, soit une « suroccupation permanente »<sup>1</sup>. La M.A est dotée d'un médecin-chef ayant quatre vacations par semaine, mais n'en effectuant que deux, voire qu'une, ainsi que d'un médecin-adjoint disposant de deux vacations mais n'en réalisant qu'une. Le chef du secteur psychiatrique de Pontoise, qui y fait des expertises, mandate l'un de ses assistants qui délègue ses attributions à une interne qui effectue une vacation par semaine. Une psychologue effectue également une vacation par semaine tandis qu'un dentiste intervient une fois par semaine depuis 1965. En dépit de ces différentes interventions, la M.A de Pontoise est confrontée, relèvent les inspecteurs, à un problème de présence médicale : « En 1982, seulement 48 vacations ont été réalisées et 69 en 1983 » au lieu des 305 vacations annuelles de deux heures théoriquement prévues (p.5). L'essentiel des soins repose ainsi sur une seule infirmière temps-plein. C'est ce constate à plusieurs reprises l'ancien médecin adjoint durant l'entretien, peut-être pour se décharger de toute responsabilité :

*« C'est l'infirmière qui était en permanence du lundi au vendredi. Je pense que l'infirmière dans une petite Maison d'arrêt était le point principal, le point le plus important au niveau de la santé dans les Maisons d'arrêt [...] L'infirmière était centrale à la Maison d'arrêt de Pontoise. Nous [les médecins], on faisait des petites vacations [...] Moi, encore, je vous dis je venais deux heures par semaine et donc.... Le pivot du système de santé, enfin si je peux appeler ça un système de santé, de la Maison d'arrêt de Pontoise, c'était l'infirmière »<sup>2</sup>.*

L'infirmierie est composée d'une salle servant à l'accueil et au secrétariat, d'un cabinet médical et d'une pièce utilisée à la fois comme cabinet dentaire et pour la préparation des médicaments, soit un total de 35 m<sup>2</sup> ce qui est jugé « nettement insuffisant » par les inspecteurs (p.9). L'infirmière arrive le matin à 9 heures et voit tout d'abord les arrivants pour lesquels la consultation est obligatoire. Elle consacre ensuite son temps à la visite des détenus ayant donné un mot aux surveillants pour être examinés. Même si elle considère que beaucoup de demandes ne sont pas médicalement justifiées (« Souvent c'était pour parler. C'était un bon prétexte pour sortir de la cellule »), l'infirmière s'oblige à voir chaque détenu ayant fait une demande. La visite se fait avec un surveillant resté à la porte, celle-ci demeurant ouverte. Elle consistait surtout à détecter les « vrais malades » pour les placer à la consultation du médecin, rendant tout dialogue difficile :

*« Alors, c'est sûr qu'avec quarante ou cinquante personnes [en moins de deux heures], la visite était assez rapide... C'était quand même pas très approfondi. On allait comme ça à la petite demande [...] Et moi, ce qui me mettait mal, c'était ça ! De voir quarante personnes, sans aider personne. En fait, j'en voyais 40 mais je discutais avec aucun. "Qu'est ce que tu veux ? Ah ben voilà, tiens et suivant hein !". Mais d'un autre côté, refuser de voir quelqu'un ça pouvait être important. Donc, en fait, j'en voyais aucun. Je n'ai pas de souvenirs glorieux de mon travail fait en prison »<sup>3</sup>.*

L'après-midi, l'infirmière prépare les « fioles », à partir des médicaments qu'elle va chercher toutes les semaines dans une pharmacie proche de la M.A, avec l'aide d'un détenu choisi par

<sup>1</sup> En dehors des entretiens toutes les informations citées ici sont extraites du rapport de l'IGAS suivant : REYNES, GREGOIRE, TCHERIATCHOUKINE, *Rapport sur la maison d'arrêt de Pontoise*, octobre 1984, Rapport de l'IGAS n°19840133, 19p.

<sup>2</sup> Michel, généraliste à la M.A de Pontoise de 1979 à 1991. Entretien réalisé le 12/01/2006, 1H10.

<sup>3</sup> Anne, infirmière Croix-Rouge à la M.A de Pontoise de 1980 à 1990. Entretien réalisé le 5/01/2006, 2H.

l'Administration : « Alors, bien sûr, il était sélectionné. C'était pas un toxico. Ça a été pendant très longtemps un chef d'entreprise qui faisait ça [...] C'était considéré comme un travail. Bien sûr, la sélection était très sévère. C'était souvent des cols blancs, des gens qui étaient là pour des histoires de sous »<sup>1</sup>. L'établissement ne disposant d'aucun lit d'infirmerie, ni d'appareil de radiologie, les détenus sont parfois hospitalisés pour des examens. L'équipe médicale répond alors à la consigne du directeur qui est de privilégier l'Hôpital de Fresnes à l'Hôpital civil de Pontoise, ce dernier étant réservé aux urgences. Le rapport de l'IGAS précise qu'en 1983, 44 détenus ont été transférés à Fresnes contre 9 à l'hôpital civil de Pontoise. De manière générale, le médecin limite volontairement les hospitalisations afin de gagner la confiance de la direction et permettre ainsi de traiter les détenus considérés comme ayant le plus besoin de soins. Il utilise pour cela un procédé qu'il nous décrit :

« - Et avec les surveillants vous aviez quelles relations ?

- Ça allait pas mal. Ça se passait bien à partir du moment où on les embêtait pas trop par des examens systématiques justement avec des transferts... Euh... Si par contre vous vouliez pas savoir. Du genre : "Je suis médecin. Paf ! Il me faut une radio systématiquement !". Alors là, ça n'allait plus avec l'Administration ! Il fallait quand même mettre un peu d'eau dans son vin dans sa façon de soigner... Ce qui permettait du même coup de soigner plus efficacement le détenu qui était vraiment malade. On obtenait de l'Administration beaucoup plus de facilités pour obtenir un examen. Parce que tout dépendait d'eux [...] Alors quand c'était très urgent, on voyait le directeur. Et à partir du moment où on l'embêtait pas trop avec trop de transferts, on obtenait facilement l'accord de la direction... Mais encore une fois il fallait mettre de l'eau dans son vin [...] Alors si vous voulez on avait un code... Parce que les détenus étaient très demandeurs... Pour aller se balader, voire s'évader, je n'en sais rien. Alors on se rendait bien compte qu'il y avait des examens, des radios qui n'étaient pas très justifiées. Donc pour calmer le détenu, on faisait l'ordonnance et on avait un code avec l'Administration. Quand on estimait qu'on avait vraiment besoin de la radio, on mettait une croix sur l'ordonnance. Si on mettait pas de croix, ils savaient que ça pouvait attendre et neuf fois sur dix le détenu n'était jamais vu car, comme je vous disais, le détenu était transféré ailleurs. Comme ça, ça nous permettait de limiter. Ça nous permettait d'avoir un meilleur rapport avec l'Administration pénitentiaire. On leur imposait pas une succession de déplacements. Quand on voulait la radio, on avait notre code et donc on arrivait à l'avoir dans les huit jours, ce qui pour une Maison d'arrêt était rapide »<sup>2</sup>.

Malgré sa « bonne volonté » remarque le rapport de l'IGAS, l'infirmière peine à gérer à elle seule le fonctionnement de l'infirmerie. Les visites au quartier disciplinaire sont rares. Alors que le CPP rend obligatoire la visite bihebdomadaire, seules six visites auraient été réalisées selon l'IGAS entre 1981 et 1983 (p.15). Les interventions nocturnes sont extrêmement difficiles du fait des contraintes pénitentiaires : « Parce que les surveillants, la nuit, n'avaient pas les clefs et on ne pouvait pas ouvrir les portes ou alors il fallait réveiller le gradé. Et donc pour intervenir, il fallait vraiment que ce soit... un suicide ! Qu'ils s'ouvrent les veines ! »<sup>3</sup>. Face au manque de disponibilité des deux généralistes en place, l'infirmière est justement amenée à gérer elle-même les tentatives de suicides ou les automutilations :

« Justement, il y en avait beaucoup de gens qui se coupaient. Mais c'était plus un appel au secours qu'une tentative de suicide. Y en avait tous les jours. C'était très très fréquent. Surtout des toxicomanes qui n'en pouvaient plus.... Alors ils se coupaient... C'était un appel au secours...

-Et dans ce cas-là que faisiez-vous ?

- Ben y avait pas grand-chose à faire... J'appelais le médecin et il faisait les points de sutures et il m'a vite dit : "Vous n'allez pas m'appeler tous les jours !" et il m'a appris à le faire. Et on recousait sauf dans des cas... »<sup>4</sup>.

<sup>1</sup> Michel, généraliste à la M.A de Pontoise de 1979 à 1991. Entretien réalisé le 12/01/2006, 1H10.

<sup>2</sup> Michel, généraliste à la M.A de Pontoise de 1979 à 1991. Entretien réalisé le 12/01/2006, 1H10.

<sup>3</sup> Anne, infirmière Croix-Rouge à la M.A de Pontoise de 1980 à 1990. Entretien réalisé le 5/01/2006, 2H.

<sup>4</sup> Anne, infirmière Croix-Rouge à la M.A de Pontoise de 1980 à 1990. Entretien réalisé le 5/01/2006, 2H.

Suite au rapport de l'IGAS, un deuxième poste d'infirmière est créé, puis un troisième à la fin des années quatre-vingt. Ce surplus de temps leur donne l'occasion d'organiser des groupes de parole en éducation à la santé et d'avoir plus de contacts avec les détenus. Ces recrutements permettent également de cesser d'avoir recours au détenu pour la préparation des médicaments. Mais l'essentiel des pratiques demeure. C'est pourquoi en dépit de ces transformations, la première infirmière arrivée en 1980 garde après son départ, lorsque l'établissement ferme ses portes en 1990, un souvenir douloureux de son passé à la prison. Elle a alors le sentiment d'avoir peu réussi à accomplir la mission qu'elle s'était impartie initialement, être utile aux détenus, notamment pour les toxicomanes, livrés à eux-mêmes :

*« Il y avait les alcooliques aussi... Et c'est vrai qu'ils étaient très très mal traités. On n'était pas tendre à l'époque. Je me souviens que la promenade, le matin à huit heures, était obligatoire. Je me rappelle ceux qui étaient en manque tout tremblotants... Pas facile pour eux [...] Je me rappelle qu'on leur donnait énormément de médicaments. Le sevrage pour les plus durs, c'était dix jours. Mais c'est vrai qu'ils avaient très peu de soutien psychologique, et en plus ils étaient enfermés en prison. C'était vraiment dur ! Alors comme on les mettait avec les autres détenus, c'est vrai que ça créait pas mal de problèmes. Mais malheureusement à cette époque... Comment dire ? Une fois que la porte était fermée, le soir, on s'occupait pas du tout de ce qui se passait, c'était : "Débrouillez-vous !" [...] C'est sûr que c'était sale, y avait des rats. Mais moi, c'est pas tellement le manque d'hygiène, la saleté qui m'a gêné franchement... C'est le fait de les enfermer sans soutien, sans aide [...] Je suis pas très fière du travail que j'ai fait en prison. Je pense qu'on aurait pu davantage faire bouger les choses »<sup>1</sup>.*

L'exemple de la M.A de Pontoise permet de souligner le peu de transformations concrètes qu'a permis la réforme de 1983, transférant le contrôle sanitaire à l'IGAS, dans de petits établissements. Faute de financements, les rapports de l'IGAS ou des MISP sont incapables de transformer de manière importante l'organisation des soins qui demeure régie par des règles anciennes (fioles, distribution des médicaments par les surveillants, rôle des détenus classés, etc).

---

<sup>1</sup> Anne, infirmière Croix-Rouge à la M.A de Pontoise de 1980 à 1990. Entretien réalisé le 5/01/2006, 2H.

## **ANNEXE 30 : LES EFFETS PERVERS D'UNE MODERNISATION ET D'UNE NOUVELLE REGULATION DE LA MEDECINE PENITENTIAIRE : LE DIFFICILE RECRUTEMENT DES CHIRURGIENS-DENTISTES**

De toutes les professions médicales intervenant en prison, celle de dentiste a toujours été celle qui souffrait le plus d'une crise des vocations. Outre que cela était considéré comme une activité libérale et non pas salariée, cette désaffection s'explique par un abattement appliqué sur le prix de facturation des actes selon la nomenclature de la Sécurité sociale. Cet abattement était justifié par la DAP par le matériel mis à la disposition des praticiens au sein de l'établissement. C'est pourquoi les dentistes ne subissaient pas cette réduction (qui était de 60% sur les actes et de 80% sur les prothèses). Il ressort de l'analyse des dossiers de carrière des dentistes que cet abattement faisait l'objet de négociations établissement par établissement. Ainsi, le surveillant-chef de la M.A d'Avignon remarque en 1967 au sujet du nouveau dentiste, qui achèvera sa carrière en 1983, qu'« il est "près de ses sous" comme beaucoup de ses collègues ; par contre c'est un très bon chirurgien-dentiste, réputé sur la place d'Avignon [...] Tant que l'établissement ne sera pas doté d'un cabinet dentaire approprié et que le taux de la lettre sera celui de la sécurité sociale nous pourrons compter sur lui ». Ainsi paradoxalement, la non-modernisation du cabinet dentaire, qui impliquerait l'abattement, devient un objectif pour certains établissements soucieux de conserver leur praticien.

La question de l'application de l'abattement, qui souvent conditionne la présence du praticien, se pose périodiquement durant les années soixante-dix. Ainsi le chirurgien-dentiste de Mulhouse intervenant depuis 1964 démissionne dès que celui-ci est appliqué, provoquant l'embarras du directeur de l'établissement : « Afin de provoquer des candidatures, je me suis mis immédiatement en rapport avec les Directeurs du syndicat dentaire du Haut-Rhin et de l'école des chirurgiens-dentistes de Strasbourg qui ne m'ont pas caché combien ce recrutement s'avérait difficile, voire même impossible. A ce jour, aucune demande ne m'est parvenue ». Les transformations de la médecine pénitentiaire durant les années quatre-vingt accentuent paradoxalement les difficultés de recrutement pour deux raisons.

Consciente des difficultés à recruter des dentistes, l'ancien Médecin-inspecteur entreprenait fréquemment des démarches auprès de la DAP afin que cet abattement ne soit pas mis en œuvre. Après la suppression de son poste, un magistrat est nommé afin de faire appliquer la réglementation concernant les questions médicales. Il est dans ce cadre amené à pratiquer l'abattement conformément aux textes et ce d'autant plus, seconde raison, qu'une modernisation des cabinets dentaires est entreprise afin de mieux soigner les détenus. C'est dans ces conditions que de nombreux praticiens sont amenés à démissionner de leur fonction au milieu des années quatre-vingt.

C'est le cas par exemple du praticien de la M.A du Puy-en-Velay en fonction depuis 1977 qui présente sa démission en 1987, le généraliste de la M.A soulignant à cette occasion le risque « de devoir conduire les détenus à l'hôpital, faute de volontaires pour venir à l'établissement, vu les difficultés que l'on a connues pour recruter un dentiste ». En effet, les « extractions »<sup>1</sup> dentaires seraient paradoxalement une source de dépense plus importante que ce qu'aurait coûté de ne pas appliquer l'abattement en question. En attestent les inquiétudes du procureur

---

<sup>1</sup> Les « extractions » ne se réfèrent pas ici à la terminologie dentaire mais désignent d'après le Code de procédure pénale le fait d'escorter le détenu à l'extérieur de l'établissement, soit pour les besoins de l'instruction judiciaire, soit pour des examens médicaux.

général d'Orléans après la démission en 1984 du praticien de la M.A de Blois en poste depuis 1973 :

*« Devant cette situation [vacance du poste], le Chef de l'établissement, après avoir évoqué le problème en commission de surveillance, a recherché en vain un remplaçant : le Président de l'Ordre des chirurgiens-dentistes n'a pas répondu à ses courriers et le Directeur départemental de l'Action Sanitaire et Sociale du Loir-et-Cher n'a pas trouvé, de son côté, de candidat [...] Depuis le mois de juillet 1986, seuls les soins stomatologiques urgents [...] sont assurés à l'hôpital général de Blois. Cela engendre des extractions constituant pour les fonctionnaires du Commissariat de Blois chargés de l'escorte, une lourde servitude et pour l'Etat un coût inestimable. En effet, chaque extraction représente une moyenne de 2H30 de service fonctionnaire et un coût de 208,29 frs. Or, il y a eu, du 1<sup>er</sup> juillet 1986 au 31 Janvier 1987, 59 extractions correspondant à des soins urgents, soit un coût total de 142H pour 87 fonctionnaires et une dépense de 12.289, 11 Frs. [...] La Maison d'Arrêt de Blois dispose d'un bloc de soins complet, apte à éviter ces charges parfaitement inutiles pour le budget de la Justice, tout en assurant un service sanitaire ne dépendant pas de la seule urgence » .*

A cette faible rémunération des actes s'ajoutent également un rationnement des soins par détenu diversement apprécié par les praticiens ainsi qu'un retard de paiement de plus en plus important pour leurs émoluments. C'est dans ces conditions que le chirurgien-dentiste de la M.A de Sarreguemines démissionne en 1987 : « Le règlement des honoraires, à partir de relevés mensuels, était plus ou moins régulier, et toujours en retard de quelques mois entre 1978 et 1983. Mais depuis 1984, 1985 et surtout 1986, les choses n'ont fait que s'aggraver et je me vois dans l'obligation désagréable de réclamer le règlement de mon activité professionnelle ».

Confrontée à une multiplication de démissions, les établissements sont progressivement amenés à demander à leur direction ministérielle de ne pas appliquer cet abattement. Ainsi le JAP de Macon remarque que le chirurgien-dentiste récemment embauché envisage de démissionner, le directeur d'établissement ne lui ayant pas fait mention d'une telle clause dans son contrat. A la M.A de Remiremont où l'absence de praticien depuis trois ans a posé d'« énormes problèmes », le DRSP de Strasbourg demande au Bureau du personnel au sujet de la demande d'agrément d'un nouveau dentiste « de ne pas frapper d'abattement le montant de ses honoraires, bien que le cabinet dentaire de cet établissement soit équipé ». On peut lire en marge de ce courrier l'annotation manuscrite : « tous les autres vont en demander autant... ».

Le recrutement des chirurgiens-dentistes souligne la difficile gestion de l'organisation des soins par l'Administration pénitentiaire. Afin d'améliorer les soins, la nouvelle équipe en place en 1981 entreprend de moderniser l'équipement en place. Cela s'accompagne cependant de la démission de nombreux praticiens du fait de la mise en œuvre de l'abattement qui en découle. Faute de praticiens les consultations d'urgence donnent lieu à des hospitalisations extérieures créant une charge supplémentaire pour l'Administration pénitentiaire et laissant ainsi les fauteuils récemment achetés inutilisés faute de dentiste.

## ANNEXE 31 : LA CREATION DES SERVICES MEDICO-PSYCHOLOGIQUES REGIONAUX (SMPR) EN 1986, ACTE DE DECES DE LA « PSYCHIATRIE PENITENTIAIRE »

Placés sous la cotutelle des ministères de la Justice et de la Santé en 1977, certains psychiatres exerçant en milieu carcéral critiquent au début des années quatre-vingt le règlement auquel ils sont soumis. Outre l'obligation qui leur est faite d'assister à la commission des peines, considérée comme une atteinte au secret médical, ils dénoncent le droit de veto que l'Administration pénitentiaire peut exercer sur les propositions de la commission paritaire<sup>1</sup>. Mais c'est surtout le pouvoir dont dispose le directeur de l'établissement en matière d'hospitalisation des détenus au sein de l'infirmerie psychiatrique qui est le plus contesté. Une psychiatre ayant participé à la réforme de 1986 rappelle cette « faille » de la circulaire de 1977 : « Avant l'arrêté de 1986, le directeur de la prison pouvait dire : "Dupont est dingue, je le mets au CMPR" [...] Avant, ça dépendait des relations entre les médecins et le directeur de la prison »<sup>2</sup>. Signe du peu de reconnaissance dont bénéficient alors les soins psychiatriques, un magistrat de la DAP, interrogé sur la capacité du directeur à « hospitaliser » les détenus, souligne le caractère pénitentiaire des « cellules CMPR » :

*« Il y avait des locaux médicaux et puis vous aviez des cellules qui étaient véritablement à proximité des locaux médicaux pour faire de l'hospitalisation... mais entre guillemets ! [...] Le détenu restait deux jours... Mais de toute façon, de nuit, c'était le régime de droit commun qui s'appliquait dans ces quelques cellules CMPR »<sup>3</sup>.*

La difficile acceptation des règles régissant jusque-là l'exercice de la psychiatrie en prison (atteintes au secret médical, primauté de la DAP) traduit l'émergence d'une réflexion éthique, parmi les médecins hospitaliers nouvellement arrivés, quant au rôle du psychiatre : « Doit-il être un normalisateur cautionnant le système répressif ? Peut-il se démarquer de l'institution carcérale et ne risque-t-il pas alors d'être totalement inefficace ? Un médecin se doit de soulager la souffrance. Mais comment faire devant une souffrance codifiée ? », s'interroge une équipe de psychiatres hospitaliers<sup>4</sup>. Témoigne de cette évolution le rejet par certains psychiatres de la mission criminologique qui leur a été confiée dès la Libération par le ministère de la Justice et qui justifiait la création des CMPR en 1966<sup>5</sup>. Ainsi, le médecin-chef du CMPR de Rennes s'alarme de la réforme du Code pénal dont un avant-projet datant de 1976 prévoyait la création d'un régime « médico-psychologique », éloigné du rôle soignant des psychiatres, avant de réclamer une réforme du statut des CMPR :

*« Il s'agissait d'un mode d'exécution de la peine, et l'admission à ce régime était prononcée, soit ab initio par la juridiction de jugement, soit en cours d'exécution par le tribunal de l'exécution des sanctions. Ce tribunal était également compétent pour mettre fin au régime médico-psychologique. Les médecins n'avaient donc pas la maîtrise de l'admission dans ces structures. Il y avait donc une différence fondamentale avec les actuels CMPR, la finalité de l'institution n'étant pas thérapeutique*

---

<sup>1</sup> POUYOLLON François, « Problèmes éthiques et déontologiques soulevés par la pratique de la psychiatrie dans les centres médico-psychologiques pénitentiaires régionaux », *L'information psychiatrique*, 02/1983, p.167.

<sup>2</sup> Lucie, psychiatre, membre de la DGS de 1985 à 1988, médecin-chef du SMPR de Rouen de 1989 à 1996 et membre de la DGS de 1994 à 1996. Entretiens réalisés les 2/02/2006 et 5/05/2006, 4H et 2H45.

<sup>3</sup> Jacques, magistrat chargé à la DAP de la réglementation sanitaire de 1982 à 1989. Entretien réalisé le 11/01/2008, 3H30.

<sup>4</sup> ALEZRAH C., PECASTAING J.P., REYNAUD M.J., « Approche pénologique et psychiatrique du délinquant en milieu fermé », *RPDP*, 1983, n°1, pp.55-56.

<sup>5</sup> Cf. Annexe 7 : « la création des CMPR en 1967 : un début de reconnaissance de la psychiatrie pénitentiaire ».

*au sens médical, mais criminologique. On voit tout de suite l'analogie entre ce régime et les établissements de défense sociale tels qu'ils existent dans certains pays, en particulier, la Belgique »<sup>1</sup>.*

En second lieu, intégrée dans la sectorisation psychiatrique, la prison devient un lieu de travail pour de nombreux internes qui lui consacrent leur thèse de médecine où ils s'interrogent sur le rôle qui leur est imparti en milieu carcéral. « Le psychiatre est le garant du suicide. La présence du psychiatre suffit à couvrir l'angoisse de l'administration et à éviter la remise en cause de sa responsabilité », observe une interne de Fleury-Mérogis<sup>2</sup>. Alors qu'il n'y a théoriquement selon l'article D.398 du Code pénal pas de malades mentaux en prison, remarque une autre interne de Fleury, les psychiatres se voient attribuer un rôle de maintien de l'ordre en détention : « La lutte est, dans ce contexte, permanente contre la "psychiatisation" de ce qui ne doit pas l'être, pour que les responsabilités soient données ou rendues à qui de droit chaque fois qu'un conflit naît de la situation carcérale et que l'administration tente de l'éluder en le confiant au psychiatre »<sup>3</sup>. C'est également cette ambiguïté qu'observe une autre interne de Fleury dans sa thèse :

*« Dans ce contexte a priori antithérapeutique quel peut-être le rôle du psychiatre ? [...] L'institution carcérale attend du psychiatre qu'il joue le rôle classique "d'auxiliaire de justice" [...] D'une part, nous ne savons pas où se trouve notre rôle soignant, d'autre part il nous semble impossible d'assumer entièrement la violence et la mort que l'institution ne veut plus prendre en charge. Le cours d'un entretien nous paraît "faussé" quand l'enjeu en est soit l'hospitalisation au C.M.P. "puisque le détenu est malade", soit la sanction "puisque'il s'agit d'un simulateur". Toute possibilité de dialogue est apparue impossible. Or, si le symptôme présenté par le détenu ne nous semble pas toujours nécessiter une hospitalisation, il nous apparaît difficile de "cautionner" la punition et de devenir à notre tour répressifs [...] Le psychiatre est donc l'objet de sollicitations multiples et l'on a l'impression, d'une certaine façon, de n'être qu'un intermédiaire entre deux groupes enfermés dans un rapport de force, être lesquels n'existerait plus de dialogue »<sup>4</sup>.*

A ces questions déontologiques s'ajoutent des problèmes relevés par les inspecteurs de l'IGAS dans un rapport consacré à la psychiatrie pénitentiaire : la cotutelle entre les ministères de la Santé et de la Justice favorise les tentatives de la part de chaque administration de se déresponsabiliser :

*« La majorité des CMPR fait état de difficultés pour obtenir des crédits supplémentaires susceptibles d'être alloués par la DDASS, l'administration pénitentiaire et le CHS de rattachement, chacun s'en rejetant la responsabilité et la charge compte tenu de l'imprécision du règlement intérieur annexé à cette circulaire [...] Les CMPR sous soumis à au moins deux tutelles, Justice et Santé, et ne sont pas pour autant intégrés à l'une ou l'autre de ces administrations mais plutôt écartelés entre elles. Dans l'établissement pénitentiaire d'accueil, les CMPR occupent une place à part mais restent soumis à des règles carcérales de fonctionnement. Ces caractéristiques les isolent en fait de l'ensemble des institutions de rattachement aussi bien au plan individuel des personnes qu'aux plans professionnel et structurel. Pour rompre cet isolement mal vécu, les responsables des CMPR ont éprouvé le désir et le besoin de se rencontrer périodiquement afin de confronter leurs idées et faire évoluer leur structure et de se relier plus étroitement au CHS de rattachement »<sup>5</sup>.*

Ainsi, au même moment, les psychiatres exerçant en milieu pénitentiaire recherchent le soutien de leurs confrères intervenant à l'hôpital psychiatrique, longtemps hostiles à l'intervention en détention. Paul Hivert rappelle ainsi « l'évolution de certains [psychiatres

<sup>1</sup> POUYOLLON François, « Problèmes éthiques et déontologiques... », *art.cit.*, p.167.

<sup>2</sup> ROBIN Isabelle, *Le secteur psychiatrique en milieu carcéral. Une année d'expérience au centre médico-psychologique de Fleury-Mérogis*, thèse de médecine, Faculté de médecine Necker Enfants-malades, Université René Descartes, 1983, p.88.

<sup>3</sup> PALANT Eliane, *Essai d'analyse de deux ans et demi de pratique au Centre pénitentiaire de Fleury-Mérogis*, thèse de médecine, Faculté de médecine Paris IV, 1979, p.54.

<sup>4</sup> HEU Patricia, *Psychiatrie en milieu carcéral. Expérience d'une année au CMP de Fleury-Mérogis*, thèse de médecine, faculté de médecine de Paris IV, 1983, pp.72-74.

<sup>5</sup> REYNES Nicole, GREGOIRE G., TCHERIATCHOUKINE Jean, *Rapport sur les Centres médico-psychologiques régionaux*, Rapport IGAS, avril 1986, Rapport de l'IGAS n°860029, pp.10-11.



hospitaliers], hostiles au départ, devenus partisans en appréciant l'utilité du CMPR. En particulier le syndicat [le Syndicat des psychiatres des hôpitaux, SPH] qui en reconnaissant notre existence et en créant un groupe de travail permanent a contribué à nous faire progresser plus rapidement »<sup>1</sup>. En effet, dans deux motions adoptées en 1983, le SPH rappelle « le droit des détenus (prévenus ou condamnés) aux soins, en particulier en ce qui concerne leur santé mentale » ainsi que le risque « d'aboutir à des ghettos psychiatriques » avec le projet du régime médico-psychologique que prévoient les articles 65 et 68 du Code pénal<sup>2</sup>. Celle qui fut chargée de rédiger en 1986 l'arrêté relatif à l'organisation des soins psychiatriques en prison relativise cette intégration au sein de la psychiatrie hospitalière et souligne dans quelle mesure la nouvelle réforme fut imposée par les services ministériels :

*« Et à l'époque entre 77 et 85, les psychiatres des prisons vivaient extrêmement mal, car ils étaient bannis... Même dans les syndicats [...] Car ils étaient pieds et poings liés avec l'Administration. Et je me rappelle vraiment, même si à l'époque je ne me rendais pas compte car je n'avais pas travaillé en prison, la joie d'Hivert et de Laurens quand il y a eu la réforme de 86. C'était une reconnaissance pour eux. Ils étaient heureux comme des enfants ! Et c'est devenu, au point de vue des recrutements, un service de psychiatrie comme un autre. Ça, ça été la révolution dans le milieu ! Les psychiatres non pénitentiaires l'ont très mal pris. A l'époque, j'avais des relations avec eux mais comme, moi, j'étais très liée au Syndicat, c'est passé. Et puis devant les tutelles, au ministère, ils ne pouvaient pas dire qu'ils les considéraient comme des sous-merdes [...] J'avais milité à l'époque et puis comme j'étais au ministère, ils me faisaient les yeux doux. Ils me prêtaient un pouvoir que je n'avais pas »<sup>3</sup>.*

Le décret n°86 du 14 mars 1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique achève l'intégration de la psychiatrie exercée en prison à la psychiatrie hospitalière, en instaurant dans chaque région pénitentiaire « un ou plusieurs secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire », appelés Service médico-psychologique régional (SMPR)<sup>4</sup>. L'arrêté du 14 décembre 1986 relatif au règlement intérieur type fixant l'organisation des SMPR modifie profondément les règles de fonctionnement des anciens CMPR. Le recours à des « surveillants-infirmiers » ou « auxiliaires sanitaires » est abandonné. Les admissions sont assimilées à une entrée à l'hôpital et sont, par conséquent, prononcées par le directeur de l'établissement hospitalier sur proposition du responsable du service. La circulaire du 5 décembre 1988 rappelle que les SMPR ne peuvent recevoir que des détenus consentants, satisfaisant les psychiatres « qui estiment qu'à la contrainte carcérale ne peut s'ajouter une contrainte de soins »<sup>5</sup>. Elle cesse de rendre obligatoire la participation du psychiatre à la CAP et souligne l'importance du secret médical : « En particulier les attestations délivrées en application de l'article D.378 du Code de procédure pénale doivent se borner à un simple avis administratif sans renseignements médicaux »<sup>6</sup>.

En affirmant l'autonomie des psychiatres en institution carcérale, cette réforme marquerait le passage d'une « psychiatrie pénitentiaire » à une « psychiatrie en prison », à l'image de la dénonciation lexicale établie en 1994 en matière de soins somatiques<sup>7</sup>. Interrogés sur cette question, tous les praticiens rencontrés, même ceux travaillant depuis longtemps en prison,

---

<sup>1</sup> HIVERT Paul, « Trente ans de prison », *art.cit.*, p.224.

<sup>2</sup> « Le point de vue du Syndicat des Psychiatres des Hôpitaux », *L'information psychiatrique*, vol.59, n°2, 02/1983, pp.211-212.

<sup>3</sup> Lucie, psychiatre, membre de la DGS de 1985 à 1988, médecin-chef du SMPR de Rouen de 1989 à 1996 et membre de la DGS de 1994 à 1996. Entretiens réalisés les 2/02/2006 et 5/05/2006, 4H et 2H45.

<sup>4</sup> Les secteurs de psychiatrie sont des aires géographiques délimitées selon la population, desservies par un service de psychiatrie, la même équipe médico-sociale assurant les soins intra- et extra-hospitaliers. Apparus dans une circulaire du 15 mars 1960, ils sont officialisés par la loi n° 85-1468 du 31 décembre 1985 relative à la sectorisation psychiatrique.

<sup>5</sup> DAVID Michel, *Psychiatrie en milieu pénitentiaire*, op.cit., p.51.

<sup>6</sup> Circulaire DGS n°1164 du 5/12/1988 relative à l'organisation de la psychiatrie en milieu pénitentiaire.

<sup>7</sup> GRAVIER Bruno, « Le délinquant "fou" en prison », *Nervure*, tome V, n°5, juin 1992, pp.70-74.

revendiquent d'ailleurs cette seconde appellation avant tout destinée à se démarquer du cadre carcéral dans lequel ils opèrent :

*« Il n'y pas de psychiatrie pénitentiaire ! C'est de la psychiatrie en milieu carcéral. C'est un peu spécifique, c'est vrai... Mais des spécificités qui ne justifient pas cette appellation. Ça me choque parce que ça semble mettre la psychiatrie sous la dépendance de l'Administration pénitentiaire. Or, ce n'est pas le cas. C'est un terme qu'on a banni. Au niveau national. On en a souvent parlé avec des collègues. On a essayé de mettre en place une espèce de déontologie de la psychiatrie en milieu carcéral »<sup>1</sup>.*

*« E.F : Justement en tant que psychiatre pénitentiaire... - Non, pas pénitentiaire ! Je ne suis pas pénitentiaire. On n'a jamais été pénitentiaire ! – Enfin, ayant travaillé en prison, je voulais dire... - Ah oui, ça c'est différent ! »<sup>2</sup>*

*« Non, nous on aime mieux psychiatrie en milieu pénitentiaire. C'est pour ça qu'on a appelé notre livre comme ça. C'est quelque chose qui me choque parce que c'est comme pour la médecine pénitentiaire, ça veut dire la médecine DE l'Administration pénitentiaire. Donc bon... Dans les trucs officiels, on fait attention. En parlant on peut dire "Je suis psychiatre pénitentiaire", mais c'est rare que je le dise »<sup>3</sup>.*

Cet unanimisme souligne l'absence de segment de psychiatres travaillant en prison hostile à un transfert auprès du service public hospitalier. On n'observe ainsi pas en matière de psychiatrie le phénomène de spécialisation qui a caractérisé la médecine pénitentiaire. Cette non-spécialisation est peut-être liée à l'absence de porte-parole à l'image du Médecin-inspecteur mais, surtout au courant critique apparu depuis les années soixante-dix quant aux institutions fermées.

---

<sup>1</sup> Henri, psychiatre de la MC de Poissy de 1972 à 1977 puis médecin-chef du SMPR de Fresnes jusqu'en 1999. Entretien réalisé le 6/05/2006, 3H15.

<sup>2</sup> Gilles, psychiatre à Fresnes de 1975 à 2002. Entretien réalisé le 20/01/2006, 2H40.

<sup>3</sup> Lucie, psychiatre, membre de la DGS de 1985 à 1988, médecin-chef du SMPR de Rouen de 1989 à 1996 et membre de la DGS de 1994 à 1996. Entretiens réalisés les 2/02/2006 et 5/05/2006, 4H et 2H45.

## ANNEXE 32 : LA CRISE DE LA MEDECINE LEGALE : UNE DIFFICILE INTEGRATION HOSPITALO-UNIVERSITAIRE ET SA NECESSAIRE RECONVERSION

Discipline longtemps bien ancrée au sein du milieu universitaire français, la médecine légale est victime de la réforme des études médicales de 1968<sup>1</sup>. Faisant jusque-là partie des enseignements obligatoires, la création d'une nouvelle faculté de médecine entraînait jusqu'alors obligatoirement la création d'une chaire de médecine légale. Après 1968, les chaires de médecine légale qui ne sont pas associées à des fonctions hospitalières sont menacées. Une commission interministérielle souligne, dans un rapport remis au garde des Sceaux en mars 1975, que « la médecine légale est menacée d'une véritable disparition en tant que discipline universitaire ». En 1975, seuls dix-neuf enseignants ont une activité hospitalo-universitaire de médecine légale, soit 0,68% des enseignants de Faculté de médecine. Ils sont vingt-six Professeurs en 1982, dont quatre ne bénéficient pas d'un statut hospitalier. L'enjeu est alors, comme le souligne celui qui présidait la commission interministérielle, d'obtenir l'intégration hospitalière des médecins-légistes : « Cette intégration est obligatoire actuellement, puisque des postes de Professeurs, chefs de travaux et assistants, ne sont créés que s'il y a une fonction à l'université et une fonction à l'hôpital »<sup>2</sup>.

Du fait de sa faible intégration hospitalière, la médecine légale perd progressivement son implantation universitaire, largement héritée. Dans un courrier adressé au Directeur général de la santé, Jacques Roux, le Groupe interministériel de médecine légale souligne « le problème urgent du recrutement de Professeurs agrégés », la discipline ayant perdu trois postes d'agrégés et aucun recrutement n'étant prévu en 1981 et 1982<sup>3</sup>. En 1984, dix-neuf facultés sont privées de cette discipline et dix CHU sont dépourvus d'enseignement. Cette dévalorisation de la médecine légale au sein du secteur hospitalo-universitaire n'est pas sans préoccuper le ministère de la Justice du fait de ses répercussions. Elle se traduit, en effet, par une « crise de recrutement » des médecins-experts en dépit d'une revalorisation de leurs honoraires<sup>4</sup>. « Cette situation est inquiétante pour le bon fonctionnement de la Justice, en raison de l'absence de formation d'experts qualifiés [...] L'absence d'unités médico-légales ne permettra plus de fournir les moyens nécessaires à la Justice », s'alarme un rapport remis au garde des Sceaux en 1983<sup>5</sup>. « La médecine légale est actuellement dans une situation extrêmement critique. Elle est tout simplement menacée d'une véritable disparition en tant que discipline Universitaire [...] Il ne peut y avoir de bonne Justice sans une bonne médecine légale », annonce le ministre de la Justice aux différents services de la Santé<sup>6</sup>.

---

<sup>1</sup> MANGIN Gilbert, CECCALDI Pierre, *Rapport à Monsieur le Garde des Sceaux sur la situation de la médecine légale en France*, 37/09/1983, 6 pages (CAC. 19950151. Art.6. Archives de Jacques Roux, Directeur général de la santé)

<sup>2</sup> DAVENAS F., « L'organisation de la médecine légale : le point de vue d'un magistrat », actes de la 12<sup>ème</sup> réunion de l'Association italo-franco-suisse de médecine légale, 4 et 5 juin 1982, *Journal de médecine légale*, 1982, t.25, n°4.

<sup>3</sup> Lettre du Groupe interministériel de médecine légale adressée au Pr Roux, DGS datée du 3/03/1982 (CAC. 19950151. Art.6).

<sup>4</sup> GORTAIS Jean, *La médecine légale en France*, Ministère de la Justice, SPEC, Etudes et données pénales, 1983, n°22.

<sup>5</sup> MANGIN Gilbert, CECCALDI Pierre, *Rapport à Monsieur le Garde des Sceaux...*, op.cit.

<sup>6</sup> Note du ministre de la Justice, Robert Badinter, aux services de la Santé sur la « situation de la médecine légale » et datée du 3/04/1984 (CAC. 19950151. Art.6).

C'est d'ailleurs pour retrouver la chaire de médecine légale, créée en 1877 et disparue en 1968, que le Pr Roche tente à Lyon de diversifier les domaines d'application de sa discipline<sup>1</sup>. Il propose pour cela de ne pas cantonner la médecine légale au seul Institut médico-légal : « La Médecine Légale, pour beaucoup de médecins, c'est "de la paperasse" ; rien n'est plus inexact [...] La Médecine Légale n'est pas une discipline morte, spécialisée dans le cadavre »<sup>2</sup>. Louis Roche fait ainsi de l'hôpital l'endroit privilégié de la reconversion de la médecine légale, comme le souligne le Dr Gonin :

*« Roche disait : "Mais les expertises se font de plus en plus sur le vivant". Et surtout ce qu'il est apparu, c'est qu'il y avait beaucoup de problèmes médico-légaux. Et ces problèmes se voyaient où ? Et bien chez les gens qui venaient en urgence en particulier [...] Mais très vite aussi Roche a insisté sur l'urgence psychiatrique parce qu'il y avait, comme Colin par exemple, des gens qui étaient de formation psychiatrique et il s'est rendu compte qu'on recevait beaucoup de malades psychiatriques. C'étaient tous ceux qui déliraient pour la première fois. C'était aussi, bien sûr, le suicide. Et puis c'était le moment de l'éclosion de la drogue [...] Ça aussi, ça demandait à la fois des réanimateurs et des psychiatres pour accéder à leurs problèmes. Et tout ça, ça constituait en plus des délits et la police nous les emmenait. Et tout ça a fait une médecine légale vivante. Et Roche en plus disait : "Comment on va faire une expertise si on est isolé ? Il faut qu'on soit proche de l'hôpital". Et l'avantage d'Edouard Herriot, c'est qu'il y avait tout ce qu'il pouvait y avoir à l'hôpital à ce moment-là. Il y avait un plateau technique extrêmement développé. Ce qui fait qu'il disait : "On ne peut être médecin légiste que si l'on est à la fois au sein d'une structure qui nous reconnaisse dans nos compétences, mais aussi dans nos grades universitaires et donc qu'on soit praticien hospitalier" »<sup>3</sup>.*

Ce désir de réorienter la médecine légale vers l'urgence hospitalière, notamment psychiatrique, rencontre une opportunité à l'hôpital Edouard Herriot comme l'a retracé Jérôme Thomas dans son travail d'ethnographie consacrée à ce service<sup>4</sup>. Dans les années cinquante le service d'accueil des urgences (dit « pavillon A ») est confronté à de nombreuses urgences « médicales » distinctes de celles chirurgicales. Pour les accueillir, Louis Roche crée en 1961 le « pavillon B » qui s'agrandit en 1964 au « pavillon P ». Il y développe un modèle spécifique qui se caractérise par une prise en charge pluridisciplinaire, l'urgence médicale étant pensée également comme une urgence psychiatrique ou encore sociale. Face à son succès, le service déménage en 1970 au « pavillon N » où il se situe encore aujourd'hui : « Une telle unité hospitalière représente le lieu idéal pour le médecin légiste : l'ivresse, le vagabond, l'agité n'intéressent pas les médecins des hôpitaux classiques, ceux-ci intéressent les médecins légistes »<sup>5</sup>.

Parallèlement d'autres lieux sont investis à la demande du Pr Louis Roche. En créant le pavillon « N », Service d'urgence médico-judiciaire, à l'hôpital Edouard Herriot, en s'investissant dans les lieux d'accueil pour toxicomanes, en faveur des victimes de viols et de violences, dans les dispensaires pour migrants ou à la Protection judiciaire de la jeunesse, ces praticiens entendent montrer qu'ils « travaillent "sur le vivant" » (*Libération*, 2/06/1991). Le Dr Gonin qui a participé à ce mouvement souligne la complémentarité entre ces différents lieux d'exercice qui ont permis, à un moment où la médecine d'urgence n'existait pas en tant que spécialité médicale, d'affirmer la spécificité de l'Ecole lyonnaise située au croisement de la criminologie, de la médecine légale, de la psychiatrie et de la médecine sociale :

<sup>1</sup> ROCHE Louis, « Histoire de la chaire de médecine légale », *Instantanés criminologiques*, n°26, 1975, pp.7-10.

<sup>2</sup> ROCHE Louis, « La médecine légale. Réflexions sur son enseignement, son organisation, son domaine », *Journal de médecine légale*, 1981, t.24, n°5.

<sup>3</sup> Daniel Gonin, psychiatre travaillant comme généraliste à la M.A de Lyon de 1962 à 1989. Entretiens réalisés les 25/02/2008, 10/03/2008, 26/03/2008. Durées : 2H ; 2H ; 2H.

<sup>4</sup> THOMAS Jérôme, *Dire(s) d'urgence. La psychiatrie d'urgence comme structure de médiation. Statut de la parole et de la communication à l'hôpital*, thèse de doctorat en sciences de l'information et de la communication, Université Lyon 2, sous la direction de Bernard Lamizet, 2010, p.102 et suiv.

<sup>5</sup> ROCHE Louis, « Intégration de la médecine légale à l'hôpital », *Journal de médecine légale*, 1982, t.25, n°4, pp.13-24.

*« On rencontrait souvent les mêmes personnages dans les différents lieux. On avait souvent un patient de la prison, qu'on revoyait à l'urgence quand il était sorti, pour un geste suicidaire par exemple. On pouvait aussi le rencontrer en psychiatrie. Et avec Colin, nous avons fondé un service pour les migrants. C'était la même chose après tous les services avec le FLN. Dans les années cinquante, au moment de la guerre d'Algérie, y avait un gros mouvement migratoire de main d'œuvre. Y avait le début des Sonacotras mais ça restait insuffisant. Après, ils se sont multipliés et il y a eu un foyer important à la Part-Dieu dans les anciennes casernes de l'ancien régiment de cavalerie. Ça a son importance parce que ça occupait un très gros territoire dans ce quartier. Dans la caserne, ça a été un envahissement progressif et les autorités ont laissé faire<sup>1</sup>. Et dans les écuries, on pouvait mettre des lits les uns en face des autres. Au début, on disait il y avait mille à 1500 travailleurs. Et ce que Colin avait vu, c'est que dans les consultations... l'urgence n'existait pas encore... On voyait dans les consultations hospitalières des gens avec des tuberculeuses, des blessures par armes blanches et tous ces gens venaient de la Part Dieu. Et il s'est dit : "Plutôt que de soigner à l'hôpital il faudrait soigner sur place". Donc, il a monté une infirmerie et il m'a demandé de faire des consultations, en plus, comme à la prison. Et on a travaillé dans ce caravansérail où devaient loger trois mille personnes. On a vu aussi que dans les foyers Sonacotra, il n'y avait pas de médecins. Donc on a essayé comme ça. Et on a eu dans ce service jusqu'à douze dispensaires. Alors, après, on a été obligé de partir de la Part-Dieu et on s'est dit qu'il fallait qu'on trouve quelque chose dans le même quartier. J'ai pris la direction de cette structure qui était payée directement par la Sécurité sociale. Et il y a beaucoup de délinquants dans les transplantés et c'était un quartier uniquement de transplantés. Et qu'est qu'on a vu ? La délinquance qu'on voyait en prison. Donc, l'urgence, l'hôpital psychiatrique, la prison et puis le SMSTE [service médico]. Donc ça formait un secteur technique, c'est-à-dire un secteur qui n'était pas défini par un territoire mais par ce qu'il s'y passait, par une marginalité et la délinquance, maladie mentale, toxicomanie, etc. C'étaient des relais [...] Vous voyez, c'était un secteur comme ça, qui n'a jamais été officialisé »<sup>2</sup>.*

En investissant plusieurs lieux de marginalité où les praticiens étaient jusque-là absents, Louis Roche entend ainsi souligner l'utilité de la médecine légale aussi bien au sein du système hospitalo-universitaire qu'auprès du monde judiciaire. C'est ce rôle d'intercesseur entre ces deux secteurs qui lui fait dire que la médecine légale est un « auxiliaire de Justice ». Il multiplie pour cela les contacts avec les magistrats, sous la forme notamment de congrès, souligne le Dr Gonin :

*« Roche faisait régulièrement des journées de médecine légale. Pour attirer un peu les magistrats, on les faisait en Provence, parce que c'est pas loin. On invitait les magistrats et on les invitait à parler. Et on vivait ensemble pendant deux trois jours. Et ça structurait, ça faisait des liens avec les magistrats. C'étaient les chefs de cour, parquet général, souvent les premiers présidents. Y a toujours eu des juges d'instruction. Y a toujours eu des Présidents d'Assises. Et ça créait des liens et c'était d'autant plus intéressant que les magistrats bougent beaucoup. Ils se retrouvent dans toute la France et ça diffusait un peu nos idées. C'est comme ça que j'ai bien connu Truche qui est devenu premier président de la Cour de Cassation. Mais ce n'est qu'un exemple parmi tant d'autres »<sup>3</sup>.*

L'investissement de plusieurs psychiatres/médecins-légistes lyonnais dans l'activité en milieu carcéral, et notamment la création d'un service d'hospitalisation pour détenus ainsi qu'une capacité de médecine pénitentiaire au milieu des années quatre-vingt, s'inscrit dans cette tentative de reconversion de la médecine légale au sein du secteur hospitalo-universitaire.

<sup>1</sup> Créé en 1948, ce centre d'hébergement connaît une croissance importante à partir de 1956 et il formera un « petit village » quadrillé par le FLN comprenant jusqu'à 2000 personnes réparties dans dix-neuf dortoirs (ELONGBIL EWAE Émilie, *La guerre d'Algérie à Lyon : la bataille pour le contrôle de l'habitat*, 5 pages ; consulté sur le site : <http://www.metropolitiques.eu/>)

<sup>2</sup> Daniel Gonin, psychiatre travaillant comme généraliste à la M.A de Lyon de 1962 à 1989. Entretiens réalisés les 25/02/2008, 10/03/2008, 26/03/2008. Durées : 2H ; 2H ; 2H.

<sup>3</sup> Daniel Gonin, psychiatre travaillant comme généraliste à la M.A de Lyon de 1962 à 1989. Entretiens réalisés les 25/02/2008, 10/03/2008, 26/03/2008. Durées : 2H ; 2H ; 2H.

## ANNEXE 33 : LES SOIGNANTS ET LE SIDA EN PRISON : ENTRE GESTION DES PEURS ET PRISE EN CHARGE IMPOSSIBLE

L'apparition de l'épidémie de sida impacte considérablement la vie des établissements pénitentiaires, notamment le travail des soignants. Les peurs ressenties par le personnel de surveillance se traduisent par de nombreuses questions aux soignants et même parfois par le refus de tout contact avec les détenus. D'autres utilisent systématiquement des gants afin d'éviter un contact direct. Les propos de ces soignants travaillant à cette époque en détention reflètent le climat de suspicion alors en vigueur :

*« Souvent les surveillants venaient à l'infirmerie pour nous demander : "Il paraît qu'y en a un..." mais après je les ai vus porter des gants tous le temps, et ça me faisait un peu mal... Y avait un peu une hystérie. J'ai vu des transferts où les surveillants avaient des gants. Mais ça a été la panique à bord... Le risque de contagion... C'était quand même très difficile... »<sup>1</sup>*

*« Les surveillants, ils mettaient des gants et tout. Ils voulaient plus toucher un détenu. Ils se demandaient si ça aller pas passer par la nourriture. Ah oui ! Les surveillants.... C'est pour ça qu'il fallait pas que ça se sache parce que sinon les surveillants, ils risquaient de les pestiférer. Les surveillants nous ont demandé lesquels étaient séropositifs parce qu'ils étaient paniqués à l'idée de... mais on leur donnait pas ! »<sup>2</sup>.*

*« Je me souviens qu'à l'époque je faisais des gardes et il m'est arrivé parfois la nuit, parce que les détenus arrivent la nuit, il m'est arrivé de recevoir des coups de téléphone d'un surveillant me disant : "Il y a un détenu qui vient d'arriver et il y a une juge disant qu'il a le sida, donc nous on ne le touche pas docteur!! On le touche pas !" »<sup>3</sup>.*

A l'aide notamment de séances d'information organisées par les DDASS, ces craintes diminuent fortement au bout de quelques années, notamment dans les grands établissements. « En 1985, c'était l'hystérie [...] Des syndicats de gardiens de prison demandaient que tous les employés puissent bénéficier de combinaisons et que des règles draconiennes d'hygiène soient instaurés. Deux ans plus tard, c'est bizarrement l'accalmie », note *Libération* le 1<sup>er</sup> octobre 1987. « Il n'y a plus aujourd'hui de phénomènes de panique », déclare lors d'une table ronde le Dr Espinoza en 1990<sup>4</sup>.

Ce constat doit probablement être relativisé pour les petits établissements où l'accès à l'information médicale semble plus difficile. En atteste le témoignage d'un infirmier ayant commencé à travailler à la M.A de Caen en 1988 : « Alors là, on a assisté à des situations vraiment catastrophiques où on avait des détenus qui étaient repérés comme séropositifs et qui étaient mis tout seuls dans des cellules, des cellules pourries, et qui donc étaient complètement isolés du reste de la détention. Les surveillants ne voulaient plus les toucher »<sup>5</sup>.

L'apparition de la maladie provoque également de nombreuses peurs parmi la population carcérale, l'enfermement étant à l'origine de réflexes irrationnels. En atteste cette anecdote relatée par une infirmière : « Un jour, je venais travailler et un gars arrive et me dit : "J'ai vu une émission hier sur le sida à la télé et ils ont dit qu'en prison un type sur quatre a le sida".

<sup>1</sup> Evelyne, infirmière pénitentiaire à Fleury-Mérogis de 1983 à 1985 puis à Fresnes de 1984 à 1986 puis à Fleury-Mérogis de 1987 à 1993. Entretien réalisé le 8/02/2006, 2H30.

<sup>2</sup> Anne, infirmière à la M.A de Pontoise de 1980 à 1990. Entretien réalisé le 5/01/2006, 2H.

<sup>3</sup> Hélène, interne puis généraliste à Fleury-Mérogis depuis 1983, médecin-chef de 1992 jusqu'en 2000. Réalisé le 8/12/2005, 2H40.

<sup>4</sup> « Table ronde autour des questions de sida en prison en milieu carcéral et en milieu ouvert », *Les cahiers d'action juridique*, 1990/06, n°71-72, p.90.

<sup>5</sup> Valentin, infirmier à la M.A de Caen de 1988 jusqu'à 1995. Entretien réalisé le 25/01/2007, 1H20.

"Ah bon ils ont dit ça ?". "Et nous, on est quatre dans la cellule, et donc parmi nous y en a un qui l'a. Il faut me dire lequel !" [rires] »<sup>1</sup>.

La peur des surveillants et des détenus place le personnel médical dans une situation délicate. Dotés d'une légitimité spécifique, les soignants sont fréquemment sollicités en tant qu'intermédiaires avec les détenus. En dépit des formations, les mêmes consignes doivent être sans cesse répétées au personnel de surveillance, provoquant la lassitude des soignants. Il leur est difficile d'apaiser les craintes exprimées, notamment en cas d'agression et de blessure, par le seul impératif du secret médical. Les propos de cette infirmière expriment la position délicate dans laquelle se trouvent alors placés les soignants travaillant en prison :

*« Les surveillants nous demandaient sans cesse s'il fallait en mettre [des gants] [...] On a fait des formations pendant des mois avec toujours les mêmes questions ! Parce que dès qu'on a su ce qu'était le HIV, on nous demandait "Il est HIV ou pas ?" [...] Alors, on disait : "Non, peut être pas". Et tout le monde nous disait : "Nous aussi, on a un secret professionnel, alors pourquoi vous ne nous dites pas ce qu'ils ont ?". Alors vous pouvez dire : "On défend le secret médical et donc on ne peut pas vous le dire" mais ça, ça n'est pas une réponse ! Ça n'apporte rien ! »<sup>2</sup>.*

L'attitude à adopter à l'égard des détenus séropositifs apparaît encore plus délicate. Beaucoup de médecins et d'infirmières se trouvent amenés à devoir expliquer une maladie dont ils ignorent tout. Une infirmière récemment diplômée avant son arrivée en M.A en 1987 se félicite d'avoir bénéficié d'une connaissance minimale du sujet (« mieux que les médecins en tous cas ») lui ayant permis d'annoncer aux détenus leur séropositivité<sup>3</sup>. A l'inverse, le généraliste de ce même établissement peine à rendre compte de leur sérologie aux détenus, si l'on en croit les propos de cette autre infirmière du même établissement : « Le médecin essayait de leur expliquer et souvent en sortant, ils [les détenus] me disaient "Moi, je n'ai rien compris à ce qu'a dit le médecin" [...] Moi, je n'étais pas aux consultations du médecin mais je sais que c'était embrouillé »<sup>4</sup>. D'autres, mieux formés d'un point de vue médical, semblent peu sensibles à la dimension psychologique. Ce médecin des Baumettes relate ainsi comment l'annonçait un de ses collègues chargés de cette question : « Il avait une façon un peu verte de l'annoncer aux gens. C'est à dire qu'une fois qu'il avait les résultats, qu'il savait qu'il était séropositif, il convoquait les gars : "Tu t'es drogué ?" "Oui". "Tu sais ce que tu risques ?" "Oui". "Et ben voilà ! T'as gagné !" C'était à peu près de ce genre-là »<sup>5</sup>.

Si le silence est anxiogène, l'information peut pourtant être également source de tensions. Annoncer la séropositivité à une personne en attente de jugement ou condamnée peut en effet être quelque chose de violent pour le détenu mais aussi pour les soignants, à une époque où n'existe aucune thérapie<sup>6</sup>. Une infirmière évoque ainsi le cas d'un détenu sortant de la consultation d'un médecin de la DDASS spécialisée dans les MST : « "Je vais mourir, j'ai une maladie très grave, elle vient de me le dire !" [...] En fait elle avait dit à ce monsieur qu'elle pensait qu'il était porteur d'un virus qui n'était pas encore traité, qui était mortel... Alors vous savez, vous dites ça là-bas... [...] ça allait être l'émeute en quelques jours ! »<sup>7</sup>. Les propos de cette infirmière pénitentiaire témoignent du désarroi ressenti par certains soignants à exercer une tâche délicate pour laquelle ils n'avaient pas été formés :

<sup>1</sup> Michèle, infirmière à la M.A de Fresnes depuis 1986. Entretien réalisé le 15/12/2005, 1H40.

<sup>2</sup> Yvette, infirmière-chef de la M.A de Bois d'Arcy de 1980 à 1998 et ayant participé au Comité Santé /Justice de 1984 à 1988. Entretiens réalisés le 31/04 et le 4/05/2006, 3H et 3H.

<sup>3</sup> Julie, infirmière à Pontoise de 1987 à 1990 puis à Poissy de 1990 à 1992. Entretien réalisé le 31/01/2005, 2H.

<sup>4</sup> Anne, infirmière à la M.A de Pontoise de 1980 à 1990. Entretien réalisé le 5/01/2006, 2H.

<sup>5</sup> Bernard, médecin aux Baumettes de 1975 à 1985. Entretien réalisé le 22/02/2006, 2H20.

<sup>6</sup> Le premier traitement par AZT apparaît en 1987 mais celui-ci ne fait que retarder les effets de la maladie.

<sup>7</sup> Yvette, infirmière-chef de la M.A de Bois d'Arcy de 1980 à 1998 et ayant participé au Comité Santé /Justice de 1984 à 1988. Entretiens réalisés le 31/04 et le 4/05/2006, 3H et 3H.

*« C'était très très difficile car quoi leur dire ? Leur dire qu'ils ont une maladie... qui à ce moment-là était non guérissable ! Et puis ne pas leur dire, c'était prendre le risque qu'à la sortie ils aillent infecter leur femme, leurs amis, etc. Donc là, on a pas mal pataugé [...] Et une fois, j'avais dit au gars carrément... Mais ça je ne l'ai fait qu'une fois ! "Voilà vous avez le sida, c'est une maladie mortelle". Le type, il était plus que vert... Je me suis dit que c'était la dernière fois. Et il m'a dit : "Eh ben, le juge il ne m'a pas encore jugé mais vous vous m'avez condamné !" [silence] C'était difficile hein... »<sup>1</sup>.*

Le positionnement à l'égard des détenus est d'autant plus complexe que certains soignants sont eux-mêmes l'objet de peurs. « Même nous, on avait peur ! Eh ! Ça peut se transformer en arme redoutable... », déclare un praticien des Baumettes<sup>2</sup>. « Le problème venait qu'on avait un médecin-chef qui paraissait assez désarmé [...] Au point même qu'au lieu de rassurer, ils ne faisaient que conforter les angoisses collectives », déclare celui qui était alors directeur de la M.A de Rouen<sup>3</sup>. Un chirurgien-dentiste en poste à Bourges adresse même sa démission considérant que certains détenus « ont un SIDA en évolution et sont donc extrêmement contagieux notamment pour le chirurgien-dentiste qui est en contact direct avec la salive et le sang »<sup>4</sup>.

Les angoisses au sein du personnel médical se traduisent parfois par l'identification des détenus séropositifs, comme le reconnaît non sans gêne un médecin alors arrivé à la M.A de Bois-d'Arcy : « Par rapport au VIH, à la limite à un moment, c'est plus le service médical qui avait peur et à un moment, on mettait je sais pas quoi, des gommettes rouges sur les dossiers ce qui est complètement ridicule. Mais bon... ça a duré quelques mois »<sup>5</sup>. Pour se protéger, certains soignants modifient même leur pratique médicale. Les peurs de contamination semblent davantage liées à des craintes qu'à des risques réels. En témoignent les deux méthodes de travail face à une plaie adoptées par ce généraliste et cette infirmière intervenant pourtant dans le même établissement à la même époque<sup>6</sup> :

*« Le sida, ça a changé pas mal de choses. Notamment quand ils se coupaient [phlébotomies] on ne faisait plus de points de sutures, on faisait des agrafes. Pour éviter de se piquer avec des aiguilles. Il y a quand même eu quelques modifications dans notre façon de soigner. Parce que même les gants avec une aiguille on pouvait se piquer »<sup>7</sup>.*

*« -Mais moi, j'ai jamais paniqué par cette idée de contagion. Moi, je recousais.*

*-Oui parce que le docteur [...] m'a dit qu'il avait commencé à poser des agrafes....*

*- Et oui... Parce que les agrafes ça fait des vilaines cicatrices. Parce que c'était vraiment des bouts de ferraille qu'on avait ! Non moi ce que je faisais c'est que je mettais des gants hein ! Y avaient pas de risques. Il aurait vraiment fallu qu'il y ait une entaille, une ouverture... »<sup>8</sup>.*

Dans un second temps, quand l'incertitude quant à la définition du virus, de sa prévention et de ses traitements s'est amoindrie, de nouveaux problèmes sont apparus pour les équipes soignantes. Aux angoisses et au besoin de rassurer se sont substitués la charge de travail que représentait cette maladie nécessitant des traitements lourds et compliqués peu adaptés au milieu carcéral :

<sup>1</sup> Anne, infirmière à la M.A de Pontoise de 1980 à 1990. Entretien réalisé le 5/01/2006, 2H.

<sup>2</sup> Bernard, médecin aux Baumettes de 1975 à 1985. Entretien réalisé le 22/02/2006, 2H20.

<sup>3</sup> « Table ronde autour des questions de sida en prison en milieu carcéral et en milieu ouvert », *Les cahiers d'action juridique*, 1990/06, n°71-72, p.90.

<sup>4</sup> Lettre de démission du médecin pénitentiaire adressé au directeur de la M.A de Bourges datée du 21/10/1986.

<sup>5</sup> Françoise, médecin à la M.A de Bois d'Arcy de 1986 à 1996 puis à Fleury-Mérogis depuis 1996. Entretien réalisé le 13/01/2006, 3 H.

<sup>6</sup> Face à une plaie, la suture peut-être faite par couture ou par la pose d'agrafes métalliques. Cette seconde méthode est plus rapide mais présente davantage de risques d'infection et est surtout moins esthétique. Les agrafes sont réservées souvent à des plaies peu profondes.

<sup>7</sup> Claude, médecin à la M.A de Pontoise de 1979 à 1991. Entretien réalisé le 12/01/2006, 1H10.

<sup>8</sup> Anne, infirmière à la M.A de Pontoise de 1980 à 1990. Entretien réalisé le 5/01/2006, 2H.



*« Et là, c'étaient des malades lourds avec toutes les maladies opportunistes qu'on pouvait trouver. C'est-à-dire les maladies intestinales, les tuberculoses, les pneumopathies, les maladies cérébrales. Ecllosion de tout un panel de maladies avec une prise en charge très très très lourde [...] Au niveau des soins, c'est beaucoup d'examens complémentaires, avec des bilans très lourds. Donc prise de sang et tous les examens d'investigation, donc scanner cérébral, fibroscopie pulmonaire, coloscopie. Donc, des trucs bien évidemment qu'on ne pouvait pas faire à la prison. Donc là, transferts à l'hôpital avec plusieurs problèmes... nécessité de prise de rendez-vous avec bien sûr une possibilité d'hospitalisation d'urgence »<sup>1</sup>.*

*« Alors quand on a commencé à essayer quelques traitements, ils posaient plus de problèmes qu'autre chose. Les premiers traitements, c'étaient des traitements à donner à heures fixes 24 heures sur 24 [...] Et le seul moyen de donner ce traitement à heure très fixe, c'était toutes les six heures, et le seul moyen c'étaient les réveils. Faites sonner un réveil dans une prison... Ben je peux vous dire que le lendemain, tout le monde le savait ! »<sup>2</sup>.*

*« Y avait des traitements lourds. Je me rappelle du Videx qui devait être pris avec du Vichy Célestin. Fallait donner ça avec un grand verre d'eau. Alors, vous savez, on avait demandé à l'économat de nous acheter de l'eau... »<sup>3</sup>.*

Ainsi, que ce soit au niveau de la gestion des peurs des détenus ou de celles des surveillants ou encore en termes de conditions de travail, l'épidémie de sida a participé à une détérioration de l'organisation des soins en milieu carcéral. Ce phénomène a contribué à l'émergence d'un segment de praticiens pénitentiaires favorables à un transfert de tutelle auprès du ministère de la Santé<sup>4</sup>.

---

<sup>1</sup> Laurent, médecin-adjoint aux Baumettes de 1990 à 1997. Entretien réalisé le 20/02/2006. Durée : 2H30.

<sup>2</sup> Yvette, infirmière-chef de la M.A de Bois d'Arcy de 1980 à 1998 et ayant participé au Comité Santé /Justice de 1984 à 1988. Entretiens réalisés le 31/04 et le 4/05/2006, 3H et 3H.

<sup>3</sup> Lucie, psychiatre, membre de la DGS de 1985 à 1988, médecin-chef du SMPR de Rouen de 1989 à 1996 et membre de la DGS de 1994 à 1996. Entretiens réalisés les 2/02/2006 et 5/05/2006, 4H et 2H45.

<sup>4</sup> Cf. Chapitre 6 – section 2 : « Une nouvelle conception des soins en prison ? L'affirmation d'une médecine non-pénitentiaire ».

## ANNEXE 34 : LE TRAITEMENT MEDIATIQUE DU SIDA : DE LA PSYCHOSE A LA DEDRAMATISATION

Dans leur étude de la médiatisation de l'épidémie, Claudine Herzlich et Janine Pierret distinguent plusieurs périodes auxquelles correspondent des représentations distinctes du sida. A une première période d'ignorance succède, à partir de mai 1983 lors de la découverte de l'origine virale de la maladie, une phase d'intense controverse au cours de laquelle s'impose la notion de groupes ou catégorie « à risque »<sup>1</sup>. Affectant principalement des personnes homosexuelles, le sida, surnommé le « cancer gay », est alors assimilé à la « maladie des homosexuels »<sup>2</sup>. « Les statistiques en effet montrent que le sida ne frappe pas au hasard », note *Le journal du Dimanche* le 16 juillet 1983. Des homosexuels, le champ de l'épidémie s'élargit progressivement aux toxicomanes. On voit dans le sida une maladie semblable aux épidémies de peste frappant, tel un « châtiment des dieux », ceux ayant enfreint la loi morale, comme l'explique ici avec ironie Jacques Ruffié, correspondant de l'Académie des sciences : « La sodomie constitue un défi permanent à la nature. C'est une offense grave à la société. Les sodomites, comme les drogués, sont des coupables : il est normal qu'ils soient punis »<sup>3</sup>.

Progressivement, la méfiance se mue en peur et la peur en psychose. Car si l'origine virale de la maladie est pressentie, les modes de transmission demeurent obscurs. « La phobie de la contagion, sans cesse croissante, atteint son acmé en 1985. Le sida met cette fois à l'épreuve la solidité morale des institutions démocratiques »<sup>4</sup>. Les comportements irrationnels se multiplient : un coiffeur homosexuel est licencié à son retour d'hospitalisation (*Le Quotidien de Paris*, 7/10/1985). La « psychose sida » se déploie particulièrement au sein des institutions où la promiscuité est importante, comme les écoles<sup>5</sup>, mais surtout les hôpitaux : « Il s'est déjà trouvé, par exemple, que des ambulanciers s'opposent au transfert d'un malade. On a vu aussi des aides-soignantes refuser de débarrasser un plateau-repas ou une chambre »<sup>6</sup>. « Le sida, la nouvelle peste », titre *Ça m'intéresse* en juin 1985. La vague d'hystérie anti-sida atteint son apogée à l'été 1985 lors de l'introduction du test de dépistage : « L'histoire de la médecine n'a jamais connue une telle paranoïa collective. Des communautés entières, des corps de métiers contaminés par la peur : homosexuels, toxicomanes, hémophiles, mais aussi pompiers, prostituées, infirmiers, médecins, dentistes, personnels hospitaliers et pénitentiaires... » (*Libération*, 3-4/08/1985). Signe de cette peur collective, 95% des 392 malades alors recensés officiellement en France sont concentrés dans deux établissements hospitaliers parisiens (*Le Matin*, 25/07/1985).

L'information relative à la présence de séropositifs en milieu carcéral s'inscrit au cœur de cette vague d'hystérie, qui touche également le milieu carcéral<sup>7</sup>, en même temps qu'elle en annonce le déclin. Le lendemain où est rendue publique la présence de séropositifs à la M.A de Gradignan, le Premier ministre, Laurent Fabius, annonce un plan d'information national destiné à « éviter une dramatisation excessive et injustifiée ». Un article annonçant cette information s'achève par ces lignes : « Les derniers événements survenus en milieu carcéral où, l'information sur le SIDA semble réduite à sa plus simple expression, témoignent que la

<sup>1</sup> HERZLICH Claudine, PIERRET Janine, « Une maladie dans l'espace public », *art.cit.*, p.1121.

<sup>2</sup> « La maladie des homosexuels », *Le Matin de Paris*, 18/06/1983.

<sup>3</sup> RUFFIE Jacques, « Le SIDA, châtiment des dieux », *Le Monde*, 23/10/1985.

<sup>4</sup> STRAZZULA Jérôme, *Le sida (1981-1985) : les débuts d'une pandémie*, La documentation française, 1993.

<sup>5</sup> « Sida des enfants. Halte à la psychose », *Le Quotidien de Paris*, 13/09/1985.

<sup>6</sup> « Sida : le virus de la panique », *Le Point*, 4/03/1985 ; « SIDA : la grande phobie », *Le Figaro*, 2/06/1985.

<sup>7</sup> Quelques jours avant les déclarations du Dr Bénézech était survenue une scène de psychose à la prison de Tours, où surveillants, policiers et infirmières refusaient d'approcher un détenu soupçonné de sida (AFP, « Le détenus de Tours n'avait pas le SIDA... mais certains en avaient peur », 17/08/1985).

route de la "dédramatisation" est encore longue »<sup>1</sup>. La presse occupe à ce moment un rôle croissant dans la construction sociale de l'épidémie : « Elle n'est pas seulement le lieu où s'expriment les prises de position, elle est acteur du débat et, souvent, l'un de ses enjeux [...] Déclarations, prises de position, actions diverses ont toujours pour fin, au moins partielle, le retentissement médiatique auxquelles elles donnent lieu »<sup>2</sup>.

Autorités scientifiques et administratives multiplient alors les déclarations afin de prévenir le développement d'une psychose. « Seulement un porteur du virus sur dix développera la maladie », assure le Pr Willy Rozenbaum (*La Dépêche du Midi*, 22/08/1985). « Après la grande peur estivale, pouvoirs publics et spécialistes s'efforcent d'éliminer les rumeurs », note *Impact médecin* le 14 septembre 1985. Les représentants du ministère de la Santé, comme ici Jean-Baptiste Brunet, remettent en cause la stratégie précédemment adoptée jugée trop alarmiste : « Nous avons été confrontés, durant l'été à un déchaînement médiatique véhiculant tant de choses fausses, voire délirantes, que nous avons dû intervenir. A la DGS comme au ministère, nous avons donc - moi-même en particulier, participé à des émissions grand public pour fournir une information correcte et, du même coup calmer les choses » (*Révolution*, 1/11/1985). Il s'agit désormais d'éviter que de nouveaux groupes soient désignés comme étant « à risque »<sup>3</sup>. Si quelques informations alarmistes subsistent, beaucoup de journalistes relativisent les peurs émises jusque-là, en les tournant parfois en dérision :

« IL va nous tuer tous... C'est la faute aux homosexuels. Aux toxicomanes... Aux donneurs de sang... Aux étrangers... Les gardiens de prison et les enfants sont menacés... Les enfants contaminés n'auront plus le droit d'aller à l'école... On va faire des tests partout... Il y aura un vaccin bientôt... Il n'y aura jamais de vaccin... [...] On entend tout et n'importe quoi à propos du SIDA »<sup>4</sup>.

C'est dans ce contexte de dédramatisation, émanant aussi bien de la part des décideurs administratifs et politiques que des journalistes, que s'inscrit la découverte d'un fort taux de prévalence du VIH en prison. On comprend, dès lors, les efforts de la DAP afin de minimiser cette information et de mener une « politique discrète » en la matière.

---

<sup>1</sup> « Contaminés... par la peur du sida », *Libération*, 23/08/1985.

<sup>2</sup> HERZLICH Claudine, PIERRET Janine, « Une maladie dans l'espace public », *art.cit.*, p.1125.

<sup>3</sup> C'est le cas des prostituées qui, qualifiées en octobre 1985, selon des « conclusions alarmistes », de « nouveau vecteur du SIDA », sont considérées par certains journalistes comme n'étant pas parmi les plus exposées (« Le spectre du Sida s'estompe pour les prostituées européennes », *Libération*, 30/12/1985). Six mois plus tard « aucune étude épidémiologique n'a encore été publiée sur ce sujet brûlant » (*Le Monde*, 5/07/1986). « Il faut dorénavant que tout le monde sache que l'on prend un risque en ayant des rapports sexuels avec une femme ou un homme prostitué » déclare, à l'occasion d'une enquête épidémiologique, un responsable français de la lutte contre le sida (« Apparition du virus dans les milieux de la prostitution à Paris », *Le Monde*, 9/01/1987).

<sup>4</sup> « Anatomie d'une épidémie moderne », *Sciences et avenir*, n°464, 10/1985.

## ANNEXE 35 : LE SCANDALE DES COLLECTES DE SANG EN MILIEU CARCERAL COMME REVELATEUR DES FAIBLESSES DE L'ORGANISATION DES SOINS EN PRISON

Bien que l'information soit déjà apparue en novembre 1991, le scandale des collectes de sang en prison éclate au printemps 1992 lorsque deux journalistes du *Monde* publient dans les éditions des 11 et 12-13 avril une longue enquête affirmant que « la responsabilité de nombreuses autorités médicales, sanitaires et judiciaires dont les décisions, facilitant ou multipliant les collectes de sang en prison, ont été directement à l'origine de plusieurs milliers de contaminations »<sup>1</sup>. Les articles incriminent notamment la Direction de l'Administration pénitentiaire pour avoir demandé, par la circulaire du 13 janvier 1984 entièrement reproduite dans le journal<sup>2</sup>, l'intensification des prélèvements ou encore pour avoir freiné l'arrêt des dons de sang, au cours de la réunion du Comité Santé/Justice du 10 juin 1985 dont le procès-verbal est cité. Au-delà des responsabilités individuelles, les journalistes pointent du doigt les incohérences du système transfusionnel français mais également « la politique du secret » adoptée par le ministère de la Justice face au problème du sida en prison :

*« Plusieurs éléments témoignent de la volonté de certains des représentants des pouvoirs publics d'empêcher certaines voix médicales ou scientifiques d'expliquer qu'une proportion importante des détenus était contaminée ou pouvait l'être. Un risque épidémique que l'on pensait à tort maîtrisé, la volonté de poursuivre une pratique aidant au maintien du fragile équilibre pénitentiaire et le souci de ne pas stigmatiser gardiens et détenus en assimilant prison et sida, tout cela explique que l'on ait continué les collectes de sang là où le risque de contamination était le plus grand »<sup>3</sup>.*

Si aucun journaliste ne contesta qu'il y ait un scandale, *L'Événement du jeudi* reprocha cependant aux deux journalistes du *Monde* d'avoir publié ces informations pour entretenir la défense de Michel Garretta, l'ancien directeur général du CNTS<sup>4</sup>. Afin de mettre fin à la polémique, les ministres des Affaires sociales, René Teulade, de la Santé, Bernard Kouchner et de la Justice, Michel Vauzelle, confient le jour même une mission conjointe à l'IGAS et l'IGSJ dont les résultats sont prévus en novembre.

*Le Monde* crée une nouvelle fois l'événement en publiant dans son édition du 5 novembre les conclusions du rapport à partir d'une note de synthèse de huit pages, non signée, daté du 23 octobre résumant la première version de l'enquête<sup>5</sup>. Le soir même, les ministres de la Justice,

---

<sup>1</sup> NOUCHI Franck, NAU Jean-Yves, « Contamination : le sang des prisons », *Le Monde*, 11/04/1992.

<sup>2</sup> Une note datée du 13/01/1984 et signée par la DAP Myriam Ezratty fut adressée aux chefs d'établissement autorisant l'accroissement des collectes de sang en prison, jusque-là limitées à deux fois par an dans le même établissement. Ce document fut largement au centre des polémiques.

<sup>3</sup> NOUCHI Franck, NAU Jean-Yves, « Contamination : le sang des prisons », *Le Monde*, 12-13/04/1992.

<sup>4</sup> En novembre 1992, *L'Événement du jeudi* accuse les deux journalistes du *Monde* d'avoir entretenu une relation de « connivence » avec M<sup>e</sup> Charvet, l'avocat de Michel Garretta, condamné le 23 octobre 1992 à quatre ans de prison ferme. M<sup>e</sup> Charvet aurait notamment demandé conseil à Franck Nouchi, un ami de Michel Garretta, afin de mettre au point la meilleure stratégie pour défendre son client. Le journaliste aurait, au cours d'une conversation retranscrite dans l'hebdomadaire, laissé entendre que d'autres affaires éclateront prouvant que Garretta n'est pas seul fautif. Une polémique s'enclenche alors entre *Le Monde* et *L'Événement du jeudi* qui évoque l'existence « d'un plan marketing visant à organiser une campagne médiatique [...] pour absoudre en grande partie le Dr Garretta [...] en noyant sa responsabilité particulière dans une culpabilité collective » (KAHN Jean-François, « Le scandale du sang, « L'EDJ », « Le Monde » et l'information volée », *L'Événement du jeudi*, 12-18/11/1992).

<sup>5</sup> « Les suites de l'affaire du sang contaminé. Le drame des collectes en prison », *Le Monde*, 5/11/1992.

des Affaires sociales et de la Santé précisent dans un communiqué commun que le document alors en circulation est un « projet » susceptible d'être modifié après avis des personnes mises en cause ayant un droit de réponse. Les conclusions de la note de synthèse sont reprises le lendemain dans la plupart des quotidiens. On assiste dans les jours qui suivent à la publication d'entretiens et de documents inédits dans le cadre d'une concurrence acharnée pour l'information<sup>1</sup>. Probablement en lien avec cette forte pression médiatique, le rapport est finalement rendu public le 6 novembre suscitant la publication de très nombreux articles en l'espace de quelques jours<sup>2</sup>.

Dans l'échelle des responsabilités, le rapport place les Centres de transfusion sanguine en première ligne. Ils leur reprochent tout d'abord d'avoir sous-estimé les risques de contamination liés à ces collectes pour des raisons aussi bien « intellectuelles » que « pratiques » : « En effet, les collectes de sang en prison telles qu'elles ont pu être appréhendées par la mission étaient surtout caractérisées par un souci évident de rentabilité » (p.81). Du fait de la non prise en compte des signaux d'alerte envoyés par quelques transfuseurs, les inspecteurs délivrent un réquisitoire sans équivoque contre le réseau français de transfusion sanguine : « La responsabilité des ETS dans l'existence et la poursuite prolongée des collectes de sang en prison est déterminante » (p.97). Dans l'examen des différentes responsabilités, le rapport s'attarde en second lieu sur le rôle de la DGS et du cabinet du ministre de la Santé, Edmond Hervé : « L'attitude de l'administration de la santé – ce terme étant entendu de façon globale peut –être considérée comme défailante » (p.172).

Les inspecteurs relativisent en revanche la responsabilité de l'Administration pénitentiaire et du ministère de la Justice dans ces collectes : « L'AP, sans autres informations que celles que véhiculaient les médias, souvent contradictoires [...] ignorait encore à la fin de l'année 1984, et même dans les premiers mois de 1985, ce que seuls savaient sur l'épidémiologie du sida quelques spécialistes de la recherche médicale » (p.130). Il est ainsi établi, au vu de cette sous-information de l'Administration pénitentiaire, que « dans sa conception et ses objectifs-la note de l'AP du 13 janvier 1984 n'est pas fautive » (p.141) alors même que son incidence sur le volume des prélèvements en milieu carcéral est relativisée (p.145).

La faible responsabilité de l'Administration pénitentiaire, et notamment de sa directrice, s'explique selon le rapport par l'organisation de la médecine pénitentiaire décrite comme un des facteurs explicatifs de la survenue du scandale. Les services médicaux des établissements pénitentiaires étaient en effet tenus, selon une note du 7 août 1963, de « signaler les détenus [candidats au don de sang] pour lesquels le prélèvement semblait médicalement déconseillé ». Pourtant l'enquête souligna que de nombreux toxicomanes ont pu donner leur sang.

« Exemple topique » du cloisonnement des prisons françaises, soulignent les inspecteurs, la médecine pénitentiaire était jusqu'en 1983 une « une médecine spécifique, dépendant totalement de l'AP, aussi bien pour son organisation, ses modalités d'exercice que pour son financement » (p.121). En dépit des avancés liés à la réforme de l'inspection médicale, le

---

<sup>1</sup> Patrick Champagne et Dominique Marchetti rendent ainsi compte largement du scandale du sang contaminé par le développement d'un journalisme d'investigation « à scandales » en lien avec la démedicalisation de l'information médicale au sein du champ journalistique (CHAMPAGNE Patrick, MARCHETTI Dominique, « L'information médiatique sous contrainte. A propos du "scandale du sang contaminé" », *art.cit.*).

<sup>2</sup> Les membres de l'IGSJ étaient Jérôme Geronimi, Patrick Henry-Bonnot et François Feltz. Les membres de l'IGAS étaient Aquilino Morelle, Thérèse Roquelle et Michel Vernerey. Toutes les citations sont extraites du rapport final (IGAS-IGSJ, *Les collectes de sang en milieu pénitentiaire*, Paris : I.G.S.J. (éditeur), Paris : I.G.A.S (éditeur), 1992/11, 190 p).

rapport souligne les faiblesses de l'organisation du service médical pénitentiaire à partir desquelles les défaillances de l'Administration pénitentiaire sont justifiées. L'absence d'un « véritable conseiller médical » et une moindre prise en compte de l'IGAS expliquent que Myriam Ezratty ait pu adopter la note du 13 janvier 1984 sans être informée des risques. De même, les « moyens médicaux très insuffisants » à la disposition de la médecine pénitentiaire rendaient difficile une sélection des donneurs :

*« Les médecins pénitentiaires n'étaient pas toujours en mesure de satisfaire dans les meilleures conditions aux dispositions de l'article D.285 et D.375 du CPP qui leur imposent de nombreuses visites et examens cliniques des détenus et notamment l'examen systématique de tous les entrants. Ainsi, peut s'expliquer, en partie, la non observation régulière des dispositions de la note du 7 août 1963 de l'AP » (p.132).*

Ainsi, le scandale des collectes de sang en prison fut l'occasion de souligner, alors même que la réforme était en cours de discussion dans les ministères, les carences de la médecine pénitentiaire accusées d'être l'une des principales causes à l'origine d'un drame national en matière de santé publique<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Cette analyse des responsabilités fut cependant contestée, notamment par le Dr Michel Garretta, en raison de la partialité supposée de Michel Lucas qui était à l'époque chargé, en tant que Chef de l'IGAS, de contrôler la prise en charge sanitaire en prison. Le service d'inspection dont il a encore la charge en 1992 n'aurait pas du être chargé selon certains de ce rapport.

## ANNEXE 36 : ENTRETIEN AVEC DANIEL GONIN

Daniel Gonin, psychiatre effectuant des psychothérapies de groupe en prison depuis 1962 puis exerçant en tant que généraliste à la M.A de Lyon de 1967 à 1989, membre du GMPQ. En retraite. Entretiens réalisés les 25/02/2008, 10/03/2008, 26/03/2008. Durées : 2H ; 2H ; 2H.

Ne sont cités ici que des extraits de l'entretien.

E.F : *Comment avez-vous été amené à effectuer des psychographies de groupe en 1962 ?*

D.G : Après ma psychiatrie, je cherchais les différents moyens thérapeutiques et j'ai travaillé à ce moment là avec Anzieu. C'est un psychanalyste qui avait fait un organisme qui était le CFAP qui avait fait des formations de groupe et puis qui avait fait ensuite des groupes de différentes natures, des groupes thérapeutiques, des groupes d'évaluation diagnostic, de sensibilisation à la prévention du suicide. Moi, donc, je m'étais formé là puis j'avais animé des groupes pendant assez longtemps. On travaillait souvent dans la banlieue parisienne. Et puis ensuite, j'ai fait différentes formations, dont une formation aux Etats-Unis avec quelqu'un qui était connu et qui faisait des rencontres de non-directivité. C'était accepter ce qui se passe dans le groupe et puis le refléter soit par la répétition d'une phrase qui sortait de la bouche de quelqu'un, soit de façon plus ramassée. Après j'ai été à Pao-Alto, un endroit mondialement connu parce que c'est là que sont nées les thérapies familiales. Tout ça, c'était centré sur le groupe.

E.F : *À l'époque vous aviez quel statut ?*

D.G : J'étais assistant ici des hôpitaux. J'avais été interne dans les différents hôpitaux psychiatriques lyonnais puis ensuite beaucoup au Pavillon « N » qui était le pavillon d'urgences, où on faisait de la neurologie, de la psychiatrie et, après, de la réanimation. Alors, dans le cadre de l'urgence on a reçu des détenus. Car le premier pavillon d'urgence qui a été fait en France, avec l'Hôtel Dieu à Paris, a été créé à [l'hôpital] Edouard Herriot par le Pr Roche qui était professeur de médecine légale et c'est ce qui a donné l'aspect médico-légal à l'urgence. Ce qui n'a pas toujours été repris mais... Pourquoi ? Parce qu'on avait à faire face à un certain nombre de suicides qui posent des problèmes médico-légaux, parce qu'on avait affaire à des toxicomanes qui posent aussi, entres autres, des problèmes médico-légaux ; qu'on avait affaire à des crises psychiatriques, donc là aussi avec des questions liées à l'internement psychiatrique. Après, on a eu tous les problèmes de mort en réanimation. Quand arrête t'on par exemple de traiter un coma dépassé ? Là aussi, c'est un problème médico-légal. On était donc assez bien placé par rapport aux autres pavillons d'accueil pour traiter les détenus. Et puis vous savez qu'à la prison, le Pr Colin, avec un praticien hospitalier, a créé l'Annexe psychiatrique. Ça a été, on pourrait dire, l'ancêtre de tous les SMPR.

E.F : *Vous connaissez les conditions dans lesquelles il a été amené à s'intéresser à cela ?*

D.G : Le Pr Colin a fait partie du mouvement de résistance « Témoignage chrétien ». Diffusion de journaux. C'était en 44. Il a connu Fully qui a été déporté à dix-sept ans qui était inspecteur général de l'Administration pénitentiaire. Colin et lui, et puis moi par la suite, nous avons milité au mouvement de résistance du FLN. Colin et Fully avaient été envoyés en mission dans les prisons algériennes pour constater les exactions. Du coup, ils ont été aussi voir les détenus FLN ou MNA qui étaient incarcérés à Saint-Paul. Ils étaient autour de 150 à ce moment là. Ils sont arrivés en prison au moment du conflit algérien. On ne peut pas dire qu'ils étaient pour le FLN mais ils n'étaient pas pour ceux qui maintenaient la présence française en Algérie. Donc il y a eu aussi des sympathisants ou des amis qui eux sympathisaient ou protégeaient le FLN. A ce moment là, on a vu, moi je n'y étais pas, on a vu l'état des prisons, en particulier lyonnaises. Fully qui était sensibilisé à la détention ne pouvait pas supporter l'état des prisons à ce moment là. Et ça a créé un mouvement ici de sympathie avec les

détenus du FLN. Colin a vu l'état dans lequel se trouvaient les prisons, et en particulier la médecine somatique.

E.F : *Et à ce moment là, Fully n'était pas médecin inspecteur ?*

D.G : Non pas encore. Il n'était pas médecin légiste mais était intéressé par la médecine légale. Il n'a jamais fait d'autopsie. Il n'a pas eu la formation que nous avons tous eu, classique. Sa formation a plus été une formation psycho-sociale, politique aussi. Dans le sens de la gauche, résistant, voulant une démocratie active. Je ne crois pas qu'il était dans un parti. Ici, on était du côté des socialistes. On n'avait pas tous notre carte mais on était proches. Tous ceux qui sont venus étaient attirés à la fois par ce qu'on faisait à la prison, à l'hôpital et à la faculté, et... aussi par les idées de gauche.

E.F : *Et les conditions dans lesquelles le Pr Colin a créé l'Annexe...*

D.G : Il a demandé d'abord à un médecin de l'hôpital psychiatrique, le Dr Broussole, qui avait des sympathies avec nous et avec qui on travaillait un peu, s'il ne voulait pas faire des consultations... Alors on a obtenu de l'Administration, qu'il y ait des consultations et on peut dire que, petit à petit, ça s'est construit. Par exemple, après on a demandé à ce que des surveillants fassent des stages à l'hôpital psychiatrique. Parce que c'était difficile de sélectionner en somme dans un coin de la prison les gens qui avaient des troubles avec des surveillants qui ne connaissaient rien du tout en psychiatrie et avaient du mal, au niveau de la discipline par exemple, à faire le tri entre ce qui relevait d'un symptôme psychiatrique et ce qui était de l'ordre de la protestation. Et puis très vite, il est apparu que les consultations ne suffisaient pas. En particulier, qu'il y ait une petite unité médicale, notamment médicamenteuse. Il fallait une distribution. Comme il n'y avait aucune infirmière formée à la psychiatrie. Et puis, à ce moment là, les infirmières psychiatriques étaient formées dans les hôpitaux psychiatriques [...] Ces surveillants faisaient des stages de trois mois dans le service de Broussole. Tout cela était très difficile. Tout le temps bloqué, tout le temps gêné, des contraintes... Ces gens étaient obstinés. Ils avaient une croyance. C'étaient des chrétiens de gauche. Ils avaient à la fois une croyance religieuse et puis une croyance dans la société. Alors, au-dessus du bâtiment où il y avait l'infirmerie, il y avait le service psychiatrique. Broussole a fait venir un interne et ça s'est petit à petit construit comme ça. Et l'administration était bien sûr pas très contente mais ça ne lui coûtait rien... parce que c'étaient des services extérieurs. Tout était pris en charge par l'hôpital. Ça nous a bien servi d'ailleurs après, parce que l'Annexe psychiatrique s'est développée. Il y a eu un assistant, des internes qui venaient. Les infirmiers avaient une blouse blanche et puis petit à petit, l'Annexe a obtenu d'avoir quelques crédits de l'hôpital pour avoir un secrétariat, une assistante sociale. Ensuite, c'est là où nous avons fait des groupes, Mme Buffard étant la première.

E.F : *Le fait que des surveillants puissent avoir des fonctions d'infirmier....*

D.G : ...a posé d'énormes problèmes, en particulier avec les syndicats qui n'ont jamais accepté. Par exemple, par la suite quand j'ai voulu former un manipulateur pour l'appareil radio, le syndicat s'y est opposé. Le principe du syndicat, c'était que tous les surveillants devaient avoir le même rôle, les mêmes horaires, une espèce d'égalité dans le travail. Et c'est pour ça que ça a posé beaucoup de problèmes pour les surveillants qui ont fait leur travail en deux temps. Ça ne rimait à rien de leur faire faire des horaires comme tous les autres surveillants. Il fallait être là quand le médecin était là. Ça a été une grosse difficulté. Et comme j'avais pris le même cadre pour les surveillants de l'infirmerie, ça a posé beaucoup de problèmes. Les autres avaient déjà un peu creusé le sillon. C'étaient des gens qui aiment ce qu'ils faisaient. Et puis c'était plus intéressant pour eux au niveau des horaires parce qu'ils ne faisaient pas de nuit. En général, ils aimaient ça. Ils voyaient le psychiatre, les experts, etc. Et puis après ils avaient des contacts avec les infirmières.

E.F : *Ils se sentaient plus surveillants ou plus infirmiers ?*

D.G : Ils se sentaient très infirmiers. Ils savaient les médicaments, comment réagir en cas d'urgence... Ils savaient des trucs utiles. Il faut bien reconnaître qu'on les formait un peu sur le tas. Vous comprenez, le problème de la médecine c'est qu'une prison, c'est une cellule dans un étage, dans un quartier, dans un bâtiment, dans une prison. C'est une succession de prisons. Donc, la nuit les effectifs sont réduits et quand vous avez quelqu'un qui a une douleur, il tape à sa porte, parce qu'il n'y a aucun moyen moderne, il n'y a pas de sonnette, alors il réveille en général son étage. Le surveillant demande.



Il a interdiction d'ouvrir la porte à ce moment là. Il y a des consignes de sécurité qui sont importantes. Il faut qu'ils y aillent au moins à trois. Ensuite, ils vont voir la réalité. Ils vont demander au type ce qu'il a. Alors l'Administration voulait que le médecin se déplace aussi. On pouvait pas, étant donné les tarifs qui nous ont été donnés, c'était impossible d'aller en plus faire les urgences nocturnes. Donc c'était une association de médecins de quartiers qui y allait. En plus, on avait plus tard acquis une ambulance. Quand c'est une urgence qui est du genre un malaise diabétique, si quelqu'un voit les détenus il peut répondre, faire quelque chose si on lui dit comment faire par téléphone. Donc, il y avait toujours quelqu'un qui pouvait avoir accès aux fichiers médicaux. Autrement dit, dans la journée aussi, les surveillants dits infirmiers pouvaient intervenir pour l'urgence mais qui ne nécessitaient pas une extraction. En général, la nuit, on donnait les clefs de l'infirmerie à un premier surveillant à qui on disait : « Vous êtes astreint au secret professionnel ! ».

E.F : *Et à ce moment là, la médecine somatique ça représentait quoi ?*

D.G : La médecine somatique au début, ça représentait pas grand-chose. C'était une médecine de charité. C'étaient souvent des gens qui étaient là aussi engagés dans un processus religieux. C'était quelqu'un qui avait une croyance qui y allait. Ça faisait un peu pendant à la logique des visiteurs. Ils venaient pour voir, assister. Ils venaient avec leur propre matériel, leur marteau à réflexes. Ils distribuaient des médicaments classiques, comme l'aspirine. Quand je suis arrivé, deux médecins étaient déjà passés, il y a eu Hochmann qui exerçait en tant que généraliste, il y avait le Dr Pye qui était aussi psychiatre. Ce sont des médecins qui ne sont pas restés très longtemps car tout ce qu'ils faisaient allait contre la discipline. Ils voulaient des pièces pour être seuls avec leurs malades et la règle c'était : « Tout voir et tout entendre ». Ça a fait des clashes et moi, quand je suis arrivé, on voulait m'imposer, disait-on pour ma sécurité, la présence d'un surveillant. C'était inadmissible ! J'ai dit : « Non, non ». Alors, on m'a fait signé un document m'engageant à accepter d'avoir des gros dégâts. Je savais que c'était faux mais j'ai tout signé. Je ne vois pas pourquoi ils me sauteraient dessus. Je venais de l'hôpital psychiatrique, en plus, donc il y avait bien plus de raisons là bas pour que quelqu'un vous... Donc il n'y avait aucune raison que... D'autant plus que je savais bien que ce n'était pas pour moi. C'était pour que rien n'échappe à l'Administration. J'ai fait ça dès le début parce que sinon on m'aurait dit : « Mais vous l'avez bien fait pendant quelques temps, pourquoi.... ». Non. Alors, dès le début, j'ai demandé un appareil radio. Dès le début, j'ai demandé un tas d'examen qui ont été fabriqués. Plutôt que d'acheter un matériel, ils l'ont fabriqué avec des tubes qu'ils ont soudés. Rien ne pouvait être acheté dans un magasin pour un atelier médical.

E.F : *Parce qu'en 1967, l'infirmerie ça représentait quoi ?*

D.G : Ça représentait deux pièces. C'était le bâtiment H qui était le plus grand bâtiment. En face de l'entrée, vous avez le bâtiment H qui est avec des coursives. A gauche, au début, après les grilles d'entrée. Il y avait deux pièces. Une pièce pour les infirmières et une pièce pour le médecin. On avait enlevé la porte pour qu'on puisse tout entendre. J'avais demandé qu'on me donne un tensiomètre. Un truc minimaliste mais voilà quoi ! Et, il n'y avait pas, il n'y avait pas de chambre d'infirmerie. Alors quand quelqu'un n'allait pas bien, quelqu'un de contagieux par exemple, on avait mis une cellule qui était destinée à cela mais qui était à l'autre bout de la prison. Après, j'ai demandé à avoir plus de place. Par exemple pour faire les soins. On ne pouvait pas à la fois faire tout ce qui était administratif et puis faire les piqûres, pansements. Il y avait deux infirmières qui étaient braves mais qui étaient, elles aussi, dans le ronron de la prison. Elles n'avaient pas d'exigence. Par exemple, le surveillant venait, il voyait. Elle ne demandait pas de nouveaux médicaments aussi. Parce que le problème de la médecine pénitentiaire, c'est qu'elle était coupée du reste. A part nous, qui venions de l'extérieur. Mais quand les gens venaient dans une action charitable, ils n'avaient pas beaucoup d'exigences. Ils payaient de leur personne.

E.F : *Et par contre, il y avait des spécialistes qui venaient ?*

D.G : Ce qu'il faut dire, c'est qu'en même temps, il y avait un souterrain entre les deux prisons. Et, comme les communications étaient difficiles le temps que les gens passaient par les souterrains, il y a eu l'installation à Saint-Joseph d'un cabinet médical qui est toujours resté un petit cabinet médical. C'est là où était le Dr Mégard, qui lui était résistant. Il était résistant dans son coin. Résistant, à la pression de l'institution. Alors que les autres ont été expulsés. Ils sont tous partis soit d'eux-mêmes,

soit parce qu'on faisait pression sur eux. Il y avait aussi un couple Vermorel qui a été à Grenoble. Hochmann est resté comme consultant psychiatrique et il a fait des groupes d'alcooliques.

E.F : *Et les groupes de psychothérapie ?*

D.G : Oui je suis rentré [en prison] parce que j'avais une expérience de groupes. Je suis arrivé à la fois parce que je cherchais ma voie, et Colin avec qui je travaillais déjà comme assistant à l'hôpital, me disait : « Ça serait bien que vous travailliez en prison ». J'ai commencé au début avec Mme Buffard. J'étais là pour voir comment ça se passait.

E.F : *Quelles ont été les principales difficultés ?*

D.G : Alors la principale difficulté a été que les détenus viennent régulièrement. Alors ça pouvait venir du détenu lui-même. Parce qu'avant de faire le groupe on rencontrait individuellement les détenus qui s'étaient présentés. Il expliquait ses motivations. Il acceptait mais parfois c'était contraignant. Ça venait alors qu'il avait un parloir. Ça pouvait venir du détenu dont la structure psychique empêchait l'engagement. Et puis l'Administration pénitentiaire qui disait : « Oui mais... Il est dangereux... Donc, on le re-convoque pas, on ne veut pas qu'il y aille... ». Il y avait le fait aussi que les groupes n'étaient pas très bien acceptés pour les raisons que je vous disais, à savoir : « Ça se fait dans le plus grand des secrets. On ne peut pas les voir, etc. ». Un jour... On avait donc une pièce, c'était une petite pièce. Et à l'Annexe, il y avait une pièce un peu plus grande mais le seul problème c'est que la porte était comme ça [indique la porte, assez massive de son bureau]. Enfin, plus solide que ça. Et, un jour on a eu la surprise de voir qu'ils avaient fait régulièrement des trous, comme pour un timbre, pour entendre et pour voir. Et c'était le groupe de Mme Buffard. Ça avait été à la fois pittoresque si vous voulez de trouer la porte, et c'était un signe aussi que c'était inaccepté. On a réussi à remettre la porte normalement. Ça a un aspect un peu burlesque tout cela.

E.F : *Et l'Administration vous demandait des résultats ?*

D.G : Oui, eux ce qu'ils voulaient en somme c'est que les agités le soient plus, que les violents le soient plus... En clair, que nous contribuions à la tranquillité de la prison ! La prison est contente quand il ne se passe rien ! Quand il n'y pas de mouvements, pas de cris, rien du tout... C'est l'idéal ! C'est pour cela que le médicament est très bien vu. Si on écoutait l'Administration pénitentiaire les psychotropes seraient... on assommerait tout le monde. C'est l'idéal.

E.F : *Et comment ça se passait concrètement ? Vous aviez des réunions avec la direction de l'établissement ?*

D.G : On avait dû présenter notre projet. Assurer qu'on avait bien les diplômes. Il fallait qu'on puisse se référer à des expériences qui avaient été faites ailleurs. Ensuite, il fallait qu'on ait des responsabilités. S'il se passait quelque chose avec les détenus. Il y avait entre sept et dix détenus. Moi, j'avais fait des groupes thérapeutiques avec des psychotiques, donc bon... Et puis surtout combien de temps ça durait, quels étaient les résultats espérés, etc. Et quand on disait que c'était des résultats sur la structuration de la personne, notamment au niveau de la loi... Ce qui était embêtant en prison c'est que la loi en prison n'est jamais respectée. Donc, il fallait les rassurer et donc on les revoyait régulièrement pour leur dire voilà comment... Alors bien sûr, on ne leur disait jamais rien de façon individuelle mais on disait globalement comment ça se passait. Voilà. « Combien de temps vous pensez continuer encore ? ». Alors, on était obligé de donner des délais parce que sinon on savait bien que... Alors que dans les groupes on peut être moins ric-rac sur les délais.

E.F : *Des fois, vous aviez des questions plus précises sur des détenus ?*

D.G : Ah oui, toujours, toujours, toujours ! « Mais lui, qu'est ce que vous en pensez ? Vous comprenez l'autre jour il a agressé son voisin alors qu'il revenait de son groupe... ». Alors de façon prudente ils nous disaient : « Est-ce que vous auriez pu prévoir ? Nous prévenir ? ». Alors, il m'est arrivé quand même de dire à certains chefs de bâtiment que je trouvais que untel était très énervé et qu'il fallait faire attention, mais attention à lui ou le changer de cellule. Pour donner un peu de grain à moudre... Mais dans la prudence quand même, jamais dans le constat d'une aggravation ou de la découverte d'une perversion. On a eu des directeurs très bien qui d'ailleurs changeaient l'atmosphère de la prison.

E.F : *Vous utilisiez des dossiers médicaux ?*

D.G : Non, avec les groupes je ne faisais aucune fiche. Je faisais pour moi des résumés des séances. On se contrôlait les uns les autres, avec Hochman, avec Buffard.

E.F : *Vous consultiez par contre le dossier pénal des détenus ?*

D.G : Non, je me suis toujours refusé à les consulter. Parce que je voulais voir le détenu comme il était. Parce que le dossier pénal, ça vous fait une espèce d'obstruction. Y en a qui m'étaient horriblement antipathiques. Quand ils ont été condamnés pour atteinte sur des enfants... Mais quand on a un regard préalable, on ne peut plus aller au-delà. L'alcoolique, le pédophile, le meurtrier à répétition... c'est des types, on ne va pas pouvoir en sortir [...] Donc mon principe, d'ailleurs comme pour les expertises, je vois le minimum de choses avant. Après quand j'ai élaboré des trucs je peux mieux lire ce qui a été fait.

E.F : *Et par contre vous observiez quels effets sur les gens participant à cette psychothérapie de groupe ?*

D.G : Ben souvent, ce que ça changeait c'était la vision de leur existence. Ça leur permettait une critique de leur passé et puis surtout, c'était une interrogation sur l'avenir. « Qu'est ce que je vais faire ? ». C'était souvent, ce qui était le rôle, c'était pas de leur dire qu'ils avaient mal fait mais : « Qu'est ce qu'il est possible de faire ? ».

E.F : *Est-ce que des fois ils vous parlaient de considérations plus liées à la détention ?*

D.G : Ah oui, au début c'est une protestation. C'est un temps de protestation tous azimuts. « Ce sont tous des salops ! La bouffe est dégueulasse ! ». Ce qui n'est pas vrai mais pas forcément faux. Cela montre bien qu'on est dans un état de révolte. C'est un temps où une révolte peut-être entendue ce qui n'est d'habitude jamais le cas en prison. Et puis vous avez la technique pour le comprendre. Ce qui permet à la fois de le dire et puis de le dire différemment, avec moins de cris, avec moins de violence verbale. Et puis dans un groupe, ce qui est intéressant, c'est qu'il y en a d'autres qui peuvent atténuer le constat ou qui peuvent avoir un autre regard.

E.F : *Vous acceptiez d'en discuter avec eux ?*

D.G : Ah oui, bien sûr ! Ça m'avait permis de faire l'expérience sur le temps. Parce qu'à l'époque il n'y avait pas de montres [...] « Vous nous gardez qu'une heure, etc. ». Je pense que la notion de temps est extrêmement difficile. Et j'avais fait l'expérience une fois. J'avais commencé à une heure et j'avais fini à six heures. Et ils ont constaté que... J'ai fait cette expérience avec eux qui était essentielle.

E.F : *De ces différents aspects de la vie vous en discutiez après avec la direction de l'établissement ?*

D.G : Oui. Par exemple, pour les douches... Alors, là les douches, ça a été... ça a été à partir du groupe et puis à partir des gens. Et l'Administration disait : « Oui, ils démontent les pommeaux de douches ! ». C'est vrai qu'il y a du vandalisme en prison comme ailleurs mais enfin, il y avait aussi des trucs dégueulasses. En général, les revendications c'était l'hygiène. Y avaient des quartiers où il y avait des W.C mais il y a des quartiers où vous aviez des tinettes que vous alliez vider. En 80, vous vous rendez compte, encore... Un lavabo pour quatre dans une cellule. L'hygiène, l'alimentation. Puisqu'on parle de Saint-Paul, c'est qu'on aurait pu dire que tous les services étaient à Saint-Joseph comme les cuisines et le lavage. Et alors, quand j'étais médecin de la Pénitenciaire, je devais faire un rapport sur les cuisines. Et c'étaient des horreurs ! Y avait un ascenseur dans les cuisines, y avait une telle humidité, que des champignons poussaient autour de l'ascenseur. C'était ahurissant. Il y avait des huiles qui venaient se réfugier dans le fond plafonds et il tombait des gouttes.... Grâce à ces rapports, il y avait de temps en temps une inspection dont les conclusions étaient les mêmes que les miennes. Mais en gros, ça faisait pas grand-chose.

E.F : *Et vous reportiez certaines revendications du groupe auprès de la direction de l'établissement ?*

D.G : Bien sûr ! Bien sûr ! Puisqu'on en parlait. Je ne citais personne bien sûr. Et comme je faisais plusieurs groupes, ce n'était pas simplement l'expression de huit ou dix personnes mais disons d'une trentaine. Donc, c'étaient les soins, l'hygiène, la nourriture, le bruit, le chauffage. Dans les années soixante-dix, on avait souvent treize degrés. On ne gelait pas mais c'était pas beaucoup ! [...] Y a eu

quelques améliorations mais.... C'était impossible. Y avaient des populations de rats dans les sous-sols. Y avaient des cellules dans les sous-sols de Saint-Paul qui étaient régulièrement inondées.

E.F : *Et quand vous reportiez ces revendications, est ce que vous n'aviez pas l'impression d'outrepasser votre rôle de thérapeute ?*

D.G : Si, si, j'avais l'impression. Mais je le faisais quand même. Parce que vous ne pouvez pas rester devant ce truc sans rien dire! Oui vous avez tout à fait raison. Je n'aurai jamais fait ça en dehors de la prison. Mais ce qui me donnait une justification, c'est qu'ils me disaient toujours qu'il fallait qu'il y ait des résultats et je leur disais : « Voilà ça se passe bien... mais entre parenthèses j'ai aussi appris que... ». Voilà. C'était un peu une négociation comme ça. Ce qu'ils attendaient toujours, c'est que le détenu soit... ils avaient l'impression que c'était une expression violente qui allait les expurger de toute leur violence, leur revendication, leur mauvais caractère...

E.F : *Et ce n'était pas le cas ?*

D.G : [sourir] Non, parce que... vous ne sanctionnez pas. Il est vrai que la violence prenait une autre forme. Ça prenait une forme moins violente. Je me rappelle des révoltes à la prison dans les années soixante-dix. Je me rappelle que certains avaient pu participer à nos groupes et avaient pu faire des revendications vraiment syndicales, qui n'étaient pas seulement pour dire les douches etc. mais pour dire aussi tous les rapports avec les magistrats. C'était la première fois que les magistrats étaient mis en cause... et avec juste raison [...] Alors, y a eu des revendications qui ont été beaucoup plus... élaborées. Plus en rapport avec la vie, pas seulement carcérale, mais avec la vie de celui qui était mis en examen. Et donc ils ont pu montrer que la prison leur paraissait une poubelle dans laquelle il n'y avait pas de communication avec l'extérieur.

E.F : *Et vous pensez que la psychothérapie a pu aider à cela ?*

D.G : Ah oui ! Elle permettait d'élaborer. Ça leur permettait, puisque la finalité au bout d'un moment n'était plus seulement d'exhaler la violence en eux, c'était aussi de poursuivre un travail de recherche sur qu'est ce qui n'allait pas. Donc, ils parlaient de leur famille, du sexe, du fait de ne plus voir leurs enfants. C'était cela le premier travail du groupe. Ça devenait une réflexion, une réflexion revendicative mais une réflexion... Et qui avait beaucoup plus de poids. Moi, j'avais été frappé par l'élaboration, au moment des révoltes, de gens qui étaient très... Je me rappelle j'allais les voir avec [Pierre] Truche et je me souviens d'un matin, on avait vu un papier et on s'était dit que c'était pas mal. C'était dans un style qui était tout à fait lisible, qui pouvait être entendu par un politique, par un Giscard d'Estaing qui était à côté de la plaque.

E.F : *Et au fur et à mesure de la psychothérapie, au niveau comportemental...*

D.G : Ils se respectaient plus les uns les autres par exemple. On pouvait constater qu'ils se coupaient moins la parole. Ou que l'intervention qui venait tenait davantage compte de ce qui avait été dit avant. C'est-à-dire que le propos était nourri de ce qu'ils avaient entendu. Et ça, ça changeait assez vite [...]

E.F : *Cette expérience recevait quel accueil des milieux criminologiques ?*

D.G : Ben à ce moment là, on avait une position dominante en criminologie. Si vous voulez, c'était un de nos lieux d'exercice clinique. On s'est jamais autorisé à faire des exposés de cas sans les avoir vus. La majorité sont souvent démunis d'expérience clinique. Pourquoi on avait fait ces groupes de psychothérapie ? A cause de notre expérience en médecine légale, à cause de notre position à l'urgence, à l'hôpital psychiatrique et à la prison. C'était quelque chose d'original. On était tous experts. A tel point qu'on rencontrait souvent les mêmes personnages dans les différents lieux. On avait souvent un patient de la prison, qu'on revoyait à l'urgence quand il était sorti, pour un geste suicidaire par exemple. On pouvait aussi le rencontrer en psychiatrie. Et avec Colin, nous avons fondé un service pour les migrants. C'était la même chose après avec tous les services avec le FLN. Dans les années cinquante, au moment de la guerre d'Algérie, y avait un gros mouvement migratoire de main d'œuvre. Y avait le début des Sonacotra mais ça restait insuffisant. Après, ils se sont multipliés et il y a eu un foyer important à la Part-Dieu dans les anciennes casernes du « PP » c'est-à-dire l'ancien régiment de cavalerie. Ça a son importance parce que ça occupait un très gros territoire dans ce quartier. Dans la caserne, ça a été un envahissement progressif et les autorités ont laissé faire. Et dans

les écuries, on pouvait mettre des lits les uns en face des autres. Au début, on disait il y avait 1000 à 1500 travailleurs. Et ce que Colin avait vu, c'est que dans les consultations... l'urgence n'existait pas encore... On voyait dans les consultations hospitalières des gens avec des tuberculoses, des blessures par armes blanches et tous ces gens venaient de la Part-Dieu. Et il s'est dit : « Plutôt que de soigner à l'hôpital, il faudrait soigner sur place ». Donc, il a monté une infirmerie et il m'a demandé de faire des consultations, en plus, comme à la prison. Et on a travaillé dans ce caravansérail où devaient loger 3000 personnes. On a vu aussi que dans les foyers Sonacotra, il n'y avait pas de médecins. Donc on a essaimé comme ça. Et on a eu dans ce service jusqu'à douze dispensaires. Alors, après, on a été obligé de partir de la Part-Dieu et on s'est dit qu'il fallait qu'on trouve quelque chose dans le même quartier. J'ai pris la direction de cette structure qui était payée directement par la Sécurité sociale. Et il y a beaucoup de délinquants dans les transplantés et c'était un quartier uniquement de transplantés. Et qu'est qu'on a vu ? La délinquance qu'on voyait en prison. Donc, l'urgence, l'hôpital psychiatrique, la prison et puis le SMSTE. Donc ça formait un secteur technique, c'est-à-dire un secteur qui n'était pas défini par un territoire mais par ce qui s'y passait, par une marginalité et la délinquance, maladie mentale, toxicomanie, etc. C'étaient des relais. Moi, j'en ai connu beaucoup place du Pont [à Lyon], je les connais encore, qui me disaient : « Ah, si vous pouvez aller le visiter à la prison... ». J'allais à la prison, je le suivais à l'extérieur. J'ai fait des thérapies de couple à la sortie par exemple. Vous voyez, c'était un secteur comme ça, qui n'a jamais été officialisé.

E.F : *Vous ressentiez ce besoin de sortir de l'hôpital ?*

D.G : Oui. C'est pour cela que deux associations ont été créées. L'association pour l'urgence sociale. Parce qu'on s'est rendu compte que les gens venaient tout le temps. Et puis une association d'assistance aux adolescents, qui est en fait d'aide pour la toxicomanie. Puis, plus tard est venu un centre d'accompagnement en alcoologie. Tout cela, est venu du même endroit, de l'urgence [...] Cette idée, elle venait d'une constatation globale de gens qui travaillent. Tout le monde remarquait que c'était une impasse. Un marginal, il est plus que jamais dans l'urgence. Parce que les gens ne savent pas qu'en faire. Alors, la plupart des médecins étaient des psychiatres mais on a quand même étendu à des somaticiens.

E.F : *Y avait un lien avec l'association de criminologie ?*

D.G : Oui mais c'était ponctuel. Le groupe de criminologie, c'était l'urgence, la prison, le SMSTE et un peu l'hôpital psychiatrique ou certains de l'hôpital psychiatrique. On était un peu extensifs mais on ne monopolisait que ce qu'on créait. On a pas créé la prison mais on a créé toutes ces associations qui n'existaient pas avant. Y compris l'urgence qui n'existait pas avant.

E.F : *Et Georges Fully avait été un soutien pour vous quand vous avez monté ces groupes de psychothérapie ?*

D.G : Oui mais... Un soutien... Il était en butte à des tas de choses. Il était le premier au ministère. Il était exigeant. Jamais, le ministère de la Justice ne pensait qu'il aurait à s'occuper de la santé. Mais on était tous du ministère de la Justice et c'est ce à quoi on voulait échapper. On avait des relations assez amicales avec lui. Moi j'avais un passé qui était assez proche du sien. Et puis on avait un peu ce même côté social. Il nous a aidé, incontestablement mais il avait à fort à faire. Parce que je crois que c'était vraiment difficile pour lui.

E.F : *Et vous aviez participé à ce congrès de 1963 ?*

D.G : J'avais participé au départ à beaucoup de choses liées à l'Administration pénitentiaire. Parce qu'on avait de l'expérience et qu'on était plusieurs à travailler ensemble. On se supportait, je dirais, on entraînait les autres qui étaient tous seuls et qui avaient des difficultés. Nous, on était gâtés. Parce qu'on avait un groupe, on pouvait se référer les uns aux autres. Colin, Broussole ou moi, on était dans les mêmes actions. Alors, on a soutenu sans le vouloir beaucoup de médecins qui travaillaient isolément et qui avaient énormément de mal à résister aux pressions de l'Administration. On les a soutenu sans même le vouloir. Par exemple, en publiant. Ou en créant ces congrès de médecine pénitentiaire. Il faisait partie de nous, Fully, sans vraiment le dire et on l'a beaucoup soutenu. Et pour la première fois, les médecins pénitentiaires se sont vus et se sont rencontrés. Et même ça a été l'occasion de la création du syndicat des médecins pénitentiaires.

E.F : *Et quel était le but de ce premier congrès ?*

D.G : Ben le premier congrès, c'était de se faire exister. C'est-à-dire que jusqu'à présent il n'y avait pas la notion de « corps ». Les gens étaient recrutés individuellement, souvent c'était... Vous aviez quand vous faites des vacances comme ça, c'était que des vacances pratiquement. Il n'y avait pas de médecins titulaires. C'étaient des médecins isolés. Ce qui fait que la médecine pénitentiaire a commencé à exister du jour où tous ceux qui exerçaient en milieu pénitentiaire, officiellement, ont eu la possibilité de se retrouver dans ces congrès. Ça a permis de confronter nos expériences. Et pourquoi on a été à la tête de tout ça ? Parce qu'on était un groupe. Et puis un groupe qui étions universitaires. Moi, j'étais assistant puis j'étais maître de conférence par la suite. Colin était passé professeur. Hochmann restait avec nous mais avait eu un poste de psychiatre à l'hôpital. On pouvait être mis à la porte de la prison, ça n'aurait pas été une catastrophe pour nous. Moi, j'étais universitaire et praticien hospitalier à « P » et « N ».

E.F : *Et ça ne vous intéressait pas de travailler à l'hôpital psychiatrique ?*

D.G : Non, ça ne m'intéressait pas de travailler à l'hôpital psychiatrique. Moi, j'ai toujours vu la psychiatrie dans la vie. Autrement... C'est pour ça qu'après j'ai fait de la psychanalyse. Mais, par exemple, on m'avait demandé pourquoi j'avais pas passé les concours mais ça ne m'intéressait pas. Il faut dire que c'était avant la sectorisation parce que la sectorisation, c'était après 68. Donc, c'était encore l'hôpital fermé, avec des contraintes, avec des infirmiers qui étaient à part. Alors quand j'ai eu ma spécialisation de psychiatre, j'y ai été comme interne. J'ai vu à quoi ça ressemblait. Et je n'aurai pas aimé faire ma carrière là-bas. Je ne me voyais pas passer ma vie à ça. A la prison, je ne voulais pas y faire ma carrière non plus. Je faisais ça dans un but humanitaire. Y avait pas les ONG mais on a quand même fait un peu un travail d'ONG, notamment par rapport au FLN. Ça a été un regard sur. On peut pas dire : « La prison, on les met là-dedans et on s'en occupe plus ». Et puis en même temps, y avaient des gens qui étaient des soutiens du FLN et que nous connaissions. A ce moment là, Colin avait des amis qui étaient avocats et ces amis étaient pour la plupart de gauche. Ils faisaient beaucoup de choses ensemble. Ce qui fait que c'était tout un mouvement qui ne disait pas vraiment son nom mais c'était un mouvement de défense. On l'avait aussi averti parce que l'urgence est né à ce moment par des exigences qui n'étaient pas prises en compte. C'étaient des blessures, des fractures, tous les traumatismes divers, les suicidants, les troubles psychiques. Donc y avait un besoin. On était... militants... Je sais pas si on peut dire ça comme ça, pour être honnête avec vous, mais y avait quand même une dimension militante dans ce qu'on faisait.

E.F : *Vous avez eu des appartenances syndicales ou politiques ?*

D.G : Non. Je connais tous les responsables du PS mais je n'ai jamais pris ma carte. Alors quand j'étais jeune, j'étais à la JEC, enfin, des trucs dans ce goût là. Mais c'est peut-être le moment le plus engagé. C'était après la Libération... j'étais opposé aux communistes. J'ai fait médecine dans cette idée, dans une optique un peu militante. Ce sont des idées généreuses qu'on a à l'adolescence. Mais ce qui m'intéressait, c'était plus tout ce qui était mental, tout ce qui était de l'homme. Alors, la psychiatrie ne m'a jamais beaucoup intéressé. Elle m'a permis d'aller vers autre chose. Alors bon, j'ai fait de la psychiatrie dans l'urgence mais... C'est pour cela que la psychanalyse m'a beaucoup intéressé et notamment lacanienne parce que j'y ai retrouvé beaucoup de choses modernes, utiles. Alors, ça c'est fait à la fin... J'ai été au séminaire de Lacan à partir de 1959 et j'avais déjà suivi les cours d'Anzieu.

E.F : *Y avait une dimension militante pour vous aussi à travers la psychanalyse ?*

D.G : Oui y avait une dimension militante, une espèce de volonté d'abord de mettre au service du plus grand nombre et puis ce besoin de sortir d'une espèce d'élitisme. Et puis également de voir comment pouvait s'articuler l'analyse à quelque chose de plus humaniste, plus chrétien. C'était quelque chose qui était plus partagé par Colin mais moins par Hochman. Mme Buffard était socialiste et très laïque, je dirais. On était pas tous si vous voulez dans le même bain mais on était tous dans un humanisme, si ce mot veut dire quelque chose. On n'avait jamais de fortes oppositions. Autour de ce noyau, beaucoup de gens gravitaient. Roche était pas opposé. Il avait le sens de nous protéger grâce à ses appuis nationaux et quand on était menacé, il nous défendait. Par exemple, si on nous menaçait de

nous retirer l'entrée à la prison. On a eu comme ça des protections, c'était obligatoire [...] Mme Ezratty nous a bien soutenue.

## SECOND ENTRETIEN

E.F : *A un moment dans votre thèse [consacrée aux groupes de parole] vous parlez de la phase de maturité et vous évoquez une tentative d'élaboration des actions collectives notamment une tentative de grève....*

D.G : Oui c'était au moment de la prise de conscience d'un groupe qui pouvait faire quelque chose quoi ! Qui pouvait faire une revendication d'ensemble pour un intérêt commun... Ce qui est rare chez les détenus quoi ! Parce que la plupart du temps, les détenus peuvent beaucoup parler de leurs projets ou bien se prendre comme complices, mais souvent ce n'est pas une notion de groupe, avec des personnages à égalité qui défendent un projet de groupe et non pas un détenu qui impose son idée aux autres. C'était un vrai progrès. Et puis ça transformait un peu l'ambiance des cellules, où un des membres du groupe résidait. Y avait un autre discours, un autre regard sur la détention. C'est pour ça qu'on a pensé... C'était une sorte de socialisation possible. Ça combat un peu la désocialisation.

E.F : *Et la direction de l'établissement n'avait pas pris peur quand ils avaient vu émerger une action collective ?*

D.G : Alors oui. Ça a même été un obstacle. Parce que c'est comme quand il y a eu les révoltes à Saint-Paul. Ils avaient des revendications du type syndicaliste, ce qui était très étonnant. Moi, j'y ai vu un progrès important. Puisqu'il y avait un groupe, une communauté et puis il n'y avait pas simplement des revendications matérielles mais des revendications beaucoup plus larges sur le procès, la considération que les avocats, le juge d'instruction, le service médical pouvaient avoir pour les détenus. Y avaient des exigences qui n'auraient pas eu lieu avant. Qui étaient liées à la dignité humaine. Je ne dis pas que c'était le groupe qui a fait ça. Mais c'était la conjonction de plusieurs choses.

E.F : *Et est-ce que l'existence de ces groupes a été menacée ?*

D.G : Ah oui de façon récurrente. Soit parce que les détenus n'étaient pas prévenus. Soit parce que certains ne venaient plus car ils n'étaient plus libres ou parce que le groupe exaltait leurs revendications. Parce que notre but était de voir ce qui était possible de faire. Ce n'était pas magique le groupe. Alors, au bout de quelques séances la surveillance aurait voulu, mais sincèrement quoi, que l'attitude des détenus soit changée. Alors pour certains ça commençait très tôt mais la majorité il fallait plusieurs mois [...]

E.F : *Et à l'époque vous avez beaucoup publié sur cette question...*

D.G : Oui parce que nous étions les premiers. Il y avait le Dr Mathé à Melun. C'étaient des choses proches. C'était une nouveauté en France. Chacun avait des méthodes plus ou moins en rapport avec ce qu'il faisait avant. Ça pouvait être des groupes très classiques ou avec un apport psychanalytique plus ou moins important. On se réunissait à la société des prisons qui se réunissait à la chambre de cassation trois ou quatre fois par an. Il y avait beaucoup de magistrats, des travailleurs sociaux... Mais il y a beaucoup de magistrats qui s'intéressaient à qu'est ce qu'on peut faire pour que le détenu puisse changer. C'est pour ça que la société des prisons nous soutenait pour les groupes. Alors il y avait le Dr Hivert qui était membre de cette commission. Je ne pense pas qu'il ait fait des psychothérapies de groupes. Je ne pense pas. Je crois, mais c'est toujours... je crois qu'il était moins engagé dans les thérapies, dans tout ce qui était thérapeutique. Il me semble comme ça, sans le trahir, qu'il était moins engagé. Qu'il était plus traditionaliste.

E.F : *Parce que son Annexe était l'une des principales avec Lyon. Il y avait des échanges ?*

D.G : On a eu beaucoup de contacts avec La Santé. On avait des relations avec Antoine Lazarus au niveau de la société de médecine pénitentiaire. Hivert était ouvert à beaucoup de choses... Peut-être que... Il était ouvert à beaucoup de choses, il permettait à ce que beaucoup d'influences s'expriment comme ça. Mais il était peut-être moins engagé dans tout ce qui était psychothérapie. On avait, nous, une forme d'engagement qui était quasi-politique. Au même moment, on travaillait en psychanalyse. C'étaient des petites choses à l'époque puisque c'étaient des vacances. C'est sûr que c'est à La Santé

que s'est préfiguré un service médical. C'est eux qui ont eu des internes bien avant nous. Ce sont des internes qui n'avaient pas passé de concours bien entendu. Et c'étaient des transplantés qui avaient comme bénéfice d'avoir à la prison un domicile et leur nourriture. Ça a quand même donné quelque chose de particulier. Alors certains internes ont continué et sont devenus médecins. Mais ils n'ont fait tout le temps de leur médecine, ils ont été logés et nourris à la Santé. Alors, ça donnait quelque chose de particulier parce qu'ils étaient tout le temps là bas. Ça donnait à son service une certaine sécurité et l'Administration était satisfaite de toujours pouvoir avoir quelqu'un sous la main. On nous a toujours reproché de ne pas intervenir la nuit.

E.F : *Mais il y a eu un système d'internes qui a été adopté à Lyon ?*

D.G : Oui. Ils avaient un peu le statut de l'internat régional. Ceux qui avaient envie de rester à Lyon, parce que c'était ce type de motivation, ceux qui avaient une orientation un peu psychiatrique venaient et on les sélectionnait comme ça quoi. Ils ne faisaient pas les nuits et ne faisaient qu'une partie de la journée. Là, c'était autre chose. C'est comme s'ils s'étaient inscrits à l'internat régional. C'était pas du tout comme les premiers modèles d'internes à La Santé qui acceptaient de vivre à la prison. En général, c'est ceux que ça arrangeait parce qu'ils n'avaient pas de chambre à payer, pas de nourriture... C'était souvent sans rémunération mais ça en arrangeait pas mal qui étaient étrangers.

E.F : *Le Dr Hivert était quelqu'un pour une autonomisation de la psychiatrie par rapport à la médecine somatique ?*

D.G : Je crois qu'il était plutôt pour la séparation. Je crois que moi, aussi, j'étais pour la séparation. J'ai fait les deux. Si nous avons été dans la médecine pénitentiaire, c'est parce qu'on pouvait le faire car on avait un poste à l'extérieur et parce qu'on voulait faire quelque chose pour les détenus. On voulait que ce soit à la fois une vraie médecine et à la fois une médecine humaine, qui tenait compte du malade qui était souffrant dans toutes ses composantes.

E.F : *Et qu'est ce qui justifiait cette séparation à vos yeux ?*

D.G : C'était parce qu'on savait bien qu'il n'y aurait pas beaucoup de psychiatres qui feraient de la médecine générale et qu'il n'y aurait pas beaucoup de médecins généralistes qui pourraient faire de la psychiatrie. Et si on voulait donner un modèle médical, il fallait reproduire le modèle médical à l'extérieur, à savoir.... On a aussi un peu reproduit le modèle qu'on était en train d'établir à l'extérieur, à savoir les services d'urgence. Le service d'urgence a très vite comporté... En fait avant même de les ouvrir, on s'est rendu compte que l'urgence ne pourrait pas se passer de psychiatres. En fait aujourd'hui certains s'en passent mais c'est s'en passer avec difficulté. Alors, on avait vu que ça pouvait coexister au sein d'une même institution. Certes avec des difficultés mais on ne pouvait pas aller l'un sans l'autre. Celui qui est en petite réanimation, on y va mais avec l'accord de celui qui s'en occupe sur le plan somatique. Donc on avait à la fois ce modèle d'une configuration où on pouvait échanger les uns avec les autres, mais en même temps une séparation. Et puis après, l'hôpital psychiatrique ayant pris en charge les CMPR, on pouvait dire : « Ben voilà, y a déjà en prison, un service public qui est installé ». Puisque les médecins des hôpitaux psychiatriques gardent leur statut de l'hôpital psychiatrique.

E.F : *Avant que les CMPR existent, y avaient des liens entre psychiatres ?*

D.G : Nous on y allait bénévolement. Les groupes de psychothérapie collective qu'on a fait, c'était bénévole. Buffard, elle, avait un statut. C'était l'un des premiers statuts de psychologue à la prison. Et la direction avait accepté qu'il y ait une psychologue. C'était une révolution parce qu'à l'époque, ça va vous paraître bizarre, mais il n'y avait même pas de psychologue à l'hôpital. Alors qu'aujourd'hui il y en a dans tous les services. On ne savait pas cependant comment la rémunérer. Et finalement, on l'a payé avec l'indice qui correspondait au jardinier. Parce qu'à Lyon sur le béton on n'en avait pas besoin. Et donc ça l'amusait d'être considérée comme jardinière [tires] Autrement personne n'était payé. C'est bien d'ailleurs ce qui nous a permis de faire des choses. Si on avait dû attendre d'avoir des subventions. La Société des prisons participait aux charges mais c'était plus pour les frais que pour la rémunération des séances.

E.F : *Et par contre comment ces groupes de psychothérapie ont disparu ?*



D.G : Ils ont disparu parce qu'on a manqué de nouveaux psychothérapeutes. Parce que vous faites ça quelques années, comme je vous le disais gratuitement. C'est pas tellement la gratuité, mais on a tous acquis des charges d'enseignement ou hospitalières. Donc, ça devenait de plus en plus difficile. Pour moi, quand j'ai pris la médecine pénitentiaire, j'ai fini les groupes et voilà. Et étant donné qu'il n'y jamais vraiment eu d'officialisation, ça n'a pas créé des postes. Les psycho, à part Buffard, ne rentraient pas en prison. Il n'y avait pas encore de SMPR. Donc on a eu des succès d'estime en France comme à l'étranger. On a donc donné nos résultats au 5<sup>ème</sup> congrès de criminologie et ça a été l'acmé et presque la fin. Parce que ça s'épuise. Surtout en fonction de nos activités respectives [...] Et puis ça n'a jamais été entériné. Tout ce qui est psychothérapie n'est pas reconnu en prison. Les SMPR se sont organisés parce qu'ils sont dans la tradition de ce qui se fait en psychiatrie. Ils ont donné beaucoup de médicaments, à mon avis trop [rires] mais à l'hôpital psychiatrique, c'est pareil. A partir de ce moment là, les médicaments rendent les gens calmes, silencieux et ça arrange tout le monde. Alors que la psychothérapie... Parce qu'il n'y pas en prison cette volonté de faciliter le fonctionnement psychique. J'ai eu des difficultés inouïes à essayer de faire rentrer un psychanalyste en prison pour poursuivre une psychothérapie qui avait été commencée à l'extérieur. Moi, mon credo a toujours été de dire : « Certes la prison on ne peut pas en sortir mais tout le monde peut y rentrer ! ».

E.F : *Et à ce moment là, j'imagine que G. Fully devait vous appuyer ?*

D.G : Oui. On était pas toujours d'accord avec lui mais quand il y avait des activités entre guillemets révolutionnaires pour le milieu carcéral, il était d'accord. Et puis Fully c'était une révolution de résistances. On avait, nous aussi, cet esprit là. 62, la guerre d'Algérie. Personne n'était pour y rester. On était plutôt pour le FLN avec des partis de gauche qui avaient été emprisonnés pour soutien au FLN. Et puis progressivement cet esprit de résistance qui nous animait tous s'est considérablement émoussé.

E.F : *Et quelle était la position de Solange Troisier à l'égard de ces psychothérapies ?*

D.G : Elle était pas contre mais elle était ni contre, ni pour... Troisier, si ça flattait son ego c'est bien. On peut pas dire qu'elle ait été contre. Non. D'ailleurs elle venait souvent. Ça faisait pour elle un lieu d'action intéressant. Mais c'était plus politique. C'est plus la même chose que d'y croire et d'y participer. Elle, elle n'y participait pas. Elle n'avait jamais fait de choses semblables. Elle a pas été contre. On peut pas dire qu'elle nous a brimé mais elle a été d'une certaine façon dans le même sens que Fully mais c'était très politique. Ce qui a arrêté les choses, c'est le SMPR. Parce qu'à partir de ce moment là, c'était sous l'autorité d'un chef de service qui avait autorité sur tout ce qui se faisait. Ce qui changeait tout. On était pas contre. On n'avait pas pensé que ce qu'on avait fait ça serait comme l'Annexe mais on avait pensé que ça pourrait être une inclusion des services psychiatriques [...] Le recours au médicament, pour moi, ça n'est que ponctuel. On le voit bien d'ailleurs. Si vous devez prendre des médicaments toute votre détention, est ce que vous devez prendre des médicaments à votre libération ? Pour l'anecdote, lorsqu'au Vinatier, il y avait encore une sorte de ferme qui était une forme de sociothérapie [...] Y avait la récolte des choux, les gens étaient prêts de la nature, y avait cette idée que la nature était bonne. Et les cochons, on avait remarqué qu'ils dormaient toute la journée. Car on les nourrissait avec les déchets des cuisines où les malades jetaient leurs traitements [rires]

E.F : *En tant que généraliste, vous étiez confronté à une demande importante de médicaments de la part des détenus ?*

D.G : Oui mais ça dépend comment vous les recevez. S'ils sentent que vous êtes réticent, non pas pour les brimer mais parce que vous les considérez autrement, vous avez une autre considération de l'homme... Alors bien sûr, la détention n'est pas forcément bonne mais passez sa détention dans un état semi-comateux n'est pas forcément bon non plus. Alors quand vous êtes comme ça et que vous prenez du temps à les recevoir et que vous leur expliquez : « Je peux vous prescrire un somnifère mais ça va vous aliéner si vous le prenez trop longtemps ». Ça, ça se gère. Sachant bien quand même, qu'à partir du moment où il y avait un SMPR, la plupart des prescriptions étaient effectuées par eux. Moi en médecine, j'avais plutôt des gens qui.... Leur délit est un symptôme. C'est parce que leur délit est une socio-pathie... En partie du moins. Mais je limitais beaucoup les prescriptions. Comme je le faisais en même temps en urgence.

E.F : *Et il vous arrivait de refuser les demandes de psychotropes ?*

D.G : Ah oui. On retrouve ces demandes ailleurs par la suite. Les psychotropes majeurs, les neuroleptiques majeurs... Ah non, bien sûr. Mais bon à mon sens, c'est le médecin qui en décide avec l'accord du malade mais c'est pas le patient qui en décide, avec l'accord du médecin. On avait des réunions entre généralistes avec les infirmières et puis les gens du SMPR. Il faut dire qu'on est toujours à peu près entendu avec les médecins [Hésitant]. Ce qui était un peu gênant, c'était notre ancienneté en prison, ce qui nous rendait peut-être un peu plus orgueilleux. On s'y connaissait mieux qu'eux. Et puis ils étaient un peu les héritiers de ce qu'on avait fait donc c'était pas toujours simple... C'était des jalousies qui étaient larvées mais qui étaient pas toujours simples. Finalement, à la prison on avait pas simplement une relation médecins généralistes, en plus j'étais un faux médecin généraliste, et psychiatres mais il y avait un truc ancien... Alors ça c'est organisé mais ça n'a pas toujours été facile.

E.F : *Parce que concrètement, ça c'est traduit par quoi la création du CMPR ?*

D.G : Ça c'est traduit par un changement de personnel. C'est Colin qui avait choisi parmi les médecins des hôpitaux psychiatriques, le Dr Lamothe qui était à Bourg qui voulait venir à Lyon. Et c'est Colin qui lui a demandé. Il est venu à partir des CMPR. Tous ceux qui étaient là avant n'étaient pas payés pour cela. Et puis, il est apparu des infirmières psychiatriques, plus les surveillants... Donc y a eu toute organisation. En plus l'Administration leur a fourni les locaux mais tout le reste était de l'hôpital psychiatrique. Le matériel, le secrétariat, tout ça était fourni par l'hôpital psychiatrique. Il a fallu que Lamothe et son équipe fasse son trou parce qu'à la fois ils participent de l'hôpital et ils n'y sont pas beaucoup. Donc il a fallu qu'ils arrivent à se faire reconnaître dans cette sorte de spécialité qu'ils n'ont pas pris comme une surspécialité. C'était toujours de la psychiatrie mais dans un milieu particulier.

E.F : *Si j'ai bien compris, ce n'était pas pour vous une spécialité ?*

D.G : Non. Non. Il y a eu la politique de secteur. La sectorisation a permis de sortir de l'hôpital psychiatrique. Il y a eu beaucoup de choses comme ça. En même temps d'ailleurs, les psychiatres voulaient venir dans les services d'urgence. C'est là où avec nous ça n'a pas très bien marché. Parce qu'on était là, on était installé. Et nous, nous étions payés par les hospices civiles, nous ne dépendions pas du tout de l'hôpital psychiatrique. En leur disant tout de même que l'urgence psychiatrique était une spécialité. Tout ça pour vous dire que l'Annexe psychiatrique n'est pas apparue comme quelque chose d'exorbitant du fait de ce mouvement de sectorisation qui a fait qu'un grand nombre, je ne dirais pas tous, il y a eu un mouvement d'extériorisation. Ce qui fait que celui qui avait un service à l'extérieur n'apparaissait pas... La seule chose c'est que ça n'était pas sectorisé.

E.F : *Et vous, en tant que médecin généraliste quels pouvaient être les points de désaccord que vous pouviez avoir avec les psychiatres du CMPR ?*

D.G : Ben c'était en gros, la thérapie que je supportais mal... Enfin aussi importante. Je pense qu'il y avait surdosage à cause de la condition pénitentiaire. Sur ça, on n'était pas d'accord. Parce que je trouvais... Surtout je recevais des gens qui étaient traités par le CMPR et je voyais qu'avant c'était un peu moins. Et puis je constatais des troubles dus à ces excès. Et puis je pensais qu'on ratait des choses. J'avais aussi ce passé des groupes, donc voilà ! A la fois, je trouvais que c'était une avancée mais que j'avais espérée que ça aurait fait évoluer la prison. Je peux dire que ça a rien changé. J'espérais que ça humaniserait plus la prison. Alors ça n'a pas été seulement le fait de ceux qui sont venus, c'est aussi qu'ils ont été littéralement assaillis par la demande, par le nombre de malades à suivre. Et puis par une psychiatrisation de la prison. [...]

E.F : *Au niveau de la préservation du secret médical, le CMPR...*

D.G : Pour eux c'était plus simple. Et puis c'est par comme la médecine générale parce que pour eux, il n'y pas d'urgence. Tandis que pour la médecine générale, on peut nous dire : « Oui mais si on a besoin, il faut qu'on sache tout sur lui ! ». C'étaient pour des tas de raisons comme ça. En fait, il ne peut pas y avoir de secret pour les autorités pénitentiaires. Il faut que tout soit connu tout le temps. C'est un des principes, contre lequel j'ai résisté bien évidemment. Je crois que la psychiatrie avait moins de raisons que le secret soit pas respecté. Là, l'avantage à Lyon c'est qu'on était un groupe.

E.F : *Et c'était quelle forme de résistance ?*

D.G : Ou le secret a été le plus difficile à respecter, ça a été avec Barbie. Ça a été très difficile. Bon, Barbie a sans doute été le personnage le plus marqué. Donc tout ce qui était de lui, ce qui était dans son dossier médical attirait. Ça pouvait se vendre... Donc, je m'étais dit que si je le laissais parmi les dossiers des autres, on allait pouvoir forcer une serrure ou avoir une clé... Et comme on me disait en même temps qu'il fallait le suivre la nuit, parce qu'il fallait absolument le garder en vie... J'ai passé une convention avec la direction qui faisait que son dossier était placé dans un carré avec une vitre. Ce qui faisait qu'on devait casser la vitre si on devait y avoir accès en urgence, ce qui serait justifié par un médecin de SOS Médecins.... Ce qui fait qu'on n'a jamais cassé la vitre ! Je vous dis ça parce que ça schématise bien la place du secret médical en prison. Alors pour la nuit on avait élaboré un système mais si quelque chose s'ébruitait. On leur faisait signer un papier comme quoi ils étaient, en tant qu'auxiliaires de santé, soumis au secret professionnel. Ce qui est exact. Souvent c'étaient des gars célèbres. C'était pas pour savoir. C'était pour vendre aux journalistes. Mais c'est un problème qui est intéressant qui montre bien que quand vous êtes détenu, vous n'avez plus rien à vous.

E.F : *Et au niveau de l'épidémie de VIH, ça a dû prendre une dimension...*

D.G : Alors là, c'était justifié pour la protection des surveillants. Y a eu des peurs incroyables. A tel point... Y a eu des gendarmes qui devaient emmener en Cour d'assises un détenu. Ils n'ont jamais voulu. A tel point que j'ai organisé des conférences et des films où on voit le virus au microscope électronique. Souvent je venais ou quelqu'un de l'infirmerie pour venir répondre aux questions. Puis par la suite qu'un du service du Pr Trepos est venu à la prison. Ça a été assez bien parce qu'on a pris leur demande en considération. On a d'autant moins rigolé qu'on était pas sûr de savoir comment ça se passait. Ce qui m'avait permis de demander des préservatifs et ça a été des réactions du genre : « Comment ! Vous pouvez penser qu'il y a de l'homosexualité dans la prison ! » [...] Alors ça a été aigu parce que ça ouvrait sur les pratiques et sur les abus sexuels entre détenus. Ce qui fait que j'ai eu des préservatifs par des laboratoires et par des associations de lutte contre le VIH. Ça a été extrêmement difficile. C'était pourtant une lutte.

E.F : *Et par contre en cas d'agression d'un surveillant par un détenu...*

D.G : Ah oui c'était souvent ça. Alors, c'est vrai que pour le surveillant c'est extrêmement angoissant [baisse la voix] Il vous donnait un coup de fourchette. C'était une petite blessure mais... Alors bon avec analyses, attendre trois mois... ça a été très très difficile. Ça a été une période très difficile le VIH [...] Et puis, il a fallu les traiter. A un moment où on avait pas de trithérapie. C'était l'interféron. Il a fallu s'accorder avec les laboratoires. Alors c'était aussi pratique parce que ça permettait de savoir mais on a eu aucune, aucune subvention pour faire des études. Oui ça permettait aux laboratoires de savoir. Par exemple avec l'Interféron, ça leur permettait de savoir quels étaient les résultats. C'était intéressant mais les laboratoires voulaient savoir leur efficacité. Or, on avait aucun moyen de faire puisque tout argent nous était refusé. Alors les laboratoires voulaient bien payer mais ils disaient : « Il faut que ce soit quelqu'un de chez nous qui y aille ». Et le résultat, c'est que je me suis entendu... avec un laboratoire d'ici, pour qu'ils analysent. Mais on a fait ça dans la plus grande irrégularité. C'est-à-dire qu'on a fait des prélèvements sanguins, etc. Qu'on a envoyés au labo... ce qui était quand même. Donc on a été obligé de faire des analyses qui intéressaient les laboratoires universitaires parce que ça leur permettait de publier et la prison c'était quand même l'essentiel parce qu'on voyait quand même beaucoup de détenus, de par leur vie antérieure, leur toxicomanie notamment... On risquait de trouver plus de VIH qu'ailleurs.

E.F : *Mais ces traitements vous étaient offerts ?*

D.G : C'étaient des traitements qui nous étaient offerts. Mais c'était pas gratuitement. C'était offert pour l'expérimentation. Alors, c'était pas une expérimentation qui risquait de mettre la santé de l'individu. Au pire, ça risque de ne rien faire. Et au départ, ça a été comme ça. Mais il fallait que nous sachions, si ça modifiait quelque chose. C'était très tôt tout cela. Parce que ça a été un problème aigu. C'était inimaginable [...]

E.F : *Ça se manifestait comment dans l'atmosphère de la détention ?*

D.G : C'était devenu une crainte pour tout le monde. C'était en santé que c'était le moins aigu parce qu'on avait quand même tous été dans des conférences. Moi, j'ai été très vite chez les infectiologues à quoi ça ressemblait. Ça nous a permis d'informer les infirmières et puis ça nous a servi à rassurer les surveillants qui étaient toujours là à nous demander. Et là vient le problème du secret : est ce qu'on peut ne pas dire ceux qui sont atteints du VIH ? Difficile. Et le directeur avait affaire à des mouvements syndicalistes disant : « On ne peut pas y aller si on ne sait pas ! ». Alors, il y a eu des compromis. Mais ça a été une grosse attitude qui était bien plus importante en prison qu'à l'extérieur. Parce que les conditions de vie et les mœurs favorisaient la transmission. Heureusement, ça ne s'est pas passé comme ça. Y a eu moins de cas qu'on pensait. Quand on demandait un médicament qui n'était pas autorisé, si on justifiait bien, l'administration acceptait. On peut pas dire que la prison ait refusé les médicaments. Ce qu'ils ont refusé, au début, c'est la détection, les tests de dépistage parce que ça faisait beaucoup d'argent. En plus, y avait la question de savoir si on pouvait imposer le test. Parce que quand on leur demandait presque tous refusaient. On se disait quand même que ça pouvait faire courir de gros risques. Mais ça soulevait de gros problèmes éthiques [...]

E.F : *Et ces premiers cas, est ce que ces détenus ont été isolés ?*

D.G : La majorité a été isolée au départ. Seulement la prison a toujours manqué de places. Alors ça devenait des problèmes un peu difficile parce que ça faisait qu'on concentrait un peu les autres détenus. Donc ça a quand même posé beaucoup de problèmes justement. Ça a duré quelques mois. Tant qu'il n'y en a pas eu trop. Mais encore une fois on pensait qu'il y allait en avoir beaucoup plus. Les laboratoires nous disaient : « Vous allez être le lieu idéal pour l'étudier puisque vous avez forcément des toxicomanes ». Alors, notre connaissance à l'urgence nous a bien aidé aussi. C'était une période très... pionnière quoi. C'est pour ça quand on parle du sang contaminé, moi je me dis quand même qu'on ne savait pas bien. Moi, j'avais comme politique d'être extrême, ne sachant pas, il valait mieux isoler, il valait mieux se servir d'instruments qui ne seraient que pour eux. C'est pour ça que ça faisait un peu médecine de brousse. Et puis avec une administration qui avait de la peine à suivre. On avait un dépistage de la syphilis, on avait des vacations d'infirmières pour ça, alors qu'on en trouver un cas qui le plus souvent était archi-connu. Tandis qu'on ne pouvait pas avoir un dépistage systématique, ou tout au moins en faire un certain nombre. Parce que rien n'était prévu. Et là c'était vraiment la prison qui rame. Parce que quand elle devait s'adapter.

E.F : *Vous vous rappelez quand les dépistages ont été proposés ?*

D.G : Ben ils ont été proposés au moins trois ans après. C'était le service du Pr Trépos. Il s'occupait des hépatites et donc il avait tous les toxicomanes. Donc il s'est occupé des gens qui avaient le VIH. Donc est venu quelqu'un qui s'occupait des détenus. Il ne dépendait pas de la Pénitenciaire ce qui était positif. Il s'y connaissait plus que nous, il avait avec lui un service hospitalier qui était celui qui s'y connaissait le mieux. Et puis il pouvait répondre à nos besoins de traitement. Le Dr Barlet avait beaucoup œuvré avec les laboratoires. Mais c'était toujours dans cette espèce d'expérimentation.

E.F : *Et ça n'a pas été trop difficile d'obtenir l'intervention de son service ?*

D.G : Non, ça, ça a été plutôt facile. Parce que ça les dédouanait. A partir de ce moment là, ça ne relevait plus de l'Administration pénitentiaire. Le service du Dr Trépos est intervenu facilement aussi. Ça les intéressait. A tel point que celui qui venait s'est intéressé à la médecine pénitentiaire un peu. Il dirige maintenant le service de médecine pénitentiaire de Lyon Sud. Par ce biais là, il est rentré en prison, il a continué à avoir des liens avec le service de médecine pénitentiaire et il a pris la suite de Barlet. Son expérience était très centré sur l'infectiologie mais comme le service de médecine pénitentiaire est un service de médecine... Bien qu'on ait voulu en faire plus que ça ! Barlet était aussi psychiatre donc ça nous apparaissait de voir les gens qui ont des troubles en même temps. Ou quelles sont les conséquences d'une maladie grave en prison. C'est un trouble, ça, qui est difficile. Donc il nous semblait plus intéressant qu'il y ait un côté psychiatrique. Et moi, je n'ai pas été enthousiaste quand il a pris la suite de Barlet. Mais on ne pouvait plus trouver de psychiatre acceptant de faire de la médecine générale. Mais on aurait aimé qu'il ait une composante plus « psy » [...]

E.F : *Et au niveau du service du Pr Trepos, vous me disiez qu'il avait été assez favorable ?*

D.G : Oui parce qu'à ce moment là on pensait que le milieu pénitentiaire serait un milieu infecté. Trépos qui est spécialiste de tous ces trucs a été conduit... Il était dans tout ce qui était hépatites, et il a été conduit à s'intéresser au VIH et donc logiquement, c'est nous qui avons été le trouver bien sûr c'est pas lui qui... On lui en a parlé et il été un peu comme nous. Mais je vous dis bien on a sans doute extrapolé, ça n'a pas été aussi grave qu'on pouvait le penser. Parce qu'au début ça s'est traduit par de l'affolement. Les détenus ne voulaient plus intervenir. On leur disait : « Ils sont peut-être contagieux mais on ne peut pas le détecter. Même s'ils sont négatifs aujourd'hui, ils seront peut-être positifs dans trois mois ». Donc à l'époque c'était intolérable.

E.F : *À l'époque vous parliez de contagion ?*

D.G : Ben oui. « Il sont contagieux. Il ne faut surtout pas les approcher » [...] Souvent quand même quand y avait un risque pour... Ben on disait : « Y a un risque pour le surveillant ! » [baisse le ton] On était bien obligé. On pouvait pas.... A partir du moment... Votre secret est levé à partir du moment où ça concerne quelqu'un d'autre. Si c'était simplement pour savoir qu'un tel est contaminé. Tandis que si vous faites courir un risque à quelqu'un d'autre... Personne ne vous soutiendrait dans la défense du secret médical. Le secret doit toujours profiter à celui qui en est porteur et à ceux qui en auraient les conséquences. Moi dans les expertises, j'en ai quand même beaucoup vu qui avaient le VIH parce qu'ils avaient des rapports sexuels sans protection... Ils ont contaminé toute une série de femmes. J'ai eu toute une série de cas comme cela. Alors l'expertise, vous savez, elle est partielle mais tout ce qui peut... Même si ça concerne autre chose. Là, quand vous voyez que quelqu'un n'a aucun contrôle de lui et qu'il s'en fout, vous le mettez, même si ça n'a aucun rapport avec ce pourquoi il est condamnable. Le secret médical il faut s'en servir de façon intelligente. Ce n'est pas un secret dans l'absolu.

### **TROISIEME ENTRETIEN**

E.F : *Vous m'aviez parlé du passé du Dr Fully et vous m'aviez dit que vous aviez des points communs ?*

D.G : On avait des points communs parce que, comme je vous le disais, pendant la guerre j'avais fait des liaisons comme ça mais je n'ai jamais été arrêté. On avait des idées communes. Il avait des idées de gauche et ce qui se manifestait assez nettement quand le FLN a pris du poids en Algérie et c'est pour ça qu'il avait milité, enfin d'une façon... sans provocations, il avait essayé de défendre les droits de l'homme pendant le FLN. Je crois que Marcel Colin était un chrétien militant. Il avait toujours milité aussi dans les associations étudiantes, pendant sa médecine, il avait gardé des liens avec d'autres étudiants en droit en particulier. Je sais qu'il a beaucoup participé à la distribution de ce journal qui n'était pas autorisé [*Témoignage Chrétien*] [...] Fully était un gaulliste de gauche. Il était gaulliste et dans le fond, il aurait été gaulliste même pour l'Algérie. Il était persuadé que l'indépendance était nécessaire et de toute façon inévitable. Fully était gaulliste parce qu'il était résistant. Il aurait en effet été pu FTP ou communiste. Moi, j'étais peu gaulliste par rapport à lui mais bon [...]

E.F : *On avait commencé à parler du premier congrès de 1963 où était apparue cette idée de médecine pénitentiaire ?*

D.G : Oui parce que la médecine pénitentiaire, c'était une médecine qui n'était pas connue. Elle n'était pas connue des médecins en particulier. C'était souvent des individualités qui faisaient des actions charitables, qui étaient parfois chrétiens. Ça faisait partie de la visite aux prisons. La plupart du temps, c'était gratuit. C'était une tradition soit familiale, soit dans un groupement idéologique ou religieux. On peut dire que c'est au moment où il y a eu tous ces emprisonnements après la guerre... Il y a eu des réflexions importantes des médecins et magistrats qui étaient entrés en prison [...] Amor a beaucoup dit ce que c'était la prison, ce que c'était que l'enfermement, qu'on ne pouvait pas récupérer des criminels en les traitant comme ça. Y a eu tout un rapport sur les conditions et matérielle et morales des prisons. Et notamment au niveau de la prise en charge médicale. Pendant la guerre ça a été lamentable. Les médecins signaient souvent des certificats de décès. Et ça a révélé cet état. Il a fallu quinze ans ou dix ans pour que ça se révèle, que des gens dans la hiérarchie judiciaire ont pu faire connaître leur lutte.

E.F : *Et en 63 ?*

D.G : Alors en 63, déjà il y a quelqu'un qui avait été nommé au ministère pour s'occuper... Parce qu'avant c'étaient des contrats locaux. Vous étiez engagé par la prison mais si vous aviez dit travailler pour le ministère de la Justice, ça aurait paru abusif pratiquement. Et vous étiez forcément isolé dans la prison. Ce qu'il y a de particulier, c'est qu'il y avait un peu dans toutes les grandes villes un médecin sur ce mode là, avec des statuts différents. Certains avaient des indemnités, certains avaient de l'importance. Il y avait des contrats entre prisons et hôpital par exemple. Il y avait une diversité des situations médicales très importante et, surtout, aucune connaissance des uns des autres. Personne... Moi, ce qui m'avait frappé, en 63, j'avais pas encore exercé en tant que médecin pénitentiaire, mais ce qui m'avait frappé c'est que personne ne s'était bien intéressé au travail de l'autre. Y a toujours eu un travail individualisé. Y avaient toujours des réticences à passer ses dossiers médicaux à d'autres. On était très individualiste. Alors en 63, ça a été un début. Mais on a vu qu'il y a des gens qui existaient et qui étaient archi-contents de trouver qu'il y en avait d'autres qui existaient, auxquels ils n'avaient jamais pensé, et surtout quand on a exposé nos situations... Alors, c'était pas scientifique. C'était du genre, je m'en rappellerai toujours : « Moi j'ai pas une pièce où je peux examiner quelqu'un parce que je suis obligé d'ouvrir la porte pour que la table d'examen puisse être mise ». Il avait les pieds dans le couloir [Rires] C'était des trucs comme ça. Et puis beaucoup disaient : « Comment les examiner alors qu'on a un surveillant à côté de soi ». etc., etc. Alors ça montrait aussi des non-exigences de la part de médecins qui acceptaient cette médiocrité pénitentiaire. Le mobilier qui était lamentable. Ils acceptaient aussi de distribuer un peu d'aspirine. Les revendications étaient quand même peu importantes [...]

E.F : *Et ils vous semblaient résignés ces médecins ?*

D.G : Résignés... J'ai eu l'impression qu'à ce moment là, ils pouvaient être un peu dans la révolte. Parce qu'ils en voyaient d'autres qui étaient comme ça et qui disaient : « C'est plus possible ! ». Si à Lyon on a été à la pointe, c'est parce qu'on avait nos offices ailleurs et qu'en même temps on était un groupe. Et puis, surtout, on faisait de la médecine légale. Alors vous avez toutes sortes de spécialités dans la médecine légale, vous avez de la médecine interne, anatomopathologiste et vous avez des psychiatres. Et à Lyon, ce qui a beaucoup aidé notre dynamique, c'est que pendant très longtemps, il y a eu une articulation entre la médecine légale et la médecine du travail. La médecine légale au 19<sup>ème</sup> siècle était liée à la psychiatrie puis la médecine du travail est née et elle a pris de l'importance et elle est devenue une spécialité plus recherchée que la médecine légale. Et il y avait deux élèves qui étaient possiblement professeurs de médecine légale et de médecine du travail, puis on a séparé les deux chaires et le Professeur Roche qui espérait avoir la chaire de médecine du travail n'a eu que la médecine légale. Et il a, à ce moment là, pris ça à bras le corps en disant : « On va faire revivre la médecine légale ! ». La médecine légale, il l'a non seulement fait revivre à Lyon mais aussi au niveau national. Il a ressuscité la Société de médecine légale, il a fait des élèves. Ce sont des choses un peu... commerciales. Et puis surtout ce qui a été fondamental, au moins ici et un peu ailleurs, c'est qu'il s'est dit que pour que la médecine légale soit vivante, il ne pouvait pas rester uniquement dans l'institut de médecine légale qui est réputé... faire des autopsies quoi ! Donc c'est une médecine de la mort ! Lui, était pour sortir tandis que d'autres étaient pour rester, notamment à Lille il y en avait un qui défendait cette idée que la médecine légale se fait dans l'Institut médico-légal. Alors que Roche disait : « Mais les expertises se font de plus en plus sur le vivant ». Et surtout ce qu'il est apparu, c'est qu'il y avait beaucoup de problèmes médico-légaux. Et ces problèmes se voyaient où ? Et bien chez les gens qui venaient en urgence en particulier. Et c'est comme ça qu'est venue l'idée d'appuyer l'urgence qui existait mais... A Lyon par exemple c'était la porte « A » d'Edouard Herriot, c'était la porte d'entrée. On appelle ça la « porte » d'ailleurs. Et il y avait de tout. Aussi bien les urgences chirurgicales, la psychiatrie, la médecine interne. Tout était là. J'y avais un peu participé. C'était une médecine quasi-militaire ! Vous choisissiez vos patients ! « Ça c'est pour moi ! » Y avait tout un travail qui était fait. Donc le premier service d'urgence a été fait au pavillon « P » à l'Hôtel Dieu, ils avaient moins cette approche mais ils l'ont pris un peu. Et ça a donné une vie particulière à la médecine légale. Mais très vite aussi Roche a insisté sur l'urgence psychiatrique parce qu'il y avait, comme Colin par exemple, des gens qui étaient de formation psychiatrique et il s'est rendu compte qu'on recevait beaucoup de malades psychiatriques. C'étaient tous ceux qui déliraient pour la

première fois. C'était aussi, bien sûr, le suicide. Et puis c'était le moment de l'éclosion de la drogue [...] Ça aussi, ça demandait à la fois des réanimateurs et des psychiatres pour accéder à leurs problèmes. Et tout ça, ça constituait en plus des délits et la police nous les emmenait. Et tout ça a fait une médecine légale vivante. Et Roche, en plus, disait : « Comment on va faire une expertise si on est isolé ? Il faut qu'on soit proche de l'hôpital ». Et l'avantage d'Edouard Herriot, c'est qu'il y avait tout ce qu'il pouvait y avoir à l'hôpital à ce moment là. Il y avait un plateau technique extrêmement développé. Ce qui fait qu'il disait : « On ne peut être médecin légiste que si l'on est à la fois au sein d'une structure qui nous reconnaisse dans nos compétences, mais aussi dans nos grades universitaires et donc qu'on soit praticien hospitalier ». On pourrait dire qu'il a, à Lyon, intégré la médecine pénitentiaire parce que tous ceux qui allaient en prison étaient passés par-là. Colin avait beaucoup recruté. Mais Roche n'avait pas scindé la médecine pénitentiaire du reste. Il voyait la médecine pénitentiaire comme une expansion, comme une antenne de l'urgence médicale, au sens de « vous voyez, au final, les mêmes gens ». Et je pense qu'on a bénéficié de ce dynamisme.

E.F : *Et Georges Fully avait un peu la même conception de la médecine pénitentiaire ?*

D.G : Oui [hésitant] mais il en a fait très vite quelque chose d'un peu à part. Il en a fait quelque chose d'un peu à part. Et puis surtout, c'est pas une crique, mais il voulait marquer son travail. C'est logique. Il a bénéficié de notre appui. C'est nous qui contactons les médecins. En même temps s'est constitué un syndicat des médecins pénitentiaire autour de plusieurs médecins parisiens. Alors, eux, ils étaient plus concernés. C'étaient des praticiens qui se sentaient plus engagés dans la médecine pénitentiaire. Alors il y a eu tout un travail administratif pour que les médecins soient recrutés par le ministère, qu'ils soient payés sur le même tarif. Le but de ce syndicat était de se structurer, d'avoir des exigences dans la qualité, la spécialisation des médecins. On pensait déjà à faire une spécialité de médecine pénitentiaire. Dans ce syndicat, ça a plutôt été des parisiens. Parce que c'était à Paris que ça se passait. Y avait Fresnes, la Santé. Après y a eu Fleury-Mérogis. Ils voulaient qu'on soit plus représentatif. Parce que jusqu'à présent c'étaient tous ceux qui avaient bien voulu y être. Il fallait être docteur en médecine mais après il n'y avait pas de spécificité. Et le syndicat disait : « Il faut monter la qualité pour être payé en fonction de notre spécialité ». Et on veut un statut. On voulait être reconnu comme une spécialité avec un statut reconnu par le ministère. Peut être pas un recrutement sur titres. Plutôt que ce soit un concours [...] Donc c'était une espèce de valorisation de la profession. C'est pour ça qu'on essayait à ce moment là d'organiser des congrès, de faire des publications, pour souligner le sérieux de notre truc. Et on a intégré dans le Syndicat les médecins mais aussi les pharmaciens des prisons. C'étaient des médecins d'officine qui avaient une succursale [...] Il y avait eu une idée ici parce que Roche était un type qui aimait beaucoup les publications et il a lancé plusieurs revues. Une revue de droit médical, de criminologie et puis il avait fait une sorte de maison d'édition pour éditer les gens du groupe. Il était favorable à ce qu'on publie des articles sur les prisons mais il n'a jamais été question de faire une revue spécifiquement là-dessus. Roche fédérait un peu au niveau de la France.

E.F : *Et cette ouverture de la médecine légale, c'était, j'imagine, en prévision de la réforme des études médicale ?*

D.G : Il a beaucoup travaillé dans la spécialisation. Ce qu'il y avait d'intéressant c'est que la médecine légale ouvrait à l'hôpital. Nous, on était tous praticiens hospitaliers parce qu'on avait tous été avant cette réforme mais ce qui pouvait être intéressant pour ceux qui arrivaient en médecine légale, c'est qu'ils pouvaient avoir un poste de praticien hospitalier. Ou chefs de clinique ou assistants. Il y avait toute une filière pour la spécialisation. Alors le problème a été de savoir où on mettait la médecine légale. On a dit : « Il faut garder la spécialité de base ». Parce que tous les médecins légistes avaient une première spécialisation. On n'est dit qu'on ne pouvait faire de la médecine légale qu'une sur-spécialisation. C'est-à-dire qu'on va faire un an ou deux après les quatre ans de psychiatrie, d'anatomopathologie. Autrement dit, on a gardé cet esprit là. On ne pensait pas faire une médecine légale juste après la fac de médecine. C'est très dur d'être médecin légiste sans avoir une spécialité. Vous voyez bien que pour accepter de faire un an ou deux en plus de ces autres années, il faut être motivé et il fallait bien aussi qu'on puisse avoir des postes hospitaliers. C'est-à-dire qu'on voulait intégrer la médecine légale dans la médecine tout court. C'était pas une médecine à part et surtout pas une médecine des morts. La philosophie c'était quand même de rester dans la médecine active parce que vous ne pouvez pas être médecin sans suivre le progrès !

E.F : *J'imagine que là où il n'y a pas eu ce dispositif, la médecine légale a été plus affaiblie...*

D.G : Oui, ils ont eu beaucoup de difficulté. A partir du moment aussi où les magistrats se sont rendus compte qu'il pouvait y avoir un modèle dynamique. Ce que Roche a aussi beaucoup fait, ce qu'on ne faisait pas partout, c'est les liens avec les magistrats. Pas seulement des causeries comme ça. Par exemple, Roche faisait régulièrement des journées de médecine légale. Pour attirer un peu les magistrats, on les faisait en Provence, parce que c'est pas loin. On invitait les magistrats et on les invitait à parler. Et on vivait ensemble pendant deux trois jours. Et ça structurait, ça faisait des liens avec les magistrats. C'étaient les chefs de cour, parquet général, souvent les premiers présidents. Y a toujours eu des juges d'instruction. Y a toujours eu des Présidents d'Assises. Et ça créait des liens et c'était d'autant plus intéressant que les magistrats bougent beaucoup. Ils se retrouvent dans toute la France et ça diffusait un peu nos idées. C'est comme ça que j'ai bien connu Truche qui est devenu premier président de la Cour de Cassation. Mais ce n'est qu'un exemple parmi tant d'autres. Lyon, en plus, étant une grande ville, ça nous a permis de diffuser l'importance de la médecine légale et aussi de la médecine pénitentiaire dont il était souvent question durant ces congrès. Y avait la peine de mort, les effets de la peine. Souvent y avait une demi-journée sur la médecine pénitentiaire. Ça a été très dynamique [...] On avait beaucoup infiltré la médecine pénitentiaire dans l'enseignement criminologique. L'école des commissaires venait une fois par semaine pour une formation en criminologie clinique et pendant très longtemps les commissaires de police venaient. Vous voyez, on a toujours été comme ça, dans d'autres instances judiciaires. Il y avait aussi des journées italo-franco-suisse de médecine légale qui regroupaient ce qui était francophone et ça se faisait chaque année. On sollicitait un peu les gens qui avaient les mêmes idées que nous. Et puis il y avait des journées de criminologie italo-canadiennes qu'on faisait tous les deux ans. Et puis l'équipe lyonnaise s'est inscrite dans beaucoup de congrès. On avait un effort de diffusion de ce qu'on faisait ici.

E.F : *Et le professeur Roche avait aussi des relations au niveau national avec la Chancellerie ?*

D.G : Oui beaucoup. Beaucoup avec la Chancellerie. Il était d'ailleurs souvent consulté. Et il avait des relations internationales aussi. Par exemple, il avait des grandes relations avec le responsable de l'unité de médecine légale de New-York qui venait beaucoup ici. Il aimait beaucoup faire des liens. Il invitait par exemple beaucoup chez lui. Il avait une grosse villa sur le bord du parc de la Tête d'or. C'était un gros truc et, par exemple, il invitait beaucoup de monde le soir entre 7 et 10H. C'était souvent des gens différents. C'était une sorte de cocktail où des gens prenaient la parole. C'était relativement peu mondain. Il faisait beaucoup parler par exemple les gens des assurances, du genre AXA, Le Gan. Parfois, il s'en servait pour mettre ça dans une revue. C'était souvent local mais parfois c'était un peu plus que local.

E.F : *La médecine pénitentiaire pour lui c'était une autre sur-spécialisation ?*

D.G : Il pensait que ça serait difficile d'en faire une spécialité. Et moi aussi ! Je pensais que ça ne devait pas ... Au début, tout au début, il y avait l'idée que ça devait être une spécialité. On se découvrait. On ne se connaissait pas et on se découvrait. Mais après pour moi, pour moi, et c'est ce qui est arrivé, c'est que la médecine et toute la médecine, avec ses composantes modernes, rentre dans les prisons. Je ne voyais pas pourquoi ça serait une spécialisation. Médecine pénitentiaire ? Pourquoi ? Pour moi ça devait être un service public dans la prison, de même que l'hôpital psychiatrique avait mis en place les SMPR.

E.F : *Mais en termes de rattachement universitaire, vous aviez une certaine conception, médecine légale ou urgentiste ?*

D.G : Plutôt une conception de médecine légale. Il se trouve que l'urgence, on peut l'assurer mais ce qui m'apparaissait important, c'est qu'il y ait une compétence médico-légale. Parce qu'il y a quand même des situations médicales qui ont des liens étroits avec ce qui a été fait, les délits, les condamnations. Y a des gens qui décompensent parce qu'ils ont eu six ans de prison ! S'ils avaient eu six mois ils n'auraient pas décompensé. Y a quand même quelque chose qui relève de la médecine légale, du délit ou des crimes. Faut que vous sachiez aussi ce que vos clients risquent. Il faut quand même connaître le système des prisons. Il faut aussi s'assurer que le juge d'instruction ne fasse pas n'importe quoi, il ne tient souvent pas compte de la médecine pénitentiaire. Je me rappelle avoir eu beaucoup de difficulté à faire opérer un type qui avait une rétine qui se décollait. J'avais obtenu, parce



que c'est une chirurgie très précise... Là aussi, l'intérêt c'est que j'étais à l'hôpital. J'avais été les voir, leur expliquer. J'avais obtenu ça et quelques jours auparavant, hop ! On me dit qu'il a été transféré parce que le juge... C'est absolument impossible ! Il faut connaître, se faire connaître des magistrats. Il faut pouvoir collaborer pour que les magistrats n'aient pas seulement l'impression que vous leur mettez des bâtons dans les roues mais que vous faites un travail médical qui est un travail aussi judiciaire.

E.F : *Et avec les magistrats au quotidien vous aviez des relations très fréquentes ?*

D.G : Assez fréquentes mais surtout circonstanciées. Par exemple, à propos d'un malade comme ça ou par exemple, il m'est arrivé au niveau des mineurs... Ils étaient à Saint Paul dans un service qui était quand même très.... Parce que le travail du médecin pénitentiaire, c'était aussi d'aller faire des inspections... Les fils étaient dénudés, les cuvettes de WC étaient cassées. C'était des trucs où on pouvait se faire mal et comme ils se battent parfois. Quand j'avais vu ça quoi, j'avais été au parquet pour leur dire de venir et ils m'avaient accompagné. C'est des trucs comme ça. C'était souvent sur des cas individuels. Il m'est arrivé très souvent d'écrire au juge d'instruction pour leur dire d'aller le voir, en leur disant qu'untel était susceptible de se tuer quoi ! Ils me connaissaient, au moins, les magistrats. J'étais pas aimé de tout le monde mais j'étais connu [...]

[un peu plus tard, au sujet des congrès]

E.F : *Et la question de la dilution était un sujet de controverse ?*

D.G : Ah, ça a été LA [Insiste fortement] question ! Y a eu d'ailleurs, je crois à Dijon, une pharmacienne de l'Hôpital de Fresnes qui a fait un test. Ça m'avait frappé. Par exemple, elle disait les gélules flottent. Et elle disait, c'est une aberration de mélanger tout ça. On écrasait des dragées dont justement l'entourage était fait pour que ça ne s'ouvre pas à ce moment, que ça s'ouvre dans l'intestin. Les gélules, pareil. Les fioles, ça a été la grande bataille parce que ça annulait les propriétés médicamenteuses ! [...] Ceux qui étaient diabétiques et insulino-dépendants, ils avaient leur piqûre. On ne les autorisait pas à se la faire. Il fallait qu'ils viennent à l'infirmerie. Alors bon, d'accord. Mais ceux qui sont diabétiques non insulino-dépendants avec des sulfamides hypoglycémisants, bon, c'était distribué à n'importe quelle heure. Or, il faut que ça soit distribué en rapport avec votre alimentation sinon ça n'a pas de sens. Par exemple, si c'est distribué trop tôt, vous allez augmenter l'hypoglycémie avec un risque de coma ! Enfin des trucs comme ça. En plus il n'y avait aucun respect de la posologie. Pour eux, c'était matin et soir. Ça ne pouvait pas être trois fois par jour. Alors souvent on négociait au cas par cas. Ça prenait un temps fou ! On épuisait une énergie folle. Après, j'étais prudent. Les régimes par exemple, c'était ahurissant. Je comprends que certains régimes spécifiques soient difficiles mais par exemple quand vous décidez un régime sans sel. On peut faire des pâtes sans sel. Parce qu'en général y avaient plusieurs régimes sans sel dans la prison. On pouvait faire une casserole à part. Et ben non ! Alors les diabétiques calculaient leurs doses et j'avais demandé au diabétologue de me faire des menus, simples, ça n'a jamais été possible. Il fallait peser alors on me disait : « Vous imaginez ». S'il y avait eu 700 types à peser, je comprendrais mais il y en avait quatre ou cinq au maximum. « On n'a pas de balance ! ». C'était pas prévu ! C'est pour vous dire, c'est que des trucs comme ça. Il fallait être menaçant : « Bon ben, coma glycémique et bien voilà ! ». Quand vous êtes hypo, ben ça va bien, vous lui donnez du sucre mais quand vous êtes hyper... Qu'est ce que vous faites ? Là, ça marchait mais c'était épuisant. Et vous pouvez difficilement abandonner parce que vous vous dites : « Ben s'il y a un problème, c'est moi qui ait tort ». Parce qu'en cas de problème, c'est simple pour le directeur de dire : « Ben le médecin n'a rien vu, le médecin n'a pas fait son travail ».

E.F : *Vous avez peur que votre responsabilité médicale soit impliquée ?*

D.G : Oui. Par exemple, les morts subites à la prison, je n'ai jamais signé de certificats de décès ! Parce que je me disais : « C'est trop facile ! On va te dire que tu n'as pas fait ton boulot. Tu n'as pas vu un cardiaque. Tu as négligé un diabétique, etc ». Donc à chaque fois je téléphonais au SAMU en leur demandant de faire le certificat de décès. Beaucoup faisaient comme moi. Mais il y en a qui se sont fait avoir comme ça. Le problème, c'est de faire de la médecine pénitentiaire comme on fait à l'extérieur. Pareil, pour les suicides. Jamais je n'ai... De toute façon si je signalais un certificat de décès, je le mettais en mort violente. Parce que de toute façon quand il y avait une urgence, il m'est arrivé de signer comme ça et je signalais mort médico-légale. Ça s'est appelé mort naturelle ou mort médico

légale quand on veut savoir que ce que c'est. Ça veut dire que quelque chose est suspect. L'important c'est que cette mort on ne pouvait pas en prendre la responsabilité comme une mort qui ne posait pas de problème judiciaire [...] Et les suicides, jamais je n'ai signé un mort naturel. Et puis surtout je voulais qu'il y ait des enquêtes [...]

E.F : *Et quelle était la position de Fully au sujet des fioles ?*

D.G : Il était très ambigu. Les fioles, c'était un principe de sécurité. Alors il disait [souffle] : « Si on a des suicides, ce sera pire ! ». C'était très difficile parce qu'on n'avait pas le personnel à disposition. Sa position a été ambiguë. Je comprenais que ce soit ambigu. Parce qu'il disait : « Ça sert quand même ! ». Il était pas contre, il était pas pour [...] Il était souvent en porte à faux... mais il avait une représentativité quoi ! Il avait ce statut du déporté ! Il avait cette honorabilité là et on était encore pas très loin des témoins de la guerre. Ça a beaucoup joué. C'était quelqu'un qui était écouté et je crois que sa position plus nuancée que j'aurais voulu... Je crois que c'était très difficile quand même pour lui. Si on m'avait proposé son poste, je ne l'aurais jamais accepté. Je crois qu'il voulait être utile. C'est un type qui aimait le risque [...]

E.F : *Fully et Troisier étaient assez différents en terme de personnalité ?*

D.G : Ah oui, elle a une personnalité très narcissique. C'est moins qu'on puisse dire. Je ne dirai pas qu'elle faisait rien mais elle aimait quand il y avait un peu de flonflon autour d'elle. Elle avait ses têtes. Mais elle a fait des choses. Moi, je l'ai toujours senti dans le risque d'être utilisée. Si vous aviez compris ses besoins narcissiques [...] Je pense que c'était un peu politique. Elle était quand même très engagée. C'est comme souvent, c'est monté en épingle et après vous ne pouvez plus vous en sortir. Mais, elle, je crois, qu'elle a été abusée. C'est une conviction [...]

E.F : *Est-ce qu'il y avait des internes qui participaient aux congrès ?*

D.G : Alors dans les premiers congrès, il n'y avait pas d'internes. Y en a qui y venaient après, de plus en plus. Certains étaient très virulents. Ce qui était intéressant c'est que ça renouvelait la sève des contestataires. On s'affadit forcément dans une lutte qu'on pense sans grands espoirs. Parce que le changement en prison a tellement été lent, qu'on ne l'a jamais bien vu. Alors que les internes qui découvraient l'univers carcéral, ça faisait un choc. La plupart du temps, ils ont été plutôt revendicateurs et nous trouvant insuffisamment protestataires [...]

E.F : *Cette période de révolte, au début des années soixante-dix, vous l'avez vécue comment ?*

D.G : Ben moi, j'étais assez satisfait qu'il y ait des révoltes. Non pas pour la violence que ça a déclenché. J'avais aussi assez peur pour les détenus quand je les voyais sur les toits. Mais j'étais satisfait parce que je trouvais quand même qu'il y avait une conscience collective de l'injustice. Ce n'était pas sur un fait en plus, de discipline, c'était sur... Les revendications n'étaient pas ponctuelles, c'était dans une conscience qu'ils étaient des hommes et qu'on ne pouvait pas les traiter comme ça. Les juges d'instruction les mettaient en détention et ne les renvoyaient pas pendant plus de six mois. Entre parenthèses, c'est incroyable. Je pensais que c'était une prise de conscience et ce n'étaient pas des revendications faciles de quelqu'un qui ne voit pas plus loin que le bout de son nez. C'était une revendication pour une vraie justice et ça j'avais beaucoup apprécié. Il y a eu à Toul aussi. Je me souviens de ce discours. Ça m'avait beaucoup intéressé parce que ce n'était pas tellement fréquent. Là j'avais appris des choses avec elle. Je n'avais pas la même expérience. Dans chaque congrès on apprenait des choses. Chaque prison pouvait avoir son propre règlement et c'est le directeur qui faisait le règlement.

## ANNEXE 37 : ENTRETIEN AVEC PIERRE ESPINOZA

Pierre Espinoza, chef de service de l'Unité de soins intensifs de l'Hôpital de Fresnes de janvier 1983 à septembre 1991. Médecin à l'Hôpital Européen Georges Pompidou lors des entretiens réalisés les 16 mai, 31 mai 2006 et 22 avril 2008 dans son bureau (Paris). Durées : 1h45, 2h00 et 1h50.

Ne sont cités ici que des extraits d'entretien.

E.F : *Alors, déjà j'aurai voulu que vous m'expliquiez comment vous êtes devenu chef de service de l'unité de soins intensifs de Fresnes en 1983?*

P.E : Moi, en fait je suis médecin. Ma spécialité initiale c'est d'être gastroentérologue mais aussi médecin interniste. J'avais fait un internat très classique de médecine interne. Mais dans mes études il y a quelque chose de particulier c'est que j'ai fait beaucoup de remplacements de médecine générale en France, deux trois ans d'exercice. Et donc je me suis intéressé au malade dans son milieu de vie. Et pendant quasiment dix ans j'ai été médecin de garde en banlieue parce que l'internat n'était pas suffisant pour me permettre de vivre. Donc je faisais des gardes en banlieue parisienne avec ma petite sacoche ce qui m'a permis la nuit les week-ends, trois ou quatre fois par mois pendant dix ans de pénétrer dans les cités de banlieue. D'être à trois heures du matin dans des coins un peu durs et d'avoir ce regard sur les gens dans leur lieu de vie. Moi ça a été tout à fait par hasard, un beau matin d'octobre 82. Mon patron m'appelle et me dit : « Voilà je sais que vous avez envie de rester à l'hôpital et en région parisienne. Je viens de recevoir une lettre de la Chancellerie qui cherche un médecin pour l'hôpital de Fresnes... ». Tiens ! La prison, moi je n'avais jamais eu d'idée personnelle d'aller travailler en milieu pénitentiaire mais pourquoi pas ? Après tout, j'ai travaillé en banlieue alors pourquoi pas là bas... Je me suis renseigné mais je me suis aperçu que c'était un sujet compliqué puisqu'on ne m'a pas permis d'aller à l'hôpital de Fresnes voir comment c'était. On m'a d'abord convoqué à la Chancellerie. Moi, je me suis trouvé face à un politique quasiment me disant : « On a du mal à trouver un médecin pour l'hôpital de Fresnes parce qu'on a de gros problèmes. Y a des morts de façon chronique. Y a des articles dans *Libé*, *Le Monde* sur des problèmes avec des morts. Donc on cherche un médecin qui puisse mettre de l'ordre là bas ». C'était la question de la Chancellerie. Moi je n'en avais pas entendu parler. Alors je décide d'aller voir et je découvre un hôpital ou plutôt une prison hôpital. Une prison-hôpital. J'ai regardé, j'ai réfléchi et je me suis dit pourquoi pas ? C'est comme ça que je suis rentré à l'hôpital de Fresnes mais je n'avais pas de vocation à travailler en milieu pénitentiaire. Ce n'est pas un poste que j'ai recherché. Il est arrivé comme ça par un circuit lambda, un circuit universitaire. Alors je suis parti en mission. Parce que j'ai dit : « Oui, j'y avais » mais à une condition, c'est que, moi, je ne suis pas médecin chef dans un bureau. Moi je suis médecin. J'ai besoin d'avoir... Je suis médecin avant tout donc il me faut un service dans lequel je dois pouvoir exercer mon métier. Donc on est tombé d'accord que je prenne la tête du service des admissions et du service des soins intensifs, disons des urgences. Par rapport aux problèmes posés à l'époque c'était une façon de filtrer tous les entrants et d'autre part avoir les malades les plus graves. J'ai pris mes fonctions le 17 janvier 1983. [...] Mon chef de service était doyen de la faculté de Bicêtre et c'est par ce biais là que j'avais reçu la lettre émanant de la chancellerie. Lettre que recevaient les dix doyens de la région parisienne. Quand je suis arrivé, j'ai essayé de comprendre ce qu'il se passait. Il m'a fallu trois mois pour tirer des conclusions. Il y avait des morts c'est-à-dire que depuis plusieurs années il y avait des articles et le père Huguenard criait contre certains médecins. Le problème c'était un chirurgien vieillissant pas du tout adapté au milieu carcéral avec des corps étrangers difficiles à gérer. Une anesthésiste complètement folle. Je me suis rendu compte de ce qui se passait le 1<sup>er</sup> avril. Il y avait un détenu qui avait été opéré 48 heures avant et qui avait de la fièvre. Je décide de ne pas y aller. Et le 2 avril au matin, le malade est mort ! Pan ! Je regarde le dossier et je vois qu'il y avait des fautes. Il avait 40 de fièvre la veille et aucune disposition n'avait été prise. Ce n'est pas pour l'anecdote que je vous

raconte cela mais pour comprendre comment la médecine était à l'écart. Et quand j'en ai parlé au chirurgien et à l'anesthésiste, ils étaient en train de s'égueuler. Il a fallu trois semaines pour que... Pour que cela se reproduise. Un malade avait été opéré. Il avait 40 de fièvre et je dis au chirurgien : « Il y a un problème et il faut l'hospitaliser ». Et il me dit qu'il n'en est pas question. Je lui ai interdit d'opérer parce que sa femme était morte dans la nuit ! Le malade a été dirigé vers l'Hôtel-Dieu et on a évité une mort supplémentaire. J'étais passé à minuit à l'Hôtel-Dieu et le malade n'avait pas encore été opéré parce qu'on faisait des pressions sur le chirurgien pour qu'on opère pas le malade. Alors, j'ai fait des contre-pressions en disant au chef de clinique que si on n'opérait pas ce malade il mourrait et il en porterait la responsabilité. Derrière j'ai fait un rapport à Mme Ezratty en lui disant les choses et qu'il fallait qu'elle mette en route une mission de l'IGAS pour prendre des mesures et si c'était nécessaire de suspendre le chirurgien et l'anesthésiste. Ce milieu fonctionnait depuis des années en autarcie avec le ministère de la Justice. En clair, c'est par copinage qu'on a nommé ce chirurgien et je crois qu'il n'avait pas les compétences. C'était un milieu trop difficile pour lui. Ça n'était pas lui rendre service. J'ai été très attentif par la suite aux conditions de recrutement des gens qui venaient travailler en milieu pénitentiaire. Je suis très prudent par rapport aux gens qui ont une vocation à travailler en milieu pénitentiaire. Je pense qu'il faut être prudent en essayant de savoir un peu quelle est l'appétence des gens pour travailler en milieu pénitentiaire. Le rapport de l'IGAS c'est mai juin et les décisions ont été prises seulement au mois d'octobre. Il a fallu attendre trois à quatre mois. Et pendant toute cette période là, il ne fallait pas qu'il y ai de problèmes et donc les malades étaient dirigés. Donc il y avait le rapport sur la chirurgie qui était confidentiel et le rapport sur l'hôpital de façon très générale, qui lui était diffusé à grande échelle. Ce chirurgien était quelqu'un de diplômé mais c'était surtout quelqu'un doté d'un grand orgueil ce qui fait que lorsqu'il se trompait on ne pouvait pas le lui dire ! Il était à quelques années de la retraite et j'avais pensé qu'il fallait trouver un moyen de préserver sa dignité. Il fallait trouver une porte de sortie quoi ! [...] Je suis parti au bout de presque dix ans. Pourquoi ? Parce je pense que c'est important de partir ! Je crois c'est un milieu dont il faut savoir partir. Je crois que c'est bien de bouger. Déjà les médecins ne bougent pas assez. Et le milieu carcéral étant tellement dur, c'est bien de bouger.

E.F : *Et quand on vous a proposé ce poste, qu'elles auraient été pour vous les autres possibilités ?*

P.E : Ben moi je voulais m'installer en cabinet libéral. Je ne voulais pas simplement être interniste parce que pour gagner sa vie c'était un peu dur. Et je le faisais en tant que gastroentérologue et j'avais déjà vu les endroits où il serait possible de m'installer. C'était dans le champ de mes réflexions. Donc en septembre 1982 j'avais commencé à regarder à Boulogne, je voulais faire une année de plus en clinique pour avoir le titre d'ancien chef de clinique et puis je m'installais à Boulogne.

E.F : *Et vous n'avez pas regretter le fait de quitter l'Assistance publique ?*

P.E : C'est difficile d'avoir des postes de titulaire à l'APHP quand même ! Déjà pour l'internat on était trois milles à passer le concours et trois cents à réussir. Après quand on est interne, pour devenir chef de clinique c'est un rapport de un à dix. Donc vous savez ça ne laisse pas beaucoup de marges. Déjà j'avais eu la chance d'être interne puis chef de clinique donc continuer en secteur hospitalier c'était exclu. Parce qu'entre chef de clinique et praticien hospitalier, y a toujours un rapport de un à dix ! Donc c'était exclu ! Et puis là, poum ! Tant mieux ! Voilà ! Je crois que je suis content car aujourd'hui si j'étais en cabinet libéral ma vie serait plus compliquée...

E.F : *Et par contre vous étiez sous la tutelle de l'Administration pénitentiaire ?*

P.E : Ça ne me gênait pas parce que l'Administration pénitentiaire a toujours été... Quand j'étais à Bicêtre ou à l'Hôtel-Dieu j'étais déjà en contact avec l'administration [hospitalière] qui pouvait choisir de me donner mes outils pour travailler ou ne pas me les donner. Mais d'une certaine façon il n'y avait pas d'interférence entre l'administration et ma pratique de soin. Je ne me suis jamais senti sous la houlette d'une autorité administrative quelle qu'elle soit. J'ai eu durant ces années des conversations avec Louis René qui était le président de l'Ordre des médecins. Il était très attentif à tout ce qui se déroulait dans le monde pénitentiaire et quand à un certain moment il y a eu des pressions assez fortes, j'ai pris ses conseils. Et nous nous étions mis d'accord pour que j'intervienne d'une façon particulière pour garder toujours mon indépendance et mon autonomie. Ce qui fait que dans mes décisions médicales je me suis toujours senti indépendant. C'était mon ex-patron, le professeur Etienne, qui

m'avait envoyé vers lui. Il venait de prendre la présidence de l'Ordre des médecins et quand les affaires de Fresnes se sont finies, je me suis trouvée à trente-quatre ans titularisé dans la fonction de chef de service et de coordinateur et dans la position quasi-officielle de médecin conseil auprès de la Chancellerie pour les établissements pénitentiaires de la France entière. A trente-quatre ans se retrouver là, c'est à la fois passionnant et compliqué. Et c'est pour ça que j'avais besoin de conseils. Je me rappelle d'un patient qui était dialysé et qui faisait la grève de la dialyse pour que son procès soit révisé. Cet homme était à la Pitié et il est mort quelque temps après. J'ai été confronté à cela alors que je n'étais pas du tout compétent en matière d'insuffisance chronique. A partir de ça on a monté une unité de dialyse à l'Hôpital de Fresnes. Je me souviens d'un garçon qui arrive à l'hôpital et qui était tout étonné qu'on ait le matériel. Il voulait être libéré. C'était un petit délinquant mais il avait l'impunité de sa dialyse. Ça a été infernal. Il y a des jours où il refusait sa dialyse. Il était hyper manipulateur. Alors ça pose la question de savoir si on doit laisser quelqu'un en insuffisance rénale en détention ? Il y avait sans cesse des questions sur l'organisation de la santé en prison. Et moi à l'époque, j'ai dû apprendre un métier, celui de médecin de prison. Alors je me suis rendu pour travailler au quartier des prisons de Fresnes. Parce qu'il n'y avait personne au quartier des prisons de Fresnes. A l'époque, en 84, je suis un peu plus baigné dans le fonctionnement de l'hôpital de Fresnes. En septembre pendant trois jours je m'enferme dans mon bureau et je rédige un rapport pour dire que tant qu'on envisage pas un statut à cette structure ça n'irait pas. Il y avait un nombre d'amalgames entre l'administration hospitalière qui est identique à l'Administration pénitentiaire. Entre trois ou quatre statuts d'infirmières très différents, des médecins pour la plupart à temps très partiel. J'ai par exemple réussi à faire arrêter de travailler un urologue qui était fou. Un beau matin il vient me voir. Il était dans une déchéance physique majeur. Totalement alcoolisé. Un jour un malade arrive pour une épidémie. Je lui donne des antibiotiques et l'urologue évoque une ablation des testicules. Le détenu me dit : « Moi je suis arménien, l'urologue il est arménien et donc je lui fais confiance ». Je ne suis pas arménien. Je suis allé expliquer cela à mon interne. Et il me dit : « Ben j'ai votre solution ! Je suis arménien » [rires]. Il est allé voir le malade qui n'a pas été opéré. On a réussi quelque temps après à mettre cet urologue en arrêt maladie. Donc il s'agissait de voir ce qu'on pouvait changer. Mais moi je me disais que je ne pouvais pas travailler à l'hôpital sans voir ce qu'il se passait en prison. Donc je suis allé au Grand quartier où il n'y avait personne. Il y avait deux médecins qui étaient employés à mi-temps. Il y en a un qui était chef de service en même temps à l'hôpital de Montfermeil. Comment pouvait il en même temps être médecin à Fresnes et chef de service à Montfermeil ? Ben c'est simple il arrivait le vendredi à 10h30 et il repartait à 11h30 et le reste du temps il était pas là. Le second médecin, il était davantage là mais il était incompetent. Aller là bas, ça me permettait de voir comment ça se passait et de voir notamment qu'on opérait des détenus qui étaient soignés par une médecine totalement abracadabrante. Les courriers des détenus étaient reçus par un détenu qu'on appelait un classé. Et j'ai écrit un rapport sur les prisons de Fresnes. Voyant que ça ne se passait pas bien, la Chancellerie a licencié un des deux médecins et il s'est avéré que ces médecins ont porté plainte et ont gagné car la Chancellerie n'avait pas respecté le déroulement du licenciement. Ils ont été réaffecté avec deux ans de salaire ! Alors y avait des détenus qui avaient accès aux dossiers médicaux. Ils faisaient également la réception des courriers des détenus voulant voir un médecin. Des surveillants étaient bombardés du jour au lendemain infirmier surveillant. C'était totalement illégal pour eux de faire des injections ou de distribuer des médicaments. C'était une multiplicité de dysfonctionnements. Il y avait par exemple la question des médicaments sur lesquels il y a eu un rapport qui a été fait en 1984 mais qui n'a pas été diffusé à l'époque. Il était vraiment explosif parce qu'il montrait bien que dans certaines prisons il y avait des surveillants qui avaient le contrôle de la pharmacie. Dans les petits établissements notamment vous aviez le directeur et les surveillants qui avaient la clef de la pharmacie donc l'administration de médicaments psychotropes étaient entre leurs mains [...] Le problème c'est que le directeur de l'Hôpital de Fresnes a à la fois une casquette de directeur d'hôpital et de directeur de prison. Par exemple une fois j'ai gueulé en 84 parce qu'on avait depuis plusieurs semaines un détenu terroriste qui n'avait rien à faire à l'Hôpital et alors qu'on manquait de lits. Je l'ai dit au directeur qui m'a répondu : « Non, moi, je veux le garder ici parce que la Chancellerie m'a dit qu'il devait rester ». Parce que c'était cet établissement qui pouvait donner le meilleur confort possible pour cet homme ! On préfère le garder. Donc vous voyez cette interférence entre la Pénitentiaire et le médical ! Parce que la Pénitentiaire n'aime pas les médias. En 85, j'avais été sollicité par le CTS de Versailles sur les dons du sang et puis j'avais fait des stages sur le sida. Et puis j'avais pas mal de

patients qui avaient des ganglions donc j'avais l'oreille attirée. Je commençais à flairer le truc. Et depuis octobre 1984, je pensais faire des études et je me disais qu'on manquait de personnel. J'avais deux étudiants prêts à faire une thèse mais j'hésitais car on manquait de personnel. Tous mes freins ont sauté au mois de mars quand j'ai appris qu'un des infirmiers du Grand quartier était tombé malade et qu'il ne restait plus qu'un seul infirmier. Moi j'ai fonctionné très scientifique et pas du tout vers les médias parce que j'aurai pu faire la « une » des médias. C'est pour ça quand les choses ont explosé en 85 dans les médias... Moi j'ai la conviction intime que le transfert de la médecine pénitentiaire, l'une des raisons, l'une des raisons c'est l'épidémie de VIH. Les politiques ont pris cette décision je crois suite aux révélations des contaminations en prison. Je crois que Kouchner a pris cette décision quand on s'est rendu compte que on a pu aller à un tel niveau d'effets pervers liés à l'enfermement. La privation de liberté, ça n'est pas la privation de toutes les libertés. Je crois que c'est dangereux de laisser des milieux exclus. C'est dangereux pour l'ensemble de la société. Ma vision en tant que médecin est de dire qu'on crée une situation de dangerosité pour le monde extérieur. Mais le sida n'était qu'un des aspects de la boîte à Pandore de la prison. Dans les années 84 j'ai été confronté au problème de la grève de la faim. Moi ça m'interpellait vivement les grèves de la faim. L'une de mes premières grèves de la faim médiatique ça a été les basques. Très compliquée à gérer car il y avait la dangerosité. On avait huit basques. Comme j'étais au service des soins intensifs, je voyais les plus atteints. Avec les basques on était confronté au fait qu'ils faisaient la grève de la faim et la grève de la soif. Alors huit jours. Onze jours. Seize jours [adopte un ton de plus en plus grave et dubitatif] Au mois de juin ! Il fait chaud [rires] Moi j'étais dans une position très particulière. J'avais mis une stratégie très particulière qui était qu'aucun médecin ne puisse être pris comme cible. Parce qu'on avait une famille. Par exemple pour *Action directe* je ne voulais pas qu'on puisse comprendre que j'étais le pilote médical de la grève de la faim d'*Action directe*. Et sur les basques ça a été mon premier contact médiatique. Ou plutôt ma première alerte médiatique. Alors à un moment j'ai pu solutionner le problème de la grève en perfusionnant un détenu contre sa volonté mais avec son accord. On a allongé son bras, l'infirmière a tenu son bras. Et dans cette grève de la soif, à un moment vient de la BBC une info disait qu'un des médecins avait déclaré que c'était pas vrai que les détenus faisaient la grève de la soif. Et moi quand je suis retourné voir les grévistes ils m'ont dit que j'étais un salaud parce que j'avais parlé à la BBC. Et là je me suis rendu compte que si je prenais la parole médiatique c'était risqué. Mais moi j'avais rien fait. C'était un des internes du service de médecine qui avait répondu à la BBC. Je me suis rendu compte de... Auparavant je n'avais pas de relations médiatiques.

E.F : *Et il y avait eu l'intervention du Dr Benezech justement...*

P.E : Petit un, il s'est fait plaisir en parlant. Petit deux, il est psychiatre. Petit trois, il y avait plein d'autres gens qui étaient aptes à en parler. Juin 85. Moi j'avais fait des études en février, mars, avril. Il y avait à ce moment une tension extrêmement forte liée à la surpopulation. Il y avait des éléments de panique forts [...] En 84 on m'avait demandé d'aller faire une mission aux Baumettes et ce qu'on avait vu était dantesque car c'était vétuste. On était là bas pour regarder le bloc opératoire. Y avait la salle de garde, le couloir et le bloc opératoire. C'était complètement fou. On avait été très bien accueilli. C'était pas du tout dans une atmosphère de suspicion. Je pense qu'ils n'étaient pas contents peut être qu'un médecin de l'hôpital de Fresnes vienne voir comment ils travaillaient.

## SECOND ENTRETIEN

E.F : *Au cours de l'entretien vous m'expliquez que ça ne vous gênait pas d'être médecin de l'Administration pénitentiaire ?*

P.E : Ça vous étonne ? Y a peut être quelque chose qui est lié à mon histoire. Je suis né en Algérie, je suis parti à Toulouse. J'ai quitté Toulouse au bout de six mois. J'ai quitté Perpignan au bout de trois ans. J'ai quitté Thiet. J'ai quitté Orly et j'habite Boulogne. Vous voyez le fait de bouger est quelque chose d'un peu historique dans mon parcours. C'est la même chose dans mon cursus médical. J'ai fait de la médecine interne et de la gastroentérologie et donc je suis passé dans diverses spécialités, la neurologie, la réanimation, l'ORL, la cardiologie, l'hématologie... J'ai fait aussi beaucoup de remplacements en France. J'ai pris le costume du généraliste à Paris, dans le 17<sup>ème</sup>, en banlieue parisienne, en Normandie. J'ai eu une vie très diversifiée. J'ai plutôt le goût du changement. Mais simplement pour le désir d'avoir une variété d'exercice. Donc l'idée du milieu pénitentiaire c'était une

ouverture quelque part. Une ouverture dans un monde fermé. Alors le problème c'est que le fait d'aller travailler en prison nous a coupé d'un certain nombre d'amis. C'est-à-dire qu'à titre personnel, il y a des gens qu'on a plus revus à partir du moment que j'ai commencé à travailler en prison. D'une certaine manière nous avons vécu par cette mutation professionnelle, une fermeture, un rejet d'un certain nombre de gens, parfois des proches, qui n'ont pas bien vécu cette mutation. C'était très explicitement par rapport à ça. On avait des amis de la famille et notamment les parrains, marraines de nos enfants qui ont disparu de la scène. Ils étaient avocats pour tout dire donc c'est peut être une explication. Mais il y a aussi des amis médecins qu'on a plus revus donc on voit bien que la prison est quelque chose de particulier. Ça c'est fait sans que j'en parle beaucoup. Mais ces coupures se sont faites à partir du fait que j'aie travaillé à Fresnes. Moi, la position sur l'hôpital de Fresnes m'a permis de nouer un réseau relationnel très important. D'une part j'ai conservé des liens avec un certain nombre de gens que je connaissais bien en cardiologie, gastro. Et puis comme on envoyait de l'Hôpital de Fresnes des gens dans divers services spécialisés ça m'a permis de nouer des liens. J'ai plutôt développé un réseau. Et puis on avait des malades intéressants qui étaient bien sélectionnés donc en principe les services étaient assez preneurs. Quand j'ai quitté Fresnes j'avais développé un réseau relationnel à Cochin, à Bichat, à la Pitié, à Boussicout, à Broussais, à Bicêtre. Des liens professionnels assez forts. J'ai pu recruter comme ça certains médecins qui sont venus travailler par ces réseaux. Mais le but c'était plus d'avoir un contact avec son collègue afin que le transfert se fasse sans difficultés. Ça facilitait toute l'hospitalisation. Quand la compétence est là et qu'elle est reconnue toute le monde l'accepte. Y a pas de notion de médecin pénitentiaire. Pendant plusieurs années j'étais le seul médecin temps plein. J'ai écrit quelques phrases [sort un cahier ou une feuille]. 83-86, si j'avais à mettre un mot ou une phrase, pour moi je dirais hôpital prison ou prison hôpital. J'accroche à cette période là, ce questionnement là. Quand on pose cette question il faut intégrer que l'Hôpital de Fresnes n'est pas déconnecté des autres prisons et du reste de la médecine pénitentiaire. Alors après y a eu une deuxième période, 85-90, que j'ai appelé le sida ou l'irruption du dehors. Car je crois que le sida a joué ce rôle de révélateur qui a soulevé tout un ensemble de problèmes. Le sida a joué ce rôle au point à tel point qu'on a soulevé toutes les questions.

E.F : *Et cette période de 83 à 86 correspond à quelque chose de précis ?*

P.E : Oui ça correspond à la loi qui a permis l'érection de l'Hôpital de Fresnes en établissement hospitalier. A un moment, je me suis enfermé dans mon bureau pour faire un rapport. Ce rapport j'ai mis une semaine pour l'écrire. Ma vie quotidienne en tant que médecin était alors complètement invivable. Je me confrontais à toutes les difficultés institutionnelles de la prison hôpital. En un an j'ai compris à quel point c'était compliqué. Il fallait là vraiment un changement structurel. J'ai écrit ce rapport que j'ai envoyé au directeur de l'Administration pénitentiaire et au Garde des sceaux. Et je pense que ce fut un élément fort de cette loi. C'était une loi fourre tout de fin d'année. Et ma position c'était aussi d'être membre du comité Santé Justice, j'ai été aussi quasiment conseiller technique. Alors pas de façon officielle car je n'avais pas de bureau à la Chancellerie mais j'ai été sollicité pour tous les problèmes. Pour les problèmes individuels de patients. J'étais sollicité pour donner un avis sur un dossier et on me demandait de prendre un malade à l'Hôpital de Fresnes et j'étais sollicité sur tout un ensemble de problèmes structurels. Je vais vous donner deux trois exemples. La transsexualité. Y avait un patient transsexuel qui se faisait des automutilations sexuelles pour être opéré. J'ai pris en charge ce dossier, j'étais en liaison avec des patrons urologues, psychiatres, endocrinologues. J'ai été dans la négociation pour que ce patient puisse changer son état civil et se faire opérer. Quand il y a eu la grève des basques en 84, quand il y a eu *Action directe* j'ai été aussi au milieu du système. Quand l'Administration pénitentiaire a voulu créer un quartier pour transsexuels j'ai été à Auxerre pour étudier cette question. Lorsqu'il y a eu l'installation du quartier des nourrices de Fleury-Mérogis j'ai aussi été sollicité. Il a eu aussi la question des médicaments et de la dilution des médicaments. Ma base stratégique était l'Hôpital mais pendant toute cette période, j'avais un peu un rôle de conseiller auprès de l'Administration. Kergoyan a été recruté en tant que généraliste à la prison de Fresnes et j'ai pris alors plus de distance par rapport à la prison. Il y avait des circulaires qui prévoyaient que normalement pour des raisons économiques, pour ne pas avoir à payer l'admission dans les hôpitaux publics, toutes les admissions devaient se faire à l'Hôpital de Fresnes. Donc il y avait une procédure d'admission mais qui était très lourde. C'es à dire que le médecin devait rédiger une demande d'admission qu'il remettait à son directeur, qui était envoyée au bureau de l'individualisation à

l'administration pénitentiaire, qui allait ensuite au directeur de l'Hôpital de Fresnes et qui mettait ensuite communiqué. Résultat des courses il fallait entre un et deux mois. Si c'était pas urgent c'est concevable. Mais un malade, s'il n'est pas traité au bout de quinze jours ça peut devenir urgent. Donc ce circuit des propositions d'admission, on a eu des réunions pour la transformer. Pendant cette période j'ai aussi été membre du Comité Santé Justice. Le comité a été monté en 84 et j'ai été désigné pour y participer et ce comité se réunissait à une fréquence assez élevée pendant tout le temps de Mme Ezratty puis d'une manière plus lâche. Dans ce comité, pendant toute cette période, je crois que ça a commencé à être plus effiloché à partir de 1986. Parce que c'est la cohabitation. Et ce ne fut pas sans conséquences. Mme Ezratty est quelqu'un qui avait été au côté de Simone Veil et qui connaissait très bien la santé. Il est clair qu'elle avait une culture de santé. Pendant toute cette période de 83 à 87, il y a vraiment eu une ouverture sur les problèmes sanitaires. Tout a été mis sur la table. Les problèmes de pharmacie, de SMPR. Tous les grands thèmes ont été discutés et débattus avec des représentants de la Chancellerie, de l'Administration pénitentiaire, du Ministère de la Santé, avec Yvette, moi-même et un médecin inspecteur de Fleury-Mérogis. Et au cours de ces réunions des décisions étaient prises sous la forme de circulaires. Donc ma position de conseiller technique, elle était à la fois parce que j'étais temps plein et très souvent on me téléphonait pour me demander un avis sur un patient, pour toute demande d'admission, pour tous les aspects organisationnels. J'ai été dans un certain nombre d'établissements pénitentiaires comme à Clairvaux ou aux Baumettes. J'étais vraiment persuadé qu'il ne fallait pas être déconnecté du milieu pénitentiaire parce que les patients venaient de là. De la même manière quand on travaille à la campagne mieux vaut connaître la culture du paysan. Et le Comité santé justice c'était un élément fort pur mieux connaître cette culture.

E.F : *Il y avait d'autres médecins pénitentiaires à part vous qui intervenaient dans ce comité ?*

P.E : Il y avait Yvette une infirmière mais de mémoire je n'ai pas l'impression. C'était plutôt des administratifs. Médecin départemental, directeur de tel service. Les seuls gens de terrain c'était Yvette, moi, et un psychiatre. Peut être celui de Lyon.

E.F : *Comment se déroulaient ces réunions ?*

P.E : Ben écoutez les premières réunions se sont déroulées dans le salon du Grade des sceaux. Chez Badinter. Donc c'était plutôt [rires] Les premières réunions Badinter était là. Ensuite ça s'est déroulé à l'Administration pénitentiaire. C'était des réunions très libres car il y avait un ordre du jour mais la parole était très libre. C'étaient des réunions qui étaient à dominante sanitaire. Toujours dans l'esprit : « Comment peut on améliorer la prise en charge sanitaire des détenus ? ». Même si on n'oubliait pas la prison. On n'oubliait pas le fait que c'était des détenus et qu'il fallait considérer l'aspect sécuritaire mais le *primo novens* c'était quand même les soins. Il y avait dans ce comité des partenaires comme la Croix Rouge donc dans la négociation si on avait besoin de plus d'infirmières on pouvait en discuter. En prison, il y avait plusieurs types d'infirmières. La Croix Rouge, c'était une soupape de sécurité. C'est à dire que c'est compliqué de créer un poste dans l'Administration pénitentiaire. En revanche c'est plus facile de rembourser ses dettes. Donc au niveau infirmier y avait une ouverture possible. Au niveau médical c'était très compliqué car comment recruter des généralistes en les payant 67 francs de l'heure. Y avait là un problème statutaire impossible à régler. Et l'Administration pénitentiaire se réfugiait derrière des contraintes budgétaires. Au niveau de l'Hôpital de Fresnes on avait réussi à obtenir six postes de médecin temps plein qui ont été transférés en douze postes mi-temps. On en a donné un aux Baumettes et un au Quartier des prisons de Fresnes. Ça ne servait à rien de tout mettre dans l'Hôpital de Fresnes et ne rien mettre à côté. Ne serait ce que par ce que les malades sortant de l'Hôpital de Fresnes allaient passer un deux trois mois à la prison de Fresnes.

E.F : *Justement pour ces recrutements, quels étaient les critères importants ?*

P.E : Pour moi c'étaient des critères de compétence. Savoir faire et personnalité aussi. Quand quelqu'un veut venir travailler en prison pour faire des bonnes actions, moi je suis méfiant. Donc c'était plutôt le savoir faire médical. Je dirai que mon profil de poste c'est qu'il n'est pas question de prendre un médecin très compétent mais très caractériel. Il faut avoir je pense un savoir faire relationnel. Je ne suis pas sûr que tous les recrutements que j'ai faits aient été bons. Avec le recul, je me suis rendu compte des erreurs que j'ai pu faire. J'avais été très content car en 84 j'avais pu obtenir que des postes d'internes soient mis au choix de la région. C'est à dire qu'on puisse recruter. Ce qui



donnait quand même quelque part un mouvement neuf. Un peu quelque chose de neuf. J'avais été en tant que médecin chef confronté à une grève d'internes qui protestaient par rapport à leurs horaires de travail. C'est vrai qu'ils étaient assez mal payés mais j'avais agi pour qu'on ait un organigramme, un planning. On a toujours vécu dans « les internes sont des internes pour l'Hôpital et la prison ». On a pendant longtemps vécu dans cette ambiguïté. Et le statut des praticiens hospitaliers qui était à mi temps favorisait le fait que certains médecins ne viennent qu'en fin de journée. En 83, 84, 85 y a un statut des médecins atypique, les vacataires ne sont pas payés chers mais si on ne vient qu'une fois par semaine ça fait quand même déjà beaucoup. Y avait une stomatologue qui devait faire très bien son travail mais elle était mi temps stomato sur Fresnes et elle habitait Nice. Et donc elle venait une fois par semaine en étant à mi temps. Avec une bénédiction de l'Administration pénitentiaire historique. Alors je me suis mêlé de ces choses là en disant qu'on ne pouvait pas vouloir améliorer la qualité des soins et en même temps accepter cela ! En même temps, je travaillais pour qu'on ait des infirmières hospitalières et ça a marché puisqu'on a attiré à l'époque plein de jeunes infirmières de l'APHP. On a structuré aussi l'équipe au point de vue de la chirurgie. Structurer aussi l'organisation des soins parce que les soins intensifs ont ouvert après la grève de la faim des basques en 84. Des équipements ont été achetés. On a mis en place une salle de réveil. Ces trois années ont été de travail intense. On a eu le recrutement d'une dizaine de postes, un biologiste, un cardiologue, un radiologue... Pendant ce temps là on a participé à des réunions sur un vieux projet de construction d'un nouvel hôpital. Donc la période 83-86 ça a été la remise en ordre de l'Hôpital. On a organisé des consultations centralisées ce qui a conduit à expulser le cardiologue qui vivait dans un... Il s'était installé au second étage. Il était vraiment dans son royaume. On a remis les choses en place en disant que les consultations n'étaient pas sa propriété. Il était tellement propriétaire des lieux qu'il partait avec les clefs du cadenas du chariot de réanimation quand il rentrait chez lui [rires] C'était quelqu'un qui était là depuis quelques années et tout le monde l'avait laissé faire comme ça. Il était aussi médecin chef de la salle des femmes. Donc j'ai dit qu'il fallait qu'une personne soit responsable de chaque secteur. C'était une époque où nous n'avions pas les clefs. Donc les soins étaient sous contrôle de l'accès par les clefs. Avec à l'intérieur de ce système des poches où les gens s'étaient organisés selon leur propres critères. La congrégation religieuse gérait par exemple la cardio, la pneumo et une partie de la consultation et les soins des femmes en totalité. Avec sous leurs ordres des infirmières pénitentiaire ou assistance publique. Dans la salle PRL c'est là qu'aboutissaient les femmes avec une grossesse diagnostiquée. Alors vous imaginez... Les désirs d'interruption de grosse qui arrivent dans la salle PRL, qui est sous la direction de religieuses, qui doivent solliciter l'obstétricien pour faire une intervention. C'était dantesque ! Alors l'obstétricien disait : « Oui, c'est dépassé, le terme est dépassé mais enfin elles sont pas tellement pressées... Si elles avaient agi un peu plus vite ! » Alors on va faire une IVG illégale à l'Hôpital de Fresnes ? C'est pas possible ! Et les clefs, c'est un point très important. Parce que la nuit entre le médecin et le malade il y a comme intermédiaire un surveillant qui doit être appelé. S'il est déjà à l'autre bout de l'Hôpital, on l'attend. Même si le détenu est en arrêt cardiaque ! Moi j'avais obtenu des cellules spéciales où le personnel soignant de garde avait les clefs pour que dans chaque service on ait trois cellules où l'infirmier de nuit puisse intervenir sans le surveillant. C'était toute une période de réflexion sur comment organiser les soins en tenant compte des impératifs pénitentiaires. Il fallait tenir compte de toutes les règles de sécurité même si elles pouvaient sembler absurdes. Je me souviens d'un patient qui était tétraplégique qui était un grand proxénète. On a incarcéré un patient qui était une planche végétative. Il n'avait aucun mouvement des bras et des jambes. Il n'était pas du tout autonome dans sa vie quotidienne. Et il était incarcéré comme détenu particulièrement dangereux [passage sur le handicap] La question de l'insuline par exemple. Est-ce qu'on peut laisser un malade détenu faire son insuline. La réponse c'était non car il peut tenter de se suicider. Mais pour conserver son insuline, il fallait qu'il ait un réfrigérateur. Donc on revenait sur la question de la vie quotidienne en milieu pénitentiaire. Il n'était pas possible d'envisager que tous les diabétiques insulino-dépendants soient hospitalisés à l'Hôpital de Fresnes.

*E.F : Par rapport à ces contraintes pénitentiaires est ce que vous avez envisagé à un moment de démissionner ?*

*P.E : J'y ai pensé à la fin de l'année 84 quand j'ai écrit mon rapport car je me suis dit que je ne pouvais pas continuer. Moi la clinique c'était service des admissions, service des soins intensifs, la consultations de gastroentérologie, je recevais des patients de médecine. Mon bureau dans ma fonction*

de coordinateur. Plus le comité santé justice. Plus le téléphone qui sonnait. Des fois à peine je raccrochais pour aller voir un patient, le téléphone sonnait : « Allo, y a un gréviste de la faim.. ». Je raccroche et on me dit alors d'aller au service des admissions. Je m'étais alors dit que je ne pouvais pas continuer tout seul. J'ai eu un deuxième coup de blues fin 86. Le sida avait commencé à émerger. J'ai démissionné du Comité santé justice en disant que je n'avais pas obtenu les renforts de moyens. Là j'ai baissé le pied et ça s'est passé au moment où il y a eu la cohabitation. Et l'Hôpital de Fresnes est devenu établissement hospitalier public et on a mis en place une commission consultative à laquelle j'ai décidé de ne pas me présenter. Ce d'autant que je pense que je n'aurai pas été élu par mes collègues de l'Hôpital de Fresnes parce que j'avais trop bougé l'organisation intérieure et ça a dérangé les habitudes. Donc je me suis redéployé sur une activité de temps plein de médecin au service des soins intensifs. Donc je me suis concentré sur l'activité clinique d'autant plus que ça a été la période sida. Entre 86 et 88 j'ai quitté une fonction de médecin, du Comité santé justice, pour me recentrer sur les activités cliniques et sur la recherche. Le sida a commencé pour moi en 84, l'activité a commencé à croître à la fin de l'année 85 et en quatre ans je suis vraiment devenu spécialiste du sida. C'est une pathologie que j'ai découverte dans le sens où je ne suis pas infectiologue. Mais étant interniste, je me suis impliqué dans le sida parce que dans le service des admissions et des soins intensifs j'ai été confronté à la prise en charge des malades du sida. Et puis j'ai commencé à faire des études dès 85 sur la prévalence du VIH chez les toxicomanes puis le dépistage systématique des entrants. J'ai fait aussi deux contrats de recherche avec le DGS sur le risque de contamination et l'autre sur les seringues. Donc c'était la période recherche.

*E.F : Vous demandiez l'accord de l'Administration pénitentiaire pour faire ces études?*

*P.E :* Oui bien sûr. J'ai informé l'Administration que j'allais faire des recherches sur le sida. J'ai fait les travaux sur les dons du sang à la prison de Fresnes. Le CTS m'avait envoyé un ou deux courriers me sollicitant sur le sida post transfusionnel. Et je me suis dit qu'on était vraiment à risques avec la toxicomanie. J'ai fait ces études en mars-avril-mai, fin mai et fin juin j'ai fait les études sur les dons du sang. Et là on était parfaitement au clair sur les risques concernant les transfusion et j'ai donné toutes ces informations par courrier auprès du directeur de l'AP, de la Chancellerie et du CTS. Toute cela est parti par chauffeur. On était quand même dans l'ambiance où quelques mois plus tôt l'infirmerie de la prison de Fresnes avait brûlé. Il y avait une tension extrêmement forte et donc on regardait à deux fois non pas sur les mesures à prendre, il s'agissait d'arrêter les dons du sang, mais sur la façon dont on le faisait. L'Administration pénitentiaire était d'accord pour arrêter mais elle ne disait rien. C'est là où il y a eu un silence, ce silence je dirais. Toutes les consignes ont été données par téléphone. Dans une administration qui est d'habitude très militaire, Mme Ezratty craignait qu'il y ait des violences et paniques en prison donc on a dit on va contacter les prisons par téléphone pour arrêter les dons du sang. Le problème c'est qu'il n'y a pas eu véritablement de message fort passé par le ministère de la Santé vers les centres de transfusion. On avait prouvé que les collectes étaient dangereuses et économiquement non valides. Donc le message c'était « arrêt complet ». Et le CTS de Créteil me disait : « Pour nous c'est embêtant, on a besoin de sang et vous avez 250 donneurs et c'est important ! ». Et ça c'est des propos qui datent d'avril ou de juin et après ils se sont arrêtés. Je me souviens une fois que le Comité santé justice s'est réuni en septembre, on a tiré le bilan en disant que le message d'arrêt des collectes avait été passé vers l'ensemble des structures. Le problème c'est qu'il aurait fallu s'assurer de l'effectivité de cette circulaire orale. Mais le problème c'est que comme on passait d'un sujet à un autre on avait pas le temps de s'apercevoir quelle était l'effectivité de ce problème. On est passé à autre chose. En 86 la cohabitation s'est instaurée et j'ai été envoyé en temps que spécialiste du sida à l'OMS. J'avais organisé un colloque en 86 à la Pitié sur le sida en prison. *Médecins du monde* a fait à ce moment en septembre 86 un colloque sur le sida et ils m'ont demandé. J'ai écrit mon intervention une demi heure avant car je ne savais pas quoi raconter. Je suis revenu avec les recommandations de l'OMS et donc j'ai organisé mon intervention de la façon suivante : L'OMS dit, deux point une phrase. « En France on applique pas ça ! » L'OMS dit [ceci]. « En France on fait ça » ! [rires] Alors y avait Dinthillac qui faisait des bonds. Il était là pour représenter l'Administration pénitentiaire et il m'a dit : « Mais c'est scandaleux ! ». Il est resté pendant longtemps au bureau de l'individualisation. Je suis rentré dans cette période dans le sida à plein pot. J'ai soigné environ 300 sidas et 1000 ou 2000 séropositifs. Donc ça a été une période clinique très forte. Quand le DAP a organisé en décembre 1987, un colloque organisé avec Solange Troisier qui m'a dit à cette occasion :

« Vous m'avez volé le sida en prison ! ». J'avais pris une casquette technique de spécialiste du sida en prison. Le contenu de son rapport s'appuyant sur plein de choses écrites, elle était assez liée aussi avec Alain Pompidou qui était conseiller au ministère de la Santé. C'est un moment où il y a eu des liens forts avec les hôpitaux. Arrive la cohabitation. On est moins dans une réforme sanitaire des prisons. On est plus dans les prisons privées. Et à ce moment là le niveau d'action quant à une réforme du système sanitaire baisse, il est plus orienté vers une privatisation du système de santé. Le Comité santé justice baisse en réflexion. Et à ce moment là y a la division sida de la DHOS qui arrive. Dans la période d'émergence du sida, le principal interlocuteur c'était quand même la mission sida avec Gabriel Bez. Moi je me souviens de m'être battu pour une harmonisation des protocoles thérapeutiques dans les prisons. Ça veut dire qu'on s'est battu pour avoir le rétrovir et l'AZT et l'Administration pénitentiaire freinait des quatre fers. Et le coup de boutoir du sida a été de dire qu'il fallait créer des antennes CISIH dans les établissements pénitentiaires. Ce qui a fait qu'on a vu Gastaud à Marseille, Dellamonica à Nice, Armangaud à Toulouse. J'avais ces correspondants là. On demandait dans les villes principales aux chefs de service de mettre des moyens à disposition en termes médical [...] Le problème est que quand vous êtes dans une organisation, soit vous adhérez à l'organisation soit vous en sortez. Si vous gueulez vous en sortez. Je me rappelle très bien d'un généraliste qui s'était mis en opposition justement contre l'organisation et au bout de trois mois il est parti. Il est parti parce que quand il arrivait il lui fallait une demi-heure pour rentrer mais il fallait sortir il lui fallait aussi une demi-heure. Vous avez le système entre le médecin et ses patients. Alors quand on vit en conflit avec le système vous ne pouvez pas tenir. Alors on peut manifester son indépendance avec autorité et calme ce que j'ai fait à l'Hôpital de Fresnes. Mais à l'Hôpital de Fresnes j'avais une position privilégiée parce que j'avais un bureau, j'avais un téléphone, j'avais une compétence reconnue... On pouvait pas m'emmerder si ce n'est le directeur. Un soir le directeur m'arrête à la porte alors que j'étais en train de partir et me dit : « Est ce que vous pouvez rentrer parce qu'un détenu va être libéré mais la Chancellerie ne peut pas signer et il ne sortira pas avant lundi. Donc est ce que vous pouvez me faire un certificat disant qu'il sera encore vivant lundi ? ». Je lui ai dit que je ne remplirai jamais son certificat ! C'était absurde ! Ils avaient la trouille car ils ne pouvaient pas avoir la signature du garde des sceaux avant lundi et ils voulaient se couvrir. [...] Et en 87 on a réussi à obtenir d'avoir un budget spécifique pour l'Hôpital de Fresnes. C'est à dire qu'on sortait du carcan d'être sous l'emprise financière du budget de la prison. Pendant des lustres le budget était géré par le directeur. Donc j'allais voir le directeur de la prison. Il gérait tout le budget. A un moment le directeur de la prison voulait prendre une partie de notre budget pour refaire deux miradors. On a gueulé ! Ils l'ont fait quand même. Mais ça a bougé. On a quand même refait la salle de réveil. Ça a changé les choses [époque les fins de vie]

### **TROISIEME ENTRETIEN**

P.E : À l'intérieur du système pénitentiaire, toutes les pathologies sont plus fréquentes qu'à l'extérieur de la prison. En tant que médecin, j'ai analysé ma fonction à l'intérieur du système en fonction du système. Donc les décisions que j'ai pu prendre en tant que médecin ou en tant que responsable du service, je les ai prises après avoir vraiment réfléchi au rôle du médecin dans l'institution pénitentiaire. Ce qui fait que je me retrouvais parfaitement en phase avec la pensée d'un médecin dans une prison quelle qu'elle soit. Pourquoi j'ai adopté cette attitude ? Parce que j'ai fait beaucoup de remplacements dans des petits villages, dans des villes moyennes, dans des banlieues. Ce qui fait que la manière dont on prend en charge la santé est fonction de l'endroit où l'on se trouve. On ne prend pas en charge un malade de la même façon que l'on se trouve à Bourg en Bresse ou à l'Hôtel Dieu de Paris. Et c'était quelque chose que je ne retrouvais pas forcément à l'hôpital de Fresnes où les médecins étaient là un peu dans une position de piédestal : « Je suis médecin hospitalier, je suis médecin hospitalier, quoi ! ». Ce qui fait que quand je suis arrivé en 1982, j'ai milité fortement pour que l'on passe au statut hospitalier. Et c'est vrai que ce statut hospitalier leur a presque donné des galons ce qui fait que leur pensée n'était pas toujours connectée avec les besoins. Il y avait quand même un fossé. Et le fait de leur avoir attribué un statut hospitalier ça les a conforté. De mon point de vue on ne pouvait pas travailler en prison sans se connecter aux besoins réels des différents établissements. En clair, si je renvoie un handicapé physique paraplégique dans une prison qui ne peut pas accepter de fauteuil roulant et qui n'est pas adapté... Il n'est pas concevable qu'on ne tienne pas compte de ça. Idem pour le diabétique ou l'infarctus du myocarde. Il faut bien prendre en compte les procédures administratives

aussi. Il y a une circulaire sur la procédure d'admission à l'Hôpital de Fresnes. Il y a une circulaire qui dit la manière dont un malade peut être amené à Fresnes. C'est une circulaire très administrative qui voyageait dans les circuits administratifs avec les lenteurs administratives classiques. Ce qui fait que le malade pouvait très bien repartir de l'hôpital de Fresnes quand la procédure d'admission arrivait via le courrier. En fait il s'agissait d'une régularisation. Souvent elle arrivait en même temps que le patient. C'était une procédure complètement obsolète [...]

E.F : *Alors moi ce qui m'intéresse c'est l'APSEP qui me semble être un moment important...*

P.E : Alors l'APSEP, c'est une association. Et pourquoi est ce que j'ai créé cette association. L'idée était, j'étais en prison dans un poste officiel et quand on veut faire avancer une organisation on est confronté à des problèmes de moyens. Les moyens donnés sur l'hôpital de Fresnes étaient des moyens hospitaliers mais il y avait peu de moyens pour faire avancer la réflexion sur la santé en prison. Donc l'idée a été de réunir quelques médecins pour réfléchir et faire des propositions. Alors cette association a été le support qui a notamment permis de faire plusieurs études. Une première étude sur le dépistage du sida en prison, une autre étude sur la prévalence en milieu pénitentiaire qui avait été faite en envoyant une lettre à l'ensemble des médecins pénitentiaires de France qui a permis de sortir un premier chiffre de prévalence de séropositivité qui était de 6%. Donc pour moi cette association a été un support, c'est-à-dire un moyen pour sortir des données chiffrées, des propositions et des suggestions. J'avais obtenu deux contrats de recherche financés par la DGS. Un premier contrat sur l'échange des seringues pour savoir si la mise en vente libre de seringues avait changé quelque chose sur les toxicomanes, l'idée étant que ceux qu'on voit en prison sont les plus marginalisés. J'ai fait cette étude en 86-87 à la prison de Fresnes. J'ai fait une autre étude sur le risque de contamination en milieu carcéral. L'émergence du sida en prison pour moi en prison ça a été en 84. Pourquoi ? J'avais été à un staff chez mon ancien patron à Bicêtre où un interne avait présenté un cas de contamination VIH chez un toxicomane qui avait des ganglions et moi je me retrouvais à Fresnes avec plein de toxicomanes avec des ganglions ! Pendant six mois j'avais mis deux étudiants sur des thèses, la première a porté sur la séroprévalence chez les toxicomanes et la deuxième a porté sur la séroprévalence chez les entrants en prison. Ces deux thèses se sont déroulées en 1985 avec les moyens du bord, c'est-à-dire que les prélèvements sanguins étaient effectués par les infirmiers, M. Gaudel et M. Marty. Tous les prélèvements ont été traités par le CNTS. Il y avait très peu de cas de sida car mon premier cas de sida proprement dit je l'ai trouvé au mois de mai juin 1985 chez un toxicomane américain. C'était un problème je me suis rendu compte qui concernait très peu l'Hôpital de Fresnes mais beaucoup les établissements pénitentiaires où il y avait beaucoup de séropositifs. J'ai alors commencé à effectuer des travaux sur la prison de Fresnes. C'est comme ça que j'ai créé cette association qui était pour moi un support me permettant d'avoir de l'argent qui me permettait de faire des travaux de recherche.

E.F : *Parce que l'Administration pénitentiaire ne pouvait pas vous financer ces travaux ?*

P.E : Non, c'était totalement impossible pour deux raisons. Déjà parce qu'il y avait très peu de moyens en personnels infirmier à la prison de Fresnes. On galérait... j me souviens par exemple qu'un hiver je faisais ma consultation et il faisait tellement froid que je m'étais débrouillé pour acheter un petit radiateur électrique pour la consultation. Parce qu'il faisait tellement froid que ça devenait gênant de dire « Déshabillez vous » au patient alors qu'il y avait un peu au dessus de zéro. Et lorsque je suis revenu la semaine suivante on m'a dit que l'administration avait retiré le radiateur. Pourquoi ? Alors, déjà parce qu'il y avait de la dioxine dans le transformateur de la prison et comme de plus les détenus trafiquent l'électricité on supprime tout ce qui peut mettre une pression forte sur le circuit électrique de peur que ça fasse exploser le transformateur de la prison. Alors imaginez si je pouvais demander au directeur des crédits pour faire des recherches ! [rires] En plus, il n'y avait pas de secrétaire médical. Il y avait des surveillants avec des blouses blanches. Il y avait des détenus et moi je me suis demandé à un moment s'il fallait continuer à travailler dans ce système là. Je me suis dit que de toute façon si je n'y étais pas, il y aurait eu quelqu'un d'autre et que de toute façon même en gueulant, le système était tellement vérolé de l'intérieur. Engrangé dans des habitudes qu'on ne change pas comme ça. Le vrai problème était le changement de tutelle. La première fois que j'ai proposé dans un rapport la mise sous tutelle de l'Hôpital de Fresnes du ministère de la Santé, c'était à la fin des années 85. Ça s'est passé par un rapport qui est monté tout là haut, là haut. Je pensais la même chose pour la prison de Fresnes mais c'était beaucoup plus compliqué parce que les détenus dans la prison ne sont pas des malades. Sauf,

qu'ils sont dix fois plus malades que la population générale. Il n'y avait pas de levier suffisamment fort à ce moment là pour pouvoir enclencher un transfert de tutelle des infirmeries des prisons.

*E.F : Cette question avait été évoquée au sein de l'APSP ?*

P.E : ça avait été évoqué mais à ce moment là, on était encore à des années lumières. C'est-à-dire qu'on était essentiellement dans l'analyse de la situation. L'APSP a vraiment permis de dresser cette analyse. J'ai obtenu des crédits du ministère de la santé pour effectuer ces travaux de santé publique. Mon sentiment était qu'il fallait apporter une clarté sur cette question de la santé en prison pour pouvoir aller plus loin. La première étape a été de faire ces travaux pour pouvoir dire la réalité. Parce que c'est en disant la réalité qu'on pouvait aller plus loin. Donc 85 les premières études. 86, des crédits qui arrivent et j'ai pu recruter un médecin qui a réalisé une étude sur le dépistage du VIH en prison et on a pu analysé les risques de contamination en milieu carcéral. Nanti de toutes ces études, j'ai pu réaliser un colloque à la Pitié en février 86. Ce colloque a pu s'organiser parce que l'APSP existait. Il y a eu un financement de l'AP mais j'avais un secrétariat, j'avais un petit local en dehors de la prison où on avait pu mettre des médecins qui travaillaient. Le but était de présenter un tableau descriptif de la santé en prison. Donc deux rapports ont été fait. Un rapport sur les toxicomanes en prison, avec l'évolution depuis la vente libre de seringues, et un autre rapport sur la contamination en milieu carcéral. On avait monté un petit questionnaire qu'on avait mis dans une urne sur les comportements sexuels des détenus. Tout ceci a fait l'objet de communications lors du congrès mondial du sida à Montréal. Peut-être que le plus important c'est ce rapport qui a été fait à la suite de deux jours de travail en janvier 88. Cette note de synthèse décrivait les caractéristiques de l'organisation des soins en prison. Tous ces documents ont été diffusés auprès des établissements et auprès des ministères de la Justice et la Santé. Je dois dire qu'après les années Ezratty qui ont été des années d'analyse et de remise en forme de l'organisation sanitaire en prison. Le comité santé justice proposait des mesures correctrices. Le ministère de la Santé intervenait en tant qu'instance de contrôle mais jamais en termes de responsabilité. A chaque fois qu'on parlait de transfert de tutelle... ça levait les bras au ciel du côté du ministère de la Santé qui disait : « Mais comment, on ne va pas prendre en charge cette population où il y a a plein d'étrangers... ça va écouter tellement cher à la Sécurité sociale que cela est exclu ». ça c'était des débats qu'on entendait pendant les années Ezratty. Il y a eu des séances où la Sécurité sociale était invitée. Elle était soit absente physiquement, soit absente... présente virtuellement ! [Rires]

*E.F : Mais il y a avait des gens plus ouverts si je puis dire au ministère de la Santé ?*

P.E : Alors ce qu'il faut voir c'est qu'il y avait un certain nombre de choses qui étaient tellement dysfonctionnantes qu'elles ont été stoppées. C'est par exemple l'histoire des lunettes ou des dents. Les médicaments et l'accès des surveillants aux médicaments, c'était des déclarations d'intention. Malgré nos demandes, il est clair que ça continuait à se faire. Si je raisonne par rapport au directeur pénitentiaire. Zakine ne s'est pas tellement préoccupé des questions de santé dans les prisons mais il s'est préoccupé des problèmes médiatiques qu'il y avait à l'Hôpital de Fresnes avec certaines morts. Bon. Je me souviens très bien quand je suis retourné le voir pour lui demander un certain nombre de choses. Mme Ezratty s'est intéressé beaucoup plus au problème de la santé dans les prisons ce qui fait qu'elle a résolu un certain nombre de problèmes, notamment à travers le Comité santé justice. Sachant que le vecteur de ces décisions était un magistrat qui était quand même très pénitentiaire. Je pense qu'il obéissait aux ordres qu'il recevait mais il était avant tout d'obédience pénitentiaire ce qui fait que ça a eu un effet de frein sur les mesures que Mme Ezratty pouvait proposer. Ça a eu un effet de frein. Concrètement, comment voulez vous qu'un magistrat du ministère de la Justice écrive une lettre sur l'éducation pour la santé alors qu'il ne connaît rien à l'éducation pour la santé. C'est gentil mais... Et comment voulez vous qu'il écrive une procédure concernant l'admission des détenus à l'Hôpital de Fresnes qui soit en phase avec la réalité. Il fallait déjà lui apprendre la médecine avant de... Il a fini par avoir une teinture médicale mais... je vais faire une comparaison mais quand vous êtes à l'Hôpital de Fresnes et que vous avez un surveillant avec une blouse blanche et qui la veille était surveillant, quand vous avez un détenu qui a une blouse marron et qui est un classé et qui est au milieu des dossiers et qui peut tout manipuler... comment voulez que ça fonctionne convenablement ? De la même manière, au ministère de la Justice ce qu'on a fait c'est qu'on a mis un magistrat à qui on a mis une blouse blanche et qui devait ainsi le gestionnaire des problèmes de santé. Donc vous avez

conscience qu'il n'avait pas véritablement une culture sanitaire, qu'il écrivait en consultant le ministère de la Santé mais on était quand même dans une attitude frénatrice. Il n'y avait pas vraiment toujours une prise en compte des aspects concrets. Mon sentiment est qu'il y a eu la cohabitation en 86 et il y a eu aussi la transformation de l'Hôpital de Fresnes en hôpital public. Je suis sorti du rôle de médecin directeur et le président de la CME a été élu. Je considérais qu'il fallait que les médecins soient indépendants et qu'ils aient un statut hospitalier, ne serait ce que pour ne pas avoir de pressions administratives dans la prise en charge des patients. Et comme j'avais cette indépendance, on n'a pas pu me virer. Parce que cohabitation, on aurait pu dire : « Espinoza, viré ». Je suis resté chef de service et je suis rentré dans les études sur le sida [...] Après le départ d'Ezratty les choses ont été plus évanescences. Son successeur était fade sur la question de la santé en prison. Donc celui qui portait cette question là c'était Dinthillac. Je suis parti au congrès de l'OMS en novembre 87 à Genève sur proposition de Jean-Pierre Dinthillac. Bonnelle n'était pas investi. Je me souviens avoir aussi rencontré le fils Pompidou qui était conseiller technique au ministère de la Santé et qui m'avait demandé s'il ne fallait pas mettre de l'eau de Javel pour que les détenus trempent leur sexe dans l'eau de Javel [Rires] J'avais trouvé cela grotesque ! Il ne connaissait rien et il était conseiller technique. Il y a eu aussi un rapport de Solange Troisier qui s'est retrouvée investie de cette mission sur le sida. Il ya eu un colloque à Fleury où elle a présenté les conclusions de son rapport. J'y étais, je l'avais rencontré et elle m'avait dit que je lui avais volé le sida. Elle avait mal vécu d'être éjecté de cette fonction de médecin inspecteur. C'est aussi la période où ont émergé les premiers traitements. C'est aussi la période où s'est posée la question de l'application de ces traitements en milieu carcéral. L'Hôpital de Fresnes n'est que la partie immergée de l'iceberg. Quand on parle de 6% de séropositifs en prison, c'était fait avec les moyens du bord. C'étaient pas des moyens officiels du ministère de la Justice, ni du ministère de la Santé. C'étaient des contrats de recherche qui me permettaient de faire quelques recherches épidémiologiques. Mais c'était pas une commande officielle du ministère de la Santé. J'avais contacté les gens de l'INSERM d'ailleurs en leur disant : « Vous deviez venir travailler avec nous parce qu'il y a de vrais problèmes sanitaires en milieu carcéral ». Mais c'était pas du tout dans l'esprit des gens du ministère de venir travailler en prison à l'époque. Les seules études INSERM menées en prison concernaient la toxicomanie. Pour moi cette période était une période de démonstration et d'analyse afin de démontrer à la fois le poids sanitaire qui incombait au ministère de la Justice et l'énormité de ces questions, avec l'idée un peu paradoxale... D'une part, est-ce que les détenus ont accès aux soins ? J'avais mis un étudiant en thèse, le Dr Lamour, un médecin du COMED, un service qui s'occupe des migrants en situation irrégulière à Bicêtre, et Veisse. Ils ont été tous les deux internes résidents. C'est ça qui était intéressant. Le fait d'avoir mis l'hôpital de Fresnes dans le système public fait que nous avons reçu des internes. Ce n'était pas des gens qui venaient travailler en prison mais c'étaient des gens qui voulaient choisir un stage et comme il y avait la possibilité de venir à l'Hôpital de Fresnes, on venait en prison comme on aurait pu aller dans n'importe quel autre hôpital. Et ce sont des gens qui ont fait leur thèse à l'Hôpital de Fresnes. Et l'irruption dans la prison de ces gens extérieurs est quelque chose de très important dans la période 86-90. Parce que ça a apporté du sang neuf, ça a permis de décroquer l'hôpital, ça a bousculé l'administration parce que les gens choisissaient le jeudi et ils venaient travailler le lundi alors qu'avant il fallait au moins un ou deux mois pour recruter quelqu'un. Donc ça bousculait les procédures administratives. Lamour avait compté le nombre de consultations par détenu et il s'était rendu compte qu'il y avait un nombre de consultations très importante. Ce qui signifiait que les gens qui ne consultaient pas de médecin à l'extérieur allaient prendre en charge leur maladie une fois arrivés en prison. Il y avait un accès au soin quelque part. Même si les soins étaient moins bons qu'à l'extérieur, certains avaient recours au système médical en prison alors qu'ils ne le faisaient pas à l'intérieur. Alors après il y avait un système pervers. C'était des détenus classés en blouse marron qui organisaient la consultation du médecin. Donc c'est le détenu classé qui a le pouvoir de mettre cette demande là dans une consultation ou alors de déchirer la lettre et de la mettre à la poubelle.

E.F : *Je suis surpris parce que je pensais que c'était les infirmières qui faisaient ce tri ?*

P.E : Pas du tout. A un moment on s'est retrouvé avec trois infirmiers. Il y avait deux infirmiers. Un surveillant qui avait passé son diplôme d'Etat et une infirmière pénitentiaire qui est tombée malade. Il y avait un autre infirmier pénitentiaire qui s'est cassé la patte. Il ne restait donc plus que cet infirmier et moi. On s'est retrouvé tous seuls. Dans la vie de la prison, l'accès au soin était un accès filtré par

des détenus en blouse blanche. C'était la réalité classique des années quatre-vingt [...] Tout cela se passait sous contrôle du directeur qui regardait par exemple qui était mis classé. Parce que dans le passé il y avait eu des histoires. Il y avait un détenu qui avait posé une demande de grâce médicale en utilisant la copie d'un dossier médical d'un autre patient. De plus on interdisait au médecin, quand un détenu était extrait pour l'Hôpital, de donner le jour et l'heure. Sauf que c'était écrit dans les dossiers médicaux qui étaient dans les mains des détenus ! C'était aberrant ! Après j'avais obtenu en 85 qu'il y ait des postes d'infirmiers dans le cadre d'une convention avec l'assistance publique. Il y a eu aussi plus d'infirmières Croix-Rouge.

E.F : *Et comme médecins il y avait qui au Grand quartier ?*

P.E : Quand je suis arrivé, il y avait deux médecins qui étaient Schmidt et Hindermayer qui ont été virés tous les deux pour défaut de présence. Effectivement ils étaient temps plein. Hindermayer venait deux matinées par semaine, en arrivant à 10h30 et en partant à 11h30 et on peut le comprendre parce qu'il était médecin chef de service à Montreuil. L'administration pénitentiaire n'avait pas respecté la loi. Donc deux ans après ils ont été réintégrés en recevant un rappel de solde et quand ils sont arrivés ils ont démissionné [rires]. Ils sont partis avec leur pactole. L'un est parti mais l'autre est resté parce qu'il était tellement mauvais. Et pendant toute cette période il n'y avait personne. Jean Kergoyan est devenu médecin-chef et Jacqueline Tuffelli est arrivée peu de temps après. Quand Jacqueline Tuffelli est arrivée on avait déjà un peu émergé. On avait déjà une ou deux infirmières dans chaque infirmerie. On avait aussi des locaux un petit peu mieux aménagés. Il y a quand même eu des petites choses qui avaient été faites. On était quand même plus dans le marasme de 82-84 [...] ça a évolué avec l'arrivée de médecins vacataires CISIH. Il y a eu des choses qui ont été faites au sujet des détenus handicapés physiques. Des aménagements ont été réalisés. Ce qui ne bougeait pas c'était le séjour des détenus sortants au Grand quartier des prisons de Fresnes. Le plus important ça a été les détenus handicapés physiques et la prise en charge du sida. Peut-être aussi la pharmacie et le laboratoire. Parce qu'à l'érection de l'hôpital public, non seulement il y a eu un nouveau statut mais il y a eu aussi des postes. C'est-à-dire que sept postes temps plein ont été enfin créés. Ce qui témoignait d'une volonté de renforcement de l'hôpital. J'ai milité alors pour que ces postes soient transformés en postes mi-temps, sachant que pendant des années j'ai été médecin temps plein mais j'étais coordinateur. La question qui se posait c'est est ce qu'on peut être médecin temps plein derrière les barreaux ? [...] Blacraquin n'était pas un mauvais médecin mais je pense qu'il avait beaucoup trop de trucs au dessus de sa tête. Il ne m'a pas donné le sentiment d'être un mauvais médecin mais il était très féru de son autorité. Ce qui fait que les relations entre Blacraquin et paraison n'ont pas toujours été très bonnes. C'est-à-dire qu'à partir d'un certain moment, il pouvait y avoir des détenus qui faisaient balle de ping-pong entre Fleury-Mérogis et l'Hôpital de Fresnes. Ça veut dire que parce que le docteur machin n'aime pas le dicteur truc il va renvoyer le patient.

E.F : *Et donc selon vous c'est pour cela que l'Administration a voulu se débarrasser de lui ?*

P.E : L'administration devait sûrement avoir sur lui aussi des dossiers un petit peu... En 85, quand j'ai fait stopper les dons du sang à l'Hôpital de Fresnes. J'ai informé Blacraquin en lui disant il faut arrêter les dons du sang. Je l'ai à la fois informé oralement, par écrit... donc il le savait. Euh... je ne suis pas sûr que ce soit lui qui ait pris la décision de stopper. Je ne suis pas sûr que ce fut arrêté tout de suite. Alors qu'il avait l'autorité pour le faire. Mais il était un peu mou quand même. Je crois que si vous mettez... Il fallait être solide, il fallait être solide pour diriger Fleury-Mérogis ! Si vous mettez quelqu'un comme ça... [...] Xavier Emmanuelli avait beaucoup de relations publiques, des liens fort avec la Pitié. Il avait quand même des bases à l'extérieur qui lui permettaient d'avoir à l'intérieur une présence. Non seulement une présence médicale avec une autorité médicale supérieure à celle de Blacraquin. Des relations à l'extérieur pour faire hospitalier les malades qu'il voulait. Je pense qu'il était appuyé par le ministère de la Justice mais pas directement. Par ricochet si je puis dire. Il n'a pas été conseiller là-haut, là-haut. Mais je pense qu'il connaissait des gens qui pouvaient agir là-haut, là-haut. On avait organisé une formation sur le sida avec lui au sein de la Croix-Rouge française. C'est sûr qu'on pouvait travailler plus facilement avec Xavier Emmanuelli qu'avec Blacraquin. Il a été dans sa lignée de carrière. Il s'est forgé une opinion sur le milieu carcéral mais il n'y a pas pris son véritable envol [...]

E.F : *Pour cette tribune dans le Monde vous aviez demandé l'autorisation à l'Administration Pénitentiaire ?*

P.E : Non, non et quand j'ai écrit, quand je suis revenu du congrès de l'OMS, j'ai participé à un congrès de médecin du Monde où j'ai dit ce que l'OMS devait faire. J'ai pas demandé l'autorisation de M. Dinthillhac qui était dans la salle. J'ai pas arrêté de dire ce que je pensais. Il avait pas apprécié mon intervention du tout parce que lui il était Administration pénitentiaire. Mais c'était la règle du jeu. A partir du moment où l'on est indépendant on dit ce que l'on pense.



## ANNEXE 38 : ENTRETIEN AVEC JEAN FAVARD

Favard Jean, magistrat à la DAP de 1970 à 1975 puis Conseiller technique du ministre de la Justice de 1981 à 1986. Président de la fondation d'Aguesseau. Entretien réalisé le 10 janvier 2008 au siège de la fondation d'Aguesseau (Paris). Durée : 3H00.

Ne sont cités ici que des extraits choisis.

J.F : Quand je suis arrivé au ministère en tant que conseiller technique et que je leur ai demandé les projets qu'ils avaient [l'Administration pénitentiaire] en matière de santé... Il n'y avait rien ! Et j'ai conservé le projet de note qui avait été fait par l'Administration... Je l'ai conservé pour l'histoire parce que... C'était nul ! Y avait rien ! Je veux dire par là que l'Administration pénitentiaire n'avait pas l'ombre d'une idée sur la question. Et vous verriez la note et celle qui fut signée par le ministre après que je l'ai corrigée... Ce sont deux choses complètement différentes ! Dans un cas, on négotiait je ne sais pas quoi... toujours en interne ! Et dans l'autre, c'est l'ouverture complète ! C'est le processus de décroisement qui est entamé. Et après l'Administration a suivi mais au début il n'y avait rien. Moi, je n'avais pas non plus en tête un projet spécialement défini mais tout de même l'idée de départ c'était d'ouvrir, c'est ce qu'on a appelé le décroisement. Alors, médecine pénitentiaire, je n'aime pas ce terme parce qu'il n'y a pas de médecine pénitentiaire. C'est avant qu'il y avait une médecine pénitentiaire, avec des médecins pénitentiaires, avec des cours de médecine pénitentiaire. Quand on prononce ces mots, d'une certaine manière, on revient à l'autarcie d'avant. Et nous, tout ce qu'on a essayé de faire, c'est de décroiser, décroiser au point de vue culture, décroiser au point de vue travail, décroiser au point de vue médecine. C'était un bon truc pour aller chercher de l'argent dans les autres ministères. Puisqu'on nous en donnait pas autrement. Mais en même temps, un processus plus en accord avec les règles européennes qui commençaient à s'instaurer et, d'autre part, aussi, un processus de réforme qui a duré. Parce que vous voyez ça a commencé en 1982 et ça s'achève en 1994. Et donc si vous voulez, quand on regarde aujourd'hui avec un peu de recul... Je l'explique dans mon livre. C'est-à-dire que le processus on l'a commencé par la question de l'inspection. L'idée étant qu'on s'inspecte pas soi-même. Donc une inspection intérieure n'est pas une vraie inspection. C'est quelque chose qui permet de lever le voile sur plein de trucs.

E.F : *Et qu'est ce qui vous a fait arriver à cette idée ?*

J.F : Ben Mme Troisier justement. Parce que elle, c'était la perversion totale... elle était médecin-inspecteur [...] Elle était copine avec Mme Messmer. Elle a été imposée. C'était une politique. Si vous voulez, d'un mal il fait faire un bien et il y a quand même très très longtemps qu'il y avait des discussions sur la nécessité d'avoir une inspection interne. C'est vrai qu'un seul inspecteur pour 180 établissements pénitentiaires, plus des médecins recrutés par l'AP, plus le fait que l'Etat ne vous donnait aucun autre moyen. On vous donne des surveillants, on vous donne de quoi nourrir les détenus mais dès qu'il s'agit d'autre chose, de sport, de médecine... Quand il fallait racler les tiroirs, c'est toujours là-dessus que ça se raclait si vous voulez. Donc y avait un problème de simple financement, et même d'autarcie avec le vieillissement des médecins pénitentiaires toute leur vie. On s'était accommodé d'un système qui ne fonctionnait plus du tout [...] Et puis en 81 quand on arrive, l'idée c'est quand même de moderniser le système. On s'aperçoit qu'à Fresnes et aux Baumettes qu'au point de vue médical c'était n'importe quoi ! Quand j'arrive en 81, Troisier vient me voir [fait une légère pause] Alors ça, je vous le dis pour que vous le compreniez mais j'ai rien d'écrit. C'est parole contre parole. Je peux vous dire qu'elle est venue me voir. Elle m'a expliqué que bon... elle était gaulliste de gauche... On pouvait s'entendre en quelque sorte. Bon, moi, je suis pas politique. Si j'arrivais avec Badinter, c'est bien sûr que j'étais plutôt à gauche mais je vivais pas ce truc comme quelque chose de politique. Donc déjà, elle était décalée par rapport à ça. Moi je m'en foutais qu'elle soit gaulliste de gauche ou de droite ! Si elle faisait bien son travail, le problème n'était pas là... Et alors, au bout d'un petit moment, y avait des grévistes de la faim et elle me dit : « Qu'est ce qu'on fait avec les grévistes

de la faim ? Quelle est votre politique en matière de grève de la faim ». Alors moi je lui réponds qu'il y a l'article 390 qui dit que dans ils sont en danger, le médecin décide. « Oui d'accord, mais qu'est ce qu'on fait ? On fait comme pour les irlandais, on les laisse mourir ? ». J'étais horrifié ! « Mais Mme Troisier, c'est une question médicale, c'est au médecin de trancher ». « Oui mais vous, qu'est ce que vous en pensez ? ». Inutile de dire que je ne me sentais pas de lui donner une instruction pour lui dire vous les laissez mourir ou pas... Pour moi il existait le Code qu'elle n'avait qu'à appliquer ! C'est pour dire la distance abyssale qui nous séparait ! Donc ça a amené une réflexion sur l'urgence de résoudre la question de l'inspection et puis finalement, sans besoin de réfléchir beaucoup on s'est dit il y a une inspection pour les hôpitaux, l'IGAS... Pourquoi on se faisait pas inspecter par l'IGAS ? Alors évidemment, ça postulait qu'on fasse disparaître le poste de Médecin-inspecteur de Mme Troisier. Du coup, ça réglait aussi ce problème. Mais on ne l'a pas fait pour ça ! C'était, si vous voulez, d'une pierre deux coups. On n'avait plus besoin de médecin inspecteur. Alors elle, elle a interprété ça comme elle a voulu : « Pourquoi on me vire ? » [...] On vivait sur un système où on n'inspectait rien. C'était couvert par le médecin inspecteur qui disait tout va bien ! [...] Elle est devenue professeur par un décret du 12 mai 81 malgré l'opposition du ministre de l'époque car elle bénéficiait d'une protection... Ce qui lui avait permis d'avoir une chaire de médecine pénitentiaire. D'abord ça lui faisait double traitement. Et puis elle touchait deux indemnités de résidence. Je lui ai enlevé sa deuxième indemnité et elle l'a pris très mal. Elle travaillait à temps plein pour l'administration et elle était en même temps professeur. Alors là, ça n'allait pas ! Je suis allé la voir et elle m'a dit qu'elle avait une convention en béton... Vous savez, je suis juriste et même les conventions en béton... D'ailleurs même le béton, ça peut sauter ! J'ai regardé la convention, elle pouvait être dénoncée dans un délai de truc et voilà ! Mais si vous voulez, on ne l'aurait pas fait que pour ça, parce que sinon... L'idée c'était quand même qu'on n'avait pas d'inspection, que c'était trop dangereux pour un seul et c'était l'idée d'aller vers le système hospitalier. C'était une mesure courageuse qui n'a pas été critiquée parce que quand vous êtes votre propre inspecteur, vous ne trouvez rien... Tous les vieux sommiers qui sont dans votre jardin, si vous ne les touchez pas, vous ne voyez que les tulipes ! Vous, vous arrivez après... Et c'est là qu'on a eu des ennuis ! Vous arrivez après et vous dites : « Vous pouvez tout fouiller ! ». Alors là, on trouve tout ! Non seulement ce que vous avez mis mais également ce que les autres y ont mis avant. Et tout le monde dit : « Regardez comme c'est le bordel avec eux, avec nous c'était pas comme ça ! ». Donc, nous, on a dû subir ça...

E.F : *Ça n'est pas quelque chose qui faisait peur à l'Administration pénitentiaire ?*

J.F : Ah ben si, si forcément ! Mais on a assumé. Vous avez des coups on en a reçus. Ça n'était pas commode, surtout au début. Après entre 83 et 86, ça s'est arrangé... Mais au début, vous aviez ceux de droite qui trouvaient que le monde s'écroulait... l'horreur, le laxisme, le rousseauisme, c'est le bazar. Et la gauche qui trouve que vous ne faites rien. On n'avait aucun allié ! Rien du tout ! Donc là il y avait deux choses. On va confier l'inspection à l'IGAS.. Elle va trouver pleins de trucs mais bon tant pis on va essayer de... Et on va coller à tout ce qu'elle nous dit comme du papier à musique. Et puis on va lui demander de mener une réflexion pour nous définir les voies et moyens du décroïsonnement. Ce sont les termes de la lettre de saisine. L'IGAS nous a proposé la disparition des Baumettes et la transformation de Fresnes comme hôpital. C'était terminé au début 85. Et on a lancé un peu l'idée qu'il fallait des conventions avec l'hôpital proche de la prison.

E.F : *À cette époque là, il n'était pas question de transférer toute la santé ?*

J.F : Mais au début on pouvait pas. Tout ça c'était nouveau. C'était le décroïsonnement. On a laissé les murs mais on a transformé complètement l'intérieur. C'est ce qu'on a appelé le décroïsonnement... appliqué aussi en terme de culture, de santé. C'est un truc qu'on a déroulé et comme on est resté suffisamment longtemps pour bien l'installer [...] On s'est habitué à plutôt employer ce terme de décroïsonnement. De là à vous dire après qu'on a théorisé tout ça... Je ne sais pas d'où vient ce terme mais c'est celui qui nous a paru le plus apte à faire comprendre ce qu'on voulait. C'est-à-dire la culture, la santé, le sport ne s'arrêtent pas à la porte des prisons... C'est à dire au lieu d'avoir une prison autarcique, on fait rentrer la société en disant : « Tous les ministères, culture, sport, santé, éducation, doivent rentrer en prison parce qu'ils ont une responsabilité ». Parce que la société ne s'arrête pas à la porte des prisons. C'est ça, qu'on appelle le décroïsonnement. Il y a deux parties en cause : moi, je gère les détenus. C'est une dialectique entre celui qui gère et celui dont c'est la

responsabilité. Alors quelque fois, certains m'ont dit : « Vous avez trouvé un truc pour fouiller dans la poche des autres. Pour piquer l'argent des autres ». Alors, c'est assez vrai. Mais je répondais toujours : « Les autres ont une responsabilité. Leur politique ne doit pas s'arrêter là. On avait tort avant de ne pas leur demander ». Et puis la collaboration est fructueuse.

E.F : *Vous pensez que les différents ministères étaient aussi responsables de la prise en charge des détenus ?*

J.F : Alors ce qui est sûr, c'est qu'au début ils n'étaient pas demandeurs ! Ils n'étaient pas demandeurs ! Pour eux ça représentait des difficultés supplémentaires. Mais ils ne pouvaient pas refuser. Ils ne pouvaient pas dire : « Je suis désolé, ça n'est pas dans mon secteur ! ». Vous êtes ministre des sports. Je viens vous dire : « Il y a du sport en prison ». Donc je suppose que vous avez une politique du sport... C'était imparable ! Ils étaient obligés de dire oui... Bon avec plus ou moins de... Lang, par exemple, il était à fond donc ça allait plus vite qu'avec d'autres. Mais c'était finalement imparable comme argument. On a mis plus ou moins de temps pour signer des conventions mais ça a fini par se faire [...] Mais à notre époque, les psys n'entraient pas en prison. Ils vous disaient : « Moi je ne peux pas traiter quelqu'un en prison ». Ça n'était pas dans leur culture de venir en prison. Les CMPR c'était quand même des petites structures. Et ils n'étaient pas bien intégrés dans la prison. C'était un personnage étranger. Ils étaient très faibles. Et il y avait très peu de psy. C'étaient surtout des infirmiers. Après la suppression de l'inspection, on a mis en place sur proposition de l'IGAS, ce système aux Baumettes et à Fresnes. On a mis en place tout ce que nous a demandé l'IGAS et on leur a été très reconnaissant car ça a été très utile quand il y a eu les premiers affolements avec l'histoire du sida. Ça a commencé vers août 85. On ne savait rien. Moi j'avais une culture pénitentiaire mais le sida... personne ne savait ce que c'était. On parlait beaucoup à ce moment là de porteurs sains. Alors porteurs sains, c'était un peu rassurant. Et puis après on vous disait : « Il y en a 7 à 10% qui seront malades ». Personnellement, je ne savais pas quoi répondre. C'était pas très affolant dit comme ça... Il y avait des surveillants qui voulaient des masques. Heureusement qu'on avait déjà des liens avec l'IGAS qui nous a dit : « Attention, pas de panique. Il faut faire ça, etc. ». On a même demandé à l'IGAS d'aller expliquer dans les structures ce qu'il en était. Parce que si nous, on avait dit : « Circulez, y a rien... », ça aurait été un peu suspect. Moi je pensais qu'il fallait dire la vérité et il était hors de question de mentir sur ces sujets parce que si c'était la mort contagieuse, ça aurait été une bombe. Du coup heureusement, l'IGAS était là. Ils sont venus expliquer dans les différentes prisons ce que c'était. Donc on a eu le bénéfice immédiat du décroisement. Sinon, on ne s'en serait pas sorti. Le Dr Espinoza nous a alerté assez rapidement là dessus. Comme il était dans la structure pénitentiaire, on a dit : « Il vaut mieux qu'il y ait des envoyés spéciaux de l'hôpital ».

[...] C'était horrible ! Horrible ! Vous savez, les grâces par exemple. Il y avait des grâces avant qu'on arrive et pourtant personne n'a jamais critiqué les grâces avant qu'on arrive. Et dès qu'on est arrivé, on a fait une grâce un peu plus large... Et là, c'était horrible ! Et dès qu'on arrêtait quelqu'un c'était un "Badinter" comme on les appelait. On n'a jamais dit les "Giscard". Et pourtant après une petite grâce de Giscard, y en a un qui est sorti et qui est allé tuer sa femme. Personne n'a dit c'est un "Giscard" ! Donc la presse de gauche trouvait qu'on n'en faisait pas assez et la presse de droite nous cartonnait à fond. Donc fallait qu'on prenne toutes les précautions. On n'avait pas le droit à l'erreur. Avec les syndicats, c'était l'horreur ! Pour vous dire, la CGT était présidée par quelqu'un qui appelait à voter Giscard d'Estaing. Parce que les centrales syndicales ne s'intéressaient pas au problème des prisons... J'ai donc pris des contacts pour que les syndicats correspondent à quelque chose. Avec le risque, ce qui est arrivé, que la CGT vraie et nouvelle commence à nous cartonner. Mais ça, c'est le jeu ! Je préférerais ça à un faux syndicat. Moi qui étais syndiqué à la magistrature, j'étais horrifié de voir ce syndicalisme qui se faisait acheter. Ceci dit c'est vrai que pour avoir la paix, il y avait une tradition de l'AP... C'est plus tranquille d'avoir des syndicats qui n'en font pas trop. D'ailleurs, ils ont fait une grève le 10 mai 1982 et moi je me suis dit qu'ils faisaient une connerie car ils ne pouvaient pas mieux monter que c'était une grève politique. A partir de 83, j'avais emmené dans le magma la vraie CGT qui nous cartonnait mais qui les cartonnait aussi et puis, en plus, j'avais repris la main sur les commissions paritaires où il y avait toujours un consensus... C'était toujours 100%. Donc ils viraient ceux qui ne leur plaisaient pas et officiellement c'était le garde des Sceaux qui prenait la décision. Et un jour, une décision m'a semblée assez injuste et j'ai dit au directeur de l'Administration pénitentiaire : « Non là,

il ne faut pas révoquer ce type ! ». Il me dit : « Ah mais les syndicats... ». Les syndicats ont râlé et ont dit qu'ils ne siègeraient pas la fois suivante et je leur ai répondu que s'ils ne venaient pas on déciderait sans eux. Après ça a commencé à se tasser... Après entre 83 et 86, c'était moins dur...

E.F : *Par rapport à ce rapport de force, l'arrivée de la COSYPE ?*

J.F : Ah mais la COSYPE, c'est antérieur. Ils avaient mené une réflexion avant. J'avais vu leur brochure que je trouvais très bien. Moi, j'étais au syndicat de la magistrature et ça correspondait aux réflexions de l'époque. Sauf que les magistrats qui étaient au Syndicat à l'époque et qui travaillaient au sein de l'Administration pénitentiaire étaient plus... tenaient plus compte... On était quelque fois en discordance... Parce que la COSYPE c'était plus politique que raisonnablement gestionnaire [...] Y avait beaucoup de choses avec lesquelles j'étais d'accord. Personne ne nous demandait de supprimer l'inspection. Ce système auquel on était habitué. Il existait une inspection pour la santé. Je crois que c'est moi qui avais trouvé le texte. L'IGAS qui inspecte tous les hôpitaux. C'était très simple comme solution. Du coup on avait plus besoin de Mme Troisier. Je me rappelle avoir trouvé ce texte qui parlait de l'IGAS

[Interruption]

E.F : *Et le premier directeur, Yvan Zakine, qu'est ce qu'il en pensait de ce décloisonnement ?*

J.F : Avec Zakine, et c'est après... Il a sauté parce qu'après la réforme de 83, le ministre souhaitait qu'on continue de progresser. Il voulait qu'on renouvelle. A l'époque la question c'était posée. Il avait été question de me nommer mais mon analyse était la suivante. Ils me connaissaient et à peine je serai assis dans le fauteuil, les syndicats, ils me manqueraient pas ! Donc je n'aurai pas eu le temps d'agir. Alors qu'un autre directeur, ils ne le connaissaient pas et disons qu'il a dix mois environ pour s'imposer. *A fortiori* si c'est une femme. Dans un endroit macho... Ça les a déstabilisés encore un peu plus. Donc je lui ai dit que s'il me nommait la bataille commencerait à l'instant même. Je me sentais plus utile à ses côtés.

E.F : *Et Myriam Ezratty, c'est quelqu'un qui était plus proche de cette idée de décloisonnement ?*

J.F : Ah oui ! Et puis elle avait cette culture de santé ! L'inspection était supprimée. Elle était très engagée à ce niveau là.

E.F : *Quand avez-vous adhéré au Syndicat de magistrature ?*

J.F : Dès le début. En 68. J'ai adhéré en 68 Lors de la création. J'étais un des tous premiers. Dans la première vague. Je suis très individualiste. Je n'ai jamais appartenu à un parti et je n'aime pas être embrigadé mais là, pour le Syndicat de la magistrature... J'étais jeune magistrat et je ressentais la nécessité d'avoir une structure de défense. C'était une hiérarchie très lourde. C'était extrêmement pesant... Tout en gardant mon quant à moi. Pour moi, c'est par parce que je suis dans un syndicat qui par exemple décide un mouvement de grève avec le quel je ne suis pas d'accord... J'ai toujours fait passer mes fonctions de magistrat avant. L'appareil... Je ne veux pas savoir... Et l'appareil là dessus ne peut pas s'imposer. Mais en revanche, j'avais bien mesuré déjà à l'époque que l'individu tout seul ne peut rien faire. Et puis le Syndicat était quand même à l'époque plus exaltant qu'il ne l'est aujourd'hui. Enfin, aujourd'hui je me suis retiré. A l'époque, il n'y avait que des coups à recevoir. C'était bien avant 81 et on était qualifié de juge rouge. Je peux vous dire que c'était pas bon pour les notes ! [Rires] Et d'ailleurs quand j'ai écrit mon premier livre, *Le labyrinthe pénitentiaire*, y avait Peyrefitte encore... Y'avait marqué sur la bande [de couverture] « Sécurité, liberté, point d'interrogation ». Le livre est sorti le 2 février 81. Je n'avais pas la moindre idée de ce qui allait m'arriver par la suite. Parce que quand il est sorti, Giscard était donné comme gagnant. Voilà ! Donc c'était un truc où j'égratignais, je critiquais.... C'était pas un pamphlet mais bon... Donc, c'était pas bon pour ma future carrière. Et puis dans les deux mois qui ont suivi, on a commencé à dire : « Ah mais Giscard, c'est pas sûr ! Ça sera peut-être Mitterrand... ». C'était tout à fait inattendu. Et je pensais encore moins devenir conseiller technique. Sans ce livre, je ne serai sûrement pas devenu conseiller technique. Je ne connaissais pas Badinter mais quelqu'un lui a dit : « Il connaît les prisons » et lui a parlé de mon livre. Et Badinter m'a dit : « Ben, vous savez ce qu'il faut faire ! ». J'avais un état de réflexion qui faisait que je pouvais aider. Par ailleurs, je connaissais très bien les personnels, les

détails... [...] Moi je pouvais l'alerter : « On peut faire ci, on peut faire ça ». Et on était en parfaite symbiose.

*E.F : Lors de votre adhésion au Syndicat de la magistrature, vous occupiez quelle fonction ?*

J.F : J'étais juge à Saverne. Je n'ai pas pu être présent lors de la création car c'était le jour de la naissance de ma fille... Mais après j'ai milité pendant presque toute ma vie professionnelle. Ça a été une époque... mais là j'étais dans une catégorie particulière... Je n'étais pas le seul, nous étions quelques uns... qui travaillions à l'Administration pénitentiaire et nous étions un peu suspects d'être un peu des jaunes, un peu complaisants avec l'Administration pénitentiaire. On était dedans, on connaissait quelles étaient les difficultés et donc nous n'étions pas toujours d'accord dans les débats. On trouvait qu'ils exagéraient un peu. Des motions un peu trop infondées, etc. Et du coup, on était dans une position très inconfortable puisque vis-à-vis de la direction on était des rouges et vis-à-vis des rouges on était des jaunes ! [Rires] Donc ce ne sont pas des couleurs très agréables à porter. Moi de tout façon, même si c'est mes amis, je refuse de rentrer dans un système doctrinaire. La vérité c'est plus important que le pouvoir. Si mon ami dit quelque chose qui n'est pas exact, je dis : « Désolé mais ce n'est pas exact ! ».

*E.F : Qu'est ce que avait pu vous choquer...*

J.F : Par exemple pour les permissions de sortie. Y avait Bloch, Etienne Bloch. Il était juge d'application des peines. Je trouvais qu'il y avait des choses... On était d'accord sur la plupart des choses. Mais lui, par exemple, lui, il considérait qu'il fallait détruire la prison, qu'il fallait... Et ho ! Il n'examinait même pas les dossiers et ses avis pour les libérations conditionnelles étaient systématiques. Je trouvais ça exagéré. Quand on doit libérer Lucien Léger, j'estime qu'on y regarde à deux fois, même si je suis au Syndicat. Et puis c'est facile de mettre l'avis favorable tout le temps. D'abord, ça choquait énormément les Pénitentiaires. Ils se disaient qu'est ce que c'est que ça un juge qui regarde pas le dossier ? Et puis c'est beaucoup plus crevant de pas regarder le dossier. C'est beaucoup plus crevant de vous taper tout le dossier et de se demander : « Alors, qu'est ce que je fais ? Est-ce que c'est une menace pour l'ordre public ? ». Donc on avait des discordances ! Et c'était pareil pour les permissions de sortie. Il voulait faire voter une motion au Syndicat disant que le directeur avait donné des ordres au juge d'application des peines. Et ho ! C'était quand même pas ça. Bon, il y avait des nuances à apporter. Moi, je me suis levé, j'ai dit que c'était pas comme ça que ça c'était passé. J'ai donné mon témoignage. Parfois, on s'est disputé sur des questions de ce genre. On s'est jamais battu ! D'une certaine manière en 81, quand les choses sont arrivées, on a eu tendance à prendre des jaunes plutôt que des rouges. Ça dépend. On a pris aussi des rouges. Mais après ceux qui étaient jaunes étaient pas si mauvais. Et beaucoup de rouges sont devenus roses. Moi j'ai le sentiment que je n'ai pas changé à travers les siècles, si je puis dire, et ce que j'étais avant je le suis toujours. Je suis quelqu'un d'individualiste mais je comprenais tout à fait. J'adhérais complètement à la nécessité de mettre de l'air dans... D'ailleurs 68, j'avais 34 ans, j'étais plus un gamin mais heureusement qu'il y a eu 68. Avec tous les excès qu'il y a pu avoir. « On interdit d'interdire ». C'était en même temps n'importe quoi mais il fallait voir comme c'était avant. Les filles ne pouvaient pas aller voir les garçons dans les dortoirs. Donc 68, quand ça débouche sur n'importe quoi, sur le désordre, je suis pas d'accord parce que je suis un homme d'ordre. Et par contre, heureusement qu'il y a eu ça, parce qu'on étouffait. C'était un monde absolument étouffant...

*E.F : Au niveau de la magistrature aussi ?*

J.F : Ah ben oui. Alors, là ! Ça a fait du bien ! Ah, oui. C'était trop conventionnel, fermé. C'était irrespirable, irrespirable ! Alors dire que tout a été arrangé... Non et puis certains sont devenus des caciques. N'empêche que moi, je pense que ça a été une étape cruciale mais après on peut pas rester dans un état anarchique. Il faut tout faire sauter mais il faut reconstruire quelque chose. Y a des moments où ça devient tellement irrespirable que vous n'avez pas d'autres solutions. Il faut que ça saute. Comme un bouchon de champagne. Mais il ne faut pas faire que ça. Moi je suis pour arracher les arbres, surtout s'ils sont morts, mais si on arrache les arbres il faut en planter deux ou trois tout de suite.

*E.F : Etienne Bloch, il était juge d'application des peines et donc il connaissait quand même la prison de l'intérieur...*

J.F : Oui, oui. Mais si vous voulez, moi je trouvais qu'il radicalisait trop les positions et c'était pas bon pour finalement faire comprendre... Je parle de lui dans *le Labyrinthe* [son livre] pour regretter qu'il ait été évincé par le directeur de l'époque. Là, j'étais pas d'accord ! Je l'ai soutenu là ! Mais, si vous voulez, moi je trouve qu'une attitude trop sectaire, qui n'était pas celle des magistrats, était vouée à l'échec. Car une institution ne pourra jamais accepter... On peut choisir de ne plus accepter l'institution mais dans ce cas là on n'a plus aucune influence. Moi je trouvais qu'il était un peu radical en donnant un avis positif systématique parce que c'était quand même un peu irresponsable. Et puis finalement, le résultat de tout cela, c'est que l'Administration... Ils sont pas fous ! Dans ces moments là, soit ils vous virent... Parce qu'à ce moment là, c'était l'Administration pénitentiaire qui donnait son accord pour qu'un juge d'application des peines soit nommé pour trois ans et donc y avait la possibilité... Et je me rappelle très bien voir M. Lecorno revenir en disant... Parce qu'au Conseil supérieur de la magistrature, à l'époque, il n'y avait même pas d'élus [du SM]... Rien du tout ! Je me rappelle de son expression. Il est arrivé en disant : « C'est passé comme une lettre à la poste ! ». On expédie un juge comme ça. Mais c'est passé comme une lettre à la poste d'autant plus facilement que Bloch avait cette attitude. D'autre part, si on voulait pas libérer un bonhomme, c'était très simple. Il était à Poissy, et bien on l'envoyait à Clairvaux ou ailleurs et c'était un autre juge. Donc, si vous voulez, en termes de résultats... Bloch pouvait dire ce qu'il voulait ! Et alors ?

E.F : *Et sa position était plutôt minoritaire ou majoritaire ?*

J.F : Il était pas majoritaire parce que justement il est allé un peu trop loin... Mais quand même, il était écouté ! Quand il y avait des motions. D'abord, il écrivait bien ! Il était intelligent. Il avait de l'influence. Les gens l'aiment bien. Il avait une personnalité. C'était amusant parce que dans *Le labyrinthe* je cite un passage d'un article qu'il avait écrit et qui venait à l'appui. Et voilà que je reçois une lettre de lui : « C'est scandaleux ! Je n'ai jamais écrit une lettre pareille ! Je vais saisir les instances syndicales ! ». Mais moi, quand j'écris quelque chose, je le vérifie dix fois. Donc je lui ai envoyé une photocopie de l'article et il m'a envoyé une lettre gentille pour s'excuser. En fait, il ne s'en souvenait pas.

E.F : *Et au sein du Syndicat de la magistrature, est ce que beaucoup de magistrats se sentaient impliqués sur la question des prisons ?*

J.F : Oui, il y a eu beaucoup d'intérêt sur les prisons. Les premiers congrès, il y avait toujours des motions sur les prisons. C'était une période agitée aussi. Nous, nous vivions au milieu de tout ça. Je dis nous, Mme Petit, Jean Pierre Dinthillac, Philippe Chemithe et moi. Nous, nous étions tous dans la fournaise, si vous voulez. Mais beaucoup d'autres magistrats s'intéressaient à la question des prisons. Ça a peut être commencé à dérapier. Il y a eu un intérêt jusqu'à... Après 81, c'était un peu différent. Parce que beaucoup de syndiqués, ou jaunes ou rouges, sont rentrés dans les cabinets. Ça a affaibli un peu le syndicat qui avait une attitude moins critique. Des dérapages y en avaient eu un peu avant. Soit vous êtes extérieur et vous critiquez tout d'une manière extrêmement virulente, soit vous êtes à l'intérieur et vous essayez de comprendre et d'être un peu plus objectif. [Passage sur l'OIP]. Je n'aime pas le discours de connivence ni le discours trop critique qui ne tient pas compte de la réalité. Et au Syndicat, c'est un peu ce qu'il s'est passé.

E.F : *Est-ce que je peux savoir les conditions dans lesquelles vous êtes arrivé en poste à l'Administration pénitentiaire ?*

J.F : Par hasard. J'étais à Saverne. Petit ville de 6000 habitants. Ben au bout de cinq ans vous avez vu pratiquement défiler tous les gens en divorce, en conflit... C'est quelque chose qui finit par être pesant. Donc il venait d'y avoir une réforme qui faisait de moi un juge à la suite, c'est-à-dire sans poste réel. Je me suis dit que c'était une bonne occasion pour pouvoir partir et j'ai fait une demande et avec mon épouse nous avons demandé tout un tas de poste Marseille, Nice, Aix en Provence... Y avait dix postes comme ça. Il me restait un poste à mettre. Je savais plus trop quoi mettre et nous avons mis Versailles que je pensais n'avoir aucune chance d'avoir. Et un matin au Journal officiel, j'ai vu que j'étais désigné pour deux ans délégué au ministère central de la Justice. J'étais furieux. Donc je me suis rendu à l'Administration centrale pour savoir quel allait être mon sort. Et on m'a dit : « Vous avez mis Versailles et cela a été interprété comme un désir de venir à Paris ». Et on m'a dit que j'étais affecté à la Direction des affaires criminelles et des grâces avec Arpaillage. Très bien. On me montre

mon bureau. C'était en décembre 69. Il y avait les congés de Noël. Quand je reviens le 5 ou 6 janvier : « N'allez pas dans votre bureau ! Attendez, il s'est passé quelque chose ». Et qu'est ce qu'il s'était passé ? Il s'était passé que le Directeur de l'Administration pénitentiaire de l'époque, qui s'appelait Monsieur Le Corno, qui était un préfet, avait râlé auprès du Conseil d'administration de l'administration centrale. Soit disant, on lui donnait pas les bons magistrats. C'est comme ça qu'on a été une journée à arriver à l'Administration pénitentiaire. Je ne connaissais pas du tout le monde des prisons et dès 1971, on s'est retrouvé dans le bateau ivre. C'est le hasard qui m'y a conduit mais un hasard heureux ! Et puis après ça m'a intéressé.

E.F : *Et votre appartenance au Syndicat de la magistrature n'a pas été gênante ?*

J.F : Ben, ils nous ont pris quand même mais ça a été... Ils nous ont pris quand même ! On nous a pris mais on se méfiait un peu de nous. J'étais au Bureau de la détention, c'est-à-dire qu'on affectait les détenus. On s'occupait des affectations, des transfèrements. Je suis resté jusqu'en 75 mais vers la fin de 73, le chef du bureau qui était magistrat, j'étais son adjoint... Et d'ailleurs c'est pour vous montrer... Il n'était pas question que je sois désigné chef de Bureau... Louche ! Donc on a été cherché quelqu'un pour être chef de Bureau. On aurait pu en trouver plein qui étaient aussi bons que moi... Mais celui-là, il était nul ! Et il a fallu que je lui apprenne le boulot. Un an plus tard il est parti car il était décidément incapable et c'est à ce moment là que le directeur de l'Administration pénitentiaire qui venait de changer... C'était Maigret. Et là, il m'a proposé de devenir chef de Bureau et je lui ai dit que si on me l'avait proposé avant, je l'aurais accepté, mais là, ça n'était pas contre lui... Pour les réformes, je voulais bien rester une année mais seulement faire fonction. Il s'est accommodé de la situation et il ne voulait plus me laisser partir. Et au bout d'un an, j'ai demandé à partir. Un samedi matin, j'ai vu au JO que j'étais nommé juge au tribunal de Paris. J'ai fait mes classes de 75 à 81. C'est là où j'ai écrit mon bouquin. Mes fonctions de juge étaient pour moi... Juge au siège. Je n'ai jamais été au parquet sauf en Algérie, mais là c'était très spécial, où j'étais substitut du procureur. Juge au siège pour moi c'était très important. Mais je n'avais d'ailleurs pas envisagé de revenir à l'Administration pénitentiaire.

E.F : *Vous parliez des mouvements dans les prisons... Qu'est ce que vous en pensiez ?*

J.F : C'était comme un bateau qui coulait. Mais vous savez quand vous êtes au milieu de la tempête... C'était terrifiant ! L'affaire de Clairvaux. Même Le Corno qui était quelqu'un toujours... « Qu'ils y viennent ! On verra ! ». Je l'ai revu au petit matin de Clairvaux quand il est rentré... Il avait vécu des moments terribles ! Je suis allé voir la Maison centrale de Nîmes après une mutinerie, on aurait dit un bombardement. Un détenu s'était jeté dans les flammes... C'était quand même des choses vraiment... Jusqu'au milieu 74, c'était explosions, volcans et tout. C'est seulement en 75 que c'est devenu un peu moins... [...]

E.F : *Le discours de Le Corno était de dire qu'il y avait des éléments subversifs extérieurs qui attisent les révoltes...*

J.F : Oui bien sûr et il était farouchement opposé à l'entrée de la presse. Alors la presse par exemple, quand elle rentrait, on découpait les articles. Et après coup, je me suis rendu compte que c'était complètement idiot parce que ça alimentait l'imaginaire des détenus. Parce que plus on découpait de choses dans la presse et plus ils pensaient qu'il se déroulait. Vous vous rendez compte on a assassiné ! Le feu prend quand tout est inflammable... Et c'est inflammable pour toutes sortes d'autres causes. Le Corno il ne pensait qu'à une chose, c'était ajouter des grilles partout... Moyennant quoi, Clairvaux on s'était rendu compte que toutes les gilles n'étaient pas fermées ou que même fleur pouvait exploser. S'ils veulent tout faire sauter, ils peuvent toujours. Lui, il avait la pensée classique d'un préfet : « On va rétablir l'ordre ! ». Moi, j'en avais conclu qu'il valait mieux satisfaire ce qu'on pouvait satisfaire. Et qu'il ne fallait pas tarder d'intervenir. Il ne fallait même pas les laisser monter sur la toiture.

E.F : *À cette époque là, vous avez découvert les conditions de détention ?*

J.F : Y avait des cages à poule encore... C'étaient des dortoirs... C'est des machins grillagés. C'était quand même des conditions de détention... C'était la vieille taule. On se rendait compte quand même qu'il y avait des conditions de détention effroyables. C'étaient souvent des taudis [...]

E.F : *Et c'est à ce moment que des associations comme le GIP interviennent. Vous en pensiez quoi ?*

J.F : Ben c'était un peu comme le Syndicat. De ce que je savais c'était souvent tourné... vers l'excessif. J'étais plutôt tourné dans leur sens mais je pensais que c'était un peu excessif et pas assez proche de la réalité. C'était trop polémique pour moi. Mais en même temps, j'étais plutôt de ce côté. Mais mes réflexions ont toujours été strictement individuelles. J'ai souvent rencontré Lazarus que j'aime bien. Mais il y a des choses que je n'aimais pas et que je n'apprécie toujours pas aujourd'hui. Par exemple, je n'aime pas qu'on dise : « CRS, SS ». Parce que quand j'ai été gamin, j'ai connu la guerre. Bon, j'aime pas les CRS mais ce ne sont pas des SS. J'aime bien qu'on fasse les distinctions. Et par exemple, Lazarus, qui est un homme charmant et délicieux, véhiculait par exemple la notion de torture blanche. Et pour moi c'est pareil. C'est comme « CRS, SS ». Ça finit par être linéaire. Alors que j'étais tout aussi opposé que lui à cela... Mais ça finit par banaliser la vraie torture ! [...]

E.F : *Et la phrase de Giscard, « La peine c'est la détention », c'est quelque chose qui était important pour vous ?*

J.F : Oui ça c'était un geste courageux ça ! Moi j'ai trouvé que c'était un geste courageux et ça m'a bien plu ça. Et pourtant, j'étais pas Giscardien ! Ceci dit, la suite, parce que j'étais là, les réformes, c'était pas le serrage de main...

E.F : *Et Hélène Dorlhac de Borne, c'était quelque chose d'important pour vous ?*

J.F : C'était bien quand même qu'il y avait un secrétaire d'Etat à la condition pénitentiaire car ça reconnaissait la condition pénitentiaire... Elle avait son style. Des robes un peu grandes pour aller visiter des prisons de mecs. Après on a fait dans la mixité mais à l'époque, c'était pas ça... C'était bien ça ! Elle est pas restée jusqu'au bout. Ça a été liquidé dans la deuxième partie du septennat. La fin était moins glorieuse. Cette poignée de main, je lui ai vraiment mis à son [Giscard] crédit.



## ANNEXE 39 : ENTRETIEN AVEC YVAN ZAKINE

Yvan Zakine, magistrat affecté à la DAP de 1962 à 1970 puis directeur de la DAP de juillet 1981 à avril 1983. Président de Chambre honoraire à la Cour de cassation et médiateur au Centre de médiation et d'arbitrage de Paris lors de l'entretien réalisé le 20 mars 2008 dans son bureau (Paris). Durée : 3H00.

Ne sont cités ici que des extraits de l'entretien.

Y.Z : Quand je suis rentré dans la magistrature, en 1962, j'étais tout jeune substitut à Argentan et j'avais envie de me rapprocher de Paris. Et quand vous avez seulement deux ans d'exercice, vous devez passer à la Chancellerie. Alors j'ai dit oui pour des raisons familiales. Et donc j'arrive à la Chancellerie et on me dit : « Vous êtes affecté à la Direction de l'Administration pénitentiaire ». Bon. Je ne peux pas dire que j'ai été enchanté d'une telle affectation et j'ai été reçu par André Perdriau, qui était sous-directeur de la détention et qui était magistrat lui-même. Il m'a reçu en entretien, un homme très amusant et me dit : « J'imagine que vous n'avez pas été enchanté d'être affecté à l'Administration pénitentiaire ». Honnêtement, non. « Je pense que tous les jeunes magistrats qui arrivent à la Chancellerie, et il ajoute, comme moi-même d'ailleurs il y a un certain nombre d'années, vous rêvez sans doute d'une direction plus noble ». Je lui dis : « Oui ! ». « Ecoutez, vous faites un an chez nous. Vous vous faites à cette idée. Dans un an, si vous dites que vous êtes allergique à la matière, ce que je comprendrais fort bien, je m'arrangerais pour vous faire affecter ailleurs ». Et il a ajouté malicieusement : « En revanche, je vous préviens, si vous me dites que vous restez avec nous, cela voudra dire que vous aurez attrapé le virus, et je vous préviens, vous l'aurez jusqu'à la fin de vos jours ! ». Et ça a été le cas. Je suis resté dans cette direction comme magistrat de base jusqu'à 1970. Puis je suis passé dans le cabinet de trois gardes des Sceaux successif où je ne me suis pas occupé directement des prisons mais indirectement, j'y suis allé à un moment où Simone Veil... Nous avons travaillé ensemble à la Pénitentiaire. Et donc, bon, je suis parti ensuite comme vice-président au tribunal où je suis resté jusqu'en 1980, les circonstances ont fait que je suis retourné à la Chancellerie comme directeur de l'Education surveillée. Puis est arrivé mai 81. Badinter et nommé garde des Sceaux et, pour diverses raisons, alors que moi je m'attendais à être remercié et repartir dans mes pénates, dans le grand chamboulement de 81, il m'a dit : « Ecoutez, la Pénitentiaire est dans une période un peu difficile, tendue, elle est compliquée ». Bon, lui-même d'ailleurs n'a pas été accueilli à bras ouverts par le personnel pénitentiaire. Pour eux, c'était l'homme de l'affaire Buffet Bontemps. Il les avait beaucoup critiqués. Pour sauver la tête de son client, il a été contraint de charger un petit peu le personnel pénitentiaire en disant : « S'ils sont devenus des fauves, des machins, c'est parce qu'on les a ... ». Alors vous comprenez que l'Administration pénitentiaire était loin d'être enchantée de voir Robert Badinter arriver comme garde des Sceaux. Donc, dans une sorte de décision d'apaisement et pour rassurer le personnel, Badinter m'a demandé de prendre en charge la Pénitentiaire en juillet 81.

E.F : *En 1962, vous étiez affecté à...*

Y.Z : ... au Bureau de la détention, avec une orientation un peu particulière à partir de 1967 quand Simone Veil a quitté l'Administration pénitentiaire, j'ai commencé à travailler au niveau de la gestion médicale. Les autorisations de sortir, toute la cuisine au quotidien des soins. Et c'est à cette époque, que nous avons fait la circulaire, ça avait démarré à Lyon d'ailleurs, sur les Centres médico-psychologiques régionaux. C'était la cellule où ça bougeait beaucoup. Intellectuellement parlant. Il y avait tout un cycle de séances sur le service médical qui avait été fait à la Société générale des prisons. Hivert avait créé de facto l'Annexe psychiatrique de la Santé. Il avait pris sur lui et il avait mis l'Administration devant le fait accompli. Et ça avait été, avec les lyonnais, ils étaient un peu en synergie ou en concurrence de bon aloi, chacun voulant en faire un petit peu plus. Et ils avaient mis l'Administration pénitentiaire devant le fait accompli. Finalement, ceux qui ont des troubles

psychologiques, parce que la médecine générale elle était traitée bon an mal an, mais c'était le côté psychiatrique qui posait de gros problèmes parce que c'était l'époque où les hôpitaux psychiatriques commençaient à s'ouvrir sur l'extérieur et où l'enfermement dans l'hôpital psychiatrique était de moins en moins pratique et ce qui posait un problème de sécurité majeure pour les délinquants qui arrivaient en prison. Les psychiatres étaient de plus en plus réticents à recevoir des délinquants [...] Déjà l'Administration était confrontée à cette difficulté. Et puis quand je dis 62, c'était la fin de ce que pudiquement on appelait les événements d'Algérie avec sur le territoire les détenus de l'OAS. Donc on avait des détenus particulièrement dangereux. Ils avaient très bien perçus que le seul moyen d'échapper à la prison, c'était de se faire hospitaliser. Donc on a été confronté en plus à la nécessité d'organiser en détention des soins. C'était une population beaucoup plus consciente de ses droits que le détenu... Bon c'est un peu méchant ce que je vais dire mais le détenu de base, délinquant, il subit la détention alors que les autres en faisaient une arme de combat politique, en disant : « On est malade. Il faut nous soigner. On a des droits ». Et à l'époque il y avait les généraux putschistes des barricades, il y avait des gens qui n'étaient pas des détenus de base comme l'escroc ou le pickpocket, qui eux s'accommodaient des exigences carcérales. Et là on a vu apparaître des revendications et des exigences de soins [...] Vous avez deux pôles de problèmes qui sont consécutifs à la guerre d'Algérie. Vous avez les problèmes de santé et les problèmes d'éducation. C'est dans le même temps qu'on a vu se développer en détention, les études et notamment les études supérieures. J'ai le souvenir, pour l'avoir organisé, du premier centre universitaire en prison pour des détenus OAS qui étaient en cours d'études à l'université d'Alger et qui avaient fait le coup de poing des barricades et qui se sont retrouvés à La Santé. Qu'est ce qu'on fait ? Ces gens là allaient ressortir. Et c'est pourquoi on avait organisé avec l'Université de Paris un centre d'examen en détention.

E.F : *Concrètement sur la prise en charge sanitaire...*

Y.Z : Ça a commencé avec les problèmes psychiatriques. Ce sont les premières circulaires [...] Sur la médecine somatique y avaient toutes les infirmeries. Y avait un service infirmier permanent dans les gros établissements. Mais dans les petits établissements, il n'y avait pas de présence permanente. A la Maison d'arrêt de Guéret, l'infirmière, elle, venait quand on lui demandait de venir. Dans les gros établissements, on avait en plus spécialisé des surveillants. Ils faisaient des cours à l'hôpital de la ville. C'était une qualification certes rudimentaire mais qui permettait en urgence, lorsqu'on n'arrivait pas à mettre la main sur le médecin ou l'infirmière, à faire face... Ils avaient au moins le diplôme de secourisme et on veillait à ce qu'ils le passent [...] Et puis on a eu la création d'un poste de Médecin-inspecteur général qui a été créé par Edmond Michelet qui a été garde des Sceaux de janvier 59 à août 61. Edmond Michelet est le premier garde des Sceaux à s'être vraiment préoccupé de la condition des détenus. C'était un chrétien social, très engagé, très croyant, très engagé sur ce plan là. Il a eu l'idée de créer ce poste. Il s'agissait, d'une part, de contrôler le fonctionnement, la façon dont étaient dispensés les soins dans les établissements pénitentiaires et aussi en arrière-plan, non avoué à l'époque parce qu'on tâtonnait à peine, de voir comment assurer non seulement la qualité des soins mais un service permanent médical et Georges Fully a défendu très vite l'idée que pour avoir un service médical de qualité, à part certains médecins apôtres, à cette époque il voyait bien honnêtement que ce n'était pas leur tasse de thé... Et donc pour avoir une médecine de qualité, il fallait que ce soit en harmonie ou en symbiose avec le milieu médical extérieur, et donc ne pas seulement faire appel à un médecin libéral pour qu'il vienne faire quelques vacations mais avoir comme dans les hôpitaux... Et donc Fully a eu l'idée de dire : « Il va falloir signer des conventions avec les hôpitaux ». Et une des premières conventions, c'est celle que j'ai été amené à faire avec l'hôpital Malakoff qui nous avait détaché le médecin-chef de Fresnes [...]

E.F : *Et Fully...*

Y.Z : Alors Fully a pris en charge. Alors lui, il était sur le terrain. Il allait toujours par monts et par vaux d'abord à mettre en place des services médicaux et infirmiers cohérents et satisfaisants. Sa vision, c'était d'avoir quelque chose le mieux possible et capable de dispenser des soins de qualité. C'était un peu la quadrature du cercle mais il s'y est attaché avec beaucoup de volonté. Et souvent il me disait : « Tout ça c'est du rab ». « Du rab par rapport à ce que je n'ai pas eu. J'ai failli y laisser ma peau dans les camps donc... ». Il avait une vie très active. Il faisait le rallye de Monté Carlo, il skiait comme un fou... Et il avait un côté chaleureux et il a rallié à lui tout un groupe de médecins, qui pour

certaines d'entre eux avaient été prisonniers de guerre, il amené tout un ensemble de médecins. Qui avaient amené peu ou prou la privation de liberté à s'intéresser aux prisons. Il avait lancé l'idée qu'un jour il faudra que la Santé publique prenne en charge... C'était l'idée que la prison fait partie de la ville. Ce n'est pas un monde à part. Les gens qui sont en prison sont des citoyens. A partir du moment où vous avez supprimé la peine de mort et la relégation, c'est-à-dire que vous avez à gérer une masse de détenus sur le territoire, s'est posé avec acuité le problème de leur santé [...]

E.F : *À cette époque-là les médias étaient assez peu...*

Y.Z : Ça n'intéressait personne ! Ça n'intéressait personne ! [...] Un exemple, dans cette première période. Foyer était garde des Sceaux. Vous savez un des premiers établissements modernes construit après la guerre était celui de Muret dont était natif Vincent Auriol, alors Président de la République. Il avait allé dû voir le chantier mais c'est tout, et encore ! Par la suite, Foyer était garde des Sceaux. Ça devait être en 64-65, quand on a ouvert la Maison d'arrêt de Valenciennes qui était le deuxième établissement moderne. Et Foyer a inauguré l'établissement pénitentiaire. C'était le premier garde des Sceaux que je voyais inaugurer un établissement pénitentiaire. Ça ne s'inaugure pas une prison. Vous inaugurez une école, un foyer, une crèche mais pas une prison. Electoralement, ça n'est pas porteur. Ça m'a valu une observation véhémement pour l'avoir dit d'ailleurs ! [...] J'étais à Mont-de-Marsan. On parlait de l'insertion dans la Cité et donc ça devait être en 82. Je me souviens c'était un après-midi et il faisait un soleil de plomb. A un moment, le surveillant chef de la prison me dit : « Oui, bien sûr il faut insérer la prison dans la Cité... ». Sous-entendu : c'est un discours de parisien que vous tenez mais bon. Il me dit : « Vous avez deux minutes là ? On va sortir ». Alors on sort de la prison, on va au coin de la rue. Il me dit : « Attendez, on va s'arrêter là », au coin de la rue. Et le mur d'enceinte de la prison longeait tout le trottoir qui était à l'ombre parce que le soleil venait de l'autre côté. Et en face, le trottoir grillait de soleil. Et il me dit : « Vous allez voir, regardez ». Y avaient trois chats à cette heure avec cette chaleur de plomb. Et je vois arriver à l'angle deux braves dames, deux braves mémères. Elles arrivent là, je pensais qu'elles allaient continuer, puisqu'elles étaient à l'ombre et qu'elles allaient continuer à l'ombre. Non. Arrivées là au coin d'en face, c'était le mur de la prison qui commençait, elles traversent et elles vont sur l'autre trottoir, grillé de soleil, jusqu'à dépasser le mur de la prison pour revenir ensuite à l'ombre. Il m'a dit : « Voilà ». Pour lui, c'était difficile. Il avait très bien compris. Pendant des années, je me suis évertué... les directeurs des établissements pénitentiaires étaient logés dans la prison. A La Santé, vous passez le grand portail, vous avez une cour où sont les logements de fonction. Et ce qu'il faut savoir, c'est que tant que la peine de mort existait, les exécutions capitales avaient lieu dans cette cour, et non pas dans la cour intérieure où les détenus auraient vu. Dans la cour première, sur laquelle donnaient toutes les fenêtres des personnels... Quand nous sommes allés à Perpignan que j'ai fait désaffectée en 83. Elle était installée dans un souvent de sœurs clarisses du 15<sup>ème</sup> siècle. Il faut savoir que la règle de l'ordre est de ne jamais voir directement le soleil. Même le déambulatoire du cloître est couvert. Alors vous vous imaginez la cellule monacale devenue cellule de détenu, où il y avait cinq ou six détenus, où vous trouviez le sceau hygiénique, tout quoi ! Il y avait six bonhommes. On ne voyait la lumière que par un soupirail. C'était la maison d'arrêt de Perpignan.

E.F : *Cette conviction que la prison devait être ouverte sur la ville, c'est quelque chose qui vous est apparue quand ?*

Y.Z : Quand je suis arrivé à la Pénitentiaire au départ, j'étais tel que j'avais été formé si vous voulez. Les magistrats de ma génération, c'est-à-dire de l'avant dernier concours avant la création de l'ENM, une fois devenu magistrat, on avait un stage pénitentiaire, que j'appelle du tourisme pénitentiaire. Dans l'euphorie du concours, on avait passé une semaine à Melun qui était la Centrale pilote où on appliquait le régime progressif. Quand le directeur de la Pénitentiaire, M. Amor, importe le régime progressif, il nomme comme directeur M. Guéraud qui était issu des cadres de l'Education surveillée. C'était un ancien instituteur qui s'était engagé dans la réforme de l'enfance en danger. A Melun, c'était un des premiers services médicaux permanents parce que, par hypothèse, l'organisation du régime progressif est axé sur non pas la détention mais sur la sortie de prison. Et pour sortir en bonnes conditions encore faut-il qu'on l'ait maintenu en bonne condition. Il fallait qu'on ait les conditions de vie les plus proches possibles de la vie externe [...] Et si vous voulez, cette première vision que j'avais eu pendant mon stage, en tant que jeune magistrat, à Melun...ça m'avait amené à réfléchir à cette

question. Et par la suite, quand je suis arrivé à la Direction de l'Administration pénitentiaire, je me suis dit : « Pourquoi pas ailleurs ? ». Et c'est comme ça qu'on a développé le régime progressif à Ensisheim, à Mulhouse, à Muret. Et le développement voulu par Badinter de la libération conditionnelle. Donc de plus en plus le monde pénitentiaire s'est orienté vers la sortie de prison. Et dans ces établissements à régime progressif, il y avait un système médical plus développé. Mais ça allait de pair. Il y avait le système éducatif et il y avait le système médical. Y avait un personnel infirmier à demeure et des médecins vacataires, souvent hospitaliers.

E.F : *Et justement au début des années soixante, au sein de l'Administration pénitentiaire est-ce que cette idée d'ouverture vers la Santé publique fait consensus ou ça fait débat ?*

Y.Z : [Silence] Alors, au niveau de la Direction de l'Administration pénitentiaire, il y avait un consensus total. Sous la double influence de Fully, des directeurs successifs... Au moins jusqu'à, et y compris, Robert Schmelck. C'étaient pratiquement tous des magistrats. A partir du moment où on a basculé sur des directeurs de l'Administration pénitentiaires issus de la Préfectorale... la vision était différente et je ne leur jette par la pierre car ils étaient formés à un impératif premier qui était la sécurité avant tout. C'était leur formation. Et s'ils ont été choisis. Il y a toujours des magistrats jusqu'à Raymond Morice. Schmelck était directeur de l'AP [raconte l'épisode de l'évasion de Robin]

E.F : *Le fait qu'il y ait eu plusieurs évasions suite à des hospitalisations a renforcé l'idée qu'il fallait améliorer la prise en charge sanitaire des détenus ?*

Y.Z : Oui. Alors, il y avait les deux choses. Ce n'est pas seulement parce qu'il y avait des évasions, qu'on a voulu les développer. Il y avait un humanisme élémentaire, plus les problèmes de sécurité [limitation des collectes de sang à une fois par an] Quand je dis la qualité des hommes qui dispensent les soins et à leur compétence, je pense tout naturellement à la nécessité de faire prendre en charge sinon dans un premier temps.... On n'a pas réussi, nous n'avons pas réussi, je n'avais pas réussi, à faire prendre en charge par la Santé publique l'intégralité du secteur médical carcéral mais à tout le moins avec la convention avec l'Hôpital des Baumettes. Ces conventions ont permis, si je puis dire, d'introduire le virus carcéral dans l'esprit du monde de la santé publique et de les amener à se dire : « Ben oui, finalement, dès lors que ces gars-là on va les récupérer autant les soigner maintenant ».

E.F : *Et à partir de la nomination de Raymond Morice, l'idée de signer des conventions était exclue ?*

Y.Z : Il n'en était pas question. On a des infirmiers, médecins. Et les détenus, ils n'ont qu'à bien se tenir. S'ils sont en prison, c'est qu'ils l'ont bien voulu. Encore une fois, c'était sa conception du service public. Il avait une vision du service public sécuritaire. Le Corno, c'était pratiquement la même chose. Mégret était un homme remarquable. C'était un humaniste jusqu'à la moelle des os, d'un humanisme. Ce fut d'ailleurs le créateur de l'ouverture du recrutement, ce qui n'était pas neutre, pour le personnel de direction. Car avant ils étaient issus des rangs. C'était encore fermé, comme la prison si j'ose dire ! Ils avaient tous été soit surveillants, soit économes, soit éducateurs. Mais ils étaient issus du concours basique. L'idée de Mégret était de dire, et c'était là aussi cette ouverture de la prison vers la Cité : « C'est inconcevable. La prison doit être comme tous les autres services publics, c'est-à-dire avoir un concours interne et un concours externe ». Et on a vu affluer des anciens étudiants de droit ou de sciences humaines. Avec Morice jamais on aurait eu cela. Dabanc a été confronté à une période difficile, c'était Action directe, les Corses donc il avait eu un souci de sécurité très fort, il sécurisait les Pénitentiaires de base [...] Nous étions tous, aussi bien dans ma première que dans ma seconde peine pénitentiaire, nous étions tous désireux de voir se développer la qualité des soins dans les prisons. Avec le chef de Bureau qui était Xavier Nicot et le sous-directeur, Perdriau, on a pris des risques. Parce que nous avions cette vision humaniste. C'est l'ensemble de la collectivité qui a à assumer le bien être sociale de tous les citoyens, y compris de ceux qui sont en prison [...] Ce n'est pas un monde à part. Ce n'est pas parce qu'il est cloisonné qu'il est à part dans la Cité. C'était le thème de l'un des colloques que nous avions fait à la Société des prisons.

E.F : *Et justement c'était un terme qui revenait beaucoup à l'époque celui de décroisonnement...*

Y.Z : Oui le décroisonnement, notamment dans le domaine médical, consistait à dire que finalement les gens qui passent l'internat ou qui passent les concours, et bien autrement dit le poste de médecin-chef de Fresnes est dans les postes ouverts au concours. Pour que ces médecins n'aient pas le

sentiment d'abandonner leurs corps d'origine, il fallait que la Santé publique dise : « C'est à nous ». D'ailleurs, c'était à double sens. Car cette prise en charge par la Santé publique lui permettait de ne pas avoir des chambres de sécurité pour les détenus. Ce n'est donc pas seulement de la bienveillance de leur part. La contrepartie, c'est qu'ils évitent tous les inconvénients liés à la prise en charge sanitaire des détenus. A l'époque, le seul centre de consultation en pneumologie c'était le centre Marie-Lalellongue qui était dans le 13<sup>ème</sup> arrondissement, dans la rue de Tolbiac. C'est un établissement qui n'a pas de cour, c'est un immeuble en pleine ville sur le trottoir. Donc quand il fallait envoyer un détenu en consultation, je ne sais pas si vous imaginez les problèmes que ça pouvait créer. Ça bloquait tout. C'était un calvaire pas possible. Donc la direction de l'hôpital était plus que réticente à ce qu'un détenu vienne. Ne parlons pas du jour où il fallait hospitalier quelqu'un à Marie-Lalellongue. C'était l'apothéose.

E.F : *Et vous vous rappelez quand vous avez entendu parlé pour la première fois de cette notion de décroisonnement ?*

Y.Z : C'était déjà un mot phare des conversations de Fully. « Il faudra qu'un jour on obtienne le décroisonnement de la médecine pénitentiaire à l'égard de la médecine hospitalière ! ». Je l'entends, je le vois encore marteler ça. C'est-à-dire qu'il fallait faire prendre en charge [...] J'ai été directeur de la Pénitentiaire uniquement parce que j'étais un magistrat connaissant cette administration à un moment où le garde des Sceaux était un peu... un peu gêné pour se faire admettre. « Les syndicats vous connaissent, les directeurs vous connaissent, etc. ». Il avait sondé quelques chefs d'établissements pour savoir... Et il ne se voyait pas balancer un directeur que personne ne connaissait. En plus, comme il m'avait dit : « Je ne peux pas me payer le luxe de prendre un directeur qui a besoin de six mois pour faire l'état des lieux ». Parce que quand Badinter est devenu garde des Sceaux, vous savez, ça n'était pas l'euphorie dans le monde carcéral. Chez les surveillants. Moi j'avais quitté depuis quelques années mais j'avais gardé des relations avec nombre de chefs d'établissements que j'avais connus jeunes sous-directeurs et qui avaient pris du galon. Comme j'avais cette période au cabinet, j'avais gardé des relations. Ils avaient tous été très satisfaits quand on avait ouvert le concours aux étudiants et beaucoup avaient pris du galon. Ce qui n'était pas toujours facile à gérer. Avant cette ouverture du concours, le personnel, y compris les directeurs régionaux, était issu de la base, c'est à dire des gens formés sur une base quasi militaire, qui obéissaient au doigt et à l'œil, sans « hésitations ni murmures » comme disait le règlement militaire à l'époque. Bon. Ben quand on a eu à certains postes, même pas de haute responsabilité, des gens issus de l'université, et bien l'hésitation et le murmure c'est la règle d'or ! Parce qu'ils estiment que c'est leur devoir de citoyens. L'obéissance aveugle non. C'est moins facile à gérer pour un directeur général. Y avait un personnel monolithique, discipliné, qui n'avait pas d'état d'âme. Vous vous retrouvez avec des gens réfléchis, intelligents qui vous font part de leurs doutes. Ça n'est pas seulement au niveau des directeurs qu'on a eu cela. Le panorama général des surveillants de base était fondamentalement différent de celui que j'avais découverte en 1962. On était surveillant de père en fils depuis des générations. Clairvaux, tout le personnel c'était des cultivateurs du coin qui venaient depuis X générations. A Fontevault c'étaient des agriculteurs. Ils avaient encore le foin dans les sabots quand ils venaient prendre leur service [...] Et vous pouvez plus facilement faire admettre des réformes, des réformes de fond du personnel pénitentiaire. Les gens étaient beaucoup plus ouverts. Notamment les sous-directeurs et les surveillants-chefs qui étaient de la même origine intellectuelle. Et ça a changé complètement la vision que les fonctionnaires ont de leur outil de travail. A partir du moment où vous avez des gens qui réfléchissent à l'utilité de la prison. En 1962, et là aussi je ne leur jette pas la pierre, mais pour être recrutés il fallait connaître les trois opérations et il fallait faire moins de dix fautes à une dictée. C'était tout ! A partir du moment où vous avez des gens qui réfléchissent, qui s'informent, c'est complètement autre chose. Je crois que ce qu'a pu imposer dans les années 66-67 un homme comme Raymond Maurice ou Le Corno, ils n'auraient jamais pu le faire après [...]

E.F : *Et justement en juillet 81, vous avez tenté d'obtenir l'assentiment des syndicats ?*

Y.Z : Quand on a mis en gestation la série de décrets de janvier 83. Ces décrets ne sont pas sortis de ma tête. Badinter m'avait demandé, je lui ai dit : « La Pénitentiaire j'ai assez donné » et il m'a dit : « Ecoutez, y a une série de choses que j'aimerais bien qu'on puisse mettre en place ». La télévision, les parloirs rapprochés... Quand il m'a dit cela. « Ecoutez, c'est dans ma tête ». Moi ça j'en étais

convaincu. Il a une tête tellement bien faite que j'étais convaincu. Je lui ai dit : « Non, on va d'abord mettre en place une commission ou un groupe de travail ... Il faut qu'on recueille l'adhésion ». Parce que c'est facile de torpiller n'importe quelle réforme pénitentiaire. Il faut que vous ayez un personnel qui adhère. Précisément, la connaissance que j'avais de ce personnel faisait que j'étais vraiment dans une relation de confiance avec certains d'entre eux. J'ai commencé à leur vendre ma marchandise. On a amené progressivement les gens à réfléchir. Je n'ai pas voulu m'en tenir qu'aux syndicats. Même les organisations syndicales je leur avais dit : « Repérez moi quelques gens de qualité, même s'ils ne sont pas syndiqués » [...] On a travaillé d'arrache-pied. Il y a des choses qu'on a laissé de côté parce qu'il est apparu que les esprits n'étaient pas assez mûrs. Notamment les visites conjugales. On avait déjà admis le parler rapproché [...]

E.F : *Et la question médicale, j'imagine, a été abordé ?*

Y.Z : Oui et là aussi, c'est le décroisement. Il y avait des représentants du ministère de la Santé et ils freinaient des quatre fers. Les gens qu'on nous avait envoyés. C'était pas gratifiant. Aller à Fresnes ou à la Santé, c'était pas très gratifiant. L'inspection, ça a été l'amorce. L'inspection médicale, c'était un rouage de la direction de l'Administration pénitentiaire. Une inspection, dans la vision des choses, une vraie inspection doit être extérieure à l'organigramme de l'administration qui gère ce service. L'inspection, c'est la vision de quelqu'un qui est totalement indépendant, totalement indépendant. Je suis convaincu que ceux qui sont nommés à de telles fonctions d'inspection sont totalement intellectuellement indépendants. Et je l'ai vécu avec Fully qui disait : « Non, moi je ne suis pas d'accord ! ». Le problème, de l'indépendance n'est pas le regard que se fait l'acteur c'est l'idée que s'en font les autres. C'était ça le vrai problème d'une indépendance d'inspection. C'est l'idée que s'en font les autres. Vous ne m'enlèverez pas l'idée que le gars qui ses bureaux au sein de la Direction de l'Administration pénitentiaire, qui est rémunéré par cette même direction, même s'il est indépendant dans les neuf dixième des cas, le problème c'est l'idée que s'en font les détenus et les familles de détenus. Lorsqu'une famille vous accuse de toutes les horreurs et que tous avez tous les rapports du médecin-inspecteur, ancien modèle, qui vous dit qu'il n'y pas de problème on vous répond : « Mais bien sûr, il est de la maison ! ». En revanche, quand vous avez quelqu'un de totalement extérieur [...]

E.F : *Et c'est quelque chose auquel vous étiez confronté ?*

Y.Z : Ah oui. Ou les démarches d'avocats. Fully avait pris des positions assez rigoureuses. Il avait la vision si j'ose dire des limites et c'est vrai que certaines fois on lui disait : « Si vous rentrez dans son jeu, c'est fini parce que vous allez avoir une épidémie de grève de la faim ». Et c'est vrai qu'on a jamais eu de pépins parce que beaucoup étaient des grévistes bidons. Il y en avait un qui était à Fresnes qui faisait la grève de la faim. Tous les journaux en parlaient. C'était une affaire financière qui avait dérayé la chronique. Le juge d'instruction passait son temps à me tanner en me disant : « Il faut le mettre à l'hôpital ! ». Il ne voulait surtout pas qu'il y ait un problème. Moi si je le mettais à l'hôpital, j'en avais 500 derrière à hospitalier. Et puis au troisième jour, le médecin m'appelle et me dit : « Vous savez votre gréviste de la faim c'est du bidon, il bouffe ! Le surveillant l'a surpris l'autre jour en train de bouffer en cachette dans sa cellule. Alors moi, je vais tout lui retirer ». « Non, vous lui laissez. Je préfère qu'il reste gréviste de la faim et qu'il ne nous empoisonne pas la vie avec des problèmes de santé. Laissez faire et on verra bien ». Ça a duré une quinzaine de jours, il se portait comme un charme. Son avocat demande une audience : « Vous savez, c'est épouvantable, il faut absolument le mettre à l'hôpital ». « Non visiblement tout se passe bien, on lui prend la tension trois fois par jour et visiblement il est robuste. Et si jamais il arrive un problème, vous serez responsable car vous êtes son avocat et vous n'aurez pas réussi à le convaincre de cesser de s'afficher comme gréviste de la faim ». Il a compris. Quelques jours après le directeur en m'annonçant qu'il avait cessé sa grève de la faim. A l'époque c'était pas crédible de dire : Mme Troisier...

E.F : *Mais pour Fully, pour les grèves de la faim qui étaient réelles, quelle était selon vous l'autonomie des médecins ?*

Y.Z : Ils ont marqué incontestablement leur vision des choses et aucun directeur de l'AP n'a jamais osé aller à l'encontre d'une prescription médicale [...] C'est vrai que dans d'autres temps et avec d'autres directeurs, on pouvait dire : « Attendez un petit peu, on verra bien. Vous savez, il a pris des risques. S'il doit claquer... ». Alors certains étaient hostiles. Certains dès le départ. La perfusion, c'est

facile à dire mais le gars qui n'en veut pas il fait la sangler. Sur le plan des principes c'est pas évident. Et puis ça mobilise un personnel 24 heures sur 24 à côté du bonhomme [...] Y avaient des gavages mais plus perfide, il y avait cette méthode qu'il avait découverte au passage dans un établissement où il avait rencontré un brave surveillant, vous savez de l'ancienne école qui lui avait dit : « Ah non, moi, les grèves de la faim, ça me pose pas de problème. Ma méthode, c'est d'arriver devant la porte de sa cellule, avec un réchaud, une poêle à frire et des oignons en rondelles ». Authentique. Il avait poussé des grands cris : « C'est pas possible ». Fully il essayait de convaincre, c'était l'apôtre de l'humanisation des prisons. Il avait un peu cette auréole de son passé. Les gens le connaissaient, le respectaient beaucoup, les Pénitenciers le respectaient beaucoup. Il avait été jeune résistant, jeune déporté. Ils avaient incontestablement beaucoup de respect pour lui et certains chefs d'établissements qui étaient de sa génération. Ils se comprenaient très bien [création de l'ENAP en 68] le bâtiment de l'école était une excroissance de Fleury qui devait être le bâtiment des Jeunes détenus. Et au moment de la fin des travaux, le garde des Sceaux était venu, il avait visité le complexe carcéral, avec le mur, bien sécurisant et puis il voit ce bâtiment où il n'y avait qu'un grillage, symbolique. Et il dit : « C'est quoi ça ? C'est pour le personnel ? ». On lui répond : « Non, c'est pour les jeunes détenus ». Mais vous n'y pensez pas ». C'était à l'époque de l'angoisse de l'évasion. « Vous allez mettre des détenus ici ? Pas question ». Donc le local est resté désaffecté dans un premier temps puis on y a mis l'école dans ce qui devait être le centre de jeunes détenus de Fleury-Mérogis.

E.F : *Est ce que Fully n'était pas considéré au sein de l'Administration pénitentiaire comme étant trop politisé ?*

Y.Z : Non. Il était bien gaulliste. Il était le compagnon de Michelet et c'est ce qui apparaissait en premier. Il avait été mis là par Michelet, puis il a été maintenu. Il y avait eu une continuité jusqu'à la petite inflexion à l'arrivée de Pleven qui n'était pas de l'UNR. Pleven c'était le mouvement centriste, c'était l'ouverture de Pompidou. Mais Pleven n'aurait pas touché à Fully [...] Il a su se faire adopter par les Pénitenciers et lorsque j'ai été au cabinet de Pleven il n'a jamais été question de se séparer de lui. Ni du temps de Beljean. Il était très écouté. Il était surtout très en symbiose avec le directeur qui était Schmelck. Ils étaient très proches, même sur le plan personnel. Ils chassaient ensemble. Ils étaient très sportifs. Ils allaient tous les deux à la chasse au sanglier. Fully était très mondain, très cavaleur.

E.F : *Par contre je suis étonné quand vous dites qu'il était gaulliste...*

Y.Z : Il était loin d'être de droite... Il était un peu de ce qu'on appelait les gaullistes de gauche. Il était très proche de Brosse qui avait été ministre des anciens combattants. Il se réclamait du général de Gaulle mais du général de Gaulles de Londres, pas le général de Gaulles d'après 58. Fully avait réussi à se faire entendre dans le monde pénitentiaire et à être adopté. Quand il disait quelque chose, je n'ai pas de souvenirs, d'échos de chefs d'établissements s'étant plaints d'une réflexion entérinée par Fully. Et il savait garder la distance. Il était vraiment Médecin-inspecteur. Même avec les confrères alors que son successeur avait un peu tendance à se substituer au médecin praticien et ce fut un sujet de frictions entre elle et moi. Elle m'a rendu responsable de son éviction [...] Je n'avais pas besoin, pour reprendre l'expression de Badinter, de période d'essai et donc je mesurais quasi immédiatement la portée des décisions que je pouvais prendre. D'abord, ça sécurisait les fonctionnaires qui me faisaient, parce qu'ils m'avaient connu jeune magistrat, une certaine confiance. Beaucoup s'étaient confiés à moi et cela a continué même quand j'étais devenu directeur [connaissait bien Hivert] J'ai été le premier directeur de l'Administration pénitentiaire à avoir eu cette double casquette en tant que magistrat de base et directeur [directeur adjoint comme sous-préfet] Comme j'étais déjà sous Peyrefitte, j'avais été considéré comme suspect. D'ailleurs dans Le Figaro, vous aviez un long article du Syndicat de la magistrature qui faisait le tour du *spoil system* et qui disait : « Il y en a un, de l'Education surveillée, qui prend du galon, qui a survécu... ». Parce qu'il se trouve que j'ai fait partie du groupe fondateur du Syndicat de la magistrature. Le syndicat est né dans les locaux de la Chancellerie. C'est quelque chose qui mijotait. Y a eu concomitance des périodes avec Mai 68 mais ça mijotait déjà en 1967. Nous étions un petit groupe qui réfléchissions à créer une structure, avec Joinet, Kessous, Favard, Veil. Devenu directeur de l'Administration pénitentiaire, j'ai eu des entretiens avec les délégués syndicaux à la Chancellerie parce que j'étais devenu le Président du conseil d'administration des directeurs.

E.F : *Et vous n'étiez plus syndiqué à cette époque ?*

Y.Z : Pour une raison pénitentiaire et avant que je sois directeur, d'ailleurs bien avant. Après la création du syndicat. J'ai pris mes distances parce que j'avais une assemblée générale au cours de laquelle certains avaient fustigé l'Administration pénitentiaire. Mais on était encore avec les post-soixante-huitards. Donc « il est interdit d'interdire », « la prison, c'est le bagne ». Il y avait eu une motion d'une irresponsabilité totale. Moi, je n'y étais pas mais j'avais eu écho de l'intervention de Jean Favard qui avait tenté d'endiguer ce mouvement anti-pénitentiaire. Parce que c'était un préfet qui était à la tête de la Pénitentiaire. Donc c'était le diable. Donc, j'ai envoyé une lettre de démission en disant que je déplorais la motion qui avait été prise. J'ai pris mes distances très vite parce que j'ai senti une dérive, on ne se disait pas gauchiste à l'époque mais j'ai senti que c'était fomenté [raconte l'émeute à la Santé le jour où le général Salan incarcéré]

E.F : *A part cette motion est ce qu'il y a d'autres choses avec lesquelles vous étiez en désaccord ?*

Y.Z : Ça m'avait fait mesurer le danger de prendre des décisions sans en mesurer la portée. J'ai dit : « Aujourd'hui, c'est la Pénitentiaire et demain ça sera autre chose ». Autrement dit, cette irresponsabilité dans l'extrémisme m'a choqué et m'a fait percevoir... Et je dois dire qu'hélas il y a eu ces dérives dans d'autres sujets, dans d'autres débats, dans d'autres prises de position. Il y a eu d'excellentes choses. Le syndicat de la magistrature est une excellente chose, l'idée étant de savoir si on peut en être membre sans perdre son droit de critique mais je ne voulais pas que... personnellement, ça me choquait tellement ce gauchisme qui ne disait pas son nom, cet extrémisme. Je l'ai peut-être été extrémiste à une époque de ma jeunesse. Ça m'a tellement choqué que malgré les exhortations de Jean Favard, que tout ça a été balayé par une déferlante sans mesurer la portée. C'est ça qui m'a tellement choqué ! Alors que j'ai gardé des relations personnelles par exemple avec Louis Joinet ou Rolland Kessous [...] C'est quelqu'un en qui j'ai une totale confiance alors qu'il était un des jeunes turcs de cette assemblée. Colcombet, je n'ai jamais eu le moindre problème. C'était au nombre d'entre eux, ce que l'on appelait à l'époque le CERES, de la Ligue des droits de l'homme. Avec incontestablement un projet qui était beaucoup plus politique que syndical et c'était ça qui m'avait... Le syndicalisme est, à mon sens, à caractère politique au sens de la Cité mais pas politicien au sens de Raymond Barre. Je n'ai jamais été membre d'un parti politique. Les circonstances ont fait que j'ai été le collaborateur de trois gardes des Sceaux et notamment de Lecanuet qui était centriste où moment où le CDS. S'il avait réussi son entreprise, peut-être me serais je orienté vers son projet qui était de créer une sorte de centre gauche en France. Il y avait dans cette mouvance des gens comme Simone Veil qui ne se reconnaissaient ni dans le parti communiste, ni dans le parti socialiste qui était en perdition à l'époque. En revanche, je n'étais absolument pas attiré par le RPR. Je l'aurai peut-être été si j'avais été adulte en 40, j'aurai probablement été gaulliste mais, en plus, j'étais en Tunisie à l'époque donc ça nous atteignait indirectement. Mon père était plutôt de centre gauche. J'étais attiré par la tentative de Lecanuet qui a fait chou blanc.



## ANNEXE 40 : ENTRETIEN AVEC MYRIAM EZRATTY

Myriam Ezratty, magistrate et directrice de la DAP d'avril 1983 à juillet 1986. Président honoraire de la cour d'appel de Paris lors de l'entretien réalisé le 8/02/2008 à son domicile à Paris. Durée : 3H30.

Ne sont cités ici que des extraits choisis.

*E.F : J'aimerais déjà savoir la première fois où vous avez été confrontée à la question des prisons de façon directe ?*

M.E : J'ai commencé ma carrière à la Chancellerie à ce qui s'appelait alors l'Education surveillée. Je m'intéressais plus à la prévention qu'à la répression. J'avoue n'avoir même pas fait comme on devait le faire quand on avait passé le concours de la magistrature, y avait un stage d'un mois je crois dans une prison.... que je n'ai pas fait tout simplement parce que je suis partie en vacance à l'étranger. Je me moquais complètement de ce que voulait l'Administration [rires] Ils m'ont gardé quand même. Ce qui fait que je n'ai connu qu'une toute petite prison qui était celle de Fontainebleau où j'étais juge suppléante à un moment donné. Et j'avais d'ailleurs été horrifié. C'étaient des petites cellules. Mais ce n'était pas d'ailleurs une des plus mauvaises prisons parce qu'elle était si l'on peut dire familiale. Elle se gérait en famille. Mais les détenus peignaient dans leur cellule, il n'y avait même pas d'atelier, ils peignaient dans leur cellule des soldats en plomb dans des conditions... Avec des produits extrêmement dangereux, ça m'avait beaucoup frappé. Mais c'était mon seul contact avec la prison. Et j'ai requis des peines de prison, qui étaient d'ailleurs peut-être un peu sévères à l'époque... Du moins qui me paraissaient sévères. Je n'avais finalement pas d'expérience. Je suis arrivée très jeune, à 22 ans, dans la magistrature. C'était comme ça, je ne me rendais pas trop compte... Alors, il faut dire que j'étais très liée avec Simone Veil qui me parlait beaucoup, nous étions le bâtiment à côté, et elle me parlait notamment de la santé en milieu pénitentiaire. Je suis rentrée au moins par conversation à l'intérieur de la prison. Le temps a passé. J'ai quitté l'Education surveillée pour rentrer aux Affaires civiles où je m'occupais des professions juridiques. J'avais complètement quitté ce milieu mais le virus de l'Education surveillée m'avait déjà touché et je m'intéressais à ces questions là, ou plutôt à son contraire c'est-à-dire à tout ce qui était non prison. C'est-à-dire à qu'est ce qu'on pouvait faire en matière de prévention. Ensuite, j'ai quitté la Chancellerie pour rentrer dans le cabinet de Simone Veil qui m'avait demandé de m'occuper notamment de la partie rédaction de textes.

*E.F : A ce moment là, vous n'étiez pas conseiller uniquement sur la question pénitentiaire ?*

M.E : Non pas du tout. Mais le premier dossier que m'avait donné son directeur de cabinet, Dominique Le Vert, était sur la médecine pénitentiaire. Premier essai, je n'ai pas réussi réellement à quoi que ce soit parce que le ministère de la Justice ne s'intéressait pas du tout à cet aspect à cette époque. Et régnait sur la prise en charge médicale des détenus l'inspectrice générale Solange Troisier. Son principal souci à l'époque dans ses relations avec le ministère de la Santé, je me rappelle, était de créer près de Marseille un lieu pour y coller les jeunes drogués. Moyennant quoi on n'a pas, pour un tas de raisons, et des raisons éthiques, prêter la main en quoi que ce soit, et moi notamment, pour aider à ce projet qui me paraissait ni réaliste, ni déontologiquement. Ce qui fait que tout est tombé dans un trou et je me suis occupée d'un tas d'autres choses. Une quantité de choses, mais je ne me suis pratiquement pas occupée des prisons parce que le contact, de part et d'autre d'ailleurs... Déjà pour les relations, les gens du ministère de la Santé étaient paniqués à l'idée d'avoir à faire à la Justice. Et à la Chancellerie, on avait plus de relations sur des sujets sur le droit des consommateurs mais rien à voir avec les prisons. Si vous voulez, pour eux, parce que la Chancellerie était à l'époque essentiellement peuplée de magistrats, c'était plutôt de l'ignorance. Donc c'était pas des collègues, c'était pas... Vis-à-vis d'un autre ministère déjà les liaisons sont pas toujours commodes et pourtant ce sont des énarques qui souvent se connaissent. Tandis que là, ils n'osaient pas téléphoner, des choses

comme ça. C'est moi qui le faisait. C'était surtout de l'ignorance. Et puis la Justice... Y avaient des liaisons mais pas sur le domaine du pénal.

*E.F : Et c'était quelque chose d'assez nouveau qu'un magistrat soit nommé au cabinet du ministère de la Santé ?*

M.E : Oui. A l'époque, d'abord, ils étaient peu étoffés en juristes et même au cabinet, alors Colette Même était magistrate du Conseil d'Etat mais, magistrat judiciaire, non. Maintenant, c'est beaucoup plus fréquent mais à l'époque, c'était tout à fait l'exception. D'ailleurs, j'étais moi-même au départ, pas orpheline mais parmi les membres du cabinet, j'étais de ce côté là différente.

*E.F : Et est ce que vous vous rappelez les conditions dans lesquelles ce dossier était arrivé entre vos mains ?*

M.E : Solange Troisier avait probablement des contacts au ministère de la Santé mais ça n'était pas du tout dans un objectif de réforme. Et je crois qu'au ministère de la Justice à l'époque, ils avaient d'autres problèmes que la médecine pénitentiaire. Simone Veil s'intéressait au contraire et aurait probablement souhaité qu'on fasse quelque chose mais ce n'était pas facile d'y rentrer, même pour moi. Ce n'était pas une direction que je connaissais et ensuite il faut que le ministre de la Justice soit aussi disposé. Donc on n'a pas pu faire de ce côté-là quoi que ce soit [...] A l'époque au ministère de la Santé, c'était le néant. Il faut dire à leur décharge, qu'à l'époque, la direction de l'Administration pénitentiaire vivait en circuits fermés. Solange Troisier était un médecin mais elle n'était pas sur un projet quelconque de réforme. En tous cas, je puis assurer que pour eux, comme pour le commun des mortels, la prison était un monde étranger dans lequel on ne pénétrait pas. C'était vraiment complètement cloisonné. D'ailleurs le mot « médecine pénitentiaire » ne veut rien dire. La médecine, c'est la médecine. Médecine dans les prisons on pourrait dire. Parce qu'à l'époque c'était vraiment médecine pénitentiaire. Le gros problème était de savoir qui a la responsabilité de quoi ? Et l'idée de M. Badinter, je crois quand il est devenu ministre, c'était de ne pas autonomiser la médecine pénitentiaire et faire en sorte que cette compétence et les médecins relèvent du ministère compétent [...] Quand je suis arrivée, je n'ai pas tout de suite pris ces fonctions à la Pénitentiaire. Et c'est juste après mon arrivée, qu'on a supprimé son poste de médecin inspecteur pour justement passer à des corps de santé qui dépendaient du ministère de la Santé. Quand j'ai été nommée en avril 83, Badinter m'avait demandé de prendre la direction de l'Education surveillée. Mais ce n'était absolument pas mon objectif de prendre l'Administration pénitentiaire. Ce n'était pas un sujet forcément très bien compris et ce qui m'a passionné, quand j'ai accepté le poste à l'Education surveillée, j'étais président de chambre... mais là y avait un sujet qui m'avait énormément passionné et c'est pour ça que j'ai dit oui, c'était la politique de Bonnemaïson qui était un type formidable. Il a vraiment conçu l'idée de prévention globale notamment à partir du Centre international de prévention de la criminalité. C'était vraiment pour moi une passion et j'avais fait tout un plan, j'avais fait une circulaire sur la décentralisation et puis Robert Badinter m'a demandé de prendre la direction de la pénitentiaire. Et là j'ai beaucoup résisté parce que je n'en avais aucune envie et en plus aucune connaissance [rires] Un des membres de son cabinet m'a dit et a fait valoir que c'était la première fois qu'on donnait cela à une femme. Et je dois dire que l'argument m'a convaincu. Je ne peux pas vous dire que j'y suis allé au départ enthousiaste [...]

*E.F : Et est ce qu'il y a quelque chose qui vous tenait à cœur quand vous êtes devenue directrice de l'AP ?*

M.E : Oui c'était la partie sanitaire. Alors là vraiment je me suis... Pas seulement la santé. Mais c'était la politique de Robert Badinter. Mais autrement je n'aurais pas marché. C'était vraiment l'enjeu... Je voyais l'autre côté du miroir par rapport à l'Education surveillée et autant l'Education surveillée, on avait réussi à ouvrir sur le monde extérieur... Alors pas autant que je le croyais naïvement. Mais le but était d'ouvrir la Pénitentiaire de son état d'espèce d'enfermement, y compris celui des surveillants. Il n'y avait rien de comparable avec l'Education surveillée. Même les relations avec les syndicats à l'Education surveillée c'était du psycho-drame. Je les connaissais extrêmement bien puisque j'avais été chef de Bureau. Je ne dis pas que ça n'était pas sérieux mais on pouvait comprendre un langage réciproque. A l'Administration pénitentiaire, il n'y avait rien de tel. C'était une administration comme l'armée. L'Education surveillée, c'était un peu le désordre... On privilégiait la créativité, les contacts

et c'est ça d'ailleurs qui était passionnant. On y croyait tous. On allait sur le terrain ce qui était simple. Tandis que pour rentrer dans les prisons. Et moi, ce qui m'a le plus frappée, à tel point que je suis encore allergique aux clefs... Mais il fallait sortir, pas seulement pour ça, mais pour la culture. On a fait des expositions de peinture, des ateliers de bande dessinée. Pour moi la santé, ça a été quelque chose où j'ai très peu délégué. C'est une énorme maison où il faut souvent déléguer. Mais ça, je l'ai suivi de très près, très personnellement [...] Il faut dire que c'était important qu'on ait le terrain entre guillemets libre pour faire ces réformes. C'est pas tellement commode de les faire avec l'ancien groupe... Ce n'est pas de mauvaise foi mais... Bon. Alors Favard avait déjà commencé à entreprendre des choses avec la Santé mais on ne peut pas dire qu'ils aient été enthousiastes. La collaboration n'a pas été spontanée. De la part notamment de la DGS. Parce que c'était d'abord un fardeau supplémentaire. Un monde fermée. « On a peur ». Autant quand j'étais à la Santé, c'étaient plutôt les portes des prisons qui étaient fermées, autant là on peut dire que les portes des administrations, notamment sanitaires, étaient pas très ouvertes à quelques exceptions près. Le directeur de la Santé, Roux, n'était pas libre, il avait autre chose à faire... La première chose que j'ai souhaité faire c'était l'état des lieux et j'avais demandé à l'IGAS de faire un audit de toutes les choses qu'on devait réformer. Et le rapport était catastrophique. C'était la première fois qu'on faisait ça. Et je dois dire très objectivement que pour la Pénitencière, ils ont été épatants. Ils n'ont pas du tout caché, saboté... Ils ont, au contraire, montré les plaies. J'ai poussé j'ai et demandé moi-même cet audit. Le constat était épouvantable. Et à partir de là j'ai adopté une méthode qui me semblait indispensable. C'était de faire morceau par morceau les réformes. Au lieu de pleurer, avant de faire des circulaires, je leur ai demandé de faire sur chaque branche des propositions [...] Alors pour faire que les gens se parlent entre eux, j'avais décidé de créer le Comité justice santé. Je l'ai fait officieusement. Il faut dire que le cabinet me laissait complètement... J'avais la libre gestion. J'ai travaillé en pleine association avec Jean Favard.

*E.F : Il y avait quand même un intérêt du ministère de la Santé au cours des réunions Santé Justice ?*

M.E : Alors ça dépendait des directions. J'ai assisté à toutes les séances. Je ne me suis jamais fait remplacer. J'aurai souhaité que les directeurs des autres directions viennent aussi mais... Il faut dire que j'avais un intérêt plus direct que le leur. Et j'avais vraiment l'ambition d'obtenir pour les détenus la Sécurité sociale, qu'elle se poursuive. Là je me suis beaucoup heurtée à la Direction de la Sécurité sociale et Chemla avait été chargé de faire un audit. Et ça a fini pas arriver avec les lois de 94, qui ne se sont pas faites facilement. La signature en 94, vous avez pu voir qu'il y avait Simone Veil. J'avoue lui avoir passé un coup de fil pour la prévenir qu'il y avait ce texte. Ce n'est pas de la concussion mais il y avait une telle résistance à ces réformes. Et on avait prévu aussi la modification du statut des médecins. On a tenté de faire tout ce qui pouvait se faire [...] L'inspection générale n'avait même pas de problème. Je n'avais à l'époque voulu accuser personne mais la Santé avait tenté de mettre ça sur le dos... enfin sur moi pour ne pas aller plus loin quand même. Mais, pour eux, ça montrait une séparation très forte des services. Ça n'est pas à mon avis un problème politique parce que les résistances venaient de bien autre chose et c'est l'idée après tout que la prison est une chose fermée. Même nous, on a pas eu plus d'aide, sauf sur le principe. Mais ça venait de la Justice et notamment de Badinter et de Favard [...] Alors pour le choix des médecins, nous voulions qu'il soit approuvé par la DDASS. Les médecins étaient avant déconsidérés car ils étaient pénitenciers et il fallait qu'il puisse faire carrière ailleurs. On recrutait des médecins à la petite semaine. Certains étaient trop incrustés. La formation n'était pas surveillée. On a envoyé le directeur de Fresnes faire la formation de directeur d'hôpital et il est devenu directeur d'hôpital. C'est une très bonne chose. Alors le texte qui a permis... c'était la première étape... non pas de la déconcentration mais disons de la sortie de la santé du giron pénitencier. L'idée était de faire de l'hôpital de Fresnes non pas un hôpital pénitencier mais un hôpital public à vocation d'héberger des pénitenciers. Ce n'est pas la même chose. De même que moi, je ne voulais plus non plus qu'on dise médecine pénitencière, « Je suis médecin pénitencier ». Je ne vous dis pas qu'on a réussi très bien là dessus. Mais je sais que parfois les mots comptent parfois, en tous cas pour le principe. Là aussi, ça a été épouvantable. Alors la Santé encore ne disait trop rien. Ils n'étaient pas ravis mais enfin ne disaient trop rien. Mais c'étaient les Finances qui ne voulaient pas qu'on crée de nouvelle catégorie d'établissements public. Alors le cabinet était intervenu. On avait préparé un texte pour mettre dans un wagon de ces mesures que le conseil constitutionnel n'en veut plus, vous savez les petits ajouts dans les lois. Il fallait accrocher ce

paragraphe dans une loi de santé publique, une des lois sociales. Alors ça commençait très mal car les Finances sont quand même plus robustes que la Justice et la Santé. Et le texte qui était très long... On avait été débarqué à l'Assemblée nationale et le Sénat adorait à l'époque les séances de nuit parce que c'était payé double. Je reçois un coup de fil. On me dit : « Le texte passe ce soir, probablement après 20 heures ». Moi, j'avais été au concert avec ma famille, je les avais mis au perchoir et le texte est passé vers minuit ou une heure du matin. Il n'y avait personne des Finances, on était tout seul. Je passe ma fiche et le matin je vous dis pas, ils étaient furax les Finances... Mais c'était passé. Le problème c'est que ce sont des petites choses et ça arrive souvent quand on présente un texte qu'on perde des choses. Mais il est passé. Je ne sais pas du tout ce qui se serait passé si les Finances avaient envoyé quelqu'un...

*E.F : Et il n'avait pas été envisagé d'en faire à l'époque un établissement seulement sanitaire ?*

M.E : Mais c'était le cas !

*E.F : Oui mais il y avait quand même une direction bicéphale...*

M.E : Si vous voulez, ce n'est pas le problème. Parce que c'est quand même un établissement où il faut garder des gens qui ne veulent pas sortir. Ce qui était important pour nous c'était pas le régime. Actuellement dans les hôpitaux vous avez un directeur et un médecin-chef. Bon. Etant donné que ce sont des détenus, vous pouvez dire que les hôpitaux de Paris ne sont pas équipés pour former des gens responsables d'une sécurité particulière. Alors... Il faut être réaliste. Evidemment, on peut dire « Fresnes est un hôpital comme un autre », mais c'est impossible. C'est pour ça que le statut était tout à fait spécial. Les Finances, c'était pas par méchanceté pour la Pénitentiaire mais c'était pas principe, ils ne voulaient pas d'une nouvelle catégorie d'établissement. Alors ça, ça a été une des premières étapes. Et il est certain qu'en 86, je n'avais pas obtenu grand-chose, si ce n'est de poser les bases. Moi je suis d'avis qu'on doit commencer les choses officiellement pour pouvoir les essayer. Et selon le sujet... On a quand même à la suite de ça, fait une circulaire... Alors ça a marché ou pas. Mais tout de même. On essayait pour la première fois d'améliorer le système de distribution des médicaments. Je me suis efforcé de demander aux gens de la Pénitentiaire d'appliquer ce que nous demandait le ministère de la Santé...

*E.F : Il y avait des ministères plus ou moins volontaristes ?*

M.E : Oui, mais je crois que c'est moins les ministères que localement. Il en était de même si vous voulez pour les directeurs régionaux. C'est pour ça que dans le choix, cet aspect, du moins à l'époque, jouait quand même, du moins dans les avis au comité technique paritaire... Je regardais quand même le degré d'ouverture des gens. Il y avait aussi à ce moment là le problème des infirmières qui se mettaient une blouse blanche. Alors on a choisi en comité technique paritaire un costume avec les intéressées. J'avais demandé une étude qui avait permis de montrer que elles-mêmes se sentaient dévalorisées dans leur métier.

*E.F : Et par contre ces différentes transformations allaient dans le même sens selon vous ?*

M.E : C'était complètement commun. Je crois que Giscard a proclamé qu'être en prison, c'est être privé de liberté. Je crois que c'est utopique parce que nécessairement on est transformé. Je crois qu'on ne peut pas dire ça en fait. Il faut au moins mettre à disposition tous les moyens pour pouvoir être traité, je dirais, tout simplement normalement... Alors, en fait, c'est pas vraiment vrai parce qu'il y a des précautions et les problèmes de sécurité selon les époques envahissent plus ou moins...

*E.F : Et cette idée d'ouverture était déjà bien ancrée quand vous êtes arrivée à la tête de l'Administration pénitentiaire ?*

M.E : Alors, non justement. Et ce problème santé s'intégrait là dedans. Il y a eu des réformes d'amélioration auparavant mais la prison en tant que telle restait sur des règles qui lui étaient propres. Dans la plupart des domaines. C'était surtout une question de mentalité. Il fallait ouvrir. Quand les gens voient... Là aussi j'avais tenté de rajeunir et puis de diversifier les gens qu'on mettait. Ce n'est pas facile d'en trouver. Et notamment pour des gens en activité. Alors on a pas abordé le côté de la psychiatrie où on a pas de quoi se vanter de ce qu'on a pu faire. On avait tenté... J'avais lancé un travail... L'idée, qu'on n'avait pas inventée, était de faire un truc continu entre le dedans et le dehors.

C'est-à-dire un détenu qui a des troubles psychiatriques en prison qu'il soit suivi. On avait pondu des circulaires. C'est le Dr Lamothe qui m'avait instruit [...] On voulait arriver à faire la chaîne. Et là, honnêtement, je crois que le résultat. Il aurait fallu une continuité. Y compris de la direction. Et la séparation des services... Alors il y avait une question d'ailleurs qui se posait à l'époque qui était de dire : faut-il un corps des psychologues pénitentiaires. Et pour ma part, je suis parti sans que le problème soit résolu et je préférerais qu'il ne le soit pas parce que personnellement je suis contre. Parce que je pense qu'à ce moment là c'est l'enfermement du psychologue. Il faut qu'il y ait des clients dehors. Il me semble pas que ce soit très bon sur le plan de la démarche. [...] Ils [les psychologues] voulaient avoir un statut. Il faut dire que ce n'était pas très commode pour eux car leurs conditions d'embauche n'étaient pas évidentes. Mais personnellement, je ne l'aurais jamais soutenu ça. Qu'on leur donne une sécurité et qu'on les paye correctement, je comprends mais c'était une autre démarche. Favard était d'accord. Et pareil, pour un médecin. Il faut qu'un médecin puisse faire une carrière ou la Pénitenciaire ne soit qu'un morceau ou un temps. Et qu'ensuite il puisse retrouver un poste honorable ailleurs. Je peux vous raconter un exemple qui serait comique s'il n'était pas tragique pour expliquer la situation des milieux hospitaliers. C'était à Grenoble. Nous avions, je dis nous parce qu'au fond j'ai toujours dit nous au sujet des prisons... Nous avions à Grenoble un type qui était incarcéré pour escroquerie. Il était aux cuisines ou en comptabilité. Ce type là tombe malade. On l'emmène à l'hôpital et il descend une infirmière avec un couteau. Vous savez ce qui s'est passé. Le directeur m'appelle et me dit : « Ils nous le rendent. Oui car ils disent que c'est un délinquant ! » [Silence] Ils n'en ont pas voulu ! En psychiatrie. Et c'est un peu ça [...] C'était quand même une politique d'ensemble. Je sais qu'on a souvent tendance à dire cela à posteriori mais là... tout ce qui pouvait être externalisé on était d'accord. Et la Pénitenciaire, à quelques exceptions près, il y a toujours des bourriques partout, mais en gros c'est pas la Pénitenciaire qui a mis... On s'est heurté à des choses, à des questions de sécurité [...] Mais y a des choses dont ils aimeraient bien être débarrassés et la Santé en faisait partie.

*E.F : Comment vous étés vous assurée que ces directives étaient suivies au niveau local ?*

M.E : C'est une très bonne question. La Pénitenciaire par rapport aux autres administrations que j'ai connues est probablement l'une des administrations, c'est un peu comme l'armée, les plus respectueuses du règlement. Je ne dis pas qu'elle l'applique toujours comme il faut et qu'il n'y pas de sabotage, mais il faut regarder et surtout marquer l'intérêt qu'on y porte. Je pense que, comment dire, c'est toujours très difficile de voir ce qu'il se passe. Il y a le problème aussi de recevoir des plaintes et nous avions regardé cela, qu'on puisse écrire directement. Et puis il faut circuler et regarder même si on ne voit qu'une partie. Il faut surtout être déterminé.

*E.F : Il y a un terme qui est souvent revenu à cette époque c'est celui de « décroïsonnement » ?*

M.E : Ben, c'est exactement ça ! C'est le mot qu'on a employé à l'époque. Le décroïsonnement culturel, le décroïsonnement... Et la santé a vraiment été le numéro un, je pense en tous cas en ce qui me concerne, dans l'échelle des priorités. Ça a vraiment été une question privilégiée. Ça et l'enseignement.

*E.F : Y avait des magistrats qui à part vous étaient moteur dans ce décroïsonnement ?*

M.E : Ah tout à fait. Jean-Pierre Robert que j'avais volé à la direction des affaires criminelles. On avait créé le bureau de l'action communautaire. Le terme a changé maintenant. J'avais insisté qu'on y mette le mot communautaire qui marque l'action envers le monde extérieur. La première chose qu'on a faite d'ailleurs, avec Jean Favard, c'était de changer l'organigramme. En plus j'avais fais venir un certain nombre de gens de l'Education surveillée. J'ai pêché ailleurs des personnes... Le chef du bureau des ressources humaines, François Antonioni était mon collaborateur à l'Education surveillée. Ça avait fait quelques remous. Il fallait des gens motivés à tous les niveaux [...]

*E.F : Et beaucoup de médecins à l'époque n'assuraient qu'une faible partie de leurs vacations ?*

M.E : Oui alors... On avait changé carrément... On n'a pas pu le faire partout. On a tenté de faire un peu de propagande pour montrer que les gens pouvaient faire carrière... Enfin carrière... En tous cas, rendre plus attractif ces postes. Et l'exemple du Dr Espinoza était un peu un signal. Monter qu'on pouvait travailler en prison sans être défavorisé. Alors, il avait des fonctions de conseiller. Il faisait en

plus la liaison avec le ministère de la Santé. Justement, comme il avait été choisi d'un commun accord, il avait cette fonction. On avait eu l'argent, ce qui était déjà impensable, de le payer.

*E.F : Le Comité santé justice, c'était plus dans l'optique de traiter des problèmes précis ou des questions ...*

M.E : Non, c'était des questions d'ordre général. C'est-à-dire qu'on avait un sujet à chaque fois à partir de ce qui m'était signalé. C'était vraiment un comité de réflexion et de proposition. C'était vraiment très sympathique. Alors la participation était un peu irrégulière mais c'était très décontracté. On tenait un très très court petit procès verbal. C'était quelque chose de libre. Chacun donnait son avis. C'était tellement décontracté, qu'on ne négociait pas sur l'heure. On avait eu une réunion totalement sur le sujet de la pharmacie. Pour moi, c'était l'occasion d'être informée. C'est d'ailleurs pour ça que j'y allais. J'y allais parce que ça m'apprenait beaucoup de choses. Je ne suis pas du métier et en plus c'était un moyen de contrôler pour voir ce qu'il se faisait [bibliothèques] Gateño il nous avait affecté une bibliothécaire. Il y avait une personne, je crois tout à fait honorable qui est restée jusqu'à sa retraite, mais qui s'occupait de tout centraliser dans la pénitenciaire. Tandis que là c'était quelqu'un qui était de l'extérieur. Et qui s'était occupé de faire la politique du livre pour les établissements.

*E.F : Donc quand vous êtes arrivée à la DAP, il y avait certaines personnes qui avaient tendance à tout centraliser à l'AP ?*

M.E : Oui. Oui. Alors, il faut être franc. J'ai aussi centralisé les problèmes car si vous voulez appliquer une politique. Mais pas les détails... Je ne peux pas dire que c'était décentralisé. D'ailleurs dans cette maison, ça n'est pas vrai de toutes les directions, on rencontre des surveillants, chefs, directeurs. Et ça, j'avais tenté au moins au niveau des directions régionales... En disant « on ferme le parapluie ». Alors certains ont pris des initiatives mais... Il faut dire qu'ils risquent gros. Mais c'est vrai que j'aurai souhaité que certains soient un peu plus libres. Mais à l'époque, ça n'était pas dans l'esprit de la maison [Évoque son parcours et entrée dans la magistrature]

*E.F : Vous étiez syndiquée à l'époque ?*

M.E : Je l'ai été la première ou la deuxième année et puis quand je suis rentrée au cabinet de Simone Veil, je me suis dit : « On ne peut pas mélanger les genres ». Mais j'étais abonné au journal [Justice] et puis de toute façon quand je suis devenue directrice j'avais dit que j'étais la directrice de tout le monde. Du coup je n'ai pas repris ma cotisation. Je n'ai pas été d'accord d'ailleurs avec certaines positions du Syndicat... On m'avait beaucoup reproché aussi quand je suis arrivée à l'AP que bon... On allait voir ce qu'on allait voir... que... Alors sur le plan des choix, c'est vrai que j'ai pris des gens qui étaient plutôt... Enfin. Toujours avec sérieux. Je n'ai pas fait de discrimination. J'ai viré dès le début le magistrat chargé du bureau des personnels mais pour entente avec les syndicats car ce qu'il faisait... Alors là ça a fait une petite histoire quand je l'ai remplacé justement par ce François et je savais qu'il ferait les choses honnêtement. Vous êtes obligé aussi, si vous ne faites pas un petit peu confiance... Si vous n'êtes pas entouré de gens qui ont votre confiance, ce n'est pas possible [...]

*E.F : Et justement par rapport aux prises de position du SM sur les prisons, à l'époque, c'était globalement les idées que vous partagiez ?*

M.E : Oui et non justement. Ils ont protesté quand j'ai commencé à faire des changements de personnel. Mais alors là j'ai crié plus fort qu'eux en disant qu'on ne pouvait pas prôner des politiques et faire avec des gens... Mais j'ai surtout eu affaire aux syndicats pénitentiaires [...] Sur certaines positions je trouvais qu'ils allaient trop loin. Le syndicat a beaucoup apporté quand il s'est créé. Ça a apporté quand même... Et là il n'y a plus vraiment de réflexion des jeunes. C'est comme Mai 68, ça me semblait très important. J'étais plus âgé mais Joinet et les autres ont apporté quelque chose de nouveau

*E.F : Et Mai 68 ça représentait quoi pour vous de façon plus générale ?*

M.E : Ecoutez, beaucoup. Moi ça m'a beaucoup... Alors les gens me regardaient de travers car vu ma génération. J'étais à l'administration civile et .... Moi ça m'a paru formidable. La profession, moi quand je l'avais connue, au début cette profession c'était vraiment... C'était en province mais c'était... On n'osait même pas montrer le journal qu'on lisait ! Vous n'avez pas idée ! Moi je

débarquais, je n'ai pas de famille de magistrat et je découvrais. La part de l'inventivité est selon moi importante dans la profession [...]

*E.F : Et Simone Veil quelles étaient ses fonctions à l'Administration pénitentiaire ?*

M.E : Elle était comme moi substitut au ministère de la Justice. Elle travaillait avec Perdriau qui était sous directeur. Elle connaissait Solange Troisier mais je ne crois pas qu'elles étaient... Pas du tout même ! C'est un personnage curieux, très discutable mais qui en même temps a joué un rôle... C'est difficile de faire le bilan. Mais je crois qu'il était nécessaire pour faire une réforme pénitentiaire qu'elle ne reste pas. C'était quelqu'un d'assez particulier [...] Malheureusement, j'aurai souhaité faire quelque chose. J'étais très déçue. Mais Solange Troisier était un personnage... très complexe ! Mais en même temps, par certains côtés, je ne dis pas insupportable. Mais elle vivait autour d'elle-même, elle tenait énormément à son emprise. Elle était très soutenue en plus, elle, politiquement et je faisais très attention à ne pas trop la mêler. Simone Veil... En fait je faisais le tampon, enfin pas le tampon mais disons que c'est moi qui la recevais [rires] Il faut dire aussi que tout en étant sensible à cela, je n'étais pas sensibilisée au problème comme je l'ai été par la suite parce que contrairement à Simone Veil c'était un milieu que je ne connaissais pas et j'avais mis, je ne dis pas une barrière entre l'E.S et la Pénitentiaire, au contraire... Mais y a eu de ça. Je ne peux pas dire que je me suis accrochée à devenir. Très honnêtement. Je ne connaissais pas le milieu et c'est pour cela que j'avais refusé les deux premières fois d'aller prendre cela [la direction de l'AP]. Ça n'était pas la peur. Et je dois dire un de mes collègues m'avait dit : « Mais vous êtes folle Myriam » quand je lui avais dit que je quittais l'E.S et je lui avais répondu : « Oui je suis folle ! ».





# INDEX

## A

ADDD (Association de défense des droits des détenus) 16, 103, 105, 107, 143, 160, 168, 530, 641  
 AGRET Rolland.....274, 530  
 AMOR Paul 31, 76, 79, 145, 158, 184, 185, 295, 575, 595, 609, 619, 620  
 ANCEL Marc .....185, 595  
 ANTONIONI François.....314, 445, 526  
 APM (Association professionnelle des magistrats) .....16, 385, 386, 402, 583  
 APSP (Association des personnels soignant des prisonniers) ....16, 429, 449, 450, 451, 452, 453, 454, 455, 456, 457, 464, 471, 520, 521, 582, 585  
 ARPAILLANGE Pierre 149, 151, 321, 386, 390, 391, 392, 403, 442, 479, 538, 583  
 Auxiliaires (surveillants) ..47, 69, 121, 259, 268, 328, 396, 409, 454, 462, 463, 505, 510, 611, 635, 649, 665  
 AYME Jean .....206, 603

## B

BADINTER Robert ..19, 30, 57, 66, 70, 71, 93, 149, 229, 235, 297, 299, 303, 304, 305, 306, 307, 308, 309, 310, 311, 312, 313, 318, 319, 323, 325, 327, 329, 330, 331, 333, 335, 339, 362, 366, 368, 385, 391, 422, 465, 473, 474, 492, 499, 516, 526, 529, 534, 535, 537, 540, 581, 667  
 BARZACH Michèle.....431  
 BAUMETTES (prison des) ..17, 27, 43, 54, 60, 77, 111, 118, 123, 189, 192, 241, 252, 256, 262, 272, 286, 308, 338, 341, 356, 360, 361, 362, 363, 367, 376, 377, 381, 401, 422, 426, 433, 435, 436, 437, 438, 468, 486, 520, 534, 535, 544, 554, 555, 556, 557, 558, 562, 576, 582, 588, 603, 619, 623, 647, 648, 649, 654, 655, 671, 672, 673  
 BELJEAN Georges .....111, 115, 149, 151, 152, 213, 312, 523, 579, 598  
 BENEZECH Michel.....419, 420, 421, 423, 424, 425, 426, 428, 429, 431, 434, 490, 674

BEZ Gabriel..... 435  
 BLANC Alain 30, 314, 315, 317, 322, 327, 350, 386, 391, 392, 393, 474, 478, 479, 480, 482, 491, 493, 559  
 BLOCH Etienne. 66, 85, 99, 100, 103, 136, 143, 145, 153, 154, 160, 243, 519, 613, 641, 642, 643, 644, 645  
 BOIS D'ARCY (M.A de) 27, 54, 253, 254, 267, 272, 372, 373, 378, 379, 380, 381, 416, 424, 435, 439, 445, 447, 451, 453, 537, 538, 554, 555, 556, 557, 617, 645, 671, 672, 673  
 BONALDI Hubert ..... 127, 143, 320  
 BOUCHER Philippe .. 92, 93, 94, 151, 186, 317, 532, 533, 535  
 BOUYSSIC Roger..... 77, 598  
 BRUNET Jean-Baptiste..... 421, 436, 675  
 BUFFARD Simone..... 116, 161, 165, 177, 201, 248, 266, 267, 554, 557, 600, 601

## C

C.A.P (Comité d'action des prisonniers) 16, 155, 159, 160, 164, 169, 175, 176, 185, 195, 196, 267, 268, 269, 275, 278, 316, 318, 414, 533, 545, 578, 580, 614, 645  
 CANNAT Pierre ..... 609, 620  
 CANO Marie-Joëlle..... 370, 379  
 CAP (Commission d'application des peines)..... 16, 249, 250, 578, 665  
 CASTERET Anne-Marie..... 343, 346, 535, 630, 631  
 CERFI..... 89, 90, 103, 136  
 Certificat médical... 95, 230, 231, 253, 260, 275, 277, 336, 339, 398, 409, 460, 504, 510, 600, 614, 637  
 CGT (Confédération générale du travail) ..... 127, 306, 308, 320, 321, 535  
 CHALANDON Albin.... 70, 299, 383, 386, 387, 388, 389, 405, 407, 408, 412, 432, 479, 524, 537, 538, 582, 583  
 CHANCEL Jacques ..... 123, 128, 135, 140, 227, 274, 601  
 CHODORGE Gilbert.... 486, 487, 488, 491  
 CISIH (Centre d'information et de soin de l'immunodéficience humaine).... 16, 431, 435, 437, 440, 441, 442, 584

CISMP (Conseil international des services médicaux dans les prisons).16, 233, 412, 520, 580, 583  
 CLAVEL Maurice.....92, 94, 588  
 CMPR (Centre médico-psychologique régional) ...16, 61, 79, 99, 109, 118, 162, 165, 195, 199, 202, 204, 205, 206, 207, 208, 211, 317, 324, 364, 418, 419, 420, 424, 426, 429, 431, 550, 557, 577, 580, 585, 595, 596, 597, 616, 624, 625, 635, 663, 664, 665  
 COLCOMBET François 87, 126, 127, 540, 642  
 COLIN Marcel .....116, 117, 140, 180, 323, 410, 576, 591, 596  
 COLIN Michèle.....152, 161, 200, 201, 202, 218, 404, 410, 412, 478, 479, 480, 482, 484, 490, 491, 493, 521, 560, 563, 564, 577, 591, 668, 669  
 CONCOURS MEDICAL (LE) .....62, 117, 171, 217, 237, 248, 545, 548, 550  
 CONSEIL DE L'ORDRE (des médecins) ....46, 115, 119, 123, 234, 332, 346, 391, 396, 452, 527, 607, 608, 631  
 Contention 49, 95, 102, 117, 119, 122, 123, 128, 136, 137, 141, 143, 197, 203, 258, 283, 363, 364, 631, 639  
 COSYPE (Coordination syndicale pénale) ....3, 16, 65, 70, 298, 304, 311, 315, 316, 317, 318, 319, 320, 321, 322, 323, 324, 326, 327, 328, 347, 385, 386, 392, 421, 471, 473, 474, 478, 519, 540, 559, 581, 615, 646  
 CRF (Croix-Rouge française) ..16, 54, 120, 121, 185, 230, 372, 391, 449, 527, 528, 557, 558, 575, 576, 585, 589, 607, 609, 619, 620, 621, 626, 628, 658, 659, 660  
 Criminologie.....55, 78, 117, 118, 146, 170, 176, 180, 183, 201, 202, 223, 228, 231, 240, 250, 251, 273, 277, 288, 296, 410, 412, 426, 543, 546, 547, 549, 550, 577, 591, 596, 600, 668  
 CSJ (Comité Santé/Justice) ..372, 378, 380, 381, 386, 394, 395, 417, 424, 436, 494, 495, 557, 671, 673, 676

## D

DABLANC Christian...211, 240, 284, 290, 332, 525, 580, 642  
 DAESCHLER Philippe .....189, 524

DARMON Marco ..... 528, 585, 627  
 DAYANT Charles .59, 106, 107, 109, 127, 128, 129, 130, 136, 217, 223, 532, 578  
 DDASS (Direction départementale des affaires sanitaires et sociales) ..... 582  
 DE FELICE Jean-Jacques..... 96, 104, 157  
 Décloisonnement 23, 31, 32, 34, 42, 51, 68, 69, 70, 71, 81, 117, 144, 148, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 204, 205, 207, 210, 212, 218, 225, 237, 285, 289, 290, 295, 296, 297, 298, 299, 304, 309, 314, 315, 322, 323, 326, 327, 338, 339, 348, 349, 350, 364, 365, 366, 367, 384, 385, 386, 387, 392, 402, 405, 406, 407, 409, 413, 414, 426, 440, 445, 465, 469, 471, 473, 474, 475, 478, 479, 492, 495, 496, 512, 542, 545, 623, 646, 657, 754  
 Défense sociale ..... 146, 155, 595, 609, 664  
 DEFERT Daniel..... 90, 156, 159, 160, 414, 442  
 DELEUZE Gilles.. 105, 122, 157, 160, 532  
 DEROBERT Léon ..... 230, 411, 577, 590  
 DGS (Direction générale de la santé) .... 16, 203, 370, 371, 372, 391, 392, 394, 395, 396, 400, 418, 419, 423, 426, 435, 441, 452, 457, 477, 482, 483, 484, 485, 487, 490, 520, 521, 526, 557, 560, 663, 665, 666, 667, 673, 675, 677  
 DIENNET Marcel.. 59, 109, 128, 129, 130, 134, 136, 140, 530, 579  
 DINTHILLAC Jean-Pierre.. 190, 374, 379, 390, 428, 527, 583  
 DOMENACH Jean-Marie ... 100, 143, 156, 532, 601  
 DORLHAC DE BORNE Hélène. 151, 188, 289  
 DOUSTE-BLAZY Philippe..... 488, 489  
 DRASS (Direction régionale des affaires sanitaires et sociales) . 16, 369, 379, 423, 502, 504, 526  
 DSS (Direction de la sécurité sociale) ... 16, 174, 365, 366, 485

## E

EMMANUELLI Xavier. 26, 397, 434, 436, 444, 445, 458, 461, 462, 463, 464, 465, 466, 467, 468, 480, 486, 492, 493, 538, 556

ENAP (Ecole nationale d'administration pénitentiaire) 16, 145, 218, 237, 274, 441  
 ERBES Jean-Marc.....115, 190, 265, 523  
 ESCOFFIER LAMBIOTTE Claudine .235, 427, 534, 537, 630, 631  
 ESPINOZA Pierre ..26, 366, 367, 368, 378, 379, 380, 417, 418, 423, 428, 429, 440, 441, 449, 450, 451, 452, 453, 454, 456, 466, 467, 468, 481, 490, 493, 554, 555, 652, 653, 670  
 EVIN Claude 435, 436, 439, 441, 442, 469, 482, 484, 492, 523, 561  
 EZRATTY Myriam.....191, 192, 238, 287, 288, 309, 313, 314, 322, 327, 340, 348, 349, 350, 354, 359, 361, 364, 365, 368, 369, 378, 379, 382, 389, 408, 418, 422, 424, 456, 474, 519, 524, 526, 536, 559, 581, 612, 653, 676, 678, 729

## F

FAVARD Jean 30, 57, 66, 70, 84, 190, 211, 229, 235, 298, 299, 310, 311, 312, 313, 318, 319, 321, 322, 330, 331, 332, 334, 335, 338, 341, 343, 347, 349, 350, 351, 358, 360, 369, 378, 382, 413, 422, 437, 456, 473, 474, 524, 525, 529, 560, 642, 713  
 Fioles ....400, 440, 459, 463, 655, 656, 658, 660  
 FLEURY-MEROGIS (M.A de) .22, 27, 78, 84, 95, 102, 113, 123, 124, 125, 126, 131, 136, 145, 154, 163, 167, 169, 175, 197, 200, 202, 203, 204, 206, 211, 239, 252, 258, 268, 269, 270, 274, 276, 308, 310, 316, 328, 341, 344, 352, 373, 375, 376, 380, 397, 408, 420, 424, 432, 434, 435, 436, 437, 438, 442, 444, 445, 446, 451, 457, 458, 460, 461, 462, 463, 464, 467, 468, 471, 486, 496, 506, 527, 529, 533, 535, 536, 537, 538, 539, 541, 544, 545, 551, 555, 556, 557, 560, 577, 579, 581, 582, 586, 587, 591, 614, 624, 633, 638, 639, 644, 645, 656, 664, 670, 672  
 FO (Force ouvrière).....127, 143, 310, 319, 320, 420, 421  
 FORGET Daniel.....630, 631  
 FOUCAULT Michel 37, 38, 39, 41, 87, 90, 91, 92, 96, 97, 98, 100, 120, 126, 127, 129, 147, 159, 160, 177, 305, 511, 512, 540, 566, 567, 601, 616

FOURNIER Etienne ..... 411, 536, 587  
 FOYER Jean ..... 84, 145, 146  
 FRESNES ..... 487

## G

GASTAUT Jean-Albert 433, 437, 438, 588  
 GENTILINI Marc ..... 434, 436, 463  
 GIP (Groupe d'information sur les prisons) 16, 65, 84, 87, 89, 90, 91, 92, 95, 96, 97, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 107, 108, 109, 121, 122, 126, 129, 136, 137, 139, 143, 156, 159, 160, 164, 166, 175, 176, 185, 267, 313, 389, 529, 541, 568, 612, 641  
 GIRARD Jean-François 480, 482, 487, 521  
 GISCARD D'ESTAING Valery..... 68, 81, 129, 145, 146, 147, 150, 151, 152, 154, 173, 186, 194, 210, 211, 213, 273, 303, 304, 311, 313, 322, 348, 473, 533, 551, 579, 646  
 GMP (Groupe multiprofessionnel des prisons de Paris). 16, 125, 126, 133, 134, 140, 161, 165, 166, 167, 169, 175, 177, 182, 195, 316, 317, 320, 455, 531, 555, 556, 613, 614, 641, 645  
 GMQP (Groupe multiprofessionnel pour les questions pénitentiaires de Lyon). 16, 65, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 181, 182, 266, 316, 455, 578, 579, 616, 641  
 GOFFMAN Erving 34, 35, 36, 37, 38, 176, 177, 511, 566, 569  
 GONIN Daniel 26, 77, 78, 79, 80, 115, 134, 135, 140, 141, 162, 163, 170, 200, 201, 206, 211, 237, 244, 249, 251, 266, 409, 410, 477, 494, 554, 555, 584, 591, 600, 668, 669, 679  
 GOT Claude..... 434, 439  
 GRADIGNAN (M.A de) ..... 416, 419, 420, 426, 429, 434, 435, 537, 547, 548, 582, 587, 674  
 Grève de la faim... 85, 88, 89, 91, 118, 137, 144, 221, 230, 235, 246, 248, 252, 261, 269, 274, 325, 427, 449, 510, 527, 531, 534, 545, 548, 576, 578, 582, 588, 593, 594, 629, 630, 631  
 Groupe d'information des travailleurs sociaux (GITS)..... 138, 175

## H

HCSP (Haut comité de la santé publique)  
..22, 23, 51, 66, 457, 468, 478, 486, 487,  
489, 492, 522, 544, 560  
HERVE Edmond .....362, 526, 677  
HIVERT Paul .....104, 105, 109, 118, 141,  
200, 205, 208, 250, 317, 324, 524, 577,  
595, 596, 664, 665  
HUGUENARD Pierre ..329, 342, 343, 345,  
346, 461, 530, 581, 650, 652

## I

IGSJ (Inspection générale des services  
judiciaires).....16, 26, 492, 504, 676, 677  
Institution totale.....34, 35, 36, 37, 39, 176,  
512

## J

JACQUETTE Philippe .....317  
JAP (Juge d'application des peines).....16,  
136, 139, 531, 641, 662  
JEAN Jean-Paul.....30, 393, 401, 404, 434,  
435, 436, 437, 438, 439, 442, 469, 482,  
484, 485, 487  
JOURDAIN-MENNINGER Danièle ....485

## K

KARSENTY Jean-Claude ....400, 479, 480,  
527, 538, 559, 584  
KOUCHNER Bernard ....42, 482, 485, 486,  
488, 494, 607, 676  
KOUERNIK Cyrille.....216, 217

## L

LA SANTE (M.A de).80, 85, 89, 104, 106,  
109, 118, 124, 127, 128, 129, 130, 131,  
133, 140, 167, 194, 196, 198, 205, 253,  
254, 258, 261, 267, 268, 272, 281, 289,  
316, 325, 347, 438, 445, 529, 532, 533,  
555, 556, 557, 578, 595, 617  
LACASSAGNE Alexandre .....410  
LALLE Yvonne.....262, 264, 522, 523, 623  
LAMOTHE Pierre .....412, 506  
LAZARUS Antoine.....124, 125, 126, 127,  
134, 165, 166, 167, 177, 224, 253, 257,  
276, 281, 316, 554, 555, 579, 614, 615,  
616, 618  
LE BOULAIRE Jean-Michel ..40, 316, 317

LE CORNO Henri 108, 111, 140, 149, 256,  
577  
LECANUET Jean . 151, 152, 186, 288, 533  
LEGER Philippe ..... 400, 491  
LIVROZET Serge..... 159, 318, 578  
LOCHEN Axel ..... 161, 163, 579  
LUCAS Michel.... 364, 374, 375, 377, 378,  
379, 435, 441, 456, 461, 521, 522, 526,  
527, 609, 651, 678

## M

MAI 68..... 84, 85, 86, 88, 92, 96, 123, 124,  
125, 127, 130, 137, 312, 316, 568, 600,  
601, 606, 607, 616, 617, 618  
MAJ (Mouvement d'action judiciaire) .. 16,  
104, 168, 611, 612  
MATAGRIN Dominique..... 379, 385, 386,  
388, 390, 559  
MEGARD Marc..... 115, 224, 236  
MEGRET Jacques ..... 145, 152, 153, 190  
MEROT Jacques..... 200, 203, 206, 624  
MICHELET Edmond.... 213, 522, 589, 590  
MIRVAL Patrick . 126, 167, 168, 316, 533,  
540, 579, 614, 615, 638  
Mitard .. 101, 149, 195, 226, 251, 252, 256,  
263, 277, 371, 382, 399, 405, 449, 460,  
615, 617, 645

## N

NAU Jean-Yves ... 235, 346, 408, 534, 536,  
538, 630, 631  
NICOLAS Guy .. 22, 51, 66, 468, 482, 486,  
488, 560  
NICOT Xavier ..... 161, 163, 190, 528, 572

## O

OBRECHT Olivier ..... 22, 31, 496  
OIP (Observatoire international des  
prisons) ..... 22, 268, 542

## P

PASTRE Aimé..... 127, 320  
PERDRIAU André ..... 595, 612  
PETIT Jacques ..... 133, 180, 189, 221, 254,  
528, 585, 591, 626, 627  
PEYREFITTE Alain..... 69, 149, 175, 187,  
209, 236, 258, 260, 275, 290, 297, 303,  
306, 310, 311, 312, 315, 316, 318, 338,

385, 386, 473, 529, 534, 537, 642, 644, 646  
 PIAL Gilles .....427, 430, 537, 538  
 PINATEL Jean .....184, 185, 619  
 PLEVEN René .88, 89, 91, 94, 95, 96, 106, 109, 127, 143, 149, 157, 160, 191, 226, 525, 531, 532, 641  
 PONTOISE (M.A de).....54, 230, 231, 252, 355, 372, 373, 381, 419, 425, 468, 544, 554, 555, 557, 558, 641, 658, 659, 660, 670, 671, 672  
 POTTIER Philippe ...3, 311, 316, 317, 318, 319, 321, 322, 323, 326, 392, 519, 559, 645, 646  
 Programme 13.000 ...70, 71, 299, 357, 386, 387, 391, 392, 393, 394, 395, 396, 397, 400, 401, 402, 403, 404, 473, 478, 479, 480, 520, 521, 522, 543, 553, 562, 583, 584  
 Psychotropes...49, 102, 114, 118, 194, 197, 198, 257, 258, 276, 278, 280, 378, 393, 398, 400, 448, 451, 459, 461, 462, 547, 550, 616

## Q

QHS (Quartier de haute sécurité) ...17, 252, 278, 289, 534  
 QUOTIDIEN DU MEDECIN .....5

## R

RENE Louis .....391, 632  
 ROCHE Louis .....117, 202, 410, 411, 577, 600, 668, 669  
 ROSE Edith..106, 117, 119, 120, 121, 122, 123, 136, 204, 216, 217, 288, 311, 550  
 ROUEN (M.A de) 203, 240, 269, 400, 425, 436, 507, 534, 554, 557, 558, 560, 587, 600, 655, 663, 665, 666, 672, 673  
 ROUX Jacques .....362, 365, 526, 667  
 ROZENBAUM Willy .....675  
 RPDP (Revue pénitentiaire et de droit pénal).....17, 57, 80, 118, 136, 141, 146, 155, 158, 172, 180, 183, 184, 185, 187, 188, 190, 191, 192, 200, 205, 216, 222, 228, 230, 231, 241, 248, 249, 250, 289, 308, 317, 324, 348, 350, 585, 590, 591, 593, 595, 596, 609, 619, 620, 621, 626, 663  
 RSCDP (Revue de sciences criminelles et de droit pénal comparé).17, 80, 585, 620

RUFFIE Jacques ..... 674

## S

SCHMELCK Robert..... 95, 108, 122, 123, 143, 151, 305, 399, 400, 527, 577, 578, 590  
 Secret médical.. 28, 64, 115, 122, 144, 250, 254, 274, 276, 323, 342, 345, 362, 363, 378, 380, 402, 438, 442, 443, 446, 447, 452, 453, 454, 459, 462, 471, 491, 505, 506, 539, 549, 597, 634, 663, 665, 671, 754  
 SECURITE SOCIALE .. 16, 28, 31, 65, 68, 76, 81, 142, 150, 168, 171, 172, 173, 174, 190, 191, 210, 216, 239, 244, 285, 339, 342, 365, 366, 379, 383, 401, 435, 467, 469, 471, 478, 485, 487, 493, 522, 540, 546, 547, 579, 586, 661, 669  
 Sida .. 22, 23, 29, 61, 63, 70, 299, 395, 398, 401, 402, 412, 413, 414, 415, 416, 417, 418, 419, 420, 421, 422, 423, 425, 428, 429, 430, 431, 432, 433, 434, 435, 436, 437, 438, 439, 440, 441, 442, 443, 444, 446, 450, 451, 452, 453, 461, 462, 463, 466, 467, 468, 471, 475, 477, 481, 484, 487, 490, 491, 492, 493, 494, 496, 519, 523, 537, 538, 539, 544, 546, 547, 551, 563, 566, 568, 583, 588, 634, 670, 672, 673, 674, 675, 676, 677, 754  
 SM (Syndicat de la magistrature) .. 17, 161, 312, 313, 314, 315, 316, 317, 322, 323, 329, 386, 390, 392, 583, 611, 612, 614, 640, 641, 642, 643, 644, 754  
 SMPR (Service médico-psychologique régional)..... 17, 203, 400, 429, 451, 506, 507, 557, 560, 582, 663, 665, 666, 673  
 SNEPAP (Syndicat national des éducateurs et des personnels de l'administration pénitentiaire).. 3, 17, 136, 137, 311, 316, 317, 318, 319, 321, 322, 323, 324, 326, 392, 519, 530, 531, 559, 644, 646  
 SOCIETE GENERALE DES PRISONS (SGP) 158, 183, 186, 189, 289, 308, 317, 326, 567  
 SPH (Syndicat des psychiatres des hôpitaux) ..... 17, 205, 206, 665

## T

TABUTEAU Didier..... 482, 483, 484, 485, 521

TAITTINGER Jean .....113, 149, 172, 186,  
204, 268, 522  
TCHERIATCHOUKINE Jean .....359, 379,  
394, 433, 456, 485, 527  
TEULADE René .....485, 486, 561, 676  
THEOLLEYRE Jean-Marc .....91, 164, 532  
*TONUS* .181, 195, 217, 223, 342, 454, 455,  
467, 534, 538, 548, 631  
TUFFELLI Jacqueline..458, 459, 460, 464,  
486, 487, 554, 556, 560

## U

UCSA (Unité de consultation et de soin  
ambulatoire)17, 19, 20, 21, 27, 449, 501,  
502, 504, 505, 507, 555, 556

## V

VARAUT Jean-Marc ...129, 168, 172, 536,  
612

VAUZELLE Michel .... 482, 486, 487, 493,  
494, 538, 561, 676  
VEIL Simone35, 41, 42, 83, 150, 174, 191,  
193, 194, 204, 207, 238, 241, 264, 287,  
288, 309, 314, 349, 389, 411, 487, 488,  
489, 494, 548, 566, 567, 568, 584  
VERIN Jacques..... 146, 183, 184, 185  
VOULET Jacques ..... 595

## W

WEIL Jean-Albert..... 36, 222, 593

## Z

ZAKINE Yvan84, 153, 204, 306, 307, 309,  
312, 313, 315, 316, 319, 329, 330, 332,  
333, 351, 382, 524, 525, 529, 559, 581,  
589, 590, 612, 642, 643







# TABLE DES ENCADRES

LES MEDECINS PENITENTIAIRES, ENTRE LOYAUTE ET APATHIE : L'EXEMPLE DE LA « SURPRESCRIPTION » DE PSYCHOTROPES .....	114
UNE PRISE DE PAROLE INTERNE DIFFICILE : L'EXEMPLE DU CONGRES DE MEDECINE PENITENTIAIRE DE STRASBOURG DE 1972 .....	133
UN STATUT DES MEDECINS COMME REPOSE A LEUR RESPONSABILITE .....	141
L'AMORCE D'UNE CODIFICATION INTERNATIONALE DES « DROITS DES DETENUS ».....	155
LA POSITION DE LA DIRECTION DE LA SECURITE SOCIALE SUR L'AFFILIATION DES DETENUS A L'ASSURANCE MALADIE .....	174
L'INTEGRATION DE LA PSYCHIATRIE PENITENTIAIRE DANS LE SECTEUR HOSPITALO-UNIVERSITAIRE : L'EXEMPLE LYONNAIS .....	200
SOLANGE TROISIER, PORTRAIT D'UNE « BARONNE DU GAULLISME ».....	213
LA SIMULATION : ELEMENT DE PATHOLOGIE CARCERALE OU EXPRESSION D'UNE SOUFFRANCE ?.....	222
LA PRESCRIPTION DES MEDICAMENTS PSYCHOTROPES : UN SUJET TABOU DES CONGRES DE MEDECINE PENITENTIAIRE .....	257
S'ADAPTER OU RESISTER : L'EVICITION D'UN PRATICIEN RECALCITRANT.....	277
LE CONGRES DE LA COSYPE, UNE PAROLE LIBEREE : LA PREMIERE AUTOCRITIQUE COLLECTIVE DE LA MEDECINE PENITENTIAIRE .....	324
UNE INSPECTION INTERNE AMBIGUE : L'EXEMPLE DE L'ODONTOLOGIE .....	332
UNE FRAGILE AUTONOMIE DES PRATICIENS DURANT LES ANNEES QUATRE- VINGT : LE RENVOI POUR INSUBORDINATION ADMINISTRATIVE .....	405
LA DIFFICILE PRISE EN COMPTE DES DETENUS, DANS LA POLITIQUE DE COMMUNICATION DU MINISTRE DE LA SANTE CONCERNANT LE SIDA ...	441



# PLAN DETAILLE

<b>TABLE DES ACRONYMES .....</b>	<b>16</b>
----------------------------------	-----------

<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>19</b>
---------------------------	-----------

LA DISPARITION DE LA « MEDECINE PENITENTIAIRE » : UNE VICTOIRE DE LA SANTE PUBLIQUE ? .....	19
Les leçons de l'échec italien dans l'analyse de la réforme française : que sont devenus les « médecins pénitentiaires »? .....	24
Une distinction lexicale révélatrice : la « médecine pénitentiaire » en tant que groupe professionnel spécifique.....	26
PRESENTATION DES HYPOTHESES : LA LOI DU 18 JANVIER 1994 COMME « REFORME PENITENTIAIRE » .....	28
Première hypothèse : la loi du 18 janvier 1994 comme issue de la lutte entre « segments professionnels » médicaux antagonistes et acte de décès de la « médecine pénitentiaire ».....	29
Seconde hypothèse : la loi du 18 janvier 1994 comme réforme majeure dans la politique de « décloisonnement » de l'institution carcérale menée par des magistrats-militants .....	31
PERSPECTIVES THEORIQUES : UNE ANALYSE SOCIOHISTORIQUE D'UNE DYNAMIQUE DE SPECIALISATION MEDICALE .....	33
Un pas de côté à l'égard de la sociologie carcérale dominée par la question du sens des réformes et la permanence de l'« institution totale » goffmanienne.....	34
La conception foucauldienne de la réforme pénitentiaire comme instrument de gouvernement : apports et limites .....	38
L'opposition entre segments de médecins pénitentiaires dans la défense de leur autonomie professionnelle.....	42
La spécialisation de la médecine pénitentiaire, au croisement d'une dynamique médicale et des politiques carcérales .....	46
Une spécialisation médicale sous contrainte : le rôle de l'espace public et du scandale dans la définition de la médecine pénitentiaire en tant qu'activité stigmatisante.....	49
Une démarche de sociologie historique de l'action publique .....	51
DELIMITATION SPATIO-TEMPORELLE DU SUJET .....	53
LES SOURCES DE L'ENQUETE.....	56
L'étude des politiques carcérales comme point de départ .....	57
Les limites des entretiens avec le personnel sanitaire.....	58
Une littérature médicale éparse mais précieuse .....	61
Les promesses déçues des archives de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS).....	63
Un recours décisif aux archives des directions ministérielles.....	64
Un recours ponctuel aux archives privées .....	65
L'utilité d'un croisement de l'entretien et de l'archive en matière d'analyse de la décision .....	66
LES CONFIGURATIONS DE REFORME DE L'ORGANISATION DES SOINS EN PRISON.....	67

## **PREMIERE PARTIE ..... 73**

### **LA « MEDECINE PENITENTIAIRE » : LES TENTATIVES DE SPECIALISATION D'UNE ACTIVITE STIGMATISANTE ..... 73**

#### **INTRODUCTION DE LA PREMIERE PARTIE ..... 75**

#### **CHAPITRE 1. LES « ANNEES 68 » : CONTESTATION ET POLITISATION DU SYSTEME PENITENTIAIRE ET DE SA MEDECINE (1970-1973) ..... 83**

##### **Section 1- La prison comme nouvel objet de luttes politiques : le « scandale des prisons » ..... 87**

1. De la revendication du régime politique à la dénonciation du régime des prisons : la politisation de l'institution carcérale..... 88

2. Prisons et journalisme : les conditions de détention désormais au centre des regards ..... 91

##### **Section 2 - La médecine pénitentiaire en accusation ..... 98**

1. La dénonciation par les militants de la cause carcérale de la prise en charge médicale des détenus ..... 98

2. Des « épidémies » de suicides ? Entre accusés et témoins, les médecins de prison en première ligne de l'actualité..... 103

##### **Section 3 - Les médecins face à l'Administration pénitentiaire : loyauté, apathie, protestation et défection ..... 111**

1. De la remise en cause de la psychiatrie asilaire à la dénonciation de la psychiatrie pénitentiaire : l'émergence d'un regard critique sur la tutelle administrative ..... 117

2. La contestation des internes de la tutelle pénitentiaire, effet de la politisation des étudiants de médecine après Mai 68 ..... 123

#### **CHAPITRE 2. UN NOUVEL IDEAL CARCERAL ET L'EMERGENCE DE L'IDEE DE « DECLOISONNEMENT » ..... 145**

##### **Section 1 - Vers une nouvelle considération de la détention : la progressive reconnaissance du détenu comme sujet de droit..... 149**

1. La « petite phrase de Giscard » et l'idée de « droits » des détenus ..... 150

2. De la revendication du droit à la mobilisation des professionnels de la prison : l'émergence d'un nouveau militantisme carcéral..... 159

3. La reconnaissance d'un « droit à la santé » et le rattachement des détenus à la Sécurité sociale... 168

##### **Section 2 - Le « décloisonnement » des services de santé pénitentiaires : la perte d'un monopole carcéral ? ..... 179**

1. Le « décloisonnement », entre revendication professionnelle et politique publique : la polysémie d'un concept..... 180

2. La défense d'une médecine pénitentiaire spécifique et l'échec du projet de « décloisonnement total » de l'organisation des soins ..... 187

3. La contestation de la psychiatrie pénitentiaire et son intégration au dispositif de santé mentale : la réforme de 1977 ..... 194

#### **CHAPITRE 3. TENTATIVES ET LIMITES DE SPECIALISATION D'UNE ACTIVITE MEDICALE CONTROVERSEE..... 213**

##### **Section 1 - La spécialisation de la médecine pénitentiaire comme réhabilitation d'un secteur d'action publique peu attractif..... 216**

1. Le travail interne de délimitation d'une nouvelle spécialité médicale : la mise en évidence d'une « pathologie carcérale » ..... 219

2. L'inscription de la médecine pénitentiaire au sein du secteur médical français : l'adoption d'une éthique et d'une appellation spécifiques ..... 232

##### **Section 2 – Une entreprise de spécialisation entravée : la non-institutionnalisation de la médecine pénitentiaire ..... 246**

1. Les exigences contradictoires du métier de médecin pénitentiaire entre Thémis et Asclépios : une identité professionnelle contrariée..... 247

2. Une spécialisation sous contraintes : la politisation de la critique de la médecine pénitentiaire et de son Inspecteur ..... 267

#### **CONCLUSION DE LA PREMIERE PARTIE..... 283**

## SECONDE PARTIE..... 293

### LA REMISE EN CAUSE D'UNE MEDECINE SPECIFIQUE : UNE RECONFIGURATION COGNITIVE ..... 293

#### INTRODUCTION DE LA SECONDE PARTIE..... 295

#### CHAPITRE 4. LES «FENETRES D'OPPORTUNITE» DE REFORME DE LA MEDECINE PENITENTIAIRE ..... 301

##### Section 1 - L'alternance de mai 1981 : les conditions d'une transformation de l'action pénitentiaire ... 303

###### 1. La gauche face aux prisons : le poids des contraintes carcérales et le renouvellement des hommes ..... 304

###### 2. L'influence d'une « communauté épistémique réformatrice » sur la politique carcérale : la Coordination syndicale pénale (COSYPE) ..... 315

##### Section 2. Les «scandales» comme «fenêtres d'opportunité» de réforme de la médecine pénitentiaire. 328

###### 1. L'éviction de Solange Troisier et la suppression de l'Inspection médicale interne : la politisation d'une réforme structurelle ..... 329

###### 2. Du « lanceur d'alerte » à l'« affaire » : les logiques de «scandalisation» ..... 341

#### CHAPITRE 5. LES SPECIFICITES CARCERALES A L'EPREUVE DU « DECLOISONNEMENT » ..... 351

##### Section 1- L'organisation sanitaire en prison sous le contrôle des services de la Santé ..... 358

###### 1. L'Inspection générale des affaires sociales, entre légitimation et réforme de la médecine pénitentiaire..... 359

###### 2. Surveiller et conseiller : l'organisation des soins en prison sous le regard des médecins inspecteurs de santé publique..... 369

##### Section 2 - La délégation de la santé au secteur privé : la fin d'un monopole pénitentiaire ..... 385

###### 1. Le « Programme 13.000 » et la délégation de gestion à des groupements privés : une forme de décloisonnement ?..... 387

###### 2. La « boîte noire » de la médecine pénitentiaire à l'épreuve de la rationalisation de l'organisation des soins ..... 393

#### CHAPITRE 6. LE SIDA, «REFORMATEUR» DE LA POLITIQUE DE SANTE EN PRISON ?..... 414

##### Section 1 - Mobilisation administrative et naissance d'une politique publique de prise en charge du sida en prison ..... 416

###### 1. Le travail de mise en visibilité de l'épidémie : les « lanceurs d'alertes » face à la « politique discrète » de l'Administration pénitentiaire ..... 417

###### 2. L'intervention des CISIH en milieu carcéral : une ouverture de la prison vers l'Hôpital ou de la Santé envers les prisons ?..... 431

##### Section 2 - Une nouvelle conception des soins en prison ? L'affirmation d'une médecine non-pénitentiaire ..... 444

###### 1. De la démission à la mobilisation collective : l'émergence d'une association des professionnels de santé exerçant en milieu carcéral ..... 447

###### 2. L'arrivée de médecins-chefs réformateurs : une même médecine entre le dedans et le dehors ? 457

#### CONCLUSION DE LA DEUXIEME PARTIE..... 471

#### PROLOGUE A LA CONCLUSION : LA REFORME DE 1994 COMME SUCCES D'UNE MOBILISATION DE MAGISTRATS-MILITANTS ET DE PRATICIENS REFORMATEURS..... 477

##### Trouver une alternative au « 13.000 » : des premières conventions à une réforme globale de la prise en charge sanitaire des détenus..... 478

##### La mise sur agenda, un phénomène immergé dans le secteur administratif ..... 482

##### Le nécessaire recours à la volonté politique via les cabinets ministériels ..... 484

##### Le rapport Chodorge du Haut comité de la santé publique : les conditions de production d'une expertise légitimante ..... 486

##### L'adoption de la réforme : du décret du 27 mars 1993 et la loi du 18 janvier 1994 ..... 488

##### La catégorisation de la prise en charge des détenus en tant que problème de santé publique et le rôle du scandale des collectes de sang contaminé en prison ..... 489

##### La réforme de la médecine pénitentiaire comme convergence des variables politiques, professionnelles, cognitives et institutionnelles ..... 494

## CONCLUSION..... 499

La mise en œuvre de la loi du 18 janvier 1994 : une délimitation trop stricte des missions de soin et de garde ? .....	500
Le projet d'une « médecine pénitentiaire » au croisement d'une double dynamique médicale et carcérale .....	509
L'institution pénitentiaire et ses réformes au prisme de ses acteurs .....	511
Un contrôle indépendant des conditions de détention comme étape supplémentaire dans le décloisonnement l'institution carcérale .....	514

## **SOURCES ECRITES .....519**

1. ARCHIVES DES MINISTRES JUSTICE ET SANTE .....	519
➤ Archives internes non versées de l'Administration pénitentiaire consultées après autorisation des services (sous-direction PMJ de la DAP) : .....	519
➤ Archives non versées de la Direction générale de la santé (DGS) et consultées au ministère de la Santé après autorisation des services : .....	520
➤ Archives en cours de versement consultées au ministère de la Santé après dérogation : .....	521
➤ Archives du Centre des archives contemporaines (CAC) de Fontainebleau consultées sur dérogation : .....	522
2. INSTITUT NATIONAL DE L'AUDIOVISUEL (INA).....	530
3. ARCHIVES ETIENNE BLOCH DEPOSEES A L'INSTITUT D'HISTOIRE DU TEMPS PRESENT (IHTP) .....	530
4. ARCHIVES DU SYNDICAT NATIONAL DES EDUCATEURS PENITENTIAIRES (SNEPAP).....	531
5. PRESSE D'INFORMATION GENERALISTE ET MEDICALE PAR ORRDRE CHRONOLOGIQUE .....	531
6. SOURCES IMPRIMEES (CLASSEMENT PAR SUJET) .....	539
Politique pénitentiaire, actualité des prisons : .....	539
A. Textes officiels et rapports .....	539
Santé et médecine en prison : .....	543
A. Textes officiels et rapports .....	543
Psychiatries hospitalière et pénitentiaire : .....	549
Autres (médecine légale, sida, etc.) .....	551

## **SOURCES ORALES.....553**

1. ENTRETIENS AVEC DES SOIGNANTS.....	553
A. Médecins somatiques (généralistes et spécialistes) .....	555
B. Psychiatres et psychologues.....	557
C. Infirmier(e)s.....	557
D. Pharmacie .....	558
2. ENTRETIENS AVEC DES DECIDEURS.....	559
A. Administration pénitentiaire .....	559
B. Ministère de la Santé.....	560
C. Haut comité à la santé publique (HCSP).....	560
D. Cabinets ministériels.....	560
3. PROTAGONISTES DES PRISONS A GESTION MIXTE.....	562

## **BIBLIOGRAPHIE .....563**

1. SOCIOLOGIE, THEORIE POLITIQUE ET POLITIQUES PUBLIQUES.....	563
2. HISTOIRE ET SOCIOLOGIE DE LA PRISON.....	565
3. SOCIOLOGIE DE LA SANTE ET DES PROFESSIONS MEDICALES.....	568
4. SOCIOLOGIE DE LA JUSTICE .....	569
5. AUTRES .....	569

## **ANNEXES .....571**

<i>ANNEXE 1 : PRESENTATION DE L'ADMINISTRATION PENITENTIAIRE .....</i>	<i>572</i>
1. Services de l'administration centrale.....	572
2. Services déconcentrés pénitentiaires .....	573
<i>ANNEXE 2 : CHRONOLOGIE DE 1945 à 1994 .....</i>	<i>574</i>
<i>ANNEXE 3 : EVOLUTION DU NOMBRE DE MEDECINS EN MILIEU PENITENTIAIRE .....</i>	<i>585</i>
<i>ANNEXE 4 : THESES DE MEDECINE SOMATIQUE CONSACREES AU MILIEU CARCERAL DEPUIS LA LIBERATION .....</i>	<i>586</i>
<i>ANNEXE 5 : LA CREATION DU POSTE DE MEDECIN-INSPECTEUR DES PRISONS DANS LE CONTEXTE DE LA GUERRE D'ALGERIE .....</i>	<i>589</i>
<i>ANNEXE 6 : LA DEFENSE PAR GEORGES FULLY DE L'AUTONOMIE DES MEDECINS PENITENTIAIRES EN MATIERE DE GREVES DE LA FAIM.....</i>	<i>593</i>
<i>ANNEXE 7 : LA CREATION DES CMPR EN 1967 : UN DEBUT DE RECONNAISSANCE DE LA PSYCHIATRIE PENITENTIAIRE .....</i>	<i>595</i>
<i>ANNEXE 8 : LE DISCREDIT COMME REPERTOIRE D'ACTION D'UN DIRECTEUR A L'ENCONTRE D'UN PRATICIEN RECALCITRANT .....</i>	<i>598</i>
<i>ANNEXE 9 : « LE FROID PENITENTIAIRE » : LE NECESSAIRE TEMOIGNAGE D'UNE PSYCHOLOGUE CONFRONTEE A L'INERTIE PENITENTIAIRE .....</i>	<i>600</i>
<i>ANNEXE 10 : LES MOUVEMENTS DE REMISE EN CAUSE DE LA PSYCHIATRIE INSTITUTIONNELLE DEPUIS LA LIBERATION.....</i>	<i>603</i>
<i>ANNEXE 11 : LES EFFETS DE MAI 68 SUR LES ETUDIANTS DE MEDECINE FRANÇAIS .....</i>	<i>606</i>
<i>ANNEXE 12 : LA REFORME AMOR DE 1945 ET LE MODELE DU « TOUT-CARCERAL » .....</i>	<i>609</i>
<i>ANNEXE 13 : LE MOUVEMENT DE CONTESTATION DU DROIT DES « ANNEES 68 » FACE AUX PRISONS ET LA JUDICIARISATION DE LA DETENTION.....</i>	<i>611</i>
<i>ANNEXE 14: L'« AFFAIRE MIRVAL » OU LA CONTESTATION D'UN INTERNE MILITANT.....</i>	<i>614</i>
<i>ANNEXE 15 : L'INFLUENCE INDIRECTE DE MAI 68 SUR DEUX INTERNES PENITENTIAIRES.....</i>	<i>616</i>
<i>ANNEXE 16 : LES CRAINTES DE LA PENITENTIAIRE FACE A UN REGARD MEDICAL EXTERIEUR : LES PREMIERES INFIRMIERES CROIX-ROUGE EN DETENTION.....</i>	<i>619</i>
<i>ANNEXE 17 : LES HOSPITALISATIONS CIVILES : CAUSE ET OBSTACLE AU « DECLOISONNEMENT TOTAL » DE LA MEDECINE PENITENTIAIRE .....</i>	<i>622</i>
<i>ANNEXE 18 : LE REGARD DESENCHANTE D'UN INTERNE EN PSYCHIATRIE SUR L'UTILITE DE SA PRESENCE EN MILIEU CARCERAL .....</i>	<i>624</i>
<i>ANNEXE 19 : L'OBSTACLE RECURRENT DE LA REMUNERATION DANS LE PROJET DE LA CREATION D'UN CORPS DES SOIGNANTS PENITENTIAIRES .....</i>	<i>626</i>
<i>ANNEXE 20 : ASCLEPIOS AU SERVICE DE THEMIS OU LA POSITION CONTROVERSEE DE SOLANGE TROISIER EN MATIERE DE GREVES DE LA FAIM.....</i>	<i>629</i>
<i>ANNEXE 21 : ENTRE OPPORTUNISME ET ADHESION IDEOLOGIQUE, LA JUSTIFICATION DE LA MEDECINE PENITENTIAIRE PAR UN INTERNE.....</i>	<i>633</i>
<i>ANNEXE 22 : DE LA CURIOSITE A LA REVOLTE, PARCOURS D'UN INTERNE LYONNAIS .....</i>	<i>635</i>
<i>ANNEXE 23 : LA STRATEGIE DENONCIATRICE DE LIBERATION : LE CAS « MICHEL HENGE » .....</i>	<i>638</i>
<i>ANNEXE 24 : ENTRE CRITIQUE RADICALE ET REFORME PRAGMATIQUE, LE SYNDICAT DE LA MAGISTRATURE FACE A LA QUESTION PENITENTIAIRE .....</i>	<i>640</i>
<i>ANNEXE 25 : LA POLITIQUE SECURITAIRE D'ALAIN PEYREFITTE ET LA MULTIPLICATION DES PRESSIONS ENVERS LES PROFESSIONNELS PENITENTIAIRES.....</i>	<i>644</i>
<i>ANNEXE 26 : LE « SCANDALE DES GRACES MEDICALES »: LE RECIT DES FAITS.....</i>	<i>647</i>
<i>ANNEXE 27: L'ANESTHESISTE ET LE CHIRURGIEN : LA PRISE EN COMPTE PAR L'IGAS DES CONTRAINTES PENITENTIAIRES.....</i>	<i>650</i>

<i>ANNEXE 28 : ENTRE SURMENAGE ET LASSITUDE, PORTRAITS DE TROIS INFIRMIERES PENITENTIAIRES EXERÇANT DANS LES ANNEES QUATRE-VINGT.....</i>	<i>654</i>
<i>ANNEXE 29 : LES EFFETS LIMITES DES CONTRÔLES DE L'IGAS : L'EXEMPLE DE LA M.A DE PONTOISE.....</i>	<i>658</i>
<i>ANNEXE 30 : LES EFFETS PERVERS D'UNE MODERNISATION ET D'UNE NOUVELLE REGULATION DE LA MEDECINE PENITENTIAIRE : LE DIFFICILE RECRUTEMENT DES CHIRURGIENS-DENTISTES .....</i>	<i>661</i>
<i>ANNEXE 31 : LA CREATION DES SERVICES MEDICO-PSYCHOLOGIQUES REGIONAUX (SMPR) EN 1986, ACTE DE DECES DE LA « PSYCHIATRIE PENITENTIAIRE » .....</i>	<i>663</i>
<i>ANNEXE 32 : LA CRISE DE LA MEDECINE LEGALE : UNE DIFFICILE INTEGRATION HOSPITALO- UNIVERSITAIRE ET SA NECESSAIRE RECONVERSION.....</i>	<i>667</i>
<i>ANNEXE 33 : LES SOIGNANTS ET LE SIDA EN PRISON : ENTRE GESTION DES PEURS ET PRISE EN CHARGE IMPOSSIBLE.....</i>	<i>670</i>
<i>ANNEXE 34 : LE TRAITEMENT MEDIATIQUE DU SIDA : DE LA PSYCHOSE A LA DEDRAMATISATION .....</i>	<i>674</i>
<i>ANNEXE 35 : LE SCANDALE DES COLLECTES DE SANG EN MILIEU CARCERAL COMME REVELATEUR DES FAIBLESSES DE L'ORGANISATION DES SOINS EN PRISON.....</i>	<i>676</i>
<i>ANNEXE 36 : ENTRETIEN AVEC DANIEL GONIN.....</i>	<i>679</i>
<i>ANNEXE 37 : ENTRETIEN AVEC PIERRE ESPINOZA.....</i>	<i>699</i>
<i>ANNEXE 38 : ENTRETIEN AVEC JEAN FAVARD.....</i>	<i>713</i>
<i>ANNEXE 39 : ENTRETIEN AVEC YVAN ZAKINE .....</i>	<i>721</i>
<i>ANNEXE 40 : ENTRETIEN AVEC MYRIAM EZRATTY.....</i>	<i>729</i>
<b>INDEX .....</b>	<b>737</b>
<b>TABLE DES ENCADRES.....</b>	<b>745</b>







## RESUME DE LA THESE

L'article 2 de la loi n°94-43 du 18 janvier 1994, transférant l'organisation des soins en milieu carcéral du ministère de la Justice au service public hospitalier, a souvent été présenté comme une réforme de santé publique s'imposant au vu de l'état des prisons françaises. L'épidémie de sida et le volontarisme des ministres de la Santé suffiraient à rendre compte de ce qui a été qualifié de « révolution sanitaire ». Pourtant au-delà de ces facteurs conjoncturels, les conditions de possibilité de cette réforme s'inscrivent plus largement au croisement d'une double dynamique, professionnelle et carcérale, que cette recherche propose de retracer. En effet, la loi du 18 janvier 1994 est également la réforme d'une profession et d'un secteur d'action publique tous deux fortement contestés. La réforme de l'organisation des soins en prison marque l'échec d'une stratégie de spécialisation médicale, entendue comme la tentative opérée par certains praticiens d'occuper une position spécifique au sein du secteur médical.

Initiée au début des années soixante par le premier Médecin-inspecteur des prisons, Georges Fully, l'affirmation d'une « médecine pénitentiaire » spécifique avait alors pour but de conférer aux praticiens une plus grande légitimité, et ainsi autonomie, à l'égard de leur employeur, l'Administration pénitentiaire. La spécialisation était ainsi conçue comme une ressource supplémentaire afin de mettre fin au tiraillement auquel étaient confrontés les praticiens travaillant en détention entre leur statut de vacataire du ministère de la Justice et celui de médecin-traitant des détenus. Toutefois, après la violente contestation des prisons survenue durant les années soixante-dix, l'affirmation d'une médecine pénitentiaire devient pour le nouveau Médecin-inspecteur, Solange Troisier, le moyen de légitimer un secteur d'action publique discrédité : l'organisation des soins en milieu carcéral. La consécration d'une médecine spécifique aux détenus est également pour elle le moyen de faire prévaloir les exigences du Code de procédure pénale sur celles issues du Code de déontologie. La spécialisation de la médecine pénitentiaire devient ainsi un moyen de s'autonomiser non pas du ministère de la Justice mais du secteur médical.

La réforme de 1994 marque l'échec de cette tentative de spécialisation médicale. Elle résulte de la rencontre entre un « segment » de praticiens défendant l'idée d'une médecine non-spécifique avec quelques magistrats-militants, issus du Syndicat de la magistrature, en poste à l'Administration pénitentiaire favorables à un « décloisonnement » de l'institution carcérale. La loi du 18 janvier 1994 marque l'aboutissement de cette stratégie et l'échec de la tentative de spécialisation. A la « médecine pénitentiaire », désormais rattachée à un passé stigmatisant révolu, succéderait une « médecine exercée en milieu carcéral ».

L'enjeu de cette thèse est par conséquent de retracer la sociogenèse d'une réforme à partir des dynamiques qui traversent un groupe professionnel, d'une part, et des transformations qui affectent un secteur d'action publique, d'autre part. On montrera également que la spécialisation de la médecine ne peut être comprise que si elle est articulée à d'autres logiques et qu'elle ne peut ainsi être réduite à sa seule dimension médicale.

**Mots-clés :** alternance politique - autonomie professionnelle - déontologie médicale - détenus - grèves de la faim - magistrats - médecine pénitentiaire - prison- psychiatrie pénitentiaire - révoltes carcérales - santé publique - secret médical - spécialisation médicale- sida- Syndicat de la magistrature (SM).