

# Comment l'emprisonnement est devenu une réponse à l'usage de drogues

Alexandre Marchant / doctorant en histoire à l'ENS de Cachan

*Si la loi de 1970 ne contenait pas en elle-même de volonté de répondre au problème de la drogue par l'unique réponse carcérale, la pratique et les interprétations répressives de circulaires prises dans des moments de réaction publique passionnée ou de compétition électorale ont progressivement dégagé une tendance lourde à emprisonner les usagers de drogue. Retour sur la naissance d'un phénomène qui a conduit à « mettre les fous en prisons ».*

« Si la toxicomanie était un phénomène de civilisation, il suffirait de le constater. On ne saurait mettre les fous en prison », disait en 1969 le député conservateur Alain Peyrefitte, niant à la massification de la consommation de stupéfiants, qui prenait alors son essor, son caractère de fait de civilisation. À l'époque, le psychiatre Claude Olievenstein soutenait le contraire. Et depuis, nombre de critiques, de sociologues ou de penseurs n'ont pas manqué d'affirmer que les fous ont bel et bien été mis en prison. Et de dénoncer au passage l'influence du modèle américain de « guerre à la drogue » qui n'apporte comme réponse au problème de santé publique de la toxicomanie que la criminalisation et le recours massif à l'enfermement, accompagnant la naissance d'un « État carcéral ». En France, en revanche, la loi de 1970, bien que très dure envers toutes les formes d'usage et tous les produits stupéfiants, comporte un volet libéral : par le principe de l'injonction thérapeutique, l'individu jugé pour infraction à la législation sur les stupéfiants (ILS) peut échapper aux peines d'emprisonnement en suivant une obligation de soins prescrite par le juge. Pas d'État carcéral, *a priori*, de ce côté-ci de l'Atlantique. Pourtant, depuis les années 1970, les statistiques semblent indiquer une augmentation régulière de la population toxicomane sous les barreaux (environ 10 % de la population carcérale totale aujourd'hui ? Il est difficile de fournir un chiffre global).

La question de l'usage de drogue en prison pose trois types de problèmes. D'abord, celui d'une éventuelle volonté punitive qui consisterait à recourir au « Grand Enfemement » dont Michel Foucault et les membres du Groupe d'information sur les prisons (GIP) parlaient dans les années 1970. Ensuite, se pose le problème du chiffre de la population toxicomane carcérale, demeurée longtemps un continent noir. Enfin, l'usage de drogue en prison pose la question de la prise en charge sociale et sanitaire d'une population spécifique cumulant les handicaps (addiction, sida) et devant faire l'objet de soins particuliers. Revenons ici sur ces questions, tout en faisant ressortir les trois âges de ce problème spécifique, tel qu'il s'est progressivement constitué en France dans le dernier tiers du XX<sup>e</sup> siècle.

## Années 1970 : un problème grandissant et pourtant « invisible »

La loi de 1970, votée dans un but de prophylaxie sociale, introduit un nouveau régime pénal dans lequel le nombre de personnes déferées devant la justice pour des ILS augmente drastiquement (de 1063 individus en 1971 à 3501 en 1976), tandis que les peines d'emprisonnement se mettent à pleuvoir. Dès 1973, au cours d'entretiens publiés sous le titre *Pourquoi on met en prison les mecs qui se shootent*, Claude Olievenstein entend sensibiliser le public aux problèmes rencontrés par le toxicomane se

retrouvant derrière les barreaux : sensation d'abandon, difficulté d'accès aux soins, impossibilité de décrocher en compagnie d'autres toxicomanes, surconsommation de médicaments, trafic de drogues illicites au sein des établissements. Pourtant, le sort des drogués n'intéresse alors pas grand monde le problème est encore statistiquement très limité : 867 toxicomanes en prison en 1974, 1 105 en 1976 et 1 360 en 1975<sup>1</sup>. Par ailleurs, le problème n'existe pas en théorie car les peines de prison ferme pour usage simple ne sont pas conformes aux dispositions libérales de la loi de 1970 : si le trafiquant doit être placé sous les verrous, le toxicomane est une victime et un malade qu'il faut soigner. Même si, au début des années 1970, sont constatés quelques abus, des usagers étant traités comme des délinquants ordinaires, victimes de la volonté punitive de certains magistrats mal renseignés sur le problème, très vite, les circulaires des Gardes des Sceaux des 25 août 1971 et 30 mars 1973 incitent les Parquets à éviter une action trop répressive à l'encontre des usagers, lorsque la détention pour usage personnel porte sur de petites quantités ou ne s'accompagne pas de revente. En 1978, la « circulaire Pelletier » du ministère de la Justice va jusqu'à recommander aux Parquets de s'abstenir de toute poursuite judiciaire à l'encontre des individus interpellés pour usage simple de cannabis. On ne peut donc raisonnablement pas parler, à l'époque, de volonté de répondre à la toxicomanie par le « tout carcéral ». Cependant, en dépit de ces bonnes intentions, l'incarcération des usagers en prison augmente bel et bien au cours de ces années. Si en 1971 les usagers de drogues correspondaient à 0,9 % de l'ensemble des entrées, la proportion passe à 2,9 % en 1976 et à 5,8 % en 1977. D'où vient ce gonflement brusque de la population toxicomane ? D'une part du fait que les catégories étanches d'usager et de trafiquant, posées par la loi de 1970, se sont rapidement retrouvées dépassées dans les faits par celle de l'usager-revendeur, garantissant sa propre consommation personnelle par la revente de petites quantités de stupéfiants. Et, devant ce cas de figure non pris en compte par la loi, la circulaire du 7 mars 1977

fini par préconiser une plus grande sévérité, orientant donc la pratique des tribunaux vers plus de répression et moins de compréhension. Ensuite, beaucoup d'usagers incarcérés le sont initialement pour un délit autre qu'une ILS : agressions, vols, cambriolages ou braquages (même s'ils ont parfois pu être perpétrés pour obtenir l'argent nécessaire à l'achat de drogue). Ainsi, en 1977, à la maison d'arrêt de la Santé de Paris, 39 % des détenus usagers ont été incarcérés pour ILS et 61 % pour

<sup>1</sup> Rapport de la mission dirigée par Monique Pelletier au président de la République, *Problèmes de la drogue*, La Documentation française, 1978. Les chiffres sont sans doute un peu sous-estimés.

<sup>2</sup> Louis Vallée, *Étude d'une population toxicomane en prison*, Thèse de doctorat en médecine, Paris 6, Pitié-Salpêtrière, 1978, n.8 de thèse 67. L'étude porte sur la population de toxicomanes détenus à la maison d'arrêt de la Santé.

<sup>3</sup> Jean Gortais, Claudine Perez-Diaz, *Stupéfiants et justice pénale, enquête pour l'année 1981*, archives du ministère de la Justice (CAC Fontainebleau), versement 19950397/24.

d'autres délits. Dans ce dernier cas, la toxicomanie du détenu n'est alors constatée qu'a posteriori, dépistée lors du contrôle médical à l'entrée ou, plus tard et de façon plus dramatique, lorsque le prisonnier présente un syndrome de manque dans sa cellule.

En l'absence de grandes enquêtes systématiques sur la toxicomanie en prison, quelques rares travaux de l'époque permettent néanmoins d'établir les caractéristiques de cette population<sup>2</sup>. Sur le plan des produits, si beaucoup utilisent du cannabis, la tendance est à l'usage de plus en plus fréquent d'héroïne : à partir de 1976, un usager de drogues sur deux entrant à la maison d'arrêt de la Santé est héroïnomanes, 57 % d'entre eux étant arrivés en prison dans l'année qui a suivi leur première prise de produit. Il s'agit d'une population assez jeune (à 61 % entre 21 et 24 ans en 1975), en majorité de nationalité française (à 70 %) et qui pose des problèmes spécifiques dont le premier est la surconsommation pharmaceutique en remplacement des drogues précédemment utilisées. C'est également une population plus fragile psychologiquement que les autres détenus : dans l'enquête de Vallée, un quart des usagers de drogues avaient dû être pris en charge en hôpital psychiatrique au moins une fois durant leur vie avant leur incarcération.

## Insuffisance de moyens

Les usagers de drogue commencent ainsi à former un élément important de la clientèle des centres médico-psychologiques régionaux (CMPR) aménagés dans certaines prisons. Toutefois, rapidement, des études font ressortir l'insuffisance des moyens susceptibles de les aider<sup>3</sup>. Le problème a alors beau s'être massifié (6 300 usagers de drogues sont sous les verrous en 1981), en l'absence de procédures clairement définies, les hésitations et les tâtonnements sont monnaie courante, ainsi que les expériences qui font long feu, telle l'enclave pénitentiaire pour toxicomanes, créée au sein de l'hôpital Salvator de Marseille, en 1977, et qui rencontra l'opposition du corps médical. La dissymétrie des modes de prise en charge entre la région parisienne et la province est également flagrante, pour les soins en prison comme pour le suivi à la sortie. En 1978, dans l'étude de Vallée, sur 21 usagers de drogues incarcérés pour la seconde fois, seulement deux avaient été orientés lors de leur précédente sortie vers une structure permettant une prise en charge éventuelle.

## Années 1980 : le moment du « tout carcéral »

En matière de drogue, les années 1980 marquent un tournant sécuritaire. L'emprise sociale de la toxicomanie ne cesse de progresser, les interpellations pour ILS décu-



plent (le cap des 10 000 est franchi en 1979, celui des 20 000 en 1982, celui des 30 000 en 1986), tandis que l'usage et le trafic s'étendent considérablement dans un contexte de crise économique, sociale et urbaine. La petite délinquance liée au mode de vie toxicomane (cambriolages de pharmacie ou de domicile privé, agressions) explose. Devant l'essor des discours sécuritaires, les dispositions libérales de la loi de 1970 vis-à-vis de l'usager sont petit à petit enfoncées. L'ambiguïté du statut de l'usager-revendeur est ainsi tranchée avec la circulaire du Garde des Sceaux Robert Badinter du 17 septembre 1984, recommandant aux Parquets de considérer si, dans chaque cas jugé, la qualité de trafiquant ne devait pas désormais primer. Prévoyant en conséquence l'accroissement du nombre d'incarcérations d'usagers, la circulaire prescrit également aux chefs d'établissement pénitentiaire de signaler la qualité de toxicomane des détenus afin que les services médicaux puissent les traiter de façon adéquate. L'incarcération semble donc s'intégrer presque logiquement dans l'itinéraire biographique de l'usager de drogues chevronné, en général plus ou moins revendeur à un moment donné de sa trajectoire. Ensuite, sur proposition du magistrat Jean-Claude Karsenty, président de la Mildt en 1985, la loi du 17 janvier 1986 crée une incrimination spéciale de cession de stupéfiants pour usage permettant d'utiliser la procédure de comparution immédiate. Or, si elle prend enfin en compte une réalité ignorée jusqu'à alors par la très imparfaite loi de 1970, la comparution immédiate risque de sérieusement favoriser les peines d'emprisonnement ferme, car un usager de drogues se présente la plupart du temps dans les pires conditions devant le tribunal (effets d'une garde à vue ayant pu aller jusqu'à 96 heures, état de manque, absence de dossier de personnalité pour le juge)<sup>4</sup>. La loi est cependant adoptée.

### Bêtises pré-électorales

Le verrouillage répressif s'accroît à l'approche des élections législatives de 1986 et la droite tient à cette occasion un discours particulièrement ferme, relayant le discours très agressif et conservateur de certaines associations de lutte contre la drogue (telles SOS Drogue ou le Comité Antidrogue), à l'image de Jacques Chirac, déclarant « *s'insurger contre l'injonction thérapeutique qui aboutit finalement à une absence de traitement et à une absence de sanction* ». Pour le Dr Olievenstein, ces discours sont en totale régression par rapport à l'esprit originel de la lutte contre la toxicomanie en France : « *Ces mesures sécuritaires, bêtises pré-électorales, risquent de faire perdre beaucoup d'acquis. On vit dans un monde complètement fou* :

*d'un côté, on réprime au nom d'une idéologie sécuritaire, de l'autre la Jet Society se permet toutes les libertés. Trop de toxicomanes sont en prison, et il existe trop peu de protection pour les plus défavorisés.* »

Après la victoire électorale de la droite en 1986, Albin Chalandon, le nouveau Garde des Sceaux, entend mettre en place un grand « plan de lutte anti-drogue », ferme et recourant à la sanction par l'emprisonnement. Le docteur Louis Albrand, à son Cabinet, tient ce langage dans la presse : « *Le coup de pied aux fesses est un excellent remède. Il faut balayer les tabous. Premier tabou : il faut être indulgent avec les petits dealers qui revendent de la drogue pour payer leur dose personnelle. Faux ! Il faut être impitoyable avec le trafic, petit ou grand. Toute personne qui vend de la drogue doit aller en prison. L'injonction thérapeutique n'a aucune efficacité* »<sup>5</sup>. Le Plan Chalandon fera cependant long feu. Il n'en restera que de vagues projets carcéraux, alors qu'on annonçait 1 600 places de prison spécifiques à l'attention des détenus usagers, tandis que les parlementaires échoueront également à durcir en 1987 le statut de l'usager lors du vote d'une nouvelle loi complétant celle de 1970<sup>6</sup>. Évidemment, au cours de cette décennie, d'autres voix s'élèvent pour souligner les effets pervers de l'unique solution carcérale par laquelle les intérêts de la société passent avant ceux de l'individu, tel le magistrat Bernard Leroy, premier juge d'instruction à Évry, qui ne cessera de plaider, auprès de la Chancellerie et du directeur des affaires criminelles et des grâces pour le recours à des peines de travaux d'intérêt général plutôt qu'à l'enfermement, ce dernier apparaissant en bien des points comme une école de la délinquance pour les usagers-revendeurs et trafiquants récidivistes<sup>7</sup>.

### Une visibilité accrue

Toutefois, la connaissance de la population toxicomane carcérale se développe également, car si la vague des discours répressifs reflue à la fin de la décennie, elle laisse pour autant dans son sillage les mesures visant à « importer » les structures de l'hôpital dans les prisons afin d'améliorer la prise en charge des détenus usagers de drogues. Représentant un tournant majeur, les Antennes de lutte contre la toxicomanie sont créées en 1987, avec pour mission de dépister et d'accompagner, en groupe ou individuellement, les usagers durant leur incarcération. Mais ces dispositifs institutionnels permettent aussi de donner une visibilité accrue de ces populations, grâce à des enquêtes épidémiologiques dépassant l'approche biaisée par les seules statistiques d'ILS car toutes les personnes incarcérées pour ILS ne sont pas forcément toxicomanes (cas de trafic simple) et inversement, en 1986 toujours, 65 % des toxicomanes

détenus avaient été incarcérés pour des délits autres qu'une ILS. À partir des années 1989 et 1990, des enquêtes faisant appel à des questionnaires sont menées grâce aux données des antennes. La première enquête de ce type, dirigée par Françoise Facy, porte sur 4 585 toxicomanes, répartis sur les 16 antennes qui existent alors. En 1994, une seconde enquête porte sur 2 175 sujets incarcérés.

### Le tournant des années 1980-1990 : « L'institutionnalisation » du problème

Tous ces travaux permettent alors de mieux cerner les contours de cette population, ses pathologies spécifiques (psychoses, comportements dépressifs), les risques sanitaires (infections, hépatites et, surtout depuis le milieu des années 1980, sida) et de nature sociale aggravés par la délinquance précoce et les récidives nombreuses. Ces enquêtes confirment aussi qu'il n'existe pas de « personnalité de toxicomane » définitive, et les données quantitatives permettent de mieux comprendre les mécanismes de rechute et de récidive<sup>8</sup>. Des évolutions sont ressorties : un vieillissement des populations, une légère augmentation de la proportion des étrangers, une prédominance de l'héroïnomanie de plus en plus concurrencée par la cocaïnomanie, une tendance au cumul d'indicateurs de marginalisation sociale (chômage, RMI...). Si la population carcérale pose des problèmes spécifiques de prise en charge, elle reste finalement assez représentative des caractéristiques de la population libre.

### Les intentions ne suffisent pas

Malgré tout, l'univers carcéral évolue lui aussi. En juin 1992, les antennes deviennent par décret des « centres de soins spécialisés en toxicomanie » (CSST) fonctionnant en articulation avec les différents services médico-psychologiques régionaux. Ces mesures s'inscrivent dans une dynamique plus vaste où la prison, longtemps considérée comme un monde clos, s'ouvre sur l'extérieur pour

la prise en charge de ses problèmes psychosociaux. La loi du 18 janvier 1994 confie ainsi le problème de la santé en milieu pénitentiaire aux hôpitaux, pour la médecine comme pour la psychiatrie, afin de garantir le principe d'égalité dans l'accès aux soins. À la différence des logiques prônées au moment du « tout carcéral » dans les années 1980, il ne s'agit plus de faire rentrer l'hôpital dans la prison mais d'intégrer les logiques carcérales à celles de la prise en charge hospitalière, pilotée depuis l'extérieur. Toutefois, en dépit de ces intentions louables, la réalité ne suit pas toujours. Le droit à la confidentialité du détenu

(sur sa toxicomanie et/ou sa séropositivité) n'est pas toujours respecté et le dépistage n'est pas toujours volontaire<sup>9</sup>.

La loi de 1994 entraîne aussi des effets pervers : la distribution de médicaments se faisant désormais « nominale », et les médecins ont parfois du mal à refuser à un patient exigeant la prescription qu'il réclame, et le trafic de médicaments au sein de l'établissement repart à la hausse. Par ailleurs, si les enquêtes insistent avec clarté sur l'importance de l'accompagnement médical de ces populations, les pouvoirs publics mettent du temps à répondre, avec une vitesse de réaction se mesurant parfois en nombre d'années. Ainsi, sur le plan des rapports sida et usage de drogues, alors que le Conseil national du sida émet, au début de la décennie, des constats alarmants (25 % de détenus toxicomanes sur l'ensemble des entrants pour telle prison, dont 40 % de séropositifs<sup>10</sup>, etc.), il faut attendre la circulaire du 5 décembre 1996 relative à la lutte contre l'infection par le VIH en milieu pénitentiaire pour voir une réaction officielle d'envergure. Cette même circulaire reconnaît aux détenus le désirant le droit d'initier un traitement de substitution à base de méthadone ou de buprénorphine, dans le cadre plus général de l'adoption tardive du principe de la réduction des risques en France. Cependant, au 1<sup>er</sup> janvier 1996, 6 550 détenus sont incarcérés pour ILS, ce qui traduit une augmentation de 60 % par rapport au nombre de détenus pour ce type d'infraction en 1988, pour une augmentation générale du nombre de détenus de seulement 10 % : la pratique reste donc répressive, et les « foules » d'usagers de drogues, en dépit des intentions originelles de la loi, sont bel et bien de plus en plus mises en prison.

### Une tendance lourde

Ainsi, le nouveau régime juridique en vigueur en matière de lutte contre la toxicomanie depuis les années 1970 a bel et bien contribué à accroître sérieusement le nombre d'usagers de drogues en prison et a créé le problème spécifique, longtemps ignoré, peu cerné et quantifié, et non spécifiquement traité, d'une population aux forts handicaps sociaux, psychologiques et médicaux. Si la loi de 1970 ne contenait pas en elle-même de volonté de répondre au problème de la drogue par l'unique réponse carcérale, la pratique et les interprétations répressives de circulaires prises dans des moments de réaction publique passionnée ou de compétition électorale ont progressivement dégagé une tendance lourde à emprisonner les usagers de drogue, amplifiant toujours plus les problèmes de dépistage et de prise en charge en milieu carcéral.

(Une version longue de cet article est également consultable dans la version en ligne de ce numéro, sur le site internet de la revue)

<sup>4</sup> Notes sur le nouveau projet d'incrimination en matière de stupéfiants, décembre 1985, ANIT, archives ministère de la Justice, CAC versement 19970397/24.

<sup>5</sup> Coupure de presse de juin 1986 (source non identifiable), archives ministère de la Justice, CAC versement 19950397/24.

<sup>6</sup> Libération, 5 septembre 1987, « Les derniers du plan drogue en panne à la Chancellerie ».

<sup>7</sup> Dossiers d'affaires judiciaires traités par Bernard Leroy, archives ministère de la Justice, CAC versement 19970397/24.

<sup>8</sup> Françoise Facy (dir.), Toxicomanes incarcérés dans les antennes toxicomanie : enquête épidémiologique 1989-90. Convention ministère des affaires sociales, ministère de la Justice, Inserm, 1993 et Toxicomanes incarcérés : étude épidémiologique auprès des antennes (1992-1995), EDK Éditions médicales et scientifiques, 1997.

<sup>9</sup> L. Letellier, Toxicomanie et VIH. Aspects éthiques. Aspects particuliers en milieu carcéral : un certain regard vers l'extérieur. Thèse de doctorat en médecine, Université Paris Ouest, 1989.

<sup>10</sup> Rapport du Conseil national du sida, Prison, confidentialité, avis et rapports sur les situations médicales sans absolue confidentialité dans l'univers carcéral, 12 janvier 1993, p. 9. L'établissement en question n'est pas nommé.