

La toxicomanie en prison

Face au problème représenté par la propagation des maladies liées à la toxicomanie, l'augmentation du nombre d'ILS (Infraction à la Législation sur les Stupéfiants) et celle du nombre de détenus toxicomanes (non nécessairement incarcérés pour ILS), il nous semble fondamental de nous pencher sur le problème de la toxicomanie en prison.

La loi de 1970 relative aux infractions sur les stupéfiants ne distingue pas la détention pour usage et la détention pour vente. La peine encourue est identique dans les deux cas. On constate cependant une disparité dans le traitement des affaires selon les régions.

Cette loi considère pour la première fois le toxicomane comme un malade avec l'instauration de l'injonction thérapeutique. Les difficultés résident dans la prise en charge globale de cette maladie et dans la vision du toxicomane comme un délinquant, ce qui implique une gestion du problème par l'administration pénitentiaire.

I. PRISE EN CHARGE DU TOXICOMANE

Le sevrage physique immédiat.

Automatique à l'entrée, il est rarement volontaire. Les professionnels s'accordent donc à dire que son efficacité est d'autant plus réduite que le suivi psychologique n'est pas suffisant. Le toxicomane doit immédiatement s'adapter à un univers hostile et déstabilisant. Il faut donc une prise en charge psychologique et socio-éducative, indispensable à l'implication du toxicomane dans son suivi thérapeutique.

L'information des entrants.

Elle doit être systématique pendant la visite médicale et présente (affiche, canal interne...) dans toute la détention. Il est essentiel d'expliquer au détenu l'utilisation qui sera faite de la déclaration de sa toxicomanie dans la condamnation ou l'exécution de sa peine.

Difficultés de mise en place d'un traitement cohérent.

Deux objectifs sont difficiles à concilier : la peine privative de liberté, qui a pour but de sanctionner le toxicomane et le travail des médecins et des psychologues qui est celui de la guérison. Mais la longueur de la thérapie est suspendue à la durée de la peine. Le choc de l'incarcération génère d'autres problèmes auxquels est confronté un être psychologiquement fragilisé par sa dépendance. Le recours fréquent aux psychotropes (qui plus est sans accompagnement : activités sportives, groupes de parole...) peut entretenir une conduite toxicomaniaque.

Le problème de la coordination des services.

La continuité d'un traitement de substitution commencé à l'extérieur n'est pas toujours assurée en détention, ce qui nuit à sa pertinence même. La toxicomanie est un problème de santé publique qui justifie une égalité d'accès aux soins avec l'extérieur. Pendant l'incarcération, des initiatives telles que les antennes toxicomanies sont à développer dans la mesure où elles permettent d'associer au suivi médical une prise en charge plus globale nécessaire à l'efficacité du traitement. On pourrait aussi faire appel à d'anciens toxicomanes dont l'expérience

complèterait utilement le travail du psychologue. De plus, le Quartier Intermédiaire Sortants mis en place depuis 1992 à Fresnes fait preuve d'une réelle efficacité et devrait être généralisé, dans un premier temps, aux établissements les plus touchés.

Les difficultés rencontrées par les anciens détenus pour entrer dans un centre de postcure induisent souvent une rupture de plusieurs mois dans le traitement. Il est capital d'augmenter le nombre de places proposées.

II. GESTION DU PROBLEME DE LA TOXICOMANIE PAR L'ADMINISTRATION PENITENTIAIRE.

Le trafic.

Comme à l'extérieur, un marché s'établit à l'intérieur de la prison. La drogue entre via les parloirs, les permissionnaires, les complices et les intervenants extérieurs et parfois même les personnels. La circulation de drogues en détention génère une délinquance supplémentaire ; en effet, le paiement peut s'effectuer grâce aux produits cantinés, à la prostitution... Le refus ou l'impossibilité de remplir ses obligations ou le refus de collaborer au circuit de la drogue est sanctionné (racket, violences physiques...) On constate un climat d'insécurité identique à l'extérieur.

La lutte contre le trafic en détention ne doit pas passer par la fouille des familles et des intervenants extérieurs. Outre la dégradation du climat intérieur, les produits interdits continueraient à pénétrer dans les établissements par d'autres moyens. Les atteintes à la liberté et à la dignité des individus et de leur famille, la remise en cause d'améliorations de la condition pénitentiaire seraient disproportionnées par rapport à l'objectif poursuivi. On peut donc douter de l'efficacité de la circulaire du 27 janvier 1997. Il est en effet préférable d'agir sur la demande de drogue en détention en donnant les moyens aux administrations concernées de mettre en œuvre une prise en charge médicale du toxicomane.

La formation du personnel

Celle-ci, aujourd'hui optionnelle et rudimentaire, devrait être obligatoire et plus approfondie à l'E.N.A.P. Elle doit permettre de repérer les premiers signes d'une crise de manque, administrer les premiers secours, orienter anonymement les détenus vers les structures appropriées.

La distribution de seringues.

Malgré les inconvénients que cela pourrait entraîner (utilisation des seringues comme armes, augmentation éventuelle de la prise de drogues, opposition des surveillants), le risque de contamination du V.I.H et des hépatites suffit pour justifier la distribution de seringues en détention. Il serait judicieux dans un premier temps de proposer une expérience pilote pour mesurer les effets d'une telle distribution. Dans le même esprit, la possibilité de se procurer de l'eau de Javel constitue déjà un progrès réel mais insuffisant.

CONCLUSION

La prison impose une désintoxication physique qui se révèle peu efficace. Le suivi psychologique et social reste insuffisant, aussi bien pendant la durée de la peine qu'à la sortie. Il serait bon, dans le cadre du Projet d'Exécution des Peines par exemple, de considérer le toxicomane avant tout comme un malade, sans pour autant négliger le rappel à la loi. L'injonction thérapeutique peut être une solution à condition que médecins et magistrats collaborent étroitement à la détermination de la mesure (durée, modalités d'application...). Toutes les solutions suggérées resteront lettre morte s'il n'existe pas une volonté politique accompagnée de moyens financiers.