

Attachements indésirables, attachements acceptables : autour d'un échange de seringues en prison[☆]

Undesirable attachments, acceptable attachments: On a needle-exchange program in prison

Christelle Stupka

*ERASE, laboratoire Lorrain de sciences sociales, université Paul-Verlaine,
B.P. 30309, 57006 Metz cedex 1, Île-du-Saulcy, France*

Résumé

L'article traite d'innovation et de politiques publiques. L'accent est mis ici sur le travail effectué par un groupe d'innovateurs d'un projet de prévention des usages de drogues en prison. Le dispositif final, qui rassemble des intérêts disparates après plusieurs perturbations et retournements de situation, est fait, à la fois des attachements contingents de différents acteurs au rôle dirigeant d'un médecin généraliste et de l'attachement permanent d'objets (des seringues autorisées, contenues dans un étui). Dans une situation où une théorisation en termes de « position », « pouvoir » et « maîtrise » peinerait à fournir une explication convaincante de ce surprenant processus, nous préférons suivre l'innovation en termes de « passages » et d'« attachements ».

© 2008 Publié par Elsevier Masson SAS.

Abstract

To inquire into innovation in public policy, attention is focused on the work done by a group that proposed an innovative project for “preventing” drug-use in a prison in Luxembourg. After several events and reversals, the final arrangements, which brought together disparate interests, was grounded in the contingent attachment of various persons to the leading role played by a general practitioner and the “permanent attachment” of authorized needles distributed in a case. In a situation where attempts to work out a theory in terms of “positions”, “power” and “control” would have difficulty coming up with a convincing explanation

[☆] Je remercie Odile Join-Lambert et les trois lecteurs anonymes du comité de rédaction de la revue *Sociologie du travail* pour leurs remarques sur une première version de cet article.

Adresse e-mail : christelle.stupka@laposte.net.

of this surprising process, preference is given to describing this innovation in terms of “passages” and “attachments”.

© 2008 Publié par Elsevier Masson SAS.

Mots clés : Innovation ; Politique publique ; Échange de seringues ; Prison ; Attachements ; Luxembourg

Keywords : Innovation; Public policy; Needle-exchange programs; Prison; Attachment; Luxembourg

1. Une innovation paradoxale ?

S’occuper de toxicomanie en prison, n’est-ce pas un peu comme scolariser des enfants de « sans-papiers » ? Il s’agit après tout de chercher à régler certaines conséquences bien visibles d’une pratique qui est supposée être interdite. Dans le cas de la prison, les dispositifs d’intervention ont toutes les chances d’être très instables, puisque non seulement la pratique est illégale, mais encore fortement réprouvée par le personnel de surveillance qui est au contact direct des personnes concernées. La transformation de ces arrangements circonstanciels en politique publique passe par de nouvelles formes de mobilisation que certains ne manqueront pas de rapporter à la logique néolibérale qui fabrique « la prison postdisciplinaire » (Chantaine, 2006). Quoi qu’il en soit, cette politique a toutes les chances d’être confrontée à de solides résistances : celles d’un monde carcéral arc-bouté à ses continuités, notamment professionnelles (Combessie, 2001), celles qui résultent de la confrontation d’exigences qu’il est difficile, pour les acteurs concernés, de satisfaire ensemble (Robert et Frigon, 2006, p. 317), mais aussi celles qui peuvent prendre appui sur les ressources qu’offrent encore les « robustes pratiques de l’État-providence » (O’Malley, 2006). Il est sans doute déraisonnable, dans le cadre limité d’un article, de chercher à saisir toutes les dimensions pertinentes d’une telle entreprise, mais il est opportun d’en montrer la complexité, si possible en atténuant les interprétations trop unilatérales qui pourraient en être faites, en termes de « logiques ».

Je me suis intéressée tout particulièrement aux difficultés que cherchait à surmonter un groupe de responsables d’un système carcéral, chargé d’un « Projet Global » de prise en charge des toxico-dépendances en prison, pour constituer un réseau autour du dispositif innovant d’un échange de seringues, dont la gestion devrait être ensuite confiée au service sanitaire d’une prison¹. Ainsi présentée, la tâche s’apparente bien à la construction d’un dispositif d’intéressement (Callon, 1986). La difficulté de l’entreprise était renforcée par l’existence d’une situation paradoxale : d’un côté, il existait un échange officieux et toléré de seringues et l’intention des responsables du projet était de s’en démarquer officiellement ; d’un autre côté, le service auquel les promoteurs voulaient confier la charge de l’échange officiel et légal n’était, quant à lui, pas vraiment enthousiasmé par cette dévolution. Enfin, comme c’est souvent le cas, l’urgence bousculait la temporalité administrative (Camus et al., 1993), mais aussi celle des innovateurs : l’État avait fait obligation au système pénitentiaire de mettre en place au plus vite ce dispositif d’échange, pour des raisons de santé publique, ce qui ne leur laissait guère le temps de « faire évoluer les mentalités ». Tout cela donne une idée de la complexité de la situation initiale et de son caractère d’innovation forcée.

¹ J’exploite une partie relativement autonome d’un matériau rassemblé à l’occasion d’une thèse de sociologie, dirigée par Robert Maier, qui était consacrée à suivre des innovateurs et des innovations circulant dans les systèmes pénitentiaires de quatre pays européens. Cette thèse, soutenue en décembre 2006, a partiellement bénéficié du soutien de la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et la toxicomanie (MILDT).

Cet objet d'étude relèverait donc autant d'une sociologie des politiques publiques et d'une sociologie de l'innovation que d'une sociologie de la prison. Je n'ai pas l'ambition de régler les problèmes qui se situent à l'intersection de ces domaines, même si l'on peut estimer que l'objet offre une occasion d'en éprouver les grands questionnements. À quelles conditions l'implantation d'un dispositif public mérite-t-elle d'être considérée comme un changement ? Dans la conduite d'un changement, les « arts de faire » (de Certeau, 1990) peuvent-ils se mêler aux stratégies ? À supposer que l'on puisse révéler ces intelligences tacticiennes, faut-il en faire une propriété des personnes, des dispositifs, voire de leurs transitions ?

La restitution de l'observation, à l'aide de laquelle on essaiera de répondre très modestement à ces questions, suivra une démarche assez classique : on situera d'abord l'échange de seringues (EDS désormais) dans le cadre innovant du Projet Global, avant d'en détailler les différents tâtonnements et de proposer, pour terminer, quelques éclairages plus généraux.

2. L'expérimentation d'une politique publique de prise en charge des usages de drogues en prison

J'ai eu la possibilité de suivre, en temps réel et de manière très approfondie, avec l'appui de l'évaluateur du dispositif, l'installation d'un projet de politique publique en prison au Grand-Duché du Luxembourg entre 2002 et 2006².

2.1. *Le « Projet Global » : une expérimentation de l'innovation*

À l'initiative de l'État luxembourgeois, à vu le jour en 2001, un projet visant à harmoniser différentes actions d'assistance aux toxicomanes incarcérés et surtout à en susciter de nouvelles au sein d'un dispositif officiel, cohérent et participatif³. La partie expérimentale du projet a duré cinq ans⁴. Le coût total de cette première phase, financée exclusivement par l'argent saisi sur le trafic de drogue, dépasse les deux millions d'euros : c'est dire l'importance accordée par cet État à une amélioration de la situation sanitaire de la population carcérale, mais aussi, par ricochet à celle du personnel⁵. Comme dans les autres pays européens, cette mesure se revendique comme « pragmatique »⁶ : certes, la drogue est interdite en prison, mais de fait, elle y circule et interfère avec de nombreux autres aspects, notamment professionnels, de la vie carcérale et mieux vaut donc essayer de porter assistance aux personnes dont les conduites addictives signalent des

² Le Grand-Duché dispose de deux prisons. L'une (le centre pénitentiaire du Luxembourg, CPL) concentre, dans une architecture et une réglementation pénitentiaires classiques, l'essentiel de la population carcérale, soit environ 600 détenus ; tandis que l'autre (le centre pénitentiaire de Givenich, CPG) est un établissement agricole semi-ouvert d'une soixantaine de places. Le passage des détenus du CPL au CPG est réglé par un « comité de guidance », tandis qu'une infraction grave au règlement du CPG entraîne un retour automatique au CPL. Pour faciliter la lecture, on parlera, chaque fois que possible, de « prison fermée » pour le CPL et de « prison ouverte » pour le CPG.

³ C'est évidemment un raccourci abusif, car l'étude des documents montre que plusieurs types de médiateurs ont œuvré pour susciter et modeler ce projet. Je n'ai, de ces premiers moments, qu'une connaissance par ouï-dire.

⁴ On peut la concevoir comme un essai de programmation de l'innovation (Chauvière, 2005, p. 392).

⁵ Rien n'interdit évidemment de recourir à une conceptualisation plus dénonciatrice et de rapporter ce souci à la politique de « santéisation » des enjeux carcéraux (Robert et Frigon, 2006), qui en tout état de cause dépasserait le seul État luxembourgeois. Mais, sur ce point, mon terrain me semble donner plutôt raison à O'Malley (2006).

⁶ Ce terme est utilisé le plus souvent par nos interlocuteurs au sens usuel — un pilotage de l'action par le résultat à obtenir — et non au sens sociologique — qui n'est évidemment pas sans rapport.

difficultés sans doute plus complexes encore. Le Projet Global s'est défini initialement autour de huit « actions » :

1. connaître la population (perception de l'état de santé global, évaluation des besoins spécifiques) ;
2. développer le travail multicatégoriel ;
3. former le personnel (connaissance des psychotropes, observation du détenu, travail en équipe) ;
4. prévenir par l'information ;
5. créer des groupes de parole — distincts pour les détenus et le personnel ;
6. réduire les risques ;
7. évaluer la conduite du projet (évaluation concomitante endoformative, dite « interne ») ;
8. informer sur le projet.

L'échange de seringues relève de l'action 6. Il s'agissait au départ d'une intention sanitaire faisant écho à une préoccupation que l'on rencontre dans plusieurs établissements pénitentiaires européens : éviter que le partage des seringues, favorisé par la clandestinité, n'aggrave la situation sanitaire des détenus, au regard principalement de la propagation du sida et de l'Hépatite C⁷. Une décision politique (2002), suivie d'une disposition réglementaire (mars 2004), a permis de passer à l'organisation pratique de ce qui n'en demeure pas moins un tour de force : permettre aux détenus d'échanger une seringue usagée contre une seringue propre sans risquer une mesure disciplinaire.

Le projet est « global » en ce qu'il ne sépare pas les questions de drogues des autres aspects de la vie carcérale, sans pour autant tout y ramener : « c'est une porte d'entrée privilégiée vers d'autres problèmes », selon le (chef de projet). Mais ce qui signe son originalité en Europe, dans le monde carcéral, c'est qu'il conduit son action simultanément sur plusieurs plans : il combine, en effet, un programme « à bas seuil » (échange de seringues), un programme « à haut seuil » (pavillon préthérapeutique), un programme d'implication à plusieurs niveaux (groupes de parole et de contact) et une intervention généraliste d'information sur la santé⁸. Ces orientations ont trouvé, pour la plupart, une réalisation concrète dès la phase expérimentale, mais le fleuron en est incontestablement le « pavillon préthérapeutique », unité à haut seuil d'exigence rassemblant, pour six mois, six détenus sélectionnés au sein de la prison fermée. Aménagé dès 2004 dans la prison ouverte, il ne figurait pourtant pas parmi les huit objectifs initiaux. Malgré ces succès, le Projet Global connaît une véritable difficulté à développer le « travail multicatégoriel », alors que les promoteurs considèrent que cette forme de coopération est la condition de la pérennisation des actions dans les deux établissements, au-delà de la phase expérimentale.

⁷ En fait, peu de pays s'y sont vraiment lancés et pour quelques établissements seulement. La voie a été montrée par la Suisse en 1992, suivie par l'Allemagne où l'expérience s'est interrompue à partir de 2001 à 2003, l'Espagne, la Moldavie, le Kirghizstan et le Bélarus (Lines et al., 2004). La France reste encore à l'écart (voir : *Le Monde*, 29 août 2006, p. 21).

⁸ Il n'est sans doute pas « global » d'au moins un point de vue : il ne se propose pas d'affronter ensemble toutes les formes de dépendance (alcool, tabac, jeux, etc.). C'est une restriction tout à fait délibérée et sans doute raisonnable au regard du contexte carcéral. « Bas seuil » signifie qu'il y a peu de critères à remplir pour bénéficier de cette mesure et qu'elle s'adresse donc à des publics particulièrement en détresse. « Haut seuil » signifie qu'on a recours à une démarche contractuelle. Sur la notion de seuil en toxicomanie et sur la réduction des risques, voir Trépos, 2003.

2.2. *Le comité de pilotage : implication personnelle et technologies autonomistes*

Sans surprise pour qui s'efforce de relier la conduite des politiques sociales contemporaines à des transformations plus profondes des formations sociales qui les portent (Boltanski et Chiapello, 1999), le Projet Global est animé par un comité de pilotage intitulé « comité directeur » (CD). Véritable médiateur de la politique publique (Muller, 1990), parce qu'il comporte des membres qui l'ont véritablement conçue et qu'il contribue à sa régulation⁹, le CD est un acteur décisif du projet et revendique trois fonctions : le contrôle administratif et financier, la coordination et l'incitation. Il vise à interroger les finalités des actions mises en place, suggérer de nouveaux rythmes, être « une usine à utopie pour le projet », selon l'expression de l'un de ses membres.

Sa composition a évolué, pour se stabiliser à partir de 2003 autour de cinq personnes. La présidence est assurée par un haut-fonctionnaire représentant le secrétariat général des établissements. Le directeur de la prison fermée, autodidacte, militaire issu du rang, est l'ancien directeur de la prison ouverte ; il est très impliqué dans l'action humanitaire internationale, très attentif aux expérimentations qui reposent sur l'implication et peut être considéré comme l'un des inspirateurs du projet. Le directeur de la prison ouverte, de formation supérieure en gestion, était auparavant l'adjoint du précédent dans cette prison. Selon le premier, ils sont « tout à fait complémentaires : moi, je suis activiste et défricheur et lui est plutôt aménageur ». Tous deux ont la cinquantaine. Le quatrième membre, un psychiatre d'environ 60 ans, directeur de l'hôpital psychiatrique, ne revendiquait au départ aucune compétence spécifique en matière de toxicomanie, mais s'est progressivement « pris au jeu » et a aidé à faire face aux difficultés en s'engageant en personne, bien au-delà de ce qui lui était demandé. Enfin, le chef de projet, un psychologue clinicien belge, parlant le luxembourgeois et d'environ 40 ans, exerce à trois quart temps pour le Projet Global ; il a succédé au premier chef de projet qui a dû démissionner fin 2002.

Sous bien des aspects, les participants à ce comité directeur étaient porteurs d'histoires différentes, d'implications inégales et de conceptions hétérogènes de l'action publique, telles qu'agir tout de suite sur une aire limitée ou se donner du temps pour avoir le plus possible d'alliés. Ces disparités se sont manifestées à plusieurs reprises au cours de ces cinq années par des discussions serrées, mais qui peuvent être tenues pour négligeables ici : le CD a fonctionné comme un collectif de réflexion qui « pense à voix haute » et il serait abusif d'attribuer à tel ou tel membre une position ou une philosophie, qui n'est peut-être qu'une interrogation momentanée. En outre, le CD a fait bloc d'une manière résolue face aux difficultés que connaissait le projet d'EDS et a été capable de mettre de côté ses convictions pour privilégier les alliances : il a ainsi limité les effets de distinction attribuables à des habitus, par ailleurs, visibles pour d'autres aspects du Projet Global.

Le chef de projet, au contraire, est comptable d'une orientation à donner, au moins sous forme d'une réflexion préalable, c'est pourquoi on signalera spécifiquement ses propos. Porteur de la même vision du monde que les autres membres du CD — le souci de l'autonomie — il ne revendique aucune originalité et n'hésite pas à s'inspirer de « ce qui marche ailleurs »¹⁰. Dans la situation actuelle, centrée sur « l'interpellation immédiate » qu'effectue la drogue, ses dispositifs

⁹ Ses membres effectuent bel et bien un codage ou un recodage du rapport global/sectoriel dans les référentiels, comme le suggéraient Bruno Jobert et Pierre Muller, qui parlaient d'« alchimie idéologique » (Jobert et Muller, 1998, p. 71).

¹⁰ Je reprends la notion de vision du monde portée par le « *Worldview Group* », héritier des travaux de Leo Apostel (Maier, 1999). En ce sens, un référentiel au sens de Pierre Muller repose sur une ou plusieurs visions du monde. Sur la vision du monde autonomiste, voir Trépos, 2003. Pour une autre conception : Robert et Frigon, 2006.

sont conçus pour être mis en œuvre sans attendre, « avec les gens tels qu'ils sont », dans une démarche qui est à la fois d'*empowerment*, d'activation contractuelle et de bas seuil¹¹.

L'imagination et la patience de ces médiateurs ont été soumises à rude épreuve tout au long de l'expérimentation, tout particulièrement lors de la mise en place de l'échange de seringues¹².

3. L'échange de seringues : à la recherche d'un dispositif d'intéressement

L'élément d'une politique de réduction des risques, au même titre que l'information des personnes, ce dispositif n'est pas particulièrement emblématique aux yeux des promoteurs du Projet Global. Très schématiquement, l'EDS n'est qu'une prise en compte raisonnable des contraintes de l'existant, quand les autres dispositifs, groupes de parole ou dispositif préthérapeutique sont des anticipations volontaristes au nom d'une cohérence rationnelle qui dispose d'une temporalité moins heurtée¹³. L'EDS est ce type d'équipement que l'on peut envisager d'externaliser, dès lors que sera réduit l'urgence qui pèse sur lui, en le confiant à des services internes ou externes qui pourraient en assurer la régulation sur le mode de la sous-traitance ; tandis que l'objectif des autres actions est d'essaimer, d'être traduites par des émules qui popularisent l'esprit du projet en le faisant durer¹⁴. Malgré cette apparente simplicité de la situation, plusieurs essais ont été nécessaires pour parvenir à définir le type de réseau socio-technique capable de cadrer l'action de manière stable. Le processus de mise en place de l'EDS est saisi ici entre deux bornes temporelles, choisies parce qu'elles délimitent le dispositif d'une manière claire : en avril 2002 est formulée la première esquisse d'un équipement ; en juin 2005, le protocole définitif est adopté. Cette tranche d'à peu près trois ans offre un bon aperçu des principales épreuves d'un échange officiel de seringues en milieu carcéral, même si les « conditions de félicité » qui semblent réunies ici ne se retrouvent sans doute pas dans tous les pays.

3.1. Vers un premier dispositif d'intéressement (avril 2002 – juin 2004)

Si l'on suit Michel Callon pour innover il faut « problématiser », c'est-à-dire imposer une définition du problème en assurant la possibilité de traduire les uns dans les autres, les langages des parties en présence (Callon, 1986). Puis, il s'agit d'« intéresser », c'est-à-dire de stabiliser l'identité des différents êtres, de tisser ou de rompre des liens entre eux au sein d'un « dispositif d'intéressement ». Ensuite, il convient d'« enrôler », c'est-à-dire d'obtenir l'accord de ces êtres pour jouer un certain rôle. Enfin, on cherchera à « mobiliser » les alliés : rendre mobiles ces différentes entités, sélectionner des porte-paroles et des intermédiaires. Les données réunies ici permettent d'approcher le travail des innovateurs d'une manière un peu moins lisse, puisqu'on observe qu'une succession de formules d'intéressement précède l'adoption du dispositif, que des

¹¹ Sur ces technologies appliquées au monde du social, j'ai consulté De Graaf et al., 2001 et Trépos, 2007.

¹² Le matériau exploité, pour cet article, qui aimerait mériter la qualification de « description dense » (Geertz, 1998), est essentiellement de l'observation directe de réunions, pendant environ 40 heures : les 19 réunions de comité directeur qui ont traité de cette question, sur les 26 qui ont eu lieu dans la période considérée et une réunion de deux services du secteur sanitaire de la prison fermée. Le reste du matériau est fait d'entretiens informels avec le comité directeur, de sept entretiens semi-directifs avec des personnels pénitentiaires du secteur sécuritaire et du secteur sanitaire et d'analyse de documents.

¹³ Je reprends ici la distinction entre rationnel et raisonnable que Serge Latouche a popularisée (Latouche, 1994).

¹⁴ Au sens strict des sciences de gestion, il faudrait plutôt parler d'« intrapreneuriat », car s'il s'agit bien d'exporter des façons de faire, les destinataires sont néanmoins à l'intérieur de la prison.

enrôlements prématurés modifient les modalités d'investissement et enfin que des retours critiques déstabilisent une problématisation qui semblait acquise.

Les principaux éléments de problématisation figurent dans le rapport d'orientation remis au ministre de la Justice du Luxembourg en septembre 2001. On y part de « constats » qui mettent en tension deux principes : d'une part, l'accès aux soins à l'intérieur de la prison doit être équivalent à celui que fournit l'extérieur ; d'autre part, il faut assurer la sécurité des personnels et des détenus qui pourrait être menacée par l'application aveugle de ce principe de soin.

Une « première proposition concernant les modalités d'application de l'échange de seringues », communiquée au CD par le chef de projet, en septembre 2003, est centrée sur l'action d'une bénévole : on souhaite que cette personne « effectue les échanges de seringues pour les condamnés comme pour les prévenus ». On lui demande de laisser ouverte la possibilité d'une discussion avec le détenu au sujet de sa consommation, de faire un travail de prévention des risques et de tenir une comptabilité du matériel circulant entre ses mains. Quant aux partenaires, ce seront, par l'intermédiaire de « réunions régulières » : le service médical, le service psychiatrique qui s'occupe des toxicomanes, le Projet Global.

Or, malgré cette première formule d'intéressement, qui cherche à établir les collaborations et les équipements matériels pour mettre en œuvre cette problématisation, des questions restent en suspens et sont formulées immédiatement par les autres membres du CD : comment intégrer les questions juridiques — le statut de la bénévole ne lui permet pas d'être au centre du dispositif — les réactions du personnel, les réticences de la psychiatrie ? Pour autant il ne faut « pas chercher d'arguments pour ne pas démarrer » et l'une des conditions est de « mettre le seuil très bas » (réunion de mai 2004). Mais on se demande aussi comment définir les risques liés à ce projet : le refus de fournir une seringue peut-il être assimilé à une non assistance à personne en danger¹⁵ ; est-il, dès lors, préférable de choisir l'anonymat (un principe civique) ou le secret médical (un principe domestique) pour échapper à la dictature de la rumeur (le monde de l'opinion)¹⁶ ?

Ces questions redoutables et l'insistance de la déléguée du procureur, obligent finalement à activer un plus grand nombre d'acteurs pour parvenir à une seconde formule, plus « intéressante » : les gardiens, le médecin qui doit informer dès l'accueil, l'hôpital psychiatrique gestionnaire du Projet Global et qui doit s'occuper de la demande d'« agrégation » des médecins auprès du ministère. Tous doivent cibler « les détenus incapables ou très bas seuil ». Sont désactivées : la bénévole qui n'est pas juridiquement habilitée¹⁷ ; l'infirmier qui ne peut agir le week-end et n'aurait pas le temps de donner de l'information au moment de la remise de la seringue ; la psychiatre chef de service qui est réticente. Les objets qui prennent place dans ce réseau sociotechnique (gants anti-seringues pour les gardiens, étuis à seringues — appelés « kits ») en désactivent d'autres (seringues traînant hors-étui, entraînant la mise en route du dispositif de fouille et de punition) et mettent hors-jeu l'héroïne et les virus. À ce stade, l'échange de seringues en prison est bien « un monstre prometteur » (Latour, 2003).

La seconde formule d'intéressement a donc consisté à requalifier les alliances. D'abord, entre les personnes : à l'alliance initialement souhaitée entre le Projet Global et le service médical (infirmier) succède très brièvement une alliance impossible entre les bénévoles, le Projet Global, le service médical et le service psychiatrique, qui laisse la place à une alliance de compromis,

¹⁵ Il est difficile de savoir s'il s'agit ici d'invoquer ce risque pour s'en prémunir ou pour obliger l'institution à bouger. Sans doute un peu les deux.

¹⁶ Le vocabulaire est celui de Luc Boltanski et Laurent Thévenot (Boltanski et Thévenot, 1991).

¹⁷ Membre d'une ONG s'occupant de réduction des risques en ville, elle est surtout suspectée de mener une action incontrôlable et souvent dangereuse : « une pionnière courageuse mais inconsciente », dira-t-on d'elle au CD.

plus large, impliquant, en sus, le service de garde, les détenus et des entités jusque là laissées dans l'ombre, comme le médecin généraliste, la déléguée du procureur, la direction de l'hôpital psychiatrique. La deuxième alliance, entre personnes et objets, a été plus facile à établir : les alliés sont les gants en latex et le kit d'injection, tandis que les objets hostiles sont les seringues qui traînent. La seule inconnue reste la troisième alliance, entre les personnes et les dispositifs : comment tous ces êtres seront-ils alignés ?

On pourrait se demander pourquoi ces médiateurs très motivés mettent plus de deux ans pour définir un dispositif d'intéressement. En fait, au cours de cette période, le Projet Global a changé de chef de projet en décembre 2002 et le ministre, sous la pression d'une conjoncture législative difficile, a suspendu son accord pour la mise en place de l'EDS en octobre 2003. Il a fallu une injonction de la déléguée du procureur au mois de mars 2004, sur la base de l'accord définitif du ministre, pour qu'apparaisse une vraie urgence de mise en route et donc la nécessité d'impliquer les personnes activées par les discussions¹⁸. Mais, faute de véritable dispositif, l'enrôlement s'avère difficile.

3.2. *Des tentatives d'enrôlement prématurées (juin – septembre 2004)*

Une première tentative d'enrôlement du service psychiatrique et du service infirmier est opérée au cours d'une réunion qui rassemble, autour du chef de projet, les deux psychiatres et le psychologue de la prison, un autre psychiatre de l'hôpital psychiatrique, l'infirmier-chef du service médical et le personnel infirmier¹⁹. Le chef de projet se veut rassurant et ouvert. Il faut « progresser sans pub », car l'idée du kit « est un petit boum ici ». On a, dit-il, « ouvert des portes, il faut laisser mûrir les choses ». Il a bien sûr noté que « l'équipe psy ne semble pas pour », mais la réunion est établie pour lever les éventuels malentendus.

Les choses sont moins claires pour ses interlocuteurs psychiatres qui mettent en doute la pertinence d'une approche « pas assez préventive ». Faute de dispositif spécifique, même les objets alliés finissent par poser problème : la discussion s'engage à plusieurs reprises autour de l'équipement matériel de l'EDS. Tout le monde est d'accord sur le fait que « la meilleure option, c'est le kit », mais, ne faudrait-il pas, plutôt que d'inciter à le cacher, aménager un espace visible dans la cellule, dévolu à la réduction des risques et, si oui, comment l'appeler ? Le doute porte aussi sur la manière de faire parvenir le kit à sa destination : « il y a deux options, résume le chef du service psychiatrique ou on distribue un kit à tout le monde ou on opère une sélection » et, dans les deux cas, quand faut-il le faire ?

L'intervention de l'infirmier-chef, favorable au kit, vise à rappeler l'urgence et à rassurer ses collègues²⁰. Il signale le mauvais bilan sérologique des détenus de la prison et rappelle le coût économique de l'hépatite C, par personne. Il évalue à six à huit personnes par semaine tout au plus, les candidats à l'EDS²¹. Mais le personnel infirmier demeure néanmoins désorienté et inquiet : « à quoi sert l'assurance si je suis piquée et contracte le VHC ? », demande, par exemple, une infirmière.

¹⁸ Par la suite, les autorités de l'État, le ministre et le procureur, n'interviendront plus, jusqu'à la mise au point du dispositif final.

¹⁹ Le service psychiatrique, de création récente, doit encore trouver sa place dans la prison, tant auprès du service médical que du service de garde. La psychiatre faisant fonction de chef de service, nouvellement arrivée, est française et son collègue, luxembourgeois.

²⁰ Au Luxembourg, l'infirmier-chef ne dépend du médecin que pour la prescription : il représente donc une réelle position d'autorité.

²¹ En juin 2006, six personnes seront effectivement considérées comme participant à l'EDS.

Le dispositif est donc loin d'être en place, mais le chef de projet cherche à positiver la discussion : il est bon d'« avoir plusieurs options ». C'est ce qu'il essaie aussi de faire entendre au CD, en août 2004, après de nouvelles discussions avec les psychiatres : ces derniers ne sont pas contre, mais « c'est nouveau pour eux », ils ont « des questions et des réticences » quant à avoir seuls la charge du dispositif et souhaiteraient disposer d'un modèle de travail écrit, ce que le chef de projet dit leur avoir promis. En tout état de cause, il leur semble que tout cela ne pourrait se mettre en place qu'à la fin de l'année civile. Les autres membres du CD commentent ironiquement : « ils sont pour, mais réticents à bouger ! ».

Un second document écrit, de quatre pages, intitulé « modèle de fonctionnement », est remis par le chef de projet au CD en septembre 2004. La principale modification apportée est la définition d'une collaboration entre le service psychiatrique et l'infirmerie, avec une règle d'alternance sur la base d'une liste commune de détenus codée. Le document définit les contributions spécifiques de chacun : l'infirmerie gère la logistique et la psychiatrie prescrit, sachant que les personnels psychiatriques chargés de l'EDS ne sont pas ceux qui s'occupent de distribuer la méthadone²². Quant au service de garde, il est prévenu par la direction de ce qui n'est pas punissable et de ce qui l'est. L'accès aux données « nominales » n'est pas possible en vertu du secret médical. Une réunion par quinzaine est prévue entre le Projet Global, les services médicaux et sociaux et le service de garde pour suivre l'évolution du dispositif. Les détenus « reçoivent l'information dès leur entrée en prison : s'ils sont consommateurs de drogues illégales, ils peuvent se procurer un kit avec seringue à l'infirmerie ou au service psychiatrique ». On leur précise qu'il s'agit d'un échange et non d'une distribution et les raisons de l'EDS (prévention des MST). Le détenu concerné « s'engage : à l'échange strict [. . .], ne pas en prendre pour une autre personne, ne pas posséder plus d'un étui ».

À première vue, on a enfin un dispositif d'intéressement : les acteurs centraux de la première alliance sont un binôme psychiatrie–infirmerie ayant l'appui des gardiens, tandis que la troisième alliance est garantie par un solide équipement règles–réunions–logistique où chacun a sa place et qui permet de stabiliser la deuxième alliance : détenus–kit ; gardiens–gants ; infirmiers–produits–containers ; psychiatres–ordonnances. Mais la problématisation n'est pas vraiment finie, comme le montrent les hésitations des psychiatres et des infirmières, l'intéressement non plus. Les autres membres du CD font, en effet, remarquer que tout n'est pas réglé : « jusqu'à quel point le chef de projet doit être impliqué ? » sachant qu'il était simplement censé « lancer le projet ». En outre, le matériel n'est toujours pas disponible : « Je refuse qu'on prenne du retard à cause de la question de l'étui : on peut le faire fabriquer ici, même si on doit en changer ensuite », dit un directeur. Ces remises en cause de la problématisation sont contrebalancées par des déclarations volontaristes : « moi, s'il le fallait, je pourrais démarrer demain avec la feuille telle qu'elle est là » (un directeur). Et les tentatives d'enrôlement se poursuivent.

3.3. *Débordements : résistances, réticences, malentendus (octobre – décembre 2004)*

Ce recadrage, qui règle des opérations auxquelles on n'avait pas pensé d'abord (le diable est dans les détails, dit l'adage), est immédiatement mis à l'épreuve. Le service psychiatrique exprime ses réserves officiellement devant le CD d'octobre 2004. L'équipe estime n'avoir pas les moyens d'assurer cette charge de travail supplémentaire et cherche à étayer sa tiédeur par une

²² Il s'agit d'éviter de placer les dispensateurs dans une situation intenable : être à la fois celui qui incite à continuer l'injection, en remplaçant la seringue usagée et celui qui incite à l'arrêter, en donnant un produit de substitution.

opposition soin/care (Trépos, 2007) : « sur le fond, on n'est pas contre », mais nous, psychiatres, cherchons quand même à privilégier la sortie de la drogue, conformément à « notre principe de soin », qui est de prescrire des médicaments et non d'échanger des seringues. Pour tout dire, « on est pro-sevrage » : la méthadone, « distribuée *largo manu* », à laquelle nous participons malgré nous, c'est aussi du *care* plutôt que du soin. En outre, « le climat actuel du CPL est délétère depuis peu », en raison de la multiplication des « sanctions arbitraires » et des menaces de rébellion²³ : d'où la « levée de boucliers » à l'infirmerie, qui ne veut pas aller distribuer dans les blocs où les gardiens multiplient les obstacles. Le terrain, miné par « la peur », est donc « très mal préparé ». Dans ces conditions, le service psychiatrique tend à être utilisé comme soupape de sécurité et « en a marre de faire baisser la tension ». Cette fronde peut être interprétée (Callon, 1998) comme un débordement (*overflowing*) : le service psychiatrique est à la fois demandeur d'un autre cadre, plus précis et plus large que celui qu'on avait prévu pour lui et porteur de rectification de sa place dans ce cadre. En réponse, le CD se dit « prêt à discuter du modèle de fonctionnement, mais pas du principe » et, indirectement, « conseille aux gardiens qui ne seraient pas d'accord, de prendre langue avec leur syndicat ».

Activés dans les discussions, les autres partenaires prévus par le cadre de travail ne sont pourtant guère sollicités, tant le travail d'enrôlement mené auprès du service psychiatrique occupe le devant de la scène. Il n'est donc pas étonnant de constater, lors de nos interviews en décembre 2004, qu'au sein du service de garde, c'est le scepticisme qui domine : on désigne les problèmes induits — les détenus peuvent faire pression les uns sur les autres — voire le caractère « hypocrite » de la situation qui fait coexister légalité et illégalité. De son côté, le médecin de la prison approuve le dispositif, mais personne ne s'en soucie. Il estime que dans la situation actuelle, l'étui résout le problème : « cela rend punissables les seringues qui traînent ». Selon lui, il est normal que la première seringue doive être demandée au médecin et non distribuée automatiquement à l'entrée. Certaines prisons étrangères utilisent des automates pour délivrer des seringues sans aiguille dans une boîte de premiers secours, mais, dit notre interlocuteur, « l'automate, ce n'est pas le médecin ». Il se dit conscient des possibilités de détournement et c'est pourquoi il faudrait commencer « à bas bruit ». Mais, il est toujours hors-jeu : « on ne le [lui] a pas demandé pour l'instant »²⁴.

Le maillage des personnes, des objets et du dispositif en trois alliances est de nouveau remis en cause. Dans un processus qui a pourtant associé depuis plus de deux ans la plupart de ces personnes, soit par réunions, soit par rencontres privées, subsiste un fort malentendu entre, d'une part, le volontarisme du CD et du chef de projet et, d'autre part, la réserve des porteurs potentiels du dispositif EDS, dont les intérêts sont plus localisés. S'y ajoutent l'engagement du médecin présumé, mais jamais explicitement demandé et l'absence d'accord sur le protocole. C'est à la réduction de cet « aveuglement organisationnel » (Boussard et al., 2004) que vont travailler avec un certain succès les membres du CD, aboutissant à un nouveau cadrage (*framing*) : le dispositif d'intéressement final.

3.4. Le dispositif d'intéressement final

Le CD accepte cette nouvelle situation où la réticence du service psychiatrique s'oppose à la disponibilité du médecin généraliste, comme un principe de réalité : « j'ai toujours tendance

²³ Depuis l'été, la rumeur est à la menace d'une prise d'otages au CPL et des restrictions aux conditions de circulation ont été apportées.

²⁴ On peut comprendre sa frustration : il a, jusqu'ici, pris des risques « par humanisme » et s'est beaucoup renseigné sur les expériences à l'étranger, mais cette expertise en est en quelque sorte déniée.

à entériner les décisions des gens du terrain si elles ne sont pas contraires au bon sens », dit un directeur (CD de mai 2005). On décide de « commencer sans grande information, pour amorcer le système [...] », un document étant en cours de rédaction. Les objets, qui demeuraient en arrière-plan depuis un certain temps, font leur réapparition comme si le dispositif était en train d’acquérir une stabilité humaine suffisante pour qu’on puisse désormais laisser parler les choses : le chef de projet signale que les étuis sont commandés et au façonnage. Le kit sera montré pour la première fois au cours d’une autre séance de mai 2005 : il s’agit d’un sachet plastique de 20 cm sur 12 cm, à fermeture par pression, contenant un étui en carton blanc de 14,5 cm de longueur et de 2 cm de côté, une seringue et deux *pads* d’alcool. On a veillé à ce qu’il soit le plus petit possible, à la fois par discrétion et pour qu’il ne serve pas à autre chose.

Le document final est élaboré en juin 2005. Il consacre la formule de compromis tant recherchée et la mise au point des trois alliances. Intitulé « Concept du modèle de prise en charge des personnes toxico-dépendantes par injection intraveineuse au CPL », il est signé par l’infirmier-chef et le médecin pour le service médical et par cinq personnes-clés du service psychiatrique. Ces signatures sont la première matérialisation de l’enrôlement des personnes « intéressées » par le dispositif.

Désormais, les seringues « hors-étui » feront l’objet de « poursuites sévères (coups et blessures volontaires) ». Les auteurs du document souhaitent « recadrer quelque peu la situation²⁵ », en distinguant la distribution initiale de l’étui et l’échange régulier du matériel. L’amorce du processus se déroule lors d’une « consultation médicale normale », au cours de laquelle le médecin a, face à la personne toxico-dépendante, trois options : l’« orienter vers une vie sans drogue », prescrire un traitement de substitution avec la méthadone ou procéder à la distribution initiale de l’étui. La « responsabilité du médecin » est d’évaluer « le traitement pharmacologique actuel » et « l’état d’esprit » du patient. Parlant de « mission » et de « travail médical », le document prend soin d’écarter toute confusion possible avec une « distribution aveugle au tout venant », considérée comme une « logique de “streetworkers” ». L’articulation entre le psychologique et le somatique, qui justifie la coordination des deux équipes, est précisée : « derrière la demande », il y en a souvent une autre, celle de personnes ayant des problèmes et désirant « une vie sans drogue », qu’il faut relayer vers le service psychiatrique.

Comme on le voit, le modèle retenu offre une configuration inattendue au départ : une officialisation de l’action du médecin qui pratiquait l’échange officieusement et qu’il s’agissait en principe d’écarter. L’absence de toute signature émanant du Projet Global et même de toute allusion à ce projet montre aussi que l’autonomie du dispositif est désormais prononcée. Mais l’enrôlement est-il durable sans l’acteur qui a donné l’*input*²⁶ ? Et, comme le fait remarquer un directeur, comment assurer la continuité des soins, lorsqu’un détenu est admis à la prison ouverte où le dispositif n’est pas mis en place ?

4. Innovation, passages et attachements

Il est difficile de mesurer le degré de représentativité de cet échange de seringues en prison : ce n’est pas l’équipement qui est différent, à l’exception de l’automate présent ailleurs et écarté ici, mais le processus. S’agit-il pour autant d’une véritable réforme — après tout, l’échange existait

²⁵ Souligné par moi pour montrer la congruence entre le vocabulaire technique du sociologue et celui des acteurs du terrain.

²⁶ De fait, le chef de projet a dû organiser en mars 2006 une réunion pour mieux coordonner l’action des deux services médicaux.

déjà, qui plus est, mis en œuvre par les mêmes personnes — et, même si c'est le cas, n'était-elle pas contrainte de suivre un sentier de dépendance ? Je crois avoir montré que quelque chose a réellement bougé après trois ans, trois formules d'intéressement et diverses tentatives d'enrôlement : la légalisation de l'échange, si difficilement obtenue, n'est pas celle qui était prévisible et n'est pas une simple officialisation. Par ailleurs, les réajustements répétés et prudents auxquels ces entrepreneurs de santé publique ont procédé pour réformer l'entendement des personnes qu'ils impliquent tout en réformant les dispositifs qu'ils leurs destinent et, réciproquement, soulignent l'efficacité du pilotage à vue du changement organisationnel, opéré par attachements circonstanciels et contingents. En gauchissant un peu le vocabulaire de Michel de Certeau, ne pourrait-on pas dire que lorsque les « stratégies » sont mises à mal, puisque les animateurs n'ont pas pu imposer leur temporalité à la conduite du changement, l'innovation peut aussi passer par des « tactiques » ?

Les ressources conceptuelles de la sociologie de la traduction m'ont permis de suivre et de qualifier ce travail d'innovation, saisi ici depuis la problématisation jusqu'à l'enrôlement. La problématisation a reposé sur l'énoncé d'un diagnostic résultant d'une série de redéfinitions d'épreuves sanitaires usuelles en prison : les protocoles de soin, la rencontre singulière avec un patient, la prise en charge, le secret médical, une certaine image de la personne ou du service²⁷, l'égalité des prises en charge, les coûts du dispositif. On peut le résumer à une tension entre la force des impératifs (santé publique, droits démocratiques) et des émotions (craintes du personnel de garde) et la faiblesse des équipements matériels (dispersion des efforts, absence de réglementation favorable et de dispositif clair). Le dispositif d'intéressement n'a pourtant pu être établi qu'après plusieurs tâtonnements. Son « concept » place au centre le médecin généraliste de la prison, avec le soutien logistique de l'infirmerie et, pour les interfaces du somatique et du psychique, le relais thérapeutique du service psychiatrique. À la marge, les gardiens sont clairement avertis du mode autorisé de circulation des seringues. Les bénéficiaires sont intéressés individuellement, en tant que justiciables entrants ou en tant que détenus formulant une demande, mais pas en tant que collectif : ni comme masse à informer, puisqu'on fonctionne à bas bruit ni comme assemblée, aucun des groupes de parole de détenus du Projet Global n'ayant été sollicité. Le dispositif d'intéressement inclut des choses (une seringue dans un étui *ad hoc* et des produits auxiliaires) et exclut des objets (les seringues qui traînent)²⁸. Il permet de stabiliser les enrôlements.

Ces actions sont-elles pour autant attribuables à des acteurs, individuels ou collectifs, ce qui nous autoriserait peut-être à dire pourquoi et pas seulement comment ce dispositif a fini par « marcher » ? Cette lecture du matériau présenté ici n'est évidemment pas exclue, d'autant que j'ai conservé un vocabulaire et une syntaxe classiques de désignation des êtres et de leurs performances et signalé au passage l'intérêt, comme conceptualisation-frontière, de la théorie de l'aveuglement organisationnel. Je crois pourtant qu'une autre voie d'accès aux données est préférable ici. Aucun des protagonistes, ni séparément ni même en coopération, ne peut revendiquer la maîtrise du dispositif d'intéressement. Le « pouvoir » n'est ni au sein du comité directeur qui organise son propre effacement, ni chez les psychiatres qui se laissent mollement enrôler, ni *a fortiori* chez le médecin, qui est investi par une sorte de délégation du sale boulot (Hughes, 1996, pp. 81–82). Il serait tout aussi abusif d'attribuer cette maîtrise aux objets : certes, personne ne contrôlait vraiment la circulation informelle des seringues — et de l'héroïne — mais leur transformation en choses a été assez facile. Il me semble plus approprié de rapporter le succès du dispositif à la négociation

²⁷ « Ce qui m'a le plus irritée : être enfermée dans le personnage de celle qui ne voulait pas des seringues » (chef du service psychiatrie ; entretien, décembre 2004).

²⁸ Pour la distinction entre « objets » (ce qui est devant nous) et « choses » (ce pour quoi on prend fait et cause), voir Latour, 2004.

d'une formule qui accepte la coexistence de différents états d'engagement des personnes et qui parvient à neutraliser l'engagement des objets. Par exemple, le médecin généraliste qui est enrôlé dans le protocole final dès lors qu'il est lié à la psychiatrie, à l'infirmier et à des règles explicites, n'est plus, pour les promoteurs du projet, ce médecin qui ne « savait pas dire non », au temps de la circulation informelle et que l'on voulait « mettre sur la touche ». Mais, à ses propres yeux, il n'a changé ni de philosophie ni de pratique et pour les gardiens comme pour les détenus — finalement peu liés à un dispositif qui n'a pourtant de sens que par eux — il est sans doute un personnage plus ou moins sulfureux²⁹.

Néanmoins, s'en tenir à cette interdépendance, que revendiquait un premier état de la théorie de l'acteur-réseau (Law, 1999) serait encore trop descriptif. J'ai essayé d'insister non pas tant sur la distribution des pouvoirs³⁰, du capital³¹ ou des identités que sur leur labilité : la plus grande dépense d'énergie dans ce processus est celle qui est nécessaire pour passer d'une alliance à une autre, non pour se maintenir dans une position. Dans le cas qui nous occupe, chacun étant averti par des années d'expérience de la prison qu'il est difficile de changer les routines, voire les identités professionnelles et cela reste l'objectif du Projet Global, ce qui « intéresse » c'est de savoir quels sont les bons passages et ceux à éviter (Moser et Law, 1999) vers les attachements satisfaisants (Latour, 2000), acceptables, sinon désirables. Étrange situation d'expertise que celle, que l'injonction du procureur d'État a installée : aucun des experts pressentis n'y est attaché, mais tous acceptent d'y être rattachés contractuellement, à la condition que soit ainsi affirmé le caractère transitoire et détachable de ce lien qui distribue l'expertise entre un plus grand nombre de participants³². Pendant ce temps, l'attachement addictif aux drogues est, lui, traité sur d'autres scènes dans le Projet Global et au service psychiatrie. En fin de compte, les attachements acceptables sont très proches des attachements initiaux indésirables, mais les voies de passage entre les actions sont mieux équipées. Des informations récentes sur le fonctionnement actuel de l'EDS montrent cependant que ces équipements doivent être régulièrement réinvestis.

Références

- Boltanski, L., Thévenot, L., 1991. De la justification. Les économies de la grandeur. Gallimard (Nrf, Essais), Paris.
- Boltanski, L., Chiapello, E., 1999. Le nouvel esprit du capitalisme. Gallimard (Nrf, Essais), Paris.
- Boussard, V., Mercier, D., Tripier, P., 2004. L'aveuglement organisationnel ou comment lutter contre les malentendus. CNRS éditions, Paris.
- Callon, M., 1986. Éléments pour une sociologie de la traduction. La domestication des coquilles Saint-Jacques et des marins-pêcheurs dans la baie de Saint-Brieuc. *L'Année sociologique* 36, 169–208.
- Callon, M., 1998. An Essay on framing and overflowing: economic externalities revisited by sociology. In: Callon, M. (Ed.), *The Laws of the Markets*. Blackwell (The Sociological Review Monographs), Oxford, pp. 244–269.
- Camus, A., Lafaye, C., Corcuff, P., 1993. Entre le local et le national : des cas d'innovation dans les services publics. *Revue française des affaires sociales* 47 (3).
- Certeau de, M., 1990. L'invention du quotidien (I). Arts de faire (1980). Nouvelle édition par Luce Giard, Gallimard (Folio Essais), Paris.
- Chantraine, G., 2006. La prison post-disciplinaire. *Déviance et société* 30 (3), 273–288.
- Chauvière, M., 2005. Entre expérimentation et innovation — à propos d'une expérimentation en cours dans le cadre de la protection de l'enfance. *Revue française d'administration publique* 115, 391–398.

²⁹ Ma formulation reste compatible avec une théorisation comme celle proposée par Jean-Marc Weller (Weller, 1994).

³⁰ Comment pourrions-nous y inviter la théorie des réseaux sociaux (Degenne et Forsé, 1994).

³¹ Voir Landry et al., 2001.

³² Si l'on suit Jacobs (1997), un attachement contingent est un lien « passager », objectivement faible car non durable, comme certaines rencontres de vacances ou de catastrophes, mais subjectivement fort bien qu'asymétrique. Je dois cette référence à Jean-Yves Trépos.

- Combessie, P., 2001. *Sociologie de la prison*. Éditions La Découverte (Repères), Paris.
- De Graaf, W., Hoogenboezem, G., Maier, R., 2001. Possibilities and Limits of Empowerment. University of Utrecht (draft).
- Degenne, A., Forsé, M., 1994. *Les réseaux sociaux*. A. Colin (coll. U), Paris.
- Geertz, C., 1998. La description dense. Vers une théorie interprétative de la culture. *Enquête* 6, 73–105.
- Hughes, E.-C., 1996. Le regard sociologique. Éditions de l'EHESS, Paris.
- Jacobs, B., 1997. Contingent ties: undercover drug officer's use of informants. *British journal of sociology* 48 (1).
- Landry, R., Amara, N., Lamari, M., 2001. Capital social, innovations et politiques publiques. *Isuma* 2 (1), 63–71.
- Latouche, S., 1994. Le rationnel et le raisonnable. Les antinomies du postulat métaphysique de la raison économique. *Revue du MAUSS* 4, 134–159.
- Latour, B., 2000. Factures/fractures. De la notion de réseau à celle d'attachement. In: Micoud, A., Péroni, M. (Eds.), *Ce qui nous relie*. Éditions de l'Aube, La Tour d'Aigues, pp. 189–208.
- Latour, B., 2003. L'impossible métier de l'innovation technique. In: Mustar, P., Penan, H. (Eds.), *Encyclopédie de l'innovation*. Economica, Paris, pp. 9–26.
- Latour, B., 2004. Le rappel de la modernité — approches anthropologiques. *Ethnographiques.org* 6, (<http://www.ethnographiques.org/2004/Latour.html>).
- Law, J., 1999. After ANT: complexity, naming and topology. In: Law, J., Hassard, J. (Eds.), *Actor network theory and after*. Blackwell (The Sociological Review Monographs), Oxford, pp. 1–14.
- Lines, R., Jürgens, R., Betteridge G., Stöver H., Laticevschi D., Nelles J., 2004. L'échange de seringues en prison. Leçons d'un examen complet des données et expériences internationales. Rapport du réseau juridique canadien VIH/sida.
- Maier, R., 1999. Structure and process: problems of integration. *Foundations of science* 3, 341–357.
- Moser, I., Law, J., 1999. Good passages, bad passages. In: Law, J., Hassard, J. (Eds.), *Actor network theory and after*. Blackwell (The Sociological Review Monographs), Oxford, pp. 196–219.
- Muller, P., 1990. *Les politiques publiques*. PUF (Que sais-je ?), Paris.
- O'Malley, P., 2006. « Mondialisation » et justice criminelle : du défaitisme à l'optimisme. *Déviance et société* 30 (3), 323–338.
- Robert, D., Frigon, S., 2006. La santé comme mirage des transformations carcérales. *Déviance et société* 30 (3), 305–322.
- Trépos, J.-Y., 2003. La force des dispositifs faibles : la politique de réduction des risques en matière de drogues. *Cahiers internationaux de sociologie* 114, 93–108.
- Trépos, J.-Y., 2007. Seuils d'aide et politiques d'activation. Un aperçu de deux centres de réduction des dommages à Maastricht. *Psychotropes* 13 (2).
- Weller, J.-M., 1994. Le mensonge d'Ernest Cigare. Problèmes épistémologiques et méthodologiques à propos de l'identité. *Sociologie du travail* 36 (1), 25–42.