

EXAMEN DU THEME DU POINT DE VUE DES MEDECINS

SOLANGE TROISIER

Pour les Pays Européens j'ai interrogé à la fois les directeurs de l'Administration Pénitentiaire et les médecins, qu'ils soient psychiatres ou généralistes, et leur ai envoyé les deux questionnaires.

Trois pays ne m'ont pas répondu: l'Irlande, la Turquie et la Belgique.

Quant à l'Angleterre mon ami le Dr West, membre du Bureau du Conseil International des Services Médicaux Pénitentiaires et Professeur de Criminologie à Cambridge, m'a envoyé quelques réflexions qui ne correspondent absolument pas aux questionnaires que je lui avais envoyés.

J'ai également envoyé ces questionnaires à Israel, en Algerie et en Suisse.

A) ETATS MEMBRES (*)

I. CHYPRE

Avis du psychiatre

I. – Sevrage complet. Le détenu est délivré de sa dépendance physique.

Il ne faut pas créer de quartier réservé aux toxicomanes mais un mode de vie particulier et une surveillance redoublée.

II. – Traitement classique, détenus aussi bien traités qu'à l'extérieur.

(*) Ordre alphabétique anglais.

III. – La prison agit favorablement sur les toxicomanes.

IV. – L'administration de médicaments peut créer une dépendance.

II. DANEMARK

Avis d'un généraliste de Copenhague

I. – Pas de sevrage car trafic en prison.

II. – Le toxicomane est délivré de sa dépendance physique par la Méthadone.

Pas de traitement non substitutif, pas de psychothérapie.

Il y a trop de toxicomanes en prison, 225 chaque jour.

Il faut créer un mode de vie carcérale particulier mais pas de quartier spécial, pas de surveillance redoublée.

Le traitement est aussi bien fait en prison qu'à l'extérieur, les psychothérapies moins bien.

III. – La prison n'est pas un lieu de rupture d'un usage toxique, présence de délinquants confirmés, aussi la prison est-elle plutôt défavorable.

IV. – Il n'y a pas, ou peu, de médicaments prescrits donc pas de toxicomane iatrogène.

Le médecin se sent assez mal en prison.

II) ALLEMAGNE

Le Directeur de l'Administration Pénitentiaire de Bonn a interrogé 17 Lands.

Un résumé est établi pour chacun et j'en ai tiré ensuite des conclusions.

Baden-Wurtemberg – Stuttgart

Pour les médecins *le sevrage est possible* avec désintoxication physique. Doutes pour les courtes peines. Désintoxication psychique si la peine est plus longue.

Traitement physique et psychique dans un hôpital pénitentiaire avec psychothérapie analytique.

Rôle de la prison: *avis divergents*.

Pas de toxicomanie iatrogène car peu de médicaments sont distribuée.

Bavière – Munich

Sevrage avec moyens de contrôle appropriés. Les toxicomanes recherchent la compagnie de sujets toxico-dépendants et écoutent de la musique appropriée.

Traitement: classique.

- consultations de soutien au détenu;
- travail dans les entreprises de la prison;
- contacts avec le milieu extérieur, S.O.S. drogue, etc....

Rôle de la prison. Il serait *plutôt positif*, tentative de motivation, disposition à collaborer avec le système pénitentiaire.

Parfois refus, plus souvent succès avec:

- 1) amélioration de l'état physique;
- 2) accoutumance à une vie régulière et au travail;
- 3) possibilité d'une formation professionnelle;
- 4) la chance que représente un changement d'attitude vis-à-vis de la drogue;
- 5) aide fournie par une personne qualifiée;
- 6) la réinsertion après une thérapie entreprise en prison et continuée à l'extérieur.

Peu de médicaments prescrits – surveillance accrue.

Bayreuth

I. – Pas de sevrage total.

II. – Traitements classiques. Il faut que les détenus se sentent motivés.

III. – Influence favorable de la prison dans la mesure où ils admettent pouvoir vivre sans drogue.

IV. – Pas de traitement de remplacement.

Berlin

- I. – Pas de sevrage car trafic dans la prison.
- II. – Traitement: motivation du détenu et prise de conscience.
- III. – Prison plutôt favorable car dépendance physique bien traitée.
- IV. – Pas de traitement autorisé ni sédatif, ni barbiturique.

Brême

- I. – Pas de sevrage total. Hospitalisation facile 3 à 6 semaines avant la sortie.
- II. – Traitement banal.
- III. – Pas de réponse sur la rôle de la prison.
- IV. – Traitement de remplacement considéré comme dangereux.

Hambourg

- I. – Sevrage difficile.
- II. – Traitements banals. Transferts dans cliniques spécialisées pour des sujets aptes et consentants.
- III. – Prison relativement favorable.
- IV. – Pas de médicaments prescrits.

Bermau – Ministère de la Justice bavarois

- I. – Pas de sevrage pendant l'incarcération.
- II. – Traitements:
 - désintoxication physique, réussit presque toujours;
 - aide du personnel et de tout l'environnement par le traitement psychologique, par le travail, l'hygiène personnelle, la prise de conscience du détenu.

III. – Influence favorable de la prison.

IV. – Difficulté de prescription pour les médecins.

Ebrach

I. – Sevrage possible.

II. – Traitements classiques et, si le détenu l'accepte, acupuncture et traitement psychothérapique par dialogues et discussions de groupe.

III. – Travail et formation dans les services sociaux de l'établissement. La prison est un lieu de dialogue. Préparation à la réinsertion.

IV. – Pas de problème avec les médicaments prescrits. Surveillance efficace.

Lamosberg-Lech

I. – Sevrage: facile par la désintoxication physique, difficile par la désintoxication psychique.

II. – Traitement: thérapie à long terme.

III. – Prison relativement positive s'il y a une prise de conscience – césure dans la vie du toxicomane.

IV. – Pas de traitement prescrit.

Wiesbaden

I. – Sevrage total impossible mais celà dépend de la motivation, des intéressés, de la durée de l'incarcération et des efforts du personnel soignant.

II. – Traitement important pour les toxicomanes héroïnomanes et pour les femmes qui sont soignées énergiquement par des femmes compétentes.

III. – Légère influence favorable de la prison.

IV. – Médicaments distribués parcimonieusement car souvent il y a trafic.

Hanovre – Lingen

- I. – Sevrage possible mais la désintoxication n'a pas lieu.
- II. – Traitements classiques.
- III. – La prison n'a pas d'influence favorable. La réinsertion peut s'amorcer grâce à une thérapeutique appropriée.
- IV. – Une nouvelle toxicomane iatrogène peut exister.

Hanovre – Vechta

- I. – Sevrage possible mais il peut exister un approvisionnement occasionnel.
- II. – Traitements difficiles.
- III. – La prison a une action positive.
- IV. – Pas de traitements prescrits.

Hanovre – Wolfenbittel.

- I. – Le sevrage n'est pas total: physiquement peut-être, psychologiquement certainement pas.
- II. – Traitements psychiques difficiles.
- III. – Pas de réponse.
- IV. – Les médecins sont très opposés à tout traitement.

Hanovre – Celle

- I. – Sevrage physique, surtout après de longues peines.
- II. – Hospitalisations fréquentes pour héroïnomanes.
- III. – Prisons peu adaptées, peu favorables.
- IV. – Les médecins sont peu prescripteurs.

Dusseldorf

- I. – La prison n'est pas adaptée au traitement. Désintoxication physique mais pas psychique.

II. – Les désintoxications physiques et psychiques sont pratiquées.

II. – La prison a une influence positive.

IV. – Moins de traitements médicamenteux distribués dans les prisons.

Mayence

I. – Pas de sevrage. La prison n'est pas destinée à la désintoxication. Parfois hospitalisation.

II. – Traitement par information du détenu: les avantages de la détention, la future réinsertion, le rôle du personnel.

III. – La prison a une influence favorable.

IV. – Pas de traitement prescrit.

Saarbruck

I. – Sevrage total impossible. Souvent polytoxicomanie.

II. – Le traitement n'est guère possible (un seul médecin).

III. – La prison est très favorable. Régénération de la personnalité.

IV. – Pas de traitement prescrit. Se méfier d'exorciser le démon à l'aide de Belzebuth.

Conclusion

Le problème du sevrage semble être particulièrement difficile, se rapprochant des chiffres français.

Sur 17 Lands interrogés 9 considèrent que le sevrage est possible sans qu'il y ait de trafic; 8 considèrent qu'il est impossible.

Quant à l'action favorable de la prison, sur 17 Lands interrogés 12 considèrent que l'action est favorable, voire très favorable, alors qu'il y a 5 avis divergents négatifs.

En ce qui concerne les médicaments entraînant une véritable toxicomanie iatrogène, ils sont très peu prescrits dans 14 cas; dans 3 cas seulement les détenus peuvent en bénéficier. Ils sont moins distribués qu'à l'extérieur.

III) GRECE

Avis du psychiatre

I. – Pas de sevrage complet.

II. – Traitements par produits non substitutifs neuroleptiques, tranquillisants, sédatifs – Psychothérapie.

III. – La prison a une influence négative.

IV. – Une toxicomanie iatrogène existe.

Les traitements sont mieux prescrits qu'à l'extérieur.

Le médecin se sent assez mal en prison d'après le questionnaire.

IV) ISLANDE

I. – Pas de sevrage total. La prison délivre le détenu de sa dépendance physique.

Ne pas créer de quartier spécial, pas de vie particulière, pas de surveillance redoublée.

II. – Traitements médicamenteux non substitutifs.

Ils sont aussi bien traités qu'à l'extérieur. Les psychothérapies sont meilleures.

III. – La prison est un lieu de repli obligé d'un usage toxique mais avec la présence de délinquants confirmés – Extraction d'un milieu favorable à la toxicomanie.

La prison a une action plutôt favorable.

Le médecin y est assez bien dans sa peau.

IV. – Nouvelle toxicomanie iatrogène avec souvent d'autres formes de toxicomanie: tabac, alcool, colle etc....

Avis plutôt restrictif.

IV) ITALIE

Le Directeur de l'Administration Pénitentiaire indique que les réponses fournies aux demandes du questionnaire dérivent de la distribution des responsables qui appartiennent

à un échantillon de 15 instituts pénitentiaires choisis parmi les plus représentatifs du phénomène de la toxicomanie dans les prisons.

Les directeurs et médecins de prison considèrent qu'il n'y a pas de sevrage complet. La drogue peut entrer clandestinement en prison.

Désintoxication physique limitée et temporaire. Le psychique demeure.

La prison ne permet pas de se délivrer de la dépendance.

II. — Il existe des médicaments de substitution (Méthadone) et des produits non substitutifs (psychotiques par exemple).

Importance de la psychothérapie.

Il ne faut pas créer de quartier réservé aux toxicomanes. Il faut favoriser un mode de vie carcéral particulier mais pas de surveillance redoublée.

L'information fournie par l'administration centrale est insuffisante.

Les traitements sont aussi bien distribués qu'à l'extérieur, les psychothérapies moins bien.

III. — La prison n'a pas d'effet favorable du fait de la carence des services sociaux extérieurs: coercition, promiscuité, absence d'éléments affectifs, de travail, des contacts avec les criminels dangereux, surtout pour le détenu primaire. Prise de conscience du criminel et volonté d'abandonner dans quelques cas.

IV. — Malgré une bonne organisation de la pharmacie et de l'administration, il peut exister une toxicomanie iatrogène avec apparition d'autres formes d'atteintes par l'alcool, le tabac, les produits après-rasage, la colle.

VII) LUXEMBOURG

Avis du psychologue

I. — Pas de sevrage. La prison ne délivre pas le détenu toxicomane de sa dépendance. Il ne faut pas créer de quartier spécial, pas de médecine particulière, pas de surveillance redoublée.

II. – Pas de traitement de substitution mais des traitements non-substitutifs et psychothérapie.

Traitements somatiques et psychothérapiques moins bien qu'à l'extérieur.

III. – La prison est peu ou pas favorable. Le toxicomane est introduit dans un monde de délinquants. La prison n'extrait pas le toxicomane d'un milieu favorable à sa toxicomanie.

IV. – Apparition d'une nouvelle toxicomanie – Traitements hypnotiques ou anxiolytiques.

Le psychologue se sent plutôt mal dans la prison.

Avis du généraliste

I. – Pas de sevrage mais possibilité de délivrer le toxicomane de sa dépendance physique.

II. – Pas de traitement de substitution. Hospitalisation en hôpital psychiatrique. Psychothérapie rudimentaire mais association avec organisation privée. Traitement aussi bien qu'à l'extérieur.

III. – Prison: pas de rupture avec l'usage toxique – Milieu de délinquants confirmés, mais extraction du milieu favorable à sa toxicomanie. Plutôt favorable suivant les personnalités.

IV. – Apparition d'une nouvelle toxicomanie et autres formes (alcool, tabac, colle etc.....).

VIII) MALTE

Avis du Directeur de l'Administration Pénitentiaire

I. – Les toxicomanes incarcérés sont ensuite envoyés en hôpital psychiatrique.

II. – Pas de traitement prescrit à doses infinitésimales.

III. – Importance de la prévention par l'information sur le danger de la drogue.

IX) PAYS – BAS

Avis du Directeur

I. – Pas de sevrage, trafic au sein de la prison, mais le détenu est délivré de sa dépendance physique.

II. – Pas de traitement; créer des quartiers réservés aux toxicomanes et favoriser un mode de vie carcérale particulier – Surveillance redoublée.

Information insuffisante de l'administration centrale.

III. – Prison plutôt favorable – rupture d'un usage toxique. On extrait le toxicomane d'un milieu favorable à la toxicomanie s'il reste longtemps en prison mais il est en contact avec des délinquants dangereux – Réinsertion possible.

IV. – En ce qui concerne la nouvelle toxicomanie, c'est un problème purement médical.

Avis du Médecin Inspecteur

I. – Il existe du trafic en prison et il n'y a pas de sevrage total.

II. – Traitement substitutif (Méthadone) à doses décroissantes et traitement psychotrope non substitutif.

Traitement psychothérapique.

III. – La prison a une action de resocialisation plutôt favorable.

IV. – Pas de toxicomanie iatrogène, les médicaments sont très bien distribués, mieux qu'en dehors de la prison.

Le Médecin et le Directeur de l'Administration Pénitentiaire se sentent plutôt mal en prison.

X) NORVEGE

Avis de deux généralistes et d'un psychiatre

I. – Pas de sevrage, la prison ne peut délivrer le toxicomane de sa dépendance physique.

II. – Il n'y a pas de traitement de substitution, mais traitement par psychotropes banals avec psychothérapies aussi bien qu'à l'extérieur.

III. – La prison est un lieu de rupture pour le toxicomane mais des délinquants confirmés y existent.

Prison plutôt défavorable pour un des praticiens, plutôt favorable pour les deux autres avec l'aide du milieu ouvert.

IV. – Les médicaments sont distribués plutôt parcimonieusement de façon plus restrictive qu'à l'extérieur avec contrôle très sérieux des infirmières.

XI) PORTUGAL

Réponse du Directeur Général des services pénitentiaires

I. – Pour 2 médecins le sevrage est complet. Pour 2 autres le sevrage est moyen car l'accès à la drogue est toujours possible.

II. – Traitement somatique et psychologique. Explication de cette sorte d'évasion face aux difficultés et traitement par psychothérapie.

III. – L'action de la prison dépend de la personnalité du détenu. Les avis sont divergents. Les médecins sont plutôt défavorables.

IV. – 3 médecins pensent qu'une nouvelle toxicomanie peut se créer; le Directeur de la prison pense le contraire.

XII) ESPAGNE

J'ai interrogé un certain nombre de praticiens et je n'ai eu qu'une seule réponse, d'un généraliste spécialisé en toxicomanie.

I. – Le sevrage n'est pas complet. Le détenu toxicomane est délivré de sa dépendance physique.

II. – Les thérapeutiques médicamenteuses sont mieux prescrites qu'à l'extérieur.

Quant aux psychothérapies elles sont aussi bien prescrites qu'à l'extérieur.

Le praticien insiste sur la psychothérapie avec utilisation de la musique.

III. – La prison a une action favorable, malheureusement il faut compter avec un budget insuffisant.

La prison est pour le toxicomane le lieu de rupture obligé. Ce médecin ne pense pas que le toxicomane soit influencé par les délinquants confirmés qui s'y trouvent.

La prison extrait le toxicomane de son milieu.

Le médecin interrogé ne se sent pas bien en prison, comme d'ailleurs beaucoup de nos confrères.

IV. – Quant à la toxicomanie médicamenteuse il ne l'a pas constaté dans la prison où il travaille.

XIII) SUEDE

Réponse du psychiatre spécialisé dans les problèmes de la drogue, Médecin-Chef de la prison d'OSTERAKER

I. – Pas de sevrage car il y a trafic mais l'originalité de la prise en charge des toxicomanes dans ce pays est la proposition au détenu d'un contrat. Après la désintoxication physique, le détenu est mis dans un quartier libre où lui-même surveille ses urines pour détecter la drogue. S'il récidive on le remet en milieu fermé.

Les résultats sont bons.

II. – Traitement de substitution par Méthadone – Traitement par produits non substitutifs associés.

Traitement également par psychothérapie.

Ces traitements sont moins bien administrés qu'à l'extérieur, ainsi que la psychothérapie.

III. – La prison extrait le détenu d'un milieu favorable à sa toxicomanie. La prison est plutôt favorable.

Le médecin s'y sent plutôt bien.

IV. – Il existe une toxicomanie médicamenteuse et aussi d'autres formes de toxicomanie par alcool, tabac, produits d'après-rasage, colle etc....

Il faut s'occuper de la même manière des grands ou des petits drogués.

XVII) SUISSE

J'ai reçu des réponses du 1er et du 2ème questionnaire de deux psychiatres et d'un généraliste.

I. – Sevrage complet à l'entrée mais possibilité de trafic clandestin. Délivrance complète de sa dépendance physique.

II. – Traitement par produits substitutifs (Méthadone) pendant 10 à 14 jours puis traitement par tranquillisants et psychothérapies.

Détenu aussi bien soigné qu'à l'extérieur mais les psychothérapies sont moins bien qu'à l'extérieur.

III. – Action favorable de la prison mais pas de façon durable. Il faut une action conjuguée de l'équipe médico-sociale pour une réinsertion.

IV. – Nouvelle toxicomanie aux tranquillisants – Trafic ou lors des permissions, cependant pas des neuroleptiques qui sont distribués avec beaucoup de soins.

XVIII) ANGLETERRE

Les toxicomanes en prison par Patrick Bucknell (Justice of the Peace)

En Grande-Bretagne, en 1978, 1.117 personnes ont été condamnées pour drogue (usage, trafic, autre délit).

Le passage en prison est très important pour la réinsertion et le traitement.

Le traitement

Suppression de la drogue sous surveillance médicale, traitement de la dépendance psychologique sur des bases

individuelles ad hoc, ceci est difficile et meilleur. Cependant prise en charge à Holloway, Wormwood et à la prison psychiatrique de Grendon ainsi qu'à Feltham Borstal.

A Holloway on peut prendre en charge 20 femmes à la fois avec un programme comprenant aussi une psychothérapie de groupe.

Importance de la post-cure en rapport avec la probation très difficile en Grande-Bretagne. Tentative de réinsertion Travail recherché par les bénévoles.

B) ETAT NON MEMBRES

I) ALGERIE

Réponse d'un psychiatre de la prison de Blida

I. – Sevrage complet par hospitalisation en hôpital psychiatrique car trafic en prison. Il semble que la dépendance physique ne soit pas supprimée par la prison (chira ou kif) – pas de drogues dures.

II. – Il existe des traitements de substitution, des traitements non-substitutifs psychotiques et de la psychothérapie.

Le traitement est mieux fait en prison qu'à l'extérieur. Les psychothérapies par contre sont moins bien faites qu'à l'extérieur.

III. – La prison a une action favorable par sevrage « de force » pour une longue durée.

Le toxicomane est introduit dans un milieu de délinquants confirmés. Cependant la prison extrait le toxicomane d'un milieu favorable à sa toxicomanie.

IV. – Il peut exister une intoxication iatrogène avec apparition d'autres formes de toxicomanie mais elle est assez rare.

Le psychiatre se sent assez bien en prison.

II) FINLANDE

Avis de deux généralistes

I. – Le sevrage est total, avec des techniques draconiennes. Les détenus ont déjourné un temps assez long dans la prison-police et les symptômes de sevrage ont disparu.

II. – L'Administration Pénitentiaire fait le maximum pour éviter le trafic. Les médecins sont très méfiants pour tout usage de stupéfiant.

III. – L'action de la prison a des effets divergents mais les moyens manquent pour une bonne prise en charge thérapeutique.

La prison est malheureusement un milieu dur et déprimant qui a une influence négative sur l'état psychique des toxicomanes.

IV. – Pas de médicaments de substitution prescrits et pas de toxicomanie iatrogène. Les médicaments sont donnés parcimonieusement.

Les médecins interrogés regrettent le manque de personnel spécialisé pour la prise en charge des toxicomanes et surtout la réinsertion à l'extérieur.

III) ISRAEL

Réponse du médecin-chef généraliste des prisons

I. – Pas de sevrage, parfois troc et motivation.

Il faut créer un quartier réservé aux toxicomanes avec une vie carcérale à part et une surveillance redoublée.

II. – Traitement classique avec surveillance des urines.

Les traitements somatiques sont mieux prescrits qu'à l'extérieur. La psychothérapie ensuite est moins bien.

III. – La prison a un effet favorable mais avis plus subtil: isolement, manque de travail et recherche de la drogue en prison. Cependant début de réinsertion sociale ébauchée.

Le psychiatre se sent assez mal en prison.

IV. – Il existe une toxicomanie iatrogène.

RIASSUNTO

Dopo essere stata incaricata dal Comitato dei Ministri del Consiglio d'Europa del rapporto sulla droga ed il carcere, ho interrogato i responsabili dei penitenziari, gli psichiatri, e i medici di Francia e d'Europa. Solamente la Turchia e l'Irlanda non hanno fornito risposta.

È stato inviato un primo questionario quantitativo.

Domande:

– Nel carcere dove lavorate, in qualità sia di medico generico, sia di psichiatra, sia di direttore, pensate che il detenuto che vi è incarcerato sia completamente svezzato dalla droga responsabile della sua tossicomania durante il suo soggiorno nell'ambiente carcerario?

– Quale atteggiamento terapeutico, sia somatico sia psicologico, adottate nei confronti del tossicomane al suo arrivo e durante la sua permanenza in carcere?

– A vostro avviso il carcere ha un'azione positiva favorevole per il tossicomane? Permette un reinserimento nella società?

– Pensate che per i tossicomani trattati nel carcere le numerose terapie che vengono loro prescritte, neurolettiche, ipnotiche ecc., siano bene amministrate come presso la popolazione in genere e in certi casi non si potrebbe parlare forse di un'altra tossicomania?

– *Nell'insieme il medico che opera nel penitenziario si considera male equipaggiato per far fronte alla tossicomania in carcere al 55 %.*

Le risposte per l'Europa sono state 300. Le conclusioni sono le seguenti:

Per l'Italia il carcere non è impermeabile al traffico della droga e la prigione non ha un'azione favorevole. Dei trattamenti sostitutivi sono impiegati frequentemente.

In Spagna lo svezzamento non è completo. Solamente la dipendenza fisica è totale. La prigione avrebbe un'azione piuttosto sfavorevole per i tossicomani.

In Portogallo l'incarcerazione sarebbe piuttosto sfavorevole per i tossicomani. Il traffico esiste in prigione.

Per Cipro lo svezzamento sarebbe completo. Il trattamento è lo stesso di quello attuato all'esterno.

A Malta non vi sono terapie specifiche.

In Grecia la prigione ha un'azione sfavorevole. Non vi è svezzamento completo. Esiste una tossicomania iatrogena.

In Germania sono stati interrogati 17 Länder.

I risultati sono i seguenti:

– Il problema dello svezzamento sembra essere particolarmente difficile e si avvicina ai dati della Francia;

– 9 Landër considerano che lo svezzamento sia impossibile senza che vi sia traffico – considerano che sia impossibile;

– Riguardo l'azione favorevole della prigione, su 17 Landër, 12 considerano questa azione favorevole, cioè molto favorevole, mentre 5 sono di parere contrario.

– I farmaci che comportano una effettiva tossicomania iatrogena sono poco prescritti in 14 casi; in 3 casi soltanto i detenuti possono beneficiarne. Sono meno distribuiti rispetto all'esterno.

In Austria si parla, soprattutto di reinserimento sociale grazie ad una motivazione per la psicoterapia.

Per la Svizzera i farmaci insistono sul trattamento a base di Metadone. L'azione della prigione sarebbe favorevole.

In Gran Bretagna lo svezzamento è possibile per i medici interrogati riguardo alle droghe pesanti. La dipendenza psicologica non è abolita. Il trattamento con il metadone è raro. Non vi è tossicomania iatrogena.

Su circa 400 risposte si sono avute, per la Francia, i seguenti risultati:

– *Che il carcere è impermeabile a qualsiasi traffico.* Su 10 persone interrogate, 6 lo affermano.

– *7 persone su 19 pensano che la prigione libera il tossicomane dalla sua dipendenza fisica.* I medici sono più formali, soprattutto gli psichiatri. I responsabili dei penitenziari si pronunciano in maniera meno compatta.

– *Il 79 % delle persone interrogate pensano che non bisogna creare dei luoghi speciali per i tossicomani, e neanche dei modi di vita carcerari particolari (61 %).* I responsabili dei penitenziari interrogati affermano di applicare una sorveglianza raddoppiata per i tossicomani.

– *Riguardo ai trattamenti sostitutivi, il 27 % dei medici non si pronuncia.* È questo parte del segreto professionale? Sono capaci di condurre il trattamento con il metadone? Numerose domande alle quali non posso rispondere.

– *Il 48 % dei generici e il 67 % degli psichiatri non ne prescrivono.* Al contrario il 16 % dei medici, psichiatri e generici messi insieme ne prescrivono.

– *Riguardo ai trattamenti non sostitutivi, l'87 % dei medici, generici e psichiatrici messi insieme ne prescrivono.*

– *Le psicoterapie sono prescritte dal 70 % dei medici (64 % dei generici e 77 % degli psichiatri).*

– *Gli psichiatri ed i generici pensano che la terapia medicamentosa è al 59 % ben amministrata come avviene all'esterno.*

– *Al contrario, le psicoterapie, in particolare per gli psichiatri, sono applicate meno bene che all'esterno.*

– 7 persone interrogate su 19 considerano che la prigione introduca il tossicomane in un ambiente di delinquenza consolidata.

– L'82 % dei generici, il 66 % dei direttori degli istituti e il 57 % degli psichiatri sono formalisti: la prigione toglie il tossicomane dal suo ambiente.

– Riguardo alla comparsa di una tossicomania medicamentosa nel carcere, essa si verifica per 7 persone su 10, con una maggiorazione dell'80 % per gli istituti di pena.

– Può infine comparire un'altra forma di tossicomania: farmaci, colla, dopo barba, tabacco. La risposta è affermativa per il 61 % dei direttori degli istituti e per il 50 % dei medici.

– Per concludere il punto che mi sembra più importante: il carcere, per la Francia, ha un'azione favorevole per il tossicomane per il 55 % degli interrogati e un'azione piuttosto favorevole per il 53 % degli interrogati.

– Il 12 % degli interrogati non si pronuncia e il 33 % considera che l'azione della prigione è sfavorevole.

Nel Lussemburgo non esiste lo svezzamento. L'azione della prigione sarebbe piuttosto favorevole.

Nei Paesi Bassi non vi è svezzamento. Esiste il traffico all'interno della prigione. Il detenuto è liberato dalla sua dipendenza fisica. L'azione della prigione sarebbe piuttosto favorevole sia per i medici sia per i responsabili dei penitenziari.

In Svezia non ci sarebbe svezzamento e i detenuti tossicomani vivono con gli altri detenuti. Esisterebbe un patto morale tra essi e l'amministrazione per lottare contro la tossicomania. In caso di ricaduta essi vengono tolti dall'ambiente in cui si trovano. Trattamenti con il Metadone e la psicoterapia. La prigione ha un'azione piuttosto favorevole.

In Irlanda l'azione della prigione è favorevole. Vi sono dei trattamenti medicamentosi non sostitutivi. Non vi è svezzamento totale.

In Danimarca non vi è svezzamento ma il traffico esiste in prigione. Si effettuano trattamenti di metadone. L'azione della prigione è considerata sfavorevole.

In Norvegia non vi è svezzamento. L'azione della prigione non è molto favorevole. Non vi sono trattamenti sostitutivi.

Infine, in Belgio esiste uno svezzamento fisico integrale. La prigione ha un'azione favorevole. Una nuova tossicomania è possibile ma meno grave.

RESUME

Après avoir été chargée par le Comité des Ministres du Conseil de l'Europe du rapport sur la drogue et la prison, j'ai interrogé à la fois les responsables pénitentiaires, les psychiatres et les médecins de France et d'Europe. Seules la Turquie et l'Irlande ne m'ont pas répondu.

Un premier questionnaire quantitatif a été envoyé.

L'importance des réponses a été telle que j'ai jugé bon, pour mieux les cerner, de les informatiser tout en les développant.

Questions:

– Dans la prison où vous travaillez, soit comme généraliste, soit comme psychiatre, soit comme directeur, pensez-vous que le détenu qui y est incarcéré est sevré complètement de la drogue responsable de sa toxicomanie pendant son séjour en milieu carcéral?

– Quelle attitude thérapeutique, tant somatique que psychologique adoptez-vous envers le toxicomane à son arrivée et pendant son séjour en prison?

– A votre avis la prison a-t-elle une action positive favorable chez le toxicomane? Permet-elle d'amorcer une réinsertion sociale?

– Pensez-vous que chez les toxicomanes traités en prison les nombreuses thérapeutiques qui leur sont prescrites, neuroleptiques, hypnotiques etc.... soient aussi bien administrées que dans la population générale et dans certains cas ne pourrait-on pas parler d'une autre toxicomanie?

Sur environ 400 réponses il ressort, pour la France, les résultats suivants:

– *Que la prison, est imperméable à tout trafic.* Sur 10 personnes interrogées, 6 l'affirment.

– *7 personnes sur 19 pensent que la prison délivre le toxicomane de sa dépendance physique.* Les médecins sont plus formels, surtout les psychiatres. Les pénitentiaires se prononcent moins massivement.

– *79 % des personnes interrogées pensent qu'il ne faut pas créer de quartier spécial pour les toxicomanes, de même qu'il ne faut pas créer de mode de vie carcéral particulier (61 %).* Les pénitentiaires interrogées disent appliquer une surveillance redoublée pour les toxicomanes.

– *En ce qui concerne les traitements de substitution, 27 % des médecins ne se prononcent pas.* Est-ce le secret médical? Savent-ils bien conduire le traitement par la Méthadone? Autant de questions auxquelles je ne peux pas répondre.

– *48 % des généralistes et 67 % des psychiatres n'en prescrivent pas. Par contre 16 % des médecins, psychiatres et généralistes confondus en prescrivent.*

– *Quant aux traitement non substitutifs, 87 % des médecins, généralistes et psychiatres confondus en prescrivent.*

– *Les psychothérapies sont prescrites par 70 % des médecins (64 % de généralistes, 77 % de psychiatres).*

– *Il semble, pour les psychiatres comme pour les généralistes, que la thérapeutique médicamenteuse est à 59 % aussi bien administrée qu'à l'extérieur.*

– *Par contre les psychothérapies, en particulier pour les psychiatres, sont moins bien appliquées qu'à l'extérieur.*

– *7 personnes interrogées sur 10 considèrent que la prison introduit le toxicomane dans un milieu de délinquance confirmé.*

– *82 % des généralistes, 66 % des chefs d'établissement et 57 % des psychiatres sont formels la prison extrait le toxicomane de son milieu.*

– *Quant à l'apparition d'une toxicomanie médicamenteuse en prison elle est vraie pour 7 personnes sur 19, avec une majoration à 80 % pour les établissements pour peines.*

– *Enfin il peut apparaître une autre forme de toxicomanie: médicaments, colle, après-rasage, tabac. La réponse est affirmative pour 61 % des chefs d'établissement et pour 50 % des médecins.*

– *Pour terminer, le point qui me semble le plus important: la prison, pour la France, a une action favorable pour le toxicomane chez 55 % des interrogés, une action très favorable chez 2 % des interrogés et une action plutôt favorable chez 53 % des interrogés.*

– *12 % des personnes interrogées ne se prononcent pas et 33 % considèrent que l'action de la prison est défavorable.*

– *Dans l'ensemble, le médecin pénitentiaire se considère comme mal armé pour faire face à la toxicomanie en prison, à 55 %.*

300 réponses ont été dépouillées en ce qui concerne l'Europe. Les conclusions sont les suivantes:

Pour l'Italie la prison n'est pas imperméable au trafic de la drogue et la prison n'a pas une action favorable. Des traitements de substitution sont fréquemment employés.

En Espagne le sevrage n'est pas complet. Seule la dépendance physique est totale. La prison aurait une action plutôt défavorable sur les toxicomanes.

Au Portugal l'incarcération serait plutôt défavorable aux toxicomanes et le trafic existe en prison.

Pour Chypre le sevrage serait complet. Le traitement est le même qu'à l'extérieur.

A Malte il n'y a pas de thérapeutique spécifique.

En Grèce la prison a une action défavorable. Il n'y a pas de sevrage complet. Il existe une toxicomanie iatrogène.

En Allemagne, 17 Lands ont été interrogés. De leurs réponses il ressort:

– *que le problème du sevrage semble être particulièrement difficile se rapprochant des chiffres français;*

– *9 Lands considèrent que le sevrage est impossible sans qu'il y ait trafic — 8 considèrent qu'il est impossible;*

– *quant à l'action favorable de la prison, sur 17 Lands, 12 considèrent que l'action est favorable, voire très favorable, alors qu'il y a 5 avis divergents;*

- en ce qui concerne les médicaments entraînant une véritable toxicomanie iatrogène, ils sont très peu prescrits dans 14 cas; dans 3 cas seulement les détenus peuvent en bénéficier. Ils sont moins distribués qu'à l'extérieur.

En *Autriche* on parle surtout de réinsertion sociale grâce à une motivation par la psychothérapie.

Pour la *Suisse* les médecins insistent sur le traitement par la Méthadone. L'action de la prison est favorable.

En *Angleterre* le sevrage est possible pour les médecins interrogés, en ce qui concerne les drogues dures. La dépendance psychologique n'est pas supprimée. Le traitement par la Méthadone est rare. Il n'y a pas de toxicomanie iatrogène.

Au *Luxembourg*, il n'y a pas de sevrage. L'action de la prison serait plutôt favorable.

Aux *Pays-Bas* il n'y a pas de sevrage. Il existe du trafic au sein de la prison. Le détenu est délivré de sa dépendance physique. L'action de la prison serait plutôt favorable aussi bien pour les médecins que pour les responsables pénitentiaires.

En *Suède* il n'y aurait pas de sevrage et les détenus toxicomanes vivent avec les autres détenus. Il existerait un contrat moral entre eux et l'Administration pour lutter contre la toxicomanie. S'ils récidivent on les extrait du milieu ouvert dans lequel ils étaient. Traitement par la Méthadone et par psychothérapie. La prison a une action plutôt favorable.

En *Islande* l'action de la prison est favorable. Il y a des traitements médicamenteux non substitutifs. Il n'y a pas de sevrage total.

Au *Danemark* il n'y a pas de sevrage mais le trafic existe en prison. On donne des traitements par la Méthadone. L'action de la prison est considérée comme défavorable.

En *Norvège* il n'y a pas de sevrage. L'action de la prison n'est pas très favorable. Il n'y a pas de traitement de substitution.

Enfin pour terminer, en *Belgique* il existe un sevrage physique intégral. La prison a une action favorable. Une nouvelle toxicomanie est possible mais moins grave.

SUMMARY

After being asked by the Council of Ministers of the Council of Europe to report on drugs in prison, I enquired of prison authorities, psychiatrists and doctors both in France and the rest of Europe. Only Turkey and Ireland did not reply. A first quantitative questionnaire has been sent off. The quantity of replies was such that I decided to computerize and elaborate the data in order to better understand it.

Questions:

– In the prison where you work, whether as general practitioner, as psychiatrist or as Governor, do you think that the inmate imprisoned there is completely cut-off from the drug he is addicted to during his imprisonment?

– What therapeutical stand, both somatic and psychological, do you adopt vis-à-vis drug addict on arrival at and during his stay in prison?

– in your opinion does the prison provide positive action to the advantage of the drug addict? Does it ensure social rehabilitation?

– What is your opinion of the various therapies prescribed for drug addicts in prison — neuroleptics, hypnotics etc — are they run as well as for the population as a whole and in certain cases do they not represent another form of addiction?

Out of some 400 for France the following points arose:

– *That the prison was isolated from all dealing* – out of 10 people questioned, 6 replied affirmatively.

– *7 out of 19 people thought that prison freed the drug addict of his dependance.* Whilst doctors were more categorical, particularly psychiatrists, the prison authorities were less so.

– *79 % of the people interviewed thought that no special area should be set up for drug addicts nor should a special way of prison life be created for them (61 %).* The prison authorities questioned admitted applying double security measures for drug addicts.

– *As far as concerns treatment with substitutes 27 % of the doctors did not express an opinion.* It is a medical secret? Do they know how to apply methadone treatment properly? Questions to which I cannot reply.

– *48 % of general practitioners and 67 % of psychiatrists do not prescribe methadone. On the other hand, a mixed 16 % of psychiatrists do prescribe methadone. On the other hand, a mixed 16 % of doctors, psychiatrists and general practitioners do so.*

– *As far as concerns non-substitute treatment, a mixed 87 % of doctors, psychiatrists and general practitioners prescribe it.*

– *Psychotherapeutic method are prescribed by 79 % of doctors (64 % of general practitioners and 77 % of psychiatrists).*

– *According to both psychiatrists and general practitioners, it seems that medico-deceptive therapy is run 59 % better than outside the prisons.*

– *However, particularly according to psychiatrists, psychotherapies are not so well run as outside.*

– *7 out of 19 people felt that the prison introduced the drug addict to hardened criminals.*

– *82 % of general practitioners, 66 % of Governors and 57 % of psychiatrists were certain that prison removed the addict from his normal background.*

– As far as the appearance of medico-deceptive addiction in prisons is concerned, 7 out of 19 thought it was true and this rose to 89 % for periods of punishment.

– Other forms of addiction can occur – medicines, glue, after-shave, tobacco etc. 61 % of the Governors and 59 % of the doctors replied affirmatively.

– Finally, the most important point in my opinion: in France, prison has a positive effect on the drug addict for 55 % of those interviewed, 2 % thought the effect was very positive, whilst 53 % considered it fairly positive.

12 % did not express an opinion and 33 % felt that the effect of imprisonment was not favourable.

– On the whole, 55 % of the prison doctors considered themselves as ill-equipped to face the addiction problem in prisons.

Some 300 replies were scrutinized for Europe, and the following points emerged:

Italy: prison were not cut off from drug dealing and did not have a positive effect. Treatment with substitutes were frequently adopted.

Spain: the severance was not complete – only total physical dependance was broken. Prison had a rather negative effect on drug addicts.

Portugal: imprisonment was negative for drug addicts and dealing existed in prison.

Cyprus: the severance was complete and the same treatment was used as outside prison.

Malta: no special treatment.

Greece: prison had a negative effect. Severance was not complete. Iatrogenic addiction existed.

Germany: 17 Länder were questioned; the severance problem was particularly difficult compared with French figures – 9 Länder considered severance impossible without dealing and 8 considered it impossible – as far as the positive effect of prisons is concerned, out of the 17 Länder, 12 thought it was positive, even very positive whilst the other five had diverse opinions – as far as medicines leading to a iatrogenic addiction is concerned, in 14 very few were prescribed, only 3 felt that inmates could reap some benefit. They were distributed less than on the outside.

Austria: stress was given to rehabilitation into the community through psychotherapy motivation.

Switzerland: doctors insisted on methadone treatment. Prison effect was considered positive.

United Kingdom: the doctors questioned thought severance was possible for hard drugs. Psychological dependance was not broken. Methadone treatment was rare. No iatrogenic addiction.

Luxembourg: no severance. Prison effect was fairly positive.

Netherlands: No severance. Drug dealing existed in prisons. Inmates freed from physical dependance. Both doctors and prison authorities considered prison effect positive.

Sweden: No severance and drug addict inmates live side by side with other inmates. Gentleman's agreement between them and prison authorities to fight against drug addiction. If relapse occurs, they are removed from open place. Methadone and psychoterapy treatment used. Prison had positive effect.

Iceland: prison effect positive. Treatment with non-substitute medicines. No total severance.

Denmark: no total severance but dealing existed in prisons. Methadone treatments applied. Prison effect seen as negative.

Norway: no severance. Prison effect not very positive. No treatment with substitutes.

Belgium: complete physical severance. Prison effect positive. New addictions possible but not so serious.