Contrôler la toxicomanie en maison d'arrêt : punir pour mieux soigner ?

Fabrice Fernandez

Introduction.

Si toute infraction est d'abord un construit social, l'analyse des conflits d'interprétation de cette construction demeure essentielle pour saisir comment une situation est appréhendée par un dispositif répressif alors qu'il pourrait en être autrement (LABERGE, LANDREVILLE, 2000). L'incarcération des usagers de drogues souligne les paradoxes d'une construction sociale à travers laquelle ces derniers sont considérés comme des délinquants pénalement responsables de leurs actes et en même temps atteints d'une pathologie psycho-comportementale (OGIEN, 1997). Dès lors quel type de régulation se met en place et quel sens peut être donné à leur peine ? Comment peut-on à la fois surveiller, soigner et punir ?

Il est possible de distinguer trois types de régulation qui peuvent influencer la consommation de produits toxiques : les hétérocontrôles (instances institutionnelles), les contrôles sociétaux (soutiens informels) et les autocontrôles (CASTEL, COPPEL, 1991). L'enjeu à la fois pénal et médical qui consiste à bloquer le temps biographique d'un individu en le privant de liberté *" tout en l'incitant à se projeter dans l'avenir à travers une éducation pour la santé "* (BESSIN, LECHIEN, ZELEM, 1997) semble entièrement reposer sur une combinaison de deux formes d'hétérocontrôles (médical et pénal). Pour ces usagers de drogues incarcérés, le sens de la peine et le sens du soin semblent se superposer.

L'objectif général de notre recherche est de comprendre les liens que l'on peut établir entre les modes de vie des usagers de drogues (cocaïne, héroïne, crack, etc.) qui vivent dans des contextes de précarité, à l'intérieur et à l'extérieur de la prison. Dans bien des cas, l'usage de drogues et le passage en prison fonctionnent en continuité ou en alternance dans le jeu des trajectoires biographiques (la consommation de drogues peut conduire en prison mais inversement on peut débuter une consommation de drogues en détention).

Notre recherche[1] a été réalisée en région parisienne et toulousaine à partir d'entrées diversifiées dans les mondes de la drogue

[1] Recherche financée par l'Agence Nationale de Recherche sur le Sida (ANRS) et le Sidaction.

Fernandez F., « Contrôler la toxicomanie en maison d'arrêt : punir pour mieux soigner ? », *Sociologie santé*, n°27, 2007 (pp.173-192)

et de la prison (maison d'arrêt, rue, squats, associations de prévention et/ou d'autosupport, structures de soins spécialisés, hôpitaux) et de plusieurs techniques de recueils de données (observation participante, observation directe, entretiens biographiques, entretiens semi-directifs, échanges informels). Sur les 116 entretiens à trame biographique réalisés 76 l'ont été avec des usagers de drogues en prison, 38 avec des usagers de drogues à l'extérieur de la prison, vivant de minima sociaux, la plupart du temps sans domicile fixe ou hospitalisés et 12 avec des intervenants d'association, des membres du personnel médical et du personnel pénitentiaire en maison d'arrêt.

En multipliant les entrées dans les mondes de la drogue et de la prison, on a pu saisir des variations selon le degré d'engagement dans l'usage de drogues et dans les pratiques délinquantes (usagers actifs/ex-usagers, substitués, polyconsommateurs, délinquants " actifs ", incarcérés ou non, multirécidivistes, ex-délinquants " rangés ") ainsi que par rapport au sida et aux hépatites (individu non contaminé ou contaminé, connaissant ou non sa sérologie, personne malade, hospitalisée, etc.) et le poids des contraintes structurelles sur les parcours de vie et la gestion des risques socio-sanitaires des usagers les plus précarisés. L'ensemble de ces données qui offrent une vision de la diversité des situations dans lesquelles peuvent se trouver ces usagers de drogues et des expériences qu'ils peuvent traverser.

Cet article vise à interroger les décalages entre les techniques d'investigation, de prévention et de contrôle que les rationalités médicales et pénales mettent en place et les pratiques réelles des acteurs. Comment s'articulent les différentes formes de contrôles dans le cadre de relations et d'échanges avant tout marquées par des activités d'accusation, de défense et de défiance ? Comment à travers les dispositifs d'intervention préventive, médicale et pénale, les institutions essaient-elles de contraindre le consommateur de drogues à transformer l'engagement jugé " problématique ", dans les pratiques toxicomaniaques et dans la délinquance, en engagement "crédible" (KARPICK, 1996) pour sa réinsertion ? Comment à un niveau tactique, l'usager de drogues exploite ses savoirs et les dispositifs sanitaires, médico-sociaux et judiciaires dont il a connaissance, les constituant en ressources ou contraintes selon les situations ?

1. Les paradoxes de l'hétérocontrôle pénal.

Comment punir un usager de drogues qui a commis une infraction ? Comment évaluer un délit commis par une personne " dépendante " en terme de privation de liberté dans le temps sans transformer le sens de la peine en attribuant à la prison une fonction de soins ? Avant le jugement, la possibilité qu'à le Juge de faire appel à un

psychiatre expert (ou à des psychologues) afin d'évaluer l'état de santé mentale de tel ou tel prévenu articule directement la psychiatrie au contrôle social, ce qui ne va pas sans accentuer un peu plus le soupçon qui pèse sur tous les "psys" qui travaillent en détention.

Evidemment, il est difficile d'établir des rapports de confiance lorsque prédominent des échanges basés sur le soupçon, l'accusation et la défiance. L'intervention d'un tiers supposé neutre semble nécessaire pour garantir l'application du contrat qui lie le juge au prévenu (et par extension la société au présumé délinquant ou au condamné). C'est le personnel du Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation (SPIP) qui va jouer ce rôle. Sa mission est de préparer et d'exécuter les décisions de justice à caractère pénal. Ni psychiatres, ni psychologues, ils doivent rendre compte au Juge d'Application des Peines (JAP) du suivi des mesures pénales et participer aux actions visant au " *maintien des liens sociaux et familiaux* ", à " *la prévention de la désocialisation* " et à " *la préparation de la réinsertion et de la sortie de prison* ". Leur fonction est donc d'aider à la décision judiciaire.[2] Le juge peut faire appel au SPIP pour effectuer des enquêtes de personnalité à travers lesquelles les usagers de drogues multirécidivistes devront convaincre des changements opérés sur eux-mêmes susceptibles de les réintégrer dans le " *doit chemin* ". Mais ces derniers, comme Samir, ne savent bien souvent que répondre à la question sans cesse répétée : *" qu'est-ce qui fait que si on vous laisse sortir vous allez changer ? "*

" La dernière fois que je suis passé devant le juge des libertés et des détentions, il m'a envoyé voir une enquêtrice social pour faire une enquête de personnalité [...], avant qu'il prenne sa décision pour voir s'il me renouvelle le mandat de dépôt [...], elle me posait des questions sur ma vie et tout... Elle me demandait si je prenais un traitement. Je lui expliquais que non, je voulais pas prendre de traitement, que j'avais réussi à arrêter de moi-même et tout, parce que je veux tourner la page. Et la meuf elle me dit : " qu'est-ce qui fait que si on vous laisse sortir vous allez changer ? " Ben, je lui dis : " parce que j'ai envi de tourner la page " et je lui répétais la même chose : " maintenant j'ai un enfant, j'ai envi de faire ma vie ". Et elle me disait : " dites-moi, qu'est-ce qui fait que vous allez changer du jour au lendemain comme ça et tout ? " Moi j'arrivais pas trop à m'exprimer, je savais pas quoi lui dire de plus. Et à la fin voilà, je crois qu'elle a fait un rapport pas très favorable pour que je sorte. " (Samir, 28 ans, divorcé, 1 enfant, 2 incarcérations, poly-consommateur).

[2] Au 1er janvier 2004, 123 492 personnes sont suivies par les SPIP soit avant le jugement, soit après, pendant l'exécution d'une peine (source : Direction de l'Administration Pénitentiaire).

Ainsi il ne s'agit pas tant de faire en sorte que l'usager vive mieux la prison que de le convier à fournir des arguments tangibles témoignant d'un changement comportemental, d'un projet de réinsertion dont la première marche est la sortie de toxicomanie avec un suivi psychiatrique et un traitement de substitution. Ceux qui n'entrent pas dans cette logique, comme Samir, voient s'éloigner toute mesure de clémence. Cette " *rhétorique de l'escalier* " où il serait possible, aux prix d'efforts spécifiques, de gravir les échelons de l'intégration et de l'insertion a de quoi laisser dubitatif (SOULET, 1998), d'autant que l'on peut parfaitement être " intégré " tout en maintenant une consommation quotidienne de drogues dites " dures " (FONTAINE, 2006).

Ces usagers sont placés devant une double injonction : celle d'apporter des gages de réinsertion et celle de la " *confession obligatoire sous pression extérieure* " (HAHN, 1986).

La validité de cette forme d'expertise est remise en question par les usagers et c'est toute la relation envers le système juridico-pénal qui s'en trouve fortement malmenée. Dépendant de l'institution qui le mandate et à qui il doit rendre des comptes, le personnel SPIP ne peut véritablement jouer le rôle de " tiers ". L'incompréhension bascule souvent en la défaveur des usagers de drogues dont la responsabilité pénale semble de plus en plus reconnue par les Juges.[3]

L'importance de la population pénitentiaire relève de choix de société. Ainsi la lutte contre la drogue a des conséquences directes sur le gouvernement des populations les plus précaires car " *dans toutes les sociétés industrialisées, la guerre contre la drogue s'est transformée en une guerre qui renforce concrètement le contrôle de l'état sur les classes potentiellement dangereuses* " (CHRISTIE, 2003).

Il existe pourtant une autre voie, celle de l'injonction thérapeutique qui laisse la possibilité aux toxicomanes incriminés dans l'usage de drogues illicites d'accepter une orientation vers une structure sanitaire et donc vers un sevrage. En contrepartie, les procureurs de la république abandonnent les poursuites à leur encontre. Cette injonction est un substitut de la sanction pénale et peut aussi être prononcée par le juge d'instruction ou la juridiction de jugement. La loi met l'accent sur le caractère contraignant de la mesure.[4] Pour ceux qui seront incarcérés pour des délits liés à l'usage (deal, vol, violences, prostitution, etc.), la loi fait obligation de proposer un traitement de substitution en prison. Celui-ci est la plupart du temps pris en charge en prison par les

[3] En 1980, 1578 personnes étaient détenues pour ILS, soit 7,8 % de la population pénale, elles étaient 3368 en 2000 (soit à 10, 6 %), 12,7 % en 2003 et 13,9 % en 2004 (Source : Direction de l'Administration Pénitentiaire).

[4] Ainsi le procureur peut " *enjoindre* " le toxicomane à suivre une cure, le juge d'instruction, la juridiction de jugement peuvent l'y " *astreindre* ", dans ce cadre le toxicomane " *subit une cure* " (art. l 628-5).

antennes toxicomanies qui sont sous la responsabilité des Services Médico-Psychologiques Régionaux (SMPR).

Pour ce qui est de l'injonction thérapeutique, l'obligation de suivre une cure jusqu'à son terme sous peine d'incarcération méconnaît les chemins de l'abstinence, parsemés d'échecs, de retours en arrières et s'inscrivant dans la durée (souvent une dizaine d'années). La loi ne laisse aucun droit à l'erreur alors qu'il s'agit d'une condition à la réussite du traitement (HENRION, 1995, p. 175). On comprend la faible adhésion à l'injonction thérapeutique[5] d'autant que cette dernière est basée sur un contrat entre le juge et la personne interpellée. Si l'injonction échoue et qu'un usager de drogues commet un nouveau délit, il sera inévitablement condamné à de la prison ferme puisque l'alternative " thérapeutique " aura échouée. La voie est alors ouverte à la multirécidive. Amorcée dans les années 1970, " la récidive des toxicomanes " connaîtra un essor spectaculaire durant les années 1980 et 1990 et perdure depuis à un niveau élevé, notamment pour les plus précaires. Les rapports d'évaluation de différentes structures de prévention " bas-seuils " viennent confirmer ce fait. [6]

Plus de trente ans après sa création, l'injonction thérapeutique demeure une mesure marginale,[7] la consommation de drogues n'étant pratiquement plus un motif d'incarcération, les usagers sont très souvent incarcérés pour trafic de drogues, prostitution, vols avec ou sans violence ou des agressions : le délit n'est donc pas forcément le déclencheur d'une injonction, qui va reposer ici sur du déclaratif.

2. Rationalités et hétéro-contrôle médical : le revers de la méfiance.

Les usagers de drogues les plus précaires se retrouvent donc souvent en prison à la suite d'un parcours composé de ruptures biographiques, de maladies et d'infections diverses, d'interpellations policières à répétition, de périodes d'arrêt et de reprises de consommations et d'échecs thérapeutiques. En prison, il leur est

[5] *En 1993, sur 6.342 injonctions thérapeutiques, à peine un tiers ont engendré des résultats satisfaisants - le rapport* (Henrion) *ne précise pas ce que l'on entend par là ", dans* BOEKHOUT VAN SOLINGE Tim, *L'héroïne, la cocaïne et le crack en France*, *Trafic, usage et politique*, Amsterdam, CEDRO/Université d'Amsterdam,1996, p.224.

[6] Par exemple, à l'association STEP dans le 18ème arrondissement de Paris, 72 % des personnes reçues ont déclaré avoir déjà été incarcérées : 15% une seule fois, 70% de 2 à 10 fois, 15% plus de 10 fois, *dans* STEP, *Rapport d'évaluation*, Paris, Espoir Goutte d'Or, 1999 p. 23.

[7] Ainsi un rapport de l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT) concluait qu'elle " *est et restera, dans le cadre actuel, sans effet sur le problème de l'usage de drogues, car son taux d'effectivité est trop faible* " *dans* SETBON Michel, De CALAN Jeanne, *L'injonction thérapeutique. Évaluation du dispositif légal de prise en charge sanitaire des usagers de drogues interpellés*, Paris, CNRS/GAPP, OFDT, 2000, p.141.

proposé, si leur consommation est avérée, de suivre un traitement de substitution dans l'objectif de sortir de la toxicomanie.

En France, depuis 1994 et la réforme des soins en milieu pénitentiaire, deux services complémentaires traitent de la santé en prison, les Unités de Consultations et de Soins Ambulatoires (UCSA) qui dépendent des hôpitaux généraux et les SMPR qui dépendent des hôpitaux psychiatriques. Dans certaines prisons, les soins aux toxicomanes sont entièrement gérés par le SMPR qui contrôle la prescription et la délivrance de produits de substitution (notamment le Subutex®[8]).

Mais une véritable relation de soins avec les toxicomanes ne semble pas pouvoir s'instaurer car leur suivi est la plupart du temps enrayé par des peines de prison courtes, parfois à répétition et par la difficulté à les fidéliser au SMPR à leur libération. Il convient de préciser que la mission des personnels SMPR n'est pas de lutter contre la récidive comme le rappelle cette psychologue que nous avons rencontré :

" *Nous, on n'a pas pour but la prévention de la récidive, ça peut-être un objectif de la justice mais pas pour nous. On peut travailler sur la répétition qui est un concept psychanalytique et puis sur tout ce qui est de l'ordre du sujet quoi. S'il récidive tant pis ! Notre objectif n'est pas de supprimer ça.* " (Hélène, 46 ans, psychologue SMPR).

Cependant la sortie de la toxicomanie passe par un accompagnement sur le long terme car les " rechutes " sont le lot d'un grand nombre d'usagers d'héroïne et les incarcérations répétées sont loin de favoriser l'arrêt de la consommation. Par ailleurs, cet accompagnement vers une sortie de toxicomanie reste très aléatoire et certains usagers dénoncent l'impasse d'un traitement de substitution que les médecins ne savent pas réduire ou stopper.

On assiste alors à un vieillissement de la population d'usagers d'héroïne toujours sous substitution, parfois tentés sur le long parcours de la " sortie " par d'autres substances (comme le crack). Une amplification des risques et un relâchement de la vigilance se précisent sur le long terme. De plus, l'analyse des comportements de ces usagers ne peut faire l'impasse sur la consommation des produits de substitution devenue centrale. D'une part, parce que les usagers de drogues par voie intraveineuse (UDVI), s'injectent également fréquemment des médicaments de substitution (notamment le Subutex®) et d'autre part, parce qu'à travers la substitution se met en place une véritable

[8] Le Subutex est un médicament à base de Buprénorphine utilisé comme traitement substitutif dans les dépendances aux opiacés, il vient d'être classé comme produit stupéfiant.

reconfiguration des usages de drogues. Si globalement l'usage d'héroïne diminue, les produits de substitution se combinent aujourd'hui couramment à divers médicaments ou drogues comme le crack ou la cocaïne.[9] Le Subutex® devient une monnaie d'échange en prison, une drogue légale parfois obtenue illicitement dans les cours de promenades en complément ou à la place du traitement délivré.

Dès son arrivée, on stipule au détenu que s'il suit un traitement à l'extérieur celui-ci doit perdurer à l'identique, or à l'extérieur la plupart des usagers de drogues dites " dures " (héroïne, cocaïne, crack, etc.) suivent un traitement de substitution,[10] ce qui leur permet aussi de mieux gérer les manifestations du manque.

Le psychiatre du SMPR se base alors sur les prescriptions délivrées à l'usager en médecine de ville. En suivant cette procédure, il marque déjà de méfiance le premier rapport de l'usager à la médecine pénitentiaire : sa parole ne suffit pas, il doit fournir les preuves d'une prescription. Le médecin extérieur endosse donc le rôle du tiers censé permettre la construction d'un dispositif de contrôle de la toxicomanie.

Mais ce dispositif laisse souvent l'usager en manque avec une substitution "minimale ", le temps d'obtenir cette ordonnance initiale. Bien sûr, si ce dernier a oublié le nom de ce médecin, s'il a utilisé de fausses ordonnances ou encore s'il s'est procuré des médicaments au marché noir, la perspective de voir se prolonger l'état de manque perdure.

D'autre part, même en se basant sur l'ordonnance du médecin traitant, le détenu-usager est souvent sous-substitué car il peut avoir consommé une importante quantité de drogues juste avant son incarcération. " En manque ", il peut être tenté par le marché noir de psychotropes de la prison. L'accompagnement médical est, en ce cas, pour le moins faussé. À la recherche de produits dans la cour de promenade, il révèle sa vulnérabilité et peut être facilement manipulé par les autres détenus. Par ailleurs, ce balancier entre sous-substitution et sur-substitution par le marché noir maintient un régime du mensonge et de la dissimulation peu favorable à la prévention et à la réduction des dommages liés aux usages de drogues.

---

[9] On peut relever trois types de combinaisons, la première multiplie les effets recherchés (Subutex® et Benzodiazépines, Benzodiazépines et alcool), la seconde fait office de rechange en l'absence d'autres produits (Subutex® + alcool), enfin la dernière diminue les effets négatifs (cocaïne et Subutex®, crack et substitution, cocaïne et Benzodiazépines). Les deux premiers types de reconfigurations assurent une consommation légale qui conduit aussi ces usagers de toxiques à ne pas se considérer comme " toxicomanes ".

[10] On estime en France le nombre de consommateurs d'opiacés dans une fourchette entre 142 000 et 176 000 et à 71 260 le nombre d'usagers sous substitution (dont 62 900 recevant de la buprénorphine), soit un taux de 40 à 50 %, *dans* NILSON Margareta, SOLBERG Ulrik, BALLOTTA Danilo, WIESSING Lucas, " Le rôle clé de la substitution dans le traitement de la toxicomanie ", *Objectif drogues*, n°1, 2002, p. 3.

Dès lors, certains usagers peuvent être tentés par des actions désespérées, que ce soit des tentatives de suicides, des pratiques d'automutilation, menace ou chantage sur le médecin pour obtenir leur produit, comme en témoigne Saïd, interrogé en détention :

" *J'ai vu le psychiatre trois fois [...]. Il me donnait des choses qui ne correspondaient pas à mon traitement et puis un jour je suis arrivé très calme, j'avais une lame de rasoir là, je lui ai dit : " écoutez, je veux du Subutex®, je vais me couper, je vais me rendre malade, de votre traitement j'en ai rien à faire... " Il faut en arriver là c'est fou ! Ils font traîner pour en avoir au bout d'une semaine, rien que deux ! Mais si vous en prenez pas, ça vous mine, vous dormez pas, vous avez mal aux reins, vous dégueulez, les autres mecs ils comprennent pas, vous êtes malade tout le temps. On vous traite de toxico et moi j'aime pas ça...* " (Saïd, 33 ans, union libre, 3 incarcérations, poly-consommateur).

On assiste à un véritable " effet pervers " d'un dispositif qui vise à réduire les marges d'incertitude : l'institution médicale engage par son propre mécanisme de contrôle l'usager de drogues dans le détournement, la manipulation et le marché noir. A partir de la méfiance première du médecin envers l'usager, qui vise à réduire la probabilité de sur-substitution ou d'alimentation du trafic, se met en place un rapport de force qui pousse souvent ce dernier " en manque " dans ses derniers retranchements soit à des actions violentes, soit à se fournir au marché noir.

Si au niveau pénal la réinsertion d'un usager de drogues est envisagée à partir d'un travail psychologique et d'une substitution, cette perspective est pourtant fortement contestée par les usagers eux-mêmes. D'une part, ils ne se considèrent pas comme des " fous " et certains ne souhaitent pas d'un suivi psychiatrique, d'autre part, ils connaissent les difficultés de la sortie de la substitution qu'ils redoutent autant, voire davantage, que la sortie de toxicomanie par sevrage. Ainsi, nombre d'entre eux préfèrent cacher leur consommation plutôt que d'avoir à suivre un traitement dont ils savent par avance qu'il ne modifiera pas fondamentalement leur rapport à la drogue. Et tant qu'à " se droguer ", ils sont nombreux à estimer qu'au niveau des effets, le " noir total " du Subutex® n'est pas comparable avec le " flash " de l'héroïne.

Cette attitude met à mal le processus que doit engager le médecin envers son patient et qui nécessite que ce dernier partage avec le médecin *" jusqu'à un certain niveau ses points de vue sur la maladie et son traitement ",* or *" c'est dans un climat de confiance que le professionnel peut exiger du patient quelque chose de nouveau et d'inattendu [...]. Donc pour l'essentiel, ce sont la foi et la confiance de*

la part du client et l'autorité de la part du médecin qui sont les éléments critiques de cette interaction " (FREIDSON, 1984, pp. 315-316).

L'impossibilité de choisir son médecin accroît une méfiance intuitive envers les soignants, entretenue par les doutes qui pèsent sur le secret médical et les rumeurs qui circulent sur les complicités du corps médical avec l'administration pénitentiaire. La neutralité affective, qui constitue un des socles de l'image que médecins et infirmiers veulent donner d'eux-mêmes (PARSONS, 1951), entretient cette méfiance (MILLY, 2001) voire de la défiance.

Suivant leurs délits, les détenus peuvent aussi cacher leurs usages de drogues au personnel soignant, dans la crainte que le Juge d'Application des Peines ne découvre une autre affaire liée à la drogue. Le crédit accordée aux soignants est donc tout relatif, il est fonction de leurs liens supposés avec l'institution pénale. Ainsi Carole, consommatrice d'héroïne rencontrée à l'extérieur de la prison, a toujours voulu masquer sa consommation au personnel médical en prison :

" J'ai jamais voulu dire que j'étais toxicomane, ce qui fait que le sevrage je me le tapais toute seule, parce que je me disais : si jamais je pose une conditionnelle et que le juge il voit qu'il y a en plus une histoire de came, il va jamais vouloir ! " (Carole, 36 ans, célibataire, un enfant, 6 incarcérations, consommatrice d'héroïne).

D'autres part, la confusion des rôles des personnels SPIP, des psychiatres experts judiciaires et des psychiatres et psychologues du SMPR produit parfois une défiance générale envers tous les " psys ". *" S'ils veulent t'enterrer, ils t'enterrent, par les médicaments "* nous déclarera un détenu.

Mais cacher sa consommation reste problématique notamment vis-à-vis des autres détenus qui, par surveillance accrue, essaient de déceler des indices permettant de repérer les consommations de drogues. On surveille les prescriptions médicales et les fréquentations des nouveaux entrants, on observe les déplacements, les attitudes qui rendent visible un état de manque. Les informations récoltées, colportées et déformées sont très vite diffusées et les usagers sont étiquetés, mis à l'écart.

3. Les soupçons de collusions entre surveillants et soignants.

Les surveillants sont eux aussi méfiants à l'égard des usagers de drogues qu'ils repèrent par l'observation des comportements (notamment l'agitation, la nervosité, la violence, les évictions de cellule en cellule). Cependant si l'usage de cannabis bénéficie d'une tolérance

pragmatique dans de nombreux établissements, le Subutex® participe aussi au maintien de la paix sociale et du calme en détention. Les prescriptions de médicaments facilitent le travail de surveillance et les relations cordiales entre surveillant et personnel médical sont interprétées comme des signes de complicité même si par ailleurs les soignants situent leur intervention dans un cadre thérapeutique bien distinct de la répression. Malgré la réforme des soins en milieu pénitentiaire, le personnel soignant est pris dans un système de partage d'informations (concernant notamment la sécurité) avec le personnel de surveillance.

Le secret médical est donc tout relatif, il est fonction des contraintes carcérales. Ainsi, par exemple, la visite des détenus en quartiers disciplinaires continue d'être effectuée par certains médecins accompagnés de surveillants (O.I.P, 2003). En prison, toutes les relations sociales sont marquées par le même sceau du soupçon, à commencer par le rapport au surveillant, qui est le représentant de l'institution le plus présent pour le détenu. Ces surveillants, dont *" la mission principale est et a toujours été la garde "* comme nous le affirmera l'un d'eux, usent aussi de l'art de la ruse (fouilles inopinées, changements de cellules sans préavis, modifications des heures de promenades, rondes d'écoutes, pressions psychologiques, chantages au parloir). Le recours aux informateurs est courant et entretient la suspicion des détenus entre eux. Suspicion systématique qui n'est pas sans conséquence, parfois dramatiques, sur certains détenus particulièrement fragiles comme en témoigne ce psychiatre SMPR :

" Un événement, une information tout à fait sans importance à l'extérieur peut prendre à l'intérieur pour un individu particulier un poids énorme [...]. L'information, il peut y avoir des informations libellées, je dirais, le juge dit que j'ai pris 20 ans de prison, le jour des assises ce sont des informations qui sont vérifiées mais le problème n'est pas là finalement, c'est le crédit apporté à une information quelle qu'elle soit... Une personne, par exemple, va se suicider parce qu'elle pense que tout le monde la traite de balance, ça peut être une personne qui l'a traitée de balance, c'est peut-être elle-même qui pense qu'on l'a traitée de balance, ça peut-être elle, qui aurait de bonnes raisons de penser qu'effectivement elle est une balance et puis etc., etc. . Et à un moment donné, y'a quelque chose qui est insupportable. " (Bernard, 45 ans, psychiatre SMPR).

En prison, la défiance se répercute sur la totalité des relations sociales. Les usagers de drogues sont pris dans les mécanismes du soupçon généralisé qui impliquent le maintien d'une vie secrète, sur laquelle repose aussi leur survie sociale (en rupture avec leur famille, ils n'ont peu ou prou de soutien extérieur). À travers les formes

d'adaptations secondaires (GOFFMAN, 1968), ils ont la possibilité de s'écarter du rôle et du personnage que la prison leur assigne pour préserver un peu d'espace privé, mais ces activités clandestines n'en sont pas moins moralement éprouvantes et civiquement désastreuses (JOSEPH, 2001, p.89), d'autant qu'elles perdurent bien souvent au sortir de prison (mensonge, manipulation, activités illicites) en compromettant toute forme de réinsertion.

Les tentatives de suicides ou les grèves de la faim constituent le dernier moyen pour interpeller l'administration pénitentiaire et judiciaire dans l'espoir d'améliorer leurs situations.[11] Elles sont fonction des éventuels bénéfices perçus par le détenu, qu'ils soient matériels (isolement, obtention de produits de substitution) ou symboliques (sentiment que le juge, le médecin, l'infirmière, le directeur de prison, les surveillants ou les autres détenus pris d'un élan de compassion seront plus à leur écoute).

Elles témoignent d'une rupture entre les professionnels (notamment les soignants) et les usagers de la prison. Ainsi on peut voir dans ces pratiques des formes de résistances aux traitements institutionnels des corps dont l'une des principales préoccupations consiste à maintenir les détenus en vie et en santé (FERNANDEZ, 2003). Elles augmentent le capital d'attention à leur égard comme un nouveau levier à actionner dans les interactions futures en essayant d'opérer un basculement dans leurs relations avec les professionnels de santé : d'une relation basée sur une neutralité affective et un savoir préétabli vers une relation investie émotionnellement (pitié, remords, compassion). Ces mises en scène du corps souffrant peuvent être l'objet de tactiques qui visent, en témoignant d'un mal être, à contraindre le personnel médical à choisir son camp.

Dans ce cadre, ce n'est qu'en se plaçant radicalement du côté des détenus que les soignants peuvent espérer établir un suivi, mais en privant entièrement des individus de la capacité de contrôler la distance ou l'attachement à une consommation de drogues devenue centrale dans leur vie, les institutions pénales et médicales participent conjointement à produire un sentiment de dépossession du pouvoir sur soi et sur son corps. Cette attitude conduit à un sentiment de détachement et d'étrangeté à soi-même (DRULHE, 1996 p.325). Les usagers de drogues peuvent difficilement faire le choix d'un sevrage " à l'ancienne ", " à la dure ", même s'ils estiment que c'est la seule voie pour sortir de la toxicomanie, au risque de se voir prolonger leur séjour carcéral. Ce sentiment de dépossession, d'instrumentalisation de soi s'accompagne souvent, comme un effet miroir, de l'instrumentalisation

[11] L'administration pénitentiaire recense 120 suicides en 2003. En 2000, 370 gestes auto ou hétéro-agressifs ont été pris en charge par la seule UCSA de la maison d'arrêt de la Santé (source : Direction de l'Administration Pénitentiaire).

d'autrui (mensonge, manipulation, déformation d'événements, chantage) qui participe à entretenir une expérience sociale basée sur une rationalité utilitaire, notamment pour obtenir drogues et/ou médicaments, peu à même de concourir au souci de son corps, de sa santé et de celle d'autrui. Les formes de confiance apparaissent comme un moyen de sortir de ce type de rationalité et de créer des liens susceptibles de maintenir des usagers de drogues précarisés dans un espace de sécurité relative nécessaire à leur survie sociale. Mais les rapports sociaux en institution totale (GOFFMAN, 1968) sont avant tout marqués par la défiance, ici peut-être plus qu'ailleurs les usagers de drogues sont perçus à travers des représentations collectives qui les identifient au mensonge et à la manipulation.

Les procédures pré-construites consistant à les inciter à s'engager dans une substitution et un travail psychologique méconnaissent les pratiques réelles de consommation et la reconfiguration des usages à partir de cette substitution. D'autre part, cette approche ne repose que sur l'hétérocontrôle et ne prend pas en compte la capacité d'autocontrôle de l'usager ou les soutiens informels qui pourraient l'aider à contrôler voire à arrêter sa consommation. L'approche soignante rationalisée met en œuvre une neutralité affective peu appropriée pour des usagers de drogues " désaffiliés ", plus à la recherche de formes d'aide et de solidarités. C'est tout à la fois les expertises médicales et pénales qui sont remises en question par les usagers de drogues, d'autant que le sens de la peine et le sens du soin s'entremêlent dans ces expertises. Si " *le principe selon lequel la douleur peut racheter la faute est au cœur des mécanismes punitifs* " (LHUILLIER, 2000 p.35) , les usagers de drogues incarcérés rappellent que leur douleur ne va pas les réinsérer, si tant est qu'ils eussent déjà été insérés. [12]

Nombre d'entre eux se considèrent sous le coup d'une " double peine " et reconnaissent rarement le bien fondé de leur incarcération. Surtout lorsqu'ils sont arrêtés dans un état second, qu'ils ne sont pas encore jugés et que le maintien en détention provisoire ne leur permet pas de comprendre le sens de cette peine. Alors que drogues et médicaments circulent en détention et que l'infirmerie met à disposition des préservatifs, il n'y a pas comme à l'extérieur de protocole d'échanges de seringues. Les détenus ne disposent donc pas des mêmes droits à la prévention qu'en milieu libre. Ces ambiguïtés de positionnement vis-à-vis de la prévention des dommages ne facilitent pas l'engagement dans une démarche de soins.

[12] Cependant il convient mieux de parler de réinsertion car la prison est " en *bout de chaîne et lui assigner une mission d'insertion, comme à la famille, à l'école ou à la prévention administrative [...] reviendrait à nier les missions de ces institutions intervenues en amont* " *dans* BLANC Alain, " Décloisonnement et réinsertion : poursuivre l'ouverture ", *Les cahiers de la sécurité intérieure*, n° 31,1998, p. 57.

À travers différentes procédures d'instrumentalisation de la confiance qui fonctionnent comme un " *réducteur pratique d'incertitude* " (THUDEROZ, MANGEMATIN, HARRISSON, 1999, p.6), l'institution pénale augmente les zones d'ombres et ouvre la voie à des pratiques à risque (notamment sanitaires). Si le but de l'institution pénale est de responsabiliser l'usager de drogues en l'amenant à se conformer aux attentes de cette dernière, cette forme de " *gouvernementalité* ", cette conduite des conduites (FOUCAULT, 1975), le surinvestit de responsabilité qu'il doit assumer seul, en considérant les dommages socio-sanitaires comme un choix de vie (LOVELL, 2001) sans prendre en considération sa condition sociale et matérielle. De nombreux psychiatres ont estimé que l'irresponsabilité pénale relevait d'une forme de ségrégation alors que la punition facilitait l'insertion future. La responsabilité devient dès lors un élément central rentrant dans le cadre d'une thérapeutique en prison.

C'est toute la question de l'expertise qui est ici à interroger. Si le but institutionnel est d'enrayer l'augmentation du taux de la récidive qui s'élève à 31,3% sur l'ensemble de la population pénale (LECOMTE, TIMBART, 2003), comment ne pas s'interroger sur l'utilité et le sens de l'incarcération des usagers de drogues les plus précarisés?

La proposition du doublement de la peine des " multirécidivistes "[13] risque de fragiliser un peu plus encore les conditions matérielles, sanitaires, familiales et sociales d'individus qui ont déjà le plus grand mal à gérer leur consommation de drogues et les dommages sanitaires qui y sont associés. C'est pourtant le sens que prend la proposition de loi relative au traitement de la récidive des infractions pénales adoptée par le sénat en février 2005.[14]

D'un autre côté, la multiplication de " courtes " peines ne fait qu'entretenir le " marquage " social d'individus déjà fortement stigmatisés. Et l'augmentation des contrôles institutionnels n'améliore pas leur condition de vie mais accentue leur désir d'émancipation envers le " système " par la consommation, comme en témoigne Jean-Paul, que nous avons rencontré alors qu'il sortait de sa 18ème incarcération:

" *Une courte peine, ça n'existe pas dans le langage de la misère, une peine de prison c'est une peine, que tu y passes dix ans ou un jour, c'est la même. T'as un casier c'est tout ce qui compte. Tu ressors, il faut recommencer tout à zéro... Tu sorts en liberté, on te dit :*

[13] Déclaration du ministre de l'intérieur Nicolas Sarkozy lors de l'émission télévisée " *100 minutes pour convaincre* " diffusée sur France 2, le 20 novembre 2003.

[14] Le texte renforce la répression contre la récidive et institue de nouvelles mesures de suivi des condamnés "dangereux". Il élargit les catégories de délits permettant de parler de récidive et limite le nombre de sursis avec mise à l'épreuve ainsi que les réductions de peine applicables aux récidivistes.

" t'as pas le droit de faire ça et ça ". Et tout ce que tu veux c'est profiter de ta putain de liberté que t'as attendue pendant neuf mois. Et on te dit : " il faut que tu passes par-là, par-ci, par ça ". T'as pas la tête disposée à ça, tout ce que tu veux c'est faire la fête et puis profiter de tout ce que t'as raté. Alors tu t'en fous ! Tu sors de prison, mec ! " (Jean Paul, 34 ans, célibataire, deux enfants, 18 incarcérations, poly-consommateur).

La liberté retrouvée doit s'éprouver de manière plus forte, la sortie de prison est alors souvent l'occasion d'un surinvestissement dans la drogue et dans les risques. Les morts par overdose au sortir de prison restent un phénomène délaissé voire ignoré par les institutions et ce malgré un rapport de l'OFDT sur la mortalité des sortants de prisons qui soulignait " *une surmortalité très significative des ex-détenus a été observée dans la première année suivant leur libération par rapport à la population générale. Cette surmortalité, observée pour les sortants de moins de 55 ans, était particulièrement élevée et significative pour les overdoses* " (PRUDHOMME, VERGER, ROTILY, 2003, p.6).

Conclusion : l'usager de drogues précarisé comme sujet de soins incarcéré.

On assiste depuis plusieurs années à un changement majeur dans la gestion sociale de la toxicomanie : la progressive transformation de l'usager de drogues en " sujet de soin " voire de l'usager de drogues précarisé en sujet de soins incarcéré, même si des réticences persistent, nous l'avons vu, lorsqu'il s'agit d'une prise en charge psychiatrique en prison. Les usagers sont aux prises avec des injonctions contradictoires. D'une part, il existe une part de conformisme avec laquelle ils doivent composer et qui les conduit à rechercher l'approbation de leurs pairs tout en s'engageant dans un mouvement de libération des contraintes externes et de leurs souffrances internes par la consommation. D'autre part, ils sont enjoint, par un processus de médicalisation des pratiques sociales, à faire un travail sur eux-mêmes, sur le contrôle d'eux-mêmes en intériorisant des règles sociales dont la substitution est un élément central.

Malgré une politique parfois jugée moins progressiste que certains de ces voisins européens (FERNANDEZ, 2003), le succès de la politique française de réduction des dommages liés à la consommation de drogues est difficilement contestable. Elle a bien ses effets pervers, considérer la dépendance aux drogues comme une maladie c'est risquer de voir dans le médicament l'unique solution à des problèmes sociaux et psychologiques. Mais il faut bien reconnaître que par le traitement de la dépendance à l'héroïne sur le mode d'une maladie chronique, " *des*

héroïnomanes autrefois irrémédiablement condamnés à l'exclusion et à la maladie ont tout simplement sauvé leur vie " (COPPEL, 2002).

Cependant, le modèle contractuel de la prévention (DOZON, 2001) dont le but est à terme de faire en sorte que chaque individu devienne son propre " patient sentinelle " ne peut réaliser cet idéal de la " santé parfaite " (SFEZ, 1995), transformer la toxicomanie en maladie chronique.

Le problème principal réside dans le maintien dans l'illégalité de la drogue. La majeure partie des difficultés quotidiennes que rencontrent les consommateurs les plus précarisés provient des obstacles pour l'obtention du produit, de la " délinquance " qui sert à palier son prix prohibitif aux risques d'arrestations, de condamnations et d'incarcérations. L'achat et la consommation de produits frelatés, le risque de subir les violences de la rue, le mode de vie sans domicile sont autant de contrepartie au traitement de la toxicomanie comme une maladie chronique sans prise en compte de la condition sociale des usagers. Condition sociale qui est indissociable de leur mode de vie et qui constitue leur réalité quotidienne.

Ainsi à la sortie de la prison tout comme au sortir de l'hôpital, l'usager de drogues sans domicile peut difficilement maintenir un rythme de vie basé sur des temporalités sociales qui ne sont pas les siennes mais qui sont nécessaires au suivi d'un traitement quotidien (lever le matin, manger au alentour de midi, dormir le soir, etc.). Cet état de fait est particulièrement marqué pour les usagers de drogues malades du sida, qui associent trithérapie et traitement de substitution, combinant ou alternant des prises de médicaments irrégulières, des consommations de drogues et de produits de substitution. Les risques sont amplifiés par une nouvelle cohabitation avec des consommateurs de drogues et les tentations de faire un usage " anesthésique " de drogues sont amplifiées, sans parler des possibilités de co-infection[15] voire de sur-infection reléguées par certains usagers au statut de " mythe ", alors qu'il a été démontré que la surcontamination est toujours à l'origine d'une aggravation de la situation des malades notamment en terme de remontée de la charge virale.

Abandonner au champs politique et idéologique, la question du sens de l'incarcération d'usagers de drogues dépendants est parasitée par la nature des délits commis mais aussi surdéterminée par les débats sur l'insécurité et sur la libéralisation ou la répression de l'usage de drogues.

[15] Aujourd'hui plus d'un tiers des séropositifs sont également infectés par le virus de l'hépatite C et 10% par celui de l'hépatite B, par ailleurs le taux d'usagers de drogues infectés par l'hépatite C est estimé entre 50 et 60 % alors qu'ils serait bien plus élevé pour les usagers de drogues par voie intraveineuse (de 70 à 90%) *dans Têtu* + , édition 2004-2005, supplément du n°94, pp. 38-41.

En dépassant la stricte problématique de la sortie de toxicomanie, ne faut-il pas se demander comment construire une véritable relation d'aide et de soins avec les usagers de drogues à travers une politique qui leur donnerait les ressources sociales et matérielles nécessaires à la gestion de leur propre santé ? Comment mettre en œuvre un véritable cadre participatif en parasitant les relations sociales prédominées par le stratégique et l'instrumental ?

Si la quête de dignité et de considération affecte sur tous les acteurs de la prison, elle soulève " la concurrence des humanités " (BESSIN, 2003) véritable source de conflit entre surveillants, soignants et détenus. " *Les professionnels de santé intervenant en prison s'y arrogent souvent le monopole de l'humanité. Ce que contestent ceux qui incarnent l'inhumanité du fait de leur fonction (les surveillants) ou du fait de leur actes (les détenus*) " (BESSIN, 2003, p.48). Si on peut considérer ce conflit entre soigner et punir comme une brèche permettant aux détenus de jouer avec le système (RHODES, 2004), il reste à déterminer si cette concurrence peut réellement devenir une force permettant d'humaniser les rapports sociaux en détention et influer positivement sur le cadre thérapeutique en dissociant la souffrance liée à la dépendance aux drogues de ce supplément de douleur physique propre à l'enfermement (FOUCAULT, 1975).

Bibliographie

BESSIN Marc, " Soins en prison : la concurrence des humanités ", Cultures en mouvement, n°56, Avril 2003, pp. 47-50.

BESSIN Marc, LECHIEN Marie-Hélène*, Soignants et malades incarcérés. Conditions, pratiques et usages des soins en prison,* Rapport de recherche, Paris, GIP mission de recherche droit et justice, CEMS, EHESS, CSE, 2000, 412 pages.

BESSIN Marc, LECHIEN Marie-Hélène, ZELEM Marie-Christine, " Soigner en prison : principe et sens pratique des acteurs de la réforme ", *Revue française des affaires sociales*, n°55 (1), 1997 pp.111-116.

BLANC Alain, " Décloisonnement et réinsertion : poursuivre l'ouverture ", *Les cahiers de la sécurité intérieure*, n° 31, 1998, pp.53-77.

BOEKHOUT VAN SOLINGE Tim, *L'héroïne, la cocaïne et le crack en France*, *Trafic, usage et politique*, Amsterdam, CEDRO/Université d'Amsterdam,1996, 149 pages.

CASTEL Robert, COPPEL Anne., " Les contrôles de la toxicomanie ", in EHRENBERG Alain [dir.], *Individus sous influence, drogues, alcools, médicaments psychotropes,* Paris, Esprit, 1991, pp.237-256.

CHRISTIE Nils, *L'industrie de la punition. Prison et politique pénale en Occident*, Paris, Autrement, collection Frontières, 2003, 220 pages.

COPPEL Anne, " Les politiques de lutte contre la drogue : le tournant de la réduction des risques ", *Les Cahiers de l'Actif*, n°310-311, 2002, pp.11-22

DEVRESSE Marie-Sophie, " Trois usages instrumentaux de la notion de confiance dans l'institution pénale ", in MANGEMATIN Vincent, THUDEROZ Christian, *Des mondes de confiance. Un concept à l'épreuve de la réalité sociale*, Paris, CNRS éditions, 2003, pp.127-138.

DOZON Jean-Pierre, " Quatre modèles de prévention ", *dans* DOZON Jean-Pierre, FASSIN Didier [dir.], *Critique de santé publique*. *Une approche anthropologique*, Paris, Balland, 2001, pp.23-46.

DRULHE Marcel, *Santé et société. Le façonnement sociétal de la santé*, Paris, PUF, 1996, 392 pages.

FERNANDEZ Fabrice, " Du corps otage au corps mémoire : les actes d'automutilation en prison chez les usagers de drogues et leurs mises en récit ", *Face à Face. Regards sur la santé*, n°5, pp. 63-70.

FERNANDEZ Fabrice, *La mise en place de dispositifs de réduction des risques en milieu carcéral : analyse comparée des établissements pénitentiaires français, suisses et espagnols*, rapport de recherche, ASCODE, 2002, 50 pages.

FONTAINE Astrid, *Double vie : les drogues et le travail*, Paris, les empêcheurs de penser en rond, 2006, 214 pages.

FOUCAULT Michel, *Surveiller et punir : naissance de la prison*, Paris, Gallimard, 1975, 362 pages.

FREIDSON Eliot, *La profession médicale*, Paris, Payot, 1984, pp. 315-316.

GOFFMAN Erwing, *Asiles, études sur le condition sociale des malades mentaux*, Paris, Minuit, 1998, 450 pages.

HAHN Alois, " Contribution à la sociologie de la confession et autres formes institutionnalisées d'aveu : autothématisation et processus de civilisation ", *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, n° 62-63, 1986, pp. 54-68.

HENRION Roger, *Rapport de la commission de réflexion sur la drogue et la toxicomanie*, Paris, Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et de la Ville, 1995, 128 pages.

JOSEPH Isaak, " Le reclus, le souci de soi et la folie dans la place ", *dans* AMOUROUS Charles, BLANC Alain [dir.], *Erwing Goffman et les institutions totales*, Paris, L'Harmattan, 2001, pp. 79-92.

KARPICK Lucien, " Dispositifs de confiance et engagements crédibles ", *Sociologie du travail*, 1996, n°96 (4), pp. 527-550.

LABERGE Danielle, LANDREVILLE Pierre, " De l'événement à l'infraction. Du sans abri au délinquant. Réflexion sur le processus de catégorisation dans le champ pénal ", *dans* LABERGE Danielle [dir.], *L'errance urbaine*, Sainte Foy, Multimondes, 2000, pp.121-136.

LOVELL Anne-Marie, " Ordonner les risques, l'individu et le pharmaco-sociatif face à l'injection de drogues " *dans* DOZON Jean-Pierre, FASSIN Didier, (éd.), *Critique de santé publique. Une approche anthropologique*, Paris, Balland, 2001, pp. 309-342.

LECOMTE Claude, TIMBART Odile, " Les condamnées de 2001 en état de récidive ", *Infostat Justice*, n°68, 2003, pp.1-4.

LHUILLIER Dominique, " La santé des détenus et l'enfermement ", *Espace éthique, la lettre*, n°12-13-14, 2000, pp. 34-44.

MILLY Bruno, *Soigner en prison*, Paris, PUF, 2001, 250 pages.

NILSON Margareta, SOLBERG Ulrik, BALLOTTA Danilo, WIESSING Lucas, " Le rôle clé de la substitution dans le traitement de la toxicomanie ", *Objectif drogues*, n°1, 2002, pp.1-4.

Observatoire International des Prisons (O.I.P.), *Les conditions de détention en France. Rapport 2003 de l'O.I.P.*, Paris, La Découverte, 2003, 233 pages.

OGIEN Albert, " Les registres de description de la toxicomanie ", *Sociologie Santé*, n°16, 1997, pp. 57-71.

PARSONS Talcott, " Social Structure and Dynamic Process : The case of Modern Medical Practice " *dans* PARSONS Talcott, *The Social System*, New York, Free Press, 1951, pp.428-479.

PRUDHOMME Johanne, VERGER Pierre, ROTILY Michel, *Fresnes mortalité des sortants, Étude rétrospective de la mortalité des sortants de la maison d'arrêt de Fresnes. Second volet de l'évaluation des unités pour sortants (UPS)*, Paris, OFDT, 2003, 60 pages.

RHODES Lorna A., *Total Confinement, Madness and Reason in the Maximum Security* Prison, University of California Press, Berkeley, Los Angeles, London, 2004, 315 pages.

SOULET Marc-Henri, " L'exclusion : usages et mésusages d'un concept ", *Revue Suisse de Sociologie*, n°24(3), 1998, pp. 431-458.

SETBON Michel, De CALAN Jeanne, *L'injonction thérapeutique. Évaluation du dispositif légal de prise en charge sanitaire des usagers de drogues interpellés*, Paris, CNRS-GAPP/OFDT, 2000, 159 pages.

SFEZ Lucien, *La santé parfaite : critique d'une nouvelle utopie*, Paris, Seuil, 1995, 398 pages.

STEP, *Rapport d'évaluation*, Paris, Espoir Goutte d'Or, 1999, 104 pages.

THUDEROZ Christian, MANGEMATIN Vincent, HARRISSON Denis, *La confiance : approches économiques et sociologiques*, Paris-Montréal, Morin, 1999, 322 pages.