



## De la “médecine pénitentiaire” à la “médecine en milieu pénitentiaire” : réalités et dérives

*From penitentiary medicine to medicine inside prison  
environment: reality and “drifts”*

F. Meroueh\*

*Les modalités de soins en milieu carcéral sont encadrées par la loi du 18 janvier 1994. Cette loi, profonde refonte du système, consacrant notamment le transfert de la prise en charge sanitaire des détenus au ministère de la Santé, et le principe de gratuité des soins en milieu carcéral, constituait une reconnaissance et se voulait une réponse à un problème finalement reconnu de santé publique. Elle était aussi un défi pour la profession médicale. C'est ainsi que les Unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA) ont vu le jour.*

*Aujourd'hui, 15 ans après la promulgation de la loi, quel bilan pouvons-nous faire ? La médecine en milieu pénitentiaire, qui se doit de proposer une équivalence, une continuité de soins avec l'extérieur, est confrontée à une population très exposée, dont 30 % présentent une addiction à des produits psychoactifs, où la prévalence de patients bénéficiant d'un traitement de substitution est 14 fois supérieure qu'en milieu ouvert. Si le constat est satisfaisant à la vue des résultats, il faut néanmoins souligner un manque de formation du personnel pénitentiaire, et une réelle hétérogénéité de prise en charge selon les UCSA.*

*La prise en charge des infections virales est une problématique majeure de la médecine pénitentiaire. Dans la période examinée, si une baisse générale de la prévalence est à souligner, elle reste largement supérieure à celle du milieu ouvert : un peu plus d'1 détenu sur 20 est aujourd'hui infecté par le VIH et/ou le VHC. Le système de prévention et thérapeutique, s'il porte ses fruits, peut néanmoins être amélioré. Cela passerait par une prise en charge de la précarité, une meilleure prévention, information, mais aussi traitement des pathologies virales, souvent insuffisant en ce qui concerne les hépatites, et les traitements post-exposition.*

*Enfin, la préparation de la sortie devrait faire l'objet d'une plus grande attention. Il y a une réelle carence concernant la prise en charge sociale, de la préparation à la sortie au suivi post-incarcération, le Service pénitentier d'insertion et de probation (SPIP) assurant davantage une surveillance individuelle qu'un travail d'assistance administrative, notamment médicale.*

### NÉCESSITÉ D'UNE LOI NOUVELLE

En France, la loi de 1994 a profondément modifié les modalités des soins en milieu carcéral, une première en Europe, voire dans le monde. En effet, il s'agit, d'une part, du transfert de la prise en charge sanitaire des détenus du ministère de la Justice (ou de l'Intérieur dans certains pays) au ministère de la Santé, et, d'autre part, de

\* UCSA de VLM pôle urgences, CHRU de Montpellier.

la gratuité des soins pour tous les détenus avec, comme corollaire, “l'équivalence des soins par rapport à l'extérieur”.

La mission de ces structures médicales ne se limite pas uniquement à la dispensation de soins, mais inclut également une véritable mission de santé publique, avec prévention, éducation à la santé et préparation à la sortie. Elles permettent dès lors une meilleure réinsertion. Cela a mené à la création des Unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA) rattachées au service public hospitalier.

**Mots-clés :** Loi du 18 janvier 1994 ; Prison ; Médecine pénitentiaire ; Toxicomanie ; VIH ; Réinsertion.

**Keywords :** January 1994 law ; Penitentiary medicine ; Drug addiction ; HIV ; Insertion.

*The practical details of medical treatment in the prison environment are organized by the January 18, 1994 law. This text, a profound system overhaul, sanctioning notably the health care transfer to the Ministry of Health, and the principle of free health care in prisons, constituted a recognition, and response to what was finally recognized as an issue of public health. It was also a challenge for the medical profession. That's how the Units of Consultations and Ambulatory treatments (UCSA) were created.*

*Today, more than 15 years after the law entered in force, what assessment can be done? Medicine in the prison environment has to offer an equivalent, a continuity with health care outside the prison. It is facing a very vulnerable population, 30 % have an addiction to psychoactive substance and the prevalence of patients receiving a treatment of substitution is 14 times higher than outside. If the conclusion can be satisfying in the light of the results, yet we must be emphasize a lack of formation of the penitentiary staff, and a real heterogeneity of treatment among the UCSA.*

*The treatment of viral infections is a major issue in penitentiary medicine. On the studied period, if a general fall of the infection rate is important to underline, it is still largely higher than outside, and more than 1 over 20 patient is HIV and/or HCV positive. The prevention and therapeutic system, even if efficient, could be improved. It would focus on a better prevention, information but also on a treatment of viral pathologies. This treatment is notably considered as deficient concerning the hepatitis, and post-exposition treatment.*

*Finally, the release should be more carefully prepared. There is a real lack in social handling, from the release preparation to the post incarceration follow-up, the Penitentiary Service of Insertion and Probation (PSIP), exercising more individual surveillance than administrative assistance, especially in the medical field.*

Rappelons que les soins aux personnes détenues ont d'abord été le fruit d'une volonté humaniste, puis des fonctionnaires au sein de l'administration pénitentiaire. L'expérience de la santé gérée par le privé, appelée “plan 13 000” a permis une première ouverture de la médecine en milieu



carcéral vers des personnels non pénitentiaires et constitue une prospective de la réforme du 18 janvier 1994, devenue nécessaire et urgente.

## QUELLES AVANCÉES ? RÉFORMER UNE MÉDECINE MALADE

Le pari de la profession médicale était alors de regagner la confiance des patients – et non plus des détenus – et de “marquer son territoire” par rapport à l’administration pénitentiaire (AP) et aussi son indépendance. L’enjeu est de “redorer” cette médecine en lui donnant un statut de service hospitalier avec une véritable offre de soins, un volet prévention et une continuité des soins à la sortie. Il fallait réussir le passage de “la médecine pénitentiaire” à une “médecine en milieu pénitentiaire”. Le but n’était pas d’en faire une spécialité, mais une spécificité à valoriser, de la rendre attractive et lui donner une envergure universitaire. C’est ainsi que l’enseignement de cette spécificité est maintenant assuré par des diplômés universitaires (DU), capacité, modules, et par la participation de cette pratique du dedans en communiquant dans les congrès, voire en organisant ses propres congrès, le but étant de relier, d’ancrer cette médecine à la société.

## URGENCE SANITAIRE

L’épidémie de sida a été un starter, non pas initialement pour “la santé des détenus”, mais pour empêcher la contamination de la société. Dès 1989, Thomas Harding, spécialiste international du sida en milieu carcéral, souligne la possibilité d’établir un lien de contamination entre 2 groupes auparavant disjoints. “Ainsi, le comportement homosexuel induit par la prison constitue un ‘pont’ entre un groupe au risque connu (les toxicomanes intraveineux) et des personnes susceptibles d’être ultérieurement une source d’infection par le rapport hétérosexuel”, écrit-il. “Ce phénomène de pontage peut jouer un rôle non négligeable dans la propagation de l’épidémie. Il est capital d’y mettre un frein”. Cette même année 1989 marque ainsi l’arrivée des premières équipes médicales hospitalières, à titre expérimental, par convention dans certains établissements avec l’entrée des Centres d’information et de soins de l’immunodéficience humaine (CISIH) [8 en 1989, puis 13, jusqu’à

**Tableau II. Proportion de personnes détenues sous traitement de substitution orale en augmentation constante. Champ : France entière. Source : Enquête santé des entrants en prison en 2003, Drees.**

Entrants en prison, insertion sociale avant l’incarcération (%)	1997	2003
<i>Avant l’incarcération, proportion d’entrants déclarant un domicile :</i>		
Stable	83,7	81,3
Précaire	10,1	10,7
Sans abri	5,0	6,0
Impossibilité de communiquer	0,9	0,7
Refus de répondre	0,3	1,3
Total	100	100
<i>Avant l’incarcération, proportion d’entrants déclarant :</i>		
Sécurité sociale	71,7	66,0
Couverture maladie universelle (CMU)		17,3
Aide médicale d’État (AME)		0,8
Aide médicale	5,5	
Aucune protection sociale	17,5	13,6
Ne sait pas	4,0	
Impossibilité de communiquer	1,0	0,9
Refus de répondre	0,3	1,4
Total	100	100

18 en 1991], Centres de dépistage anonyme et gratuit (CDAG), la dispensation de préservatifs... Les autorités saluent, mais reconnaissent l’insuffisance de ces avancées. Il faudra le scandale de la crise du sang contaminé pour faire prendre conscience à la société et aux autorités du lien direct entre les détenus et la population, entre “le dedans” et “le dehors”. La santé mentale fait alors une irruption dans ce monde clos. Intervient un transfert de la prise en charge des patients suivis par le secteur psychiatrique de l’hôpital vers la prison. On assiste à des fermetures de lits de psychiatrie, et, en même temps, on crée des secteurs de psychiatrie dans les prisons. En somme, on “psychiatrise” la prison. Enfin, la santé des détenus est reconnue en tant que problème de santé publique.

**Tableau I. Proportion de personnes détenues sous traitement de substitution orale en augmentation constante.**

	Mars 1998	Novembre 1999	Décembre 2001	Février 2004
<b>Nombre d’établissements</b>	<b>160/168</b>	<b>159</b>	<b>168</b>	<b>165</b>
Population incarcérée	52 937	50 041	47 311	56 939
Nombre de traitements	1 036	1 653	2 548	3 793
Nature du médicament	Dont 85 % (BHD), 15 % (méthadone)	84 % ; 16 % (méthadone)	85,6 % ; 14,4 % (méthadone)	79,6 % ; 20,4 % (méthadone)
Pourcentage de populations traitées	2 %	3,3 %	5,4 %	6,6 %

## UNE CRISE D’ADOLESCENCE

Quatorze ans d’existence : où en sommes-nous aujourd’hui ? Nous traversons un peu une crise d’adolescence, une crise d’identité, dont il faudra réussir le passage.

### Les enjeux

Comment assurer, dans ce milieu privatif de liberté et répressif, une équivalence de soins et une liberté de prescrire et de dispensation de soins ? Comment interpréter et appliquer “une continuité” des soins par rapport au milieu libre ? Comment garantir cette “continuité” pour des personnes qui ne bénéficient d’aucune prise en charge ?

Nous nous limiterons au problème de la prise en charge des addictions, ou des “toxicos” comme on les appelle. Dans ce milieu, les alcooliques ne sont pas concernés par ce terme.

### Quel état des lieux pour les conduites addictives en prison ?

La prévalence des personnes détenues présentant une problématique addictive de produits psychoactifs est de 30%. Le nombre de personnes bénéficiant de médicaments de substitution aux opiacés (MSO) est 14 fois supérieure à celui que l’on connaît en milieu libre. Le nombre de personnes détenues en rupture de soins et sans droits sociaux avant leur incarcération avoisine près de 30% dans cette pathologie (tableau I). Le taux de personnes atteintes dans leur santé mentale en détention reste très élevé, avec une estimation de 17,9% d’état dépressif majeur, 12% d’anxiété généralisée et 3,8% de schizophrénie.

Dès son écrou, lors de son premier contact avec l’AP, le patient revendique haut et fort sa toxicomanie : il veut “son traitement”. Ainsi, cet “écroué” est étiqueté “toxico” et donc adressé comme tel à l’UCSA. Ou bien, le patient cache son addiction, n’en parle pas, afin de ne pas être stigmatisé et de bénéficier éventuellement de certains avantages pénitentiaires et judiciaires. Il gèrera alors seul son addiction, alimentant le trafic, le racket, les prises de risque.

Le secret médical est mis à mal, aussi bien par le comportement “aliéné” de ces personnes dépendantes que par l’architecture même des lieux, ce “panoptisme” qui permet à l’ensemble du personnel de l’AP de voir tout ce qui se passe. Car comment demander à l’AP d’effectuer une mission de surveillance, de prendre des mesures “privatives” de liberté, parfois accompagnées de mesures répressives et de mener des actions garantissant une bonne réinsertion des futurs ex-détenus ?

La formation (et l’information) du personnel pénitentiaire et judiciaire reste primordiale. Le but est de faire changer les représentations et stigmatisations des “toxicos” qui restent soumis aux divers chantages : prendre un traite-



ment et avoir accès à un travail ou à une remise de peines supplémentaires ou bien encore ramener des attestations ou résultats d'exams d'urines prouvant qu'on ne prend plus de MSO. Quels sont les patients qui bénéficient d'un traitement ? Que sont devenus nos patients qui n'avaient aucune prise en charge à l'extérieur ? On peut se demander aussi, concernant les UCSA, comment expliquer l'hétérogénéité des soins ? Dans certains établissements, il s'agit d'"une simple" continuité d'un traitement antérieurement prescrit, sans aucune initiation. Certaines UCSA ne prescrivent que la méthadone ou que la BHD, sans aucune justification médicale. Dans d'autres lieux, on pratique le pilage ou la dilution de la BHD, ou les deux. Enfin, des UCSA imposent les sevrages systématiques. Nous ne pouvons que déplorer le manque de moyens et de formations des équipes soignantes à une prise en charge "spécifique" à ce milieu et non "équivalente" à l'extérieur. Les prises en charge des unités de soins sont autant hétérogènes que le nombre d'UCSA sur le territoire. Elles sont parfois aussi le reflet de la pratique "du dehors" de proximité. Malgré tout, le constat est "satisfaisant" au vu du nombre de traitements et de prises en charge dans les UCSA et Services médico-psychotropes régionaux (SMPR) [tableau II].

## POUR UNE MEILLEURE PRISE EN CHARGE DES INFECTIONS VIRALES

Certes, la prévalence du sida est passée de 5% à 2% en 15 ans (décès de la plupart des patients, résultats des campagnes de réduction des risques, notamment grâce aux programmes d'échange de seringues et des traitements de substitution), mais elle reste importante. En effet, les prévalences des infections par le VIH et le VHC sont respectivement de 2% (soit 10 fois plus qu'à l'extérieur) et 7% (versus 0,89% en milieu libre). Un peu plus d'une personne détenue sur 20 est infectée par le VIH et/ou le VHC. L'arsenal thérapeutique et de prévention actuel est solide et efficace. Des améliorations sont toujours nécessaires. Il passe actuellement et essentiellement par 8 points :

➤ La prise en charge des addictions se résumant souvent à une prescription de MSO. Il faut envisager une réelle **prise en charge de la "précarité"**, qui est souvent la source et l'origine de la toxicomanie.

➤ **La proposition systématique de dépistage sérologique** des virus (hépatites B et C, VIH), syphilis, radiologie pulmonaire (pour la tuberculose). Mais le dépistage en cours d'incarcération reste très insuffisant, rare et inexistant dans la plupart des UCSA. Lorsqu'il existe, le motif de dépistage en cours de détention correspond à une prise de risque sexuel dans 80 établissements ; liée à la consommation de drogues dans 55 établissements ; à un accident d'exposition au sang dans 19 établissements (rixes, bagarres : 11 ; tatouages : 6 ; au partage de matériel d'hygiène : 4 ; de matériels pour consommer des drogues : 3).

➤ **L'eau de Javel** : distribution dans le paquetage des "arrivants" sous forme de berlingot, sans aucune information (donc utilisation pour l'hygiène et le nettoyage des cellules), cette distribution s'effectue en théorie tous les 15 jours (18% citent des actions d'information à visée de réduction des risques, 29% des soignants ne la connaissent pas : "Vous me l'apprenez"). Notons enfin le titrage insuffisant de cette eau de Javel. Les attitudes et pratiques autour de l'eau de Javel évoluent entre 2 pôles : une démarche active d'information des détenus et des réticences à informer ("cela va leur donner des idées"), et un *no man's land* entre les 2 pôles.

➤ **La distribution de préservatifs** : elle commence à se généraliser ici aussi avec des disparités, tant sur la mise à disposition du gel lubrifiant que sur le manque de préservatifs féminins.

➤ **Le traitement des pathologies virales** : pour le VIH, il est comparable à celui offert à l'extérieur, voire, dans certains cas, il peut y avoir reprise et initiation de traitements pour les personnes défavorisées. Pour les hépatites, notamment l'hépatite C, le traitement est insuffisant. Nous en sommes au début, très peu de traitements sont initiés, sauf pour une dizaine de centres.

➤ **La vaccination contre l'hépatite B** : proposée systématiquement lorsque la sérologie est négative ou lorsque le patient le demande.

➤ **Le traitement post-exposition** : s'il existe

dans la plupart des UCSA (il s'agit du protocole de l'établissement hospitalier de rattachement), les informations aux détenus ou aux surveillants sont souvent absentes.

➤ **Information et éducation à la santé** : dans la plupart des établissements, il existe des outils d'information à la RDR, soit dans les quartiers "arrivants", en entretiens individuels, ou souvent en sessions collectives. Des conventions sont souvent signées avec des intervenants extérieurs, le plus souvent des associations. Cependant, l'efficacité de ces programmes de prévention et de soins est minée par l'absence de "prévention en amont" que constituerait un PES ou la mise à disposition de "Roule ta paille".

## QU'EN EST-IL DE LA PRÉPARATION À LA SORTIE ?

Comme nous venons de le voir, la loi de 1994 permet une prise en charge complète pendant la détention et la possibilité d'une prescription de qualité de MSO, anti-VHC, anti-VIH ou autres... Mais qu'en est-il à la sortie ?

Une personne qui était sans domicile fixe ou sans droits sociaux en arrivant en détention ne sortira pas automatiquement avec un hébergement et des droits sociaux. Nous constatons donc une carence dans la prise en charge sociale garantissant une meilleure réinsertion des personnes détenues. En général, toutes les UCSA n'étant pas dotées d'outil informatique, la sortie se résume très souvent à la remise d'une ordonnance (lorsque l'UCSA en connaît la date).

Le Service pénitentiaire insertion et probation (SPIP) ne s'occupe pas en priorité, voire pas du tout, de la situation administrative concernant la protection sociale et fait peu de demande de couverture maladie universelle (CMU) complémentaire. La position des SPIP, résultat d'une évolution de la politique pénale avec le glissement des missions de réinsertion vers des missions de contrôle social où une politique sociale pendant et après l'incarcération, a été substituée (ce n'est pas un MSO !) par une politique de surveillance individuelle des parcours pendant et après la prison, poursuivant ainsi la pression coercitive par-delà l'enfermement architectural.

**B** **r** **è** **v** **e** **s**

### LA NICOTINE COMME COUPE-FAIM

On savait que la cigarette était un régulateur naturel de l'appétit, que les fumeurs pèsent, en moyenne, entre 2 et 3 kg de moins que les non-fumeurs et prennent systématiquement quelques kilos après un sevrage tabagique. Les chercheurs viendraient de comprendre pourquoi la nicotine a un effet anorexigène. Dans une étude parue dans *Science*, une équipe américaine de chercheurs de l'université de Yale, a montré que c'est en se fixant à des récepteurs particuliers (baptisés  $\alpha\beta4$ ) situés à la surface de certains neurones de l'hypothalamus, (dits POMC), que la nicotine agit sur l'appétit. En activant ces neurones, on parvient à freiner la prise alimentaire. Pour le vérifier, les chercheurs ont bloqué la capacité de ces neurones, en particulier sur des souris génétiquement mani-

plées, de synthétiser ces récepteurs  $\alpha\beta4$ . Ils ont ainsi permis de mettre en évidence le mécanisme par lequel la nicotine active, via ces récepteurs, un ensemble de circuits nerveux connu sous le nom de *système à mélanocortine de l'hypothalamus*, lequel régule l'appétit. Ils ont en effet constaté que la nicotine diminuait jusqu'à 50% la prise alimentaire chez les souris. Ces travaux ouvrent des pistes pour la recherche de nouvelles molécules coupe-faim. Ainsi, un analogue à la nicotine ne visant que ces récepteurs-là pourrait diminuer la sensation de faim sans activer les neurones qui provoquent la dépendance. Mais il risquerait également d'agir sur d'autres paramètres, comme le comportement sexuel et la dépense énergétique.

Mineur YS, Abizaid A, Rao Y et al. Nicotine decreases food intake through activation of POMC neurons. *Science* 2011;332,6035:1330-2. **E.A.R.**