

**Charles Benqué**

# La prison, la fiole \*

**A**LORS QUE LES SERVICES de psychiatrie en prison sont depuis leur création rattachés au ministère de la Santé, il aura fallu attendre la loi du 18 janvier 1994 pour que la médecine générale quitte la tutelle pénitentiaire. Ainsi chaque établissement doit désormais établir une convention avec un hôpital de proximité pour assurer les soins aux détenus. Au-delà des lenteurs administratives qui rendent si longue la mise en œuvre de la loi, c'est tout un état d'esprit qu'il faut bousculer.

Pour illustrer les difficultés que nous rencontrons, même nous qui travaillons déjà sous tutelle de la Santé, il est un exemple particulièrement parlant, celui de la distribution des médicaments.

L'administration pénitentiaire exige que tous les produits psychotropes (tranquillisants, somnifères, neuroleptiques) soient distribués sous forme diluée. Ce sont les « fioles » qui sont distribuées trois fois par jour, suivant prescription médicale, soit à l'infirmerie, soit le soir directement en cellule par les surveillants. Ces traitements sont prescrits le plus souvent par les psychiatres et répondent aux nombreux troubles mentaux rencontrés en prison. Cependant, leur mode de distribution vient en contradiction avec l'objectif soignant et l'on assiste, sur ce sujet, à l'affrontement de deux logiques.

Nos arguments sont de trois ordres : pharmacologique, médico-psychologique et déontologique.

1. Pharmacologique : les produits se dégradent assez rapidement lorsqu'ils sont dilués. Les fioles étant préparées le matin pour la journée ou le vendredi pour tout le week-end, le traitement réellement absorbé est très vraisemblablement dénaturé. Dans le meilleur des cas, son action sera simplement diminuée, obligeant à augmenter de façon artificielle les doses. Dans d'autres cas, il n'est pas exclu que certaines molécules, en se dégradant, donnent naissance à d'autres produits aux effets inconnus. De surcroît, la présentation des médicaments ne se fait pas au hasard. Gélules, comprimés, dragées sont étudiés pour libérer leurs produits actifs à un certain niveau du tube digestif afin d'y

être le mieux absorbés. Parfois, l'enrobage permet une diffusion progressive du produit qui a, alors, une action prolongée. Lorsqu'ils sont donnés en solution, on expose les produits actifs aux enzymes du tube digestif supérieur, au risque de les détruire ; ou bien on obtient des concentrations sanguines trop brutalement élevées, avec les risques que cela comporte. En dernier lieu, rappelons que l'autorisation de mise sur le marché (AMM), attribuée par le ministère de la Santé pour chaque médicament, concerne un produit bien défini, y compris dans sa présentation. Il n'est pas inutile de souligner que l'administration pénitentiaire, par son exigence, se met en quelque sorte dans l'illégalité puisqu'elle distribue des produits différents de ceux qui ont reçu le label ministériel.

2. Médico-psychologique : Les « fioles », anonymes, indifférenciées, ne permettent aucune ébauche de responsabilisation du détenu vis-à-vis de son traitement. Si l'on considère que l'objectif est de réaliser, en prison, des conditions de soin aussi proches que possible de l'extérieur, nous mesurons là le fossé. Une fois libre, chaque ancien détenu se fera prescrire si besoin un traitement ; il se le procurera en pharmacie, selon le conditionnement du commerce ; il l'utilisera en toute liberté. Pourquoi, dès lors qu'il est incarcéré, doit-on le considérer comme incapable de prendre en charge les prises médicamenteuses de la journée ? Pourquoi cette distribution à la becquée ? À l'heure où, même en milieu hospitalier, on tente de responsabiliser les patients en distribuant chaque matin les traitements du jour, cette mesure semble particulièrement obsolète. Quand on connaît les demandes exorbitantes d'hypnotiques par les toxicomanes, cette question est d'une extrême importance lorsqu'on prétend avoir une action soignante auprès d'eux en prison. De même l'impossibilité d'identifier les différents produits fait écho de façon très nuisible à l'indifférenciation dans laquelle « baignent » ces patients dont l'addiction renvoie précisément à une régression archaïque. Autrement dit, en donnant « la fiole », nous repro-

\* Article paru dans Libération, 10 mai 1994, p. 5.

duisons le comportement du toxicomane qui prend indifféremment n'importe quel produit selon l'opportunité et qui ignore toujours la composition du mélange qu'il met dans sa seringue.

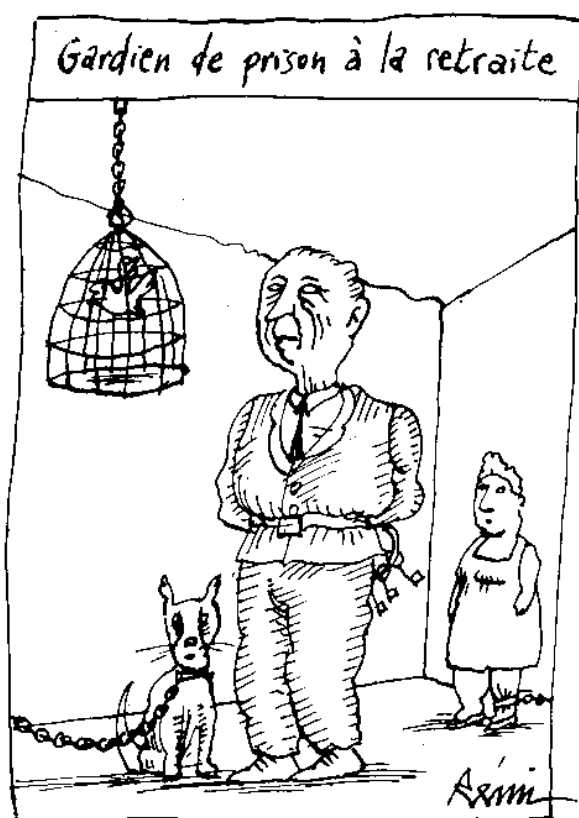
Autre argument considérable, par exigence de service, le traitement du soir est distribué au moment du repas, vers 18 heures, et les surveillants ont pour consigne de s'assurer que le détenu le prend bien devant eux. Cela revient à faire prendre des somnifères si tôt que le sommeil s'en trouve décalé. Il n'est pas rare de voir des détenus s'endormir à 19 heures... et se réveiller à 3 heures. Perturbation du rythme de sommeil, impossibilité de retrouver un équilibre naturel d'où dépendance entretenue aux somnifères, autant d'éléments qui s'opposent à l'objectif de ce type de prescription : permettre au patient, à terme, de pouvoir s'en passer.

3. Déontologique : ce sont les surveillants qui, par la force des choses, distribuent les « fioles », au moins le soir. C'est tout d'abord une atteinte caractérisée au secret médical. Qui prend ou ne prend pas de traitement doit rester confidentiel. Cela permet, en outre, un détour-

nement du sens même que doit avoir un traitement médical, et psychiatrique en particulier : du point de vue du détenu, la fiole est souvent assimilée, au moins en partie, à une mesure disciplinaire ; du point de vue du surveillant, celui qui ne prend pas la fiole est considéré très vite comme potentiellement dangereux. Il n'est pas inutile de rappeler pourtant, en prison plus qu'ailleurs, que la psychiatrie n'a pas mission de normalisation sociale.

Les arguments s'accroissent, l'évidence s'impose. Pourtant, nous continuons de prescrire comme si de rien n'était. Les responsables de l'administration pénitentiaire sont conscients du problème et sensibles à nos propos. Mais l'inertie domine. Il est temps de remettre en cause les plus mauvaises habitudes. Les arguments qui nous sont opposés s'inscrivent dans une logique sécuritaire : il faut empêcher le stockage de médicaments qui feraient l'objet de trafic ou faciliteraient des suicides. Les psychiatres n'ont pas à se mêler des questions disciplinaires. Ils savent toutefois que les psychotropes ne sont pas les médicaments les plus dangereux vis-à-vis du suicide. Les doses létales sont souvent considérables et les effets progressifs, de sorte que l'on peut minimiser le risque dans un milieu où un détenu ne reste jamais plus de 12 heures sans qu'un surveillant n'entre dans sa cellule. Le sujet est grave, les suicides en prison sont toujours très préoccupants. Il faut aussi faire le constat qu'il est presque impossible de les prévoir.

Toujours est-il que la pratique de la « fiole » entraîne une dénaturation profonde de l'acte de prescrire autant que du médicament prescrit. Jusqu'où peut-on encore appeler cela du soin ? Certes, la prison n'a pas pour mission de soigner. Ce serait même dévoyer singulièrement les objectifs respectifs de chacun que d'accréditer un discours rencontré çà et là : on incarcérerait certains prévenus pour qu'ils puissent (enfin) bénéficier de soins. Cependant, les détenus sont souvent dans un état de santé catastrophique. Ce n'est pas le moindre des paradoxes que de faire ce constat : il faut répondre aux besoins de la population pénale sans servir d'alibi aux carences extérieures. La réforme est la bienvenue. Si l'on veut qu'elle aboutisse, il faudra en passer par de profonds changements de mentalité pour rétablir certaines priorités.



Charles Benqué

Psychiatre des hôpitaux  
Service médico-psychologique régional  
Centre pénitentiaire de Fleury-Mérogis