

→ 633
M I N I S T E R E D E L A J U S T I C E

D I R E C T I O N D E L ' A D M I N I S T R A T I O N P E N I T E N T I A I R E

→ Colette

Mari Blau

R A P P O R T D U D O C T E U R C U R T E T
S U R L E S P R O B L E M E S D E T O X I C O M A N I E
E N M I L L I E U C A R C E R A L

~~44626~~
F3E8



RAPPORT DU DOCTEUR CURTET
SUR LES PROBLÈMES DE TOXICOMANIE
EN MILIEU CARCÉRAL



UNIVERSITÉ D'ALGER
FACULTÉ DE MÉDECINE
1971

PROBLEMES DE TOXICOMANIE

EN MILIEU CARCERAL

The first part of the document discusses the general aspects of drug addiction, including its prevalence and the social and health consequences. It mentions the increasing use of various substances and the impact on public health.

The second part of the document focuses on the specific challenges of drug addiction within the prison environment. It discusses the prevalence of substance use among inmates and the role of the prison system in addressing this issue.

The third part of the document explores the psychological and social factors that contribute to drug addiction in a carceral setting. It discusses the impact of isolation, stress, and the prison environment on the development and maintenance of addiction.

The fourth part of the document discusses the current approaches to the treatment of drug addiction in prisons. It mentions various programs and interventions that have been implemented to help inmates overcome their addiction.

The fifth part of the document discusses the role of the prison system in preventing drug addiction. It mentions various measures that can be taken to reduce the availability of drugs in prisons and to provide support for inmates at risk of addiction.

The sixth part of the document discusses the role of the prison system in the rehabilitation of drug addicts. It mentions various programs and interventions that can be used to help inmates develop new skills and interests, and to prepare them for life after prison.

The seventh part of the document discusses the role of the prison system in the prevention of relapse. It mentions various measures that can be taken to help inmates maintain their sobriety after release from prison.

L'opportunité d'établir un rapport sur les toxicomanes en milieu pénitentiaire est née de la conjonction de la triple réflexion d'un spécialiste chargé du traitement des toxicomanes en milieu pénitentiaire, de deux magistrats spécialement chargés des affaires de stupéfiants (voir annexe 1) et du Directeur du Cabinet de Monsieur le Garde des Sceaux auquel avait été remis en septembre 1974 un schéma de la prise en charge des toxicomanes en milieu carcéral (voir annexe 2). Ainsi, le 30 avril 1975 M. le Directeur de l'Administration Pénitentiaire nous confiait une mission consistant à "étudier les conditions dans lesquelles les établissements pénitentiaires apportent des soins aux drogués et à proposer éventuellement des améliorations à la situation actuelle".

Or, avant même la décision de cette enquête, une confusion était apparue à propos de ce que l'on peut entendre par "problèmes de toxicomanie en milieu carcéral". Pour éviter la répétition d'une telle confusion, nous précisons d'emblée les buts et les limites de notre projet. Certains ont pu penser qu'il s'agissait de déterminer si des sujets pouvaient se droguer en prison. Certes cet aspect n'est pas négligeable mais il nous semble que son étude et sa résolution relèvent essentiellement de la compétence du Médecin Inspecteur de l'Administration Pénitentiaire d'une part et de l'application stricte des règles de sécurité d'autre part. En fait, aborder les "Problèmes de toxicomanie en milieu carcéral" revient pour l'auteur à étudier les difficultés inhérentes à l'incarcération de sujets dont on se demande toujours s'il faut les traiter comme des délinquants ou comme des malades, à évaluer l'efficacité et l'inefficacité de la peine privative de liberté, notamment en ce qui concerne la prévention des récidives, et à apprécier l'adéquation ou l'inadéquation de la législation actuellement en vigueur en matière de toxicomanie.

Il aurait donc été incomplet de nous limiter au seul aspect administratif ou médical c'est pourquoi nous avons tenté, en fonction des renseignements fournis par les autorités locales, de mener notre enquête systématiquement dans quatre directions pour chaque établissement visité :

- 1 - Contact avec le Directeur ou les responsables administratifs
- 2 - Contact avec les responsables de la prise en charge thérapeutique (psychiatres, généralistes, psychologues, éducateurs, infirmières, assistantes sociales) tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de la prison
- 3 - Contact avec d'éventuels toxicomanes incarcérés
- 4 - Contact avec les magistrats locaux.

Notre mission nous a mené dans 14 maisons d'arrêt (les BAUMETTES - BESANCON - FLEURY-MEROGIS - FRESNES - GRADIGNAN - LOOS-les-LILLE - LYON - METZ - MONTPELLIER - NICE - RENNES - la SAINTE - STRASBOURG et VALENCIENNES) et une maison centrale (RENNES). Le choix des établissements s'est fait en fonction de deux critères, l'un quantitatif, par référence

à la statistique établie par l'Administration Pénitentiaire sur le nombre de toxicomanes incarcérés en 1974 (annexe 3), l'autre qualitatif tenant compte de la spécificité d'une région, d'une situation frontalière éventuelle et plus généralement de l'incidence de l'implantation géographique.

Nous avons prévu initialement d'exposer successivement le mode de fonctionnement des divers établissements mais, en cours de travail, nous avons constaté qu'une telle présentation d'une part, serait fastidieuse pour le lecteur en raison de sa répétitivité et d'autre part, ne répondrait pas à l'esprit d'un rapport destiné à apprécier une situation dans sa globalité et non de façon ponctuelle. Nous avons donc préféré limiter notre description à une seule maison d'arrêt qui nous a paru significative (en l'occurrence la maison d'arrêt de METZ) et exprimer dans un deuxième temps nos commentaires par référence aux autres prisons visitées de façon à dégager les analogies ou inversement les aspects originaux. C'est dans une troisième partie que nous pourrions exprimer quelques souhaits et propositions d'avenir.

*

* *

Si nous avons choisi METZ comme type de description c'est paradoxalement parce qu'il ne s'y pose pas de problème aigu de toxicomanie. Nous aurions pu choisir les BAUMETTES en raison de l'importance quantitative des héroïnomanes à MARSEILLE ou bien FLEURY-MEROGIS compte tenu du travail que nous y réalisons depuis plusieurs années en tant que spécialiste des toxicomanes, mais ces exemples seraient trop exceptionnels. METZ nous intéresse justement dans la mesure où elle est parfaitement représentative de la manière dont une ville de province, pas spécialement sensibilisée aux problèmes de la drogue, se voit contrainte d'organiser des attitudes thérapeutiques ou répressives avec toute la bonne volonté mais aussi le risque d'erreur que suppose une improvisation. Cette notion d'improvisation que nous avons retrouvée comme un dénominateur commun tout au long de notre enquête a pu parfois favoriser l'éclosion de solutions originales mais a trop souvent abouti à l'adoption de mesures inadaptées au nouveau visage de la toxicomanie en raison d'une insuffisance ou même d'une absence d'analyse originelle du phénomène. Nous y reviendrons plus tard mais il est bien évident qu'aucune politique cohérente et efficace de lutte contre la toxicomanie ne peut être appliquée tant qu'on n'a pas défini ce que peut signifier la toxicomanie des jeunes ainsi que les moyens thérapeutiques les plus appropriés à y remédier.

A METZ, comme ailleurs, nous avons organisé notre enquête selon un ordre précis : nous avons d'abord établi un bilan succinct des structures de prise en charge des toxicomanes en milieu libre, puis nous avons tenté d'apprécier les axes prédominants du point de vue des magistrats. C'est donc à la lumière des possibilités de traitement extra-carcéral éventuellement offertes à la justice que nous pouvons, en troisième partie, aborder la situation des toxicomanes en milieu pénitentiaire.

*

* *

.../...

I - LES STRUCTURES DE PRISE EN CHARGE EN MILIEU LIBRE

Elles se résument presque essentiellement à l'hôpital psychiatrique de JURY-les-METZ dont le médecin-chef assure une vacation hebdomadaire et parfois quelques expertises à la maison d'arrêt. Au départ tous les toxicomanes venaient par l'intermédiaire de la justice selon l'alternative : "c'est la prison ou JURY !". Ils choisissaient JURY mais rapidement des problèmes se sont posés : des vols de stupéfiants dans les services et surtout des "disparitions" de patients d'autant plus faciles qu'il n'existe pas de pavillon fermé dans l'hôpital et que les toxicomanes se retrouvent dispersés dans des pavillons ouverts. Ces "évasions" ont quelque peu ému la coopération des magistrats et à l'heure actuelle on peut considérer que seule la moitié des toxicomanes vient à l'hôpital par voie judiciaire en application de la loi du 31 décembre 1970, pour les 9/10èmes d'entre eux, exceptionnellement en placement d'office. Les autres viennent soit d'eux-mêmes, soit surtout par l'intermédiaire de deux clubs de prévention situés en ville, animés par des éducateurs et des psychologues.

Le séjour en milieu psychiatrique dure un à deux mois pendant lesquels se réalise essentiellement un sevrage physique par le biais de techniques médicamenteuses. Toute sortie est théoriquement interdite mais on a vu que l'absence de pavillon fermé rend malaisée l'application stricte de cette règle.

L'abord psychothérapique apparaît souhaitable et même essentiel aux médecins de l'équipe mais il bute sur plusieurs difficultés :

- "les psychothérapies classiques ne marchent pas. Il faut être plus disponible, moins psychiatre, mais cela est difficile dans le cadre d'un milieu psychiatrique".

- "dans la mesure où ils viennent contraints et forcés les toxicomanes adressés par décision judiciaire ne veulent pas entendre parler de psychothérapie. Ce n'est que dans un deuxième temps, et encore cela est très rare, que peut parfois s'établir un dialogue dans une relation de confiance".

Par contre, l'équipe hospitalière est fort satisfaite du travail réalisé en collaboration avec les clubs de prévention et notamment avec certains éducateurs autorisés à établir à la prison-même des contacts préalables avec les toxicomanes incarcérés.

L'équipe souhaiterait l'aménagement de diverses mesures thérapeutiques :

.../...

- une collaboration médico-judiciaire encore plus étroite
- la création au sein de l'hôpital d'un pavillon fermé réservé aux toxicomanes, avec un personnel spécialisé
- la création d'un centre d'accueil et d'hébergement en ville
- la création d'appartements thérapeutiques
- l'établissement de connexions avec d'éventuelles familles d'accueil.

II - LE POINT DE VUE DES MAGISTRATS

C'est avant tout une perplexité que nous exprime le juge d'instruction, "ni les mesures coercitives, ni les mesures médicales ne marchent forcément".

C'est aussi une tentative d'analyse de la signification du phénomène : "il n'y a pas qu'un problème de drogue, il y a des quantités d'autres choses. Il faut trouver pour quelles raisons ils sont toxicomanes. Un jour ils ont envie de se soigner et il faut être là à ce moment-là. Mais notre plus grand manque est de ne pas toujours trouver le moyen de les raccrocher à quelque chose..."

Au total, malgré une certaine réticence à l'égard de la médicalisation due au risque de "disparition" des prévenus en milieu libre, les magistrats proposent assez fréquemment l'alternative d'une cure de désintoxication à l'hôpital de JURY-les-METZ. La médicalisation prévue par la loi du 31 décembre 1970 paraît systématiquement offerte lorsqu'il s'agit de simples usagers. Et même si le toxicomane ne paraît pas motivé pour un traitement, il n'est pas rare de le laisser sortir en probation. Cette sortie est alors préparée par des visites en prison des délégués à la probation du juge d'application des peines.

III - LES TOXICOMANES A LA MAISON D'ARRET

ENTRETIEN AVEC LE DIRECTEUR

La statistique officielle a dénombré 35 toxicomanes incarcérés (dont deux femmes) en 1974. Or, le Directeur de la maison d'arrêt estime qu'en fait "au maximum cinq sujets pouvaient être considérés comme de vrais toxicomanes. Les autres étaient là pour trafic ou se piquaient de temps en temps". Il estime également que, s'ils sont vraiment toxicomanes

il faut les envoyer en milieu psychiatrique car "que voulez-vous qu'on fasse en prison de gens comme ça ?"

Lors de leur séjour les toxicomanes sont systématiquement groupés, à plus forte raison dans cette maison d'arrêt qui accueille plus de 100 personnes pour 62 cellules individuelles.

ENTRETIEN AVEC LE MEDECIN GENERALISTE

Le médecin généraliste vient deux fois par semaine à la maison d'arrêt. Il voit les "arrivants" et confie les toxicomanes éventuellement à un psychiatre militaire assurant une vacation hebdomadaire, et surtout au médecin-chef de l'hôpital psychiatrique de JURY-les-METZ qui assure lui aussi une vacation hebdomadaire et présente l'avantage de pouvoir hospitaliser dans son propre service. L'hospitalisation est demandée chaque fois que se pose un problème de "manque" et les magistrats l'acceptent dans la majorité des cas. Cependant le généraliste estime que "certains juges arrêtent beaucoup trop facilement des petits toxicomanes au haschich pour lesquels ni mesure médicale ni mesure judiciaire ne seraient à envisager". Il souhaiterait donc que puisse se réaliser une décriminalisation de l'usage des drogues douces. De toute façon le médecin pense que "les vrais toxicomanes n'ont pas leur place en prison surtout quand ils sont en crise de "manque" ".

Si un traitement médicamenteux est à envisager en milieu pénitentiaire, le généraliste a recours à des doses modérées d'anxiolytiques, mais il a pu lui arriver de prescrire, à doses dégressives, certains médicaments susceptibles d'être utilisés par les toxicomanes pour se droguer.

IV - CONCLUSIONS

C'est délibérément que nous avons conservé à ces témoignages leur caractère "brut" sans recherche d'un style administratif, de façon à mieux laisser jaillir les éventuelles discordances des différents points de vue. Pourtant, en première analyse, il ne semble pas exister de problème de toxicomanie en milieu carcéral à METZ puisque les simples usagers ne vont pratiquement pas en prison et puisque les "grands" toxicomanes en manque ou en mauvais état psychique sont transférés en milieu psychiatrique. Mais une analyse plus attentive n'aboutit pas à une conclusion aussi satisfaisante si l'on s'attache au "devenir" des toxicomanes et notamment à la prévention des rechutes. Il n'apparaît pas à METZ que la politique pénitentiaire ait pu, sauf rares exceptions, détourner à long terme des toxicomanes du chemin de la drogue, puisque ceux qui restent incarcérés récidivent le jour-même de leur sortie et que ceux qui

sont confiés aux médecins se soustraient au seul traitement qui leur permettrait de guérir leur toxicomanie en profondeur. Cela n'est pas le fait de METZ dont il faut au contraire souligner au passage la particulière qualité des relations médico-judiciaires, mais celui de toute la France. Et c'est ce que nous allons tenter d'analyser maintenant.

*

* *

Il importe d'abord de rappeler la définition d'un toxicomane : "personne qui, à partir d'un produit de base, fait l'escalade avec un autre produit et (ou bien) les utilise quotidiennement ou quasi-quotidiennement" (Dr OLIVENSTEIN). Pour des raisons pratiques il est nécessaire de compléter cette définition en distinguant les "petits" toxicomanes et ceux que nous appelons en France les "junkies". Les petits toxicomanes sont ceux qui utilisent des drogues dites douces (haschich, marijuana) par voie orale. Les junkies utilisent les drogues dites dures (opiacés et médicaments déviés de leur usage) par voie injectable. C'est cette notion de piqûre intraveineuse qui clive fondamentalement deux catégories extrêmement différentes. Schématiquement on peut dire que la quasi-totalité des junkies présente des troubles psychopathologiques profonds remontant à la petite enfance, troubles qu'il faudra résoudre par une psychothérapie de longue haleine pour obtenir une réelle désintoxication. Inversement, la grande majorité des petits toxicomanes est indemne de toute pathologie et ne nécessite pas le recours à un psychiatre. Il serait donc erroné de considérer que quelqu'un qui "se pique de temps en temps" n'est pas un vrai toxicomane. Des chiffres préciseront mieux la portée de cette distinction.

A FLEURY-MEROGIS, sur 258 hommes se signalant comme étant toxicomanes, 103 pouvaient être considérés comme junkies, soit 40 %. Parmi ces 258 sujets, 32 (soit 12 %) firent une ou plusieurs tentatives de suicide. Or, 24 d'entre eux (soit 75 % des suicidants) étaient des junkies. Pendant la même période, à la maison d'arrêt des femmes de FLEURY-MEROGIS, 5 toxicomanes ont tenté de se suicider ; 4 d'entre elles étaient des junkies. Par ailleurs, un travail réalisé aux BAUMETTES permet de constater qu'un cinquième des junkies incarcérés ont souffert d'un état dépressif alors que chez les petits toxicomanes la proportion d'état dépressif se limitait à un neuvième.

Cette notion de risque suicidaire n'a pas échappé aux responsables des établissements pénitentiaires qui, dans la grande majorité des cas, ont empiriquement décidé de "doubler" ou de "tripler" les toxicomanes entre eux pour leur éviter une solitude trop pesante. Dans certaines prisons, et notamment à LYON, on préfère "tripler" les toxicomanes avec d'autres détenus pour éviter ces cellules où l'on ne parle que de la drogue. Ce choix est judicieux, encore n'est-il applicable que dans une prison pas trop importante où le médecin a le temps de connaître et donc de choisir avec l'administration, des partenaires bien assortis. En l'absence d'une telle connaissance il vaut peut-être mieux, dans bien des

cas, laisser les toxicomanes entre eux. Or, l'application d'une telle mesure n'est pas toujours facile dans les prisons de femmes où une demande nominative de triplement est trop souvent perçue par l'administration comme une faveur ou bien comme une complaisance à l'égard d'une hypothétique homosexualité. Cette peur de l'homosexualité, très spécifique des prisons de femmes, peut, si elle devient excessive et systématique, constituer une entrave à la collaboration médico-pénitentiaire et nuire à l'intérêt des détenues. A ce propos il importe de signaler l'aberration thérapeutique qu'a pu constituer dans certains établissements la pratique de l'isolement obligatoire de trois mois pour des sujets qui parfois ne supportent absolument pas la solitude. S'il est souhaitable d'inciter le toxicomane à rester en cellule individuelle pour mener plus sereinement une réflexion sur lui-même, il ne faut jamais lui imposer une telle éventualité s'il présente une structure de personnalité trop fragile.

Il y a donc deux catégories de toxicomanes en prison et on peut, en première approximation, dire que les petits toxicomanes ne posent aucun problème ; ils ne se suicident pas, ne sont pas en manque et ne présentent pratiquement pas de troubles psychiatriques. Le seul problème qui se pose est celui du bien-fondé de leur présence en prison. En effet, quel bénéfice peut retirer d'un séjour en milieu carcéral un adolescent qui fume du haschich et en revend parfois pour se donner l'air d'un adulte ? Il ne peut qu'en ressortir certifié dans son exclusion par l'emprisonnement, aigri, revanchard, prêt à toutes les récidives et à toutes les escalades. D'autant plus qu'il perçoit avec acuité l'inadéquation d'un système qui réprime l'utilisation du haschich et favorise celle de l'alcool alors qu'il paraît n'exister guère de différence de toxicité entre ces deux produits. C'est donc probablement par simple bon sens que la majorité des personnes que nous avons rencontrées au cours de notre enquête a exprimé le souhait d'une modification de la législation aboutissant à la décriminalisation de l'usage des drogues douces. L'adoption d'une telle mesure permettrait d'éviter de mobiliser inutilement des juges et des médecins pour des personnes qui n'ont fait que suivre aveuglément une mode saugrenue. A ce propos nous voudrions rappeler quelques remarques catégoriques ;

- 1/ La cure de désintoxication ne saurait se résumer à une désintoxication physique mais au contraire consiste essentiellement en une désintoxication psychologique par le biais d'une psychothérapie de longue durée ;
- 2/ La désintoxication physique consistant en la cure de sevrage destinée à parer au syndrome de manque, ne devrait pas excéder un mois et peut s'obtenir au moyen de multiples techniques (allant de la tisane à la Méthadone) sans que l'hospitalisation soit forcément nécessaire ;
- 3/ La désintoxication psychologique nécessite une prise en charge psychothérapique particulière qui ne peut se concevoir qu'en milieu libre dans la mesure où elle doit répondre à un réel désir et non à une contrainte de l'intéressé.



4/ Il n'existe pas de réelle dépendance aux drogues "douces" et le cannabis ne provoque pas d'état de manque.

5/ La notion de troubles psycho-pathologiques, indiquant le recours à des méthodes psychothérapeutiques n'est pas plus fréquente chez les utilisateurs de drogue douce que dans la population moyenne.

6/ En conséquence, la prescription de cure de désintoxication pour un petit toxicomane est totalement inadaptée et abusive dans la mesure où une cure de désintoxication repose au 9/10èmes sur une prise en charge psychothérapeutique.

7/ Enfin il faut en finir avec le mythe de l'escalade inéluctable des utilisateurs de drogue douce puisque nous savons qu'il existe tout au plus un junky pour 100 petits toxicomanes.

En somme, par une modification de la législation associée à une information précise des magistrats, on pourrait éviter l'incarcération de centaines de petits toxicomanes.

Restent les "grands" toxicomanes, les "junkies", car ce sont eux qui posent un réel problème à la justice. Certes ce sont avant tout des "malades", malades de la société peut-être mais malades quand même en ce sens que leur toxicomanie ne doit être considérée que comme l'épiphénomène d'un malaise existentiel profond consécutif à des anomalies de l'organisation affective et éducative de l'enfance. En d'autres circonstances ou en d'autres lieux ils auraient aussi bien pu s'engager dans la violence, la maladie mentale ou le suicide. Mais, quel que soit le mode d'expression de leur malaise, sa résolution ne peut s'obtenir que par une prise de conscience active et continue de tous les facteurs qui ont pu le déterminer à l'origine : famille, niveau de vie, environnement, scolarité, vie professionnelle, sexualité, supports affectifs et amicaux etc... C'est justement la prise de conscience de tous ces paramètres que l'on peut nommer psychothérapie au sens large du terme. Autrement dit, nous pensons que lorsqu'un adolescent se "pique à l'héroïne", sa motivation de fond se situe bien au-delà de la pression de l'entourage, d'une mode ou de la recherche du plaisir. Sa motivation essentielle est la fuite d'une réalité extérieure que son enfance ne l'a pas préparé à affronter, et surtout la fuite d'une angoisse intérieure intense due au hiatus entre les responsabilités d'adulte que les autres et la loi lui imposent et l'enracinement à un refus délibéré de grandir et à des prises de position infantiles d'autant plus tenaces que trop souvent il ne lui a pas été donné l'occasion de les vivre lorsqu'il était enfant.

.../...

Guérir un toxicomane ne peut donc se faire qu'en l'aider patiemment à couper les amarres avec son passé, à assumer et à digérer les frustrations et les traumatismes de son enfance ou, en d'autres termes, à faire en sorte que son passé ne l'empêche plus d'être heureux dans le présent et dans l'avenir. C'est cette sorte de "mise à plat", de "détricotage" du passé que réalisent les psychothérapies qui peuvent s'avérer très différentes dans leur méthodologie, en fonction de la variété de personnalités auxquelles elles s'adressent. Mais qu'il s'agisse d'une psychanalyse ou d'un séjour en foyer de post-cure, toutes les formules peuvent être efficaces à condition que le toxicomane ait le réel désir d'affronter ce qu'il avait fui jusque là dans la drogue et de maintenir son effort le temps nécessaire à démonter le mécanisme qui le rendait esclave de son enfance.

Une deuxième condition apparaît nécessaire, qui concerne le thérapeute, (qu'il soit psychiatre ou non). Il est fondamental que le thérapeute ne se laisse pas abuser par l'apparence d'une désintoxication ou par une accalmie provisoire obtenue par un séjour en milieu hospitalier ou par un traitement médicamenteux, ou bien par des techniques ergothérapeutiques plus ou moins traditionnelles, ou bien encore par des activités de loisir. Toutes ces méthodes sont utiles mais ne signifient absolument plus rien si elles ne sont pas le support d'un travail d'analyse en profondeur, pendant plusieurs mois, des motivations du toxicomane. En ce sens nous contestons radicalement ces médecins qui prétendent désintoxiquer les toxicomanes avec des médicaments mais ne prennent pas le temps de les écouter. Nous contestons de même manière certains foyers de post-cure où l'on s'imagine qu'il suffit de travaux des champs ou d'artisanat pour guérir.

Il faut le dire et le répéter, la désintoxication nécessite impérativement la coexistence de trois facteurs :

1/ Le désir précis, solide, authentique, d'une psychothérapie et non d'une vague cure plus ou moins médicamenteuse ;

2/ L'accord réfléchi d'un thérapeute spécialisé disponible pour plusieurs années s'il le faut ;

3/ L'établissement d'une relation richement affectivée à l'inverse de la neutralité bienveillante traditionnelle. En effet, avec l'abandon de la drogue, les angoisses latentes du toxicomane vont surgir avec une telle violence que seule une dépendance affective très étroite à l'égard du thérapeute pourra permettre de limiter les passages à l'acte agressifs ou suicidaires.

.../...

La psychothérapie telle que nous venons de la définir ne constitue pas le seul et unique traitement de la toxicomanie mais elle s'impose comme la meilleure méthode chaque fois qu'il est possible de l'appliquer. Il est bien évident que certains sujets nécessitent le recours à d'autres techniques, soit parce qu'ils présentent des troubles psychiques requérant des traitements psychiatriques plus classiques, soit surtout parce que par inhibition, ou manque de maturité, ils ne sont pas encore en mesure d'entamer une psychothérapie. De multiples formules thérapeutiques allant du séjour en milieu asilaire à la croisière autour du monde peuvent alors être utilisées mais il faut être parfaitement conscient qu'elles ne constituent qu'un pis aller, qu'un traitement provisoire destiné à amener progressivement le toxicomane sur le terrain d'une psychothérapie.

Si nous avons si longuement détaillé la signification et les modes de traitement de la toxicomanie, c'est justement parce que nous avons constaté lors de notre enquête une grave carence d'information en ce domaine. Dans le meilleur des cas, et METZ est alors un bon exemple, les responsables médicaux sont conscients de la nécessité d'une psychothérapie mais s'affrontent à l'impossibilité technique de réaliser une telle prise en charge dans le cadre strict des institutions existantes. Il y a plus grave. Dans la majorité des cas une méprise fâcheuse s'est instaurée qui assimile cure de sevrage et cure de désintoxication. Cela veut dire qu'à l'arrivée d'un toxicomane en manque le médecin de l'établissement pénitentiaire demande son transfert en milieu hospitalier, à moins même qu'un transfert n'ait été organisé d'emblée par le magistrat en application de la loi du 31 décembre 1970. Quoi qu'il soit ces deux alternatives se soldent fréquemment par des échecs : évasions, rechutes etc... Les évasions s'expliquent par la rareté des services fermés où pourrait s'exercer une surveillance satisfaisante. Elles s'expliquent surtout par la crainte de retourner en prison une fois le manque passé, lorsque les responsables de la prise en charge négligent la nécessité de relayer par une psychothérapie. C'est cette même négligence qui explique les rechutes puisque aucune guérison n'est à espérer tant qu'on n'aura pas pris le temps et les moyens d'aborder les problèmes de fond du toxicomane.

L'échec de l'alternative médicale déçoit les magistrats et les incite à plus de fermeté. Ainsi une médicalisation intempestive ou mal conduite n'aboutit qu'à une extension progressive des mesures répressives.

Le préjudice touche les toxicomanes qui rechutent presque inéluctablement et qui risquent ultérieurement d'être longuement maintenus en prison par un juge devenu méfiant.

Le préjudice touche les médecins qui, dans ces conditions ne sont pas en position d'exercer une action véritablement efficace et perdent de ce fait leur crédibilité vis-à-vis des magistrats.

Le préjudice touche en définitive les responsables des établissements pénitentiaires qui verront rapidement revenir dans leurs locaux, et pour un long séjour cette fois-ci, des sujets pour lesquels on n'a pas su demander la sortie dans un contexte thérapeutique adapté.

En plusieurs années de pratique à FLEURY-MEROGIS nous n'avons demandé aucune sortie pour syndrome de manque, compte tenu du fait que la cure de sevrage physique peut toujours être réalisée en milieu carcéral à condition de disposer d'un minimum d'encadrement médico-infirmier, ou de la possibilité d'un transfert dans un C.M.P. dépendant des établissements pénitentiaires. Ce n'est que très exceptionnellement que nous avons pu demander le placement de malades psychiatriques graves en milieu spécialisé, en application de l'article D. 398 du Code de procédure pénale.

Par contre, notre collaboration avec les magistrats permet d'aboutir très fréquemment à la mise en liberté de sujets pour lesquels une psychothérapie apparaît à la fois souhaitable, souhaitée et réalisable en milieu libre. Les résultats sont loin d'être négligeables puisqu'entre février 1974 et novembre 1975, 86 toxicomanes sortant de FLEURY-MEROGIS sont venus de leur plein gré entamer une psychothérapie au centre médical MARMOTTAN.

A ce stade la notion de pavillon ouvert ou fermé n'a plus la moindre importance puisque la psychothérapie, qui d'ailleurs se fait sur un mode ambulatoire, est réellement désirée par le patient qui n'a donc aucune raison de s'y soustraire.

Ces résultats sont dus à la coexistence de plusieurs facteurs :

1/ La présence à FLEURY-MEROGIS d'une équipe médico-infirmière suffisamment dense et informée pour traiter sur place les crises de manque

2/ Le dépistage minutieux des sujets susceptibles d'entamer une psychothérapie, et la présence de thérapeutes spécialisés capables de préparer dès la prison une telle prise en charge.

3/ L'existence en milieu libre de structures spécialisées dans la prise en charge des toxicomanes.

4/ La possibilité pour les thérapeutes de poursuivre dans ces structures la psychothérapie tout juste amorcée en prison.

.../...

.../...

5/ L'existence d'une bonne collaboration médico-judiciaire et d'une réelle confiance des magistrats à l'égard des médecins.

C'est donc par la défaillance d'un ou plusieurs de ces facteurs que peuvent s'expliquer les difficultés ou les échecs rencontrés dans les autres établissements pénitentiaires et nous pouvons schématiquement dresser la liste des carences les plus lourdes de conséquences.

- Insuffisance quantitative du personnel médico-infirmier. Cette situation fréquente, particulièrement nette à BESANCON et surtout à MONTPELLIER empêche de pouvoir réaliser sur place un traitement de la crise de manque. Le transfert dans un C.M.P. n'est que rarement possible et on aboutit ainsi, comme seule solution, à l'hospitalisation en milieu ouvert avec tous les risques d'échecs dénoncés précédemment. Si le juge s'oppose au transfert le toxicomane va devoir passer des jours et des nuits à souffrir atrocement, sollicitant en permanence le personnel de surveillance, semant la perturbation parmi les détenus, risquant à tout moment de passer à l'acte sur le plan suicidaire.

- Méconnaissance des problèmes spécifiques de la toxicomanie. C'est avant tout une carence d'information qui peut expliquer que tant de praticiens puissent, en ramenant la cure de désintoxication à une simple cure de sevrage, négliger l'importance fondamentale de la psychothérapie dans la prise en charge des toxicomanes. C'est également par méconnaissance des toxicomanes que peuvent être appliquées des mesures qui nous paraissent contestables, telles que la suppression totale du tabac, le traitement systématique par placebos, ou la prescription de substances apparentées à la drogue.

- Absence de thérapeutes suffisamment expérimentés ou disponibles pour conduire une psychothérapie. C'est le cas à NICE, à BESANCON et à GRADIGNAN.

- Absence en milieu libre de structures spécialisées pour toxicomanes.

Il s'agit là d'un problème essentiel car la France est particulièrement dépourvue en matière de centres d'accueil et de soins pour toxicomanes. Leur existence permettrait pourtant à de nombreux sujets d'aller spontanément se soigner et d'éviter ainsi de commettre des délits et de se faire incarcérer. En fait, la réalité est plus nuancée. Il existe parfois de petits centres spécialisés mais ils apparaissent, soit quantitativement insuffisants par rapport à la population environnante, soit inopérants par l'absence de structures corollaires indispensables. C'est par exemple le cas de MONTPELLIER, de STRASBOURG et de BORDEAUX où existe un centre d'accueil mais pas de centre d'hébergement. Dans d'autres cas, et notamment à LILLE, LYON, BESANCON et STRASBOURG, une prise en charge paraît pouvoir être réalisée dans certains services psychiatriques mais il nous a semblé qu'il s'agissait bien plus d'un traitement médicamenteux que psychothérapique.

.../...

- Absence de connexion entre la prison et les structures spécialisées en milieu libre. Il s'agit là aussi d'un problème essentiel mais alors que le point précédent relève bien plus de la compétence du Ministère de la Santé, celui-ci concerne tout particulièrement le Ministère de la Justice puisqu'il pose le problème de la prise en charge post-pénale des prisonniers. En matière de toxicomanie il est certain que c'est la première personne, qu'il s'agisse d'un éducateur ou d'un psychiatre, qui a su établir un contact privilégié avec le toxicomane, qui se trouvera la mieux placée pour mener avec succès une relation psychothérapique. Il est donc essentiel de permettre la continuité de la relation établie en fournissant aux responsables de la prise en charge thérapeutique en milieu carcéral, la possibilité de poursuivre leur travail à l'extérieur, soit dans les institutions spécialisées, soit dans un lieu thérapeutique qui serait spécialement réservé à cet effet. Or, dans la majorité des cas, cette connexion post-pénale n'a pas été mise en place alors qu'il existe dans certains établissements pénitentiaires des personnes parfaitement susceptibles de mener à bien des psychothérapies.

Plusieurs raisons peuvent expliquer cette discontinuité :

1/ Les services spécialisés ne possèdent pas les crédits nécessaires pour accueillir et rémunérer d'éventuels thérapeutes en provenance des institutions pénitentiaires.

On peut prendre l'exemple de la maison d'arrêt de la SANTE dont les psychiatres ne peuvent pas travailler également au Centre MARMOTTAN, faute de place. Alors ils sont contraints d'improviser une sorte de "bricolage" thérapeutique en accueillant plus ou moins clandestinement les sujets qui souhaitent maintenir un contact dans des dispensaires d'hygiène mentale. Mais peu de praticiens possèdent l'avantage de travailler également dans des dispensaires, et de toutes façons, les conditions de travail y sont limitées par des exigences administratives, des impératifs horaires et des contingences géographiques qui handicapent sérieusement l'installation d'une relation durable.

L'absence d'articulation avec l'extérieur est également déplorée à la prison de FRESNES où de surcroît paraît n'exister que fort peu de coordination entre les différents psychiatres travaillant sur place.

Et même à FLEURY-MEROGIS la quasi-totalité de l'équipe psychiatrique ne dispose pas de structures de suite pour poursuivre les prises en charge à la sortie des prévenus. Seuls deux psychiatres, travaillant par ailleurs dans des services spécialisés de toxicomanie, peuvent assurer une prise en charge complète des malades, la commençant à FLEURY-MEROGIS et la poursuivant, à leur libération, dans les autres services auxquels ils appartiennent. Ces deux praticiens se retrouvent contraints de s'occuper de la totalité des sortants et sont donc constamment débordés par leur nombre. S'il était offert à l'ensemble de l'équipe l'usage d'un lieu thérapeutique à vocation post-pénale, le travail pourrait être alors mieux réparti et gagnerait en qualité et en efficacité.

.../...

C'est une situation un peu identique que connaissent les psychiatres de la centrale de RENNES qui, bien que particulièrement avertis des problèmes de toxicomanie et possédant un support extérieur satisfaisant, sont, faute de collaborateurs en nombre suffisant, surchargés de travail et finissent par ne même plus avoir le temps de préparer des psychothérapies ultérieures.

2/ Réciproquement, les institutions pénitentiaires ne possèdent pas les crédits nécessaires pour accueillir et rémunérer d'éventuels thérapeutes en provenance de services spécialisés.

Cette notion de base généralisée à l'ensemble du territoire ne peut être contestée car nous connaissons trop bien la misère de l'administration pénitentiaire dont la vocation n'est pas d'ailleurs de guérir les problèmes de santé et, à fortiori, les problèmes psychiatriques. Mais elle se complique de l'ingérence d'autres facteurs.

3/ Les "guerres de chapelle" aboutissent à l'exclusion ou à l'ignorance de structures qui pourraient jouer un rôle thérapeutique non négligeable.

Il peut s'agir de rivalités scolastiques ou hiérarchiques entre divers praticiens. Cette situation est particulièrement nette à LYON, à MONTPELLIER, à STRASBOURG et, à un moindre degré, à LILLE. Dans un tel contexte nous voudrions souligner le problème spécifique des expertises psychiatriques demandées par les juges pour fonder les décisions de mise en liberté. Il serait important que les magistrats ne méconnaissent pas les dissensions éventuelles qui peuvent exister entre tenants des différentes méthodes et qu'ils sachent tenir compte de toutes les alternatives offertes. Dans le cas particulier des toxicomanes il est certain que l'opinion du médecin traitant en milieu pénitentiaire a autant de valeur que celle de l'expert.

Il peut s'agir d'une défiance des responsables d'un établissement pénitentiaire à l'égard d'institutions considérées comme trop progressistes et ceci se retrouve à NICE et surtout à GRADIGNAN.

Il peut s'agir inversement, de la part des responsables des institutions libres, d'un refus catégorique de coopérer avec la prison, toute collaboration étant considérée par eux comme compromission inacceptable. MARSEILLE en est l'exemple le plus démonstratif. Pourtant, aux BAUMETTES, un effort particulier a été réalisé pour aménager une annexe hospitalière à l'hôpital Salvator. Mais, par manque d'un personnel qualifié suffisant d'une part, et par impossibilité d'utiliser des structures en milieu ouvert d'autre part, seule l'étape physique de désintoxication peut y être réalisée. Pourtant certains malades souhaiteraient parfois poursuivre une relation d'ordre psychothérapeutique et il est navrant d'apprendre que le médecin est alors contraint de les recevoir à la sauvette dans sa voiture.

Quelle que soit leur origine, ces guerres de chapelle ne peuvent qu'apporter le discrédit à ceux qui les animent et nuire aux toxicomanes qui se trouvent inutilement maintenus en prison.

- Absence de collaboration médico-judiciaire

Plusieurs raisons peuvent l'expliquer :

. soit aucune collaboration n'est possible par absence d'implantation d'une structure spécialisée (BESANCON);

. soit les responsables pénitentiaires ne considèrent pas utile de contacter des magistrats estimant que leur rôle n'est pas d'organiser la sortie d'un prisonnier mais seulement d'aménager son séjour en prison. C'est en partie le cas de NICE et de STRASBOURG;

. soit les magistrats refusent des libérations provisoires ou conditionnelles car ils contestent l'efficacité des supports extérieurs de prise en charge. Cette situation se rencontre particulièrement à MONTPELLIER, MARSEILLE et NICE;

. soit les magistrats font preuve d'une sévérité insolite, sans doute par manque d'information en matière de toxicomanie et on aboutit ainsi à des incarcérations pour détention de quelques grammes de haschich (AVESNES-sur-HELPE) ou bien à l'indication d'une cure de désintoxication pour un détenteur de 6 gr. de haschich (DUNKERQUE).

Il serait injuste de laisser croire que le manque de collaboration médico-judiciaire est répandu en France. Au contraire, nous avons pu constater que de plus en plus les médecins osent contacter les magistrats alors qu'ils ne se croyaient pas autorisés à le faire auparavant. De même manière les magistrats n'hésitent plus à demander conseil directement aux médecins pénitentiaires. Ainsi une remarquable coopération médico-judiciaire a pu s'établir à FLEURY-MEROGIS, à LYON et à RENNES.

Cette dernière remarque nous amène à envisager plus globalement la toxicomanie sous l'angle des magistrats. Disons tout de suite que nous avons rencontré chez la majorité d'entre eux le désir d'une meilleure information en matière de toxicomanie et d'ores et déjà une perception des problèmes sous-jacents à la drogue dénotant un méritoire effort de réflexion sur la signification du phénomène. Cela est d'autant plus à souligner que les médecins pénitentiaires ont été nettement moins nombreux à fournir un tel effort. En gros on peut dire que les magistrats ont bien mieux compris la signification du phénomène drogue que les médecins. Il faut reconnaître aussi que la notion de magistrats spécialisés en toxicomanie a pu favoriser des analyses plus approfondies et plus adaptées. Il existe en effet trois juges d'instruction spécialisés à PARIS, un juge à NICE, un procureur spécialisé à LILLE et deux substitués à LYON. Mais cette spécialisation reste un peu improvisée. Il

n'existe pas d'organisation systématique de tribunaux compétents en toxicomanie dans les différentes régions de France. Il ne serait pourtant pas inutile de prendre exemple sur la délinquance financière pour mettre en place, dans chaque Cour d'Appel, un tribunal spécialisé en toxicomanie tant au niveau du Président de Chambre que des Procureurs et des Juges d'Instruction. Ainsi pourrait être plus facilement réalisée une coopération médico-judiciaire étroite ainsi qu'une information détaillée et continue des magistrats. Des "bavures" telles que des incarcérations inutiles, des prescriptions abusives de cure de désintoxication ou encore l'indication aberrante de psychothérapie en milieu carcéral, n'auraient alors plus de raison de se produire.

Nous avons rencontré certains magistrats partisans d'une détention de longue durée. Il s'agit surtout de ceux qui ont affaire à des détenus multirécidivistes pour lesquels les tentatives de mise en liberté ont été des échecs. De là à penser que toute mise en liberté aboutit forcément à un échec il n'y a qu'un pas que certains juges franchissent, estimant qu'il est souhaitable de maintenir les toxicomanes pendant plusieurs années en prison pour qu'intervienne un facteur temps nécessaire à l'acquisition d'une maturité suffisante.

Ce pas nous ne le franchirons pas pour deux raisons : la première est que les échecs invoqués ne sont pas dus à la mise en liberté en soi, mais à l'inorganisation concomitante d'un relai thérapeutique adapté susceptible d'aider efficacement le toxicomane à sa sortie. La deuxième est que l'expérience nous prouve que le facteur temps est illusoire dans la mesure où une action psychothérapique appropriée n'est pas associée (ce qui est forcément le cas en prison), et qu'une trop longue incarcération risque de transformer un marginal provisoire en un exclu quasi définitif qui rechutera dès sa sortie dans une conduite toxicomaniaque encore plus violente, désespérée et suicidaire.

Les délits entraînant l'incarcération d'un toxicomane posent aux magistrats de difficiles problèmes. En effet, dans la presque totalité des cas, à l'usage de drogue se surajoute la notion d'un petit trafic, à visée alimentaire, ou encore la notion de cambriolage de pharmacie pour se procurer les produits toxiques. Comment pourrait-il en être autrement puisque l'on a chiffré qu'en 1976 un héroïnomanie doit dépenser 2 millions anciens par mois pour se procurer sa drogue. Cela ne saurait constituer une excuse suffisante pour ne pas appliquer les sanctions prévues par la loi en cas de trafic ou de vol. Cependant il convient d'être parfaitement conscient du caractère occasionnel de cette délinquance qui ne doit toujours s'interpréter que comme la conséquence d'un état toxicomaniaque. Autrement dit, à l'habituelle question : doit-on considérer le toxicomane comme un malade ou comme un délinquant, nous répondons catégoriquement : il s'agit avant tout d'un malade, même s'il s'agit plus d'un malade de la société que d'un malade médico-psychiatrique. Ses comportements délictueux n'existent que corollairement à la

.../...

maladie et disparaîtront totalement avec sa guérison. Inversement, aucune prophylaxie des récidives n'est à espérer des techniques répressives. Ces constatations sont fondamentales dans la mesure où la justice est tenue d'appliquer une loi qui n'a pas prévu (à part le cas exceptionnel du simple usager primaire) de faire prévaloir la notion de malade sur celle de délinquant. Ainsi les magistrats se voient parfois contraints de condamner à plusieurs années de prison des petits revendeurs ou des cambrioleurs de pharmacie bien qu'ils sachent pertinemment qu'un long séjour en milieu carcéral ne peut que leur porter préjudice et qu'il serait bien plus utile de toujours pouvoir inopinément décider d'une sortie au moment privilégié où le toxicomane a le réel désir de guérir dans le cadre d'une relation psychothérapique.

Il peut exister un autre obstacle à la réalisation d'une cure psychothérapique. A LOOS-les-LILLE, à VALENCIENNES et à LYON il nous a été posé le problème des "gens de passage", toxicomanes en transit qui n'ont donc aucune intention de demeurer sur place pour faire une psychothérapie une fois sortis de prison. Il nous semble qu'il s'agit là d'un faux problème car ces sujets devraient toujours pouvoir rejoindre leur région d'origine pour y mener la psychothérapie désirée. Or, souvent rien n'existe dans ces régions pour réaliser une telle prise en charge. Nous retrouvons donc là le problème précédemment cité du sous-équipement fondamental de la France en matière de structures spécialisées pour toxicomanes.

A cette carence s'ajoute l'inexistence actuelle de structures à vocation post-pénale qui apparaissent souhaitées par la totalité des personnes travaillant en milieu pénitentiaire, qu'il s'agisse des éducateurs, des médecins, des directeurs ou des juges d'application des peines. Le directeur des prisons de LYON résume bien l'opinion générale lorsqu'il dit : "la prison ne doit être qu'un passage et ce qui est important c'est d'organiser la sortie, d'une part en la préparant par des visites préalables de tous ceux (éducateurs, assistantes sociales, psychiatres), qui participeront à la prise en charge ultérieure, et d'autre part, en disposant d'un lieu extérieur où peuvent se prolonger les contacts établis lors de l'incarcération".

Ce rapport peut paraître un peu sévère puisque nous nous sommes efforcés avant tout de signaler les erreurs et les lacunes de la situation actuelle. Précisons donc que nos critiques de certains établissements ou de certaines personnes ne concernent jamais que la forme et à aucun moment le fond. Au contraire nous tenons à souligner ici le remarquable dévouement et l'incontestable conscience professionnelle de tous ceux qui travaillent dans les établissements pénitentiaires dans des conditions particulièrement précaires et difficiles.

*

* *

.../...

En médecine il existe deux sortes de traitement : le traitement symptomatique et le traitement étiologique. Dans le cas d'une bronchite, le traitement symptomatique consiste à donner un médicament contre la toux. Un tel traitement peut être efficace à court terme mais il n'interrompt pas l'évolution morbide et ne prévient pas les rechutes. Le traitement étiologique par contre consiste en l'administration d'un antibiotique qui détruit spécifiquement les microbes à l'origine de la maladie.

Il en est de même pour la toxicomanie. Ses comportements anti-sociaux ne constituent que le signal symptomatique d'un malaise plus profond, qui trouve ses origines dans des causes psychologiques et sociales. Le traitement étiologique consiste à comprendre, à analyser ces causes et à tenter de les combattre par de multiples mesures préventives et curatives. Par contre, toutes les mesures répressives, et notamment l'incarcération des toxicomanes, s'apparentent à un traitement symptomatique qui, loin de prévenir les récurrences, risque au contraire de provoquer un déplacement du signal. C'est ainsi qu'on a pu constater que lorsque le nombre de toxicomanes diminuait, le taux de suicides d'adolescents était en augmentation.

Nous ne voulons pas dire que les mesures répressives n'ont pas de raison d'être employées. Il y a malheureusement des cas où il n'existe pas d'autre solution possible. Nous voulons seulement rappeler que le recours à ces méthodes ne peut qu'apporter qu'une résolution très provisoire. D'ailleurs tous les directeurs de prison s'accordent pour constater l'inutilité de l'incarcération des toxicomanes. Il faut donc considérer que l'emprisonnement d'un drogué ne devrait jamais être conçu que comme un pis-aller en l'absence de mesures thérapeutiques adaptées.

Dès lors, l'ensemble des mesures que nous allons présenter sera destiné soit à éviter l'incarcération d'un toxicomane au profit d'une thérapeutique, soit à aménager le séjour en milieu carcéral de façon à disposer le plus rapidement possible d'un relai thérapeutique adapté.

Pour des raisons de clarté nous distinguerons quatre catégories de propositions ; certaines sont applicables sans délai, à peu de frais, d'autres, impliquant des modifications de budget et de structures, ne pourront être réalisées que progressivement. Mais, quel que soit le délai qu'elles supposent, ou les organismes de tutelle auxquels elles s'adressent, toutes ces propositions sont d'importance égale et l'on ne saurait en négliger une sans compromettre la cohésion d'une politique de lutte contre la toxicomanie.

.../...

1°/ Proposition à l'intention des Pouvoirs Publics

La France est particulièrement sous-développée en matière de centres spécialisés dans la toxicomanie et plus généralement dans les troubles de l'adolescence (fugues, désociabilisation, suicides). Il serait donc indispensable de créer et de disséminer sur l'ensemble du territoire, des structures spécialisées comportant au minimum la chaîne suivante :

- un centre d'accueil où pourraient se réaliser les consultations et les psychothérapies,
- un centre de soins susceptible de régler les épisodes médicaux intercurrents,
- un centre d'hébergement ou bien des appartements thérapeutiques permettant d'héberger les toxicomanes en attendant qu'ils disposent d'un logement personnel.

Ces structures seraient animées par une équipe multidisciplinaire rompue aux techniques psychothérapeutiques, équipe renforcée de travailleurs sociaux établissant une connexion permanente avec les employeurs, les familles d'accueil, les foyers de post-cure ou les communautés thérapeutiques.

Il apparaît essentiel que puisse être offert à chacun des membres de l'équipe la possibilité de rencontrer en prison les toxicomanes incarcérés, de façon à toujours pouvoir tenter d'amorcer une relation psychothérapeutique privilégiée conditionnant une libération à brève échéance.

Réciproquement, il faudrait fournir aux responsables de la prise en charge en milieu carcéral, l'opportunité de poursuivre dans les structures spécialisées extérieures, les relations commencées en prison.

C'est donc tout le principe de la prise en charge post-pénale que nous posons-là. Que ce soit dans des institutions nouvelles créées à cet effet ou dans le cadre des structures en place, il apparaît indispensable que tout prisonnier puisse, à sa sortie, revoir régulièrement, s'il le désire, la personne (éducateur, médecin, assistante sociale etc...) avec qui il aurait pu établir une relation privilégiée lors de son séjour en prison. Cette continuité de la relation permettrait, en rétablissant un pont avec le monde extérieur, une intervention plus efficace sur les facteurs d'une réinsertion socio-professionnelle : logement, emploi etc...

.../...

C'est dans cette optique que nous avons déposé, au Ministère de la Santé, le projet de création, à titre expérimental, d'une unité spécialisée dans la prise en charge ambulatoire de toxicomanes psychopathes (voir annexe 4).

Cette unité travaillerait au débouché des trois maisons d'arrêt de la région parisienne (FRESNES, la SANTE, FLEURY-MEROGIS) et tiendrait lieu de trait d'union entre les prisons et les institutions spécialisées ou sectorisées.

En effet la sortie de prison constitue pour le toxicomane un moment crucial où la reprise de contact brutal avec la vie quotidienne jointe à un déracinement affectif, professionnel et géographique risque d'entraîner une rechute instantanée dans un comportement suicidaire désespéré. C'est à cette étape "vitale" dans le trajet du toxicomane que notre projet prétend proposer une solution.

Dans le cadre de cette unité expérimentale, il serait intéressant de mettre en place une commission consultative sur le choix des mesures thérapeutiques et les possibilités de mise en liberté. Cette commission serait constituée d'un thérapeute spécialisé et d'une deuxième personne qui pourrait être un autre thérapeute, un éducateur, ou un infirmier, ou encore un ancien toxicomane travaillant dans un centre de toxicomanie. La commission serait tenue d'effectuer deux visites à 15 jours d'intervalle pour acquérir une notion évolutive. Elle pourrait s'aider de l'avis des expertises.

La commission pourrait proposer :

- soit le maintien de l'incarcération ou un transfert éventuel dans un C.M.P.,
- soit la libération pure et simple,
- soit une liberté assujettie à une obligation ou une "invitation" à entreprendre des soins appropriés (séjour dans un centre de post-cure pour une durée déterminée, ou pratique d'une psychothérapie en milieu spécialisé, ou enfin pratique d'une psychothérapie en relation avec une équipe ambulatoire spécialisée).

Ces créations de structures spécialisées doivent aller de paire avec l'organisation d'une meilleure information en matière de toxicomanie. Il faudrait organiser des conférences itinérantes destinées aux médecins et aux responsables administratifs des établissements pénitentiaires, à qui pourraient se joindre les autorités administratives locales ainsi que les thérapeutes travaillant en milieu extérieur.

.../...

2°/ Proposition à l'intention des magistrats

La même nécessité d'information apparaît à l'égard des magistrats, et là aussi le principe de conférences itinérantes, dans toutes les cours d'appel de France, pourrait être appliqué.

C'est également au niveau de chaque cour d'appel qu'il serait souhaitable de créer un tribunal spécialisé en toxicomanie. Certains peuvent contester une telle spécialisation. Elle nous semble cependant justifiée dans la mesure où le toxicomane présente une forme de délinquance particulière à laquelle l'ensemble des magistrats n'a pas été préparé.

Il faudrait surtout envisager une modification ou même une refonte complète de la loi du 31 décembre 1970 qui paraît de moins en moins adéquate à l'aspect moderne de la toxicomanie. Les grandes lignes de la modification de la législation seraient les suivantes :

1) décriminalisation de l'usage du cannabis sous toutes ses formes

Cette mesure, déjà réclamée lors du séminaire organisé à SEVRES par l'UNESCO en septembre 1973, devrait être complétée par une protection farouche des mineurs. En effet, s'il est aberrant de mettre en prison un adolescent qui fume du haschich, il est irresponsable et scandaleux de la part d'un adulte de fournir quelque drogue que ce soit (alcool, tabac ou cannabis) à un mineur. Certes l'inévitable escalade brandie comme un épouvantail n'est qu'un mythe, mais il est certain que cette escalade risque davantage de se produire lors de la puberté, à cet âge mouvant où l'enfant contrôle mal ses pulsions et abuse plus facilement qu'il n'use.

La dépénalisation de l'usage du cannabis amènera, inévitablement, à préciser la limite entre détention et trafic. Il serait possible à ce sujet de s'inspirer de la loi californienne qui ne parle de trafic qu'au-delà d'une once, soit 27 grammes.

2) faire prévaloir la notion de maladie sur la notion de délinquance

Qu'il s'agisse du petit trafic à visée alimentaire, de vol d'argent, ou de cambriolage de pharmacie, tous ces délits n'existent qu'en raison de la toxicomanie du sujet. La gravité d'une toxicomanie ne devrait pas s'apprécier sur le nombre de pharmacies cambriolées mais sur l'intensité des problèmes psychologiques qui la sous-tendent.

dans le sens de la libération

.../...

Cependant comprendre n'est pas forcément approuver et il est normal de sanctionner ces délits pour protéger la sécurité publique. Mais aucune guérison n'étant à espérer d'une sanction, la loi devrait permettre de suspendre la mise en application de la peine dès que les conditions d'un traitement valable sont réunies.

3) Concevoir les rechutes comme partie intégrante d'une évolution morbide

Evolution normale dans une prise en charge psychothérapique, les rechutes s'espacent et disparaissent au fil des mois. Il serait donc nécessaire que la notion de récidive définie par la loi s'efface au profit de la notion de rechute. Ainsi l'alternative médicale pourrait toujours être proposée et les psychothérapies ne seraient plus interrompues par des incarcérations intempestives.

4) Supprimer les amendes douanières

Toutes les ressources d'un toxicomane sont englouties dans sa toxicomanie et il ne peut payer les amendes douanières qu'en s'endettant ou en commettant un nouveau délit. Il paraît incompatible de demander à un sujet un effort de réinsertion sociale si on ne lui accorde pas parallèlement la possibilité de voir ses efforts se matérialiser par l'amélioration de ses conditions d'existence.

5) Définir précisément la cure de désintoxication, ses indications, ses modalités et ses limites

Ainsi pourront être évitées des indications abusives et des assimilations erronées aboutissant à une médicalisation intempestive.

3°/ Proposition à l'usage des établissements pénitentiaires

Pour rester fidèle à l'esprit de ce rapport nous n'avons énoncé que des remarques d'ordre général. Pourtant, nos visites dans les différents établissements pénitentiaires nous ont permis de remarquer qu'il y aurait beaucoup à dire et à faire à propos de chaque prison. Il ne serait donc pas vain de faire établir pour chaque établissement une sorte de "mini-rapport" dont les conclusions, même ponctuelles, pourraient apporter des améliorations nullement négligeables.

.../...

Il est urgent de donner des consignes précises aux responsables des établissements pénitentiaires, dans le but d'organiser le plus souvent possible le traitement de la crise de manque en milieu carcéral. Soit il existe une présence médico-infirmière suffisante et alors des soins spécifiques peuvent être donnée matin, midi et soir, soit cette présence est insuffisante et il faut alors transférer le toxicomane dans un C.M.P. ou dans une annexe hospitalière dépendant de la prison, pour qu'y soit traité le manque. Il apparaît donc fondamental d'établir dans toute la France des C.M.P. où pourraient être soignés des cas médico-psychiatriques épineux. Ces deux solutions devraient permettre d'éviter, le plus souvent possible, un transfert hasardeux en milieu hospitalier. Par contre il faut très vite organiser la sortie dès qu'une prise en charge psychothérapique paraît souhaitable, souhaitée et réalisable en milieu libre.

En fait, le problème le plus délicat est posé par les toxicomanes qui, en raison de leurs défenses, de leurs blocages, de leurs peurs, ne sont pas encore en mesure d'entamer une psychothérapie. Les faire sortir est illusoire car ils ne viendront pas se soigner, les maintenir en prison les détériore. Pour cette catégorie particulière, il faut envisager le recours à d'autres méthodes dont nous ne pouvons affirmer que l'une est meilleure que l'autre.

On peut envisager une hospitalisation en milieu fermé qui pourrait être ce que certains veulent créer sous le nom d'hôpitaux-prisons. Quelle que soit la nature de ce lieu fermé, il ne peut présenter d'intérêt que s'il s'y trouve un personnel averti des techniques psychothérapiques, qui essaiera progressivement d'amener le toxicomane sur le terrain d'une psychothérapie.

On peut également essayer de laisser sortir le toxicomane en liberté conditionnelle ou en probation, en le protégeant par l'utilisation d'antagonistes. Il s'agit de produits à prise quotidienne qui annulent les effets euphorisants des opiacés. Par le biais d'un contact quotidien avec le prescripteur une relation peut progressivement s'établir qui permet parfois d'aboutir à une prise en charge psychothérapique.

Sur le plan médicamenteux, il semble préférable de traiter la crise de manque par l'association antalgiques-anxiolytiques-hypnotiques non barbituriques. Il ne faut pas céder à la pression des détenus qui réclament des doses qui, par leur importance perdent leur effet thérapeutique au profit d'un effet toxicomanogène. C'est dans le même esprit qu'il vaut mieux éviter l'emploi de toute substance qui puisse être utilisée sur un mode toxicomaniaque. De même, pour des raisons symboliques évidentes, on proscriera la voie intra-veineuse, sauf cas exceptionnel. Enfin, il apparaît judicieux de réserver l'usage des neuroleptiques aux toxicomanes dont la revendication médicamenteuse ne se tarrit pas par la prescription d'anxiolytiques et de somnifères.

.../...

D'une manière générale il faut toujours inciter le toxicomane à rester en cellule individuelle où il pourra mener plus sereinement une réflexion sur lui-même. Mais, s'il ne supporte pas la solitude, il faut très rapidement le tripler, soit avec d'autres détenus, à condition que le médecin ait l'occasion de choisir les partenaires avec l'administration, soit avec d'autres toxicomanes. Par contre, il vaut mieux que ces triplés de toxicomanes restent dispersés dans la prison. Effectuer un regroupement aboutirait à un ghetto de toxicomanes qui, d'une part serait fort mal accepté par le reste de la population pénale et par le personnel de surveillance, et d'autre part constituerait une sorte de bouillon de culture où le seul sujet de discussion serait la drogue.

Il importe enfin que puisse être proposé dans la journée un maximum d'activités : travail, école, yoga, sports, loisirs, activités créatrices (musique, peinture, dessin etc...).

4°/ Propositions d'ordre général

Toutes les suggestions précédentes risquent d'être dénuées de sens si les Pouvoirs Publics ne s'attachent pas, parallèlement, à la réalisation de mesures préventives dont les plus essentielles nous paraissent les suivantes :

- Informer objectivement sur la drogue,
- Réduire le sous-emploi des jeunes, source d'oisiveté,
- Redonner aux parents le sens de leur responsabilité vis-à-vis des enfants dont l'éducation devrait reposer essentiellement sur la dualité fermeté-tendresse et leur donner réellement le temps de vivre une telle relation,
- Ouvrir le dialogue en favorisant l'accès des jeunes aux moyens d'information et leur participation à l'élaboration de leur avenir, notamment du contenu pédagogique,
- Créer de multiples centres d'accueil où tout adolescent pourrait venir discuter des problèmes qui se posent à lui, avec des psychologues, des sociologues et des travailleurs sociaux.

On peut ainsi espérer qu'une politique attentive aux aspirations de la jeunesse, ouverte au dialogue, modifiant progressivement la mentalité de la population dans le sens d'une plus grande tolérance à l'égard de ce qui est différent, réduira l'angoisse de ces milliers de jeunes qui se droguent, se battent ou se tuent.

.../...

CONCLUSION

Il est d'usage dans ce genre d'exposé de terminer par une conclusion tenant lieu de résumé ce qui peut être fort commode pour des lecteurs pressés. Ils ne trouveront pas ici cette facilité car ce rapport constitue un tout et les propositions formulées dans le paragraphe précédent ne sauraient être condensées en quelques phrases-clés.

Il ne s'agit pas ici d'un exercice de philosophie.

Alors, il ne faudra pas attendre d'autre conclusion que la mise en application sur le plan pratique de ce projet. C'est peut-être là une question de logique et de morale.

Docteur Francis CURTET

PARIS, le 16 Juillet 1976

A N N E X E S

TRIBUNAL DE GRANDE INSTANCE

DE PARIS

PARIS le 10 Mars 1975

Paul COUZIN
Premier Juge d'Instruction

Jean TROCHERIS
Juge d'Instruction

A

Monsieur le Docteur CURTET

Confirmant les conclusions de notre dernier entretien,
il nous paraît important de retenir :

- le travail qui se fait à FLEURY-MEROGIS en raison des contacts que nous avons avec vous depuis deux ans et demi et le souhait de voir des rapports aussi fructueux s'établir entre nous et les autres établissements pénitentiaires ;
- la nécessité de prévoir pour les toxicomanes en détention une intervention médicale individualisée et de préparer le retour de ces détenus en milieu libre : aspects psycho-thérapeutiques, familiaux, sociaux...
- la nécessité d'harmoniser au niveau des établissements pénitentiaires les méthodes de travail : schéma directeur, mise en place de personnes spécialisées, information du personnel administratif, des médecins, des magistrats, aménagement de locaux appropriés.

La réalisation de ces objectifs paraîtrait susceptible d'apporter un commencement de satisfaction à vos préoccupations de médecin en milieu carcéral qui ne vous ont jamais fait perdre de vue nos propres préoccupations comme les impératifs d'intérêt général dont nous devons tenir compte.

signé : Paul COUZIN

signé : Jean TROCHERIS

SCHEMA DIRECTEUR
DE LA PRISE EN CHARGE DES TOXICOMANES
EN MILIEU CARCERAL

Les prisons de France sont actuellement encombrées par des centaines de toxicomanes, incarcérés soit pour usage, soit plus généralement pour infractions à la législation sur les stupéfiants. L'expérience nous montre que ces incarcérations n'ont d'effet d'exemplarité ni sur l'entourage ni sur le sujet concerné qui neuf fois sur dix récidive et a tendance de surcroît à utiliser alors des produits plus durs, à des doses plus massives.

La nécessité de repenser les moyens de lutte contre la toxicomanie s'impose donc. Mais il faut souligner d'emblée que la toxicomanie des jeunes, telle que nous la connaissons actuellement, connaît des causes psychologiques, sociales, familiales et qu'à ce titre elle ne concerne pas uniquement le Ministère de la Justice, mais aussi le Ministère de la Santé Publique, le Ministère de l'Intérieur, le Ministère de l'Education Nationale et plus généralement chacun de nous en tant que citoyen responsable.

Il apparaît de plus en plus clairement que les seuls succès thérapeutiques à l'égard des toxicomanes se réalisent en milieu libre. Il faut donc espérer que dans un avenir proche les mesures préventives à l'encontre des toxicomanes s'estomperont au profit des mesures curatives et préventives dont les lignes essentielles seraient les suivantes :

1) Mesures curatives

Création ou aménagement de multiples centres spécialisés :

- centres de soins et d'accueil médicaux
- centres de soins et d'accueil psychiatriques
- foyers socio-éducatifs urbains et campagnards
- communautés avec encadrement d'éducateurs, de psychologues, de sociologues...

2) Mesures préventives

- Informer objectivement sur la drogue
- Réduire le sous-emploi des jeunes, sources d'oisiveté
- Redonner aux parents le sens de leurs responsabilités vis-à-vis des enfants dont l'éducation devrait reposer essentiellement sur la dualité fermeté-tendresse.
- Ouvrir le dialogue en favorisant l'accès des jeunes aux moyens d'information et leur participation à l'élaboration de leur avenir, notamment du contenu pédagogique
- Créer de multiples centres d'accueil où tout adolescent pourrait venir discuter des problèmes qui se posent à lui avec des psychologues, des sociologues et des travailleurs sociaux.

Il n'était pas vain de décrire un tel programme pour mieux comprendre comment il pourra se substituer progressivement aux mesures de justice et mieux définir le mode d'articulation réalisable entre les mesures actuelles et les mesures souhaitées. En effet, la mise en place de ce programme suppose un budget important, des modifications de la législation en vigueur et il faut prévoir un certain délai avant qu'il ne soit mené à terme. Cela revient à dire que dans l'immédiat et pour un certain temps, qu'il faut souhaiter le plus court possible, les toxicomanes iront en prison. Il importe donc pour cette période provisoire de mieux définir les conditions de détention des toxicomanes car il est surprenant de constater l'absence de directives précises concernant leur prise en charge en milieu carcéral, celles-ci étant laissées à l'appréciation des directeurs de prison et des équipes médico-psychiatriques éventuelles. Or, la toxicomanie dans son aspect moderne est un phénomène qui dérouté aussi bien les médecins que les directeurs de prison. La nécessité apparaît d'informer réellement et de définir en un schéma directeur les grandes lignes de la prise en charge des toxicomanes en milieu carcéral. Ce schéma doit définir une orientation sans pour autant imposer des règles trop rigides aux responsables de chaque prison ce qui reviendrait à ignorer les différences de mentalité et de conditions de détention qui existent selon les régions. Il importe seulement que certaines notions soient clairement établies et diffusées et qu'elles puissent tenir lieu de fil conducteur aux diverses autorités compétentes.

MESURES IMMEDIATES

Le premier temps consiste en un dépistage minutieux des toxicomanes dès leur arrivée. Il s'agit notamment de ne pas méconnaître les toxicomanes qui sont incarcérés pour un motif autre que l'infraction à la législation sur les stupéfiants, mais dont le délit apparaît comme directement consécutif à leur condition de toxicomane, par exemple : cambriolage de pharmacie ou vol d'argent par un sujet en manque pour s'acheter sa dose. Il serait souhaitable que les sujets ainsi sélectionnés puissent tous être vus par un médecin, si possible psychiatre. La tâche de ce praticien devrait être initialement d'établir un tri entre :

- les sujets non toxicomanes : il s'agit des petits fumeurs épisodiques de haschich ou de marijuana tels qu'il en existe des millions en France,
- les petits toxicomanes : il s'agit de sujets qui n'utilisent pas la drogue par voie injectable. L'éventail est large entre les simples usagers de cannabis et ceux qui utilisent toutes sortes de produits (LSD, barbiturique, amphétamine, opium, cocaïne par prise nasale).

En fonction des produits et des doses utilisées la symptomatologie clinique varie. Si la "crise de manque" n'est pas à craindre, il est fréquent de constater des symptômes d'angoisse et d'insomnie.

.../...

le praticien devra prescrire un traitement adapté à la symptomatologie. Parallèlement, au cours d'entretiens répétés, il lui faudra distinguer les sujets pour lesquels des problèmes psychologiques sous-jacents indiqueraient l'utilité d'une psychothérapie.

- les "junkies" : il s'agit de sujets qui se piquent, en général poly-toxicomanes. La crise de manque est fréquemment à redouter et elle nécessitera un traitement énergique par voie intramusculaire, relayé au bout d'une semaine par voie orale. Dans l'immense majorité des cas il existe d'importants problèmes psychologiques et il est fondamental d'envisager une psychothérapie.

Ce dernier point nous amène à parler de la notion de psychothérapie en milieu carcéral. Dans l'état actuel des choses il est impossible de réaliser de véritables psychothérapies en prison en raison de la carence de l'effectif psychiatrique. Il serait souhaitable de multiplier la présence de psychiatres qui auraient alors le temps de réaliser des entretiens psychothérapeutiques. A défaut d'une telle solution, il apparaît essentiel de demander aux psychiatres actuellement en fonction de savoir profiter du temps d'incarcération de leurs patients pour poser les bases d'une psychothérapie en milieu libre. Il est en effet regrettable de constater que trop souvent les praticiens se contentent d'un traitement médicamenteux provisoire sans se préoccuper de ce qu'il adviendra de leur patient à sa sortie de prison. Le rôle du psychiatre de prison devrait se concevoir dans une perspective dynamique où le temps d'emprisonnement ne devrait représenter que le préalable à la véritable prise en charge qui aurait lieu à la sortie, en dispensaire, en hôpital ou en centre spécialisé.

L'utilisation des médicaments appelle quelques remarques. Il est consternant de constater que dans certaines prisons certains médicaments notoirement utilisés pour se droguer sont prescrits "larga manu". Une telle attitude de démission et de négligence favorise une sorte de toxicomanie carcérale et se situe à l'inverse du rôle que devrait jouer le médecin, car s'il est fondamental de ne pas porter de jugement de valeur sur la toxicomanie d'un sujet, il est par contre impensable d'espérer obtenir sa confiance et le guérir à partir du moment où on lui a facilité l'utilisation de drogues. La pharmacie devrait se limiter aux produits qui ne peuvent en aucun cas être utilisés dans un but toxicomaniaque.

Il est surprenant par ailleurs de constater la fréquence excessive du recours aux neuroleptiques, médicaments réservés en général aux malades mentaux graves et non pas aux petits psychopathes que sont, en majorité, les toxicomanes. Ces produits abrutissent le sujet et nuisent au dialogue, alors qu'une thérapeutique plus anodine, à base de tranquillisants et de somnifères, paraît bien plus efficace.

.../...

La répartition des toxicomanes à l'intérieur d'une prison pose un problème préoccupant. Nous prendrons l'exemple du centre pénitentiaire de FLEURY-MEROGIS. La meilleure solution semble être la mise en cellule individuelle avec possibilité corollaire d'un maximum d'activité pendant la journée : travail, école, yoga, sports, loisirs etc...

Ainsi le toxicomane peut plus facilement se retrouver lui-même, réfléchir, faire le point, remettre en question son comportement et il acquiert un état d'esprit plus propice à la psychothérapie. Mais, bien souvent, le toxicomane ne supporte pas la solitude (et ceci n'est pas surprenant car nous savons avec quelle fréquence le sentiment de solitude est retrouvé comme une des causes essentielles d'entrée dans la toxicomanie). La sensation d'isolement accentue l'angoisse et laisse peser le risque suicidaire. Il faut alors "tripler" le toxicomane, et, pour éviter un prosélytisme à double sens, il vaut mieux le tripler avec d'autres toxicomanes en essayant si possible de ne pas mélanger les junkies et les petits drogués. Il est souhaitable que ces triplés soient disséminés dans les différentes divisions. Effectuer un regroupement aboutirait à un ghetto de toxicomanes qui, d'une part serait fort mal accepté par le reste de la population pénale et par le personnel de surveillance, et d'autre part constituerait très vite une sorte de bouillon de culture où le seul sujet de discussion et de préoccupation serait la drogue. C'est une situation que nous connaissons bien à la maison d'arrêt femmes de FLEURY-MEROGIS où il serait utile d'aménager de nouvelles triplées dans les différentes divisions.

Le but recherché est, bien sûr, la mise en liberté provisoire du toxicomane et sa prise en charge effective en milieu spécialisé garantissant une véritable désintoxication et l'absence de récédives à long terme. Mais, pour cela il ne faut pas brûler les étapes en se laissant abuser par les fausses demandes de prise en charge. Ce n'est qu'au bout d'un certain nombre d'entretiens minutieux que le praticien pourra évaluer l'authenticité du désir de guérison du toxicomane. A ce stade, il est souhaitable que le psychiatre entre en contact avec le juge d'instruction ou le juge d'application des peines pour l'aviser de l'évolution de la situation. Or, peu de médecins agissent ainsi ; ils n'y pensent pas ou ne s'y sentent pas autorisés. Il serait bénéfique de les inciter à établir une collaboration plus étroite avec les magistrats.

D'autres propositions seraient à formuler, telles que l'augmentation du nombre d'assistantes sociales et leur rôle capital dans la recherche d'un emploi à la sortie de prison, l'intérêt indiscutable du yoga qui doit être considéré comme un adjuvant thérapeutique indispensable, l'opportunité de favoriser tout particulièrement les activités créatrices telles que musique, peinture, dessin etc... mais nous nous contenterons de les citer pour ne pas surcharger ce schéma directeur.

.../...

L'application de ces mesures pourrait améliorer les conditions de détention des toxicomanes et contribuerait à concevoir leur séjour en prison bien plus comme l'amorce d'une réhabilitation que comme une sanction. Cependant, ainsi que nous l'avons souligné dans l'introduction, les vraies guérisons ne s'obtiennent qu'en milieu libre, lorsque la demande de soins naît de façon plus spontanée et non sous la contrainte. Il apparaît donc indispensable de relayer ces mesures immédiates par des mesures à moyen terme.

MESURES A MOYEN TERME

Elles devraient comporter deux volets complémentaires :

1) Création ou aménagement de multiples centres spécialisés en milieu libre

Par comparaison avec les autres pays du Marché Commun, ou à plus forte raison avec les Etats Unis, il existe en France un sous-développement incroyable en matière de centres spécialisés dans la toxicomanie et plus généralement dans les troubles de l'adolescence (fugues, désocialisation, suicides...). Il est urgent et indispensable de mettre en place des centres spécialisés disposant :

- d'un arsenal thérapeutique moderne et notamment des produits de substitution et des antagonistes, qui font la preuve de leur efficacité aux Etats Unis,
- de possibilités occupationnelles et ergothérapeutiques abondantes
- de praticiens expérimentés susceptibles d'animer des psychothérapies individuelles et de groupe, des psychodrames, des "screaming-groups"...
- d'un effectif considérable de travailleurs sociaux pour aménager la réinsertion socio-professionnelle.

2) Modification de la législation

La loi du 31 décembre 1970 a amorcé une médicalisation de la toxicomanie, mais elle se révèle à l'usage d'une portée trop limitée. Seuls les simples usagers primaires peuvent bénéficier, si le magistrat y consent, d'une prise en charge médicale. Il serait souhaitable

.../...

d'élargir cette possibilité et de réserver l'incarcération aux multi-récidivistes inamendables. Une modification de la législation serait à effectuer qui tiendrait compte des éléments suivants :

A/ - Dépénaliser l'usage du cannabis sous toutes ses formes.

Cette mesure qui a été réclamée lors du séminaire organisé par l'UNESCO en septembre 1973, apparaît indispensable si l'on veut que cesse l'actuelle hypocrisie qui autorise l'alcool et réprime le haschich. Il est prouvé que le cannabis possède une toxicité à peu près équivalente, quoique différente dans ses manifestations, à celle de l'alcool. Il serait donc logique d'en tolérer l'usage occasionnel conjointement à une information complète et largement diffusée sur ses dangers réels et de limiter l'intervention de l'appareil judiciaire aux seuls délits occasionnés par son emploi abusif, de la même manière que la loi réprime la conduite en état d'ivresse. Il faut en finir avec le mythe de l'escalade inéluctable. Nous savons qu'il existe en France environ 3 millions d'usagers occasionnels du cannabis et qu'il existe au maximum 30.000 junkies. L'escalade vers les drogues dures ne survient donc que dans 1 % des cas. Une telle mesure aurait le mérite de débarrasser les prisons de centaines de détenus qui n'y ont pas leur place et pour lesquels aucun traitement n'apparaît nécessaire, à moins de vouloir psychiatriser à outrance la vie quotidienne.

B/ Privilégier le symptôme toxicomane par rapport au délit reproché.

Ainsi le petit trafic à visée "alimentaire" n'existe qu'en raison de la toxicomanie du sujet. Il en est de même pour les vols d'argent commis par les toxicomanes en manque et pour les cambriolages de pharmacies (il est significatif qu'en ce cas la caisse n'est pratiquement jamais fracturée). Si ces délits méritent une sanction puisqu'il est nécessaire de protéger la sécurité publique, il ne faut pas méconnaître qu'ils sont imputables avant tout à la condition de toxicomane. Pour éviter une récidive, il ne faut pas se limiter à une punition, mais relayer rapidement par un traitement approprié.

C/ Concevoir les rechutes comme partie intégrante de la prise en charge des toxicomanes.

Les médecins nomment rechutes ce que la loi nomme récidive. Nous savons qu'au cours des longs mois que durera la cure de désintoxication, le toxicomane risque de rechuter à l'occasion de problèmes familiaux, sentimentaux, professionnels ou autres. Il convient alors de ne pas dramatiser un tel événement, d'en discuter avec le sujet sans condamner ni moraliser et de l'aider à résoudre les problèmes qui ont motivé le retour à la drogue. A ce prix, les rechutes s'espacent, s'atténuent en intensité et en durée et finissent par disparaître définitivement. Or la loi n'accordant le bénéfice d'une prise

en charge médicale qu'aux toxicomanes primaires, il est fréquent de voir des psychothérapies interrompues et parfois gravement compromises par une incarceration, alors qu'il aurait suffi de temporiser pour passer sans grands dommages au cap difficile. Il serait souhaitable que la loi reconnaisse la notion de rechutes et qu'elle laisse la possibilité de leurs résolutions au médecin traitant.

D/ Supprimer les amendes douanières ou tout au moins les adapter au revenu de chaque individu.

Il est en effet courant de rencontrer des toxicomanes sortant de prison, disposant d'un revenu modeste, à qui est réclamé une amende douanière d'un montant tellement exorbitant qu'elle interdit pour des années toute possibilité de promotion et d'amélioration du niveau de vie. Devant un avenir complètement touché par des dettes, le toxicomane est enclin à se livrer au petit trafic qui représente pour lui le moyen le plus évident et le plus rapide de gagner beaucoup d'argent. Il paraît incompatible de demander à un sujet un effort de réinsertion sociale si on ne lui accorde pas parallèlement la possibilité de voir ses efforts se matérialiser par l'amélioration de ses conditions d'existence.

La réalisation de ces deux catégories de mesures permettrait de modifier radicalement l'abord judiciaire de la toxicomanie. On pourrait dès lors envisager qu'en cas d'arrestation le toxicomane soit envoyé dans un milieu fermé, carcéral ou autre, pour une durée comprise entre une semaine et un mois. On disposerait ainsi d'un temps d'observation pendant lequel une équipe composée de magistrats, de contrôleurs judiciaires, de médecins, de psychiatres, d'éducateurs et de travailleurs sociaux, pourrait mieux cerner les problèmes présentés par le toxicomane et définir l'attitude ultérieure la plus adaptée à chaque cas. Schématiquement, quatre éventualités pourraient alors être rencontrées :

1°) usage exceptionnel de stupéfiants, à considérer comme une expérience sans lendemain

Aucun traitement n'est requis, une réprimande sérieuse devrait suffire à clore l'incident.

2°) usage abusif de drogues par voie orale

En fonction de la symptomatologie et des désordres psychologiques éventuels il faudrait choisir entre :

- une hospitalisation en milieu médico-psychiatrique,
- un traitement ambulatoire assorti le cas échéant d'une psychothérapie en centre spécialisé
- un séjour de longue durée dans un foyer décentralisé ou dans un centre communautaire à visée psychothérapique.

3°) usage de drogues par voie injectable

La symptomatologie risque d'être riche et la nécessité d'une psychothérapie s'impose la plupart du temps. Il faudra donc choisir entre :

- une hospitalisation en milieu médical
- une hospitalisation en milieu psychiatrique
- un traitement ambulatoire associé à une psychothérapie en milieu spécialisé avec recours aux antagonistes (il s'agit de médicaments dont la prise quotidienne annule les effets euphorisants de l'héroïne).

4°) délits consécutifs à l'abus de drogues.

Il s'agit des cambriolages de pharmacies, des vols d'argent etc... Nous avons déjà dit que la sanction doit être rapidement relayée par un traitement. Le recours à l'une des solutions citées au précédent paragraphe reste possible, mais il faut prévoir que certains sujets, toxicomanes de longue date, à des doses colossales, ne pourront pas se soumettre à la discipline d'un traitement classique. Pour ceux-là, en désespoir de cause, il faut envisager un traitement de longue durée à la méthadone qui permet de contrôler médicalement leur toxicomanie et de leur éviter le recours à des moyens illégaux pour se procurer de la drogue.

Si toutes ces solutions ont le mérite de pouvoir être réalisées en milieu libre, il demeure indispensable pour garantir le sérieux et l'efficacité de la prise en charge, qu'une collaboration étroite existe entre responsables des centres spécialisés et contrôleurs judiciaires. Le toxicomane doit être averti de façon précise qu'il bénéficie en quelque sorte d'un sursis dans son propre intérêt, mais que s'il ne se soumet pas honnêtement aux règles de l'institution, dont il dépendra, le contrôleur judiciaire en sera prévenu et qu'il encourra de ce fait une peine d'emprisonnement.

.../...

La question des trafiquants n'a volontairement pas été abordée jusqu'à présent car ce ne sont pas des toxicomanes. Nous savons bien que les gros trafiquants se gardent bien de se droguer. A leur égard il n'y a pas lieu d'envisager une libéralisation de la loi. Bien au contraire, il importe de se montrer impitoyable.

Ce projet a été volontairement scindé en plusieurs étapes pour répondre à l'urgence d'instaurer des moyens plus adaptés au nouveau visage de la toxicomanie sans pour autant négliger les impératifs budgétaires et les délais nécessaires à leur mise en place.

La responsabilité de sa réalisation serait à confier de préférence à des personnes spécialisées dans la toxicomanie et averties des problèmes spécifiques de la médecine pénitentiaire.

Les mesures immédiates n'engagent que peu de frais et peuvent être adoptées très rapidement. Les mesures à moyen terme sont plus coûteuses et il faut prévoir un certain temps pour leur achèvement.

Enfin, à long terme, il faut espérer qu'une politique attentive aux aspirations de la jeunesse, ouverte au dialogue, offrant des débouchés plus nombreux, conjointement à une modification profonde de la mentalité d'une population dans le sens d'une plus grande tolérance à l'égard de ce qui est nouveau et différent de la routine traditionnelle, amènera la résolution du malaise qui touche actuellement ces dizaines de milliers de jeunes qui se droguent, s'engagent dans la violence ou se suicident.

PARIS le 3 Septembre 1974

Docteur Francis CURTET
psychiatre
au centre pénitentiaire de FLEURY-MEROGIS
et au centre médical MARMOTTAN

TOXICOMANIE

Au cours de l'année 1974, 803 détenus (759 hommes et 44 femmes) ont été traités pour intoxication par les stupéfiants. Les établissements pénitentiaires qui ont eu à traiter le plus de drogués sont les suivants :

- Maison d'arrêt de MONTPELLIER.....	10	détenus	
- Maison d'arrêt de RODEZ.....	7	"	
- Maison d'arrêt d'AGEN.....	9	"	
- Maison d'arrêt de GRADIGNAN.....	10	"	
- Maison d'arrêt de ROCHEFORT.....	10	"	
- Maison d'arrêt de STRASBOURG.....	6	"	
- Maison d'arrêt de METZ.....	33	"	+ 2 femmes
- Prisons de LYON.....	14	"	
- Maison d'arrêt du MANS.....	7	"	
- Maison d'arrêt de RENNES.....	6	"	
- Maison d'arrêt de LOOS.....	7	"	+ 2 femmes
- Maison d'arrêt du HAVRE.....	12	"	
- Maison d'arrêt de VALENCIENNES.....	18	"	+ 3 femmes
- Maison d'arrêt de BESANCON.....	10	"	
- Maison d'arrêt de DIJON.....	16	"	+ 2 femmes
- Maison d'arrêt d'AVIGNON.....	7	"	
- Maison d'arrêt de GRASSE.....	10	"	
- Maison d'arrêt de TOULON.....	25	"	+ 1 femme
- Maison d'arrêt de NICE.....	40	"	+ 4 femmes
- Maison d'arrêt des BAUMETTES.....	60	"	+19 femmes
- Maison d'arrêt de la SANTE.....	95	"	
- Centre pénitentiaire de FLEURY-MEROGIS...	300	"	+44 femmes
- Prisons de FRESNES.....	99	"	

APPROCHE D'UNE RELATION

SANTE-JUSTICE APPLIQUEE AUX TOXICOMANES

Le traitement des toxicomanes, s'adaptant à un phénomène nouveau, est en perpétuel remaniement. Personne ne saurait prétendre détenir "la recette miracle" et ce n'est qu'empiriquement que se dégagent des solutions. En conséquence, on peut raisonnablement à l'heure actuelle souligner certaines insuffisances et soutenir certains projets en quelques remarques qui pourraient éventuellement être prolongées ultérieurement par une étude plus élaborée.

I - LA CURE DE DESINTOXICATION

Les "mass-médias" nous abreuvent de la notion "de cure de désintoxication" avec plus ou moins d'à-propos. Il semble que jusqu'à cette date, ni les pouvoirs médicaux, ni les pouvoirs judiciaires n'aient formulé de manière suffisamment explicite ce que l'on peut entendre par cure de désintoxication. On aboutit ainsi à des aberrations telles que le fait d'envisager "une cure" pour un fumeur de haschich, ou à des malentendus assimilant cure de sevrage et cure de désintoxication.

Il serait peut-être important de préciser :

- 1°) Que la cure de désintoxication est inutile et même absurde dans la majorité des toxicomanies aux drogues dites "douces".
- 2°) Que ce sont surtout les polytoxicomanies aux drogues dites "dures" (opiacés) et aux médicaments déviés de leur usage (amphétamines, hypnotiques etc...) utilisés par voie orale ou injectable qui peuvent nécessiter une cure de désintoxication.

- 3°) Que la cure de désintoxication ne saurait se résumer à une désintoxication physique, mais qu'au contraire l'essentiel de la cure consiste en une désintoxication psychologique nécessitant une psychothérapie de longue durée.
- 4°) Que la désintoxication physique, consistant en la cure de sevrage destinée à parer au syndrome de manque, ne saurait excéder un mois, qu'elle peut s'obtenir par le biais de multiples techniques médicales médicamenteuses (allant de la tisane à la méthadone) et que l'hospitalisation n'est pas forcément nécessaire.
- 5°) Que la désintoxication "psychologique" nécessite une prise en charge psychothérapique, d'un mode particulier, qui ne relève ni de la psychiatrie traditionnelle ni pour autant de l'anti-psychiatrie, et qui nous paraît particulièrement adaptée aux "personnalités psychopathiques".

II - PSYCHOPATHES ET PSYCHOTHERAPIE

Sans s'étendre dans la sémiologie et la nosographie, on peut peut-être définir le psychopathe comme un sujet sans trouble profond de la personnalité (non psychotique), dont l'angoisse non canalisée dans une organisation névrotique risque toujours de jaillir, brutale et incoercible. En quelque sorte, le psychopathe est le spécialiste du passage à l'acte. Or, cette notion de psychopathe nous intéresse dans la mesure où dans la grande majorité des cas, le toxicomane est un psychopathe. Il peut, bien sûr, se rencontrer des personnalités névrotiques ou psychotiques nécessitant alors le recours à des méthodes thérapeutiques mieux connues et mieux codifiées. Mais, lorsqu'il s'agit d'un psychopathe, le problème se pose car en principe personne ne peut s'en occuper. Ce sujet, qui ne se considère ni comme "malade", ni comme "délinquant", ne joue le jeu d'aucune institution classique qu'elle soit asilaire ou carcérale. Il embête tout le monde ; la prison ne le souhaite pas, les services hospitaliers le rejettent et de fait il est improbable qu'il retire le moindre bénéfice thérapeutique d'un séjour dans de telles institutions.

Pour ces psychopathes, le meilleur abord thérapeutique nous paraît pouvoir être réalisé par le biais d'une prise en charge psychothérapique de longue durée, vécue sur un mode différent des psychothérapies traditionnelles. La neutralité bienveillante ici n'est plus de mise ; au contraire, la relation ne peut s'établir que richement affectivée et érotisée (ce qui demande de la part du thérapeute une maîtrise parfaite de la relation et une structure consolidée par le biais d'une analyse didactique). De même, l'unité de lieu soignant n'apparaît plus indispensable, la relation duelle pouvant parfois se réaliser avec plus de spontanéité dans des lieux publics, au domicile de l'intéressé ou du

.../...

thérapeute, ou même à l'occasion de promenades, weeks-ends, vacances etc... En corollaire, l'unité de temps doit pouvoir être plus élastique que les classiques séances bi ou tri-hebdomadaires de quarante cinq minutes. Parfois il peut être nécessaire d'assurer une séance ininterrompue de plusieurs heures pour éviter un passage à l'acte essentiel. La maîtrise de cette relation "extraordinaire" oscillant entre la tendresse et la fermeté nécessite de la part du thérapeute des dons particuliers : une grande disponibilité, la psychothérapie pouvant durer des années et une structure solide, permettant un contrôle parfait du contre-transfert. Compte tenu de l'immense dépense d'énergie que suppose une telle prise en charge les conditions d'exercice sont à définir. un statut particulier à cette psychiatrie "ambulatoire", "extramuros", des psychopathes devrait protéger la responsabilité du thérapeute et envisager une rémunération correspondant à l'énorme investissement individuel du soignant.

Conditions d'exercice

Les projets de prise en charge de toxicomanes insistent habituellement sur la nécessité de construire des centres d'accueil et de soins, des foyers de post-cure et d'aménager des services spécialisés. Or, il nous semble que, bien plus que dans les murs, c'est dans les gens qu'il faudrait investir.

En effet, l'expérience prouve que ce sont de petites équipes bien motivées et bien formées qui peuvent réaliser le travail le plus efficace. Une équipe ne devrait jamais excéder quinze à vingt personnes appartenant à diverses disciplines (psychiatres, psychologues, généralistes, infirmiers, éducateurs, sociologues, assistantes sociales, anciens toxicomanes etc...) possédant outre leur qualification professionnelle propre, une maîtrise parfaite de la relation duelle ou des techniques de groupe, de façon à ce que chacun soit susceptible d'assurer individuellement un rôle psychothérapique (et effectivement nous connaissons les vertus thérapeutiques des discussions informelles qui peuvent s'élaborer dans le bureau des secrétaires, ou à la brasserie du coin). On conçoit donc qu'un tel mode de fonctionnement dépasse largement pour tous les membres de l'équipe les prestations habituellement escomptées. Il faut avoir tapé à la machine, entouré de trois toxicomanes, discuté sans perdre pied avec un psychopathe agressif et armé, ou marché pendant des heures pour éviter un passage à l'acte suicidaire, pour connaître l'énorme dépense d'énergie que suppose un tel mode de fonctionnement. La prise en charge des psychopathes suppose un travail difficile, ingrat, exténuant, dévorant la vie privée du soignant, mettant continuellement en cause sa responsabilité, et ce travail se situe considérablement au-delà de ce qui peut être attendu habituellement des travailleurs de la santé mentale. Une telle activité mérite salaire, et un salaire réellement proportionné à l'énergie dépensée. Perpétuer la situation actuelle sans tenir compte de la plus-value inhérente à la spécificité de la prise en charge ambulatoire des toxicomanes, aboutirait inéluctablement à trois ordres de situations navrantes que nous affrontons actuellement :

.../...

1°) L'usure et l'épuisement prématurés du personnel qualifié et motivé (peu de soignants "tiennent" plus de deux ans au Centre MARIOTTAN)

2°) Le recrutement d'éléments soignants à la motivation plus ou moins suspecte s'accommodant de ce pseudo-bénévolat consécutif à une rémunération insuffisante, pour régler leurs propres problèmes "sur le dos" des toxicomanes.

3°) La désaffection et le désengagement pur et simple de thérapeutes intéressés par la toxicomanie mais découragés par la précarité actuelle des conditions d'exercice.

Dans le même ordre d'idées, le rythme des vacances est à organiser autrement que le traditionnel mois annuel. Il apparaît nécessaire d'aménager, de surcroît, des congés de courte durée, itératifs et fréquents, comme une indispensable soupape de sécurité à l'extraordinaire tension du temps professionnel.

Cette survalorisation de la prise en charge des psychopathes ne saurait être conçue comme une faveur ou un mécénat accordés par les pouvoirs publics. Bien au contraire, il est à prévoir que cet investissement, dans les "gens" concernés par la toxicomanie, devrait, en corollaire, permettre d'éviter, pour de nombreux toxicomanes, de longs séjours dans des établissements à prix de journée élevés, des traitements hospitaliers coûteux, et des rechutes avec leur cortège inéluctable d'actes délictueux nécessitant des dépenses juridico-répressives importantes.

III - CONTRIBUTION A L'APPROCHE MEDICO-JURIDIQUE DE LA TOXICOMANIE

En fonction de ces notions concernant la cure de désintoxication et la psychothérapie des psychopathes, on peut envisager l'aspect médico-juridique de la toxicomanie sous un jour différent que ne l'a prévu la loi du 31 décembre 1970. Il apparaît indéniable qu'aucune cure de désintoxication "totale" ne peut être obtenue en milieu carcéral. Si un sevrage physique peut y être réalisé facilement à condition de disposer d'un minimum d'encadrement médico-infirmier, la "guérison" ne pourra se faire qu'en milieu libre par le biais d'une psychothérapie de longue haleine réellement souhaitée par l'intéressé. Or la collaboration médico-juridique s'organise le plus souvent dans le but d'obtenir un transfert en milieu hospitalier pour réaliser une cure de sevrage. Ou bien, la médicalisation prévue par la loi du 31 décembre 1970 aboutit d'emblée à l'hospitalisation ou à la mise sous surveillance médicale du toxicomane. Ces deux alternatives se soldent fréquemment par des échecs (évasions, rechutes etc...) et ceci peut s'expliquer par la négligence de deux facteurs essentiels :

.../...

1°) Le désir précis, solide, authentique d'une psychothérapie et non d'une vague cure plus ou moins médicamenteuse.

2°) L'accord réfléchi d'un thérapeute spécialisé établi par plusieurs entretiens préliminaires.

L'échec de l'alternative médicale déçoit les magistrats et les incite à plus de fermeté. Ainsi, une médicalisation intempestive ou mal conduite n'aboutit qu'à une extension progressive des mesures répressives. Pour éviter un tel préjudice aux toxicomanes il serait peut être souhaitable :

- a) de laisser le choix des mesures thérapeutiques à une commission mixte, spécialisée, médico-juridique, et de tenter limiter l'incarcération aux toxicomanes provisoirement inaccessibles à une approche thérapeutique.
- b) d'aménager la sortie de prison du toxicomane bien moins dans le cadre d'un traitement hospitalier ou médicamenteux de courte durée que dans la perspective d'une prise en charge psychothérapique spécialisée préparée par des visites préliminaires du thérapeute ultérieur, objectivée par une réelle adhésion de l'intéressé et autorisée par une confiance étroite du magistrat à l'égard du thérapeute.
- c) de créer, à titre expérimental, dans la région parisienne, une équipe intersectorielle spécialisée dans la prise en charge des toxicomanes psychopathes. Cette équipe aurait deux fonctions essentielles :

- L'une immédiate :

Aménager la sortie des toxicomanes incarcérés dans les trois maisons d'arrêt de la région parisienne (SANTÉ, FRESNES, FLEURY). Pour cela plusieurs conditions devront être réunies :

- . Accès facile de chaque membre de l'équipe aux différentes prisons pour préparer un contact privilégié.
- . Permettre inversement aux différents membres des équipes attachés aux établissements pénitentiaires de pouvoir venir se joindre à l'équipe extérieure pour poursuivre les relations thérapeutiques commencées en milieu carcéral.
- . Nécessité de créer un instrument de travail comprenant la chaîne suivante : lieu thérapeutique, appartements thérapeutiques, lieux d'hébergement provisoire...

.../...

- . Organiser l'orientation des toxicomanes sortant de prison, soit en conservant la prise en charge au sein de l'équipe, soit en les dirigeant vers les institutions spécialisées.

- L'autre ultérieure :

Organiser l'accueil des psychopathes usagers de produits toxiques. Dans la limite du temps laissé disponible par les tâches décrites ci-dessus, il faudrait, dans un deuxième temps, prévoir d'assurer l'accueil et la prise en charge des psychopathes usagers de produits toxiques, se présentant spontanément en l'absence de toute pression policière ou juridique.

L'expérience prouve qu'il existe toujours, lors de son incarcération, un moment thérapeutique privilégié où le toxicomane désire réellement "s'en sortir" ; ni trop tôt où il est prêt à n'importe quoi pour quitter la prison sans analyse sérieuse de ce que signifie sa conduite toxicomane, ni trop tard où la prison a joué son classique rôle de "pourrissoir" et a transformé ce marginal provisoire en un exclu quasi-définitif.

Il serait donc utile qu'une information approfondie des médecins des établissements pénitentiaires et des magistrats ainsi que l'organisation de modalités extrêmement souples d'application de la législation en matière de stupéfiants, permettent de pouvoir toujours saisir "au vol" ce "moment privilégié" et de prononcer ainsi des sorties de prison en minimisant le risque de rechute.

Le 30 Avril 1976

Docteur Francis CURTET