

toxi[base]

revue
documentaire

toxiBase: réseau national
de documentation sur les
pharmacodépendances,
14, av. Burthelet 69007 Lyon, France.
tél. 78 72 47 45.
fax 72 72 93 44

1
Nouvelle série
1er trimestre 1993

Toxicomanes en prison

- dossier toxicomanes en prison P. 1
- sélection thématique : P. 15
 - prévention
 - épidémiologie
 - santé publique
 - les produits et leurs effets
 - traitement
 - pathologie et psychopathologie
 - toxicomanie et sida
 - sciences humaines et sociales
 - marché de la drogue
 - législation
- informations générales P. 30
- actualités congrès P. 31
- actes P. 33
- fiche pratique P. 34

Toxicomanes en prison

par Christian Sueur et Thomas Rouault (*)

Avec cet article sur les prisons, la revue documentaire de TOXIBASE continue dans le même esprit que le "dossier méthadone" publié en décembre dernier : une synthèse et une mise en perspective des problématiques sur un sujet précis, en s'appuyant sur la littérature française et internationale, répertoriée dans notre base de données bibliographiques.

Le 22ème anniversaire de la loi du 31 décembre 1970 voit rebondir l'éternel paradoxe qu'elle instaure, en enfermant les usagers de drogues illicites dans une double identité, celle de malade et de délinquant.

Au malade, le Ministère de la Santé a proposé avec insistance l'élargissement des programmes de distribution contrôlée de méthadone ; au délinquant, le Ministre de l'Intérieur a promis une "impulsion nouvelle" dans l'application du dispositif coercitif. D'un côté, le Préfet BROUSSARD réaffirmait sans la moindre ambiguïté "non à la dépénalisation et à la légalisation" des produits considérés légalement comme illicites, de l'autre, Bernard KOUCHNER considérait que la délivrance d'opiacés, en milieu médical, pouvait être acceptée comme une pratique soignante dans l'optique d'une "prévention des risques", dont ceux liés au caractère illégal de la conduite d'intoxication. (**)

Toujours est-il, qu'en ce qui concerne le "volet répressif", il est affirmé dans la conférence de presse de Monsieur BROUSSARD du 21 décembre 1992 : "oui à une répression très sévère du trafic, y compris du "deal" de rues. L'usager-revendeur ou l'usager-délinquant est d'abord un revendeur et un délinquant, puis un usager". L'usage ne peut donc plus être considéré comme élément de modération de la sanction judiciaire. Quant à la réalité observable dans les maisons d'arrêt parisiennes, elle va dans le sens d'une pénalisation plus grande de l'usage "simple" comme de l'usage avec délit associé. (Rappelons à ce propos que l'usage est bien un délit sanctionné, dans la loi de 1970, article L-628, d'un emprisonnement de 2 mois à 1 an et/ou d'une amende de 500 à 8000 F).

C'est pourquoi on suivra avec attention la mise en oeuvre de la circulaire santé-justice du 14 janvier 1993 qui tente de définir un nouveau cadre pour les alternatives à l'incarcération des toxicomanes, notamment en essayant de préciser le rôle et la coordination entre les collectivités locales et territoriales, la complémentarité entre l'hébergement et l'accompagnement, la gestion de l'urgence...

Etat des lieux - Epidémiologie

L'abord épidémiologique du lien Toxicomanie-Prison est complexe. En effet, les études statistiques diligentées par le Ministère de la Justice, s'appuient sur la qualification de l'infraction (L'ILS, ou Infraction à la Législation sur les Stupéfiants, comprenant les qualifications suivantes : usage, facilitation à l'usage d'autrui, recel, offre, cession, vente, importation, production, fabrication, exportation, dissimulation ou conversion du produit financier du trafic...).

(*) *Christian Sueur (Directeur Médical Adjoint du Centre St-Germain Pierre Nicole et Psychiatre au SMPR de Fleury-Mérogis) et Thomas Rouault (Directeur de Toxibase)*

(**) *Pour un suivi des déclarations ministérielles récentes sur la politique en matière de toxicomanie, se reporter à la revue de presse bimensuelle TOXIBASE.*

Ces études ne rendent pas compte de la réalité d'une toxicomanie chez l'inculpé-incarcéré. En outre, on observe souvent que la qualification d'ILS peut être "oubliée" dans le cas d'une inculpation pour atteinte aux biens ou violence à autrui, ou bien au contraire, surajoutée de façon discutable dans le cas d'une ILE (Infraction à la Législation sur les Etrangers). L'usage épisodique et la conduite addictive ne sont pas discriminés, ni le type de stupéfiant et le mode d'administration (IVD ou non). En France, seule dans ce contexte, l'étude de KENSEY A. et CIRBA L. (1989) a tenté une étude de la population toxicomane incarcérée. Notons enfin que les chiffres d'incarcération actualisés pour ILS ne sont pas disponibles auprès du Ministère de la Justice.

A l'inverse, les études diligentées par le Ministère de la Santé (enquête annuelle du SESI, Service de Statistiques, des Etudes et des Systèmes d'Information) ne mettent l'accent que sur les sujets, effectivement rencontrés, au niveau des structures sanitaires pénitentiaires (Service de Médecine, Service Médico-Psychologique Régional, Antenne Toxicomanie).

Enfin, un troisième type d'enquête épidémiologique sur les sujets toxicomanes incarcérés est réalisé par l'Inserm U 302 : il constitue un recueil de données psychosociales sur la population rencontrée par les Antennes toxicomanies (cf FACY F., 1990). Dans cette enquête, on remarque ainsi que 58 % des sujets étudiés, définis comme "toxicomanes" n'ont pas été inculpés d'ILS.

Sont également disponibles des études ethnographiques (cf INGOLD F.R. et Coll., 1986 a, 1986 b, 1986 c, PROVOST J.M., 1987, BOURQUIN J.M., 1991, BALAS M.N., 1991, DUSSEAU P.J., 1991) et les observations locales décrites dans les rapports d'activité des antennes toxicomanies des différentes maisons d'arrêt.

Sur un plan national, à partir d'une définition "large" de la toxicomanie par le détenu lui-même ("consommation régulière supérieure à 2 prises par mois dans les 3 mois précédents l'incarcération", définition qui, comme on le voit, est dans bien des cas très éloignée de la définition médico-psychologique d'une addiction), on estimait le nombre de "toxicomanes" par rapport au nombre d'entrants, aux pourcentages suivants : (KENSEY A., CIRBA L., 1989)

- Paris	14,8 %
- Bordeaux	12,7 %
- Toulouse	12,0 %
- Lyon	11,6 %
- Marseille	9,3 %
- Dijon	7,5 %
- Strasbourg	7,5 %
- Rennes	6,0 %
- Lille	5,4 %
- 10,7 % en moyenne nationale.	

Il est clair que ces chiffres, issus d'une enquête de 1986, **ont largement augmenté depuis**. Pour INGOLD et Coll. (1986a) "si l'on estimait à 464 le nombre total de toxicomanes incarcérés en 1972 (FULLY G. et POULAIN C.), ils se comptent maintenant par milliers, comme en atteste pour 1984, le chiffre de 6 268 incarcérations pour les seules ILS (HUET C. 1985)".

Ainsi, à Fleury-Mérogis (91), où l'augmentation de 1983 à 1985 était de 12 à 27 % (INGOLD F.R. et Coll. 1986), on peut estimer aujourd'hui à près de 50 %, la population toxicomane dans son acceptation "large" dans certains bâtiments de cette maison d'arrêt (qui avec environ 5 000 places, accueille 10 % des détenus de l'ensemble du territoire français). A la maison d'arrêt de femmes, par exemple, l'estimation en 1992 est de 33 % (SUEUR C., 1993 à paraître). **A Fresnes**, "l'étude de l'évolution du flux des entrants et des toxicomanes entre 1982 et 1987, révèle un accroissement considérable (460 %) du nombre des toxicomanes recensés (382 en 1982 pour environ 4 000 détenus, 1771 en 1987 (ESPINOZA P., 1989)). De 1974, où l'on comptait 99 toxicomanes, à 1985 où ils étaient 1 304, l'augmentation a été de 1 300 % en 11 ans (LAURANS 1986). **A Bordeaux-Gradignan**, les toxicomanes sont estimés à 17 % de la population carcérale (LACOSTE D. et Coll., 1992).

Prise en charge des toxicomanes en prison

1 Organisation des prises en charge

A l'inverse de ce qui se passe dans les pays anglosaxons (cf chapitre "International"), il n'y a pas dans les prisons françaises, de "programmes" spécifiques de "réhabilitation" ou de traitement des toxicomanes.

Le soutien des toxicomanes incarcérés sera constitué d'aides diverses, gérées par des équipes différentes :

- le Service Médical Pénitentiaire,
- le Service Socio-Educatif Pénitentiaire (SSE),
- le Service Médico-Psychologique Régional (SMPR, équivalent d'un service psychiatrique de "secteur", géré par la DDASS et rattaché à un hôpital publique),
- l'Antenne Toxicomanie rattachée au SMPR (il en existe 16 en France, les premières ayant été créée en 1986),
- une "cohorte" d'intervenants extérieurs (dont les médecins "sidatologues" des CISIH).

Les Antennes Toxicomanies (A.T.) sont des entités spécifiques subventionnées sur la même ligne budgétaire que les centres spécialisés en toxicomanie ; elles sont composées de psychologues, d'infirmières, d'éducateurs ou d'assistantes sociales et de secrétaires. Leur activité est régie par un cahier des charges comprenant les missions suivantes :

- * Coordination de toutes les actions en faveur des détenus toxicomanes et préparation à leur sortie,
- * Accueil de tous les entrants en faveur du "dépistage",
- * Recueil des données
- * Orientation vers la structure appropriée pour le sevrage,
- * Entretiens individuels ou collectifs permettant une information sur le dispositif de soin et sur les structures spécialisées,
- * Prise en charge socio-éducative en collaboration avec le SSE de l'établissement pénitentiaire,
- * Intervention en direction des familles,
- * Recherche d'hébergement, d'insertion socio-professionnelle, de post-cure, d'un suivi, en liaison avec le comité de probation et le service d'aide aux libérés compétent,
- * Coordination de l'action de l'ensemble des équipes.

Programme, comme on le voit, large, complexe, parfois ambiguë, pour le moins flou, et d'évidence disproportionné par rapport aux moyens humains mis en oeuvre.

La proportion des toxicomanes rencontrés par les A.T. varie de 20 % à 100 %, selon l'enquête évaluative réalisée par le Ministère de la Santé en 1991. Seule la moitié des A.T. voit tous les entrants, la prise en charge de ces détenus est très variable suivant les prisons : dans certaines maisons d'arrêt, une intervention systématique (dépistage, orientation et soutien "social"), semble être la règle, voir l'unique activité. Dans d'autres, au contraire, une proportion relativement faible de détenus est suivie, mais il s'agit de toxicomanes "demandeurs" à qui sont proposés des processus psychothérapiques parfois de longue haleine, et un projet de retour à l'extérieur organisé de façon conséquente.

Ces disparités considérables sont fonction, non seulement des options professionnelles des intervenants, mais surtout des possibilités réelles de travail, par exemple, une équipe de 6 personnes comme à Fleury-Mérogis, ne peut "traiter" une population pénale qui s'élève à 15 000 entrants par an, dont près de 40 % de "toxicomanes", de la même façon qu'une équipe de 3 personnes gérant quelques centaines de détenus.

Là encore, comme à l'extérieur, l'option est mise, soit sur un travail individuel "en profondeur" en direction d'individus souffrants, soit sur l'exécution d'une tâche sociale de gestion artificielle, superficielle et arbitraire d'un pseudo-groupe social, bouc-émissaire des peurs collectives.

En fait, le fonctionnement de ces antennes est similaire à celui des institutions spécialisées de l'extérieur ; il s'appuie essentiellement sur une coordination de différents services, sur un travail "en réseau", enfin de proposer une prise en charge polyvalente et globale, en interaction lors de la sortie, avec les institutions extérieures.

Le sevrage est, lui, essentiellement géré par le Service Médical (parfois le SMPR) : il consiste le plus souvent en un protocole médicamenteux classique de courte durée selon des "recettes" propres à chaque maison d'arrêt ; il constitue "la fiole" dans le vocabulaire pénitentiaire.

On peut alors constater que le sevrage n'étant pas vraiment considéré comme une composante essentielle du vécu du détenu à son entrée, il semble perdre son habituelle place essentielle pour le toxicomane qui doit immédiatement s'adapter à un univers relativement hostile, pour le moins déstabilisant dans un premier temps. Il est ainsi frappant de remarquer la différence du vécu du sevrage entre l'intérieur et l'extérieur, ce qui va bien dans le sens d'une subjectivité essentielle du vécu symptomatique du manque en fonction du contexte environnemental.

L'expression du manque y est particulièrement minime, loin des manifestations parfois, cataclysmiques que l'on peut rencontrer dans les hôpitaux. Les demandes médicamenteuses sont souvent comme les autres demandes en prison, liées à une ambiance d'indifférence ou d'inattention qui en rendent spontanément l'expression moins démonstratives chez les détenus.

La prise en compte du délit et le fonctionnement disciplinaire priment en effet, sur la souffrance individuelle de tout détenu, même toxicomane. Mises à part les prises en charge spécialisées, la toxicomanie ne constitue pas un élément déterminant du parcours carcéral : ainsi, elle n'intervient que très peu dans les mesures de semi-liberté, ou de liberté conditionnelle, éventuellement proposées aux détenus. Dans ces cas, aucune prise en compte spécifique de la toxicomanie n'est imposée aux toxicomanes comme cela se passe dans les pays anglo-saxons (lien avec des communautés thérapeutiques, programmes de réhabilitation...). Seul, un équivalent de "l'injonction thérapeutique" est parfois inclus dans le contrôle judiciaire d'une "libération conditionnelle" ou d'une "mise à l'épreuve". Plus spécifique par contre, est la proposition par les Antennes, d'activités ludiques, sportives, culturelles à prétention plus ou moins thérapeutiques, ainsi que des campagnes d'information, de formation et de prévention contre le VIH (en direction tant des détenus, que du personnel pénitentiaire). Enfin, des lieux de transition spécifiques, de préparation à la sortie sont progressivement mis en place, ainsi que des lieux relais à l'extérieur. (cf BENOIST 1992, DECAN 1992, JOUVEN 1991, VAN AERTRYCK 1989, et les rapports d'activité des différentes Antennes).

2 Spécificité des prises en charge en prison

La première question qui se pose est celle de la prise en compte de la disparition de la dimension symptomatique : en effet, le toxicomane est théoriquement privé de drogue en prison ; on a donc à entendre et à faire avec des sujets artificiellement privés de la conduite toxicomaniaque qui, parfois, résumait leur existence à l'extérieur. Plus qu'ailleurs peut-être, "le toxicomane n'existe pas" en prison, sauf peut-être à considérer l'addiction comme un phénomène plus large que la simple "intoxication", à une forme particulière d'être-au-monde.

Comme ailleurs, on constate les transformations liées au sevrage : nouvelles addictions à des produits de substitution (prolongation iatrogène d'une toxicomanie à des médicaments psychotropes, parfois abusivement prescrits pour annuler les souffrances liées à l'incarcération, ou, dans une dynamique plus ou moins coercitive), apparitions de pathologies psychotiques ou psychopathiques jusque là plus ou moins occultées par la toxicomanie ; états dépressifs, de vide, d'ennui, d'apragmatisme et d'anhédonie, consistant en une exagération de la situation classique du détenu : attente, absence de motivation, activités stéréotypées, restriction des initiatives des investissements et des projets (ou idéalisation du "quand je serai sorti, tout ira bien") ou bien encore, défenses hypomaniaques, avec hyperadaptation au fonctionnement carcéral et "boulimie" d'activité, de relation, consommation passive dépendante de l'offre "thérapeutique".

Particularités médico-psychologiques et socio-démographiques des toxicomanes incarcérés

Les toxicomanes incarcérés sont des individus très divers, aux carrières individuelles particulières, impliqués, à des degrés variables dans les pratiques d'usage de produits psychotropes licites ou illicites. En dépit de la diversité des éléments composant ce groupe social non homogène, il est possible de rechercher des éléments statistiques globaux.

Tout d'abord, comme nous le rappellions en introduction, **le groupe des toxicomanes ne peut se superposer totalement à celui des détenus incarcérés** pour ILS (pour la population carcérale étudiée par INGOLD (1986), la proportion d'ILS était de 35 %) : dans l'étude de KENSEY et CIRBA, 1989, (1), 12,6 % des motifs d'incarcération correspondent à une ILS "simple" (usage +- détention), 22,9 % à une ILS "aggravée" (trafic, cession...), 12,9 % à une ILS + autre délit, 50 % à d'autres délits (atteinte aux biens ou aux personnes). Pour FACY, 1990 (2), 34 % des cas concernent une ILS, 8 % une ILS + autre délit, 58 % une infraction autre qu'une ILS. On constate donc à partir de ces 3 études que, si la proportion d'ILS semble augmenter dans les prisons françaises, parallèlement au "nombre de toxicomanes", cette augmentation évolue à une vitesse moindre. Comme le notait déjà INGOLD, "la situation actuelle se caractériserait donc par la présence d'un très grand nombre de toxicomanes dont la plupart sont condamnés ou prévenus, pour des délits ne relevant pas de l'application de la loi du 31 décembre 1970".

L'étude de RUGRAFF et NAURET (1992) à Fresnes va dans ce sens : la proportion d'ILS décroît (31,9 % en 1988, 26,4 % en 1989, 26 % en 1990) alors que les autres délits non associés à une ILS, se multiplient dans cette population (62,3 % en 1988, 70,2 % en 1989, 69 % en 1990).

Notons encore sur le plan pénal qu'il s'agit de 66 % de détenus en incarcération préventive, alors que pour l'ensemble de la population carcérale, les prévenus représentent 78 %. En ce qui concerne les délits annexes, (vol...) le nombre est très supérieur chez les jeunes de moins de 25 ans, contrairement aux détenus de plus de 25 ans, qui sont eux plus souvent inculpés d'ILS.

Dans la population étudiée par KENSEY et CIRBA, **55 % des détenus ont déjà été incarcérés** (70 % pour l'enquête de Facy), et plus de la moitié a été réincarcérée dans un délai inférieur à 1 an. Pour FACY le nombre moyen d'incarcération est de 4 "reflétant ainsi le niveau de gravité qu'atteint cette population en matière de marginalisation sociale". 66 % d'entre eux ont débuté leurs conduites toxicomaniaques avant la première incarcération (1). Ils sont 61 % dans l'enquête de FACY ; par contre, 47 % des sujets sont passés devant un tribunal pour enfants avant la toxicomanie. Ainsi, la délinquance paraît largement préexistante au développement toxicomaniaque pour ces sujets, les différenciant nettement des consultants des centres de soins. Les conduites toxicomaniaques, pour 70 % d'entre eux, ont débuté avant l'âge de 21 ans. Cette population est plus jeune que celle rencontrée dans les centres sanitaires ou socio-éducatifs spécialisés, et, plus jeune que la population carcérale générale (l'âge moyen étant de 24 ans contre 27 ans).; (25 % des détenus toxicomanes ont moins de 21 ans, et 66 % moins de 25 ans). Seulement 24 % avaient une activité professionnelle (41 % sont des chômeurs non indemnisés) ; 26 % ont un logement indépendant, 42 % (1) et 47 % (2), vivaient chez leurs parents, dont 48 % dans un milieu familial considéré comme "très destabilisé" (décès, séparations...), 10 % sont SDF.

Par contre, **la scolarité** de ces détenus toxicomanes a globalement été plus longue que celle des autres détenus (57 % ont atteint un niveau "secondaire"), bien qu'elle ait été globalement moins longue que celle des toxicomanes vus dans les centres de soins.

En ce qui concerne **la nationalité**, il s'agit de proportions égales entre français et étrangers en comparaison de la population carcérale générale ; par contre les ILS prédominent chez les étrangers alors que les atteintes aux biens sont plus nombreuses chez les français. Mais, globalement, il paraît évident que les sujets d'origine étrangère sont plus facilement incarcérés, et ont moins facilement accès aux centres de soins, que les français.

Il semble que seulement 35 % de ces toxicomanes ont eu recours à un sevrage médicalisé, contre 50 % de la population toxicomane générale. Pour INGOLD, seulement 34 % des toxicomanes incarcérés ont consulté à l'extérieur.

L'exposition au **risque suicidaire** de cette population est de plus de 10 fois celle de la population générale : 32 % ont fait au moins une tentative de suicide (1), 29 % pour (2), contre 23 % dans l'enquête SESI sur la population toxicomane générale. Pour 70 % de ces toxicomanes, il s'agit d'usage d'héroïne, seule ou associée à d'autres psychotropes, dans l'étude de KENSEY et CIRBA, pour qui "la polytoxicomanie semble signer la gravité de l'intoxication, et caractérise une population très vulnérable" (insertion précaire, fragilité psychologique, chômage, TS, infractions et incarcérations à répétition). L'usage quotidien de psychotropes est le cas de 62 % de ces "toxicomanes". Par contre, l'usage de cannabis seul est le cas de 22 % de cette population dans l'étude (1). Cette toxicomanie au haschich n'est habituellement pas considérée dans les autres enquêtes ethnographiques. Pour INGOLD, 92 % des détenus dits "toxicomanes" utilisent de **l'héroïne** ; le chiffre est similaire pour les études réalisées à Fresnes (dont 73,5 % d'usage intraveineux) (RUGRAFF et NAURET 1992). La consommation de **cocaïne** est, elle, beaucoup plus importante que celle évoquée par les consultants des centres spécialisés : 43 % des détenus toxicomanes étudiés par INGOLD, en consommaient, le plus souvent en injection, associée à de l'héroïne (speed-ball). Mais, cette étude a été réalisée en région parisienne, et pour l'ensemble du territoire, la cocaïne n'apparaît que dans 15 % des cas (2).

En ce qui concerne **la comparaison hommes-femmes**, en dépit de la forte disparité des effectifs (5,4 % des détenus sont des femmes), la toxicomanie paraît plus marquée chez celles-ci : elles constituent 8,7 % des toxicomanes incarcérés ; "l'importance" de l'usage est semblable, mais la voie intraveineuse semble plus fréquente, et débiterait plus jeune. De même, dans le cas des polytoxicomanies, l'usage quotidien de médicaments psychotropes est plus systématique.

Sur le plan de **la contamination par le virus HIV** (cf SUEUR, 1993 à paraître), dont le dépistage en prison n'est pas systématique, comme c'est la règle au niveau national mais relativement ciblé sur cette population toxicomane, la prévalence moyenne est de 6 % pour l'ensemble de la population carcérale. A 95 %, cette prévalence est le reflet de l'infection par le VIH des toxicomanes (cf ESPINOZA 1989), en sachant donc que cette population est beaucoup plus "incitée" à faire un test que la population non identifiée comme telle. Les taux de "non-réponses", c'est-à-dire d'absence de test chez les toxicomanes étant en moyenne de 34 % (FACY 1990), on avance les chiffres suivants de séropositivité : 20 % chez les femmes, 17 % chez les hommes (toxicomanes vus par les Antennes toxicomanies).

Ces chiffres moyens ne reflètent pas la réalité de la prévalence dans certaines maisons d'arrêt urbaine (particulièrement en région parisienne). Pour ESPINOZA (1990) "un taux de 30 à 40 % reflète globalement la situation" à Fresnes. Ces taux sont en fait très divers, en raison du caractère multiforme de la définition "du toxicomane", et des caractéristiques très variables de ceux de ces toxicomanes qui seront incarcérés : dans l'étude de LACOSTE et Coll. (1992), on notait 45 % de toxicomanes séropositifs en 1986, 40 % en 1987, 30 % en 1988, 15 % en 1989, 26,6 % en 1991. Ceci montre à l'évidence qu'une véritable variation de la prévalence du SIDA chez les toxicomanes est moins en cause que la méthode de recueil des données, et que la définition variable de la population à étudier. Toujours est-il que le phénomène est inquiétant, et que la promiscuité carcérale, la fréquence de relations homosexuelles (bien que le phénomène soit minimisé compte tenu du tabou qu'il représente dans le milieu pénitentiaire) et la poursuite d'une intoxication intra-veineuse en prison (certes également limitée en nombre, mais aggravée en terme de risque) sont à même de favoriser l'extension de l'épidémie (cf. SUEUR 1993 à paraître)

Quant aux cas de SIDA avérés, ils constituaient pour l'enquête SESI 1989, 3,2 % de la population séropositive, et 4,6 % en 1990, c'est-à-dire 135 cas environ. Ces malades sont, pour la plupart, soignés à l'Hôpital National des Prisons de Fresnes, avant de pouvoir bénéficier de grâce humanitaires (58 % des 65 cas de Sida hospitalisés en 1989, selon ESPINOZA 1991).

Enfin, 28 % des séropositifs recensés, présentant des signes cliniques mineurs et des anomalies biologiques d'immuno-dépression, justifiant des traitements, par AZT ou DDI dispensés par les médecins spécialistes des CISIH (Antennes carcérales des Centres d'Information et de Soins de l'Immunodéficience Humaine), implantés dans 15 maisons d'arrêt.

Sur le plan infectieux encore, notons la fréquence des Hépatites B et C, et l'augmentation inquiétante des cas de tuberculose, et parfois de tuberculose multi-résistante, en lien avec le développement des Sida.

Clinique des toxicomanes en prison

En ce qui concerne la clinique "réelle" des toxicomanies en prison, il est difficile de faire une étude précise, tant est forte "l'Omerta" sur la consommation de psychotropes en prison. Les détenus parlent relativement facilement de l'usage modéré de haschich ; l'administration pénitentiaire, en regard, ne nie pas de relativement fréquentes séances de "prétoire" (tribunal interne des prisons conduisant éventuellement à des peines de Quartier disciplinaire ("mitard")), pour des usages de cannabis. Par contre, le trafic de médicaments et de "poudre" est plus difficile à appréhender (rappelons à ce propos que la bière est disponible en prison, quoique en quantité limitée, mais parfois "stockée" par les détenus dans le but de réaliser des "cuites" (plus ou moins médicamenteuses !). L'overdose opiacée existe également en prison, signant par là la persistance de comportements addictifs par voie intraveineuse (EMMANUELI 1992). Là encore, le chiffrage des O.D. en prison ne semble pas être disponible, et le sujet difficile à aborder, contrairement à ce qui existe dans d'autres pays comme le Québec (LETOURNEAU 1983), l'Angleterre (VERBOUD 1992), ou la Suisse (HARDING 1989-1990) ; et pourtant, reconnaître le phénomène semble être un préalable indispensable à toute mesure préventive, et particulièrement vis-à-vis du sida.

Vis-à-vis des manifestations psychopathologiques spécifiques aux toxicomanes en prison, notons d'abord que "d'agresseurs", ils prennent, (du fait du sevrage qui leur est imposé), "le statut d'agressés, de victimes d'une société injuste : ce qui les renvoie à leur toute première exclusion, dans une pauvreté de discours et de fonctionnement régressif qui leur permet de se soumettre au règlement sans véritable contestation" (...). D'où les crises d'angoisse au moindre rappel de l'extérieur, à la moindre effraction de la réalité, soit d'un jugement imminent, soit d'une sortie proche" (JOUVEN 1991).

En prison, le problème de la "demande", de la demande d'aide en vue d'un changement intrapsychique et comportemental, n'est pas une évidence, car bien souvent, il s'agit de toxicomanes qui n'ont pas souhaité "se faire prendre la tête" dans des institutions extérieures ; faute de pouvoir arrêter, ils se sont faits arrêter, en urgence, après un passage à l'acte (JOUVEN 1991, INGOLD 1986). L'incarcération paraît, en effet, souvent secondaire à une intention trouble, lors d'une accélération de processus mortifères, exprimés par l'enchaînement en spirale des conduites de risque. Le passage à l'acte délinquant correspondrait ainsi parfois, à un besoin de mise en distance des drogues pour un objectif de sécurité personnelle. A travers cette "intention inconsciente", conduisant à la "mise à l'ombre", c'est bien souvent le désir d'une "mise au vert" qui se profile sous-tendu par une pulsion d'auto-conservation, un "souci de santé". Dans ce contexte, l'investigation est bien acceptée et même parfois "abusivement consommée", le détenu utilisant assiduellement les services délivrés dans les infirmeries, correspondant alors à des espaces de pourvoyance, de médicaments et de soins pour les "organes souffrants" se révélant en prison (peau, bouche, yeux...), mais aussi, espace de paroles, parfois réclamées, en rupture avec l'attente silencieuse qui constitue l'essentiel du temps carcéral.

Mais là, se pose le problème du désir, celui du cadre, et l'artifice consistant à augurer un travail psychothérapeutique, en situation de privation artificielle du symptôme révélateur de la problématique économique du sujet. Le plus souvent, ce ne sera que d'une "prise de contact", d'un apprentissage de la parole et de la relation dont il va s'agir. Le déficit verbal, la difficulté à parler de soi, très fréquent chez les toxicomanes incarcérés, induit les équipes à se limiter à un travail "en amont" d'un véritable travail thérapeutique. "Les limites de nos interventions se situent certainement plus du côté d'un savoir-faire, d'un savoir prendre, d'un savoir-approvoiser où il est essentiel de produire de l'offre pour qu'une demande émerge.

Restituer au tiers une valeur d'échanges, aborder la communication par quelque chose de palpable, de concret, une activité sportive ou artistique. Prendre en compte le corps et valoriser l'image qu'ils en ont. Déplacer la plainte sur un mode ludique" (...), "Partager un secret dans la confidentialité et mettre petit à petit des mots en place pour qu'émerge une parole. Savoir attendre, à la deuxième incarcération, que se manifeste parfois plus la vélocité d'un désir" (JOUVEN 1991). Finalement, hors les effets particuliers liés au cadre pénitentiaire, oppressant, coercitif, et secrétant quotidiennement des effets d'injustice, de rejet et de mépris, la relation clinique au toxicomane est fort proche de celle qui s'établit à l'extérieur, lorsque la confiance permet au détenu d'entrer dans la relation.

A l'intérieur également, cette relation au toxicomane est parasitée par le VIH, souvent "pathologie de découverte", l'annonce de la séropositivité a pour conséquence essentielle de poser la question du renoncement à la procréation (PAPADAKOU 1992), en plus de l'angoisse devant le réel, de la menace de mort, "d'une limitation définitive, l'équivalent d'une castration qui aurait du mal à dire son nom" (MOUKALOU, 1988). Cette castration s'intrique avec la question de la faute et de la punition au coeur de la thématique carcérale. La maladie devient, semble-t-il, dans l'esprit, tant des détenus que des agents de la détention, une sorte de réalisation de cette culpabilité. Au plan symbolique également, c'est d'une culpabilité excluant la filiation dont il est question. "Culpabilité en effet car, comme le mélancolique, lors du délire de damnation, le sujet porteur du sida, dans son psychisme et dans son corps, vit une damnation perpétuelle de génération en génération. On se croirait revenu au péché originel et à l'univers morbide de la faute" (MOUKALOU, 1988). Les réactions à la séropositivité sont très variables (cf DECAN 1991, GRAVIER 1990, PAPADAKOU 1992, SUEUR 1993, TABONE 1991), disons simplement que ce sont les traits de la problématique narcissique sous-jacente, (ou de tout autre problématique psychique), qui sont d'ailleurs déjà en cause dans la genèse de la toxicomanie, qui viennent à être investis. C'est sur ces traits qu'en un mouvement de déplacement, va venir se fixer l'angoisse, et réaliser une symptomatologie variable. Le contexte carcéral, va, lui, modifier, de par ses propres réactions, et son fonctionnement stérilisant, la réaction des sujets dans un sens surtout quantitatif. Empêchant la fuite dans l'agir du fait de l'ambiance coercitive (ou bien, l'annulant si elle se manifeste par trop bruyamment), il conduira, le plus souvent, le détenu à une inhibition, voire à une sidération régressive, vers un vécu qui tend à se condenser instantanément dans une sorte d'écrasement brutal mêlant, les reminiscences de comportements passés, l'arrêt de tout projet, et l'attente de la mort.

Dans d'autres cas, comme à l'extérieur, certains sujets auront des défenses maniaques, avec des réaménagements comportementaux dans le sens d'un investissement vital, avec diminution à la sortie des conduites de risques, et mise en route d'une insertion sociale.

Quoiqu'il en soit de cette complication supplémentaire liée aux prises de risque (sur un plan sexuel, ou par l'usage intraveineux des drogues), les toxicomanes incarcérés pensent le plus souvent que dehors, "tout ira bien", et que la prison "leur servira de leçon", en écho du discours social.

Loin s'en faut, et il semble plutôt que la toxicomanie reprend ses droits à la sortie, quelque ai pu être la durée de l'incarcération, simple parenthèse dans l'histoire psychique du sujet, quelque ai pu être également l'investissement d'une relation thérapeutique de qualité.

Il importe à mon sens, lorsque l'on pratique en prison, de garder en tête le caractère ambiguë de la prétention à soigner un toxicomane incarcéré dans le sens de l'abstinence à la sortie. Peut-être que certains sujets auront mis à profit une relation soignante à l'intérieur de la prison, dans le sens de l'apprentissage d'une démocratie psychique, selon l'expression d'Olivenstein. Mais il reste à se poser la question du caractère non démocratique de l'incarcération en réponse à l'addiction, et de la perversité de propositions politiques qui iraient dans le sens de lier l'incarcération et le soin, comme les projets de "sections spéciales à visée curatives" pour les toxicomanes en prison.

Prise en charge et incarcération à l'étranger

Sur le plan international, la prise en charge des toxicomanes incarcérés est, comme en France, bien évidemment subordonnée au cadre judiciaire en vigueur, concernant l'usage, le trafic ou la possession de drogue.

Sur ce sujet, qui n'est pas l'objet principal de ce dossier, on rappellera la publication récente du rapport de B. LEROY comparant les politiques européennes en matière de législation et de pratique judiciaire, et qui donne une approche claire de la situation européenne.

Dresser un tableau international exhaustif des modes de prise en charge des toxicomanes en prison s'avère presque impossible, c'est pourquoi on se limitera à la présentation de trois pays à travers quelques études significatives: Etats-Unis, Grande Bretagne, Allemagne.

Aux Etats-Unis, 62% des détenus étaient usagers de drogues en 1986 (INNES) et ce chiffre apparaissait en augmentation, notamment dans le cas des récidives.

Dans certains endroits (New York par exemple), jusqu'à 80% des délits sanctionnés par un emprisonnement étaient associés à la consommation de drogue. Une enquête nationale effectuée en 1988 dans douze grandes villes (DUF, National Institute of Justice's Drug Forecasting) montrait un taux de 40% d'hommes consommateurs de drogues autres que la marijuana.

Aux Etats-Unis, les programmes pour les toxicomanes incarcérés existent depuis 1966 avec la promulgation du NARA (Narcotic Addict Rehabilitation Act). Le premier programme pénitencier développé dans le cadre du NARA a ouvert en 1968 à Los Angeles, mais les programmes se sont surtout développés à une large échelle depuis quelques années seulement.

En 1979 le nombre de détenus impliqués dans des programmes de traitement pénitencier était de 4,4% de la population pénale (10 500 individus) et de 11,1% en 1987 (51 500 détenus), (CHAIKEN).

En 1979 également, une enquête nationale du NIDA évaluait 414 institutions correctionnelles et prisons dont 215 intégraient des programmes de traitement et de prise en charge pour toxicomanes (NIDA). Cette étude s'attachait plus particulièrement à décrire le contenu des programmes.

D'une capacité d'accueil variant de 1 à 25 places jusqu'à 150, ces programmes proposaient pour la plupart un contenu assez uniforme souvent basé sur les principes des communautés thérapeutiques (JONES), incluant aussi de la thérapie familiale, du counselling, une préparation à la réinsertion (56% d'entre eux), le suivi des soins après la sortie, des modules de prévention et d'éducation, une aide à la recherche d'emploi et le lien avec les programmes et services communautaires à la sortie.

En 1985, une étude (non publiée) du National and Drug Research Inc., permettait d'analyser ces programmes du point de vue des directeurs d'établissements pénitenciers américains, canadiens, et de Porto-Rico (478 établissements au total).

Un certain nombre d'études d'évaluation plus limitées ont été conduites, notamment celle basée sur le Wharton Tract Narcotic Treatment Program (PLATT et al), un des plus anciens programmes pour jeunes mineurs et qui portait sur sept années et 1 600 jeunes; celle de WEXLER et WILLIAMS (1986) sur les libérations conditionnelles partielles, celle de CHAIKEN (1988) sur quatre programmes différents.

En 1986, l'Anti-Drug Abuse Act introduisit dans les programmes de traitement, une nouvelle dimension, dans le sens de la réduction des risques, du développement de la prévention, d'une prise en charge accrue. Cette nouvelle impulsion, résultante directe de l'extension considérable du nombre de toxicomanes incarcérés (multiplié par deux entre 1973 et 1982) et des coûts corrélatifs, a fait progressivement passer au second plan l'objectif premier de réinsertion des toxicomanes pour privilégier la réduction de la criminalité.

Le projet REFORM élaboré par le BJA (Bureau of Justice Assistance du département fédéral de la justice), mis en place à partir de 1987, découle directement de ces nouvelles orientations. Ses trois premières années de fonctionnement ont fait l'objet de publications (WEXLER, BLACKMORE et LIPTON).

REFORM fonctionne comme une plate-forme technique offrant assistance, moyens techniques et financements aux états (11 états concernés en 1990) souhaitant développer une planification de programmes spécialisés en prison pour les toxicomanes.

Chaque programme respecte quelques principes généraux : isolement des participants au programme des autres détenus le plus tôt possible, cadre thérapeutique strict, implication personnelle du détenu dans le programme, recours à des "buddies" (ex-toxicomanes qui

interviennent dans une perspective de soutien et de modèle), évaluation systématique du fonctionnement du programme, formation des personnels pénitentiaires etc.

Chaque programme doit permettre une intervention adéquate pour chaque détenu, en fonction de sa carrière de toxicomane et de son histoire personnelle, mais deux niveaux d'intervention sont distingués: pour les usagers modérés : recours à des groupes de pairs, counselling, modèle des communautés thérapeutiques, stay'n out c'est-à-dire libération conditionnelle partielle et, pour les usagers de drogues dures : traitement dans des unités résidentielles séparées. Une surveillance stricte est menée, notamment pour les détenus en probation.

Le projet REFORM se caractérise également par une véritable stratégie de communication vers les acteurs sociaux, politiques, professionnels, afin de faire connaître ses objectifs et son fonctionnement.

En Grande Bretagne, en 1990, on évaluait à 10% pour les hommes et 25% pour les femmes (sur une population pénale de 44 000 détenus pour l'Angleterre et le Pays de Galles, et de 5 000 détenus pour l'Ecosse) le nombre de détenus, usagers de drogue, avant leur incarcération en 1990, mais ces chiffres paraissent nettement sous-évalués sauf pour ce qui concerne l'Ecosse où cette proportion serait de 27 à 35% (FARRELL et STRANG).

Une séparation de fait du système carcéral existe d'ailleurs entre l'Angleterre et l'Ecosse, avec une politique beaucoup plus souple et libérale pour cette dernière.

Comme dans d'autres pays, le développement du SIDA en prison implique une remise en question radicale du système de soins et de prévention pour les toxicomanes. Deux études montrent, en effet, que 75% de ceux ci partagent leurs seringues, bien que le nombre total d'UDVI incarcérés soit difficilement identifiable (DYE S. ISAACS, TURNBULL et al).

Comme en France, la distribution de préservatifs est exclue par le Home Office (l'équivalent du Ministère de l'Intérieur), alors que le nombre d'échanges sexuels en prison semble tout aussi sous-estimé que le nombre réel de toxicomanes incarcérés ; d'après les chiffres connus seulement 10% des détenus auraient des échanges sexuels (VERBOUD). Cette estimation insuffisante est peut-être due au maintien du VIR (Viral Infectivity Restrictions) qui autorise l'isolement des détenus infectés par le VIH, dès lors il semble très aléatoire de prétendre à une évaluation précise si des règles minimum de confidentialité sur l'état des détenus ne sont pas respectées.

Une aggravation des comportements à risque à l'intérieur des prisons est d'ailleurs confirmée par une étude récente (étude sur 452 détenus par le Centre for Research on Drugs and Health Behaviour, cf. VERBOUD).

Le sevrage initial est la norme thérapeutique dans les prisons anglaises et les programmes méthadone ont été progressivement introduits depuis 1987. L'accès aux prisons est possible pour certaines communautés thérapeutiques (Narcotiques Anonymes). Certains programmes (Staughton prison) donnent lieu à une préparation à la réinsertion et à la formation du personnel pénitentiaire.

En Allemagne, 20 000 sanctions pénales sont prononcées contre les usagers de drogues (1988, EGG) dont 9 500 donnent lieu à un emprisonnement avec probation ou libération conditionnelle et 3 500 à un emprisonnement sans probation.

En dehors du système de probation ou de traitement sur parole après la purge d'une partie de la peine (de la moitié aux deux tiers, mais l'usager peut se voir contraint de retourner en prison en cas d'échec), il existe la possibilité de traitement en rapport avec l'emprisonnement dans le même esprit que le système de l'injonction thérapeutique en France ("le traitement plutôt que l'incarcération...").

Un système d'institutions gouvernementales (Massregelvollzug) permet l'accueil d'un certain nombre de détenus (voir l'évaluation de la Brauel clinic et de la Parsberg clinic par MELCHINGER) et cohabite avec d'autres institutions reconnues par le gouvernement fédéral (133 en 1988, évaluées par EEG et KURZE). (***)

Ces dernières institutions offrent quatre types de prise en charge: médicale et psychiatrique, psychothérapeutique et appartements thérapeutiques, self help groupes avec ou sans supervision. Dans tous les cas le traitement est de longue durée.

Sur la période de 1984 à 1987/88, ces institutions présentaient au taux de 46% de succès (avec des interruptions fréquentes de traitement), ce qui ne signifie pas que la population de détenus pris en charge dans ce cadre soit définitivement sortie de la drogue.

Les chercheurs ayant mené ces évaluations notent néanmoins la grande difficulté d'obtenir l'autorisation des Länders (régions) de travailler sur les dossiers individuels, ce qui limite la portée de l'analyse globale du système de prise en charge des toxicomanes incarcérés.

- Le bulletin d'information pénitentiaire (semestriel) du Conseil de l'Europe permet une lecture comparée des politiques carcérales des pays membres de la communauté. Outre des articles de prospective, il fournit une information statistique actualisée sur les populations carcérales, les lois et règlements, l'actualité bibliographique.

**Direction des Affaires Juridiques.
Division des Problèmes Criminels.
Conseil de l'Europe. F 67006 Strasbourg
Cédex**

- Les perspectives d'évolution 1993-1994 de la population incarcérée en France (chiffres actualisés depuis 1990) sont présentées dans la notice de conjoncture n° 114 (février 1993) de la Direction de l'Administration Pénitentiaire.

**Ministère de la Justice. Direction de
l'Administration Pénitentiaire. Service de
la Communication ds Etudes et des
Relations Internationales. 13 Place
Vendôme. 75042 Paris Cédex 01.**

Erratum

L'article de Anne COPPEL et Didier TOUZEAU dont nous annonçons la publication dans INTERVENTIONS (revue de l'ANIT), dans notre dossier Méthadone (revue documentaire n° 1 - déc. 1992), a finalement donné lieu à deux articles parus dans le n° 46 du JOURNAL DU SIDA.

Nos excuses à la rédaction de INTERVENTIONS, à Anne COPPEL et Didier TOUZEAU pour cette information erronée.

Par ailleurs, rappelons la publication dans le n° 37 de INTERVENTIONS, de l'article de J.M. DELILE, "Programme de substitution et réduction des risques" paru trop tard pour être signalé dans notre n° de décembre.

(***) EGG R., KURZE M.

*Drogen Therapie in staatlich anerkannten Einrichtungen. Ergebnisse einer Umfrage
Wiesbaden : Kriminologische Zentralstelle, Berichte, Materialien, Arbeitspapiere, Heft 3*