

ROLES DES SERVICES DE SANTE MENTALE PENDANT ET APRES L'INCARCERATION

FERNAND GOFFIOUL (*)

Les vagues successives de consommation de drogues toxicomanogènes et de substances psychotropes de manière générale qui ont déferlé sur le monde occidental depuis une quinzaine d'années justifient largement une concertation interdisciplinaire et une évaluation de rôles réciproquement attendus dans les différentes instances sociales et des professionnels des différentes disciplines.

On s'accorde à dire que, au fil des années, dans les différents pays occidentaux, des polytoxicomanes de plus en plus jeunes courent et font courir des dangers vitaux et sociaux plus grands. Le nombre des morts par surdosage augmente dans les différents pays. Le nombre des interventions pénales s'accroît. N'est-ce pas dû au renforcement des moyens policiers? Le signalement plus fréquent ne dépend-il pas de l'émotion sociale qui mobilise les médias?

Fondamentalement et avant tout, quelle est la pertinence du sentiment très répandu: « Les usagers sont des malades, victimes des trafiquants. Il faut soigner les uns et punir les autres ».

Ce sentiment a donné lieu non seulement à un débat tumultueux, à preuve que des campagnes politiques récentes se sont emparées du problème, mais des lois ont été promulguées dans différents pays.

(*) Neuro-Psychiatre. Directeur du Centre de Santé mentale. Maître de Conférence à l'Université de Liège, Belgique.

La référence culturelle et socio-thérapeutique pourrait bien servir à réunir la psychiatrie et la criminologie idéalement dans une hypothèse d'action unique avec comme lieu géométrique, la santé mentale (Balduzzi).

Le débat a davantage encore de relief du fait de l'extension du phénomène dans le champ socio-culturel au cours des dernières décennies. En même temps que la contestation et le grand refus des années 68, évoluent depuis lors sous des formes diverses, non seulement le recours accru à des édulcorants de l'anxiété, à des échappatoires dans les paradis artificiels, mais encore une démission face à la vie sociale, à ses contraintes et à ses aspects désespérants. Dans le même temps, s'est institué un débat aussi bien sur la valeur fonctionnelle que la valeur symbolique de l'asile pour aliénés et de la prison en tant qu'éléments de la protection sociale, mais aussi de régénération des individus perçus comme insupportables.

Organes de rejet, doivent-ils être aussi des organes de régénération?

Un débat raisonnable est-il concevable qui ne soit pas manichéen?

Le problème n'est pas d'être pour ou contre la prison.

Le problème n'est pas de trouver une ligne de démarcation entre drogues dures et drogues douces.

Le problème n'est pas celui de la dépénalisation, de la décriminalisation comme on veut le dire, il est celui d'une approche critique sans doute, mais aussi celui de la recherche d'une solution d'humanité progressive qui soit compatible à la fois avec la pratique judiciaire en fonction de la loi pénale et de son caractère évolutif et avec les attitudes sociales que le phénomène entraîne.

L'intention est ici de situer et d'explicitier l'interprétation médico-psychologique.

Le rôle des services de santé mentale, qu'il s'agisse de services ambulatoires ou hospitaliers, spécialisés ou sensibilisés est explicitement prévu dans différents textes aux Conventions Internationales. Ainsi, la Convention Unique sur les stupéfiants de 1961 envisage non seulement les substances soumises au contrôle des organes internationaux de contrôle, des mesures préventives, répressives et de limitation d'usage, mais

encore stipule qu'il faut prévoir et recommander le traitement des toxicomanes.

Un protocole consécutif adopté à Genève le 25 mars 1972 prévoit que les personnes qui utilisent de façon abusive des stupéfiants soient soumises à des mesures de traitement au lieu d'être condamnées pénalement ou en complément de leur condamnation.

La convention sur les substances psychotropes de Vienne du 21 février 1971 élargit le contrôle international à l'usage de substances gravement dangereuses pour la santé: hallucinogènes, stimulants et déprimeurs du système nerveux central.

La loi belge du 9 juillet 1975 et la loi française du 31 décembre 1970 conjuguent dans la lutte contre la toxicomanie autorités judiciaires et sanitaires, des actions médico-sociales étant destinées au traitement des toxicomanes tandis que des mesures répressives frappent ceux qui font commerce illicite ou incitent à consommer des psychotropes.

Rôle des services de santé mentale

Le Comité Européen pour l'Etude des Problèmes Criminels fait très clairement allusion et appel aux instances médico-sociales, qu'il s'agisse de décriminalisation de jure, de facto ou de diversion, ce dernier processus ne consistant pas pour la justice pénale régulièrement compétente à s'abstenir de poursuivre, mais bien à renvoyer le problème aux parties directement concernées avec l'aide éventuelle d'un organisme extérieur pour résoudre le problème, en l'occurrence un centre médico-social.

L'accent est ici mis sur l'intervention positive de cet organisme extérieur qui aidera le délinquant à surmonter les problèmes qui ont pu le conduire à la délinquance.

Il est caractéristique que cette intervention soit le fait d'organismes ad hoc, distincts des services pénitentiaires et de leurs annexes médicales, psychiatriques en l'occurrence.

L'action médico-sociale, en réponse aux différentes formes de consommation illicite de drogues, peut se développer à côté de l'action pénale et du processus pénologique ou dans l'intermittence de cette action.

Dans cette perspective, il faut envisager les instances médico-sociales, non seulement par rapport au processus

pénal, mais aussi pendant les solutions alternatives à la prison, comme solution alternative à la prison (mesure de probation, placement en foyer d'accueil, internement psychiatrique de défense sociale, libération conditionnelle, mesure prétoirienne, décision du juge de la jeunesse....).

Le processus pénal est par essence même positiviste, bureaucratique, discontinu. Le processus médico-social est personnalisé, phénoméno-structurel, adaptatif, c'est-à-dire transactionnel et il se fonde dans un processus de réalité, c'est-à-dire qu'il vise à la continuité de l'effet psychologique au-delà et du fait même de l'action psychologique et psycho-sociale. Le principe général est de comprendre avant d'agir, de savoir qui fait quoi, comment et pourquoi.

Les personnes concernées sont donc celles qui tombent sous le coup de la loi pénale. Toutes les pharmacodépendances ne tombent pas sous le coup de la loi pénale ou du moins pas comme telles et ceux qui se droguent aux solvants, tel de Sassi, ne sont jamais poursuivis pour pharmacodépendance.

Ceux qui sont poursuivis appartiennent à trois catégories distinctes: les usagers, les usagers-revendeurs, les trafiquants.

Les usagers-revendeurs cherchent à se faire passer plus pour usagers que pour revendeurs et les trafiquants n'ont aucune propension à recourir à une tutelle médico-sociale. Il est arrivé toutefois que certains dealers s'infiltrèrent dans les salles d'attente de centres médico-sociaux pour y recruter ou relancer une clientèle.

Le rôle du centre psycho-médico-social pendant et après la détention est centré sur la personne. C'est un processus de type médical qui est amorcé à l'occasion d'une infraction à la loi. Pourtant le contrôle de la situation anti-sociale et anti-éthique que sanctionne la loi n'est qu'une étape et non une fin en soi. Le but vrai est l'adaptation et la compatibilité sociale avec en corollaire, sur le plan social, la tolérance positive, le respect de la différence qui n'est pas laisser faire, mais bien rendre possible la coexistence.

Il est important de noter que les services de santé mentale sont des organismes d'action psychologique qui interviennent ici à propos de circonstances d'intérêt criminologique. Leur intervention a provoqué chez certains méfiance, suspicion et a lancé le néologisme de « flic iatrie ». Pourtant, sans être ni un pouvoir ni un contre-pouvoir, le centre de santé men-

tales se situe comme un médiateur. Il ne risque pas de devenir totalitaire par le fait même qu'il n'est pas un contenant. Il propose un programme, un plan qui doit s'appliquer de façon concrète dans l'espace et dans le temps, mais qui plus est, doit pouvoir déboucher sur un accès au registre symbolique, notamment celui de la loi intériorisée, celui des identifications.

L'évaluation diagnostique, centrée certes sur l'individu, est pluriaxiale: psychique, physiologique et sociale. Cette approche postule donc une collaboration pluridisciplinaire: médecin, psychologue, travailleur social.

Le centre de santé mentale peut parfois être chargé de l'expertise mentale et recevoir du magistrat instructeur la mission de l'éclairer sur la responsabilité pénale du toxicomane. De plus, il arrive aussi que la mission confiée par le magistrat instructeur ou par la juridiction de fond comporte d'esquisser, s'il échet, une thérapeutique. Dans ce cas, l'expertise a d'emblée une dimension de prévention tertiaire (prévention de la récidive). De manière explicite la perspective d'un traitement est, selon le vœu des législateurs, virtuellement incluse dans la décision de justice.

Lorsque le Tribunal de la Jeunesse fait appel aux services de santé mentale, ce n'est pas pour apprécier les responsabilités pénales ni même l'accessibilité à une sanction pénale. L'examen médico-psychologique et l'enquête sociale constituent alors le cadre de référence qui oriente et qui pratiquement délimite la décision du juge de la jeunesse.

Qu'il s'agisse de l'évaluation diagnostique lors de la prise en charge ou de l'expertise mentale, l'essentiel pour l'équipe est d'entrer dans la compréhension des actes incriminés, leur vécu illusoire ou douloureux. Cette démarche d'évaluation crée à l'instant même un champ relationnel et elle est déjà souvent perçue comme une réponse à une attente massive de bienveillance de la part du justiciable.

Tenter de comprendre, c'est aussi affronter la contradiction entre le toxicomane et les valeurs qu'il adopte, et qui sont souvent très différentes de celles du commun des mortels. En particulier, que veut dire pour lui illicite? La toxicomanie est une maladie qu'on a souvent défini comme une authentique « pathologie de la liberté ». Si la toxicomanie est une maladie qui restreint la liberté, elle diminue d'autant la responsabilité pénale, hormis le cas où elle est génératrice

ou sous-produit de la démence ou de déséquilibre mental grave qui rend le sujet incapable du contrôle de ses actions.

Généralement, l'état de démence n'est retenu pas les experts que lorsque les actes délictueux ont été commis sous l'effet direct de la drogue. Pour le toxicomane comme pour l'acoolique, la plupart des experts considèrent qu'en s'étant mis volontairement dans une situation potentielle de commettre un délit, le sujet est responsable de son ivresse alcoolique ou canabique, de ses hallucinations dues au L.S.D., de son agressivité provoquée par les amphétamines ou la cocaïne, de sa confusion ou de son hébétude due aux opiacés ou aux hypnotiques (Leyrie). Toutefois, un mode d'existence psychopathique où la toxicomanie est un épiphénomène dans un contexte de déséquilibre ou au contraire une imprégnation chronique par des substances toxicomanogènes vraies, entraînant un mode d'existence psychopathique, peuvent inciter l'expert ou l'équipe d'experts à faire tomber le sujet sous l'application de la loi belge de défense sociale (1^{er} juillet 1964) au motif particulier à cette loi du déséquilibre mental grave rendant le sujet incapable du contrôle de ses actions.

Il existe des périodes particulièrement critiques: l'intervalle entre la détention préventive et la citation au Tribunal, les congés pénitentiaires ou de défense sociale sont des moments de rupture et de fuite. Parfois aussi, c'est au service de santé mentale que l'enfant prodigue s'adresse, à son retour ou depuis sa cachette, pour négocier un nouveau cadrage de l'existence.

Ces divers éléments sont des arguments supplémentaires pour que la relation thérapeutique soit nouée tôt, en phase carcérale éventuellement, en aidant le patient justiciable à distinguer les rôles et à exprimer ses attentes et ses craintes. Dédramatiser n'est pas banaliser. Le patient tente souvent de faire évoluer la psychothérapie vers une critique du système et de la société, d'attirer dans son orbite imaginaire le thérapeute mais aussi d'obtenir un accord implicite pour une rupture avec l'autorité judiciaire et ses exigences. Cela fait partie de son imaginaire et de ses désirs plus ou moins confus. Même chez le consommateur occasionnel, une des questions importantes est de savoir quel est le balancement dans son attitude et dans son désir qui le fait osciller entre le réel et l'imaginaire. S'il s'agit de sujets en invasion psycho-

tique (schizophrénie incipiens) ou de phénomènes de pharmacopsychose induits par les hallucinogènes, les oscillations dans la fonction du réel et l'irruption dans l'imaginaire sont parfois très rapides, déroutantes, même pour le clinicien.

Les données recueillies au cours de l'observation psychiatrique pourront être ultérieurement utilisées de manière à corroborer ou à interpréter de façon congruante ou différente, au fil de l'évolution psychopathologique, les données primitivement relevées. L'expertise n'est donc pas seulement un document destiné à orienter la décision de justice, c'est essentiellement un document clinique qui fonde l'hypothèse de travail thérapeutique en mesurant les écarts et les inflexions et en fondant les options thérapeutiques de façon cohérente, compte tenu de l'évolution spontanée ou induite de la vie psychique.

De l'obligation à la motivation au traitement

Un autre aspect qui met la démarche d'évaluation en porte-à-faux est que la demande d'aide est faible tandis que l'état psychopathologique est difficile à soigner. Or le diagnostic n'est pas une étiquette, c'est la base d'une hypothèse de travail. Certes, la dimension sociale est déterminante de manière évidente dans une large proportion de cas. Cela impliquerait la mise en cause de l'entourage. On serait souvent tenté de faire le procès de parents démissionnaires ou d'une société difficilement compréhensible.

On est ainsi pris dans un réseau d'ambiguïtés et de contradictions. Cela fait davantage problème pour la décision pénale comme telle que pour cadrer l'hypothèse de travail et la prise en charge thérapeutique.

En effet, d'un point de vue pratique et du point de vue de l'authenticité de la relation thérapeutique, l'élément important est d'aborder l'homme situé dans son réseau de relations. Par ailleurs, l'authenticité d'une relation thérapeutique dépend d'une motivation sincère. Même s'il n'y a pas eu à l'origine de demande spontanée, il faut pouvoir faire évoluer l'attitude vers une motivation personnelle, vers une implication dans la relation thérapeutique (Mc. Lellaln). Fréquemment adressé

par l'autorité judiciaire, parquet, juge d'instruction, juge de la jeunesse, le patient oscille entre le conformisme et l'opposition. La relation de confiance s'établit plus ou moins difficilement. L'ambiguïté entre traitement et répression engage souvent des sujets à échapper à la relation thérapeutique, soit en appauvrissant le dialogue, soit en s'absentant, soit en fuguant, à l'étranger éventuellement, qu'il y ait ou non rec chute ou délit quelconque.

D'un point de vue psychopathologique, les usagers de drogue appartiennent à une grande variété d'états. Les personnalités limites développent facilement des sentiments persécutifs.

Durant l'incarcération, le sujet arrêté qui se trouve en état de manque dépend primordialement du service médical et du service psychiatrique de la prison. Les dysfonctionnements du système pénitentiaire ne sont pas rares et il n'est pas exceptionnel qu'un sujet délire plusieurs jours, en risque vital, avant d'être traité. D'autres reçoivent de la méthadone à bonne dose, parfois durant des mois, pour avoir simplement affirmé s'être piqués à l'héroïne sans qu'on ait autrement vérifié les signes cliniques et les traces physiques de leur dépendance et de leur imprégnation.

Il est des prisons où non seulement des tranquillisants mais aussi des stupéfiants, des amphétamines sont obtenus avec grande facilité, pas seulement dissimulés dans des colis, mais procurés par le personnel et à des prix qui ne sont même pas supérieurs à ceux du commerce clandestin dans les tripots urbains.

Ces faits, de fréquence variable selon les époques, méritent d'être sérieusement considérés. Leur portée dépasse le cas. « Que ne suis-je moi-même dans la grande maison, disait récemment un mineur d'âge qui n'avait pas été mis en prison, mes copains reçoivent autant de méthadone qu'ils veulent et des tranquillisants, alors que vous me refusez ce traitement de substitution et me prêchez courage et volonté ».

Lorsqu'on pense au traitement, l'attention se porte de façon excessive sur la phase de désintoxication physique. Les aspects psychothérapeutiques et sociothérapeutiques sont bien plus importants: le désir de la drogue survit longtemps aux besoins, c'est pourquoi, dès la phase carcérale, il faut pré-

parer le cadre et les moyens d'une véritable liberté et prévoir spécialement les moments à risques que sont en particulier, les moments de « décompression », sortie provisoire ou définitive qui s'accompagnent si souvent de rechute immédiate rien que pour éprouver l'ivresse de la liberté.

Ces premiers moments de réintégration sociale doivent être soigneusement préparés pour qu'ils ne soient pas marqués par des contradictions et des doubles contraintes. La réintégration sociale doit se faire dans des conditions vivables, matériellement et moralement. Le malaise et l'angoisse réactivent facilement des conduites toxicophiles. La rechute, accident prévisible mais non pas inéluctable ne doit pas revêtir une importance excessive. On ne peut néanmoins la négliger ni laisser les stéréotypes catastrophiques se répéter.

La dangerosité comme critère de décision

L'appréciation de la dangerosité, c'est-à-dire le risque vital et la probabilité de la récédive, de prosélytisme se situe au carrefour entre répression et solution alternative. Incontestablement, la confiance de pas mal de magistrats reste mitigée, les échecs étant toujours plus retentissants que les succès et les risques étant incontestablement considérables. Cette dangerosité doit être appréciée en fonction des facteurs déclenchants, à la lumière des histoires du sujet, afin de situer les stéréotypes susceptibles de réactiver la conduite toxicophile.

Ceci est vrai pour les adolescents en particulier. Leur personnalité reste plastique aux influences positives mais plus encore aux incitations délétères. Leurs identifications et leurs projections sont incertaines et labiles. Leurs attitudes vis-à-vis de la bande sont facilement fusionnelles. La bande les marginalise et par là, les constitue (Fatela). Pour les adolescents en particulier, la notion de dangerosité tient au réamorçage des cercles vicieux. Le danger aussi est celui de créer sans réagir un cercle vicieux au second degré qui est subjectivement vécu comme une double contrainte: « Vous voulez que je m'adapte à la société, la seule société qui m'accepte est celle des copains. Or, c'est entre eux et moi que vous vous interposez... ».

De la bande au groupe thérapeutique

L'évolution de la cité contemporaine est marquée par une profonde évolution des relations humaines où le besoin de s'identifier et de se fondre dans le groupe alternent. La résolution (73.24) sur le traitement des délinquants en groupe et en communauté (Comité des Ministres Européens du 26 sept. 1973) recommande d'examiner la possibilité d'introduire et de développer en milieu ouvert et en milieu fermé, des techniques de groupe. Divers services de santé mentale ont acquis au fil des années une expérience dans ce domaine, plus facilement peut-être avec les alcooliques qu'avec les autres pharmacodépendants. Cela tient sans doute au fait que la transgression est psychologiquement bien plus importante chez ceux-ci que chez ceux-là. Quoiqu'il en soit, les groupements autothérapeutiques ou des groupes thérapeutiques encadrés par les professionnels entraînés ont apporté la preuve des faits complémentaires heureux. La fusion dans le groupe étant un stade préalable à une meilleure identification personnelle voire à un retournement en contraire à un prosélytisme cette fois positivement orienté.

Service de santé mentale indépendant et milieu carcéral

Le service médical pénitentiaire a, au premier chef, la tâche d'assurer le diagnostic et le traitement de manière indépendante du processus pénal. Il est fréquent que les médecins et leurs auxiliaires soient mal équipés et secondés pour cette tâche, une complémentarité entre les équipes extérieures s'avère souhaitable, spécialement pour la mise en train d'une psychothérapie, d'autant que le prévenu peut s'il le désire réclamer l'intervention de médecins ou d'équipes extérieures. On pourrait se poser la question de savoir pourquoi les condamnés qui purgent une peine ne pourraient pas eux aussi bénéficier de cette liberté fondamentale.

Le service social pénitentiaire, la Commission administrative de la prison, les Aumôniers, Pasteurs et Conseillers moraux, les Comités de Patronnage, d'aide et de reclassement sont aussi des interlocuteurs privilégiés.

Ils sont parfois mieux à même que les intéressés eux-mêmes de formuler ou de moduler la demande d'aide technique pour un individu donné.

De l'aide individuelle à l'analyse institutionnelle

L'évaluation clinique, l'esquisse d'un projet, la mise en trait progressive d'un programme thérapeutique comportant notamment un nouveau mode de relation au monde et aux autres permettent aussi par abstraction mais non par globalisation, une réflexion critique sur le système de contrôle social et sur le système carcéral en particulier. Depuis un certain nombre d'années, l'administration pénitentiaire belge a pris le risque d'installer des équipes universitaires dans certaines prisons de peines, pluridisciplinaires et chargées d'observations et de recherches. Leur rôle, difficile à admettre et à ajuster de part et d'autre a néanmoins eu un retentissement et une influence considérables au cours des années.

De façon moins spectaculaire sans doute, des équipes de santé mentale, à partir des observations cas par cas, peuvent aussi arriver à une réflexion critique et constructive permettant de réduire les dysfonctionnements et de pallier certaines insuffisances.

Le vécu pénitentiaire laisse en souvenir une trace qui est loin d'être univoque. Certains sujets, mineurs pénaux qui au terme de la loi de la protection de la jeunesse ne peuvent être incarcérés que 14 jours, conservent de leur bref séjour en maison d'arrêt une impression d'affranchissement, de mûrissement et en tirent parfois vanité et prestige.

D'autres sujets appréhendés sous l'influence de psychostimulants comme des amphétamines ou de la cocaïne ont, 48 ou 72 heures après leur incarcération, une « descente » particulièrement pénible d'ordre mélancolique avec un risque de suicide considérable dont bien peu de gardiens de prison sont avertis.

Ce n'est donc pas en censeur ni en contre-pouvoir, mais en partenaires d'un dialogue constructif que certains voudraient se constituer par rapport aux divers tenant des rôles du misérable théâtre carcéral.

Peut-être dans ce dialogue, l'idée centrale pourrait-elle axer les réflexions. « Le toxicomane, alcoolique ou drogué

a besoin d'amitié, mieux, d'amour. Mais pour guérir, il a absolument besoin de quelqu'un qui soit plus fort que lui, sinon il ne passera jamais de l'état de dépendance à l'état de liberté » (Comiti).

Après la prison, le bilan psychosocial fait souvent apparaître des carences précoces et prolongées dans l'entourage. Les conflits, les rancœurs, les incompatibilités peuvent persister. Le refus de l'autorité est souvent la transposition du refus de l'autorité parentale à tort ou à raison, proportionnée ou démesurée. Asile ou prison, les milieux totalitaires sont néanmoins sécurisants. En relai, il faut un ailleurs vivable. Les maisons d'accueil sont des points d'appui indispensables. Leur rôle doit cependant être limité et certains gourous qui vendent leur charisme patriarcal méritent d'être considérés avec beaucoup de circonspection. Accueillir, héberger, entourer d'attention est certes important d'un point de vue thérapeutique mais partiel. Certains se montrent présomptueux et affichent des résultats, sans dire après quel délai d'observation. De façon générale dans le domaine criminologique et dans le domaine de la pharmacodépendance en particulier, c'est vers des processus d'action et de coopération dans la complémentarité qu'il faut s'orienter pour être restructurant. Il faut éviter de recréer les système de ghetto et des positions plus ou moins paranoïdes. C'est déplacer le rejet et le répéter.

En bref et en conclusion le caractère mouvant des phénomènes psychosociaux de pharmacodépendance méritent une analyse et un ajustement continus.

RIASSUNTO

L'Autore ricorda, nell'introduzione, che il consumo di droghe è in continua crescita comportando da una parte, un aumento dei decessi da overdose e dall'altra, un moltiplicarsi degli interventi penali.

L'opinione pubblica distingue i consumatori dai trafficanti. I primi debbono essere curati, i secondi debbono essere puniti. Questa distinzione ha dato luogo ad un dibattito molto acceso. Pena o trattamento?

La Convenzione Unica sugli stupefacenti del 1961 stipula che bisogna contemplare e raccomandare il trattamento dei tossicomani.

Similmente un protocollo successivo del 25 marzo 1972 contempla il trattamento al posto della condanna o ad integrazione della condanna.

La legge belga del 9 luglio 1975 e la legge francese del 31 dicembre 1970 congiungono le autorità giudiziarie con quelle sanitarie nella lotta contro la tossicomania.

Ruolo dei servizi di salute mentale

L'accento è posto sull'azione medico-sociale che dovrebbe svilupparsi accanto all'azione penale o alternativamente a quest'ultima.

I soggetti coinvolti sono quindi coloro che sono colpiti dalla legge penale: consumatori, consumatori-trafficienti e trafficanti.

Il ruolo del centro psico-medico-sociale durante e dopo la detenzione è incentrato sulla persona.

La valutazione diagnostica è plurisettoriale: fisica, psicologica e sociale.

Il centro di salute mentale può, alle volte, essere incaricato di effettuare una perizia mentale e ricevere dal magistrato istruttore l'incarico di far luce sulla responsabilità penale del tossicomane e d'altra parte attuare la terapia.

Lo scopo principale di questa azione è quello di tentare di comprendere il soggetto. L'Autore esamina poi la nozione di stato di demenza legato alla droga.

Alcuni esperti considerano che il soggetto è responsabile della sua ubriachezza prodotta dalla droga, come per quella prodotta dall'alcool. Pertanto in alcuni casi, altri esperti pensano che il soggetto possa essere giudicato incapace del controllo delle sue azioni (legge belga 1 luglio 1964).

Dall'obbligo alla motivazione al trattamento

L'Autore mette qui in evidenza le difficoltà di un rapporto terapeutico (dovute in particolare all'ambiguità tra trattamento e repressione).

Per una sicura riuscita è necessario che questo rapporto terapeutico sia avviato il più presto possibile.

I dati raccolti nel corso dell'osservazione psichiatrica non sono esclusivamente destinati ad orientare la decisione della giustizia, essi debbono costituire un documento clinico essenziale, base del lavoro terapeutico.

L'Autore precisa poi che gli aspetti psicoterapeutici e socioterapeutici sono più importanti della fase di disintossicazione fisica del soggetto.

Anche i primi momenti di libertà del soggetto sono molto delicati, bisogna dunque preparare questa fase di reintegrazione sociale nel modo più accurato possibile.

La pericolosità come criterio di decisione

La stima della pericolosità (cioè del rischio vitale e la probabilità di ricaduta deve essere fatta in funzione dei fattori scatenanti alla luce del passato del soggetto al fine di situare gli stereotipi suscettibili di riattivare la condotta tossicofila (e ciò più particolarmente con gli adolescenti).

Gruppi terapeutici

L'esperienza dimostra che i gruppi autoterapeutici o i gruppi terapeutici guidati da esperti professionisti hanno ottenuto degli ottimi risultati.

Servizio di salute mentale indipendente e ambiente carcerario

L'Autore propone, in considerazione dello stato insoddisfacente dei servizi medico-penitenziari, di attuare una complementarità con gruppi esterni, in particolare per l'attuazione di una psicoterapia.

Dall'atto individuale all'analisi istituzionale

L'Autore descrive l'esperienza del Belgio che ha dislocato dei gruppi universitari in alcune carceri per effettuare delle osservazioni e delle ricerche.

Similmente dei gruppi di salute mentale, partendo da osservazioni caso per caso possono anche giungere ad una riflessione critica e costruttiva che permetta di ridurre i cattivi funzionamenti.

Gli effetti negativi della detenzione sono numerosi e il periodo successivo ad essa è molto importante.

Bisogna ricreare un ambiente vivibile ed evitare quelle ghettizzazioni che per il tossicomane potrebbero costituire dei fattori di ricaduta.

RESUME

L'Auteur rappelle, en introduction, que la consommation de drogues ne cesse d'augmenter, entraînant d'une part, un accroissement des décès par overdose et, d'autre part, une multiplication des interventions pénales.

Le sentiment général sépare les usagers et les trafiquants. Les premiers doivent être soignés, les seconds doivent être punis.

Ce sentiment a donné lieu à un débat tumultueux. Peine ou traitement?

La Convention Unique sur les stupéfiants de 1961 stipule qu'il faut prévoir et recommander le traitement des toxicomanes. De même un protocole consécutif du 25 mars 1972 prévoit le traitement au lieu de la condamnation ou en complément de la condamnation. La loi belge du 9 juillet 1975 et la loi française du 31 décembre 1970 conjuguent autorités judiciaires et sanitaires dans la lutte contre la toxicomanie.

Rôle des services de santé mentale

L'accent est mis sur l'action médico-sociale qui devrait se développer à côté de l'action pénale ou dans l'intermittence de celle-ci.

Les personnes concernées sont donc celles qui tombent sous le coup de la loi pénale: usagers, usagers-trafiquants, trafiquants.

Le rôle du centre psycho-médico-social pendant et après la détention est centré sur la personne.

L'évaluation diagnostique est pluriaxiale: psychique, psychologique et sociale.

Le centre de santé mentale peut parfois être chargé d'expertise mentale et recevoir du magistrat instructeur la mission de l'éclairer sur la responsabilité pénale du toxicomane et, par ailleurs, de mettre en place une thérapeutique.

Le but principal de cette action est de tenter de comprendre le sujet.

L'Auteur passe ensuite à la notion d'état de démence liée à la drogue. Certains experts considèrent que le sujet est responsable dès son ivresse due à la drogue, tout comme pour celle due à l'alcool.

Cependant, dans certains cas, d'autres experts pensent que le sujet peut être jugé incapable du contrôle de ses actions (loi belge 1 juillet 1964).

De l'obligation à la motivation au traitement

L'Auteur met ici en évidence les difficultés d'une relation thérapeutique (en particulier dues à l'ambiguïté entre traitement et répression).

Pour une réussite plus sûre, il faut que cette relation thérapeutique soit nouée le plus tôt possible.

Les données recueillies au cours de l'observation psychiatrique ne sont pas seulement destinées à orienter la décision de justice; elles doivent être un document clinique essentiel, base du travail thérapeutique.

L'Auteur précise ensuite que les aspects psychothérapeutiques et sociothérapeutiques sont plus importants que la phase de désintoxication physique. Ainsi, les premiers moments de liberté sont les plus importants; il faut donc préparer cette phase de réintégration sociale le plus soigneusement possible.

La dangerosité comme critère de décision

L'appréciation de la dangerosité (c'est-à-dire le risque vital et la probabilité de récidive) doit se faire en fonction des facteurs déclenchants, à la lumière des histoires du sujet, afin de situer les stéréotypes susceptibles de réactiver la conduite toxicophile (et cela plus particulièrement chez les adolescents).

De la bande au groupe thérapeutique

L'expérience montre que les groupements autotérapeutiques ou des groupes thérapeutiques encadrés par des professionnels entraînés ont apporté de très bons résultats.

Service de santé mentale indépendant et milieu carcéral

L'Auteur propose, vu le mauvais équipement des services médicaux pénitentiaires, une complémentarité avec des équipes extérieures, spécialement pour la mise en train d'une psychothérapie.

De l'aide individuelle à l'analyse institutionnelle

L'Auteur parle de l'expérience belge installant des équipes universitaires dans certaines prisons pour effectuer des observations et des recherches.

De même, dit-il, des équipes de santé mentale, à partir des observations cas par cas, peuvent aussi arriver à une réflexion critique et constructive permettant de réduire les mauvais fonctionnements.

Les effets négatifs de la prison sont nombreux et l'après-prison est très important. Il faut recréer un ailleurs vivable et éviter les systèmes de « ghetto » qui, pour le toxicomane en l'occurrence, ne sont que facteurs de récidive.

SUMMARY

In his introduction, the Author pointed out that drug consumption continued to increase bringing about a rise in the number of deaths due to overdose on the one hand and a growing number of penal actions on the other.

There was a general tendency to separate drug users and drug dealers. The former needed treatment whilst the latter should be punished. This tendency has led to much discussion – punishment or treatment?

The 1961 « Convention Unique » on Drugs stipulates that treatment should be foreseen and recommended for drug users. Similarly, a draft follow-up dated 25 March 1972 foresees treatment instead of a sentence or as well as a sentence. The Belgian Law dated 9 July 1975 and the French Law dated 31 December 1970 involve both the judiciary and health authorities in the struggle against toxicomania.

Role of the Mental Health Services

Emphasis was given to socio-medical action to be developed along side any penal action or in intermixture with such action. Those concerned are therefore those who fall under the penal law – users, user-dealers and dealers.

The role of the psycho-socio-medical centre during and after imprisonment is centred on the person.

The diagnostic evaluation is based on several factors – psychological, psychological and social.

The Mental Health Centre is sometimes considered as an expert in mental health matters and can be asked by the Investigating Magistrate to give clarification on the penal responsibility of the drug addict and also to establish therapeutical treatment. The main aim of this action is an attempt to understand the person concerned.

The Author then discusses the possibility of a state of insanity in connection with drugs. Certain experts are of the opinion that a drug addict is responsible for his state in the same way as an alcoholic.

However, in certain cases, other experts think that a person can be judged to be «incapable of controlling his actions» (Belgian Law dated 1 July 1964).

From compulsory to motivated treatment

Emphasis is given by the author to the difficulties involved in connection with therapeutical treatment (particularly due to the ambiguity between treatment and punishment). To ensure greater success, the therapeutical aspect must be highlighted as soon as possible.

Data collected during psychiatric observation are to be used not only to guide the Legal authorities in their decisions but also as important clinical background material for therapeutical treatment.

The Author continued by stressing that the psycho-and socio-therapeutical aspects are far more important than the physical disintoxication phase. The first moments of freedom are, therefore, very important, and this phase of social rehabilitation must be very carefully prepared.

The degree of dangerousness as a criteria for decision taking

An evaluation of the degree of dangerousness (i.e. risk of life and probability of relapse) should be made on the basis of the triggering off factors in the light of the subject's background history, in order to identify the factors most likely to reactivate drug-taking (particularly in the case of adolescents).

From a gang to group-therapy

Experience has shown that auto-therapeutical groups or group-therapy run by trained staff have given very good results.

A separate Mental Health Service and the Prison

The Author suggests that, in view of the lack of equipment in the prisons' medical services, outside expert teams should also be used especially for the setting up of any psycho-therapeutical treatment.

From self-help to institutional analysis

The Author discussed the Belgian experience of establishing university teams in some prisons to carry out observations and research.

Mental Health teams can even reach, on the basis of case-by-case observations, critical and constructive conclusions leading to a reduction in shortfalls.

There are many negative effects of imprisonment and the post-imprisonment phase is very important. A valid alternative must be created and « ghetto » type systems should be avoided since, for a drug addict, they represent relapse factors.

BIBLIOGRAFIA

- E. BALDUZZI. *Le traitement dans le service pénal. Actes du Xème Congrès français de Criminologie*, Lyon, 25-27 septembre 1969, Masson 1970.
- H.N. BARTE, G. OSTAPZEFF. *Législation psychiatrique française. Encyclopédie Médico-chirurgicale*, Paris, 37901 A 10 octobre 1981.
- NICOLA BARTONE. *Il limite normativo nella interpretazione della « Modiche quantità » di stupefacenti*. Eugenio Jovine. Napoli 1981.
- JEAN BERGERET. *Toxicomanies. Toxicomanes et Environnement. Fonctions des déviations. Annales de Vaucresson*. N° spécial, Colloque de Lyon, juillet 1977.
- A. BIRON, R. HUERRE et J.M. REYMOND. *Drogues - Toxicomanes - Toxicomanies*. Hermann., Paris, 1979.
- P. BOVIER. *Expertise psychiatrique et Toxicomanies. Méd. et Hyg.* 38, 3792-3793 (1980).
- Chr. COLOMBANI. *Les routes nouvelles de la drogue. Le Monde* 6-7-8 févr. 1980.
- P. CORNIL, C. TISSEYRE. *Réaction sociale à la déviance. Le problème de la drogue en Belgique. Congrès de Criminologie Bruxelles* 15-18 mars 1972. *Les frontières de la répression*.
- J.P. DE WAELE. *Dysfoncties van het social verkeer. Drogue et Société. Esprit* 11-12 Nov.-Déc. 1980.
- BR. FRAPPAT. *Des drogues et des Jeunes. III La prison une réponse. Le Monde* 16-17-18 janv. 1973.
- C. HALSTROM, M. LADEL. *Benzodiazepine Withdrawal Phenomena. Int. Pharmacopsychiatry* 16: 235-244 (1982).¹
- R.E. HERRINGTON, D.G. BENER, G.R. JACOBSON, H.K. HAWKINS. *Treating - Substance use disorders among Physicians. Jama* 247 2253-2257 April 23-30 1982.
- P. HIVERT. *Le comportement et la prise en charge des psychopathes en milieu carcéral. Confrontations psychiatriques n° 18-1980. Les Psychopathies*. p. 161 et 89.

-
- P. HUERRE et J.M. REYMOND. *La prise en charge du toxicomane dans le cadre de la sectorisation psychiatrique*. Drogues, Toxicomanes et Toxicomanies. Hermann. Paris 1979.
- B. JACOBS – COENEN. *Les alternatives à la peine d'emprisonnement*. Ronéo. Exposé 22 septembre 1975. Société belge de criminologie.
- G. KELLENS. *La mesure de la peine*. Faculté de Droit, d'Economie et de Sciences Sociales de Liège. 1982.
- M. LE MOINE, A. VAN DYK, F. VERSELE. *Drogues et répression. Préoccupations d'un service de psychologie médicale*. Congrès de Criminologie. Bruxelles 15–18 mars 1972.