Zeitschrift: Kriminologisches Bulletin = Bulletin de criminologie

Herausgeber: Schweizerische Arbeitsgruppe für Kriminologie

Band: 2 (1976)

Heft: 2

Artikel: Traitement des patients drogués incarcérés à la prison St-Antoine à Genève 1972 à 1975

Autor: Eichenberger, G.

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-1046810

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 14.07.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

innerhalb von 10 Jahren grösser geworden ist.An erster Stelle stehen Eigentumsdelikte,vor allem Diebstähle.An zweiter Stelle kommen Verkehrsdelikte,an dritter solche gegen die Sittlichkeit.Vergehen gegen Leib und Leben sind bei Jugendlichen eher selten,dagegen haben Delikte gegen das Betäubungsmittelgesetz stark zugenommen.Um aber gegen die Jugendkriminalität vorgehen zu können,muss man alle Bedingungen kennen,die dazu führen. Sie Schweiz.Ges.f.Jugendstrafrecht hat eine statistische Kommission gebildet und es wird vorgeschlagen ,spezielle Personalkarten aus der Sicht des Jugendstrafrechts zu schaffen,die gesamtschweizerisch zur Anwendung kommen sollen.

TRAITEMENT DES PATIENTS DROGUES INCARCERES A LA PRISON St-ANTOINE A GENEVE 1972 à 1975 *

par le Dr G.Eichenberger,Spécialiste FMH en médecine interne,médecin-adjoint à l'Institut de Médecine Légale et à la Clinique Médicale, Hôpital Cantonal,Genève

Dans la première partie de cet exposé,nous décrivons les modifications apparues dans les rapports détenus-gardiens,détenus-médecins et gardiens-médecins du fait de l'augmentation considérable du nombre des drogués dans la prison préventive de Genève.
Dans la seconde partie,nous décrivons le programme thérapeutique ainsi que ses résultats immédiats, à moyen terme et à long terme.

I. Le nombre de drogués et ses conséquences

En raison de la non-superposition des définitions médicales et juridiques du drogué, nous avons essayé de cerner l'aspect quantitatif par trois approches différentes.

a) Par le nombre de condamnations prononcées pour infraction à la loi sur les stupéfiants

En 1972,il y eut 52 condamnations prononcées.Aucun de ces condamnés n'eut besoin de traitement spécifique; c'était l'époque du hashich,du

---

* Travail de l'Institut de Médecine Légale de l'Université de Genève (Dir.:Pr.J.Bernheim,38),boulevard d'Yvoy,Genève
Publié dans Bull.de Méd.Lég.Urg.Méd.Cent.Anti-Poisons,1976,19,n° 4

LSD,des petits opiomanes.
En 1973,il y eut 67 condamnations.Parmi les condamnes,39 patients (soit pres d'un tiers) ont nécessité des soins spécifiques.
En 1974,il y eut 80 condamnations.Plus de la moitié de ces sujets ont nécessité des soins spécifiques.

b) Par le nombre d'arrestations

En 1974,nous avons eu à nous occuper de 241 prévenus arrêtés pour infraction à la loi fédérale sur les stupéfiants.A ceux-ci se sont ajoutés 56 détenus drogués,inculpés pour d'autres motifs.Près de 300 cas d'incarcération sont donc à classer dans ce chapitre pour l'année dernière.

c) Par l'examen de la population de la prison au cours d'une journée moyenne.

En 1974,la population de la prison se situait en moyenne de la façon suivante : 15 toxicomanes pour 120 détenus,soit un rapport de 1 à 8.
En 1975 nous devons donner des soins à un peu plus de 50 toxicomanes pour 150 détenus,soit un rapport de 1 à 3.

1. Les relations entre détenus et gardiens

Le comportement carcéral d'un toxicomane se distingue de celui des autres détenus par plusieurs points :

a) Le grand drogué ne se vit pas comme un délinquant et le plus souvent, il n'a pas l'impression d'avoir commis un délit.Ce qui lui est habituellement reproché s'insère pour lui de façon intégrante et contraignante dans son mode de vie.Le comportement de survie toxicomaniaque lui semble complètement différent de l'activité d'un criminel. Ainsi,le passage de stupéfiants,à travers la frontière; ainsi le petit trafic nécessaire à obtenir la somme d'argent suffisante à s'approvisionner pour le lendemain (300 à 450 francs suisses par jour pour 1 à 1,5 g d'héroine).Peu nombreux en proportion sont ceux qui se livrent à l'alternative "délinquants" qui serait de voler purement et simplement de l'argent et/ou de commettre des violences (brigandage).Même le cambriolage d'une pharmacie est ressenti comme un geste différent et "propre" par rapport à la criminalité de droit commun.
Pour ces raisons ,les toxicomanes en prison ne s'identifient pas aux délinquants de droit commun et le phénomène se transpose sur leur entourage

b) Deuxième distinction,ces toxicomanes deviennent des malades en danger potentiel majeur dès le moment de leur arrestation et d'arrêt de la drogue. Ils arrivent à la prison après 21 à 48 heures d'arrestation et de manque. Ils sont souvent déjà en détresse physique intense. Les formalités d'écrou sont suivies rapidement d'une remise à l'équipe médicale avec toute la valeur symbolique de cette délégation.
On observe dès lors,dans cette situation que pouvoir et prise en charge paraissent se déplacer en contradiction avec les buts et l'organisation de l'institution. En effet, les jours suivants,le gardien ne peut interpréter d'éventuels désordres et devra recourir en première instance à l'équipe médicale pour distinguer un comportement pathologique d'une réaction d'indiscipline. Les équipes de surveillance ne peuvent plus réagir avec la rapidité et l'autorité habituelles,ce qui implique des risques sous l'angle de la sécurité.La fouille par exemple devient particulièrement difficile et pénible.
Ainsi pour les toxicomanes tous les facteurs énumérés conduisent à une prise en charge par les gardiens dont la qualité est moindre et à un certain flottement dans les réactions.Cette situation est parfois génératrice d'anxiété pour les gardiens,quel que soit leur souci d'adaptation et de perfectionnement en cours d'emploi.

2. Les relations entre détenus et médecins

Traditionnellement,le rôle du médecin de St-Antoine consiste:

1) à surveiller les conditions générales de l'hygiène;
2) à dépister chez les patients une maladie antérieure ou une affection intercurrente;
3) à traiter sur place les cas simples;
4) à prévenir ou à traiter les réactions carcérales.

Actuellement,la situation s'est modifiée en ce sens qu'un tiers de nos détenus peuvent être des malades plus ou moins graves.

a) Une première solution consisterait à adresser un certain nombre de drogués graves à l'hôpital psychiatrique.Il s'agirait de la démarche juridique et déontologique traditionnelle symétrique de celle qui nous conduit à transférer des patients de la prison dans notre service du quartier cellulaire de l'hôpital cantonal.Cependant,l'hôpital psychiatrique pratique rapidement une politique de rejet devant son impossibilité de prendre ces cas en charge globalement,en l'absence de programmes,de personnel et d'équi

pement appropriés pour accueillir 10 à 15 drogués en quelques jours et pour assurer en même temps la sécurité et le respect des impératifs judiciaires.
Ainsi,par la force des éléments en cause, nous avons été contraints d'organiser la prise en charge sur place. Cette solution de second choix nous a d'ailleurs offert l'hypthèse explorée dans la deuxième partie du présent travail,de savoir si le fait d'aider un drogué à la prison en phase de détresse aigue pourrait peut-être créer un vécu positif et un sevrage physique susceptible d'être utilisé par la suite comme un point de départ à l'étape du sevrage psychique.

b) Le rapport interprofessionnel entre le détenu drogué et le médecin de la prison nous semble aussi être d'une qualité altérée. Certes,le détenu ordinaire dresse habituellement au début une barrière entre lui et son médecin car le personnel soignant fait partie de l'administration. Mais,il nous semble qu'en règle générale cette barrière est franchie assez facilement,avec les jeunes en tout cas,à mesure que les consultations médicales se succèdent. Le drogué par contre modèle son comportement dans le seul objectif de l'obtention de médicaments.Cette recherche à tout prix donne à la relation un caractère constant de tromperies polymorphes et d'inauthenticité; il s'agit d'un obstacle que nous croyons ne jamais pouvoir dépasser.Cette avidité entraine également une surcharge à la limite du tolérable pour le personnel médical et infirmier.Dans notre prison où chaque détenu est libre à s'nscrire aux consultations quotidiennes des infirmiers ou bi-hebdomadaires du médecin,il arrive qu'actuellement 1/3 des détenus y passe en un jour. Dans ces conditions,l'infirmerie devient par la force des choses en centre névralgique dans la prison,ce qui est contraire à la tradition nécessaire de discrétion et de subsidiarité dans l'intervention médicale pénitentiaire.

c) Un troisième point difficile est celui de la répartition des drogués dans la prison. Si les drogués sont groupés,les cellules deviennent des ghettos où l'addiction psychique s'entretient de façon catastrophique et où l'adhésion au programme thérapeutique est nulle.Le médicament perd sa valeur symbolique et thérapeutique pour se pervertir en un objet de désir qui envahit tout le champ de la conscience.Si les drogués sont répartis avec les détenus ordinaires,la situation est relativement moins

grave car le risque de contamination des détenus non-malades est très faible.Cependant,ces derniers sont sollicités à venir réclamer des médicaments qui deviennent alors objet de troc.

3. Les relations entre gardiens et médecins

L'apparition des drogués en grand nombre dans la prison introduit par la force des choses un impact très marqué de l'équipe médicale avec le risque d'un malaise mutuel. Il faut dire cependant que cette situation, inhérente aux circonstances et non aux personnes,conduit à des ajustements d'autorité et à des élaborations qui peuvent être enrichissants et bénéfiques tant pour les équipes de soins que pour les équipes de sécurité.

II Le programme thérapeutique et ses résultats

1. Le traitement

a) L'objectif du traitement est:

- de maintenir les patients en situation ambulatoire,avec la double intention de ne pas désorganiser la vie de la prison par des patients alités et d'entraver le moins possible le déroulement de la procédure judiciaire;
- de modifier le moins possible l'état psychique des patients par les médicaments;
- une fois le sevrage physique accompli,d'aborder le sevrage psychique.

b) La technique:

Après différents essais, il nous est apparu que la méthadone par voie orale convenait le mieux à cet objectif.Les doses usuellement appliquées sont de 30 à 60 mg par jour en une seule prise avec posologie dégressive de 5 mg par jour,de sorte qu'en 10 jours en moyenne,le sevrage physique est réalisé.Une fois institué,le schéma est appliqué de façon rigide et sans aucune modification intercurrente.La dose initiale de méthadone est suffisante pour qu'il soit possible de renoncer à toute autre médication associée, à l'exception d'un inducteur du sommeil.Dans les cas difficiles

il est habituellement nécessaire de prendre le relais avec un neuroleptique et/ou un tranquillisant pour les jours qui suivent la fin de la cure.
Les a v a n t a g e s de cette méthode sont:

- que l'alitement n'est pas nécessaire;
- que les troubles somatiques associés sont réduits au minimum;
- que les troubles psychiques accompagnant le sevrage physique sont également minimes; le vécu est positif;
- lors des arrestations ultérieures,ce vécu positif permet de réaliser les cures suivantes avec des doses en règle générale inférieures.

Les i n c o n v é n i e n t s sont:

- que le sevrage à la méthadone donne l'illusion au drogué d'une dose facile et que dès lors la nécessité du sevrage psychique est escamotée;
- que cette méthode est critiquée dans les milieux médicaux non-pénitentiaires parce que les programmes de sevrage à la méthadone qui ont aujourd'hui prouvé leur efficacité,sont seulement ceux qui ont été accompagnés et suivis d'une action psycho-sociale intensive à long terme.

Le sevrage psychique peut se définir comme un reconditionnement tel que le sujet ne recourt plus à la drogue chaque fois qu'il se retrouve dans une situation de stress. En effet,en milieu libre,les drogués se comportent de façon telle que chaque fois qu'ils ont une douleur,une insomnie,un chagrin, une angoisse,une insatisfaction,une difficulté quelconque,ils trouvent dans la drogue la solution immédiate au problème.Ainsi,pour réaliser un sevrage psychique,il faut réapprendre au patient à aller chez le dentiste pour un mal de dent,à travailler pour couvrir ses besoins matériels,à développer des relations humaines authentiques pour couvrir ses besoins affectifs.
Il s'agit de faire apparaître,de développer et d'entretenir chez le patient l'exercice d'une volonté indépendante,d'une affirmation responsable,d'une motivation.
On doit se demander si ce but est réalisable en milieu fermé,en l'absence d'un libre accord sur un programme thérapeutique et en l'absence d'un environnement social approprié.Il faut bien dire que de nombreuses expériences étrangères soigneusement conduites permettent aujourd'hui de conclure par la négative.
Les moyens dont nous disposons à Saint Antoine ne nous permettent pas aujourd'hui de mettre en place des essais plus ou moins empiriques et de créer un minimum de conditions psychologiques favorables pour préparer un traitement à la sortie.Les possibilités pour le drogué de quitter sa cellule sont

réduites; les ateliers de la prison ne sont pas des ateliers protégés conçus dans un but de réadaptation thérapeutique; il s'agit de postes de travail pour des détenus non malades. Les toxicomanes ne peuvent pas répondre aux exigences de régularité et de confiance qui sont prévues,ils n'y sont qu'exceptionnellement admis par les chefs d'ateliers.
Les possibilités de sport n'existent pas.Les groupes thérapeutiques constitués par les psychologues sont d'abord déstinés à d'autres délinquants plus directement capables d'en bénéficier; ils ne peuvent recevoir qu' occasionellement un drogué.Nous devons admettre que le sevrage psychique n'est réalisé dans notre prison ni sur base conceptuelle,ni sur base empirique.De toute manière,les conditions propres au milieu pénitentiaire, en particulier la contrainte extérieure et la passivité qui en résultent, rendent illusoire tout programme qui consisterait à hospitaliser des drogués en prison pour les traiter..

2. Les résultats immédiats du traitement

Nous avons conduit environ 160 cures à la méthadone entre fin 1973 et mai 1975. Elles se sont déroulées comme suit:

a) aucun transfert en milieu hospitalier médical n'a été nécessaire;
b) deux transfertsen milieu psychiatrique ont dû être effectués mais il s'est agi en réalité de raisons d'opportunité plutôt que de nécessité thérapeutique au sens strict du terme;
c) tous ces sevrages ont été accomplis en moins de 12 jours.

3. Les résultats du traitement a moyen terme

a) Observations relevées après six mois

Pour chacun des cas ayant eu sa première cure en prison entre novembre 1973 et novembre 1974.
Il s'agit de 58 sujets qui se répartissent en deux groupes:

- séjours multiples correspondant à des rechutes avec nouvelle détention: 25 sujets (qui totalisent 70 séjours);
- séjour unique: 33 sujets.

Le destin de ces 33 sujets a été le suivant:
10 étrangers expulsés au terme de la peine,
9 rechutes ambulatoires sans arrestations,

6 destins inconnus de l'équipe,
6 encore en prison après les 6 mois de recul,
1 décédé,
1 guéri.

b) Observations relevées après douze mois

Pour chacun des cas ayant eu sa première cure en prison entre novembre 1973 et avril 1974.

Il s'agit de 29 sujets qui se répartissent en deux groupes:

- séjours multiples correspondant à des rechutes avec nouvelle détention: 20 sujets.
  1 sujet 8 rechutes ou 8 séjours,
  1 sujet 5 rechutes: 5,
  2 sujets 4 rechutes:8,
  7 sujets 3 rechutes,21,
  9 sujets 2 rechutes:18,
  soit 60 séjours pour les 20 sujets.
- séjour unique : 9 sujets.

Le destin de ces 9 sujets a été le suivant:

4 rechutes ambulatoires sans arrestation,
2 destins inconnus à l'équipe,
1 encore en prison après les 12 mois de recul,
1 décédé,
1 guéri.

4. <u>Les resultats du traitement à long terme</u>

Pour des périodes d'incarceration ayant duré plus de 12 mois,après la cure ,nous avons actuellement l'expérience de 4 sujets.
Tous quatre ont rechuté dans les 24 heures après la sortie.

III. Conclusions

1. Par rapport à l'institution

a) l'introduction massive de prévenus drogués modifie profondément la vie de la prison;

b) elle insécurise le personnel de surveillance dont le rôle n'est plus clairement délimité;

c) elle accroit lourdement les résponsabilités médicales et psychiatriques,alors que les moyens à disposition ne sont pas conçus en fonction de telles modifications.

2. Par rapport au drogué

a) le sevrage physique peut être réalisé simplement et efficacement par la méthadone avec un minimum de personnel médical et dans un cadre ambulatoire;

b) le taux de rechute après 6 mois et 12 mois d'observation est impressionnant.Dans les cas où le sevrage a été suivi d'une détention de plus de 12 mois,la rechute a été immédiate à la libération;

c) l'hypothèse selon laquelle le sevrage physique puis la réhabilitation passive en milieu de détention pourraient avoir un effet bénéfique sur l'avenir du toxicomane grave,ne semble pas pouvoir être vérifiée. Les resultats rapportés permettent plutôt d'étayer l'hypothèse contraire.

3. De façon générale

A l'issue d'une expérience poursuivie pendant deux ans,nous sommes conduits à dire que la prison n'a sur le drogué aucun effet thérapeutique mesurable et qu'il existe pour cette catégorie de malades une contradiction entre milieu de détention et milieu thérapeutique.

Zusammenfassung Während rund 2 Jahren wurden ca.160 Drogenabhängige im UG St.Antoine in Genf mit Erfolg behandelt und zwar mit Methadon.Das Resultat dieser ambulanten Behandlung war sehr erfreulich.Der therapeutische Effekt des Gefängnisaufenthaltes auf Drogensüchtige ist = Null.