

EQUIPE MEDICO – SOCIALE SPECIALISEE ET MILIEU PENITENTIAIRE

HERVE DU COUEDIC (*)

Mes Chers Collègues,

Je tiens tout d'abord à vous exprimer ma reconnaissance d'avoir fait appel pour votre session de MESSINA à un psychiatre français provincial peu connu par ses travaux et ayant toujours oeuvré dans la discrétion et l'ombre.

Appartenant depuis trente-deux ans déjà au cadre des médecins plein temps hospitaliers, option neuro-psychiatrie, je pense que vous avez souhaité faire appel beaucoup plus à la sagesse et à l'expérience qu'à des idées très neuves et révolutionnaires. Je voudrais toutefois, préalablement, bien situer notre mode d'intervention et nos conditions de travail en milieu pénitentiaire afin d'en cerner les limites comme les possibilités.

Qu'il me soit permis, en bref préambule, puisque j'ai le plaisir de me retrouver, une fois de plus, à une conférence de type international, dans un pays que j'affectionne tout particulièrement, qu'il me soit permis de dire au nom de mes collègues, mes confrères, combien nous sommes constamment attentifs et ce depuis des siècles, aux travaux italiens en matière de traitement de la délinquance.

Nous ne saurions oublier ni les uns ni les autres que l'honneur revient au positivisme italien d'avoir montré que l'étude clinique du délinquant doit être un préalable à la

(*) Médecin-Chef de l'Intersecteur de lutte contre les toxicomanies de la région Bretagne.

réaction judiciaire. D'avoir montré que cette réaction doit être individualisée dans son prononcé et son application. Les positivistes italiens les plus célèbres: LOMBROSO, FERRI, GAROFALO, réclamaient une triple substitution:

- 1) Substitution de la notion de défense sociale à celle de peine,
- 2) Substitution de l'état de notion d'état dangereux à celle de responsabilité,
- 3) Substitution de la notion d'individualisation à celle d'égalité.

A lire leurs travaux ou leurs résumés de travaux, tous recommandent des mesures d'élimination pour les délinquants d'habitude, d'hospitalisation pour les malades, de neutralisation pour les criminels nés et de réparation pour les délinquants d'occasion et les délinquants passionnels.

Plus tard, apparaîtront les notions d'éclectisme avec les mesures de sûreté et de défense sociale, notamment avec Prins, des mesures de nature éducative pour les mineurs et les jeunes adultes, des mesures d'aide médico-psychologique pour les malades, des mesures médico-sociales pour les alcooliques et notamment les toxicomanes, des mesures d'ordre social pour les vagabonds, les mendiants, les prostituées, les déracinés, enfin, des mesures de type éliminatoire par la transportation ou la ségrégation pour les délinquants répétitifs et d'habitude.

Nous ne saurions plus oublier qu'au lendemain de la Deuxième guerre mondiale, le vieux concept de défense sociale a été rajeuni et révisé par le Comte Gramatica, notamment dans un article célèbre « La lotta contro la pena ». Ces notions ont été reprises en France par Monsieur ANCEL alors que l'université de Toulouse réalisait, sous la direction de Messieurs RAYMOND-DYS et Madame FAVARD-DRIOT, des travaux importants sur le jeu des Associations différentielles, l'influence nocive du groupe et les processus de contamination.

Parmi les problèmes posés, tant par l'Ecole Italienne à laquelle nous devons tant que par l'Ecole Française, figurent ces interrogations et non des moindres: faut-il une répression accentuée pour le gangstérisme, la criminalité organisée, la

criminalité en col blanc? Faut-il, et c'est là notre problème, décriminaliser et totalement dépénaliser les délinquances liées à l'usage des drogues? Et la troisième question était: que faut-il faire à l'égard des jeunes engagés dans la voie de la délinquance dite violente et ludique?

Mode d'intervention en milieu pénitentiaire: il semble important de situer brièvement le mode d'intervention psychopédagogique et psychiatrique en milieu pénitentiaire. En France, il existe deux sortes d'établissements: les Centrales destinées à recevoir les détenus condamnés à des peines longues: trois ans et plus, et lorsque la possibilité leur est offerte, un an et plus, donc les longues peines, ces centrales sont limitées numériquement, réparties dans le territoire sauf pour les femmes où une seule centrale existe à Rennes, ville où j'exerce et je puis tout de suite préciser que dans mon expérience professionnelle, j'ai été le psychiatre de cette centrale durant près de dix ans.

Les Maisons d'arrêt, par contre, réparties dans les différents départements, reçoivent les sujets condamnés à des peines courtes et reçoivent également les sujets placés en détention préventive, c'est-à-dire non condamnés mais en cours d'instruction, les nécessités de cette instruction justifiant le placement en maison d'arrêt.

Tous ces établissements pénitentiaires bénéficient d'interventions médicales régulières, à la fois de médecins généralistes et à la fois de spécialistes de toutes natures notamment de psychiatres consultants.

Au niveau de chaque région (une région en France, est constituée de quatre ou cinq départements et représente une population globale de 1 million à deux millions d'habitants, beaucoup plus pour la Région Parisienne) existe un centre médico-pédagogique régional pénitentiaire qui est une sorte d'antenne médicale au sein d'une structure pénitentiaire et qui reçoit les sujets à risque au plan médical et psychiatrique, et les sujets dont l'état justifie une observation attentive avant soit de les placer dans une structure psychiatrique normale, soit de les remettre dans le circuit pénal habituel après constatation de phénomènes de sursimulation ou d'hystérie de pur opportunisme.

Notre intervention, au plan de la toxicomanie se situe sur un registre tout à fait différent. Les réflexions que nous

pourrons faire seront empreintes de prudence et de mesure; elles sont exemptes de toute théorisation doctrinale et de tout esprit de chapelle.

Depuis quinze ans déjà, nous avons constitué en Bretagne un centre de Prévention, d'information, de guidance, de consultation, pour toxicomanes et toutes les personnes intéressées par ce problème. Ce centre, situé à Rennes, capitale de la région bretonne, a par suite essaimé des pseudopodes dans les principales villes de la région. A l'heure actuelle, huit points de consultation et de permanences.

Très rapidement, il nous est apparu qu'une présence et une disponibilité en milieu pénitentiaire s'avéraient indispensables et nous avons très facilement obtenu de l'administration pénitentiaire l'autorisation permanente de visites aux toxicomanes pour les membres de notre équipe de base soit deux assistantes sociales, deux médecins psychiatres assistants et moi-même, responsable de l'organisation.

En ce qui me concerne, je pense avoir une large expérience puisqu'appartenant au cadre des médecins neuro-psychiatres du service public depuis plus de trente ans et ayant, comme je l'ai dit, été psychiatre de la maison centrale des femmes pendant de très longues années. Précisons que ni les uns ni les autres ne sommes employés, ni rémunérés par l'Administration Pénitentiaire, nous n'avons pas de mandat défini, nous sommes « acceptés », donc en principe, nous n'avons aucun pouvoir de disposition, aménagement, projet thérapeutique etc. . . en fait, dans la pratique et avec une bonne compréhension des collègues, il en va tout autrement. Ceci bien entendu, à condition de demeurer à notre juste place et de savoir travailler en harmonie avec les structures médico-sociales propres à l'Administration Pénitentiaire elle-même, c'est-à-dire les médecins généralistes, les psychiatres vacataires, les psychiatres des centres médicaux psychopédagogiques pénitentiaires, des assistantes sociales pénitentiaires, les éducateurs en milieu fermé, les infirmières, enfin les différents magistrats concernés: juge d'instruction, Juge d'Application des Peines avec lesquels nous ne refusons jamais d'avoir des contacts personnels.

Une longue expérience nous a appris à connaître les rouages, les sensibilités, les susceptibilités et les particularités de chacun de ces acteurs.

Un peu de psychologie, de diplomatie, beaucoup de patience et encore bien davantage de persévérance et de résolution autorise finalement à travailler dans des conditions satisfaisantes et constructives, ceci malgré les difficultés et les pièges que nous ne manquerons pas de signaler le moment venu.

Nous intervenons auprès de sujets qui demandent à nous voir ou qui nous sont signalés par une des personnalités précédemment citées, compte tenu de problèmes en rapport avec la drogue.

Il n'est pas rare que des détenus ou des prévenus dont le délit n'a rien à voir avec les toxiques demandent également à nous voir tant il est vrai que la toxicomanie est une source fréquente de marginalisation, de délinquance sinon de criminalité comme l'ont montré des études effectuées en Suède et en Hollande et qui nous ont été signalées par nos collègues du Comité d'Experts du Conseil de l'Europe. Nous ne voyons donc que les sujets demandeurs hormis les cas d'abandonnisme pathologique, de dépression réelle, de repli inquiétant qui nous sont alors signalés par l'infirmière, l'assistante sociale, le médecin ou d'autres intervenants en milieu pénitentiaire.

Il arrive également que les juges d'instruction ou d'application des peines sollicitent notre collaboration pour régler un cas ponctuel, élaborer une solution thérapeutique ou rééducative constructive. Le fait que notre équipe, à près de quinze ans d'existence, est solidement charpentée, bien maturée, habituée au travail en commun, nous offre un relatif crédit de la part des uns et des autres: toxicos, familles, encadrants, et du système judiciaire lui-même qui n'hésite pas à faire appel à nous.

1. — *Les toxicomanes ont-ils leur place en milieu pénitentiaire?*

En fait l'expérience montre qu'ils n'ont leur place nulle part et compte-tenu de leur comportement, ils se trouvent toujours en porte à faux, que ce soit dans les hôpitaux généraux, les hôpitaux psychiatriques ou les prisons. Pour ne citer qu'un détail, l'inversion classique du rythme nyctéméral et les troubles des conduites alimentaires. Ils sont souvent mal acceptés par leurs cohospitalisés ou codétenus autant que par les différents personnels qui souhaiteraient les voir dans

d'autres structures. Mais il n'en demeure pas moins que certains toxicomanes sont incarcérés et, pour examiner leur situation, nous resterons dans « la perspective du psychiatre » pour la bonne et simple raison que tel est notre statut et notre fonction.

La réponse est d'autant plus difficile à donner que la personnalité du toxicomane pose des problèmes tant au magistrat qu'au psychiatre. Depuis 1965-68, date réelle d'explosion de la toxicomanie en Europe Occidentale, on a vu se modifier la population touchée avec une marginalisation variable selon les moments « à côté » « contre » ou « en dehors » des rouages de la société.

En schématisant, l'on a vu :

- La période poéticohippie des années 65-68 basée sur la non-violence, l'aspect communautaire, un évangélisme archaïque, le voyage aux Indes et le mirage de la contemplation guidé par un gourou.

- En France, dans la foulée des événements de 1968, la contestation, l'opposition aux structures sociales est plus marquée, la marginalisation et la délinquance s'installent et s'accroissent, la drogue est un Drapeau. C'est l'époque où dans nos structures médicales nous avons eu des braquages, des prises d'otages, des violences physiques.

Depuis 1976, semble s'installer une forme plus passive, l'aliénation par rapport au groupe social. On est plus en dehors que résolument contre. A ce titre, il a été tout à fait évocateur de voir en France le désintérêt total du toxicomane pour les enjeux politiques majeurs qui se sont joués en 1981, comme leur totale négligence par rapport aux droits sociaux et d'assistance ouverts à certains d'entre eux. Nous avons mené une enquête très révélatrice à ce sujet en 1980 et début 1981. La variabilité du profil pose donc des problèmes tout en sachant par ailleurs que la toxicomanie complique l'engrenage d'un mode comportemental perturbé (vagabondage, inactivité, parasitisme social, la manche, la route, parfois l'arnaque et la délinquance plus ou moins accentuée qui s'ajoute au délit que constitue l'usage des stupéfiants).

Deux autres remarques s'imposent:

— La difficulté pour les policiers, magistrats, médecins d'opérer le distinguo entre le petit utilisateur revendeur et le trafiquant (1): voir en additif à la page suivante.

Nous savons tous que le mode de distribution s'est considérablement modifié depuis 10 ans. En 1970, les services spécialisés des brigades chargés de la lutte contre les stupéfiants estimaient qu'il y avait un revendeur pour douze utilisateurs. L'action policière, les risques encourus, les peines lourdes prononcées, ont amené les dealers à modifier leur pratique et à multiplier les rouages et intermédiaires. Les mêmes services évaluent actuellement un revendeur pour trois ou quatre utilisateurs. Mais parmi ces revendeurs, certains, et de plus en plus nombreux travaillent pour leur propre compte mais ils font beaucoup plus que de rentrer dans le débours d'expéditions lointaines et risquées parfois onéreuses en Orient ou en Amérique du Sud pour assurer leur propre ravitaillement. Ils ne manquent pas d'opérer parallèlement des reventes qui leur apportent des avantages fort substantiels qualifiés par eux de « juteux ».

— Une expérience de quinze ans nous permet d'affirmer que de nombreux détenus ou prévenus pour des délits de droit commun sont des toxicomanes et que c'est la toxicomanie qui en fait a déterminé le délit parfois très sérieux (hold-up, escroqueries, violences, vols, chantages, agressions etc. ...) tant il est vrai que le passage à l'acte et le désir immédiat du toxique peuvent amener à la délinquance vraie (il ne faut pas oublier à ce propos le cours élevé des produits durs comme l'héroïne et la cocaïne).

Ces sujets dont la justice ignore la toxicomanie demandent souvent à nous voir pour un soutien psychologique, une aide ponctuelle, un projet d'avenir — jamais pour tenter de médicaliser leur délit — en ce cas ils l'auraient déjà fait au moment de l'instruction ou lors du jugement.

— Dernière remarque — la pratique parallèle de soins en institution spécialisée, la responsabilité d'un réseau de permanences dans la région et les interventions régulières en milieu pénitentiaire, fait apparaître à l'évidence que de nombreux cas très lourds, de plus en plus en marge de la loi, échappent bien souvent à la rigueur de cette loi qui s'abat lourde-

ment sur de petits loubards maladroits ou des juvéniles imprudents qui eux se trouvent inculpés et incarcérés.

Ces préalables étant apportés, tentons d'analyser la situation du toxicomane en milieu pénitentiaire (1).

1.1. – *Caractères négatifs.*

Ce sont les caractères négatifs qui apparaissent d'emblée.

– Nous avons évoqué la difficulté du *distinguo* entre ravitailleur et ravitaillé — toxicomane authentique ou revendeur quasi-exclusif!

– En France tout au moins, une sorte de confusion existe entre la notion de rechute et de récidive. La loi française vous est probablement connue, qui a une large ouverture sur l'aspect médical et la possibilité d'une prise en charge médico-sociale. Or la trajectoire d'un toxicomane ne peut se dérouler sans « accident de parcours » — la loi cependant fait obligation au sujet de « guérir » ce qui paraît pour le moins curieux, et si la guérison n'est pas assurée, on passe du médical au pénal, du thérapeutique au répressif. Il est vrai que le cas de multi-rechutes pose problème.

– Le Professeur Devreux a écrit que « la drogue et la violence sont deux composantes à travers lesquelles se manifeste la haine du corps et du réel ». On peut se demander quel effet pourra alors avoir la condamnation et la prison?

– Cette incarcération implique un vide, un changement culturel radical, chacun apportant des habitudes d'un univers social, familial trouvant à son entrée un monde différent où le système de valeurs est étrangement modifié. L'intégration et l'adaptation ne peuvent se faire qu'au détriment de l'intégrité de la personne — or l'on sait que le toxicomane a toujours

(1) Le *distinguo* est d'autant plus important à opérer que la loi française n'est pas tendre pour les sujets suspectés de trafic. Dès le stade de l'action policière le délai légal de garde à vue peut être doublé et les perquisitions de nuit opérées. Au stade de l'instruction, le magistrat est autorisé à prolonger au-delà de six mois (deux périodes légales de trois mois en droit commun simple) la mesure d'incarcération préventive. Enfin, s'il y a condamnation pour trafic à la fin de la peine, le sujet est assimilé à certains condamnés pour des motifs particulièrement graves tels hold-up, détournement d'aéronefs, prise d'otage etc... il ne bénéficiera pas de couverture sociale contrairement à l'ensemble des autres condamnés de droit commun sortant de prison.

préalablement des problèmes de maturation, d'identification qui peuvent se trouver accentués. L'adaptation au monde pénitentiaire se déroule à travers des techniques de mortification, facteurs de dépersonnalisation ou d'abandonnisme pour les plus faibles, le toxicomane les vit le plus souvent comme dégradants et aliénants, cérémonie d'admission, dépouillement, banalisation, dégradation de l'image du soi.

Notre collègue Bijun écrivait récemment: « la rupture dans le temps historique de l'individu participe à son morcellement. Il perd brusquement ses investissements des bons objets mais aussi ses mécanismes de défense contre les mauvais objets. L'univers carcéral est un modèle dans l'art de supprimer ou de pervertir la communication interpersonnelle. Lorsque les amarres avec l'extérieur sont rompues, le détenu voit se désagréger tous les éléments constitutifs de son identification ». Immatures le plus souvent, pour les toxicomanes la mise en pièce est encore plus aisée que pour les autres. L'isolement parfois sauvage et prolongé, l'interdiction des visites impliquent la rupture avec le milieu antérieur et fait mesurer l'ampleur de la dépossession.

Goffman a parlé de facilitation à l'embrigadement, la perte de l'autonomie, l'acceptation de la servitude, l'automatisation dans un vécu de servitude; ils se trouvent inféodés au « Caïdat » qui est le lot de bien des toxicomanes du milieu pénitentiaire et ce d'autant plus que leurs défenses sont faibles et leurs délits souvent méprisés par les « durs ».

Les toxicomanes se sentent au ban de la société dont ils étaient déjà des marginaux vrais ou potentiels. Le complexe de bouc émissaire s'instaure ou se renforce.

– L'incarcération est dangereuse et possiblement contaminable pour des sujets très jeunes ou faibles avec initiation à des milieux troublés ou franchement associatifs, (homosexualité, arnaque, « milieu » tout court); la promiscuité avec des tolards de profession ou des grands criminels est déplorable.

– On sait l'appétence du toxicomane pour le micro-groupe, la microsociété marquée par la permissivité, la tolérance, parfois aussi l'apragmatisme, le laxisme, l'improductivité, la passivité. Que penser du rituel contraignant du vécu carcéral? Il pourra sévèrement favoriser les conduites abandonniques, autothanasiques voire suicidaires. Les répercussions

sur le dynamisme, l'état psychologique sont fréquentes, l'inversion du sommeil et les conduites alimentaires perturbées, capricieuses et déroutantes déjà signalées, accentuent les difficultés d'adaptation. Dans ces conditions le rôle du psychiatre-apparaît bien alléatoire et difficile, nous y reviendrons (*).

1.1. – *Caractères positifs possibles.*

Il faut reconnaître très objectivement que l'incarcération des toxicomanes avérés tout comme l'admission de ces mêmes toxicomanes dans des structures associatives ou communautaires ont déraciné un mythe qui nous venait des U.S.A. et qui imprégnait encore les doctrines médicales dans les années 1965 à 1975 ... C'est le mythe du sevrage et de la cure de désintoxication.

La prison dont nous venons d'exposer les nuisances possibles comme les communautés ont démontré qu'il était totalement illusoire et inutile de soumettre les toxicomanes à des désescalades interminables de stupéfiants comme cela a été appliqué un peu partout et qu'anxolytiques et antispasmodiques étaient le plus souvent bien suffisants pour couvrir le sevrage physique. Cela est si réel que certains sujets dont la toxicomanie est pourtant sévère mais dont le délit objet de l'incarcération se trouve tout autre, sont parvenus à dominer leur manque physique au prix, il est vrai, d'un réel courage.

Il en est tout autrement du manque au plan psychique. Il en est très différemment des intoxications aux barbituriques et aux amphétamines qui nécessitent une intervention médicale attentive et une thérapeutique appropriée. Il était honnête

(*) Dans un ouvrage tout récent: « le psychanalyste à l'écoute du toxicomane » on peut lire, sous la plume de Monsieur GAMMIL, la réflexion suivante: « Nous avons trop tendance à imaginer que la prison est toujours négative et persécutrice dans l'esprit du prisonnier, et à être en complicité avec son discours de plaintes, de ressentiments et de haine envers la prison et son personnel.

Quoique cet aspect ait sa part de vérité, il s'avère souvent qu'il ait une fonction défensive contre des sentiments plus positifs; souvent, c'est la première fois dans leur vie qu'ils ont été entourés par un contenant (même s'il est trop rigide), qu'ils ont eu trois repas par jour, qu'ils doivent maintenir des relations personnelles qu'ils ne peuvent pas fuir, qu'ils ont été obligés d'avoir du temps pour réfléchir sur eux-mêmes.

Un certain travail de deuil semble nécessaire pour préparer la vie hors institution et la continuation d'une psychothérapie ».

de signaler cet enseignement quasi-expérimental que l'incarcération a fourni à la médecine.

Dans les éléments positifs, le premier argument est la séparation radicale de fait du monde contaminant de la drogue, des fréquentations douteuses, des sollicitations diverses.

On a également beaucoup parlé de la notion de « traitement pénal », de l'asile qui châtie à la prison qui guérit???

Le facteur « temps » tout comme « l'isolement » peuvent être facteurs de réflexion favorisant un recul suffisant par rapport aux faits évènementiels, l'objectivation, et partant une certaine maturation et la stabilisation. Des magistrats ont pu dire que l'incarcération avait réussi là où les approches thérapeutiques avaient échoué et certains toxicomanes nous ont confié que sans le « temps pénal », ils auraient été incapables d'opérer un recul suffisant.

Il faut dire que certaines cures de désintoxication par leur brièveté de prise en charge, par leur légèreté ont pu dérouter les magistrats et entamer le crédit dont bénéficiait à priori le corps médical.

A l'unisson, les tenants du traitement pénal insistent sur l'approche psycho-socio-éducative. La pédagogie associant étroitement un effort de restructuration au plan psychologique et social est dispensée par des intervenants pluridisciplinaires qui oeuvrent en milieu pénitentiaire, éducateurs, sociologues, enseignants, animateurs socio-culturels variés, musique, expression corporelle etc. bref toutes les méthodes d'éveil. On a pu reprocher à certains psychiatres leur abord exclusivement psychologique et un mode thérapeutique d'inspiration analytique non interventionniste et en retrait.

On a dit également que la sanction pénale et l'incarcération pouvaient amener certains sujets à la notion de « responsabilisation » alors qu'une couverture médico-sociale ou trancière les confinait dans une position « d'assistés permanents ».

Dans notre pays un infléchissement important s'est opéré au cours des cinq ou six dernières années:

– d'une part les médecins compétents en la matière sont de plus en plus conscients de l'importance de cet aspect éducatif et de la primauté de la pédagogie « réapprendre à

vivre, réapprendre la vie » même si des problèmes médicaux et psychologiques conservent leur place;

– les magistrats de leur côté ont assoupli leur position dans la mesure où la « cure de désintoxication » démythifiée prenait sa véritable dimension. Elle ne se limite pas à un aspect exclusivement médicalisé, à une cure analytique ou à une couverture chimiatrice. Les magistrats ne récusent ni la vie communautaire, ni les placements familiaux ni les formations professionnelles ou stages de sensibilisation ayant maintenant valeur à leurs yeux de cure de désintoxication en rentrant dans le cadre de la loi;

– en France, des progrès ont été réalisés à la fois par la désignation de magistrats spécialisés (procureur et juge d'instruction) dans chaque cour d'appel. Des rencontres entre ces magistrats et les équipes spécialisées, associations ou communautés, sont organisées au plan régional. Enfin depuis mai 1978, a été généralisée une pratique que nous avons instaurée depuis bien longtemps en Bretagne (on faisait figure de précurseur) à savoir la possibilité offerte aux équipes médico-psycho-socio-éducatives de pénétrer en milieu pénitentiaire pour voir les toxicomanes. C'est ce mode d'intervention dont il nous faut à présent préciser les objectifs, les limites comme les aléas et les difficultés.

2. – ROLE DES EQUIPES MEDICO-SOCIO-PSYCHOLOGIQUES SPECIALISEES EN MILIEU PENITENTIAIRE.

Deux mots d'historique.

Notre expérience à la centrale des femmes de Rennes nous a fait apparaître l'incarcération des toxicomanes vécue par elles comme un temps mort marqué par le vide et l'inconstructivité. Cette situation tenant à différents facteurs dont l'un n'est pas propre au toxicomane, l'éloignement géographique du milieu naturel (Marseille, Paris et Lyon fournissent la majorité des cas). Les autres facteurs plus spécifiques étaient que les toxicomanes avaient l'impression de n'être pas compris, entendus, écoutés par les cadres et intervenants de cette centrale tant il est vrai, comme l'a écrit Olivenstein, que « leur discours est inaudible et le dialogue impossible ».

Le second caractère était leur totale passivité, l'abandonnisme replié, l'absence de tout projet pour l'avenir et l'impossibilité d'opérer un investissement et d'avoir un désir autrement que par la dope (en l'occurrence le mandrax s'est trouvé distribué *larga manu* dans de nombreuses prisons à titre palliatif).

Cette situation était sensiblement la même dans les prisons masculines (éloignement géographique en moins).

Notre structure de prévention existait depuis 1970, certains détenus ou leur famille ont fait appel à nous. C'est la raison pour laquelle nous avons sollicité de la Direction de l'Administration Pénitentiaire l'autorisation d'intervenir en milieu pénitentiaire selon les modalités exposées dans notre introduction.

2.1. – *Principes d'intervention.*

A – Le temps médicosocial et judiciaire doivent être clairement différenciés et l'interférence des genres ne peut être que préjudiciable et renvoyer à la déresponsabilisation et à la position d'assisté. Nous nous trouvons souvent confrontés avec la demande de toxicomanes en prévention ou en détention qui souhaiteraient nous voir intervenir auprès du juge d'instruction ou d'application des peines:

– S'il est prévenu, pour tenter de raccourcir sa détention provisoire, accélérer la lenteur de la procédure pénale (ce qui n'est pas de notre domaine) soit plus rarement mais cela peut se voir pour gagner du temps et obtenir du crédit à sa cause, des témoignages;

– S'il est détenu condamné, pour obtenir des avantages plus substantiels, aménagement du vécu quotidien (isolement ou au contraire vie en commun), promenades supplémentaires, régime, modification des prescriptions médicales (ce que nous ne faisons jamais);

– Il est à remarquer que la question de l'isolat ou du regroupement communautaire des toxicomanes dans ce que certains ont appelé des « ghetto pour toxicos » est très diversement appréciée par les sujets eux-mêmes et les encadrants.

Nous ne développerons pas ce point de vue qui peut faire l'objet d'un de nos échanges. Les avis à ce sujet sont très partagés de la part de certains toxicomanes qui souhaitent sortir du « monde de la came » et ne pas être en contact avec des toxicomanes; d'autres se plaignent de la promiscuité avec des « tolards ».

Certains médecins estiment d'autre part qu'il est pernicieux et malsain de mêler des toxicomanes, le plus souvent jeunes, à des délinquants chevronnés. Sans préjuger de nos discussions à ce sujet, nous pensons qu'il n'y a que des cas d'espèce à juger individuellement et qu'il est impossible sur cette question d'apporter une réponse univoque.

Nous ne pouvons nous situer comme potentialité d'un quelconque pouvoir au niveau de l'autorité juridique. Un manquement à cette règle correspondrait à une aliénation de notre écoute au sens où la parole du toxicomane s'inscrit alors dans une perspective purement utilitaire et non comme véhicule d'une souffrance psychologique qu'il s'agit là d'entendre pour envisager un début d'approche thérapeutique.

D'autre part, notre travail thérapeutique se situe dans la perspective du lendemain et de l'après et se veut résolument dynamisant. Le « choix démocratique » implique par définition la liberté et bien évidemment c'est à sa sortie de prison que le toxicomane aura à opérer « son choix », la confrontation avec la « dope et son milieu »; c'est dans cette perspective qu'il faut aménager, prévoir, armer le sujet dans l'optique de cette sortie, sortie qui de surcroît pourrait être et est quelquefois dramatique en se concluant par une overdose, voire un suicide (la distinction entre les deux étant bien difficile du reste). Il est donc essentiel que cette sortie soit préparée au niveau social et psychologique.

Notre demande sera toujours empreinte de patience, de modestie et de tenacité en conservant comme grand principe que notre intervention doit correspondre à une offre, à une demande (c'est bien nous qui sommes disponibles); le toxicomane doit opérer un choix qu'il exprime par ses difficultés sa souffrance, sa révolte et au bout une demande thérapeutique.

B - Une autre difficulté de notre intervention ne tient pas à notre fonctionnement mais à une sorte de mélange des genres qui sont opérés entre le médical et le juridique.

Dès la loi française du 31.12.1970, on voit poindre une sorte de confusion; dans son article II, la loi précise que c'est le procureur de la République qui décide si le toxicomane doit être l'objet de poursuite ou s'il doit bénéficier des dispositions d'ordre médico-social et de mise sous surveillance de l'autorité sanitaire. En quelque sorte, il effectue un diagnostic d'ordre médical: malade ou délinquant. De la même façon, en milieu pénitentiaire les magistrats (instruction ou application des peines) s'accommoderaient relativement bien d'une éventuelle libération provisoire ou conditionnelle si notre équipe était à même de trouver une solution adéquate et entourée de garanties, hospitalisation, centre de soins spécialisés, famille d'accueil, structure associative au communautaire etc. etc.

Ceci place l'équipe dans des situations très délicates vis à vis des sujets incarcérés... qui vivent cette alternative comme soumise à notre bonne volonté!!! Délicate à l'égard des dites structures pour lesquelles la carte de visite « sortant de la prison de X » n'est pas toujours très appréciée et qui de toute façon veulent voir les impétrants avant de les admettre alors que la justice exige une solution ferme et des assurances à la sortie.

Ceci est très dommageable car pour le reste nous avons l'énorme avantage d'être « des gens du dehors, spécialisés de surcroît » mais n'ayant aucun lien avec l'Administration Pénitentiaire comme nous sommes en principe démunis de tout pouvoir. Cela facilite sans aucun doute la parole sur un mode plus personnel et authentique car il ne dépend pas de nous de remplacer le manque par une pharmacodépendance ou de meubler le temps vide par quelque aménagement privilégié négocié avec l'Administration Pénitentiaire. Nous veillons à nous placer sur un tout autre terrain qui est celui de faire l'inventaire des forces vives du sujet incarcéré, de l'aider à assumer sa situation mais surtout de chercher à utiliser le temps pénitentiaire imposé dans un but de maturation, de plus grande structuration, d'affirmation du moi. Enfin et surtout motiver, dynamiser, invigorer en cherchant des solutions d'avenir, des objectifs, des choix, des désirs chez des sujets qui en sont si souvent démunis.

Ce n'est pas une tâche facile mais c'est un métier passionnant et nous retrouvons là l'importance de l'engagement, de

l'authenticité, de la générosité dont parle Olivenstein et dans un certain sens un aspect pédagogique et éducatif qui n'exclut pas l'abord proprement psychothérapeutique.

Pour situer l'importance de notre mode d'intervention, précisons que près de la moitié des toxicomanes pris en charge durant l'année 1981 ont été, sont, ou risquent d'aller en prison. Il est vrai que cela est en rapport avec la longévité de notre structure, sa fiabilité et aussi sa stabilité puisque les quatre promoteurs de cette aventure travaillent ensemble depuis douze ans déjà et que cette notion de travail en commun apporte une particulière cohésion dans la méthode de travail avec évaluation périodique, mise en commun des données, fixation d'objectifs précis à court, moyen et long termes.

3. — DROGUE ET MEDICAMENTS EN MILIEU PÉNITENTIAIRE.

Ce sujet sera je pense plus largement exploré par d'autres intervenants car en ce qui nous concerne nos réflexions seront très courtes.

A) En ce qui concerne la drogue, mis à part quelques introductions frauduleuses dans les années 1968-1974 dans les prisons du midi et notamment à Marseille, les cas sont ou tout à fait exceptionnels ou remarquablement occultes et censurés par l'Administration Pénitentiaire. Dans notre pratique, nous n'avons observé que de très rares exemples notamment à des retours de permission ou dans le cadre de la semi-liberté.

Pour le reste, les règlements, précautions diverses de plus en plus tâtilonnes imposées par l'administration en matière de visites, de colis, d'achats d'objets apparemment anodins (poste de radio, livres etc.) rend à notre avis l'introduction de drogue pratiquement impossible encore que l'imagination des toxicomanes n'ait pas de bornes, et la subtilité des fournisseurs soit sans limites. Nous en avons eu quelques exemples dans nos institutions thérapeutiques.

B) Médicaments et prison

Le risque iatrogène?

La camisole chimique?

Le psychiatre prescripteur, chargé de faire régner l'ordre dans la cité comme dans la prison en utilisant largement la pharmacopée, le « flichiatre » (1) au service du pouvoir comme on l'a écrit çà et là.

Ce sont des sujets évoqués périodiquement soit sous l'angle de la polémique soit plus simplement dans la vague du courant d'antipsychiatrie. Nous ne sommes pas en mesure de traiter cette dimension du problème qui ne se résoud pas au seul monde pénitentiaire mais il existe bien là réellement un grave problème. Deux chiffres suffiront à illustrer son importance. Une enquête de l'INSERM effectuée par Madame Davidson et ses collaborateurs (dont nous-mêmes) dans plusieurs régions de France sur l'utilisation par les lycéens de produits licites ou illicites, a montré que dans près de 25 % de cas étudiés, ces adolescents avaient des prescriptions de tranquillisants ou de psychostimulants, c'est-à-dire un quart de l'échantillon a recours à la chimie ou se voit contraint de la subir, ce qui paraît très excessif.

Dans les statistiques que nous tenons depuis dix ans sur la physionomie de la toxicomanie en Bretagne, la rubrique « intoxication aux médicaments licites » est en constante inflation. Elle atteint, pour 1981, le chiffre record de 22,5 % de la population touchée (opiacés non compris); l'héroïne pour son compte atteint près de 30 %.

Personnellement, nous avons toujours lutté contre la médicalisation excessive, contre la psychiatrisation abusive et surtout contre la chimie à outrance. Notre première décision en prenant en charge la centrale des femmes de Rennes, a été de supprimer et d'interdire toute prescription de Mandrax et de réduire considérablement toutes les thérapeutiques dites tranquillisantes en les remplaçant par des ouvertures, une présence plus disponible, la coopération d'un second psychothérapeute, une approche un peu différente visant moins à écrêter les comportements pour les ramener à un vécu ritualisé plus compatible avec l'ordre et la discipline qu'à amener le détenu à assumer son délit, ses conséquences, à accepter la sanction pénale, la vivre sous un autre mode et tenter de l'utiliser de façon positive et si possible créatrice.

(1) FLIC en français est synonyme de policier d'où ce néologisme: flichiatre - association dans le même personnage de deux fonctions répressives.

C'est ce même but que nous nous sommes assigné auprès des toxicomanes et qui anime toute notre équipe.

Nous avons tenté dans ce bref rapport introductif d'exprimer des réflexions ayant trait à « la drogue et à la prison ». Telle était la demande initiale du Professeur Muller-Rappard, responsable de la division des problèmes des stupéfiants au Conseil de l'Europe. Il aurait pu s'adresser à quelqu'étoile parisienne et s'il a fait appel à nous, c'est je crois essentiellement pour que soit exposée une expérience concrète, durable, crédible.

Elle se situe résolument en dehors des théorisations et de tout esprit de chapelle (l'individualisme breton s'en accommoderait au reste très mal). C'est donc avec autant de modestie que d'authenticité que nous avons évoqué tour à tour :

- les problèmes posés par le toxicomane en milieu pénitentiaire;
- le rôle d'une équipe médico-socio-psychologique dans ce même milieu — timidement esquissé;
- la drogue en prison;
- le médicament en prison, car ils paraissent se situer au-delà de notre expérience et concerner d'autres intervenants.

Certes, nous aurions souhaité évoquer :

- les problèmes psycho-sociaux liés à la toxicomanie délinquante;
- la mutation des toxicomanes au cours des quinze dernières années;
- la signification socio-économique de cette mutation.

Notre pratique quotidienne nous permet de dire qu'en France la situation des toxicomanes a évolué sensiblement de façon positive en milieu pénitentiaire.

Nous tenant au rôle qui est le nôtre, simple intervenant en milieu pénitentiaire et non lié à l'administration de quelque façon que ce soit, de nouvelles possibilités sont offertes aux toxicomanes et des résultats tangibles ont déjà pu être enregistrés.

Plutôt que de remuer des grandes idées, nous nous sommes efforcés de rester très près de notre rôle « discret mais

efficace », l'inspiration et l'imagination sont peut-être contraintes dans les propos qui précèdent, elles se sont effacées devant le réalisme et le pragmatisme.

RIASSUNTO

L'Autore, nel suo esposto, presenta un'esperienza che si sviluppa ormai da quindici anni nella Bretagna, regione in cui egli lavora.

L'équipe pluridisciplinare del centro di prevenzione ha ottenuto l'autorizzazione permanente a visitare quei tossicomani che ne fanno esplicita richiesta o che le vengono segnalati dai diversi operatori medico-sociali, educatori, infermieri e assistenti sociali dell'amministrazione penitenziaria. Tale équipe opera sia in proprio sia in collegamento con i servizi medico-sociali ed educativi delle strutture penali.

Abbiamo avuto modo di conoscere, grazie alla nostra lunga esperienza nel campo, i meccanismi, le sensibilità, le caratteristiche di ciascun operatore dell'amministrazione penitenziaria. Un po' di psicologia, di diplomazia, di pazienza, ma anche di più la perseveranza e un atteggiamento risoluto ci permettono finalmente di lavorare in condizioni soddisfacenti, costruttive nonostante le difficoltà ed i tranelli.

I soggetti sono dunque dei tossicomani in attesa di giudizio o detenuti ma anche dei soggetti incolpati di altri reati, reati essi stessi permessi da una tossicomania del tutto evidente, tanto è vero che la tossicomania è fonte di marginalizzazione e di delinquenza.

I giudici istruttori o « d'application des peines » sollecitano molto spesso una nostra collaborazione per risolvere un caso particolare, elaborare delle soluzioni terapeutiche o rieducative costruttive.

L'Autore si chiede poi se i tossicomani hanno un loro spazio all'interno del carcere.

L'esperienza dimostra che essi non hanno nessuno spazio e visto il loro comportamento si trovano quasi sempre in situazioni precarie in tutte le strutture che li accolgono. Un'altra difficoltà è quella di distinguere chiaramente il piccolo consumatore rivenditore dal trafficante vero e proprio. L'abbassamento dell'età costituisce anche un problema. La nostra esperienza personale, in quanto responsabili di un dispositivo di prevenzione e trattamento dei tossicomani, ci ha fatto inoltre notare che dei casi molto gravi, ai margini della legge, spesso sfuggono al rigore di questa legge che si abbatte, in una maniera paradossalmente pesante su dei giovani ladri alle prime armi o sui giovani imprudenti.

L'Autore insiste poi su due tipi di caratteristiche: le caratteristiche positive e le caratteristiche negative del soggiorno del tossicomane nell'ambiente carcerario.

Caratteristiche negative: tra queste una certa confusione tra la nozione di ricaduta e di recidiva, la traiettoria del tossicomane neces-

sita quasi sempre di incidenti di percorso. E la legge del 31 dicembre 1970 sembra imporre ai soggetti « l'obbligo » di guarire.

La droga e la violenza costituiscono due componenti attraverso le quali si manifestano l'odio per il corpo e per la realtà, ci si può allora chiedere quale affetto potrà avere una condanna e il soggiorno in prigione.

L'incarcerazione implica egualmente un vuoto, un cambiamento culturale radicale, ciascuno apportandovi abitudini di un universo sociale determinato; l'integrazione e l'adattamento all'ambiente carcerario non può avvenire che a detrimento della integrità della persona ed è noto che il tossicomane ha dei problemi di maturazione e di identificazione. Tale cambiamento influisce quindi negativamente sulla vita del soggetto; l'universo carcerario può, per alcuni, costituire un tipo di modello nell'arte di sopprimere o pervertire la comunicazione interpersonale.

L'isolamento, a volte prolungato, il divieto di visite implicano la rottura con l'ambiente e fanno misura l'ampiezza di tale sradicamento. Infine, può accadere che i giovani tossicomani si trovino assoggettati ai capi, questa è la situazione che si crea in molti luoghi di detenzione.

L'incarcerazione potrebbe essere pericolosa e contagiosa per i soggetti deboli con iniziazione ad ambienti agitati e asociali.

Tuttavia non è detto che alcuni caratteri negativi e certi elementi non possano essere considerati positivi. Non bisogna avere la tendenza a immaginare che il carcere sia sempre un persecutore per il condannato e un complice dei suoi discorsi fatti di lamenti, di risentimenti, di odio verso l'ambiente carcerario. È questo un atteggiamento difensivo verso sentimenti più positivi. Spesso il condannato si trova per la prima volta nella sua vita circondato da quattro mura (anche se rigide) e con tre pasti regolari al giorno. Egli deve mantenere delle relazioni personali e dalle quali non può sfuggire, per la prima volta è obbligato ad avere dei momenti durante i quali riflettere su se stesso. Un lavoro è alle volte necessario per preparare la vita al di fuori del carcere.

L'incarcerazione costituisce una separazione radicale dal mondo contaminato della droga, dalle compagnie dubbie e dalle sollecitazioni diverse. Il fattore tempo e l'isolamento possono costituire dei fattori di riflessione e di raccoglimento e favorire l'oggettivazione, una certa maturità e una relativa stabilità. Alcuni magistrati non hanno esitato ad affermare che l'incarcerazione avrebbe potuto porre un rimedio laddove gli approcci terapeutici hanno fallito.

I sostenitori del « trattamento penale » insistono ugualmente sull'approccio psico-socio-educativo. La pedagogia associata a degli sforzi di ristrutturazione è dispensata dagli operatori pluridisciplinari che si aprono all'ambiente carcerario, ugualmente la nozione di « responsabilizzazione » del soggetto è stata evocata in opposizione alla nozione di « assistenza permanente » che assume sovente il tossicomane.

Nella nostra regione i medici e le équipe medico sociali hanno incentrato il loro impatto terapeutico verso un aspetto più socio-educativo e pedagogico; allo stesso modo i magistrati hanno mitigato le loro po-

sizioni verso la « cura di disintossicazione smitizzata », essi ammettono gli inserimenti in famiglia, l'educazione professionale, tirocini diversi, che, ai loro occhi, equivalgono ad una cura disintossicante conforme alla legge.

Infine in Francia, alcuni magistrati specializzati, procuratori e giudici istruttori, sono stati designati in ciascuna Corte di Appello; lo scambio di idee con questi magistrati e con le équipes e le associazioni, permette una buona comprensione dei problemi legati alla tossicomania.

Infine l'ultima parte di questo rapporto espone i principi d'intervento delle équipes specializzate nell'ambiente carcerario. È importante che i tempi medico-sociali e giudiziari siano differenziati e che non vi sia interferenza di genere in quanto spesso i soggetti vorrebbero vederci intervenire sia per accelerare la procedura penale, se essi si trovano in attesa di giudizio, sia per trovare un modo per ridurre la loro pena, se sono detenuti condannati, sia per trovare vantaggi di vario tipo ed una buona sistemazione all'interno del carcere. Noi non possiamo in alcun caso porci come una « potenzialità » di un qualsiasi potere a livello di autorità giuridica, un'infrazione a questa regola corrisponderebbe ad una alienazione del nostro attaccamento e la parola del tossicomane si iscriverebbe in una prospettiva utilitaria e non quale veicolo di una sofferenza che bisogna ascoltare per consentire l'approccio terapeutico. Quest'ultimo si situa decisamente nella prospettiva futura del tossicomane, prospettiva che si vuole dinamizzante e che permetta la scelta democratica, che implica, per definizione la libertà. Il tossicomane, del resto, incontrerà i problemi all'uscita dal carcere. L'impatto con il mondo esterno, se non adeguatamente preparato, potrebbe essere drammatico o concludersi con un'overdose e un suicidio.

Un'altra difficoltà dei nostri interventi riguarda il fatto che i magistrati accetterebbero spesso di concedere la libertà provvisoria o condizionata se la nostra équipe fosse in grado di trovare soluzioni adeguate.

Ciò pone l'équipe in situazioni delicate rispetto ai soggetti incarcerati che vivono questa alternativa come se fosse sottoposta alla nostra buona volontà o alla nostra efficienza.

Per il resto noi abbiamo l'enorme vantaggio di essere « della gente che viene dal di fuori, specializzata nell'aspetto di sovrappiù della materia in oggetto, e senza alcun legame con l'amministrazione penitenziaria », ciò facilita senza alcun dubbio il dialogo che diventa più personale e autentico, e ci permette anche di fare « l'inventario delle forze vive del soggetto », di responsabilizzarlo, ma soprattutto di cercare di utilizzare il tempo trascorso nel penitenziario allo scopo di far raggiungere loro una maturazione e un'affermazione di sé, infine di cercare di dinamizzare, rinvigorire, cercare delle alternative, delle soluzioni per il futuro, degli obiettivi, di far nascere dei desideri a soggetti che spesso ne sono totalmente privi.

Per inquadrare l'importanza del nostro modo di intervento, diciamo che più di un terzo dei soggetti presi a carico nel corso degli anni

passati sono stati, sono attualmente o rischiano di trovarsi nell'ambiente penitenziario.

Infine si pone il difficile problema della droga e dei farmaci all'interno dell'ambiente penitenziario. Per quel che riguarda la droga e a parte qualche introduzione fraudolenta negli anni 68-74 nelle prigioni del Midi, e precisamente a Marsiglia, i casi sono del tutto eccezionali o mirabilmente occultati e censurati dall'amministrazione penitenziaria; delle regole draconiane renderebbero del resto l'introduzione particolarmente difficoltosa, ancorché l'immaginazione dei tossicomani non ha limiti e la sottigliezza dei fornitori sia illimitata.

Ma si pone ugualmente il problema dei farmaci nell'ambiente carcerario, quello che si è chiamato il rischio iatrogeno o barriera chimica. Gli psichiatri incaricati di far regnare l'ordine nella città come nella prigione utilizzando largamente la farmacopea al servizio del potere e della repressione.

Nelle statistiche tenute in Bretagna dal momento in cui sono state create le nostre strutture, la rubrica « intossicazione ai farmaci leciti » è in costante inflazione. La cifra record è di 22,5 % nel 1981, l'eroina raggiunge più del 30 %. La nostra équipe ha sempre lottato contro la psichiatrizzazione abusiva e soprattutto contro la « chimichizzazione » a oltranza. Non abbiamo del resto né il potere di intervenire né quello di prescrivere; per contro, non è raro, che noi ci auspichiamo la diminuzione delle terapie che ci appaiono troppo pesanti e pregiudizievoli per la vita e il dinamismo del soggetto incarcerato. La nostra pratica quotidiana ci autorizza a dire che in Francia la situazione dei tossicomani si è evoluta sensibilmente in maniera positiva all'interno del carcere, ai tossicomani, grazie al nostro ruolo che consiste semplicemente nell'intervenire, sono offerte delle nuove possibilità e in particolare gli interventi delle équipes pluridisciplinari. I nostri propositi sono stati volutamente discreti, l'ispirazione e l'immaginazione, forse pragmatismo.

RESUME

L'Auteur, dans son exposé, présente une expérience qui se déroule déjà depuis quinze ans dans la région où il travaille.

En marge, mais aussi en liaison, des services médicosociaux et éducatifs propres aux structures pénales, maison d'arrêt et centrale, l'équipe pluri-disciplinaire du centre de prévention a obtenu l'autorisation permanente de visiter les toxicomanes qui feraient appel à cette équipe ou qui lui seraient signalés par les différents opérateurs médicosociaux, éducateurs, infirmières, assistantes sociales de l'administration pénitentiaire. Nous ne sommes ni employés ni rémunérés par l'administration pénitentiaire et dépendons de la Direction régionale et départementale de l'action sanitaire et sociale.

Une longue expérience nous a appris à connaître les rouages, les sensibilités, les particularités voire les susceptibilités de chacun de ces acteurs de l'administration pénitentiaire. Un peu de psychologie, de diplomatie, de patience mais encore davantage de persévérance et

de résolution autorisent finalement à travailler dans des conditions satisfaisantes, constructives, ceci malgré les difficultés, les pièges.

Les sujets sont donc des toxicomanes prévenus ou détenus mais parfois même des sujets inculpés pour d'autres délits, délits eux-mêmes sous-tendus par une toxicomanie tout à fait évidente tant il est vrai que la toxicomanie est source de marginalisation, de délinquance voire de criminalité.

Les juges d'instruction ou d'application des peines sollicitent fréquemment notre collaboration pour régler un cas ponctuel, élaborer des solutions thérapeutiques ou rééducatives constructives.

L'Auteur pose ensuite la question: « Les toxicomanes ont-ils leur place en milieu pénitentiaire? ».

L'expérience montre qu'ils n'ont leur place nulle part et compte-tenu de leur comportement, se trouvent presque toujours en porte-à-faux dans toutes les structures qui les accueillent. Une autre difficulté est celle de distinguer clairement le petit utilisateur revendeur du trafiquant réel. L'abaissement de l'âge constitue également un problème. Notre expérience personnelle, pour avoir la responsabilité d'un dispositif complet de prévention et de traitement des toxicomanes, nous a fait remarquer de surcroît, que des cas très lourds, en marge de la loi, échappent souvent à la rigueur de cette loi qui s'abat paradoxalement lourdement sur le petit loubard maladroit ou des juvéniles imprudents.

L'Auteur insiste ensuite sur deux sortes de caractère: le caractère négatif et le caractère possiblement positif du séjour du toxicomane en milieu pénitentiaire.

Caractères négatifs: parmi ceux-ci une sorte de confusion entre la notion de rechute et de récidive, la trajectoire du toxicomane nécessitant presque toujours des accidents de parcours. Or la loi du 31 décembre 1970 semble faire une « obligation » aux sujets de guérir.

La drogue et la violence constituent deux composantes à travers lesquelles se manifeste la haine du corps et du réel; on peut alors se demander quel effet pourra avoir une condamnation et le séjour en prison.

L'incarcération implique également un vide, un changement culturel radical, chacun y apportant des habitudes d'un univers social déterminé; l'intégration et l'adaptation au milieu pénitentiaire ne peuvent se faire qu'au détriment de l'intégrité de la personne, et l'on sait combien le toxicomane a des problèmes de maturation, d'identification. La rupture dans le temps historique de l'individu participe à son morcellement; l'univers carcéral peut, pour certains, constituer une sorte de modèle dans l'art de supprimer ou de pervertir la communication inter-personnelle. L'isolement parfois prolongé, l'interdiction de visites impliquent la rupture avec le milieu et fait mesurer l'ampleur de la dépossession. Enfin, il n'est pas rare que les jeunes toxicomanes peu matures, se trouvent inféodés au « caïdat » qui est le lot hélas de bien des lieux de détention.

L'incarcération peut être dangereuse et possiblement contaminable pour des sujets faibles avec initiation à des milieux troublés ou franchement associatifs.

Cependant, il n'est pas que des caractères négatifs et certains *éléments* peuvent être considérés comme *positifs*. Il ne faut pas avoir tendance à imaginer que la prison soit toujours persécutrice dans l'esprit du condamné et être en complicité avec son discours fait de plaintes, de ressentiment, voire de haine à l'égard des lieux carcéraux et de son personnel. Cette attitude est une fonction défensive contre des sentiments plus positifs. Souvent, c'est la première fois dans leur vie qu'ils sont entourés d'un contenant (même s'il est rigide), qu'ils ont trois repas réguliers par jour, qu'ils doivent maintenir des relations personnelles qu'ils ne peuvent pas fuir; première fois qu'ils ont été obligés d'avoir un temps et un recul pour réfléchir sur eux-mêmes; un certain travail de deuil est parfois nécessaire pour préparer la vie hors institution.

L'incarcération constitue une séparation radicale du monde contaminant de la « dope », des fréquentations douteuses et des sollicitations diverses. Le facteur temps tout comme un isolement raisonnable peuvent constituer des facteurs de réflexion et de recul et partant, favoriser l'objectivation, une certaine maturation voire une relative stabilisation. Des magistrats n'ont pas hésité à affirmer que l'incarcération avait pu réussir là où les approches thérapeutiques avaient échoué.

Les tenants du « traitement pénal » insistent également sur l'approche psycho-socio-éducative. La pédagogie s'associant à des efforts de restructuration est dispensée par des intervenants pluri-disciplinaires qui oeuvrent en milieu pénitentiaire; également, la notion de « responsabilisation » du sujet a été évoquée s'opposant à la notion « d'assisté permanent » que prend souvent le toxicomane.

Dans notre région, les médecins et les équipes médico-sociales ont infléchi leur impact thérapeutique vers un aspect plus socio-éducatif voire pédagogique; de la même façon, les magistrats ont assoupli leur position dans la mesure où la « cure de désintoxication démythifiée », ils admettaient des placements familiaux, des formations professionnelles, des stages divers ayant à leurs yeux l'équivalence d'une cure de désintoxication entrant dans le cadre de la loi.

Enfin, en France, des magistrats spécialisés, procureurs et juges d'instruction ont été désignés dans chaque cour d'appel; des rencontres avec ces magistrats et les équipes et associations permettent une bonne compréhension des problèmes liés à la toxicomanie.

Enfin, la dernière partie de ce rapport expose les principes d'intervention des équipes spécialisées en milieu pénitentiaire. Il est important que le temps médico-social et judiciaire soit différencié et qu'il n'y ait pas d'interférence des genres car nous nous trouvons souvent confrontés à la demande de sujets qui souhaiteraient nous voir intervenir pour accélérer la procédure pénale s'ils sont en prévention, soit pour trouver un moyen de diminuer leur peine s'ils sont détenus condamnés ou d'obtenir divers avantages et aménagement du vécu quotidien. Nous ne pouvons, en aucun cas, nous situer comme une « potentialité » d'un quelconque pouvoir au niveau de l'autorité juridique; un manquement à cette règle correspondrait à une aliénation de notre écoute au sens

où la parole du toxicomane s'inscrit dans une perspective utilitaire et non comme le véhicule d'une souffrance qu'il s'agit d'entendre pour envisager un début d'approche thérapeutique. Cet abord thérapeutique se situant résolument dans la perspective du lendemain qui se veut dynamisant et permettre le choix démocratique qui symbolise, par définition, la liberté. C'est du reste à la sortie de prison que les problèmes se poseront aux toxicomanes. Rappelons que ces sorties peuvent être parfois dramatiques où se conclure par overdose et suicide si elles ne sont pas préparées.

Une autre difficulté de nos interventions est liée à ce qui pourrait être un mélange des genres dont les magistrats s'accommoderaient relativement bien dans certains cas, de libération provisoire ou conditionnelle si notre équipe était à même de trouver une solution adéquate. Ceci place l'équipe dans des situations délicates vis-à-vis des sujets incarcérés qui vivent cette alternative comme soumise à notre bonne volonté ou à notre efficacité.

Pour le reste, nous avons l'énorme avantage d'être « des gens du dehors, spécialisés de surcroît en la matière et n'ayant aucun lien ou tendance à l'égard de l'administration pénitentiaire »; cela facilite sans aucun doute le dialogue sur un mode plus personnel et authentique, cela nous permet également de nous placer sur un autre terrain qui est celui de faire « l'inventaire des forces vives du sujet », de l'aider à assumer sa situation mais surtout de chercher à utiliser le temps pénitentiaire dans un but de maturation, de structuration, d'affirmation du moi, enfin, dynamiser, invigorer, chercher des alternatives, des solutions d'avenir, des objectifs, des désirs chez des sujets qui souvent en sont totalement démunis.

Pour situer l'importance de notre mode d'intervention, disons que plus d'un tiers des sujets pris au charge au cours de l'année écoulée ont été, sont actuellement ou risquent de se trouver en milieu pénitentiaire.

Enfin, se pose le difficile problème de la drogue et des médicaments en milieu pénitentiaire. En ce qui concerne la drogue et mis à part quelques introductions frauduleuses dans les années 68-74 dans les prisons du midi et notamment à Marseille, les cas sont tout à fait exceptionnels ou remarquablement occultés et censurés par l'administration pénitentiaire, des règlements assez draconiens rendraient du reste l'introduction particulièrement difficile, encore que l'imagination des toxicomanes n'ait pas de bornes et la subtilité des fournisseurs soit sans limites.

Mais se pose également le problème du médicament en milieu pénitentiaire, ce que l'on a appelé le risque iatrogène ou la camisole chimique. Le psychiatre prescripteur chargé de faire régner l'ordre dans la cité comme dans la prison en utilisant « *larga-manu* » la pharmacopée, le « *flichiatre* » au service du pouvoir comme de la répression, on l'a écrit ça et là.

Dans les statistiques tenues en Bretagne depuis la création de nos structures, la rubrique « intoxication aux médicaments licites » est en constante inflation. Le chiffre record est de 22,5 % en 1981, l'hé-

roïne pour sa part atteignant plus de 30 %. Notre équipe a toujours lutté contre la psychiatrisation abusive et surtout la chimiatrisation à outrance. Nous n'avons pas du reste le pouvoir d'intervention ni de prescription; par contre, il n'est pas rare que nous souhaitions la diminution de thérapeutiques qui nous apparaissent parfois quelque peu lourdes et préjudiciables au vécu et au dynamisme du sujet incarcéré. Notre pratique quotidienne nous autorise à dire qu'en France, la situation des toxicomanes a évolué sensiblement de façon positive en milieu pénitentiaire, nous tenant au rôle qui est le nôtre, c'est-à-dire simple intervenant, des nouvelles possibilités son offertes aux toxicomanes et notamment les interventions d'équipes pluri-disciplinaires. Nos propos se sont voulus volontairement discrets, l'inspiration et l'imagination peut-être contraintes, se sont résolument effacées devant le réalisme et le pragmatisme.

SUMMARY

In his paper, the Author discusses the past 15 years experience in the region where he works.

Aside, but in liaison with the medico-social and educational services within the prisons, remand homes etc, the Multi-disciplinary Team of the Prevention Centre has been authorized on a continuing basis to visit those drug users who ask for the Team's help or who have been reported to the Team by the Prison's medico-social staff, teachers, nurses, social workers etc. The Team is neither employed nor paid by the prison authorities but is part of the Regional and Departmental Health and Social Services.

Long experience has made the team acutely aware of the moods, sensitivities, peculiarities, and susceptibilities of each of these figures working within the prison. A little psychology, diplomacy and patience, as well as perseverance and determination, have finally allowed the Team to work under satisfactory and constructive conditions in spite of the problems and difficulties.

The patients in question are remanded or detained drug addicts though sometimes they are accused of other crimes — crimes provoked by an obvious addiction to drugs since it is true that drug addiction is the cause of marginalization, delinquency and even crime. Magistrates and judges often seek their advice on a particular case in order to adopt suitable therapeutic and rehabilitation solutions.

The Author then puts the question « Do drug addicts have a place in the prison community? ».

Experience has shown that they do not have a place in any type of community and, given their behaviour, they are always out of place in any structure or set-up. It is also difficult to clearly distinguish between the occasional user-dealer from a true dealer. The drop in the age of addicts also constitutes a problem. Experience in the exercise of its responsibility for the prevention and treatment of drug addictions has proved to the team that some very serious borderline

cases often escape the law which tends, ironically, to hit the clumsy small-time dealers or inexperienced youths.

The author then emphasizes two aspects: the negative one and the possible positive aspect of imprisonment of the drug addict.

On the negative side, there is some confusion between the notion of a set-back and relapse; the drug addict's case history almost always involves some accidents or set-backs along the way whilst the 31 dicembre 1970 Law appears to « force » the patients to get better.

Since drugs and violence are both means of expressing hate of the body and of reality, one wonders what effect a sentence and imprisonment provoke.

At the same time, imprisonment implies a void, a radical cultural change, each bringing the habits of a specific social world, and integration and adaptation to life in prison can only be achieved to the detriment of each individual's integrity and we are already aware of the drug addicts problems of maturity and identification. The rupture with the individual's past contributes to his breakdown, and the prison world can, for some, constitute a sort of model in the art of suppressing and preventing communication between people. The sometimes prolonged isolation and the forbidding of visits cuts the past off and increases the feeling of isolation. Finally, it is not unusual for young, immature drug addicts to come under the thumb of the « bosses » who dominate unfortunately so many prisons.

Imprisonment can be dangerous with a possible risk of contamination of the weaker inmates with their introduction to disturbed or openly gang-like surroundings.

However, over and above the negative aspects, certain elements can be considered positive. The tendency to view the prison as a persecutor in the condemned's mind should be avoided as also the tendency to be a complice of the inmate when he complains, resents or expresses his hate for the prison and its staff. This is a defensive stand against more positive feelings. Often it is the first time in their life that they are part of a system (even if a rigid one), that they eat three meals a day, that they have to maintain unavoidable contacts with people, the first time that they have time to think about themselves and some time for reflection is needed to prepare for life outside the prison.

Imprisonment is a complete break from the dope-contaminated world, the dubious acquaintances and various temptations. The time factor as well as a reasonable period of isolation can form the basis for reflection and lead to a certain maturity and stability. Magistrates have not hesitated in stating that imprisonment has succeeded where therapeutical approaches have failed.

Supporters of « treatment in prison » also insist in the psycho-socio-educational approach. Teaching, together with an effort to restricture, is carried out by pluri-disciplinary experts working in the prison and the notion of « responsabilization » is favoured against that of « permanent patient » which is often favoured by drug addicts.

In their region, the doctors and medico-social teams have directed their therapeutic impact towards a more socio-educational or training

aspect, at the same time magistrates have become more flexible since they have been able to compare the results of the « demystified » disintoxication cures through placements in families, vocational training and courses with those of the disintoxication cures as foreseen under the special law.

In France, the assignment of trained magistrates, lawyers and judges to the Appeal Courts and their discussions with teams and associations has led to a better understanding of the problems related to drug addiction.

Finally, the last part of the paper deals with the principles of intervention of the expert team in prisons. It is important that the medico-social steps be separate from the judicial procedures and there should be no interference between them since the teams have found themselves confronted with patients' requests for intervention to speed up the legal procedures if they are remanded or to find a means to reduce the sentence if they are already condemned or merely to enjoy certain advantages and improvement of their daily way of life. In no event must the teams find themselves in a potential « power » situation vis-à-vis the judicial authorities since this could lead to a loss of their say since parole for a drug addict is seen as a tool for the future and not as a means of suffering that is seen as the beginning of a therapeutical approach. This therapeutical approach firmly looks to the future, which should be dynamic, and allows a democratic choice which here implies freedom. In any event, it is on leaving prison that the drug addict faces the real problems. Day releases can sometimes be dramatic and lead to an overdose or even suicide if they are not carefully planned and prepared.

Another difficulty, arising out of their interventions, is connected with the fact that magistrates would often be willing to grant discharge on parole or on license if the team was able to come up with a suitable solution. This places the team in a very difficult situation vis-à-vis imprisoned inmates who feel dependent on the team's good will or efficacy.

However, the fact that the team is composed of « people from outside with recognized expertise in the subject, and above all with no ties or connections with the prison authorities » is a great advantage and without a doubt facilitates a more personal and real dialogue. It also enables them to place themselves on a different footing in order to help the patient « review his driving forces », to grasp the situation and, above all, to use the time in prison to become mature, to build up and affirm his personality and finally to become active, invigorated, to look for alternatives, solutions for the future, objectives — patients who are often completely lacking in such feelings.

In order to appreciate the size of interventions, it should be said that more than one third of patients cared for in a given year were, are or are likely to be in prison.

There is also the difficult problem of drugs and medicines in prison. As far as concerns drugs, and apart from the illegal introduction of drugs into prisons in the south of France, in particular in Marseille,

between 1968 and 1975, there have only been a few exceptional cases or they have been well covered up and censored by the prison authorities, though the severe rules have made illegal introduction especially difficult and it cannot be said that either the drug addicts' imagination or the dealers' craft are without limit.

Then there is the problem of medicines in prison — the so-called iatrogenic risk or chemical shield. Much has been written about the psychiatrist who, in order to achieve peace and quiet in the town as in prison, generously prescribes medicines in the service of power and of repression.

The statistics kept in Brittany since the inception of the service on « intoxication with legal medicines » continue to grow. The record figure was 22, 5 % in 1981 whilst heroin covers some 30 %. The team has always been against excessive psychiatric and chemical treatment. They are not authorized, however, to intervene nor to prescribe though it is not rare that they ask for a reduction of treatments in their opinion somewhat excessive and harmful for the inmate concerned. Day to day experience permits them to state that, in France, the situation of drug addicts in prisons has improved considerably and whilst they keep to their role, i.e. an advisory one, new possibilities are offered to drug addicts and particularly pluri-disciplinary teams interventions. Their proposals have been purposely discreet, and their inspiration and imagination perhaps a little constrained but this has proved efficient against realism and pragmatism.