

Cahiers d'études pénitentiaires et criminologiques

octobre 2008 - n° 26

Les conduites addictives et leur prise en charge au miroir de l'expérience carcérale : un éclairage au féminin

Emmanuel Brillet (sociologue)

L'un des axes prioritaires du plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool (2004-2008) est de développer des programmes de prévention en milieu carcéral. Pour élaborer de tels programmes, le plan stipule qu'« il est fortement recommandé de partir des besoins exprimés en ce domaine par la population pénale ». En s'appuyant sur un matériel empirique récent collecté dans deux maisons d'arrêt pour femmes¹, cet article s'attache précisément à saisir dans quelle mesure la prison, comme cadre signifiant, oriente les représentations et les comportements des femmes toxicomanes aussi bien que des personnels en charge de les accompagner². Pourquoi et comment certaines femmes poursuivent-elles, s'initient-elles ou stoppent-elles l'usage de substances psychoactives en prison ? Et qu'en est-il - au-delà d'une simple visée de neutralisation des symptômes de manque - des dispositifs de prévention, de suivi et de traitement (notamment en termes d'adaptation et de prise en compte du temps long de la trajectoire de dépendance) ?

DANS LE SILLAGE de la réforme du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale, qui a entériné le transfert des compétences liées à la prise en charge sanitaire des détenus depuis le service public pénitentiaire vers le service public hospitalier, les études sur la santé en prison se sont multipliées. Elles ont mis l'accent tant sur *l'offre de soins* et les pratiques professionnelles qui y sont attachées que sur la *demande de soins*, s'interrogeant notamment sur l'impact relatif de l'expérience carcérale en matière de santé³. La réforme elle-même – qui visait à « assurer aux détenus une qualité et une continuité de soins équivalentes à celles offertes à l'ensemble de la population » – avait été préconisée un an auparavant par le Haut Comité de la santé publique (HCSP). Dans son rapport⁴, le HCSP mettait l'accent sur l'insuffisance et l'inadaptation des réponses que pouvait apporter l'administration pénitentiaire aux problèmes de santé publique soulevés par l'état sanitaire de la population pénale, eu égard notamment à la forte proportion de détenu(e)s en proie à des conduites addictives (qu'ils/elles aient été ou non condamné(e)s pour infraction à la législation sur les stupéfiants).

Quinze ans après la publication de ce rapport et la mise en œuvre subséquente de la réforme, cet article s'attache précisément – en s'appuyant sur les données collectées dans le cadre de l'étude de terrain précitée (Boumaza, Brillet, 2008 ; voir *infra* l'encadré « Sources et méthodes ») – à rendre compte de *l'influence d'un séjour en milieu carcéral sur les trajectoires de dépendance de femmes toxicomanes*⁵. Il est ainsi question, dans ce qui suit, des conduites addictives au miroir de l'expérience carcérale, qu'il s'agisse :

- de l'auto-régulation de ces conduites – *les usages et le rapport des femmes détenues aux substances psychoactives, licites ou illicites* (notamment à travers les usages des services de santé et/ou des produits prescrits, y compris la confiance que les personnes incarcérées accordent aux médecins et, au-delà, au système de soins en prison) ;
- ou de leur hétéro-régulation – à travers les dispositifs de contrôle, de prévention, de suivi et de traitement des conduites addictives en prison, y compris les enjeux de coopération et de coordination entre les différentes catégories de personnels⁶.



● L'auto-régulation des conduites addictives en prison : usages et rapport des détenues toxicomanes aux substances psychoactives

Le fait doit être souligné d'emblée : il n'est pas d'exemple – parmi les détenues rencontrées dans les deux maisons d'arrêt étudiées – de femme qui, en proie à une dépendance d'ordre toxicomaniaque et/ou alcoolique au moment de son incarcération, ait totalement arrêté ou même significativement réduit sa consommation de substances psychoactives légales ou illégales depuis son incarcération⁷. Parmi elles, la très grande majorité – sinon la quasi-totalité – continue même de s'y adonner sur un mode addictif.

Cependant, pour des raisons tenant au caractère somme toute « artisanal » des trafics de stupéfiants sur l'un et l'autre site (trafic « au coup par coup » pour le cannabis et disponibilité très limitée des autres stupéfiants), la poursuite de la consommation de substances psychoactives au sein des deux établissements s'organise principalement autour d'un « mouvement de vases communicants » substituant à l'usage des drogues illicites (devenues sinon inaccessibles du moins plus difficilement accessibles en prison) la consommation addictive de médicaments psychotropes, détournés de leur usage (*Subutex* – ou autres médicaments – pris en « fumée » ou en « snif », dans une optique de « défonce ») et/ou consommés machinalement (et massivement).

Compte tenu de la diversité des antécédents toxicomaniaques et/ou alcooliques des détenues concernées, le travail de l'écart ainsi induit avec les habitudes de consommation à l'extérieur peut être plus ou moins marqué selon les profils, et décrire différents types de trajectoires : 1. *Poursuite à l'identique* pour les détenues déjà accoutumées à l'usage – sur un mode addictif – de médicaments psychotropes au moment de l'incarcération (souvent avec une augmentation de la posologie) ; 2. *Évolution vers la polytoxicomanie* pour les détenues dépendantes ou consommatrices régulières de cannabis ou de tabac au moment de l'incarcération (la prise régulière de médicaments s'ajoutant à la consommation de tabac, qui peut être légalement cantiné, ou de cannabis, lorsqu'il est disponible) ; 3. *Élargissement de l'éventail des conduites addictives* pour les détenues déjà polytoxicomanes/polydépendantes au moment de l'incarcération (la prise massive de médicaments et/ou de traitements de substitution contribuant moins au sevrage des drogues dures et/ou de l'alcool qu'à l'entretien des conduites toxicomaniaques).

Par ailleurs, l'existence de phénomènes d'initiation à la consommation de produits psychotropes nous a été rapportée dans les deux établissements, soit directement soit indirectement. Cependant, les entretiens ont montré que si les risques d'accoutumance de femmes sans antécédents toxicomaniaques et/ou alcooliques à la consommation de substances psychoactives, notamment légales, étaient bien réels en prison, une majorité d'entre elles trouvaient cependant les ressources nécessaires pour résister à la médicalisation de leur mal-être, ou s'en défaire après une période de flottement plus ou moins longue, due au choc de l'incarcération.

● Les dispositifs d'accompagnement et de contrôle

Qu'en est-il, par ailleurs, des modalités et effets perçus de l'offre de soins à destination des détenues toxicomanes (suivi psychiatrique et suivi psychologique) ? Qu'en est-il notamment de la balance opérée entre approche *psychopharmacologique* (traitement médicamenteux des symptômes de manque dans une visée essentiellement adaptative) et approche *clinique/psychothérapeutique* (dans une visée plus proprement curative) ?

Le suivi psychiatrique

La situation observée sur l'un et l'autre site apparaît relativement contrastée quant à la manière dont l'offre de soins psychiatriques répond – ou non – à l'enjeu du temps long de la dépendance.

Sur le premier site (maison d'arrêt pour femmes située dans le périmètre de la DI de Paris), et à l'instar de ce qu'ont pu noter Bounhik et alii (1999) dans d'autres établissements, on a pu faire le constat d'une pratique psychiatrique qui, à défaut de s'accompagner d'un travail individuel sur les déterminants et habitudes de consommation des usagers de drogue à l'extérieur, fait de la médication (et/ou de la substitution) une technique et non une contribution à un changement de mode de vie pour les intéressés.

Ainsi, en dépit des trajectoires complexes des détenues (et particulièrement des détenues toxicomanes), le psychiatre exerçant dans cette maison d'arrêt pour femmes déclare axer ses interventions essentiellement autour de la médication (dans une visée de neutralisation des symptômes de manque plutôt que de réelle désaccoutumance), l'intéressé estimant que le lieu ne se prête pas à l'instauration d'une véritable relation psychothérapeutique (« *Moi, je préfère ça* [le travail d'élaboration] *en ville* »). Il s'ensuit : 1. une banalisation du recours aux psychotropes au sein de la prison, laquelle contribue à entretenir ou initier des conduites addictives tout en favorisant les trafics ; et 2. une uniformisation des traitements en dépit des problématiques spécifiques auxquelles sont confrontées les femmes détenues toxicomanes.

Ce même psychiatre ajoute que la prescription de médicaments vise aussi dans son esprit à faciliter le travail des surveillantes (« *La prison, c'est pas un hôpital psychiatrique : moi, il faut que je comprenne qu'ils ne peuvent pas tout gérer* »). On se rapproche ici davantage de la description bien connue de la « camisole chimique », ou du moins de ce que De Maere et alii (2000) appellent la « fonction institutionnelle » des médicaments psychotropes, qui vise moins à accompagner le patient sur la voie de la guérison qu'à contribuer au calme de l'institution pénitentiaire et à la sécurité des personnels de surveillance.

Dans une toute autre optique, le médecin-chef de l'UCSA de la maison d'arrêt située dans le périmètre de la DI de Strasbourg, un spécialiste des questions toxicomaniaques (il a dirigé le service toxicomanie d'un grand hôpital civil), dénonce pour sa part ce qu'il considère être les effets pervers de

l'application d'une politique dite de réduction des risques en prison. Il est ainsi d'avis que la politique de substitution ne peut être considérée comme une tentative médicale de sortir de la dépendance puisque, en guise de produits de substitution, on donne aux héroïnomanes des produits opiacés – Subutex, méthadone – plus puissants encore que l'héroïne (« *En réalité, la politique du Subutex c'est une pompe à morphine, il n'y a pas de projet thérapeutique* »). Il pointe ainsi la fréquence des phénomènes d'initiation en prison sous couvert thérapeutique (« *Les personnes qui commencent leur morphino-dépendance par le Subutex en prison sont relativement nombreux* »), ainsi que la fréquence des usages détournés (selon lui « 40 % du volume prescrit est détourné », y compris sous forme d'injections). Il indique, pour cette raison, « résister » à une politique de substitution systématique, et continue de proposer un sevrage « à la dure » à ses patients (sans pour autant leur imposer). À cet égard, il insiste sur l'importance de l'accompagnement psychologique des patients.

Ces manières de faire – et notamment la plus ou moins grande « libéralité » de la politique de prescription – forment un cadre signifiant qui affecte l'appréciation portée par les détenues sur la pratique psychiatrique en prison, même s'il importe, à cet égard, de distinguer les phases aiguës de décompensation (périodes immédiatement postérieures à l'incarcération et/ou à l'énoncé du jugement) de celles – la majeure partie de la période de détention – où la vie carcérale se fait plus « routinière ». De fait, si dans les phases marquées par des troubles réactionnels majeurs, l'utilisation des médicaments psychotropes comme instrument de neutralisation des épisodes dépressifs ou des tendances suicidaires ne fait pas débat chez les détenues, à l'inverse, l'utilisation – ou, plutôt, la sur-utilisation – des médicaments psychotropes comme modalité *routinière* de gestion des relations carcérales affecte négativement la relation de confiance qui les lie aux médecins. Certains psychiatres ou médecins généralistes, jugés trop « laxistes », sont ainsi décrits par les détenues comme « des distributeurs de médicaments ». Ceux-ci sont certes utilisés par les détenues pour se procurer des produits – parfois même à des fins extra-thérapeutiques (trafics, détournements d'usage) – mais pas investis comme soignants. Car, comme le soulignent Lhuilier et alii (1999), « on peut à la fois utiliser avec assiduité les possibilités de consultation et critiquer les prestations offertes ».

Le suivi psychologique

Le suivi psychologique qui, à la différence de la médication psychiatrique, vise non pas à traiter ou prévenir les symptômes de manque mais à remonter aux « sources » de l'état de dépendance, se heurte à deux écueils principaux, soulignés par nombre de professionnels (dont les psychologues des deux maisons d'arrêt concernées par l'étude) : 1. Les usages instrumentaux/détournés de la consultation, à savoir : d'une part, les pressions exercées sur le psychologue pour qu'il joue un rôle d'intermédiaire auprès du psychiatre (et facilite, ce faisant, l'accès à la médication) ; d'autre part, les usages dits « conversationnels » de la relation thérapeutique dans le cadre d'une procédure

d'aménagement de peine (la visée du ou de la détenu(e) se résumant alors à l'obtention d'une attestation de suivi, sans autre investissement personnel) ; 2. Le problème de la continuité des soins en cas de transfert.

Pour autant, à la différence des évaluations portées sur le suivi psychiatrique, et conformément à ce qu'avaient déjà observé Lhuilier et alii (1999) dans ce même établissement quelques années plus tôt, les entretiens conduits dans la maison d'arrêt pour femmes située dans le périmètre de la DI de Paris soulignent combien, du moment que le détenu « accroche » au cadre thérapeutique, en accepte le principe ou ne cherche pas à en détourner l'usage, le suivi psychologique s'accompagne – pour la majorité des détenues – d'une évaluation positive des soins offerts en détention. De ce point de vue, et ainsi que le soulignent Lhuilier et alii, il y a bien distinction – s'agissant des représentations des détenues – entre ceux qui *distribuent des soins* et ceux qui *prennent soin*. Toutes les détenues, cependant, n'accrochent pas au cadre thérapeutique proposé par le psychologue. Les raisons en sont diverses : difficulté à se confier, méconnaissance du rôle du psychologue et/ou peur d'être assimilée à une malade mentale, crainte de la non-confidentialité des échanges ou barrière des sexes si le psychologue est un homme.

La question de la coordination entre suivi psychiatrique et suivi psychologique

Plus encore, par-delà l'impact relatif de chaque approche prise séparément, il est possible de montrer comment la qualité des relations entre les différentes catégories de personnels de soin (*travail de liaison entre les différents corps de spécialistes*) joue sur les trajectoires de dépendance des femmes toxicomanes au sein de l'enceinte carcérale.

De ce point de vue, les situations apparaissent une fois encore relativement contrastées d'un site à l'autre. Tandis que dans la maison d'arrêt située dans le périmètre de la DI de Strasbourg médecins-psychiatres et psychologues déclarent travailler de concert (les psychiatres n'hésitant pas à moduler leur politique de prescription en fonction du travail conduit par les psychologues avec les détenues), à l'inverse, dans la maison d'arrêt pour femmes située dans le périmètre de la DI de Paris, l'offre de soins pâtit d'une absence quasi-totale de coordination entre le psychiatre et le psychologue. Il est un fait que le psychiatre de cet établissement se refuse – et ne voit pas l'utilité – de moduler sa politique de prescription en fonction du travail conduit par le psychologue avec les détenues. Il en résulte que l'offre de soins psychiatriques et l'offre de soins psychologiques en viennent parfois à se contredire. Le psychologue relève ainsi que certains progrès dans la compréhension des conduites addictives par les détenues elles-mêmes peuvent être remis en cause par les effets d'une politique de prescription insuffisamment calibrée. La directrice elle-même souligne que cette absence de coordination aggrave les effets de ce qu'elle dénonce être le « laxisme » d'une politique de prescription exagérément libérale.

Il apparaît ainsi, à la lumière de ce qui précède, que l'offre de

soins proposée ne met pas nécessairement fin aux usages – *sur un mode addictif* – de substances psychoactives, pas plus qu'elle ne répond nécessairement aux besoins thérapeutiques des usagers. Une question importante et même essentielle, en la matière, est celle de la pertinence de la politique de prescription de médicaments psychotropes et/ou de traitements de substitution telle qu'opérée en prison. À cet égard, nos propres observations recourent et confirment les analyses qui ont pu être faites quant aux limites d'efficacité voire aux effets pervers imputables à cette politique : critique portée sur le « traitement du somatique dans la méconnaissance du psychologique » et, conséquemment, hypothèse d'un « mouvement de vases communicants » entre substances illicites et médicaments psychotropes (Lhuillier et alii, 1999). C'est aussi ce que soulignent Bounhik et alii (1999) : « Faute de véritable accompagnement individuel, en particulier pour les traitements médicaux, la prison ne change pas les modes de vie : elle influe donc peu sur les modes d'usage de la drogue. Elle permet à une minorité de détenus très motivée de faire une pause dans la consommation. Elle a tendance à générer une consommation massive et indifférenciée de produits et médicaments avec disparition de la frontière entre drogues illicites et médicaments psychoactifs ». Plus encore, les auteurs soulignent que « le recours massif aux médicaments psychoactifs, sur prescription médicale, rend certains détenus, les femmes notamment, dépendants après un passage en prison (évolution attestée par l'augmentation du trafic de ces médicaments au cours de ces dernières années) ». C'est aussi l'une des conclusions d'un rapport sur la France du Groupe européen de coopération en matière de lutte contre l'abus et le trafic illicite des stupéfiants (autrement appelé Groupe Pompidou⁸). Les auteurs relèvent ainsi qu'en France « la prison entraîne une consommation massive de médicaments psychoactifs » et que « certains détenus (surtout des femmes) y connaissent une problématique de dépendance aux benzodiazépines ». Ce que confirme le témoignage du médecin-chef de l'UCSA de la maison d'arrêt située dans le périmètre de la DI de Strasbourg, qui insiste sur les conséquences parfois dévastatrices – et à tout le moins contre-thérapeutiques – d'un recours par trop systématique aux produits de substitution en prison.

Il en ressort que, pour bien des détenues, l'incarcération se traduit par un réinvestissement des usages depuis les drogues

illicites vers les drogues licites (lesquelles sont au besoin détournées de leurs usages, tel le Subutex pris en inhalation ou en « snif »), sans que le phénomène de dépendance lui-même soit enrayer : en somme, il y aurait le plus souvent simple adaptation des conduites addictives aux modalités de l'offre des substances psychoactives plutôt que décrochage franc et massif (notamment pour les femmes toxicomanes soumises à de courtes peines). De sorte que la libération se solde le plus souvent, pour les femmes concernées, par un retour à l'usage dépendant. Il ne s'agit pas pour autant de mettre en cause le système et les pratiques de soin *per se*, mais de mettre en lumière leurs limites ou leurs insuffisances – notamment en maison d'arrêt – au regard du temps long des trajectoires de dépendance des femmes détenues toxicomanes, ainsi que des stratégies corrélatives de détournement des traitements de substitution et/ou des médicaments opérées par ces dernières.

Ainsi nous faut-il convenir, avec Bouhnik et alii (1999), qu'il est sans doute beaucoup plus rare aujourd'hui que par le passé de passer en prison sans consommer divers produits psychoactifs : les incarcérations – et notamment les incarcérations réitérées – contribuent à l'amplification des conduites à risques avec, en particulier, l'intégration des produits de substitution dans leur quotidien (Subutex souvent injecté), ainsi que les polyconsommations (association de l'alcool et des médicaments). Il en résulte, soulignent Lhuillier et alii (1999), que si « le toxicomane réclame en prison les soins qu'il ne recherche pas dehors, la demande de médicaments psychotropes s'accroît cependant sur un fond de poly-intoxication médicamenteuse ». C'est sans doute l'un des effets paradoxaux de la réforme de 1994 : « En dehors de l'évidence que la prison n'est pas un lieu de sortie de la toxicomanie, écrivent Bounhik et alii (1999), elle apparaît de moins en moins comme un lieu de décroche même provisoire ». Et d'ajouter qu'en l'état des choses, « l'abstinence en détention relèverait davantage d'une logique personnelle que d'une possibilité travaillée avec l'institution ». Aussi apparaît-il souhaitable – à la lumière de notre étude comme de celles qui l'ont précédée – d'accompagner les évolutions attenantes à l'organisation des soins en prison d'une réflexion d'ensemble sur la place et le rôle du médicament (et, corrélativement, de l'écoute) dans l'accompagnement des détenu(e)s, s'agissant notamment de celles et ceux en proie à des conduites addictives au moment de leur incarcération.

4

NOTES

1. Boumaza (Magali) et Brillet (Emmanuel), *L'influence de l'incarcération sur les trajectoires de dépendance des femmes toxicomanes. Une approche socio-ethnographique comparée dans deux maisons d'arrêt pour femmes*, étude conjointe du Groupe de sociologie politique européenne (GSPE, Strasbourg) et du Centre interdisciplinaire de recherche comparative en sciences sociales (CIR, Saint-Ouen), avril 2008. Cette étude a pour cadre une maison d'arrêt pour femmes située dans le périmètre de la DI de Paris et le quartier femmes d'une maison d'arrêt située dans la DI de Strasbourg. Elle a été financée conjointement par la MILDT (Mission interministérielle de lutte contre la drogue et

la toxicomanie) et l'INSERM (Institut national de la santé et de la recherche médicale) dans le cadre d'un appel à projets lancé en 2005. Cet appel à projets – et notamment son axe 1 (« Processus d'entrée dans les consommations, trajectoires de dépendance et cessation de l'usage : déterminants, facteurs de risque et de protection ») – visait à promouvoir des travaux sur l'usage, l'abus et/ou la dépendance aux substances psychoactives illicites ainsi qu'à l'alcool, au tabac et aux médicaments psychotropes détournés de leur usage.

2. Ce choix d'un éclairage au féminin procède du constat de la forte prévalence des comportements addictifs parmi les femmes incarcérées. De fait, différentes études épidémiologiques ont montré que, par rapport à l'ensemble de la population française, la consommation de drogues touche trois fois

plus d'hommes arrivant en prison et 2,7 fois plus de femmes. Or, dans la population générale, la proportion de femmes toxicomanes est deux fois plus faible que celle des hommes. Il y a donc bien surreprésentation des femmes toxicomanes incarcérées par rapport aux hommes. Voir par exemple à cet égard : Sueur (Christian), Rouault (Thomas), « Toxicomanes en prison », *Revue Documentaire Toxibase*, 1, 1993 ; Rotily (Michel), « L'usage de drogue en milieu carcéral : approche épidémiologique », in *Les Cahiers de la sécurité intérieure*, « Prisons en société », 1998 ; enquête de la direction générale de la Santé réalisée en mars 1998.

3. À cet égard, la recherche de Marcel Jaeger et Madeleine Monceau sur *La consommation des médicaments psychotropes en prison* (1994) marque un jalon important dans l'analyse des pratiques et représentations autour de l'offre et de la demande de soins en prison. Les auteurs – soucieux de comprendre la place du support médicamenteux dans l'expérience carcérale des « différents groupes humains ou corporations en présence » – explorent l'ajustement entre la « parole des détenues » d'une part, « les intentionnalités, missions, positionnements différents des catégories professionnelles en présence » d'autre part. Soulignant l'interdépendance des actes de chaque partie, ils montrent en particulier comment et dans quelle mesure « les conflits, négociations, passages de contrat peuvent entourer aussi bien l'acte de prescription que la consommation, en particulier dans le contexte d'une forte proportion de toxicomanes incarcérés pour lesquels le rapport aux médicaments excède le simple besoin de soin ». On mentionnera également les travaux de Marc Bessin et Marie-Hélène Lechien (1997), qui s'attachent à rendre compte des redéfinitions du travail et de l'éthique professionnelle qui se mettent en place dans l'ajustement des logiques pénitentiaires et sanitaires ; les travaux de Lhuillier et alii (1999), qui montrent comment les usages des services de soin par les détenu(e)s peuvent ne pas se réduire à ce qu'en attendent les professionnels et, plus généralement, comment les surveillants et les détenu(e)s observent et vivent l'apparent paradoxe d'une prison « à la fois réparatrice et pathogène » ; ceux de Bouhnik, Touzé et alii (1999), qui se sont attachées à comprendre la manière dont les usagers de drogues dures attribuent du sens à leurs conduites d'une part, font face à la gestion de leur santé lors des incarcérations comme dans la période suivant leur sortie de prison d'autre part ; mais encore ceux d'Éric Farges (2003), qui interroge les

effets sur l'organisation et les pratiques de soins de la loi du 18 janvier 1994 – laquelle, nous l'avons vu, émancipe les personnels soignants de la tutelle de l'administration pénitentiaire – dans un espace traditionnellement assimilé à une « institution totale ».

4. *La santé en milieu carcéral* (1993), sous la direction de Gilbert Chodorge et du professeur Guy Nicolas.

5. Plus précisément, l'accent est mis sur les trajectoires de dépendance d'ordre toxicomaniaque, c'est-à-dire liées à un usage répété et excessif, sans justification thérapeutique, d'une ou plusieurs substances toxiques. Sont concernés l'ensemble des psychotropes licites (tabaco-, pharmaco- et alcoolodépendance) ou illicites (stupéfiants), naturels ou synthétiques, utilisés selon les normes ou détournés de leurs usages, qui modifient l'état mental et peuvent provoquer une dépendance. Cette définition extensive de l'usage des drogues par les femmes toxicomanes en et hors milieu carcéral permet d'étudier les phénomènes de « passage » d'une dépendance à une autre (et leurs conséquences), éventuellement liés aux traitements de substitution ou aux traitements palliatifs administrés, et/ou les phénomènes de poly-consommations, mais encore les comportements d'usage maîtrisés ou les phénomènes d'abandon (spontané ou aidé) du ou des produits antérieurement consommés. Étaient concernées aussi bien les femmes déjà accoutumées à l'usage de substances psychoactives avant leur incarcération que celles qui s'initient à ces usages durant leur détention.

6. À cet égard, nous avons accordé une attention particulière aux éventuelles tensions/divergences de vues entre les différentes catégories de personnels soignants quant au type d'accompagnement proposé, et à l'impact de ces tensions sur les trajectoires de dépendance des intéressées.

7. Le seul exemple d'arrêt concerne Irina (prénom modifié, 39 ans, condamnée pour proxénétisme aggravé, incarcérée dans une maison d'arrêt pour femmes située dans le périmètre de la DI de Paris), dont la consommation d'antidépresseurs était certes régulière mais déjà « contrôlée » avant son incarcération.

8. Groupe de coopération en matière de lutte contre l'abus et le trafic illicite des stupéfiants, Strasbourg, rapport en date du 30 septembre 1999. Cf. http://www.coe.int/t/dg3/pompidou/default_fr.asp

9. *Ibid.*, p. 15.

5

Éléments de bibliographie

Bessin (Marc), Lechien (Marie-Hélène), Zelem (Marie-Christine), *Soigner en prison. Logiques et pratiques des acteurs de la réforme des soins en milieu pénitentiaire*, étude pilote sur deux sites, Groupe de recherche sur la socialisation (CNRS et université de Lyon II), mars 1997.

Bouhnik (Patricia), Jacob (Elisabeth), Maillard (Isabelle), Touzé (Sylviane), *L'amplification des risques chez les usagers de drogues précarisés. Prison – polyconsommations – substitution. Les années « cachet »*, rapport DGS/DAP, RESSCOM, juin 1999.

Farges (Éric), *La gouvernance de l'ingérable : quelle politique de santé publique en milieu carcéral ?*, mémoire de DEA, institut d'études politiques de Lyon, année universitaire 2002-2003.

Jaeger (Marcel), Monceau (Madeleine), *La consommation des médicaments psychotropes en prison*, préface d'Édouard Zarifian, Ramonville Saint-Agne, Erès, 1996.

Lhuillier (Dominique), Simonpietri (Aldona), Veil (Claude), (avec la collaboration de Luis Morales), *VIH-SIDA et santé : représentations et pratiques des personnes incarcérées*, université Paris-VII - Denis Diderot, laboratoire de changement social, juin 1999. Rapport consultable à cette adresse : <http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/recherche/rech/VIH/Sidaprison1.html>.

Maere (Willy de), Hariga (Fabienne), Bartholeyns (Frédérique), Vanderveken (Mark), in **Todts(Sven), Mary (Philippe), Kaminski (Dan)**, *Santé et usage de drogues en milieu carcéral, Développement d'un instrument de recherche épidémiologique*, recherche effectuée pour le compte des services scientifiques, techniques et culturels du Premier ministre, Free Clinic VZW/Modus Vivendi ASBL/Université libre Bruxelles, École des sciences criminologiques Léon Cornil/université catholique Louvain, département de criminologie et de droit pénal, mars 2000.

Manzanera (Cyril), Senon (Jean-Louis), « Psychiatrie de liaison en milieu pénitentiaire : organisation, moyens, psychopathologies et réponses thérapeutiques », in *Annales Médico-Psychologiques*, 162, 2004.

Rostaing (Corinne), *La relation carcérale. Identités et rapports sociaux dans les prisons de femmes*, Paris, PUF, 1997.

Sources et méthodes

Ce travail s'est appuyé, au *plan empirique*, sur une campagne d'entretiens approfondis, individuels ou collectifs, auprès de femmes détenues (la majeure partie se déclarant toxicomanes, d'autres non) d'une part¹, de personnels de l'administration pénitentiaire et de personnels de soin d'autre part², ainsi que sur des observations participantes au sein des deux maisons d'arrêt concernées.

Parmi les 34 détenues rencontrées sur l'un et l'autre site, 21 étaient en proie à des formes aiguës de dépendance toxicomaniaque et/ou alcoolique au moment de leur incarcération (ou présentaient de lourds antécédents), 3 se livraient à une consommation régulière mais selon elles "contrôlée" (c'est-à-dire sans sentiment de dépendance ni symptômes aigus de manque) de substances psychoactives autres que le tabac (médicaments, alcool ou cannabis), 10 enfin ne faisaient état d'aucune consommation régulière, et ne se reconnaissaient *a fortiori* aucune dépendance (ou étaient sujets à des dépendances non toxicomaniaques ou alcooliques, comme la dépendance au jeu par exemple pour l'une d'entre elles³). À cet égard, le témoignage porté par les détenues non toxicomanes sur la situation des détenues toxicomanes s'est révélé être une source précieuse d'informations, complémentaire des témoignages directs des secondes.

L'objectif des entretiens conduits auprès des détenues était de recueillir à la fois des "récits de vie" sur le temps long des

trajectoires de dépendance (y compris dans leur dimension sociale : *parcours scolaire, situation socio-professionnelle, situation familiale, abus sexuels, antécédents judiciaires, antécédents médico-psychologiques, trajectoires addictives, pratiques à risques, etc.*), et des retours d'expérience plus immédiats sur la manière dont la "parenthèse carcérale" altère, dans un sens ou dans un autre, les usages et le rapport des femmes toxicomanes aux substances psychoactives. Ainsi, l'insistance sur le « temps long » de la dépendance, son enracinement dans des trajectoires biographiques qui préexistent à la sanction pénale et à l'enfermement, amènent à interroger autrement que de manière étroitement synchronique l'effet de la parenthèse carcérale sur les conduites addictives des femmes détenues toxicomanes. Par surcroît, nous nous sommes attachés à rencontrer – outre les détenues elles-mêmes – l'ensemble des acteurs du monde carcéral avec lesquelles celles-ci interagissent ou sont susceptibles d'interagir en détention : responsables et personnels de l'administration pénitentiaire, personnels de soin, autres intervenants. Nous entendions ainsi objectiver l'économie des relations (y compris symboliques) entre les détenues et les personnels chargés de leur encadrement d'une part, entre les personnels pénitentiaires et les personnels de soin d'autre part. Et, ce faisant, identifier les contraintes induites et/ou les opportunités offertes à la prise en charge des conduites addictives en détention.

1. 25 entretiens individuels conduits auprès de 22 détenues sur le premier site (maison d'arrêt pour femmes située dans le périmètre de la DI de Paris), 17 entretiens individuels conduits auprès de 12 détenues sur le second site (quartier femmes d'une maison d'arrêt située dans le périmètre de la DI de Strasbourg).

2. Sur le premier site (maison d'arrêt pour femmes située dans le périmètre de la DI de Paris) : 4 entretiens – à différents stades de l'étude – avec le personnel de direction de la MAF (1 entretien avec l'ancien chef d'établissement, puis 3 entretiens avec son successeur, dont un entretien groupé avec le chef du personnel) ; 1 entretien avec l'adjoint au chef de détention ; 2 entretiens formels (dont un obtenu après intermédiation d'une organisation syndicale, en l'occurrence FO pénitentiaire) et quelques entretiens informels (ou entretiens de "couloir") avec des surveillantes ; 1 entretien avec le médecin-chef du service médico-psychologique régional (dont le bureau de consultation est situé dans la maison d'arrêt pour hommes qui

jouxe la MAF, donc inaccessible en tant que tel aux détenues) ; 1 entretien avec le psychiatre de la MAF ; 2 entretiens formels et de multiples entretiens informels, à différentes phases du projet, avec le psychologue de la MAF ; 1 entretien informel avec l'aumônière protestante de la MAF. Sur le second site (quartier femmes d'une maison d'arrêt située dans le périmètre de la DI de Strasbourg) : 2 entretiens avec la directrice adjointe à la détention ; 1 entretien avec la directrice adjointe au quartier femmes ; 1 entretien avec le chef de détention du quartier femmes ; 2 entretiens avec une surveillante du quartier femmes ; 1 entretien avec une surveillante du SMPR ; 2 entretiens avec le médecin-chef du SMPR, 1 entretien avec le médecin-chef de l'UCSA, 3 entretiens avec des infirmières du SMPR, 1 entretien avec une psychologue du SMPR.

3. Parmi ces 10 femmes, certaines font néanmoins état d'une consommation de tabac égale ou inférieure à 20 cigarettes par jour, sans sentiment de dépendance ni symptômes aigus de manque.