



HAL
open science

Le système d'offre de soins et d'accès aux médicaments des détenus par les exemples des centres de détention de Toul et Ecrouves

Magdalena Ponsele

► To cite this version:

Magdalena Ponsele. Le système d'offre de soins et d'accès aux médicaments des détenus par les exemples des centres de détention de Toul et Ecrouves. Sciences pharmaceutiques. 2010. hal-01733117

HAL Id: hal-01733117

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01733117>

Submitted on 14 Mar 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

UNIVERSITE HENRI POINCARÉ - NANCY 1
2010

FACULTE DE PHARMACIE

T H E S E :

**Le système d'offre de soins et d'accès
aux médicaments des détenus par les
exemples des centres de détention de
Toul et Ecrouves.**

□

Présentée et soutenue publiquement

Le 14 Mai 2010

pour obtenir

le Diplôme d'Etat de Docteur en Pharmacie

par **Magdalena PONSEELE**

née le 31 OCTOBRE 1985 à Laxou (54)

Membres du Jury

Président :	Mr Gibaud Stéphane,	Maître de conférences, Faculté de Pharmacie de Nancy
Juges :	Mr Trockle Gabriel,	Maître de Conférences, Faculté de Pharmacie de Nancy
	Mme Detoul Christine,	Pharmacien Hospitalier, Centre Hospitalier St Charles de Toul
	Mme Bresciani Sandrine,	Médecin Généraliste, Centres de Détention de Toul et Ecrouves

UNIVERSITÉ Henri Poincaré, NANCY 1
FACULTÉ DE PHARMACIE
Année universitaire 2009-2010

DOYEN

Francine PAULUS

Vice-Doyen

Francine KEDZIEREWICZ

Président du Conseil de la Pédagogie

Bertrand RIHN

Commission de la Recherche

Christophe GANTZER

Mobilité ERASMUS et Communication

Francine KEDZIEREWICZ

Hygiène Sécurité

Laurent DIEZ

Responsable de la filière Officine :	Francine PAULUS
Responsables de la filière Industrie :	Isabelle LARTAUD, Jean-Bernard REGNOUF de VAINS
Responsable du Collège d'Enseignement : Pharmaceutique Hospitalier	Jean-Michel SIMON

DOYEN HONORAIRE

Chantal FINANCE

Claude VIGNERON

PROFESSEURS EMERITES

Jeffrey ATKINSON

Marie-Madeleine GALTEAU

Gérard SIEST

Claude VIGNERON

PROFESSEURS HONORAIRES

Roger BONALY

Thérèse GIRARD

Maurice HOFFMANN

Michel JACQUE

Lucien LALLOZ

Pierre LECTARD

Vincent LOPPINET

Marcel MIRJOLET

François MORTIER

Maurice PIERFITTE

Janine SCHWARTZBROD

Louis SCHWARTZBROD

**MAITRES DE CONFERENCES
HONORAIRES**

Gérald CATAU

Jocelyne COLLOMB

Bernard DANGIEN

Marie-Claude FUZELLIER

Françoise HINZELIN

Marie-Andrée IMBS

Marie-Hélène LIVERTOUX

Jean-Louis MONAL

Dominique NOTTER

Marie-France POCHON

Anne ROVEL

Maria WELLMAN-ROUSSEAU

ASSISTANT HONORAIRE

Marie-Catherine BERTHE

Annie PAVIS

ENSEIGNANTS

PROFESSEURS

Gilles AULAGNER	Pharmacie clinique
Alain BAGREL	Biochimie
Jean-Claude BLOCK	Santé publique
Christine CAPDEVILLE-ATKINSON	Pharmacologie cardiovasculaire
Chantal FINANCE	Virologie, Immunologie
Pascale FRIANT-MICHEL	Mathématiques, Physique, Audioprothèse
Christophe GANTZER	Microbiologie environnementale
Max HENRY	Botanique, Mycologie
Jean-Yves JOUZEAU	Bioanalyse du médicament
Pierre LABRUDE	Physiologie, Orthopédie, Maintien à domicile
Isabelle LARTAUD	Pharmacologie cardiovasculaire
Dominique LAURAIN-MATTAR	Pharmacognosie
Brigitte LEININGER-MULLER	Biochimie
Pierre LEROY	Chimie physique générale
Philippe MAINCENT	Pharmacie galénique
Alain MARSURA	Chimie thérapeutique
Patrick MENU	Physiologie
Jean-Louis MERLIN	Biologie cellulaire oncologique
Jean-Bernard REGNOUF de VAINS	Chimie thérapeutique
Bertrand RIHN	Biochimie, Biologie moléculaire
Jean-Michel SIMON	Economie de la santé, législation pharmaceutique

MAITRES DE CONFÉRENCES

Sandrine BANAS	Parasitologie
Mariette BEAUD	Biologie cellulaire
Emmanuelle BENOIT	Communication et santé
Isabelle BERTRAND	Microbiologie environnementale
Michel BOISBRUN	Chimie thérapeutique
François BONNEAUX	Chimie thérapeutique
Ariane BOUDIER	Chimie Physique
Cédric BOURA	Physiologie
Jean-Claude CHEVIN	Chimie générale et minérale
Igor CLAROT	Chimie analytique
Joël COULON	Biochimie
Sébastien DADE	Bio-informatique
Dominique DECOLIN	Chimie analytique
Béatrice DEMORE	Pharmacie clinique
Joël DUCOURNEAU	Biophysique, audioprothèse, acoustique
Florence DUMARCAY	Chimie thérapeutique
François DUPUIS	Pharmacologie
Raphaël DUVAL	Microbiologie clinique
Béatrice FAIVRE	Hématologie - Génie Biologique
Adel FAIZ	Biophysique-acoustique
Luc FERRARI	Toxicologie
Stéphane GIBAUD	Pharmacie clinique
Thierry HUMBERT	Chimie organique
Frédéric JORAND	Santé et environnement

Olivier JOUBERT	Toxicologie, sécurité sanitaire
Francine KEDZIEREWICZ	Pharmacie galénique
Alexandrine LAMBERT	Informatique, Biostatistiques
Faten MERHI-SOUSSI	Hématologie biologique
Christophe MERLIN	Microbiologie environnementale et moléculaire
Blandine MOREAU	Pharmacognosie
Maxime MOURER	Pharmacochimie supramoléculaire
Francine PAULUS	Informatique
Christine PERDICAKIS	Chimie organique
Caroline PERRIN-SARRADO	Pharmacologie
Virginie PICHON	Biophysique
Anne SAPIN	Pharmacie galénique
Marie-Paule SAUDER	Mycologie, Botanique
Nathalie THILLY	Santé publique
Gabriel TROCKLE	Pharmacologie
Marie-Noëlle VAULTIER	Biodiversité végétale et fongique
Mohamed ZAIYOU	Biochimie et Biologie moléculaire
Colette ZINUTTI	Pharmacie galénique

PROFESSEUR ASSOCIE

Anne MAHEUT-BOSSER

Sémiologie

PROFESSEUR AGREGE

Christophe COCHAUD

Anglais

Bibliothèque Universitaire Santé - Lionnois (Pharmacie - Odontologie)

Anne-Pascale PARRET

Directeur

SERMENT DES APOTHICAIRES



Je jure, en présence des maîtres de la Faculté, des conseillers de l'ordre des pharmaciens et de mes condisciples :

Ɖ' honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement.

Ɖ'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement.

Ɖe ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine ; en aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.



« LA FACULTE N'ENTEND DONNER AUCUNE
APPROBATION, NI IMPROBATION AUX OPINIONS EMISES
DANS LES THESES, CES OPINIONS DOIVENT ETRE
CONSIDEREES COMME PROPRES A LEUR AUTEUR ».

Remerciements :

A mes directeurs de thèse :

Mr Trockle Gabriel, maître de conférences en pharmacologie à la faculté de pharmacie de Nancy
et Mme Detoul Christine, pharmacien hospitalier de l'hôpital St Charles de Joul,

Pour m'avoir fait l'honneur d'accepter de diriger ce sujet

Pour vos précieux conseils, votre disponibilité et votre confiance quant à ce travail

Mr Trockle, pour vos enseignements et votre gentillesse que j'ai pu apprécier pendant sept ans.

Mme Detoul, pour votre accueil lors du stage de la 5^{ème} année hospitalo-universitaire, votre sympathie et votre bonne humeur.

Veillez trouver ici le témoignage de mon plus profond respect et ma plus vive reconnaissance.

A mon président de jury :

Mr Gibaud Stéphane, maître de conférences en pharmacologie à la faculté de pharmacie de Nancy

Pour m'avoir fait l'honneur de présider ce jury

Veillez croire en ma profonde reconnaissance.

A Mme Bresciani :

Vous avez accepté avec gentillesse de juger cette thèse

Veillez trouver ici l'expression de mes plus vifs remerciements.

A mes parents :

Pour tout ce que vous m'avez inculqué et appris.

A ma mère, qui a supporté les interminables monologues de mes cours de Pharmacie. Pour avoir évité à mes professeurs et mes juges une longue liste de fautes d'orthographe et pour me soutenir depuis le début de ma scolarité.

A mon père, pour sa présence et ses conseils avisés. Pour m'avoir aidée dans les différentes étapes de ma vie étudiante et de ma future vie professionnelle.

Merci de votre confiance !

À Florian,

Merci d'avoir supporté six ans de périodes d'examens où j'étais insupportable et pour ton soutien au quotidien.

À ma sœur Deborah,

Merci pour ton soutien et pour ton aide pour la compréhension de la législation, du code de procédure pénale et du monde juridique auquel tu te destines.

À Amélie,

Merci pour ces sept années d'entraide à n'importe quelle heure du jour ou de la nuit et pour m'avoir supportée en binôme de travaux pratiques.

Ça y est, on en a fini avec la faculté de Pharmacie à nous le monde du travail !

À tous mes amis : Aurélie, Alexandre, Hakim, Mathieu, Rachel...

Merci de votre présence fidèle et de votre écoute.

Recevez ce mémoire en guise de remerciement et témoignage de mon affection.

À l'équipe de la pharmacie de l'hôpital St Charles de Joul :

Merci de m'avoir aidée et soutenue pendant tout le projet !

À tous ceux qui sont là en cette journée : le plaisir que nous avons à être réunis est le symbole de mon amour pour vous.

À tous ceux qui m'ont fait profiter de leurs expériences et de leurs connaissances et m'ont appris mon futur métier.

Table des tableaux :

<u>Tableau 1: Exemple pour les renouvellements des produits de la trousse d'urgence</u>	25
<u>Tableau 2 : Les médicaments délivrés aux détenus sans ordonnances :</u>	48
<u>Tableau 3 : Stock d'urgence de Toul (le même à Ecrouves)</u>	49
<u>Tableau 4 : La dotation de service :</u>	51
<u>Tableau 5 : Le contenu du sac d'intervention :</u>	54
<u>Tableau 6 : Exemple de registre :</u>	55
<u>Tableau 7 : Les moyens :</u>	57
<u>Tableau 8 : Comparatif des trois traitements de sevrage de l'alcool :</u>	61
<u>Tableau 9: Comparatif des deux produits de substitution aux opiacés et le générique du Subutex®:</u>	63
<u>Tableau 10 : Relevé des dosages de Buprénorphine® :</u>	65
<u>Tableau 11 : Tableau des dosages de la Methadone® :</u>	66
<u>Tableau 12 : Exemple de carnet de liaison :</u>	71
<u>Tableau 13 : Les formes galéniques :</u>	84
<u>Tableau 14 : Les substitutions :</u>	87
<u>Tableau 15 : Sept jours de piluliers à Toul</u>	93
<u>Tableau 16 : Dix jours de traitements « à la journée » à Ecrouves :</u>	95
<u>Tableau 17 : Les 10 produits d'Ecrouves :</u>	107
<u>Tableau 18 : Les 10 produits de Toul :</u>	107
<u>Tableau 19: Des 20 spécialités les plus consommées à Toul pour l'année 2009 :</u>	114
<u>Tableau 20 :Des 20 spécialités les plus consommées à Ecrouves pour l'année 2009 :</u>	114
<u>Tableau 21 : Les autres raisons des appels sont variées :</u>	117

Table des abréviations :

- SIDA : Syndrome d'immunodéficience acquise
- VHC : Virus de l'hépatite C
- VHB : Virus de l'hépatite B
- VIH : Virus de l'immunodéficience humaine
- UCSA : Unités de Consultations et de Soins Ambulatoires
- St Charles : Saint Charles
- CPT : Comité européen pour la Prévention de la Torture et des peines ou des traitements inhumains ou dégradants.
- BK : Bacille de Koch
- SMPR : Service Médico-psychiatrique
- HAS : Haute Autorité de Santé
- UHSI : Unités Hospitalières Sécurisées Interrégionales
- UHSA : Unités Hospitalière Sécurisées Aménagées
- CHU : Centre Hospitalier Universitaire
- HO : Hospitalisation d'Office
- DDASS/DRASS : Direction Départementale/ Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
- IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales
- SAMU : Service d'Aide Mobile d'Urgence
- Dr : Docteur
- DT-POLIO : Diphtérie Tétanos Poliomyélite
- Ex : Exemple
- CIDDIST : Centre d'Information, de Dépistage, de Diagnostic et de traitement des Infections Sexuellement Transmissibles
- MST : Maladies Sexuellement Transmissibles
- SPIP : Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation
- Cp : Comprimé
- ETP : Equivalent Temps Plein
- DM : Dispositifs Médicaux
- UF : Unité fonctionnelle
- ATU : Autorisation Temporaire d'Utilisation
- Mg : Milligrammes
- Kg : Kilogrammes
- CD : Centre de détention
- Qsp : Quantité suffisante pour
- CI : Contre Indication

Table des matières

I.	Introduction : La santé en prison	4
II.	Le Contexte historique et règlementaire :	6
A.	Les recommandations internationales en matière de santé :.....	6
1.	1949 : Les règles minima pour le traitement des détenus par les Nations Unies :.....	6
2.	Les recommandations du Conseil de l'Europe : (sans caractère contraignant pour les Etats membres)	6
3.	Le Parlement européen :.....	7
B.	Le Comité européen pour la Prévention de la Torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (le CPT) :	7
1.	Présentation :.....	7
2.	L'accès aux médecins :	8
3.	Equivalence des soins :.....	9
4.	Consentement et confidentialité :	10
5.	Prévention sanitaire :	10
6.	Les interventions humanitaires :.....	11
7.	L'indépendance professionnelle :	12
8.	Compétences professionnelles :	12
C.	En France :	13
1.	Vers la promulgation de la LOI du 18 Janvier 1994 :.....	13
2.	La grande loi du 18/01/1994 :	14
3.	Les soins somatiques :.....	16
4.	Le personnel, ses missions, ses obligations :.....	18
5.	Suspension de peine pour raison médicale :.....	19
6.	Le suivi socio-judiciaire :.....	19
7.	La sécurité et les soins dans la prison et à l'extérieur :.....	20
8.	Les soins psychiatriques :	21
9.	Hygiène et diététique :.....	21
10.	Le dépistage des maladies et l'éducation à la santé :	22
11.	L'inspection de l'offre de soins et de l'hygiène en prison :.....	23
12.	Le guide méthodologique pour la mise en œuvre, la définition et la réalisation pratique de la grande loi du 18/01/1994 pour la pharmacie et l'UCSA :.....	24
13.	Autres :	26

III.	Les centres de détention de Toul et Ecrouves :	27
A.	Avant la grande loi :	28
1.	L'équipe soignante :	28
2.	Le système d'accès aux soins :	29
3.	Le circuit du médicament :	31
4.	La trousse d'urgence :	31
5.	Les pathologies :	32
6.	La visite d'entrée :	32
7.	L'hygiène :	32
8.	L'éducation à la Santé :	32
9.	Les détournements :	32
B.	La réforme de 1994 :	33
C.	Soigner à l'intérieur des murs :	34
D.	Les UCSA et SMPR (les équipes travaillent ensemble et, au sein de l'UCSA, on parle plus d'équipe de soins somatiques d'une part et de soins psychiatriques d'autres part) :	35
1.	Les locaux :	35
2.	Les équipes médicales :	36
3.	Les missions de l'UCSA :	42
4.	Le fonctionnement de l'UCSA :	44
5.	Les soins psychiatriques :	57
E.	Bilan et problèmes des UCSA de nos prisons :	68
1.	Problème 1 : La sécurité :	70
2.	Problème 2 : L'organisation et la communication au sein de l'équipe médicale :	70
3.	Problème 3 : A leur arrivée, les détenus n'ont pas d'informations sur l'UCSA :	71
4.	Problème 4 : Une formation pour être soignant en détention ?	71
5.	Problème 5 : Le manque de relation entre les différentes équipes :	72
6.	Problème 6 : Les gardiens se retrouvent en possession des médicaments des détenus : ...	72
7.	Problème 7 : L'hygiène, l'éducation à la santé et un projet de réinsertion :	72
8.	Problème 8 : Les infirmières estiment que les détenus sont sur-médicamentés.	74
9.	Problème 9 : Il y a trop de passage à l'UCSA :	75
10.	Problème majeur dans le milieu carcéral : Le trafic :	76
F.	Conclusion:	78
IV.	Le service « Pharmacie » du centre hospitalier St Charles :	79
A.	Les locaux :	79

B.	L'équipe pharmaceutique en charge des UCSA :	79
C.	Organisation :	81
1.	Les grands principes qui dictent le travail à la pharmacie pour les UCSA :.....	81
2.	Le planning de la pharmacie :.....	88
3.	Préparation des traitements et des commandes des UCSA :.....	91
4.	Schéma synthétique :	109
5.	Analyse de la conformité des ordonnances :	110
6.	Analyse pharmaceutique des ordonnances :	111
7.	Résumé des consommations des produits :.....	114
8.	Les Autorisations Temporaires d'Utilisation = les ATU :	115
9.	Les problèmes à la pharmacie et les solutions possibles :	117
D.	Conclusion sur la pharmacie :.....	123
V.	Conclusion :	125

I. Introduction : La santé en prison

La prison est un lieu de concentration de problèmes sanitaires.

L'univers carcéral a connu, depuis les vingt dernières années, de profondes mutations accompagnées d'une dégradation de l'état de santé des détenus.

En janvier 1993, suite à la publication d'un rapport sur l'état de santé des détenus par le Haut Comité de Santé Publique, Madame Simone Veil (alors Ministre de la Santé) qualifie la situation de « véritable état d'urgence sanitaire ». Ce rapport dresse un bilan statistique alarmiste :

- Plus d'un détenu sur deux nécessitent de soins.
- La population pénale est deux fois plus malade que la population d'âge comparable.
- Les pathologies y sont très variées : problèmes dentaires (80%), dermatologiques, pulmonaires, cardio-vasculaires, digestives...
- 45% des détenus sont dépendants à une substance active voire plusieurs (alcool ou/et drogues). Cette proportion peut même atteindre 70 % dans certains établissements !
- Les maladies infectieuses ont une prévalence importante. Le nombre de malades souffrant de l'hépatite B ou C et du SIDA est dix fois plus élevé qu'en milieu libre et de trois fois plus élevé pour la tuberculose !

Quelles sont les raisons invoquées à ce constat ?

- Tout d'abord, la prison regroupe des populations essentiellement marginalisées avec des tableaux cliniques très lourds, des conditions socio-économiques très dégradées et exclues jusqu'alors du système de soins et de prévention des maladies.
- Puis, la pénalisation de la toxicomanie a entraîné une arrivée massive de toxicomanes et, par voie de conséquence, des problèmes sanitaires et des pathologies liés à l'usage de drogues (VHC, VHB, VIH,...).
- D'autre part, le milieu carcéral et donc la promiscuité expose les personnes à la contamination et au développement de maladies transmissibles.
- L'allongement des peines entraîne un vieillissement de la population carcérale et amène « son lot » de maladies comme le diabète de type II, les cancers, la sclérose en plaque, l'hypertension artérielle, les maladies de Parkinson ou d'Alzheimer et les troubles cardio-vasculaires.

Enfin, il semble important de préciser que 10% des détenus présentent des troubles de la santé mentale.

La prison se substituerait-elle ainsi aux fonctions des établissements psychiatriques !?

Effectivement, on assiste aujourd'hui à la diminution du nombre de lits dans les services psychiatriques et à l'attitude des magistrats à prononcer la responsabilité pénale d'un psychotique.

On peut lire dans divers journaux : « la détention crée des fous et la société envoie les siens », car des détenus acquièrent leurs troubles au cours de leur détention. C'est également appelé « l'expérience de la détention » c'est à dire l'adaptation à un milieu clos où la loi du plus fort prime

(racket, violence, prostitution y sont des pratiques courantes) et l'adaptation à une nouvelle vie (perte de la famille, amis, repères).

Là, les détenus sont confrontés à la solitude et au manque affectif.

A chacun de se composer sa stratégie pour vivre dans ce monde à part. Ainsi, les personnes incarcérées vont utiliser les services mis à leur disposition pour se constituer des repères : le travail aux ateliers, le sport, le marché noir (on ne peut pas le cacher) et l'accès aux soins.

La mission donnée aux professionnels de santé est triple :

- Assurer les soins.
- Mettre en place un projet d'éducation à la santé.
- Participer à la réinsertion.

Vaste ambition au service de laquelle un effort incontestable a été accompli depuis 1994.

Alors qu'en est-il aujourd'hui et sur le terrain ?

C'est en s'intéressant aux Unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA) des centres de détention de Toul et d'Ecrouves et au service de pharmacie de l'hôpital St Charles de Toul que nous tenterons d'expliquer l'offre de soins proposée aux détenus et comment la pharmacie répond à leurs demandes de médicaments et dispositifs médicaux.

Au cours de ce travail, nous apporterons des idées pour améliorer encore la prise en charge du détenu dans le domaine de la santé.

Revenons, en aparté, sur le terme « centre de détention ».

A Toul comme à Ecrouves, ce sont des centres pour peines et longues peines. Tous les détenus ont été jugés et purgent leurs peines. Il y a donc moins de mouvements que dans les maisons d'arrêt.

De même qu'il n'y a pas de surpopulation en centre de détention car leurs nombres de places ne peut pas être dépassés.

II. Le Contexte historique et réglementaire :

La réforme de santé en prison est le fruit d'une lente évolution.

Si, en France, il a fallu attendre 1984 pour effectuer les premières mesures, dès 1949 des recommandations internationales avaient été élaborées.

A. Les recommandations internationales en matière de santé :

1. 1949 : Les règles minima pour le traitement des détenus par les Nations Unies :

Ces règles ont été approuvées par le conseil économique et social dans ses résolutions 663 du 31/07/1957 et 2076 du 13/05/1977.

Les Nations Unies pensent que ses règles « étaient de grandes valeurs et devraient influencer la politique pénale et la pratique pénitentiaire ».

Mais, elles n'ont aucune force obligatoire pour les Etats.

Elles énoncent cinq fondements :

- Le détenu a les droits nécessaires au maintien d'un bon état de santé ; surtout des soins médicaux généraux et spéciaux, physiques et mentaux.

Pour cela, des services médicaux et psychiatriques doivent être installés dans chaque établissement et en relation avec l'administration générale du service de santé.

- Il doit également être prévu un service hospitalier dans la prison avec un personnel et du matériel.
- Les détenus doivent être autorisés à recevoir, à leur frais, la visite et les soins de leur propre médecin ou dentiste.
- Les détenus « aliénés » doivent être transférés dès que possible dans un établissement spécifique.
- Les détenus « anormaux mentaux » doivent être placés en institution spécifique.

2. Les recommandations du Conseil de l'Europe : (sans caractère contraignant pour les Etats membres)

Le Conseil considère que « le respect des droits fondamentaux des personnes incarcérées implique que ces derniers puissent bénéficier de mesures de prévention sanitaires et de prestations de santé équivalentes à celles de la communauté en général. » (Rn°98.7)

Le Comité des ministres a révisé l'ensemble des règles minima par la Recommandation 87.3 du 12/02/1987 en deux points principaux :

a) *Droit aux soins :*

Ce droit régit les principaux aspects en formulant des propositions pour aménager l'accès aux soins, l'équivalence, la protection du malade et l'indépendance professionnelle du personnel médical.

- Tout détenu doit pouvoir, à tout moment accéder à la consultation d'un médecin généraliste, d'un psychiatre, d'un dentiste ainsi qu'à l'hospitalisation.
- L'administration pénitentiaire doit avoir une politique de Santé intégrée à la politique nationale de Santé et le ministère de la Santé doit en exercer le contrôle.
- Le dossier médical du détenu doit rester absolument confidentiel.
- Respect du secret médical.
- Les professionnels de santé doivent être indépendants professionnellement en milieu carcéral et sont tenus aux mêmes obligations de soins que pour les malades en milieu libre.

b) Rôle des équipes et gestion des problèmes courants :

- Le médecin a également une mission de conseil en matière d'hygiène, salubrité et régime alimentaire des détenus.
- L'administration doit organiser un mode d'informations aux détenus sur la prévention et l'éducation à la Santé et les campagnes de dépistage des maladies et leurs risques.
- Toutes marques de violence constatées doivent être soumises à l'information des autorités compétentes et le médecin doit signaler tout incident grave.
- Le personnel de Santé doit recevoir une formation le rendant apte à appréhender le cadre pénitentiaire et ses effets sur l'exercice de la médecine.
- Le détenu a le droit de consulter un spécialiste et de recevoir le traitement prescrit.
- La distribution des médicaments doit s'effectuer uniquement par le personnel autorisé.

3. Le Parlement européen :

Il a demandé aux autorités responsables des Etats membres de faire en sorte que les règles minima soient appliquées.

Il a également demandé que les Etats membres réalisent des actions spécifiques sur les thèmes du SIDA et de la drogue devenus de véritables fléaux en milieu carcéral.

B. Le Comité européen pour la Prévention de la Torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (le CPT) :

1. Présentation :

Les membres du CPT sont des experts indépendants et impartiaux. Ce sont, par exemple, des juristes, des médecins, des spécialistes des questions pénitentiaires ou de la police élus pour quatre ans par le Comité des ministres, organe de décision du Conseil de l'Europe, et peuvent être réélus deux fois.

Le rôle du CPT est de visiter les lieux de détention afin d'évaluer la manière dont les personnes sont privées de liberté et de vérifier si elles bénéficient du même niveau de soins que la population du milieu libre. Les visites sont effectuées par des délégations composées d'au moins deux membres.

Selon leur troisième rapport général, les services de Santé destinés aux personnes privées de leur liberté constituent un domaine relevant directement du mandat du CPT.

Un niveau de soins médicaux insuffisant peut rapidement conduire à des situations qui s'apparentent à des « traitements inhumains ou dégradants ».

Dans les points qui vont suivre, nous allons exposer les questions majeures qui relèvent de l'attention des délégations lors de leurs visites dans les services de Santé des prisons.

2. L'accès aux médecins :

- Dès l'entrée en prison, tout détenu devrait être vu sans délai par un membre du service de santé de l'établissement. (médecin ou infirmier)
- Une note ou une brochure informative devrait être remise aux arrivants portant sur l'existence et le fonctionnement du service de santé et rappelant les mesures d'hygiène essentielles. *(cette brochure est à l'état de projet pour l'année prochaine à Toul et Ecrouves)*
- Pendant son incarcération, un détenu doit pouvoir recourir en tout temps à un médecin quel que soit le régime de détention auquel il est soumis. (isolement ou quartier disciplinaire).
- Les détenus doivent pouvoir faire appel au service de santé de façon confidentielle (message sous pli fermé par exemple). Les surveillants ne doivent pas trier les demandes de consultations.
- Le service de santé d'une prison doit se constituer au minimum d'une consultation ambulatoire régulière, d'un dispositif d'urgence, d'une consultation dentaire régulière ainsi que la possibilité de recevoir des spécialistes si nécessaire.

Pour le dispositif d'urgence, un médecin doit pouvoir être joignable en permanence ainsi qu'une personne en mesure de fournir les premiers soins doit toujours être présente dans les locaux.

- Un suivi approprié devrait être assuré par le personnel soignant. Dans de nombreux cas *(Toul et Ecrouves ne font pas exception)* il est insuffisant et laissé à l'initiative du détenu.
- Le soutien direct d'un service hospitalier doit être garanti, soit par un hôpital public, soit par un hôpital pénitentiaire. En cas de recours à un hôpital public, la question de la sécurité se pose. Le CPT insiste sur le fait que les détenus ne doivent pas être attachés à leur lit ou à d'autres éléments du mobilier.

- Si un transfert ou une consultation spécialisée est nécessaire, le transport doit être effectué dans des délais et des conditions qui prennent en compte leur état de santé.

3. Equivalence des soins :

a) Médecine générale :

- Le service de santé doit être en mesure d'assurer les traitements médicaux et les soins infirmiers, plus les régimes alimentaires, la physiothérapie, la rééducation ou toute prise en charge spéciale qui s'impose.
- La supervision appropriée de la pharmacie et de la distribution des médicaments doivent être assurées par un personnel qualifié.
- Un dossier médical doit être établi pour chaque patient avec les informations des diagnostics ainsi qu'un relevé, suivi de l'évolution de la (les) maladie(s) et des examens réalisés.
- Lors d'un transfert, le dossier doit être porté à la connaissance du médecin. Dans ce dossier médical, il est impératif que le motif d'incarcération n'y figure pas.
- Des registres journaliers doivent être tenus par les équipes de soins dans lesquels sont mentionnés les événements de la journée. Cela permet de fournir une vue générale de la situation dans la prison et mettre en relief les problèmes.
- Le bon fonctionnement du service de santé demande que médecins et personnels soignants puissent se rencontrer en équipes de travail sous la responsabilité d'un médecin chef. *(point à améliorer à Toul et Ecrouves)*

b) La psychiatrie :

- Un médecin qualifié en psychiatrie doit être attaché au service de santé dans chaque prison et certaines infirmières doivent avoir reçu une formation dans ce domaine.
- La dotation en personnel médical et soignant ainsi que la disposition des locaux de détention doivent garantir la possibilité de programmes pharmacologiques, psychologiques et ergo-thérapeutiques suivis.
- Le CPT souhaiterait que l'administration pénitentiaire joue un rôle dans la détection précoce des détenus souffrant d'un désordre psychiatrique.
- Un détenu malade mental doit être pris en charge et traité dans un milieu hospitalier équipé de manière adéquate et doté d'un personnel qualifié. Ce transfert en unité spécialisée doit être considéré comme hautement prioritaire.

- Un détenu malade mental violent doit être placé sous étroite surveillance et bénéficier d'un soutien infirmier et d'une sédation médicamenteuse.
- L'utilisation d'instruments de contention physique doit toujours se faire sur ordre du médecin et ils doivent être supprimés dès que possible. En aucun cas, ces instruments de contention doivent être utilisés à titre de sanction.

4. Consentement et confidentialité :

La liberté du consentement et le respect de la confidentialité relèvent des droits fondamentaux de l'individu.

C'est également la base de la relation de confiance patient/médecin ; le choix du médecin n'est pas possible pour les détenus.

a) Consentement :

- Le patient doit pouvoir disposer de toutes les informations utiles (sous forme de rapport médical) concernant son état de santé, la conduite de son traitement et les médicaments prescrits.
- Tout patient capable de discernement est libre de refuser un traitement ou toutes autres formes d'interventions médicales. En cas de grève de la faim, les autorités publiques demandent au médecin d'intervenir dès que le malade présente une altération grave de la conscience.
- En ce qui concerne la participation des détenus à la recherche médicale, il est évident qu'une approche très prudente s'impose. Des garanties doivent exister afin de s'assurer que le détenu concerné a donné son consentement libre et éclairé.

b) Confidentialité :

- Le secret médical doit être respecté en prison dans les mêmes conditions qu'en milieu libre. Les dossiers des patients doivent être conservés sous la responsabilité médicale.
- Tous les examens doivent s'effectuer hors de l'écoute et (sauf demande contraire du médecin) hors de vue du personnel pénitentiaire.
- Les détenus doivent être examinés individuellement et non collectivement.

5. Prévention sanitaire :

Les services de santé en milieu carcéral devraient avoir la responsabilité de la médecine sociale et préventive.

a) Hygiène :

Les services de santé doivent exercer un contrôle sur :

- Les conditions alimentaires : quantité, qualité, préparation et distribution.
- L'hygiène : propreté des vêtements et des literies, accès à l'eau courante et installations sanitaires.
- Les conditions de chauffage, d'éclairage et de ventilation des cellules.
- L'occupation et l'exercice physique.

b) Les maladies transmissibles :

- Les services de santé doivent s'assurer qu'une information sur les maladies transmissibles (hépatites, VIH, BK, affections dermatologiques...) est diffusée régulièrement tant à l'intention du détenu que du personnel pénitentiaire.
- Pour le VIH, des conseils adéquats devraient être fournis avant et, si nécessaire, après tout test de dépistage. Le personnel médical devrait être formé et informé sur les mesures préventives et les conduites à observer concernant la séropositivité au VIH.

c) Prévention des suicides :

- Le service de santé devrait assurer une sensibilisation à ce problème et donc être formé à reconnaître les signes.
- Le contrôle médical à l'arrivée et la procédure d'accueil dans son ensemble ont un rôle important à jouer dans ce domaine.

En effet, ce processus permet d'identifier au moins un certain nombre de sujets à risques et d'atténuer l'anxiété des détenus nouvellement arrivés.

d) Prévention de la violence :

- Les services de santé doivent enregistrer systématiquement les lésions observées.

Mais, ces actions ne peuvent être entreprises qu'avec le consentement du détenu.

- Les services de santé peuvent être amenés à établir des statistiques des lésions observées à l'intention de l'administration pénitentiaire ou du ministère de la Justice.

6. Les interventions humanitaires :

a) Mères, enfants, adolescents :

(Thème non développé car les centres de détention de Toul et Ecrouves sont des centres d'hommes)

b) Personnalités pathologiques :

- Dans la population carcérale se trouve une certaine proportion de « déséquilibrés », de marginaux, des toxicomanes et d'autres misères sociales.

Certains sont violents, des autres parfois suicidaires, d'autres encore présentent des comportements sexuels inacceptables. Ils sont, le plus souvent, incapables de se contrôler et de se soigner.

La demande de ces détenus n'est pas médicale mais le médecin peut favoriser à leur intention le développement de programmes socio-thérapeutiques.

Ces programmes permettent de diminuer l'humiliation, le mépris de soi, la haine, de développer le sens des responsabilités et de préparer à une certaine forme de réinsertion.

c) Incapacité de détention :

- Pour des cas particuliers, il appartient au médecin pénitentiaire d'établir un rapport à l'intention de l'autorité compétente afin que les dispositions soient prises pour mettre fin à la détention pour raisons médicales.

Quelques exemples de cas pouvant donner lieu à ce rapport :

- Les détenus souffrants d'une affection grave dont le traitement ne peut être conduit correctement en détention.
- Les détenus handicapés sévères.

7. L'indépendance professionnelle :

- Afin de garantir l'indépendance du personnel médical, il est important que le statut de ce personnel soit aligné sur celui de la communauté générale.
- La qualité et l'efficacité des décisions médicales doivent être évaluées.
- Les ressources doivent être gérées par une autorité spéciale et non par des instances de finances et de la sécurité.
- Un médecin pénitentiaire est un médecin traitant. Ses décisions ne doivent dépendre que de critères professionnels.

Afin de préserver la relation médecin/patient, le médecin pénitentiaire ne doit pas procéder à des fouilles corporelles demandées par une autorité (sauf urgence lorsque aucun médecin ne peut être appelé).

Il est également à noter que la liberté du médecin pénitentiaire est limitée par la condition carcérale : les malades lui sont imposés et son obligation de soins demeure même si le patient à recours à des menaces ou des violences.

8. Compétences professionnelles :

- On n'insistera jamais assez sur le fait que médecins et infirmiers devraient bénéficier de connaissances spéciales leur permettant d'aborder les pathologies carcérales.
- Il arrive, dans des prisons, que des détenus soient admis à accéder à une fonction d'aide-soignant ou autre au sein du service de santé.

Même si cette pratique présente l'avantage de fournir un travail utile aux détenus, elle ne devrait être envisagée qu'en dernier recours.

- Les détenus ne devraient jamais avoir la responsabilité de distribuer les médicaments.

C. En France :

1. Vers la promulgation de la LOI du 18 Janvier 1994 :

a) Jusqu'en 1984 :

On pouvait parler de « système indépendant »

Le ministère de la Justice assurait et gérait l'ensemble ; c'est-à dire les installations, les aménagements des locaux, les achats d'équipements médicaux, le recrutement, les rémunérations et la gestion du personnel médical.

A cette époque, le ministère de la Santé ne tenait qu'un rôle de prévention par des actions de dépistage et d'informations sur les maladies.

Les détenus ne bénéficiaient pas de la prise en charge de la Sécurité Sociale automatiquement. Ils conservaient le statut d'avant la date d'incarcération.

Comme toute l'administration pénitentiaire, les gardiens avaient accès aux dossiers médicaux sur lesquels figurait le motif d'incarcération. Le secret médical était donc très relatif.

Pour ce qui est du personnel médical :

- Le médecin était choisi par le détenu (par la suite l'administration pénitentiaire a recruté un médecin pour tous les détenus car c'était ingérable de voir tous les médecins se succéder dans la prison)
- Les infirmiers étaient recrutés par l'administration pénitentiaire à l'issue d'un concours ou envoyés dans les prisons par la croix rouge.

Il n'était pas rare qu'un gardien tienne le rôle de l'infirmier (délivrance des traitements, prise de rendez-vous médicaux et soins).

Pour la dispensation des médicaments, l'administration pénitentiaire passait un accord avec un pharmacien de ville qui acheminait les traitements jusqu'à la prison.

Les traitements étaient ensuite préparés à la journée dans trois fioles correspondant au matin, au midi et au soir.

Tout était mélangé et dilué avec de l'eau !!

Les lois qui régissaient ce système étaient celles de la pénitentiaire inspirées des recommandations (non obligatoires on le rappelle) européennes.

Pour sortir de cette situation des moins choquante au regard du droit des personnes, il a fallu poser le principe du « DECLOISONNEMENT » : Toute prestation ou droit ne relevant pas de la Justice doit être assuré et garanti par le ministère et les professionnels qui en ont la charge en milieu libre.

L'impulsion de cette idée vient d'une intersyndicale de travailleurs sociaux, médecins, psychiatres, infirmiers et magistrats dont Madame Myriam Ezratty nommée à la direction de l'administration pénitentiaire.

Monsieur Robert Badinter, alors ministre de la Justice, dira : « on a compris qu'il ne pouvait exister une médecine pratiquée pour tous, une médecine carcérale et un traitement carcéral de la maladie.[...] Devant la maladie, tout être humain doit être également traité. »

Un changement radical s'impose et l'amorce fut observée dans les années qui ont suivies avec diverses réformes.

b) Décret du 30/01/1984 et loi du 03/01/1985 :

L'inspection médicale des prisons est supprimée et on institue comme établissements publics d'hospitalisation les hôpitaux spécialement destinés à l'accueil des prisonniers incarcérés. (Frênes)

c) Décret du 14/03/1986 :

Création des Services Médico-Psychiatriques Régionaux (SMPR).

Maintenant, les secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire constituent des services hospitaliers à part entière de l'établissement de santé auxquels ils sont rattachés.

Pour les centres de détention de Toul et Ecrouves, le service et l'équipe psychiatrique devient un service du SMPR de Metz où une quinzaine d'hospitalisation sont effectuées par an pour des durées de quinze jours à plusieurs mois. Les SMPR sont des centres de longs séjours.

d) 1988 :

Création « des antennes toxicomanies » au sein des SMPR.

e) 1989 :

Huit prisons établissent des conventions avec les centres d'informations et de soins en rapport avec le SIDA.

f) 1992 :

La Haute Autorité de Santé (HAS) réalise un rapport sur l'état de santé et l'hygiène de la population carcérale et démontre une prise en charge insuffisante par manque de structure, d'organisation et de personnel.

g) 28/03/1993 : LA REFORME est lancée :

Après trois essais en 1992 dans quelques prisons, il est décidé que « les établissements pénitentiaires devront passer des conventions avec les hôpitaux de l'assistance publique. »

Enfin la loi n°94-43 du **18/01/1994** relative à la santé publique et à la protection sociale, complétée par le décret n°94-929 du 27/10/1994, le guide méthodologique et la circulaire interministérielle n°45 DH/DGS/DAT prise avec le ministère de la Santé et celui de la justice du **08/12/1994** viennent clarifier et construire le principe du décroisement. **(1 an)**

2. La grande loi du 18/01/1994 :

Elle représente la loi fondamentale et constitue une des pierres angulaires de la politique menée par l'administration pénitentiaire dans le domaine de la Santé.

Dès lors, chaque prison est jumelée avec un établissement public hospitalier.

Cet hôpital est désigné par le préfet et cette nouvelle collaboration est formalisée au travers d'une convention (appelée aussi protocole) signée par les directeurs (hôpital et prison) sous l'égide des autorités régionales sanitaires et pénitentiaires.

Le rôle confié aux services publics hospitaliers est multiple :

- Etablir un bilan de santé du détenu à son arrivée au cours d'une première visite médicale ; complété lors de diverses consultations.
- Recourir à l'hôpital public pour les consultations et examens qui nécessitent un plateau technique particulier.
- Organiser le suivi sanitaire du détenu à sa sortie de prison en liaison avec des structures de soins à l'extérieur.
- Coordonner des actions de prévention et d'éducation.

De même, par cette loi, toute personne détenue et ses ayants droits sont obligatoirement affiliés à l'Assurance Maladie et Maternité du Régime Général de la Sécurité Sociale à compter de la date d'incarcération. Ce bénéfice est, par ailleurs, maintenu un an après la libération.

Afin de pouvoir « faire entrer l'hôpital » dans la détention, la loi crée **l'Unité de Consultation et de Soins Ambulatoire (UCSA)** inspirée du service de psychiatrie et du SMPR.

L'UCSA est une unité fonctionnelle (un service à part entière) du centre hospitalier mais implantée dans la prison.

Les soins somatiques et chroniques y sont pratiqués par les équipes de l'hôpital.

Les fournitures médicales de l'équipe soignante sont sous la responsabilité du pharmacien hospitalier de l'hôpital et sont financées par les budgets de l'hôpital, plus des cotisations sociales versées par le ministère de la Justice.

Par contre, la construction, l'aménagement, la sécurité et l'entretien des lieux est à la charge de la pénitentiaire.

Enfin, la loi définit les conditions d'hospitalisation des détenus dans l'établissement signataire du protocole si urgence.

Ainsi, cette loi a constitué une double révolution culturelle ; une pour chaque service public avec :

- Le service pénitentiaire habitué à tout contrôler en détention.
- Le service hospitalier pour lequel la liberté de prescrire ou le secret médical ne peuvent s'accommoder que difficilement des contraintes de sécurité inhérentes au bon fonctionnement d'une prison.

Pourtant, une bonne collaboration s'est progressivement instaurée permettant une meilleure prise en charge du détenu.

Bien sur, pour cela il a fallu définir et règlementer la place de chacun au travers de nombreuses lois et décrets retravaillés fréquemment encore actuellement.

Il est donc impossible de dresser à partir de cette loi l'historique des textes en un catalogue exhaustif de ce que chaque détenu est en droit d'attendre de l'établissement de santé.

Malgré tout, tentons d'éclairer ce domaine en détaillant les points principaux.

3. Les soins somatiques :

a) Résumé des articles D368-369-370-371-372 du Code de Procédure Pénale :

Pour fournir les prestations de soins en milieu pénitentiaire, le centre hospitalier crée l'UCSA pour les consultations médicales et les soins ambulatoires c'est-à-dire les soins sans hospitalisation.

Elle est dotée d'un personnel qualifié, pluridisciplinaire et d'équipements médicaux à l'intérieur des locaux spécialement aménagés par l'administration pénitentiaire (souvent l'ancienne infirmerie).

Par contre, elle ne peut pas assurer les hospitalisations.

Le médecin chef est assisté de médecins généralistes, infirmiers, dentistes et psychiatres (du SMPR) ; tous chargés de la permanence des soins.

Le personnel de surveillance qui y est affecté est chargé uniquement de la sécurité des locaux et des personnes.

b) Article D381 :

- Le détenu qui souhaite rencontrer un médecin en informe l'UCSA par un courrier (un bon) et le surveillant sert d'intermédiaire.

Cette demande peut être motivée par :

- ✓ Une raison médicale
- ✓ Une admission à l'hôpital
- ✓ Une exemption de travail
- ✓ Un changement d'affectation
- ✓ Une dispense d'exercice physique
- ✓ Une modification ou aménagement de son régime (alimentaire ou de détention).

c) Article D375 :

- Seul le personnel soignant peut avoir accès au dossier médical. Il est conservé sous la responsabilité de l'établissement de santé.

S'il y a un transfert, les informations médicales sont transmises au médecin destinataire dans des conditions matérielles garantissant leur inviolabilité.

- Le dossier comprend l'ensemble des documents et prescriptions relatif au suivi médical du détenu tant sur le plan somatique que psychiatrique. (un seul dossier)
- Les consultations doivent se dérouler hors de la présence du personnel pénitentiaire afin de préserver le secret médical.
- Certaines pratiques, comme une pastille sur les dossiers médicaux des personnes séropositives au virus du VIH ou la distribution des médicaments par le personnel de surveillance, doivent être considérées comme des atteintes au secret médical.

d) Article D 57-8 :

Le directeur interrégional des services pénitentiaires est compétent pour prendre les décisions suivantes :

- Autorisation, pour un détenu, de se faire soigner par le médecin de son choix.
- Délivrance d'une autorisation pour être hospitalisé dans un établissement privé.

Sans cela, Article D365, hormis le cas où ils se trouvent en dehors d'un établissement pénitentiaire ou l'article D57-8 [...], les détenus ne peuvent pas être soignés ou examinés par le médecin de leur choix.

e) Article D285 :

Le jour de son arrivée ou, au plus tard, le lendemain, chaque détenu doit être visité par le chef de l'établissement ou un de ses subordonnés.

Dans les délais les plus brefs, le détenu est soumis à un examen médical.

La visite d'admission a un double objectif : le bilan de santé et le recueil d'informations épidémiologiques sur l'état de santé des détenus.

Cette visite doit comprendre :

- Une radio pulmonaire
- Un examen médical
- Un examen dentaire
- Un dépistage des maladies sexuellement transmissibles
- Un dépistage du VIH et Hépatite C selon le souhait du détenu
- Un entretien avec le psychiatre

f) Article D 362

Hors le cas où l'état de santé du détenu rend nécessaire un acte de diagnostic ou de soins auquel il n'est pas à même de consentir, celui-ci doit exprimer son consentement préalablement à tout acte médical et, en cas de refus, être informé des risques de ce refus.

g) Article D363

Les détenus ne peuvent être sollicités pour se prêter à des recherches biomédicales que s'il en est attendu un bénéfice direct et majeur pour leur santé.

h) Article D 364 :

Si un détenu se livre à une grève de la faim prolongée, il ne peut être traité sans son consentement sauf lorsque son état de santé s'altère gravement et seulement sur décision et sous surveillance médicale.

4. Le personnel, ses missions, ses obligations :

a) Article D387 :

Les personnels hospitaliers sont informés par le directeur interrégional des services pénitentiaires des conditions d'exercice en milieu carcéral et des obligations résultant des dispositions du présent code.

Le règlement intérieur de l'établissement pénitentiaire doit leur être remis.

b) Article D 388 :

L'habilitation (à travailler en milieu carcéral) peut être suspendue par le directeur interrégional des services pénitentiaires pour les praticiens et par le chef de l'établissement pénitentiaire pour les autres personnels hospitaliers en cas de manquements graves aux dispositions du règlement intérieur ou du code de procédure pénale.

c) Article D389 :

En cas d'absence ou d'empêchement de l'une des personnes habilitées ou en cas de nécessité de service, d'autres personnels hospitaliers relevant de l'établissement de santé peuvent être autorisés, sur proposition du directeur de cet établissement, à pénétrer dans la prison.

d) Article D 390 et 390-1 :

Dans le cadre des actions de prévention, d'éducation pour la santé et la prise en charge globale de personnes dépendantes, l'autorisation d'accès à l'établissement est accordée par le chef de l'établissement.

e) Article D220 :

Il est interdit à toute personne ayant accès à la prison :

- De se livrer à des actes de violence sur les détenus.
- D'user de dénominations injurieuses, tutoiement, langage familier avec les détenus.
- De fumer dans les lieux fermés.
- D'introduire ou de consommer des boissons alcoolisées.
- D'occuper sans autorisation les détenus pour leur service.
- De se charger pour eux d'aucune commission, achat, vente de quelque sorte.

f) Article D383 :

Le personnel infirmier répond aux demandes de soins dans le cadre de son rôle propre, dispense les soins et administre les médicaments sur prescription médicale en application des textes réglementaires à l'exercice de la profession d'infirmier.

g) Article D 379 380 381 382 D 227 et D 251-4 (résumé)

Selon l'importance des centres un ou plusieurs médecins sont désignés par le directeur interrégional des services pénitentiaires pour accomplir leurs missions.

En outre, le médecin doit examiner sur place chaque détenu du quartier disciplinaire au moins deux fois par semaine.

La sanction est suspendue si le médecin constate que son exécution est de nature à compromettre la santé du détenu.

Les médecins peuvent délivrer aux détenus, à leurs demandes, des certificats ou autres attestations relatifs à leurs états de santé, et, sous réserve de leurs accords, à leurs familles ou à leurs conseillers.

Dans tous les cas, si le médecin estime que l'état de santé d'un détenu n'est pas compatible avec un maintien en détention, il doit en aviser par écrit le chef de l'établissement pénitentiaire.

5. Suspension de peine pour raison médicale :

a) Article D 720-1 et 720-11 :

Lorsqu'il reste à subir par la personne condamnée une peine de moins d'un an, cette peine peut, pour motif grave d'ordre médical, professionnel ou familial, être suspendue ou effectuée par fraction.

Sauf s'il existe un risque grave de récurrence de l'infraction, la suspension de peine peut être ordonnée, quelque soit la nature et la durée de la peine restant à subir pour les prisonniers dont il a été établi qu'ils sont atteints d'une pathologie engageant le pronostic vital ou que leur état de santé est durablement incompatible avec le maintien en détention, hors cas des hospitalisations de personnes détenues pour troubles mentaux.

Cependant deux expertises médicales indépendantes doivent être réalisées et le juge d'application des peines peut exiger de soumettre le condamné à différentes obligations.

Cette suspension peut être arrêtée si les conditions de celle-ci ne sont plus remplies. Une expertise tous les six mois destinée à vérifier les conditions peut être ordonnée.

6. Le suivi socio-judiciaire :

Loi du 17/06/1998 et la création de « soins obligés » pour les auteurs reconnus de délits ou crimes sexuels.

a) Article D 763-1 et 763-4-5-7 :

Une personne condamnée à un suivi socio-judiciaire est placée sous le contrôle du juge d'application des peines.

Ce suivi consiste, pour la personne, à se soumettre à des mesures de surveillance et d'assistance destinées à prévenir la récurrence.

Le juge d'application des peines peut, à tout moment, demander des informations sur l'état médical et psychiatrique de la personne condamnée.

Si le suivi comprend une injonction de soins, la personne doit subir une peine dans un établissement qui permet de le lui assurer.

Ces établissements adaptés à cette situation sont :

- Ceux sièges d'un SMPR.
- Ceux pour peines détenteurs d'une unité fonctionnelle rattachée à un SMPR.
- Ceux dans lesquels intervient un secteur de psychiatrie général.

7. La sécurité et les soins dans la prison et à l'extérieur :

a) D'après les articles D 273, D 291, D 394, D 395, D 396 D 295, D 803 et D 296 :

- Les détenus ne peuvent garder aucun objet ou substance pouvant permettre de faciliter un suicide, une agression ou une évasion.

Le détenu peut garder à sa disposition, selon les modalités prescrites par le médecin des médicaments et des appareils médicaux.

- Une extraction est l'opération par laquelle le détenu est conduit, sous surveillance, en dehors de la prison pour y recevoir des soins qu'il n'est pas possible de lui donner à l'UCSA.

Cette opération est souvent un moment de stress pour l'administration pénitentiaire et les tentatives d'évasion y sont nombreuses.

Mais cela n'est pas une raison pour bafouer les droits du détenu !

Lorsque une hospitalisation s'impose, l'hôpital doit être averti rapidement afin qu'il prenne toutes les dispositions pour que l'intéressé soit accueilli dans des locaux adaptés. Une garde et une escorte doivent alors être prévues pour éviter tout incident.

Par contre, l'utilisation de menottes et la présence de l'escorte pendant la consultation doivent être exceptionnelles.

- Les détenus admis à l'hôpital sont considérés comme continuant à subir leurs peines.
- Ils doivent avoir accès pour des consultations spéciales ou des examens médico-techniques aux équipements de l'établissement de santé.

Ces consultations à l'extérieur doivent être, par ailleurs, prescrites par le médecin de l'UCSA.

- Ils ne doivent avoir aucune communication avec des tiers à l'occasion des transferts ou des extractions.

Toutefois dès que le détenu transféré est arrivé, sa famille ou les personnes autorisées en sont informées.

b) Les UHSI :

Lors des extractions une coordination entre trois administrations est nécessaire : l'administration pénitentiaire, l'hôpital et les forces de l'ordre pour former la garde.

Le risque d'incident ou d'évasion est grand et le stress de tous à son comble.

Le gouvernement a donc imaginé la mise en place d'Unités d'Hospitalisation Sécurisées Interrégionales : les UHSI.

Cette idée voit le jour par l'arrêté du 24/08/2000. Ces unités implantées dans les centres hospitaliers universitaires (CHU) sont destinées à concentrer l'ensemble des hospitalisations des détenus programmées de plus de 48h, en dehors des situations d'urgence laissées à l'établissement de santé signataire de la convention ou à l'établissement psychiatrique pour les urgences relevant de troubles mentaux graves.

A noter que l'UHSI de Nancy est la première à avoir vue le jour avec 17 lits le 16/02/2004.

Ce dispositif vient d'être complété par les dispositions de la loi d'orientation et de progression pour la justice du 09/09/2002, Article 48, qui prévoit la création d'Unités d'Hospitalisation Sécurisées Aménagées (UHSA). Ces structures auraient pour but de permettre l'hospitalisation au long court pour troubles mentaux avec ou sans le consentement du détenu.

8. Les soins psychiatriques :

Avant même que l'ensemble de la prise en charge médicale des détenus ne soit transféré au secteur public hospitalier par la loi du 18/01/1994, la prise en charge psychiatrique était assurée depuis 1977 par des secteurs de psychiatrie implantés dans la prison appelés en 1986 les SMPR.

Ce sont des services autonomes rattachés sur le plan administratif à l'hôpital psychiatrique du secteur.

L'équipe de soins psychiatriques, dirigée par un psychiatre, travaille en collaboration avec l'UCSA et partage souvent les mêmes locaux.

Lorsqu'il n'y a pas de SMPR dans l'établissement, il existe le plus souvent une antenne du SMPR.

A partir de cette antenne, le médecin psychiatre peut décider une hospitalisation dans le SMPR mais seulement avec le consentement du détenu. Les hospitalisations d'office (les HO), sans consentement du détenu ne se font que dans un contexte d'urgence.

Les missions de l'équipe de soins psychiatriques sont :

- D'établir un diagnostic et d'instituer un traitement approprié pour les détenus atteints de troubles mentaux.
- De prendre en charge les toxicomanes.

9. Hygiène et diététique :

a) L'hygiène selon les articles D 349, D 350, D 352 et D 357 du code de procédure pénale :

- L'incarcération doit être subie dans des conditions satisfaisantes d'hygiène et de salubrité tant en ce qui concerne l'aménagement et l'entretien des bâtiments, le fonctionnement des services économiques et l'organisation du travail que l'application des règles de propreté individuelle et la pratique d'exercices physiques.
- Les locaux de détention doivent répondre aux exigences de l'hygiène compte tenu du climat, notamment en ce qui concerne le cubage d'air, l'éclairage, le chauffage et l'aération.
- Chaque détenu fait son lit et entretient sa cellule ou la place qui lui est attribuée.

C'est l'administration pénitentiaire qui doit leur fournir les produits et objets de nettoyage nécessaires.

- La propreté de tous les détenus est exigée.

b) La diététique selon les articles D 354, D 359 et D 361 du code de procédure pénale :

- Les détenus doivent recevoir une alimentation équilibrée et variée répondant à leur besoin compte tenu de leur âge, leur état de santé, leur travail et dans la mesure du possible de leur conviction religieuse.
- Le règlement intérieur doit réserver une partie de l'emploi du temps des détenus à la pratique d'une activité physique.
- Les détenus malades doivent bénéficier du régime alimentaire qui leur est prescrit.

10. Le dépistage des maladies et l'éducation à la santé :

a) D'après les articles D 384, D 384-1, D 384-2 et D 384-3 du code de procédure pénale :

- Des moyens de prévention et d'information sur les maladies transmissibles doivent être mis à la disposition des détenus.

Le médecin doit prescrire toutes les mesures nécessaires à la prophylaxie individuelle et collective des maladies transmissibles.

- Le dépistage de la tuberculose doit être réalisé chez tous les entrants par un examen radiologique pulmonaire, et, la déclaration des cas de tuberculose est obligatoire selon le code de la Santé Publique.
- Les détenus dont l'état de santé le nécessite doivent être isolés sur avis médical.
- La prophylaxie des maladies vénériennes doit être proposée dans les établissements pénitentiaires.
- Tous les détenus doivent pouvoir bénéficier, avec leur accord, d'une information et d'un conseil personnalisé sur l'infection au VIH et, le cas échéant, de la prescription d'un test de dépistage.

b) En plus, en matière d'éducation à la santé mais sans texte de loi à l'appui :

En milieu carcéral, plus encore qu'à l'extérieur, la prévalence de l'Hépatite C pose un problème majeur de santé publique.

Fort heureusement, les détenus entrants sont souvent d'accord pour se soumettre à l'examen sérologique.

Le médecin responsable de l'UCSA et le directeur de l'établissement pénitentiaire déterminent, avec les Directions Régionale et Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS et DDASS), les thèmes qui doivent être abordés sous forme de séances d'informations, d'espaces de parole, d'émissions sur le circuit de télévision interne ou de documentations.

Pour lutter contre le risque de contamination, amplifié par la promiscuité importante en détention, il serait nécessaire de veiller à ce que de l'eau de javel soit sur la liste des produits cantinables et que des préservatifs aux normes NF ainsi qu'un mode d'emploi soient mis à la disposition des détenus.

11. L'inspection de l'offre de soins et de l'hygiène en prison :

a) D'après l'article D 348-1 du code de procédure pénale :

- C'est l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) et les services déconcentrés du ministère de la Santé qui veillent à l'observation des mesures au maintien de la Santé des détenus et de leur hygiène.

Ils contrôlent à l'intérieur de l'établissement l'exécution des lois et règlements se rapportant à la santé publique.

b) D'après l'article D 348-2, D 348-3 et D 348-4 du code de procédure pénale :

- Le comité interministériel de coordination de la Santé en milieu pénitentiaire, présidé conjointement par le garde des sceaux et le ministre de la Justice ou son représentant, est chargé d'examiner les questions se rapportant à l'amélioration de la santé des détenus et à l'hygiène.

c) D'après l'article D 376, D 377 et D 378 du code de procédure pénale :

- Les établissements de santé doivent établir un rapport d'activité incluant la présentation des actions de prévention et d'éducation à la santé des détenus.

Ce rapport est adressé au directeur interrégional des services pénitentiaires qui le transmettra au ministère de la Justice, au directeur de la prison et à la commission de surveillance.

12. Le guide méthodologique pour la mise en œuvre, la définition et la réalisation pratique de la grande loi du 18/01/1994 pour la pharmacie et l'UCSA :

a) Les prescriptions médicales :

Elles doivent être établies par les médecins de la prison.

Ces professionnels doivent être répertoriés et connus de l'administration pénitentiaire, hospitalière et à la pharmacie.

Ils sont responsables de leurs prescriptions.

Ces dernières sont individuelles, effectuées par écrit, datées et signées du prescripteur.

L'original est conservé dans le dossier médical, une copie est remise à la pharmacie et un double au détenu.

Toutefois, une forme informatisée peut être envisageable.

Pour être entièrement conformes, les ordonnances doivent comporter :

- L'identification de l'établissement de soins.
- Le prescripteur.
- Le nom, prénom, sexe, âge (+ taille et poids) du détenu.
- La dénomination du médicament, sa forme galénique, son dosage, sa posologie, la durée du traitement et la voie d'administration.

b) La dispensation : (à la pharmacie du centre hospitalier)

La dispensation est un acte pharmaceutique qui comprend l'analyse de l'ordonnance, la préparation éventuelle des doses et la mise à disposition d'informations nécessaires au bon usage des médicaments.

Le pharmacien doit conserver la prescription pendant trois ans.

Du fait de la population carcérale, il a été demandé aux personnels de la pharmacie attachés aux prisons de limiter les possibles détournements de médicaments en privilégiant certaines formes galéniques.

c) La détention des médicaments :

- A l'hôpital : tout est stocké dans la pharmacie du centre hospitalier.
- A l'UCSA :
 - ✓ Les médicaments listés sont rangés dans des armoires fermées à clef ou code et ne contenant que des médicaments.
 - ✓ Les stupéfiants sont rangés dans un coffre fermé à code/à clef.
 - ✓ Les médicaments non listés et dispositifs médicaux sont rangés dans des armoires simples.

L'UCSA peut disposer de médicaments pour besoins urgents selon une liste définie en accord avec les médecins et le pharmacien. Cette liste est appelée la DOTATION. Elle doit être revue et corrigée une fois par an.

Le renouvellement des produits de la trousse d'urgence ne peut être fait que sur présentation d'un récapitulatif d'utilisation établi par le médecin, ou, si les produits sont périmés, selon le modèle ci-dessous.

Tableau 1: Exemple pour les renouvellements des produits de la trousse d'urgence

Etablissement de		N°.....	
Dotation de la trousse d'urgence			
Désignation du produit	Réserve normale	Quantités consommées	Quantités demandées
		Date et signature du médecin :	

d) Le transport des médicaments :

Le transport des médicaments et dispositifs médicaux de la pharmacie à l'UCSA est sous la responsabilité de l'hôpital.

Il doit se faire dans des chariots ou conteneurs clos fermés à clef ou code.

e) L'administration des médicaments à l'UCSA :

L'administration des traitements est réalisée par le personnel infirmier tous les jours, 24h/24 et 7j/7.

Elle comprend :

- La vérification de l'identité du patient.
- La vérification des médicaments.
- L'observance.
- La surveillance des effets secondaires.
- Une continuité des soins après la détention (la préparation de la sortie).

Le médecin a le droit d'émettre des restrictions sur la dispensation des médicaments c'est-à-dire que c'est à lui d'estimer si le détenu est capable de garder et gérer son traitement sur un mois au maximum ou s'il doit être pris devant les infirmiers.

f) La trousse de nuit :

Pour le garde de nuit.

Il ne peut contenir qu'un antalgique mineur ne figurant sur aucune liste autrement dit : du paracétamol.

L'utilisation de cette trousse doit être notée sur un registre avec le nom du détenu, les quantités délivrées et le motif. Ce registre sera signé par le médecin et envoyé à la pharmacie pour renouveler le stock.

g) Le personnel :

Déterminé en fonction du nombre de détenus.

h) Le budget :

Au départ, les dépenses médicales, pharmaceutiques et de gestion avaient été fixées à 5 francs/détenu/jour.

Cette donnée est régulièrement révisée.

i) Les stupéfiants :

La prescription doit se faire sur une ordonnance extraite d'un carnet à souches numérotées et à feuillets paginés.

Le prescripteur doit écrire, en plus des mentions obligatoires d'une ordonnance déjà citées, en toutes lettres la quantité prescrite ou le nombre d'unités thérapeutiques et le dosage.

Un relevé nominatif doit être effectué au fur et à mesure de l'administration sur un document comportant le nom de l'établissement, la désignation de l'unité de soins, la date et l'heure de l'administration, le nom et prénom du patient, la dénomination du produit, son dosage, le nom du prescripteur et la signature de la personne ayant procédé à l'administration.

Ce relevé, après avoir été signé par le médecin, doit être adressé à la pharmacie et conservé trois ans tout comme les ordonnances.

13. Autres :

Il est évident que les codes de déontologie, celui de la Santé Publique et les bonnes pratiques de dispensation des médicaments en milieu hospitalier sont à appliquer.

Ces codes nous rappellent, en outre, que pouvoir être soigné, entretenir une relation de confiance avec son médecin et pouvoir bénéficier des dernières techniques ayant prouvé leur efficacité sont un droit.

Maintenant, si on se place du côté du détenu, par la loi du 18/01/1994, « les détenus doivent bénéficier d'une qualité et d'une continuité de soins équivalentes à ceux offerts à l'ensemble de la population. »

Le détenu est-il considéré comme un malade ordinaire ? A cela, et malgré tous les textes de loi qui essaient d'aller en ce sens tout en considérant les contraintes de la détention, la réponse restera non puisque le détenu ne peut :

- Pas accéder librement aux soins puisqu'il doit passer par un surveillant pour consulter le médecin.

- Pas choisir son médecin. Il ne voit que le médecin de l'UCSA.
- Pas avoir la garantie d'un secret médical difficilement gardé en détention.

De plus, les extractions et les hospitalisations restent difficilement acceptées que ce soit de la part de l'administration pénitentiaire qui craint les incidents, ou de la part des hôpitaux qui semblent réticents à recevoir un détenu.

De même que l'hygiène et la salubrité des locaux restent à travailler tout comme la prise en charge des toxicomanes, des alcooliques sans parler des psychotiques qui devraient être en institution spécialisée.

Finalement, il apparaît, qu'au-delà des soins, les équipes de santé et les politiques doivent mettre l'accent sur la promotion d'une véritable prévention et éducation de la Santé et garder à l'esprit que l'on est face à des malades détenus et pas des détenus malades.

III. Les centres de détention de Toul et Ecrouves :

L'intention de ce travail n'est pas de faire le procès de l'administration pénitentiaire, des UCSA ou de la pharmacie de l'hôpital St Charles.

Si l'on décrit les méthodes employées dans ces prisons et dans le service pharmacie de l'hôpital ce n'est pas non plus dans le but d'en faire une critique mais plutôt de faire comprendre à tous que la prise en charge sanitaire d'un détenu n'est pas aussi simple à mettre en œuvre que les textes cités précédemment le demande.

C'est également, pour mettre l'accent sur les problèmes d'organisation et d'y proposer des solutions ou des aménagements que nous avons décidé d'aborder ce sujet devenu très médiatique ces dernières années.

Cela a impliqué, et il faut les remercier encore, la participation de toutes les équipes pénitentiaires et médicales.

Par ailleurs, il est important de préciser que cette organisation est globalement conforme à ce qui est écrit dans la littérature et correspond à une pratique courante en milieu carcéral.

Lorsque le projet de cette thèse a débuté, la cadre de Santé réfléchissait à un nouveau circuit du médicament. Ce projet devrait naître pour l'année 2010 mais ne concernerait, pour l'instant, que le centre de détention de Toul.

Nous allons donc présenter le système en place actuellement, ses points positifs, négatifs et les améliorations possibles.

Le centre de détention de Toul existe depuis 1911 et celui d'Ecrouves depuis 1913.

Ces centres accueillent les condamnés d'un an et plus (les longues peines) considérés comme présentant les perspectives de réinsertion les meilleures.

Leurs capacités d'accueils sont de 429 détenus hommes à Toul et 271 détenus hommes à Ecrouves et donc 700 patients à prendre en charge par l'hôpital St Charles de Toul, l'établissement signataire de la convention.

A. Avant la grande loi :

Les informations ont été données par Mme Ricou Angela, infirmière aux prisons de Toul et Ecrouves de 1991 à 2007.

Il faut d'abord se rappeler que c'était le ministère de la Justice et l'administration pénitentiaire qui avaient en charge la santé du détenu.

1. L'équipe soignante :

A cette époque, pour être infirmier en milieu carcéral il y avait deux voies de recrutement. La première, sur concours de la fonction publique ouvert aux infirmiers diplômés et ils avaient le statut « d'infirmiers pénitentiaires ».

La seconde voie était d'être embauché par la croix rouge (avec le diplôme), d'être « infirmier national » et dépendre du centre de la croix rouge de Paris.

Par contre, quelque soit la voie, leurs missions étaient les mêmes : administrer les traitements puis faire les pansements et les soins 7j/7 ; 24h/24.

Etaient présents également :

- Un médecin généraliste : quatre heures par semaine en deux fois deux heures.
- Un psychiatre : une matinée tous les quinze jours.
- Un ORL et un ophtalmologiste : si demande urgente ou si beaucoup de demandes afin de grouper l'ensemble des consultations en une journée à la prison.
- Les associations d'aide contre le tabac, l'alcool, les drogues...
- Un surveillant pour la sécurité, la prise de rendez-vous, la gestion du dossier médical et, au besoin, pour aider aux soins.

La question du secret médical était bien loin des préoccupations. Au point que le dossier médical faisait partie intégrante du dossier de l'administration pénitentiaire et le motif d'incarcération inscrit dessus.

A ce sujet, Véronique Vasseur écrit dans « Médecin chef à la prison de la Santé », p 98 : « A ma nomination comme médecin chef, on dépendait de la pénitentiaire et donc on avait le dossier pénal. C'est-à-dire qu'on ouvrait la première page du dossier médical et on savait ce qu'avait fait le détenu. Depuis qu'on est rattaché aux hôpitaux, on ne connaît plus les motifs d'emprisonnement des détenus.

Pendant mes quinze premiers jours, je regardais ce qu'avaient fait les détenus. Mais au bout de quinze jours, j'ai arrêté, car au fond cela ne change rien. Aujourd'hui, cela m'arrive encore une ou deux fois par an de téléphoner au greffe en demandant ce qu'à fait M. Tartempion. Sans le feu vert du directeur de la prison, on ne me répond pas.

Finalement, c'est sans doute mieux de ne rien savoir sur les détenus. Mais parfois, face à certaines personnalités curieuses ou délirantes, il est indispensable de connaître le motif de l'emprisonnement. »

2. Le système d'accès aux soins :

L'absence fréquente du médecin faisait que les infirmiers et le surveillant avaient carte blanche sur la gestion de l'infirmierie.

Durant la journée, ils préparaient les traitements prescrits dans des fioles où tout était dissout (surtout pilé) dans de l'eau. (Une fiole matin, une fiole midi et une pour le soir)

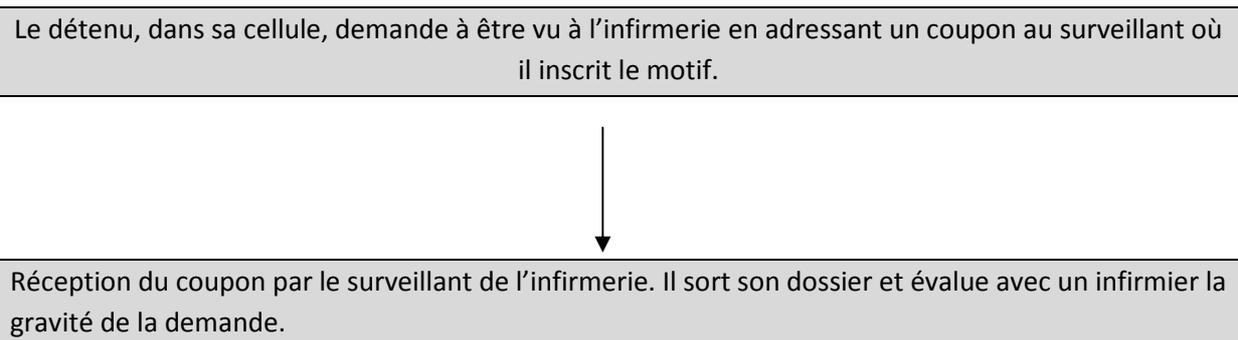
Ils passaient les matins et les midis dans les cellules pour distribuer les fioles, refaire les pansements et faire les soins comme prendre les glycémies des personnes diabétiques. La distribution du soir était assurée par le surveillant. Puis, ils passaient voir les détenus du quartier disciplinaire et d'isolement.

De retour à l'infirmierie, il fallait gérer les demandes de consultations, les urgences voire les hospitalisations.

Le risque d'interactions médicamenteuses n'était pas pris en compte ni les problèmes de biodisponibilité des médicaments.

Ainsi préparés, les traitements pouvaient être aussi bien dangereux que totalement inefficaces.

Voici comment étaient gérées les demandes :



A partir de là plusieurs cas de figure :

- Demande de consultation auprès du médecin sans caractère d'urgence :
 - ✓ L'infirmier ou le surveillant prenait un rendez-vous avec le médecin pour sa prochaine visite ou la suivante selon la place disponible.
 - ✓ Le détenu et son dossier étaient inscrits au planning du médecin.
 - ✓ Le détenu recevait une convocation pour son rendez-vous.

- Demande de soins spécifiques (dentaires, ophtalmologie, ...) :

Problème : ces spécialistes ne venaient pas ou peu à la prison.

- ✓ Demande de rendez-vous auprès d'un médecin à l'extérieur. Mais souvent, les infirmiers se heurtaient à des délais très longs pour un rendez-vous voir des refus et la demande avortait.
- ✓ Si c'était possible, le détenu recevait une convocation si le spécialiste se déplaçait à la prison ou il était prévenu le jour même (quasiment sur l'instant) pour une extraction au cabinet.

- Demande de rendez-vous avec une association (alcool /drogues/tabac...) :

C'étaient les rendez-vous pris les plus facilement. Les associations venaient souvent à la prison.

- ✓ Remise d'une convocation au détenu.

- Demande d'une consultation pour un problème de santé aigu :

- ✓ **Si le détenu voulait n'avoir affaire qu'à un médecin** : (*voir demande de consultation auprès du médecin*)
- ✓ **Si le détenu voulait bien en parler à l'infirmière ou si c'était assez urgent** : le détenu était amené à l'infirmerie où l'infirmière décidait du traitement à donner selon ce qu'elle avait dans ses armoires.

Pour cela, les infirmières avaient réalisé avec le médecin des protocoles de traitements selon les pathologies. Elles tenaient un registre de ces visites et des médicaments administrés que le médecin consultait et signalait à chaque visite.

Exemple de protocole (durée maximale du traitement : une semaine) :

Pour rhume donner : Rhinureflex® 1 comprimé 3 fois/ jour

Toplexil® 1 flacon

Pour mal de dent : Advil® 200 mg 2 comprimés 3 fois/jour

Bain de bouche après chaque repas...

- ✓ **Si le problème ne pouvait pas être maîtrisé par une infirmière** : elle appelait l'hôpital pour extraire le détenu.
 - ✓ **Si la demande venait d'un détenu du quartier disciplinaire ou d'isolement** il fallait attendre que plus aucun détenu ne soit à l'infirmerie pour le faire venir.
- Demande d'une consultation avec le psychiatre :
 - ✓ Prise de rendez-vous à la prochaine visite du psychiatre.

- ✓ Si la demande était urgente ou si le détenu se sentait pas bien du tout : l'infirmière recevait le détenu à l'infirmerie pour discuter et elle pouvait donner des sédatifs légers.

Si cela ne suffisait pas, elle décidait d'une hospitalisation d'office et appelait la DDASS et la police afin de procéder à l'extraction.

Avec cette démarche, Angela Ricou affirme que toutes les demandes de la journée étaient traitées même si elle avoue que la présence d'un médecin plus souvent aurait beaucoup aidé.

Elle estime que la prise en charge des détenus était suffisante en matière de médecine générale et que le problème était essentiellement avec les spécialistes.

A noter, qu'à cette époque, l'initiation des traitements de substitution aux opiacés n'était pas possible en détention.

Les détenus subissaient un sevrage « naturel » rendant certaines journées très difficiles à gérer. Les extractions vers l'hôpital étaient donc fréquentes face aux crises de manque auxquelles les infirmières étaient impuissantes.

De plus, les infirmières ne réalisaient aucun suivi post opératoire puisque les détenus ne revenaient qu'une fois rétablis.

3. Le circuit du médicament :

Une fois par semaine, l'infirmière envoyait un cahier de commande à la pharmacie de ville avec laquelle ils travaillaient ainsi que les ordonnances.

La pharmacie acheminait les médicaments aux prisons dans la journée.

Souvent l'infirmière demandait des produits sans ordonnance qu'elle régularisait une fois la visite du médecin effectuée.

Pour la facturation, c'était un peu du cas par cas.

Soit le détenu avait une sécurité sociale et une mutuelle et la facturation se faisait comme à l'extérieur, soit le détenu n'avait ni l'un ni l'autre (comme souvent) alors s'il avait les moyens il payait sinon la pénitencière prenait en charge les frais dans la limite du raisonnable.

Aucun n'était sur un même pied d'égalité et cela occasionnait des bagarres, des règlements de compte et des vols.

4. La trousse d'urgence :

Il n'y en avait pas ! En cas d'urgence, on faisait appel au SAMU.

La nuit le gardien n'avait que des placebos.

5. Les pathologies :

Bien évidemment, il y avait des détenus atteints du SIDA, Hépatite C, Sclérose en plaques... et leur prise en charge était bien difficile car on n'accordait les extractions qu'en cas d'urgence, leurs traitements coûtaient chers et le suivi par les spécialistes impossible à mettre en place.

Finalement, aucun traitement particulier ne leur était accordé et leurs demandes de consultations passaient avec celles des autres.

6. La visite d'entrée :

Obligatoire pour tous afin de leur présenter l'équipe médicale d'abord (enfin une infirmière) et l'infirmier.

Elle consistait en un bilan de santé général et une mise à jour de leurs vaccins.

Puis, on leur demandait s'ils souhaitaient faire les tests de dépistage du SIDA, Hépatites et Tuberculose.

Seul le dépistage de la syphilis était obligatoire.

7. L'hygiène :

Ce domaine dépendait de l'administration pénitentiaire et du budget qu'elle voulait y accorder.

8. L'éducation à la Santé :

Heureusement, les associations venaient régulièrement faire de l'information aux détenus sur les maladies et les règles élémentaires d'hygiène et de diététique.

9. Les détournements :

En plus du trafic de drogue, puisque la drogue, c'est un secret pour personne, arrive à rentrer dans les murs de la prison comme par magie ; certains médicaments étaient (*et sont toujours*) détournés de leur usage essentiellement pour leur effet « planant ».

Et la loi de 1994 n'a pas réussi à les faire diminuer, au contraire, car, à l'époque, revendre des fioles étaient difficile.

Comme les traitements n'étaient pas pris devant l'infirmier les détenus étalaient le contenu de la fiole sur une compresse ou papier essuie-tout, laissaient sécher et grattaient la poudre qui se formait véritable « cocktail explosif » de médicaments qu'ils sniffaient, revendaient ou marchandait.

Avec l'arrivée des comprimés, ce que l'on étudiera plus tard, un commerce parallèle de médicaments à vu le jour.

Enfin avant 1994, d'autres techniques de détournements de médicaments, devenues célèbres et encore pratiquées actuellement avaient cours comme l'utilisation des bains de bouche comme alcool ou la fabrication d'alcool de fruit avec des fruits et de l'antiseptique ou la simulation de douleurs dans le seul but d'obtenir des antalgiques !

B. La réforme de 1994 :

« 1994, Une année très dure » confie Angela Ricou.

La loi est annoncée mais les décrets d'application tardent plongeant les infirmiers pénitentiaires dans l'attente. L'attente sur le devenir de leur statut mais aussi l'attente de savoir quoi faire ? Comment ? Faut-il continuer à passer les commandes de médicaments à la pharmacie de ville ou celle de l'hôpital va prendre le relais ? Et le stock, que va-t-on en faire ? Les médecins seront-ils les mêmes la semaine prochaine... ?

« Ceci est un appel au secours avant la catastrophe. Janvier 94 : une loi fait passer la médecine carcérale du ministère de la Justice au ministère de la Santé, rattachant chaque établissement pénitentiaire à l'établissement de santé de proximité... Octobre 94 : plus rien, absolument plus rien... Monsieur le ministre de la Santé, nous vous attendons, prenez vite une décision. Accélérez le processus » écrit Véronique Vasseur dans une lettre adressée par voie de presse à Philippe Douste-Blazy. Libération du mercredi 26 octobre 1994.

Huit jours après la publication de cette lettre, les décrets d'application étaient publiés au journal officiel.

A Toul et Ecouves, tout s'est mis en place début 1995.

Cela s'est traduit concrètement par :

- La création des UCSA. Ces unités sont placées sous la responsabilité d'un praticien hospitalier et fonctionnent grâce à une équipe pluridisciplinaire composée du personnel hospitalier. Les infirmiers pénitentiaires étant, pour ceux qui le désiraient, réintégrés au personnel de l'hôpital.

Leur mise en place s'est accompagnée d'une augmentation de moyens en personnel médical (de deux jours de visite à cinq jours), paramédical et équipements.

- Une professionnalisation des soins par l'instauration de procédures calquées sur celles de l'hôpital.

Exemple : l'abandon des fioles pour la distribution des médicaments.

Le personnel de surveillance a apprécié de ne plus distribuer les médicaments qui ne relevaient pas de leur mission tout en s'inquiétant des mouvements de détenus que les nouvelles mesures engendreraient.

En effet, donner les comprimés non dilués permet certes, de responsabiliser le détenu face à son traitement, mais lui permet de stocker, d'échanger ou de racketter les médicaments des autres.

Cet effet pervers, quasi inévitable, (et on verra comment la pharmacie essaie de le limiter) qui représente pour certains la reproduction à l'intérieur des murs d'un mode de vie extérieur, constitue le prix à payer d'une avancée en matière de citoyenneté des détenus vis-à-vis de leur santé.

- ✓ Un hôpital qui devient le partenaire naturel pour l'essentiel des soins non réalisables intra muros.

Une dynamique médicale se crée. Cette dimension prendra du temps : l'établissement de santé doit s'organiser pour être au service de l'UCSA, nouveau service à part entière.

Si tous les services de l'hôpital intègrent l'UCSA cela signifie que :

- ✓ Le service de stérilisation s'occupera de la stérilisation de leurs instruments comme le matériel dentaire.
- ✓ La pharmacie fournira les médicaments, les dispositifs médicaux et le matériel d'orthopédie.
- ✓ La chirurgie et la médecine pourront prendre en charge des détenus. Ainsi, des mesures de sécurité doivent être trouvées.
- ✓ Les urgences répondront aux UCSA si besoin.
- ✓ La radiologie et le scanner réaliseront l'imagerie médicale des détenus.

- La protection sociale du détenu.

Toutefois, l'efficacité de ce système se mesure à la possibilité de travailler ensemble. C'est un partenariat entre quatre administrations pas habituées jusqu'alors à collaborer : la Santé, la Justice, la Police et la Défense (gendarmerie).

Les débuts ont été difficiles. Les infirmières ont vu leur rôle brimé par l'arrivée des médecins. Les surveillants retournent à la sécurité et sont interdits d'accès aux dossiers médicaux.

Maintenant, la mise en œuvre de la réforme est faite depuis plusieurs années et on observe une coopération efficace entre tous.

C. Soigner à l'intérieur des murs :

En 1994, 70% des détenus nécessitaient des soins et les problèmes de soins dentaires concernaient 80% des détenus et à peu près tous les toxicomanes aux opiacés.

La prison est ainsi devenue un lieu de prise en charge de ceux que la société peine de plus en plus à intégrer, véritable observatoire de la précarité pour certains.

Les centres de détention de Toul et Ecouves concentrent une population marginalisée, précarisée par rapport à l'emploi, au logement, au revenu, au tissu social et compensée en partie par des phénomènes de reconnaissance identitaire de groupe. Ces détenus purgent ce qu'on appelle des longues peines (un an et plus) et vont, pour certains passer le reste de leur vie dans ces murs.

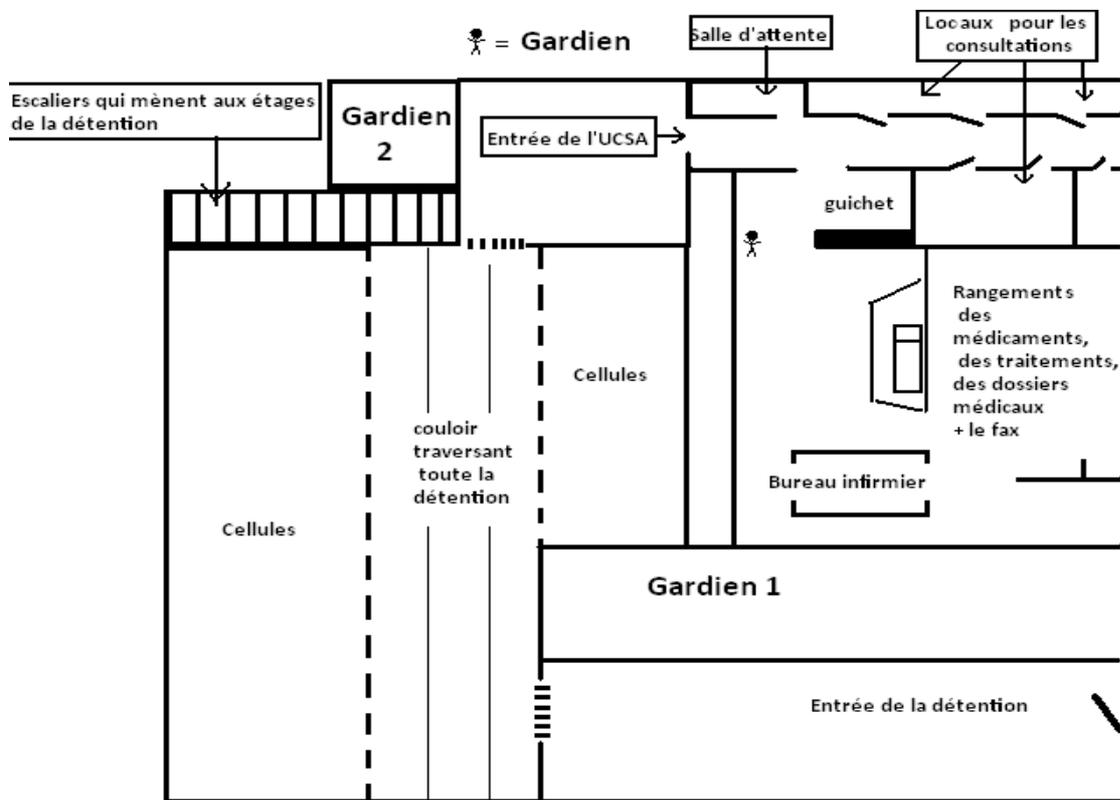
Il faut garder à l'esprit, pour ne pas tomber dans l'excès, que la prison n'est cependant pas et ne doit pas devenir un lieu de soins hospitaliers. Quelles que soient les équipes qui y travaillent, la contrainte carcérale reste au premier plan, et l'admission en prison ne saurait avoir pour motif avoué ou non la possibilité d'être soignée et d'assurer une protection sociale à sa famille et l'amélioration du niveau de soins offerts renforce cette tendance paradoxale.

D. Les UCSA et SMPR (les équipes travaillent ensemble et, au sein de l'UCSA, on parle plus d'équipe de soins somatiques d'une part et de soins psychiatriques d'autres part) :

1. Les locaux :

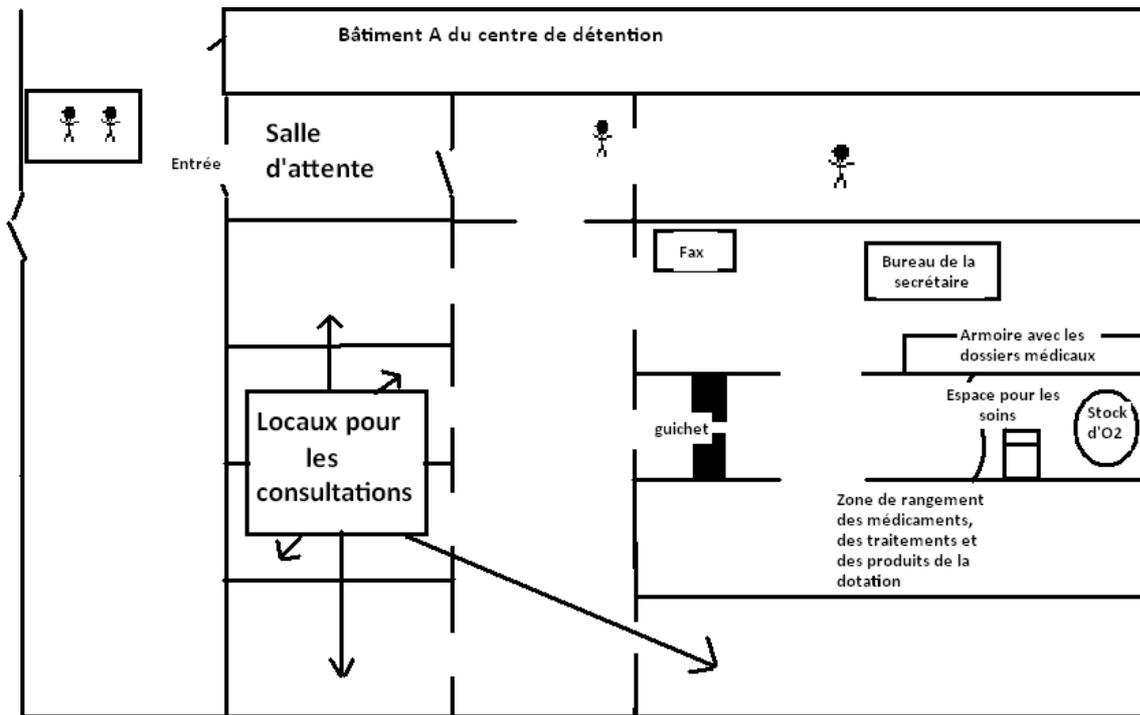
a) Schéma de L'UCSA d'Ecrouves :

Ce schéma n'est pas réalisé à l'échelle ; il est juste là pour donner une idée du lieu.



b) Schéma de l'UCSA de Toul :

Ce schéma n'est pas réalisé à l'échelle ; il est juste là pour donner une idée du lieu.



2. Les équipes médicales :

a) Personnel de surveillance :

Au nombre de deux à Toul et un seul à Ecrouves, ils sont sous la responsabilité du chef de l'établissement pénitentiaire.

Ils sont tenus d'assurer la sécurité et la surveillance des personnes. Les infirmières en place aux UCSA sont rassurées par leur présence et n'hésitent pas à leur demander d'intervenir quand la situation leur échappe avec un détenu (insultes, violence...) et souvent ils interviennent avant qu'elles leur demandent.

Par contre, ils ne doivent à aucun moment :

- Assister aux consultations médicales.
- Participer aux soins.
- Distribuer les médicaments. *(ce qui n'est pas respecté dans les centres de détention de Toul et Ecrouves. Pour les détenus du quartier disciplinaire, ce sont les gardiens qui leur apportent les traitements.)*

b) Personnel hospitalier :

Il est sous la responsabilité du médecin coordinateur de l'UCSA = **Dr Bresciani. S.**

Son rôle est d'organiser le suivi médical des détenus, de coordonner les actions de prévention et d'éducation pour la santé mais aussi d'être à l'origine des mesures d'hygiène collectives et individuelles. Sur ce point le Dr Bresciani a démissionné de cette fonction suite à des conflits avec la direction pénitentiaire.

Maintenant lorsqu'un détenu se plaint de l'hygiène de la détention elle fait un courrier à l'administration pénitentiaire.

Du temps où elle était responsable, elle avait instauré un suivi du lavage des vêtements, des draps et rendu obligatoire la douche au moins une fois par semaine. Depuis ces mesures sont plus ou moins maintenues.

(1) Personnel infirmier :

- **A Toul** :
 - ✓ Trois postes à 100%
 - ✓ Trois postes à 50% : Ce sont des infirmières qui alternent sur deux mois entre le secteur de médecine et les UCSA. Elles aiment cette alternance ; cela leur permet de « décompresser après les UCSA ». Cependant, elles apprécient le travail aux UCSA ; il est « varié, intéressant et permet d'utiliser tout ce qu'elles ont appris y compris de gérer des urgences (coupures multiples, entorses, blessures diverses de bagarres.)»disent-elles.

Elles sont toujours à deux en poste au sein de l'UCSA.

- **A Ecrouves** : On retrouve les mêmes infirmières.

Seulement, dans la journée, il n'y a qu'une seule infirmière pour l'UCSA.

Les infirmières sont sous la responsabilité du cadre infirmier.

Leurs rôles :

- ✓ Dispenser les soins.
- ✓ Administrer les médicaments sur prescription médicale. (les traitements sont préparés à la pharmacie de l'hôpital)

L'administration des médicaments commence par une vérification de l'identité du détenu. Puis, l'infirmière prend son traitement conditionné dans un sachet. Le sachet est remis au détenu et, à Toul et Ecrouves, **c'est le détenu qui vérifie son traitement** ! Il signe le registre de passage et après aucune réclamation ne peut être reçue. (Normalement !)

Seul les traitements de substitution aux opiacés (et surtout la Méthadone®) sont pris devant l'infirmière.

- ✓ Recevoir et trier les demandes de consultations écrites des détenus.
- ✓ Réaliser un entretien avant d'orienter le détenu en consultation. (si le détenu veut bien en parler.)

Dans le cadre de leur attribution, elles peuvent également :

- ✓ Fournir les soins et les médicaments de première nécessité comme du Paracétamol®, Ibuprofène®, Phloroglucinol®, Smecta®...
- ✓ Organiser des formations et des réunions d'informations avec certains détenus.

Ce qui étonnant et important de signaler, c'est que ces infirmières **n'ont reçu aucune formation** pour prendre en charge des personnes incarcérées.

A leurs arrivées, elles ont découvert une population en grande souffrance physique, morale et, pour la plupart, avec un comportement violent. Elles ont dû apprendre à articuler chacune des dimensions de soins (curative, relationnelle et préventive).

Selon les infirmières, pour travailler en milieu carcéral, il faut :

- ✓ Avoir acquis de bonnes aptitudes techniques afin de répondre à des demandes très variées sur le plan somatique.
- ✓ Savoir repérer et suivre de façon journalière les patients à risques (grève de la faim, tendances suicidaires...)
- ✓ Savoir répondre à toutes les demandes ponctuelles d'accès aux soins formulées par les détenus.
- ✓ Avoir une parfaite connaissance des gestes d'urgence. Elles doivent être aptes à secourir toutes les personnes en danger vital, en présence ou l'absence des médecins. Pour cela, elles ont à disposition un matériel de réanimation et des protocoles signés par le médecin.
- ✓ Savoir écouter, créer une relation de confiance indispensable dans le soin.

Mais, bien connaître les limites et avoir assez de caractère pour que la relation soignant-soigné reste saine et efficace.

Dans les UCSA qui nous intéressent, les infirmières sont souvent débordées de travail. La population carcérale est très demandeuse de soins, de médicaments qu'ils essaient de négocier avec les infirmières et les urgences sont quasi quotidiennes. Chaque jour les détenus les « testent » : pour avoir un antalgique, pour un rendez-vous le plus tôt possible, pour avoir leur traitement une semaine avant car ils l'ont « perdu » ou se sont fait voler celui de cette semaine...

Elles avouent même avoir certains jours le sentiment de ne pas pouvoir faire pleinement leur travail et d'être cantonnées à un travail de distribution de traitement ou de « dealeuses » pour les traitements de Méthadone® et Subutex® (= Buprénorphine®) très nombreux dans les prisons.

La partie information, prévention et éducation à la santé est souvent négligée.

Alors que dans certaines UCSA de France, comme à Nantes, des ateliers de réflexion autour d'un thème ciblé sur la santé sont proposés aux détenus par les infirmières. Leur but est d'informer, d'éduquer et surtout de laisser à chacun la possibilité de communiquer ses angoisses et ses interrogations. Le rôle de l'infirmière au sein de ces groupes est, en premier lieu, de permettre un échange, mais aussi, d'apporter un maximum de réponses aux problèmes liés à la santé.

Les infirmières de Nantes ont également apporté un plus à la visite d'entrée des détenus puisqu'elles ont instauré un panoramique dentaire.

En dehors de tous ces exemples, l'éducation doit se faire à chaque instant, que ce soit à l'infirmierie lors d'un soin ou lors de la remise du traitement au détenu au regard de la prescription (comme le conseil à l'officine d'un pharmacien).

(2) Les médecins et spécialistes :

Aux centres de détention de Toul et d'Ecrouves, on a :

- ✓ des médecins, des spécialistes ou d'autres membres du corps médical, qui ne sont présents que s'il y a une demande :
 - Le cardiologue.
 - Le gastro-entérologue.
 - L'alcoologue.
- ✓ d'autres viennent aux UCSA plus régulièrement :
 - Les kinésithérapeutes (deux heures par semaine sur chaque site).
 - Trois dentistes (lundi, mercredi, mardi après-midi et les astreintes le week-end).
- ✓ Par contre, pour consulter un ophtalmologue, il faut faire une extraction.

La prescription de lunettes est remise à la secrétaire de l'UCSA qui contacte les opticiens. Ces derniers présentent différents modèles au détenu. Un devis est ensuite établi puis la facture est transmise à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (tout dépassement est à la charge du détenu).

- ✓ Enfin, on a ceux qui sont régulièrement en poste aux UCSA :
 - Deux psychiatres (deux demi-journées par semaine à Toul et une journée par semaine à Ecrouves).
 - Deux médecins généralistes :

Les généralistes ne font pas d'astreintes ni la nuit, ni les week-ends et les jours fériés (même s'il est toujours possible à l'équipe soignante de leur téléphoner en cas de problèmes).

Si une urgence survient, l'infirmière évalue la situation et contacte le médecin pour savoir quelle démarche suivre. Les urgences du centre hospitalier St Charles peuvent prendre en charge les détenus si besoin ou lorsque le médecin est injoignable.

L'extraction vers les urgences de l'hôpital est organisée le plus rapidement possible par l'administration pénitentiaire en collaboration avec l'UCSA. Le détenu, pour sa part, ne doit en aucun cas retourner dans sa cellule ou contacter quelqu'un avant le départ pour l'hôpital. Il reste à l'UCSA sous surveillance.

En ce qui concerne les urgences psychiatriques, les détenus sont tout d'abord conduits auprès d'une infirmière psychiatrique pour un entretien. Suite à cet entretien, une hospitalisation peut être décidée au secteur psychiatrique de l'hôpital Jeanne d'Arc.

Les médecins généralistes sont en charge :

- **Des consultations médicales :**

La demande de consultation peut émaner du détenu.

Pour cela, il doit remplir une demande :

Formule de demande de consultation médicale. Le document est intitulé "Toul, le" en haut à droite. À gauche, il y a des champs à remplir : Nom :, Prénom :, N° écou : et N° cellule :. Le corps du document commence par "Madame," suivi de "Je souhaiterai avoir rendez-vous avec vous pour le motif suivant :". À la fin, il y a un espace pour la "Signature".

Après réception du coupon, un horaire de rendez-vous lui est remis :

Centre Hospitalier de Toul - Saint Charles -

Nom: _____
Prénom: _____
Cellule: _____

Veillez vous présenter à l'U.C.S.A pour :

- Consultation médicale**
 - Médecin généraliste
 - Cardiologue Anesthésiste
 - Gastroentérologue Chirurgien
 - Lecture IDR
- Soins infirmiers**
 - Bilan sanguin A Jeun
 - IDR Vaccin
 - Pansement ECG
 - Modification traitement
- Kinésithérapeute**
- Opticien**
 - Devis
 - Apporter attestation CMU Cp
 - Apporter votre monture
- Rencontrer le (la) psychiatre**
- Rencontrer le (la) psychologue**
- Rencontrer l'infirmière psy**
- Rencontrer l'ergothérapeute**
- Retirer votre courrier de sortie**

Le À
vo

FORUCS012

La convocation à un rendez-vous peut également émaner du personnel pénitentiaire qui a détecté un comportement alarmant ou du médecin. Il peut à tout moment faire appeler un détenu pour surveiller son état de santé et veiller à la continuité de ses soins ou/et de ses traitements.

Toutefois, le médecin préfère responsabiliser les détenus face à leurs traitements. C'est à eux qu'incombe la responsabilité de savoir quand prendre rendez-vous pour renouveler le traitement. Mais souvent, ils n'y parviennent pas et la pharmacie doit avancer très régulièrement des médicaments.

- **De l'examen médical de tous les arrivants :**

Cette visite a lieu pendant la première semaine d'incarcération.

Les « arrivants » sont placés dans le quartier différencié qui leur est réservé. Ce n'est qu'après la visite médicale qu'ils pourront intégrer la détention.

A Toul et à Ecouves, le médecin reçoit les dossiers médicaux des différentes maisons d'arrêt ou centres de détention. Cela lui permet d'avoir déjà des notions de leurs états de santé et de leurs traitements.

Mais cette visite est aussi là pour établir un premier contact et mettre en confiance le détenu avec l'équipe soignante.

C'est également le moment pour dépister une fragilité physique et psychique qui pourrait mettre le nouvel arrivant en danger.

Le médecin demande des examens biologiques pour ceux qui n'en ont pas dans leurs dossiers ou ceux fournis sont trop anciens.

Il vérifiera les vaccins : DT-Polio, Hépatite B et Grippe.

Un camion équipé du matériel pour permettre de réaliser une radiographie des poumons vient une fois par an et tous les détenus qui n'ont pas eu de scanner ou de rayons dans les six mois sont convoqués.

Pour les arrivants diabétiques, si leurs examens : fond de l'œil, hémoglobine glyquée, examen des pieds, vasculaire... sont trop anciens, ils sont refaits.

Par contre aucun dépistage de maladies n'est fait sans l'autorisation du détenu.

- **Des visites aux détenus des quartiers disciplinaires et des quartiers d'isolements :**

Quand un détenu est « au quartier », le médecin va le voir deux fois par semaine et rédige un certificat d'aptitude à y rester. Le souci est qu'il les voit souvent bien après qu'ils y soient placés.

- **D'examiner les détenus pour fournir des attestations :**

Par exemple : une incapacité de travail, de pratique d'un sport, un changement d'affectation ou une modification du régime de détention.

- **De la décision d'une hospitalisation :**

Lors de celle-ci, il doit s'informer de l'état de santé du détenu.

- **D'assurer la continuité des soins lors de transferts vers une autre prison** (photocopies des premiers éléments du dossier, de la feuille de traitement, des soucis survenus, des observations des psychiatres et des examens à prévoir).

A Toul et Ecrouves, les originaux des dossiers médicaux sont toujours gardés et archivés.

c) Le personnel administratif de l'UCSA :

Aux UCSA, une secrétaire s'occupe de la partie administrative de la prise en charge des détenus.

A Toul de 8h à 17h les lundis, jeudis toute la journée et les vendredis après-midi.

A Ecrouves les lundis après-midi et vendredis matin et les mardis toute la journée.

Son rôle est de gérer tous les courriers médicaux et les frais de remboursement, mais c'est également elle qui prend les rendez-vous à l'extérieur pour les détenus.

3. Les missions de l'UCSA :

En 2003, 189 UCSA desservent l'ensemble des établissements pénitentiaires à l'exception des centres de semi-liberté.

Leurs missions se divisent en 3 grands axes.

a) Les soins :

Cela comprend l'ensemble des prestations de médecine générale, la fourniture des produits à usage médical (médicaments et dispositifs médicaux), l'activité de soins infirmiers incluant la distribution des médicaments, les soins dentaires, les consultations des spécialistes et la permanence des soins en dehors des heures de présence des médecins.

b) L'organisation de l'accueil et de la prise en charge par l'établissement de santé de proximité pour des consultations ou des examens nécessitant le recours à un plateau technique particulier ainsi que pour les hospitalisations urgentes de moins de 48 heures :

Les UCSA de Toul et Ecrouves peuvent demander des rendez-vous pour les détenus dans les centres hospitaliers. Ils sont reçus en priorité au centre hospitalier St Charles de Toul mais s'il faut des équipements médicaux ou des spécialistes que cet établissement ne peut pas fournir alors les UCSA se tournent vers d'autres établissements de santé.

Il n'est pas rare d'organiser des extractions vers le centre hospitalier de Brabois (ex : le suivi des séropositifs au VIH), Central, Jeanne d'Arc (ex : les consultations psychiatriques et la diabétologie),

Maringer Villemin Fournier (ex : les consultations dermatologiques) et, même, en cabinet médical de ville pour les consultations d'ophtalmologie.

Tout est possible si l'état de santé du détenu le nécessite. Il faut seulement une escorte, différente selon la dangerosité du détenu, et d'une garde sur le lieu de consultation. La seconde règle est : un seul détenu part à la fois et ce dernier ne connaît jamais la date à l'avance. C'est l'UCSA qui gère le calendrier des extractions.

Si un détenu a une opération ou une hospitalisation pour diverses raisons de plus de 48 heures, il est accueilli par l'UHSI de Nancy sur le site de Brabois : Unités Hospitalières Sécurisées Interrégionales.

Inaugurée en 2004, elle peut recevoir jusqu'à dix-sept détenus. Il y a dix-sept chambres dont deux sécurisées pour les détenus les plus dangereux.

Le séjour dans l'UHSI est court : une semaine (maximum deux) mais le détenu peut revenir si son état le nécessite et, finalement, y faire de plus grandes périodes. L'équipe médicale est constituée de quatre médecins et, chaque jour, deux infirmières s'occupent des soins (Une seule la nuit). En ce qui concerne les gardiens : trois sont attachés à l'UHSI dont un en permanence avec les infirmières. Enfin, lors des déplacements au sein du centre hospitalier universitaire, pour réaliser les examens, les détenus sont escortés par la police.

Depuis son ouverture, l'UHSI rencontre un véritable succès et parvient à gérer toutes les demandes sans être débordée. Les détenus apprécient l'offre de soins et le centre hospitalier universitaire craint moins d'accueillir des détenus.

c) La coordination des actions de prévention et d'éducation pour la santé :

Cet axe reste, dans nos deux centres de détention, le moins développé ceci par manque de temps.

Cependant, tout type de questions peut être posé aux infirmières de l'UCSA par les détenus.

Dans le cadre du CIDDIST = Centre d'Information, de Dépistage, de Diagnostic et de Traitement des Infections Sexuellement Transmissibles, un infirmier (ancien membre de l'équipe soignante des UCSA) vient s'entretenir individuellement avec les arrivants.

L'idée est de leur parler et de les informer sur les maladies sexuellement transmissibles (MST). Au vue des premiers entretiens, le concept a vite été élargi sur la santé en générale avec un entretien personnalisé selon le souhait du détenu.

Les trois principales problématiques : Les addictions (dont celle aux médicaments), les problèmes de peau qui touchent souvent la détention et se transmettent facilement par la promiscuité entre détenus (mycoses, psoriasis, eczéma, panaris...) et les pathologies hépatiques (hépatites, cirrhoses...).

Dès le début de cette action, il y a trois ans, les détenus ont adhéré et apprécient ces entretiens. Pour certains, cela a été un déclic afin de faire plus attention à leur santé (demande de dépistage, vaccins, sevrage...) ou comprendre les méfaits de la drogue.

Aujourd'hui, il doit intervenir tous les vendredis sur les deux centres mais il manque de temps pour voir tous les détenus. D'où, la proposition à la DDASS (qui finance l'action) de créer une équipe basée

aux UCSA où les détenus pourront prendre un rendez-vous et parler de problèmes de santé. **Cette initiative est à encourager.** Il n'a qu'une crainte : ne pas trouver l'équipe dont il a besoin. Il est évident que les détenus apprécient de parler à un homme (surtout pour les questions sexuelles) et que les personnes (certainement des infirmiers) responsables de cette mission devront mettre entre parenthèses une partie de leur savoir faire pour s'occuper exclusivement de l'éducation à la santé et de la prévention des maladies.

Par contre, il refuse les entretiens de groupe qu'il juge non productifs et souvent faux.

L'explication est simple: pour que les détenus se rendent à ces réunions, il arrive que l'administration pénitentiaire promette une récompense (une permission par exemple). Ainsi, le centre de détention peut afficher une politique d'éducation à la santé efficace. De même, un détenu seul ne joue plus le rôle qu'il a dans la détention, il devient un simple patient qui a des craintes et des questions.

C'est également dans ces entretiens qu'il faut aborder le sujet de la réinsertion et de l'après détention.

4. Le fonctionnement de l'UCSA :

Les UCSA prennent en charge tous les détenus nécessitant des soins dans le centre de détention mais, même en tant que centres pour longues peines, il y a beaucoup de mouvements avec les transferts, les arrivants, les libérations et les hospitalisations.

Comparée à la population des maisons d'arrêt, celle de nos centres de détention est plus âgée et développe des affections chroniques ou psychiatriques graves.

L'autre particularité de nos établissements pénitentiaires est qu'ils reçoivent des personnes handicapées. En effet, quatre cellules à Toul sont « médicalisées » avec lavabo, WC, douche adaptées aux personnes à mobilité réduite ou se déplaçant en fauteuil roulant et d'un lit avec matelas anti-escarres. Mais le souci est que l'établissement n'en possède que quatre alors qu'avec le vieillissement de la population carcérale, il en faudrait plus.

a) Le planning de l'UCSA (du lundi au vendredi):

8h-9h : Prises de sang.

9h-10h : Administration de traitements et de soins (pansements, vaccins, injections d'insuline et contrôle glycémique pour les diabétiques qui ne savent pas gérer leurs traitements).

10h-10h15 : Distribution des médicaments pour les détenus du premier quartier.

10h30-11h15 : UCSA normalement fermée. C'est le temps où les infirmières peuvent faxer à la pharmacie les ordonnances issues des consultations somatiques, psychiatriques ou des spécialistes réalisées depuis le début de la matinée.

11h15-11h30 : Distribution des médicaments pour les détenus du quartier des arrivants.

11h30-11h45 : Distribution des médicaments pour les détenus sortant des ateliers.

13h50-14h : Distribution des médicaments pour les détenus du deuxième quartier.

14h-15h30 : Administration des traitements et des soins.

15h30-17h : UCSA fermée. Réception et rangement des fournitures et des traitements de la pharmacie et les infirmières faxent à la pharmacie les ordonnances des consultations somatiques, psychiatriques ou des spécialistes.

17h-18h : Administration des traitements et des soins.

Mais ce planning n'est pas suivi à la lettre et souvent les infirmières ne peuvent pas fermer l'UCSA à l'heure indiquée et gèrent toutes les demandes à la fois : les fax, les soins, les traitements, la distribution, le rangement des fournitures, les commandes...

A chacune de nos visites aux UCSA, le rythme y était soutenu et les après-midis animées par les urgences. Un journal de l'activité des infirmières est tenu.

Pendant les heures d'ouverture, les consultations ont lieu en fonction de la présence des médecins et des spécialistes. Chacun dispose d'un cabinet pour y recevoir les détenus individuellement et sans escorte. Comme il n'existe qu'un dossier médical gardé dans les armoires de l'UCSA, l'équipe psychiatrique, qui dépend du centre médico-psychiatrique (SMPR) travaille finalement au sein des bâtiments de l'UCSA qui, elle, dépend du centre hospitalier St Charles. Chacun consigne après l'entretien son observation sur le dossier et établit au besoin une prescription.

C'est pour cela que **malheureusement** il n'existe pas de support unique de prescription puisqu'il y a d'un côté les ordonnances psychiatriques et de l'autre les somatiques. Le risque d'interactions et de double prescription est très important ; d'autant plus que les détenus en jouent. Certains essaient d'avoir double dose pour leur traitement en demandant la même chose chez le psychiatre et chez le médecin généraliste. C'est, en général, à la pharmacie que l'on dépiste ces doublons mais ne serait-il pas plus pratique d'avoir un même support de prescription pour tous ?

L'autre point sur lequel il serait judicieux de s'améliorer est la communication entre les équipes :

- L'équipe psychiatrique se réunit une fois par semaine pour discuter de certains cas et un confrère extérieur peut y être invité pour un avis. Mais cette pratique se fait plus rare du fait qu'il faut rémunérer le temps de travail de cette personne et cela revient trop cher.
- L'équipe médicale des soins somatiques et chroniques se réunit en fonction des demandes du personnel ou du cadre de santé.
- L'équipe de la pharmacie participe rarement aux réunions sauf s'il y a des problèmes à exposer.
- Une grande réunion, une fois par mois, s'organise avec des représentants de la pénitencier (directeur, adjoint, gradés, SPIP), le service médical et l'équipe psychiatrique. Le but est de parler des soucis rencontrés, des problèmes d'organisation et des projets futurs.
- Dans le centre de détention qui reçoit les détenus avec les plus longues peines (Toul), il a été créé une commission suicide pour organiser des surveillances de certains détenus.

Le problème du suicide en détention inquiète à la fois l'administration pénitencier et l'équipe médicale.

En temps normal, une ronde est réalisée toutes les deux heures dans le quartier disciplinaire et deux fois par nuit en quartier de détention. Pour les détenus sous surveillance, les gardiens passent selon l'avis du médecin.

Pour en revenir aux réunions, cela reste très cloisonné et finalement lorsque la réunion a lieu, tout le monde a des reproches à faire, on ne prend pas le temps de poser les choses et aucune mesure n'en ressort en général.

Il serait utile et bénéfique pour tous de prévoir d'avantage de réunions ; mais avec des représentants de toutes les équipes et, que les projets visant à améliorer le pôle santé en détention, soient validés par tous avec des dates buttoirs.

b) La distribution des traitements :

Dans les deux centres de détention que nous étudions, la distribution des traitements se fait à l'UCSA mais un système de distribution en cellules, visant à diminuer la fréquentation de l'UCSA, est à l'essai dans certains quartiers du centre de Toul depuis novembre 2009.

Pour le moment nous décrivons le système toujours en vigueur dans le centre d'Ecrouves et dans la majeure partie de la détention à Toul.

(1) Les traitements des maladies chroniques non psychiatriques :

Selon le choix du médecin, les détenus reçoivent leurs traitements pour un mois ou pour une semaine.

Chaque personne incarcérée se présente au guichet de l'UCSA et un sachet (préparé à la pharmacie) contenant les médicaments lui est remis.

Avant de repartir, c'est au détenu de vérifier le contenu et de signer le registre de passage.

Normalement, après cela aucune réclamation comme « dans mon sachet il manquait tant de comprimés de X » ne peut être acceptée.

(2) Les traitements des maladies psychiatriques :

Ces traitements sont délivrés de façon hebdomadaire à partir d'une prescription pouvant durer jusqu'à seize semaines.

Après la distribution se fait comme pour les traitements ci-dessus : le détenu se présente à l'UCSA, vérifie le sachet et signe le registre de passage.

(3) Les traitements distribués à la journée :

Pour certains détenus, gérer leurs traitements est impossible. Soit parce qu'ils ne comprennent pas ou ne veulent pas comprendre (cela fait toujours une sortie dans la journée à l'UCSA), ou cela permet de contrôler les quantités prises dans la journée.

Pour eux, le nombre de comprimés pour la journée est regroupé dans une pochette papier étiquetée au nom du détenu et datée. Ils viennent tous les jours récupérer leurs pochettes.

(4) Les traitements de substitution aux opiacées :

Pour ces traitements (Buprénorphine® ou Méthadone®), les infirmières possèdent une liste des personnes qui les suivent ainsi que leurs dosages.

Les détenus doivent se présenter tous les jours à l'UCSA et les médicaments sont pris devant le personnel soignant.

Les flacons de Méthadone® sont gardés par les infirmières qui les renvoient à la pharmacie avec la nouvelle ordonnance et le récapitulatif des administrations pour le renouvellement.

Le détenu signe également le registre de passage avant de partir.

(5) Les traitements de pathologies aiguës :

En plus des traitements de pathologies chroniques, les détenus consultent les médecins aussi pour des maux comme ceux de Monsieur Tout le monde.

Si la consultation a eu lieu le matin, l'ordonnance aura été faxée à la pharmacie, au plus tard, à midi.

Le traitement est préparé, mis en sachet sur lequel est indiqué le nom du détenu et la première lettre du prénom. Il arrive à l'UCSA dans l'après-midi même ou le lendemain si le produit devait être commandé au grossiste et le détenu vient le chercher.

Si la consultation a lieu l'après-midi, le sachet de traitement n'arrivera que le lendemain après-midi.

(6) Les traitements sans ordonnance :

Les infirmières ont des protocoles et des médicaments qu'elles peuvent donner sans ordonnance puisqu'ils ne sont inscrits à aucun tableau.

Tableau 2 : Les médicaments délivrés aux détenus sans ordonnance :

Médicaments	Quantités disponibles
Biafine® pommade	5
Biocidan® collyre	5
Charbon® gélule	20
Diclofénac® pommade	5
Duphalac® sachet	60
Efferalgan® 500 comprimé sec	500
Forlax® sachet	60
Gaviscon® sachet	96
Gelox® sachet	60
Microlax® canule	5
Normacol® lavement	3
Osmogel® pommade	3
Proctolog® pommade	5
Proctolog® suppositoire	10
Smecta® sachet	120
Spasfon® comprimé	90
Vaseline officinale®	5
Vaseline stérile®	5
Vogalib lyoc® comprimé (max 3 comprimés par jour)	32

Ces traitements sont délivrés pour quelques jours dans l'attente d'un rendez-vous avec le médecin.

(7) Les traitements d'avance :

Si un détenu n'a pas pu avoir de rendez-vous avec le médecin et qu'il se retrouve à court de son traitement, les infirmières peuvent (en régularisant le plus rapidement possible) avancer le traitement puisqu'elles ont dans leurs armoires un stock de médicaments divers : « stock d'urgence »

Tableau 3 : Stock d'urgence de Toul (le même à Ecrouves)

STOCK D'URGENCE DE L'UCSA (TOUL)

DESIGNATION	DOTATION	Qt à commander	LISTE
INJECTABLES			
ATARAX 100mg	2 ampoules		I
BIONOLYTE G 5% 500ml	2 poches		
CHLORURE DE SODIUM 100ml	2 poches		
CHLORURE DE SODIUM 500ml	2 poches		
CLOPIXOL (ASP) 50mg/2ml	5 ampoules		I
FRAVODI 1ml	4 seringues		I
GLUCOSE 30% 20ml	2 ampoules		
GLUCOSE 5% 500ml	2 poches		
HALDOL 5mg/ml	2 ampoules		I
HALDOL DECANOAS	5 ampoules		I
LASILIX 20mg	5 ampoules		II
LEPTICUR	2 ampoules		I
LOVENOX 0,2ml	5 ampoules		I
LOVENOX 0,4ml	5 ampoules		I
LOXAPAC	10 ampoules		I
METHYLPREDNISOLONE 120mg	2 ampoules		I
METHYLPREDNISOLONE 40mg	10 ampoules		I
NALBUPHINE	3 ampoules		I
PARACETAMOL 1g	2 poches		
POLARAMINE	5 ampoules		
PRIMPERAN	6 ampoules		II
PROFENID 100mg	12 ampoules		II
RINGER LACTATE 500 ml	1 poche		
SOLIAN	5 ampoules		I
SPASFON	3 ampoules		
TERCIAN 50mg	6 ampoules		I
TRANKENE 50mg	4 ampoules		I
VALIUM 10mg	4 ampoules		I
VOLUVEN	2 poches		
POMMADES			
AMYCOR crème	2 tubes		
BETNEVAL crème	2 tubes		I
BETNEVAL pommade	4 tubes		I
ZOVIRAX crème	2 tubes		I
COMPRIMES			
AERIUS	30 comprimés		II
ABILIFY 10mg	10 comprimés		I
ABILIFY 15mg	10 comprimés		I

Page 1

DESIGNATION	DOTATION	Qt à commander	LISTE
APRANAX	48 comprimés		II
ATARAX 100mg	15 comprimés		I
ATARAX 25mg	30 comprimés		I
AUGMENTIN 500mg	40 comprimés		I
BIPROFENID	30 comprimés		II
CELEBREX	20 comprimés		I
CHARBON 250mg	30 gélules		
CLAMOXYL 500mg	40 gélules		I
COLCHICINE	20 comprimés		I
CONTRAMAL 100mg	20 comprimés		I
CORDARONE	10 comprimés		I
DAFALGAN CODEINE	20 comprimés		I
DEPAKINE chrono 500mg	10 comprimés		II
DIANTALVIC	50 comprimés		I
DIFFU K	10 gélules		
GLUCOPHAGE 850mg	10 comprimés		I
HEMI-DAONIL	10 comprimés		I
HALDOL 5mg	10 comprimés		I
IBUPROFENE 200mg	90 comprimés		
IMODIUM	60 gélules		II
IMOVANE 7,5mg	20 comprimés		I
INEXIUM 40mg	30 comprimés		II
LASILIX 40mg	10 comprimés		II
LEPTICUR 10mg	10 comprimés		I
LEXOMIL	10 comprimés		I
LOXAPAC 25mg	10 comprimés		I
LOXEN 20mg	10 comprimés		I
MEPRONIZINE	10 comprimés		I
MOTILIUM	60 comprimés		II
MYOLASTAN	30 comprimés		II
NIFLURIL 250mg	40 gélules		II
NOROXINE	20 comprimés		I
NOZINAN 100mg	10 comprimés		I
NOZINAN 25mg	10 comprimés		I
PLACEBO	10 gélules		
PREVISCAN	30 comprimés		I
PRIMPERAN	10 comprimés		II
PYOSTACINE	24 comprimés		I
RHINUREFLEX	150 comprimés		
RISPERDAL 2mg	20 comprimés		I
SERESTA 50mg	20 comprimés		I
SOLIAN 100mg	10 comprimés		I
SOLIAN 400mg	10 comprimés		I

Page 2

DESIGNATION	DOTATION	Qt à commander	LISTE
SOLUPRED 20mg	40 comprimés		I
SPIRAMYCINE+METRONIDAZOLE	40 comprimés		I
STILNOX	10 comprimés		I
TEGRETOL LP 400mg	10 comprimés		I
TERCIAN 25mg	10 comprimés		I
TERCIAN 100mg	10 comprimés		I
THERALENE	25 comprimés		I
THIOLCOLCHICOSIDE	36 comprimés		I
TIAPRIDAL	10 comprimés		I
VALIUM 10mg	10 comprimés		I
VOLTARENE LP 75mg	30 comprimés		II
XANAX 0,50mg	30 comprimés		I
ZECLAR 250mg	10 comprimés		I
ZYPREXA 7,5mg	7 comprimés		I
ZYPREXA 10mg	7 comprimés		I
O.R.L			
BEOTIDE	2 aérosols		I
BRICANYL TURBUHALER	2 aérosols		I
DETURGYLONE	2 flacons		I
IPRATROPIUM	10 doses		I
NASONEX	2 flacons		I
OPLOCET auriculaire	5 dosettes		I
POLYDEXA	2 flacons		I
PULMICORT 200mg	1 aérosol		I
PULMICORT 400mg	1 aérosol		I
SERETIDE 500mg	1 aérosol		I
SEREVENT	1 aérosol		I
TERBUTALINE	10 doses		I
VENTOLINE	4 aérosols		I
COLLYRES			
BIOCIDAN	3 flacons		I
CHIBROCADRON	2 flacons		I
OXYBUPROCAINE	5 dosettes		I
RIFAMICINE	1 flacon		I
STERDEX	12 unidoses		I
TROPICAMIDE	2 unidoses		I
VITAMINE A pommade	2 tubes		I
SACHETS -SPRAY-EXTERNE			
KARDEGIC 160mg	10 sachets		
NATISPRAY	1 spray		II
ECONAZOLE émulsion	2 flacons		

DESIGNATION	DOTATION	Qt à commander	LISTE
STOCK D'URGENCE DENTISTE			
CLAMOXYL 500mg	30 gélules		I
DI-ANTALVIC	30 comprimés		I
IBUPROFENE 200mg	30 comprimés		
PAROEX	2 flacons		
SPIRAMYCINE+METRONIDAZOLE	24 comprimés		I

Page 3

Page 4

(8) Les traitements en piluliers :

A Toul, neuf détenus n'arrivent pas à gérer leurs traitements même à la journée.

Pour eux, les infirmières disposent de piluliers semainiers qu'elles préparent et remettent aux détenus chaque semaine.

Et six détenus du centre de Toul ont également des piluliers préparés par les infirmières, mais se sont des piluliers journaliers (avec séparations matin/midi/soir et coucher). Ils viennent chaque jour récupérer un pilulier.

(9) Pour les détenus du quartier disciplinaire et d'isolement :

Chaque jour un gardien vient prendre leur traitement pour la journée et leur apporte.

Si le traitement était initialement préparé pour la semaine ou le mois le sachet est ouvert et reconditionné pour la journée par les infirmières.

On notera que ceci est interdit par la loi. Les gardiens n'ont pas à être en possession de médicaments.

Mais, c'est un cas exceptionnel et aucun problème ni aucune plainte est à souligner sur cette petite entorse au règlement.

(Le nouveau système de distribution des médicaments trouvera une solution afin que, même dans ce cas, les gardiens n'aient pas accès aux médicaments)

c) Les médicaments et les dispositifs médicaux nécessaires au fonctionnement du service appelés : La dotation de service :

Comme tous les services du centre hospitalier, les UCSA possèdent « une dotation de service en dispositifs médicaux et médicaments ».

Plus précisément, c'est une liste, établie par le chef du service et le pharmacien hospitalier, de médicaments, de dispositifs médicaux dont ont besoin les UCSA pour assurer les soins, pour répondre aux protocoles de traitements, pour gérer une situation d'urgence ou pour instaurer un traitement/modifier un dosage au plus vite si le médecin le demande ou si la pharmacie est indisponible.

Cette liste est revue, en présence des deux responsables, une fois par an.

Tableau 4 : La dotation de service :

DOTA.	MATERIEL	S 1		S 2		S 3		S 4		S 5	
		D	R	D	R	D	R	D	R	D	R
Pl MAT. MEDICO-CHIR. N/STERILE											
100	ABAISSE LANGUE BOIS adulte										
4	COLLECTEUR D'AIGUILLES 2 LITRES										
4	COLLECTEUR D'AIGUILLES 4 LITRES										
2	ECHARPE BLEUE										
50	EMBOUT OTOSCOPE										
100	GANT LATEX EXAMINEX M.M										
100	GANT LATEX EXAMINEX G.M										
200	GANT EXAMEN VINYL T 6/7										
200	GANT EXAMEN VINYL T 7/8										
100	GANT EXAMEN VINYL T 8/9										
50	MASQUE CHIR. BLEU										
50	MASQUE SOINS										
25	MASQUE FFP2										
40	PROTECTION SONDE THERMOSCAN										
20	PROTECTEUR THERMOMETRE DIGITAL										
4	ROULEAU DIVAN D'EXAMEN BLANC										
5	CRACHOIR										
100	ELECTRODES C.D.U.										
50	HARICOT U.U.										
2	GARROT										
MATERIEL MED-CHIR U.U. STERILE											
10	AIGUILLE JAUNE										
20	AIGUILLE ORANGE										
20	AIGUILLE ROSE										
20	AIGUILLE VERTE										
2	AIGUILLE VERTE 50										
200	AIGUILLE MICROFINE 8mm										
10	UNITE DE PRELEV. 21G vert(avec ailette)										
5	UNITE DE PRELEVEMENT 23G bleu										
4	GANT D' EXAMEN STERILE indiquer la taille :										
10	BISTOURI N°11 (sous clé)										
10	BISTOURI N°15 (sous clé)										
20	MASQUE AEROSOL										
2	MASQUE A OXYGENE										
4	LUNETTES A OXYGENE										
2	POCHE A URINE STERILE										
10	SERINGUE 2 ml										
15	SERINGUE 5 ml										
20	SERINGUE 10 ml										
5	SERINGUE 20 ml										
2	SERINGUE DE GAVAGE										
5	SERINGUE INSULINE 0,5 ml										
10	SERINGUE TUBER 1ML AVEC AIGUILLE										
2	SONDE DE FOLEY : Indiquer la CH.										
											P1
FOURNITURES POUR LABORATOIRE											
5	ADAPTATEUR + CORP transparent										
30	AIG.PRELEVEMENT SANGUIN VERTE										
30	CORPS SECURISE vert										
2	CULTURETTE AEROBIE										
50	FLACON 60 ML STERILE A VIS										
300	BANDELETTES POUR GLYCEMIE										
2	HEMOCULTURE facon }										
2	CORPS A HEMOCULTURE }										
2	DISPOSITIF PRELEV SANGUIN)										
200	AUTOPIQUEUR										
100	MULTISTIX 8 SG REF : 12304										
4	POT OPAQUE VIS 210 ml SPA ST.										
2	VACUTAINER A URINE										
10	TUBE BLEU										
15	TUBE GRIS										
30	TUBE MALIVE										
30	TUBE ROUGE										
PANSEMENTS											
4	BIPLATRIX 3 m x 5 cm										
2	BIPLATRIX 3 m x 10 cm										
2	BIPLATRIX 3 m x 15 cm										
2	BIPLATRIX 3 m x 20 cm										
4	BANDE ADH. ELAS. 2,5 m x 3 cm										
4	BANDE ADH. ELAS. 2,5 m x 6 cm										
2	BANDE ADH. ELAS. 2,5 m x 10 cm										
1	BANDE TUBE GAZE N°1										
1	BANDE TUBE GAZE N°12										
20	BANDE EXTENSIBLE 3m x 5 cm										
10	BANDE EXTENSIBLE 3 m x 7 cm										
10	BANDE EXTENSIBLE 3 m x 10 cm										
5	BANDE EXTENSIBLE 3 m x 15 cm										
10	BANDE DE CREPE 4 m x 5 cm										
5	BANDE DE CREPE 4 m x 7 cm										
10	BANDE DE CREPE 4 m x 10 cm										
10	BANDE DE CREPE 4 m x 15 cm										
2	CICAPLAIE 5 m x 6 cm										
600	COMP. N/TISSEE N/ST. 7,5 x 7,5										
1	COTON HYDRO. CHIR. 500 g										
1	COTON CARDE ECRU 500 g										
2	MEFIX 10 m x 10 cm										
1	MEFIX 10 m x 15 cm										
15	SUTURE CUTANEE ADHESIVE 75 x 6										
10	SPARADRAP NON TISSE 5 m x 2,5 cm										
100	FILM ADHESIF TRANSPARENT 14 x 10										
10	FILM ADHESIF TRANSPARENT 6 x 7										P2

Voici les listes de ces dispositifs et du matériel dentaire :



SERVICE DE STÉRILISATION CENTRALE
Demande de dispositifs médicaux stériles

UCSA - Toul

DISPOSITIFS MÉDICAUX A STÉRILISER

Préparation du bain de détergent désinfectant pour instrumentation
 Fait le : Par (nom de l'agent) :

	Prédesinfection réalisée par Nom de l'agent	Qté envoyée en sté	Qté délivrée par la sté
Plateau Fawaz			
Plateau angle incarné			
Ciseaux			
Ciseaux à fils			
Cupule <input type="checkbox"/> moyenne <input type="checkbox"/> grande			
Pince TROELSCH (coudée)			
Pince à échardes			
Pince coupante			
Porte aiguille			
Brosse pour nettoyage du matériel			

Date
 Personne ayant traité la demande (stérilisation): Nom Signature

V1 - 27/03/08

FOR/STE/021



SERVICE DE STÉRILISATION CENTRALE
Demande de dispositifs médicaux stériles

UCSA O Toul O Ecrouves

MATÉRIEL DENTAIRE A STÉRILISER

Prédesinfection de l'instrumentation
 Fait le : Par (nom de l'agent) :

	Qté envoyée en sté	Qté délivrée par la sté		Qté envoyée en sté	Qté délivrée par la sté
Abaisse langue			Matrice		
Aspiration			Miroir		
Brosse			Pièce à main		
Brunissoir			Pince gouge		
Ciseaux chir			Pince ortho		
Contre angle			Plateau dentiste*		
Curette alvéolaire			Porte amalgame		
Curette de Gracey			Porte films		
Davier			Porte matrice		
Décolleur			Précelle		
Ecarteur			Rêpe à os		
Élévateur			Seringue d'anesth		
Escavateur			Sonde		
Fouloir			Spatule		
Fraise			Spatule à ciment		
Fraise à os			Syndesmotome		
Insert à détartrage			Turbine		

* Miroir + Sonde + Spatule + Précelle

USAGE UNIQUE	Qté commandée	Qté délivrée
Compressez NT par 5		

USAGE UNIQUE	Qté commandée	Qté délivrée
Set de sutures		
Champ 45x75		

Envoyé en stérilisation par Le Signature
 Traité en stérilisation par Signature

V3 - 14/11/2008

FOR/STE/038

UCSA - Toul

DISPOSITIFS MEDICAUX A USAGE UNIQUE

	Qté demandée	Qté délivrée
Champ de soins 80 x 90		
Champ de soins 45 x 75		
Champ troué non adhésif		
Compresse non tissées 7,5 x 7,5 (paquet de 5)		
Compresse non tissées 7,5 x 7,5 (paquet de 2)		
Cupule (60 ml)		
Ote agrafes		
Pansements américains		
Set d'ablation de fils		
Set de pansement		
Set de sondage		
Set de sutures		

Date

Personne ayant réalisé la demande (service de soins): Nom Signature
 Personne ayant traité la demande (stérilisation): Nom Signature

e) La trousse d'urgence ou sac d'intervention :

En cas d'urgence, si le détenu ne peut se rendre à l'UCSA, une équipe médicale composée d'un médecin et d'une infirmière accompagnée d'un gardien se rendent dans la cellule et utilisent le sac d'intervention. C'est un énorme sac rouge (comme un chariot d'urgence mais portable) gardé dans la salle de soin de l'UCSA.

Il est régulièrement vérifié pour ne pas avoir de déconvenue lors d'une intervention.

Tableau 5 : Le contenu du sac d'intervention :

SAC D'INTERVENTION UCSA

**TROUSSE JAUNE
INTUBATION**

- 2 Sondes d'intubation N° 6,5
- 1 Sonde d'intubation N° 7
- 1 Sonde d'intubation N° 7,5
- 1 Sonde d'intubation N° 8
- 1 Laryngoscope U.U Adulte
- 1 Pince de Magill
- 1 Canule de Guedel N°2
- 1 Canule de Guedel N°3
- 1 Canule de Guedel N°4
- 1 Masque de ventilation N°3
- 1 Masque de ventilation N°5
- 1 Paquet de compresses
- 1 Seringue de 10cc
- 1 Paire de lunettes de protection
- 1 Rouleau de sparadrah

**TROUSSE BLEUE
VENTILATION**

- 1 bavu équipé
- d'1 filtre anti bactérien
- d'1 masque de ventilation N°4
- d'1 tubulure à oxygène
- 1 Masque à o2
- 1 Masque à aérosol
- 1 seringue 10cc
- 1 aiguille trocard
- 2 doses d'ATROVENT
- 2 doses de BRICANYL

**TROUSSE VERTE
SOLUTÉS PERFUSABLES**

- 1 Flacon NAACL 0.9% 500ml
- 1 Flacon de GLUCOSE 5% 500ml
- 2 Flacon de VOLUVEN 500ml
- 1 Flacon de PERFALGAN 1 gr

**TROUSSE ROUGE
CIRCULATION**

- 2 Tubulures de perfusion sans robinet
- 2 Tubulures de perfusion avec robinet
- 1 Garot
- 2 Seringues de 5cc ; 10cc ; 20cc
- 5 Aiguilles Trocards, aiguilles noires, vertes, oranges.
- 1 Kit de bilan sanguin équipé de différents tubes de corps vacutainer d'aiguilles vacutainer d'adaptateurs vacutainer
- 2 Paquets de compresses
- 1 Flacon de biseptine
- 2 Cathelons 16G ; 18G ; 20G
- 2 Op-site 10cm/14cm

DIVERS

- 1 Couverture de survie
- 1 Appareil à tension
- 1 Stéthoscope
- 1 Lampe de poche + pile
- 1 Sac à poubelle jaune
- Gants à Usage Unique
- 1 Boîte jaune à aiguilles
- 1 Alèse

Par contre, dans les deux centres de détention qui nous intéressent, aucun n'a prévu de registre d'utilisation des produits du sac d'intervention par l'intermédiaire d'un tableau. Pour recommander les produits utilisés, les infirmières utilisent le cahier de commande tout simplement.

Tableau 6 : Exemple de registre :

Etablissement de		N°	
Dotation de la trousse d'urgence			
Désignation du produit	Réserve normale	Quantités consommées	Quantités demandées
		Date et signature du médecin :	

S'il n'y a pas de registre, cela s'explique également par la simple raison que ce sac est très rarement utilisé. En cas d'urgence, une extraction vers le centre hospitalier est organisée au plus vite.

Ce sac est différent de la trousse d'urgence, elle-même, confiée au garde de nuit. Mais, dans nos centres aucune trousse n'est faite. Le garde de nuit ne dispose dans son bureau que d'un flacon d'antiseptique et de pansements.

f) Les moyens financiers et humains des UCSA :

Pour permettre aux établissements de santé de faire face aux missions des UCSA en milieu carcéral, le ministère de la Santé a ouvert, en 1994, une enveloppe nationale de soixante-sept millions d'euros pour financer les dépenses de fonctionnement, de personnel, d'équipement et pour compléter le dispositif de prise en charge médico-psychiatrique déjà existant à l'époque.

Parallèlement, le ministère de la Justice a investi environ 13.6 millions d'euros dans la rénovation des locaux de soins.

Les moyens humains accordés ont été définis en fonction des grilles de référence indicatives figurant dans le guide méthodologique annexe à la circulaire du 8/12/1994 selon deux critères :

- Le type d'établissement : les maisons d'arrêt ou les établissements pour peines. Les premiers nécessitant des moyens plus conséquents en raison de l'importance des flux d'entrées.
- Les catégories de personnel : les temps alloués sont exprimés en ETP (équivalent temps pleins) et par tranche de cent détenus pour les médecins généralistes, dentistes, spécialistes, infirmières et préparateurs en pharmacie mais par tranche de deux cent détenus pour les pharmaciens hospitaliers et les secrétaires médicales.

Dès 1996, un premier bilan a été effectué par la Direction Générale de la Santé. Celui-ci a établi, à partir des synthèses régionales réalisées par les services déconcentrés des ministères de la Santé et de la Justice, que les moyens attribués aux centres hospitaliers avaient été effectivement consacrés à la mise en place des UCSA et a mis en évidence une amélioration certaine de la qualité des soins. Mais, il soulignait également l'insuffisance des moyens en personnel notamment pour les dentistes et les infirmières.

A la suite de ce bilan, les moyens ont été régulièrement renforcés comme le montre le tableau suivant.

Tableau 7 : Les moyens :

Année	Total de l'enveloppe pour les soins somatiques, psychiatriques et la toxicomanie. (en millions d'euros)	Evolution selon l'année précédente (en millions d'euros)
1993	52.1	-
1994	77.3	+25.2
1995	79.6	+2.3
1996	81.3	+1.7
1997	87.5	+6
1998	103.3	+15.8
1999	100.1	-3.2
2000	100.5	+0.4
2001	121.9	+21.4
2002	134.5	+12.6
2003	136.5	+2
2004	141.9	+5.4
2005	148.5	+6.6

(Source : direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, tableau 1 publié dans adsp n°44 septembre 2003 et le site www.psy-desir.com, article 1068)

5. Les soins psychiatriques :

Les missions accordées à cette équipe médicale sont :

- D'organiser l'accueil des arrivants afin de dépister les pathologies mentales
- D'assurer les soins psychiatriques
- D'organiser le suivi psychiatrique de la population carcérale et post-carcérale
- D'assurer la lutte contre l'alcoolisme et la toxicomanie.

a) Des « psychopathes » en détention :

Cinq enquêtes récentes font état d'un pourcentage alarmant de détenus souffrant de troubles mentaux.

En 2006, en France :

- 3.8% des détenus sont schizophrènes et nécessitent une prise en charge
- 17.5% d'entre eux présentent un état dépressif majeur
- 12% sont très anxieux en détention.

Dans les centres de détention qui nous intéressent, l'équipe psychiatrique est submergée par les demandes d'entretiens avec les détenus. L'équipe est composée des psychiatres, de trois psychologues et de trois infirmières psychiatriques : ce sont des infirmières ayant fait toutes leurs études en milieu psychiatrique. Leur rôle est de réaliser des entretiens avec les détenus afin de les rediriger vers les psychiatres si besoin. En aucun cas, elles ne se chargent de l'administration des médicaments ou des soins et elles n'ont aucun droit de prescription.

(1) Pour la distribution des traitements :

Les prescripteurs demandent soit une distribution journalière, soit hebdomadaire.

Le circuit pour recevoir ses médicaments reste le même que celui des traitements somatiques : le détenu se rend à l'UCSA, vérifie son sachet et signe le registre de passage.

Remarque : Le détenu, quel que soit le traitement, peut refuser de le prendre. Son /ses sachets sont gardés quelques temps à l'UCSA (si changement d'avis) puis, ils sont retournés à la pharmacie marqués de la mention : « refuse son traitement » ou « ne se présente pas à l'UCSA ».

Dans ce cas, l'information de refus de traitement est remontée au médecin par les infirmières qui l'indiquent dans le dossier médical.

Etant donné que les traitements psychiatriques contiennent des psychotropes, hypnotiques, anxiolytiques... ce ne sont pas ces traitements qui sont majoritairement refusés et laissés à l'UCSA. En détention, on sait que ces médicaments, s'ils ne sont pas pris par la personne qui a reçu la prescription, ils sont échangés ou vendus entre détenus.

Par contre, le psychiatre, constatant chez un détenu psychotique un refus de toute thérapeutique, a l'obligation de recourir à l'hospitalisation d'office (HO) par arrêté préfectoral dans le centre hospitalier Jeanne d'arc de Dommartin-les Toul pour notre cas et ce, avec ou sans le consentement de la personne.

**PROCEDURE POUR UNE MISE EN H.O. D398
depuis l'UCSA**

Dans le cadre d'une hospitalisation en HO D398 d'un détenu des centres de détention de Toul et d'Ecrouves :

- Faire établir le certificat par un médecin (n'appartenant pas au service de psychiatrie) ;
- En l'absence d'un médecin généraliste : le certificat sera établi par le médecin urgentiste de l'UPATOU après extraction du détenu vers le service des urgences de l'hôpital Saint Charles de Toul (15)
- Informer le service de Psychiatrie (Unité 2) : 03.83.65.64.08

L'original du certificat est à conserver dans le dossier du patient.

Sur l'UCSA :

Transmettre le certificat médical au greffe, qui se charge d'ajouter une fiche pénale au dossier (renseignements sur le caractère de dangerosité) et des formalités auprès de la DDASS et de la préfecture.

Horaires d'ouverture du greffe : 8h à 12h - 14h à 17h00 (vendredi jusque 16h)

Au-delà de ces horaires, faire les démarches depuis l'UCSA.

*Jours ouvrables :

☎ D.D.A.S.S. : 03.83.17.44.44

☎ D.D.A.S.S. (Mme Barthélemy) : 03.83.17.44.17 en semaine

Faxer le certificat à la D.D.A.S.S. : 03.83.17.44.48

La DDASS se charge alors de transmettre le certificat à la préfecture

*Du vendredi 16h au dimanche 19h et fériés : relais préfecture

Contactier directement :

☎ Préfecture : 03.83.34.26.26

Faxer le certificat à la préfecture : 03.83.34.25.15

N.B. La demande d'escorte est faite par la Direction Pénitentiaire

(2) Pourquoi autant de troubles mentaux en détention ?

A cela les infirmières psychiatriques répondent par deux voire trois explications.

- L'EXPERIENCE DE LA DETENTION :

Elles expliquent que beaucoup des troubles mentaux de la détention type anxiété, insomnie, agitation, épisodes délirants ou automutilations sont réactionnels à l'enfermement, à la rupture avec le monde extérieur qu'il occasionne et à l'acte à l'origine de l'incarcération qui revient les perturber. Sans oublier, la loi du monde carcéral, ses codes, son règlement intérieur, celui des caïds et ils sont contraints d'apprendre à vivre avec le BRUIT incessant et si particulier de la prison.

Tout cela est propice aux dépressions, aux passages à l'acte et aux évènements auto ou hétéro-agressifs.

- LA SOCIETE ENFERME DES MALADES MENTAUX :

L'ensemble du corps médical et soignant des UCSA est unanime : il y a en détention des personnes incarcérées qui n'ont pas leur place et devraient être hospitalisées dans des centres psychiatriques spécialisés pour y être soignées.

Finalement, la question la plus importante à se poser n'est pas de savoir comment soigner ces détenus mais plutôt comment faire pour qu'ils n'entrent pas en détention ?

- LES NEUROLEPTIQUES ET AUTRES HYPNOTIQUES : UNE CAMISOLE CHIMIQUE ?

Les psychiatres ne cachent pas qu'ils utilisent pour les détenus dits « difficiles », « dangereux » et « violents » des thérapeutiques médicamenteuses comme camisole.

Ainsi, « le calme dans la détention » est maintenu.

Ils préfèrent répondre aux demandes des détenus, tout en sachant qu'une partie de leurs prescriptions sont détournées et trafiquées plutôt que causer une mutinerie ou une pénurie de drogues (avec les syndromes de manque que cela occasionnerait).

Ces traitements ne sont en aucun cas administrés à l'insu du détenu et la demande de médicaments pour les « calmer » vient le plus souvent d'eux-mêmes.

Extraits de Médecin-chef à la prison de la santé, Véronique Vasseur :

Page 22 : « Un détenu s'est tranché la gorge cet après-midi. Mon collègue lui a fait 50 points de sutures. Le candidat au suicide est au mitard par précaution pour éviter une autre catastrophe, et j'y vais [...] Ce type est immense, très maigre, son visage est tuméfié et couvert d'ecchymoses. Il réclame du « Temesta® » (Lorazépam, une benzodiazépine). Il a la force de reconnaître tous les cachets qu'on lui présente, il sait toutes les formes et les couleurs [...]. On ne peut pas les berner facilement. »

Page 65 : « Petite promenade avant d'aller se coucher. Ils réclament tous des somnifères. »

b) La lutte contre la toxicomanie et l'aide au sevrage :

(1) L'alcool :

L'alcool est interdit dans l'enceinte de la prison. Jusqu'en 1997, les détenus avaient droit de cantiner de la bière (deux par semaine). Aujourd'hui, ils ne peuvent avoir que de la bière sans alcool. Mais malgré cela, un marché d'alcool parallèle se fait dans la détention. Des détenus parviennent à en fabriquer. On a retrouvé des alambics qui étaient faits de fruits macérés avec de l'Hexomédine® (solution alcoolisée utilisée dans le traitement des affections cutanées) et les bains de bouche alcoolisés servaient d'apéritif !

Si on emploie le passé, c'est que depuis ces découvertes, les UCSA ne peuvent plus recevoir de médicaments contenant de l'alcool. Les formes galéniques comme les ampoules buvables, les solutions compte-goutte et les bains de bouche **avec alcool** sont désormais interdites. (Pour les ampoules buvables, cette forme est d'autant plus interdite que le récipient est en verre et qu'il est également proscrit de laisser du verre en possession du détenu.)

Par contre, on sait également que des « fioles » d'alcool sont passées au moment des parloirs conjugaux (comme les drogues) qui sont difficiles à surveiller et la fouille, après le parloir, ne permet pas de les trouver.

A titre anecdotique, un détenu a été retrouvé ivre dans sa cellule. Sa femme lui imprégnait d'alcool les serviettes de toilettes qu'elle lui apportait au parloir.

On estime à 15% le nombre de détenus alcooliques. Et le rôle de l'équipe médicale est de repérer et d'aider ces personnes à sortir de leur dépendance. Un alcoologue ainsi que l'association « Drogues/Alcool/Tabac Info Service » est à la disposition des détenus pour un rendez-vous.

Dans nos centres de détention, il est aussi possible d'initier les traitements de sevrage de l'alcool par AOTAL® ou REVIA®. L'ESPERAL® n'est pas utilisé en raison de ses effets indésirables.

Tableau 8 : Comparatif des 3 traitements de sevrage de l'alcool :

	AOTAL®	REVIA®	ESPERAL®
DCI	acamprosate	naltrexone	disulfirame
Forme galénique et dosage	Comprimés enrobés gastro-résistants de 333 mg.	Comprimés pelliculés sécables de 50 mg.	Comprimés de 500 mg.
Indication	Le maintien de l'abstinence chez un alcoolo-dépendant avec une psychothérapie.	Soutien dans le traitement de l'abstinence chez un alcoolo-dépendant.	Adjuvant dans la prévention des rechutes au cours de l'alcoolo-dépendance.
Posologie	Un patient de 60 kg et + : 2 cp matin/2 cp midi/2 cp soir. Un patient de moins de 60 kg : 2 cp matin/ 1 cp midi/ 1 cp soir.	1 cp par jour.	1 cp le matin au petit-déjeuner.
Effets indésirables	Troubles digestifs. (diarrhées)	Nausées, céphalées, insomnie, asthénie et douleurs articulaires.	Somnolence, arrière gout métallique, mauvaise haleine, troubles intestinaux, troubles neuropsychiques, polynévrites et allergie cutanée.
Durée du traitement recommandée	Un an.	Trois mois.	Pas de données.
Mécanisme d'action	Inhibition du système GABAergique et antagoniste du glutamate.	Pas totalement élucidé. L'alcool entraîne la sécrétion d'opiacés endogènes (d'où la dépendance). La	Inhibiteur de l'acétaldéhyde-déshydrogénase entraînant un fort taux

		naltrexone bloquerait ce phénomène.	d'acétaldéhyde : métabolite de l'alcool entraînant un effet antabuse : bouffées congestives du visage, nausées, vomissements, malaise, tachycardie et hypotension.
Interactions	Une prise d'alcool avec ce produit ne modifie par l'absorption de l'alcool.	CI si traitement par opiacés, la grossesse et l'allaitement. Surveillance hépatique le temps du traitement et CI si insuffisance hépatocellulaire sévère. La naltrexone n'est pas un antidote et ne provoque pas de réaction de type antabuse en cas de consommation d'alcool.	CI : alcool, métronidazole (bouffées délirantes), phénitoïne (augmentation des taux plasmatique de ce produit) et la grossesse (tératogène).
Nombre de détenus traités :	1	0	0

(2) Le tabac :

Si le détenu le demande ou si son état de santé le nécessite, le médecin peut prescrire des substituts nicotiques. A la pharmacie, nous disposons de patchs et de comprimés à sucer de nicotine. Il n'est pas possible de délivrer des gommes à mâcher de nicotine, le risque de les utiliser pour prendre des empreintes de serrures est trop important.

La plupart du temps, la demande émane des détenus. Mais, vue les quantités envoyées dans les centres, on peut mettre en doute le véritable sevrage tabagique. Les substituts nicotiques seraient vraisemblablement plutôt utilisés comme monnaie d'échange ou tout simplement comme palliatifs au manque de cigarettes.

A Toul, six détenus ont une prescription régulière de substituts nicotiques et dix détenus à Ecrouves.

Ceci est sans compter ceux prescrits en traitement aigu.

(3) Les drogues :

Le trafic de drogues existe en prison. D'après les détenus et les gardiens, on connaît les produits qui circulent le plus souvent : le « shit », le crack et l'héroïne.

Mais plus dramatique encore, 7% des toxicomanes ont fait leur premier shoot en prison et 30% continuent à s'y shooter.

Au congrès de médecine pénitentiaire, le problème de la drogue fait débat. Certains affirment que la drogue circule dans les prisons mais c'est le problème de la pénitentiaire. D'autres pensent qu'avec l'offre de soin actuelle c'est à l'équipe psychiatrique de se charger d'aider au sevrage des opiacés.

Sans oublier le risque de transmission de maladies (VIH et VHB) par l'injection intraveineuse de certaines drogues avec de vieilles seringues réutilisées et les risques lors d'associations avec les médicaments. Prenons, par exemple, le risque de dépression respiratoire et d'arrêt cardiaque avec l'association « shit » et neuroleptiques. Il faut faire de l'information, de la prévention et traiter les addictions.

On arrive là, à un point sensible mais incontournable des traitements en détention : les traitements de substitution aux opiacés proposés aux détenus qui, théoriquement, veulent en finir avec la drogue.

Cependant, l'arrivée de ces traitements a créé de nouvelles addictions (aux produits de substitution), d'autres associations dangereuses et de nouveaux détournements (La Buprénorphine® par voie nasale ou intraveineuse).

C'est comme cela qu'à l'UCSA on voit des situations anormales:

- Un détenu non toxicomane à la date de son incarcération fait un malaise de manque.
- Un détenu non toxicomane demande au médecin un traitement de substitution aux opiacés. (pour le vendre, l'échanger contre de la drogue ou est-il devenu accro en détention ?)
- Un détenu non toxicomane, non répertorié dans la liste des traités par Subutex® (Buprénorphine®) que le dentiste ne parvient pas à anesthésier. Ce détenu avouera prendre au moins 8 mg de Buprénorphine® grâce au marché parallèle de la détention. Ses récepteurs morphiniques sont totalement saturés, ainsi le dentiste n'a pas pu l'anesthésier.
- Un détenu non toxicomane à son arrivée devenu dépendant au Subutex® (Buprénorphine®) marchandé dans les couloirs de la détention vient demander au médecin un traitement lui permettant de recevoir sa dose par l'intermédiaire du système médical.
- Les détenus traités par Méthadone® demandent souvent à changer de traitement et à passer à la Buprénorphine® simplement parce que la Méthadone® (forme liquide dans un flacon de verre) est obligatoirement avalée devant le personnel de l'UCSA, elle ne peut pas se revendre, s'échanger ou s'utiliser par une autre voie comparée au Subutex® qui est le plus souvent remis dans la main du détenu et qu'il peut « sniffer », échanger contre de la drogue ou vendre.

Tableau 9 : Comparatif des deux produits de substitution aux opiacés et le générique du Subutex®:

	Méthadone®	Subutex®	Buprénorphine® (forme générique)
Classe pharmacologique	Stupéfiant. Agoniste des récepteurs morphiniques sans effet euphorisant.	Liste I. Agoniste-antagoniste des récepteurs morphiniques.	
Equivalence	60 mg/j	16 mg/j	
Passage dans le lait maternel	oui	oui	
Forme galénique	Flacon unidose de 5/10/20/40/60 mg.	Boite de 7 comprimés sublinguaux de 0.4/2/8 mg.	Boite de 7 comprimés sublinguaux de 0.4/1/2/4/6/8 mg en présentation unitaire.
Voie d'administration	Voie orale.	Voie sublinguale (voie détournée en intraveineuse, inhalée ou fumée).	Voie sublinguale (voie détournée : fumée et inhalée mais pas en intraveineuse du fait des excipients insolubles dans de nombreux solvants).
Traitement réservé à l'adulte et l'adolescent de plus de 15 ans dans le sevrage aux opiacés.			
Délivrance	Fractionnée en 7 j sans indication du médecin.	28 j sans restriction du médecin.	
Suivi	Test urinaire avant et pendant le traitement.	Pas de tests urinaires demandés.	
Dose maximale	Pas de données.	16 mg/j.	
Précautions d'emploi	Syndrome de sevrage si arrêt brutal.	Surveillance hépatique et possible syndrome de sevrage si arrêt brutal.	
Associations déconseillées	Alcool Buprénorphine Naltrexone Dépresseurs respiratoires	Alcool Méthadone Naltrexone Benzodiazépines (décès possible) et autres dépresseurs respiratoires	
Effets indésirables	Chez les sujets pharmacodépendants aux opiacés les effets indésirables sont souvent présents à l'initiation du traitement puis diminuent : <ul style="list-style-type: none"> - Euphorie - Somnolence - Nausées, vomissements et constipation - Hypersudation. 	Les effets indésirables sont moins importants que la Méthadone® du fait de l'activité agoniste-antagoniste sur les récepteurs morphiniques. On observe cependant : <ul style="list-style-type: none"> - Céphalées - Nausées, vomissements et constipation - Somnolence - Insomnie - Hypotension orthostatique. 	

Toutefois, les exemples de Toul et Ecouves ne sont que les reflets de ce qui se passe dans la majorité des centres pénitentiaires.

Si nous reprenons l'enquête publiée en mars 2009 dans le bimestriel « Espace Info Santé : le journal des soignants des UCSA, SMPR et UM-CRA » où 117 établissements ont répondu aux questions relatives aux pratiques de ces traitements :

- ✓ 9.5% des détenus suivent un traitement de substitution.

- ✓ 113 établissements proposent du Subutex® (Buprenorphine) ET de la Méthadone® contre seulement quatre qui ne délivrent que de la Méthadone®.

Si dans nos deux centres, il a été choisi d'avoir les deux spécialités c'est pour des raisons logistiques, en premier lieu, car la Méthadone® nécessite d'être stockée dans une armoire forte.

En second lieu, les médecins ont peur des risques d'overdose avec la Méthadone®.

Enfin, il serait difficile pour les infirmières des UCSA d'organiser la distribution uniquement avec de la Méthadone®. Cela représenterait soixante-douze détenus sur les deux centres qui auraient une prescription de stupéfiants avec un relevé des administrations et cela deviendrait tout aussi compliqué pour la pharmacie qui doit inscrire dans un registre toutes les délivrances de Méthadone®.

- La prescription :

- ✓ Les médecins généralistes sont prescripteurs dans 73.5% des cas et dans 14.3% des cas seuls les psychiatres prescrivent ces traitements.

Finalement, comme dans notre cas, une minorité des centres a choisi de laisser les prescriptions autant aux uns qu'aux autres. (7.3%)

C'est essentiellement pour des raisons de disponibilité des psychiatres que cela a été mis en place ainsi.

- Le dosage :

- ✓ Dans l'enquête, seuls 5.2% des prescripteurs dépassent 16mg/j de Buprénorphine® et 87.2% d'entre eux connaissent pertinemment le risque de dépression respiratoire et d'arrêt cardiaque à des posologies supérieures et /ou en association avec les benzodiazépines (et les autres drogues).

A la date du 19/01/10, voici le relevé des dosages pour nos centres de détention (CD). Jusqu'à aujourd'hui jamais il n'a été délivré de doses supérieures à 16 mg/j de Buprénorphine®.

Tableau 10 : Relevé des dosages de Buprénorphine® :

Buprénorphine®	CD de Toul	CD d'Ecrouves	Remarques
Nombre de traitements	38	34	On impose le nombre de comprimés pour en donner le moins possible afin de limiter le trafic. Cette pratique est souvent remise en cause par les détenus qui aimeraient choisir comment recevoir leurs traitements. Bien sur, ils arrivent souvent à trouver un moyen pour avoir toujours plus de comprimés. Par exemple : ils ont des dosages comme : 5.6mg qui obligent à donner 4 cp de 0.4mg et 1 cp de 4mg.
Dosage moyen	5.52 mg	6.2 mg	
Nombre de détenus à 16 mg/j	1	2	
Nombre de détenus à < 16mg/j et ≥ 8 mg/j	9	6	
Nombre de détenus à < 8mg/j et ≥ 2	23	25	
Nombre de détenus à < 2mg/j et ≥ 0.4 mg/j	5	1	

En ce qui concerne la Méthadone® dans nos centres de détention (sur deux mois de délivrance):

Tableau 11 : Tableau des dosages de la Méthadone® :

Méthadone®	CD de Toul	CD d'Ecrouves	Remarques
Nombre de détenus	2	7	Le nombre de détenus sous Méthadone® change régulièrement. Le fait d'être traité par ce produit entraîne une impossibilité à trafiquer. Il peut être prescrit en sanction à un détenu qui ne respecte pas le traitement par la Buprénorphine®.
Dosage moyen	47.5 mg/j	47.2 mg/j	
Dose maximale	60 mg/j	90 mg/j	

- Le détournement :

- ✓ 36% des établissements estiment le détournement de ces traitements FORT ou TRES FORT ! Ceux qui ne disposent que de la Méthadone® ne l'estiment que très faible ! **Est-ce que ce serait LA SOLUTION ?**

Peut être mais cela n'est guère possible à réaliser sur nos centres.

Afin de limiter le détournement (et certainement pour une raison budgétaire non négligeable) la plupart des établissements interrogés délivre la Buprénorphine® plutôt que le Subutex®.

- ✓ 22% des établissements pilent les comprimés de Buprénorphine®. Cette pratique ne peut pas être encouragée.

On modifie la biodisponibilité du produit en augmentant, déjà, la vitesse d'action (effet flash) mais on réduit incontestablement la durée d'action.

Pour nos centres, les infirmières ne parviennent pas à obliger le détenu à prendre les comprimés de Buprénorphine® (nous ne disposons pas de Subutex®) devant elles, ou, elles les voient les cracher dès qu'ils sortent de l'UCSA (les comprimés ne fondent qu'après deux minutes sous la langue). Le détournement de Buprénorphine® est donc important.

Aucun problème n'est à relater en ce qui concerne la Méthadone®. Les détenus sont longs à ingérer la dose. Le flacon est nettoyé et plus une goutte ne reste à la fin.

Un détournement particulier a été découvert avec la Buprénorphine® : l'utilisation concomitante de Ventoline® en augmenterait l'effet lorsqu'il est « sniffé ». Depuis la prescription de Ventoline® est surveillée.

Si le médecin parvient à déceler un mésusage de ces produits, il est, normalement, dans l'obligation de passer à la Méthadone®. (Mais ceci est rarement fait).

- L'engagement et les tests urinaires :

- ✓ Un établissement sur quatre utilise un engagement oral ou écrit avec le détenu avant de commencer la thérapeutique de substitution.

Dans cet engagement, est prévue une baisse progressive des posologies. Certains établissements précisent d'ailleurs qu'un non respect **peut entraîner** un arrêt du traitement et la mise en place d'un sevrage net.

Mais malgré cet engagement, ces centres n'observent pas de baisses significatives des détournements.

Nos centres ont décidé de réaliser un engagement avec le détenu lors de l'instauration du traitement de Buprénorphine® depuis le mois de décembre 2009. C'est une bonne idée mais on ne peut que douter de l'intérêt que porteront les détenus à ce contrat. S'il suffit de signer pour avoir les comprimés, ils signeront mais cela ne changera pas leurs comportements vis à vis de ce produit.

Voici l'engagement proposé :

CONTRAT DE PRESCRIPTION D'UN TRAITEMENT PAR SUBUTEX		
Le médecin psychiatre de l'UCSA vous prescrit un traitement par SUBUTEX.		
Ce traitement impose des règles de prescription très précises que vous acceptez.		
▪ <u>Règles</u>		
1. La prescription, la durée du traitement, la posologie quotidienne et sa réadaptation si besoin sont établies par le médecin psychiatre, après évaluation clinique lors de la consultation. Pour un suivi médical de qualité au regard de cette prescription, des visites médicales régulières auprès du médecin psychiatre s'imposent. Un refus de votre part à vous présenter à la consultation médicale peut entraîner un arrêt du traitement.		
2. L'UCSA est le seul lieu de délivrance du SUBUTEX.		
3. Le médicament doit être absorbé à l'infirmerie chaque jour devant l'infirmier(e). Le bon usage veut que vous le laissiez fondre sous la langue, jusqu'à complète absorption. Il sera vérifié que le traitement est bien sous la langue. Si vous refusez de vous soumettre à cette règle et/ou en cas de suspicion de tout mésusage, le médecin psychiatre en sera informé, ce qui pourrait entraîner l'arrêt du traitement.		
4. Vous pouvez être soumis, sur décision du médecin psychiatre, à un contrôle urinaire effectué au sein de l'UCSA. Tout refus de se soumettre à ce contrôle ou tout test incorrect, entraînerait une suspension de délivrance de SUBUTEX.		
5. L'association éventuelle à des médicaments de la famille des benzodiazépines est soumise à évaluation médicale.		
▪ <u>Buts du traitement</u>		
La prescription d'un traitement de substitution n'est pas une fin en soi, mais doit être considérée comme partie intégrante d'un projet thérapeutique. Il s'inscrit dans le cadre d'un suivi médical et psycho-social, fondé sur un accord entre le patient et son médecin psychiatre.		
Il est réservé aux adultes et mineurs de plus de 15 ans volontaires pour recevoir un traitement substitutif oral (TSO).		
Le projet final peut être de lutter contre votre dépendance aux opiacés, de mener une vie la plus normale possible et d'aboutir éventuellement après une diminution très progressive et décidée par le psychiatre en accord avec le patient à un arrêt total de ce produit. Le détenu doit se présenter au rendez-vous fixé par le psychiatre pour évoquer l'arrêt du traitement par substitution.		
Je soussignécertifie avoir pris connaissance de ce document et l'avoir approuvé.		
A.....le		
Signature du médecin psychiatre	Signature du patient	Signature IDE / UCSA

- ✓ En ce qui concerne les tests urinaires avant ou pendant le traitement ; les centres devaient répondre par une note : 0 = jamais de test ; 1 = rarement des tests ; 2 = souvent des tests et 3 = les tests sont faits systématiquement.

Les résultats sont extrêmement faibles : 1.22 pour la pratique des tests avant le traitement par Buprénorphine®, 0.77 pendant le traitement par Buprénorphine®, 1.31 avant la mise en place de la Méthadone®, et, 0.86 pendant le traitement par la Méthadone®.

Rappel : 1mg/kg de Méthadone sont suffisant pour tuer un sujet naïf aux opiacés.

Remarque : Les tests sont réalisés uniquement lorsque le médecin a des doutes sur la prise de produits. Il semble, toutefois, important de les faire et suivre la législation en vigueur à l'extérieur. Si l'on se projette dans l'avenir et, lors de sa réinsertion, le détenu, s'il poursuit ce traitement, devra faire des tests qui seront obligatoires ! A cela s'ajoute le dangereux pouvoir des produits sur un organisme qui consomme d'autres drogues ou des médicaments.

c) Les projets de lois pour la santé psychiatrique en détention :

Compte tenu de l'ampleur des besoins en matière de prise en charge des troubles mentaux, le système actuel se révèle insuffisant.

De ce fait, la loi de programmation et d'orientation pour la justice du 09/09/02, prévoit la création d'UHSA = Unités d'Hospitalisations Sécurisées Aménagées permettant d'accueillir l'ensemble des hospitalisations pour troubles mentaux des personnes écrouées. Mais, on constate déjà du retard dans sa mise en œuvre. On espère voir bientôt les dix-sept UHSA promises sur le territoire.

E. Bilan et problèmes des UCSA de nos prisons :

Après avoir présenté le fonctionnement de l'UCSA et la prise en charge des détenus, il faut prendre le temps d'exposer les limites de cette activité et pourquoi pas proposer des solutions ?

Tout d'abord, en abordant ce travail on ne s'attendait pas à trouver une offre de soins aussi bien maîtrisée et, on peut le dire, complète des détenus (avec la possibilité, par exemple, de voir un dentiste en urgence puisque qu'il assure des astreintes, chose dont toute personne en ville aimerait pouvoir bénéficier). Il est proposé aux détenus de Toul et Ecrouves une prise en charge sanitaire quasi semblable à celle de la population générale. Ils peuvent accéder à toutes les thérapies et à tous les spécialistes si nécessaire.

Finalement, seules des contraintes liées à la détention (la sécurité, les moyens financiers, la distance par rapport aux centres de soins, la vétusté des locaux, l'hygiène...) freinent la prise en charge. Tous les rendez-vous peuvent être pris pour une personne du moment que son état de santé le nécessite. Il est vrai que des soucis d'organisation d'escorte, par exemple, peuvent retarder la date du rendez-vous mais également, comme pour tout le monde, le délai d'attente des spécialistes.

Certains diront que les détenus sont exigeants mais il faut se mettre à leurs places : avoir un rendez-vous ou une visite à l'UCSA : c'est déjà du temps de passé et s'occuper de sa santé devient une activité !

De plus, la plupart des détenus arrivent sans couverture sociale et le budget santé n'était pas leur priorité.

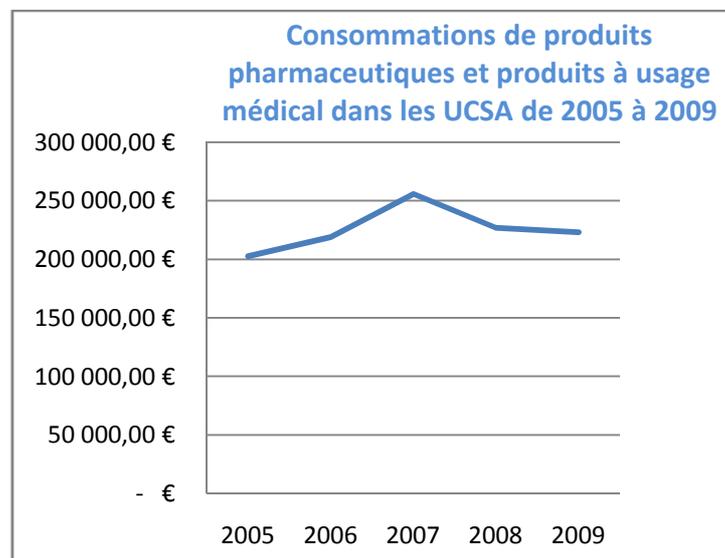
L'arrivée des dentistes a été une révolution ! Un travail énorme les attendait. Les détenus n'avaient pas consulté un dentiste pour la plupart depuis des années. Sans parler des toxicomanes qui ont souvent un état bucco-dentaire déplorable lié à l'usage de drogues.

On arrive à cette conclusion que beaucoup n'aiment pas entendre : pour certains détenus, la détention c'est le moyen de se refaire une santé !

Alors que d'autres, ne s'inquiètent pas de leur santé, de l'hygiène... En détention, des détenus disent qu'ils ont « mis leurs cerveaux devant la porte pour le récupérer à la sortie ». Il est souvent très difficile de travailler avec eux et de leur faire entendre quoi que se soit en matière de santé. C'est là que le travail d'éducation doit prendre le relai !

Maintenant peut-on dire que toutes les maladies peuvent être prises en charge par la détention ? Et les pathologies psychiatriques graves ? Est-ce le but de la détention, de l'UCSA de traiter des cancers, de s'occuper d'handicapés ? L'UCSA peut-elle continuer à affronter le vieillissement de la population carcérale ? C'est à méditer.

A l'UCSA, les infirmières se disent débordées. Un recrutement de personnel et un agrandissement des locaux deviennent nécessaires. Surtout, si l'on suit la progression des consommations du matériel médical et des médicaments, on se rend compte que la demande est toujours croissante.



Les problèmes rencontrés à l'UCSA actuellement sont de toute nature : personnel, organisation, règlementaire...

Voici ceux relevés, les solutions possibles et celles déjà mises en place depuis le début du projet de cette thèse en décembre 2008. La cadre de santé veut modifier le circuit du médicament par une distribution en cellules des traitements et un essai a commencé à Toul en novembre 2009 mais seulement dans certains quartiers de la détention.

1. Problème 1 : La sécurité :

Même avec la présence des gardiens à l'UCSA, les infirmières ressentent un manque de sécurité. Les détenus sont souvent agressifs voir violents envers elles. Cette violence est à la fois verbale et physique.

Elles sont, en effet, régulièrement insultées et des agressions se sont déjà produites, d'autant que finalement pas grand chose (une table) ne les sépare des détenus lorsqu'ils viennent réclamer leurs traitements. Afin de remédier à cela, les locaux de l'UCSA devraient être revus pour que la dispensation des médicaments (les soins nécessitent un contact inévitable) puisse se faire par un guichet.

Autre exemple de manque de sécurité : à Ecrouves, il faut traverser la détention pour se rendre à l'UCSA. Alors qu'une entrée extérieure existe ! Il serait judicieux que l'équipe médicale soit autorisée à emprunter cette entrée.

2. Problème 2 : L'organisation et la communication au sein de l'équipe médicale :

Il est important d'insister de nouveau sur le fait qu'il faudrait plus de médecins (ou des remplaçants lors des vacances). Les infirmières n'apprécient pas d'avoir en charge l'UCSA à elles seules, sans médecin, et de prendre des décisions d'ordre médical (extraction, hospitalisation d'office, traitement...) qui pourraient leurs causer des problèmes.

Le médecin ne consultant pas tous les jours, il arrive qu'il ne soit pas joignable (n'ayant pas d'astreintes), c'est à l'infirmière qu'il incombe de décider / de gérer toutes les situations et les urgences.

Hors, ce n'est pas facile, une mauvaise décision pourrait leurs être préjudiciable. Par exemple, l'administration pénitentiaire n'apprécie pas d'avoir à organiser une extraction non nécessaire. Tout comme l'hôpital, n'aimera pas gérer une urgence qui n'en est pas une !

Il faudrait un médecin en permanence dans les centres de détention ou, au moins, des astreintes.

Après, revenons sur les plannings. Actuellement, un manque de communication, de transmission d'informations et de suivi de travail est à déplorer dans nos centres.

Certes, les infirmières apprécient l'alternance entre les deux UCSA et, parfois, même avec le secteur de médecine du centre hospitalier St Charles. Cependant, il faudrait une équipe attitrée à chaque centre.

Par exemple, la préparatrice en pharmacie demande une information sur un traitement le lundi. Bien souvent, elle n'aura de réponse que la semaine suivante car l'infirmière n'est présente dans cette UCSA que le lundi ! Il faut parfois appeler la seconde UCSA pour connaître une réponse au sujet de la première afin de s'adresser à la personne qui a eu la question. C'est épuisant et l'on constate une perte de temps.

Faute d'une mise en place d'une équipe à chaque centre, un cahier de liaison entre les personnels pourraient être une solution.

Tableau 12 : Exemple de carnet de liaison :

Date	Qui	Questions/ problèmes/ informations à transmettre/ choses à faire...	Date de communication de la réponse et par qui	Actions/ réponses/ solutions trouvées

3. Problème 3 : A leur arrivée, les détenus n'ont pas d'informations sur l'UCSA :

Une fiche de présentation de l'UCSA, son équipe, l'équipe psychiatrique et son planning est en cours de préparation. Elle sera remise à chaque arrivant.

Il faudrait y intégrer les règles élémentaires d'hygiène et expliquer le circuit du médicament, c'est-à-dire comment prendre rendez-vous avec les médecins ou avec les autres spécialistes.

Mais également, une explication de la visite d'entrée avec les possibles tests de dépistage de maladies et leurs importances.

Et pourquoi pas, finir par un engagement du détenu à respecter les règles de l'UCSA.

4. Problème 4 : Une formation pour être soignant en détention ?

Le personnel peut participer aux formations proposées par le centre hospitalier mais rien de spécifique au milieu carcéral n'est proposé hormis « les gestes de premiers secours » utiles en détention.

Une infirmière nous confie que, même avec les conseils d'infirmières déjà en poste aux UCSA et les formations auxquelles elle a participé, elle ne se considérait pas assez préparée à gérer les détenus et à développer un comportement adéquat avec eux.

Il existe un congrès annuel des UCSA, des revues spécialisées du monde carcéral et des sites de dialogues de personnes exerçant en milieu carcéral : www.prison.eu.org; www.sante-prison.com...

Ils permettent d'échanger les expériences, d'exposer les problèmes et voir comment ceux-ci sont abordés ailleurs.

5. Problème 5 : Le manque de relation entre les différentes équipes :

Les problèmes courants de l'UCSA viennent du fait que l'on fait cohabiter plusieurs équipes qui ont leurs obligations propres : les psychiatres, les médecins généralistes, les infirmières, les kinésithérapeutes et aussi les gardiens.

Pour pouvoir être plus efficace, il semblerait judicieux de nommer des représentants de chaque équipe et faire plus régulièrement des réunions.

Tout le monde y gagnerait à plus écouter l'autre, se comprendre et trouver des solutions.

6. Problème 6 : Les gardiens se retrouvent en possession des médicaments des détenus :

Il est formellement interdit que les gardiens ou des détenus distribuent les traitements.

A Toul et Ecouves, cette règle est bien suivie sauf lorsqu'il s'agit des « punis » et ceux mis à l'isolement. (Le quartier d'isolement est réservé aux détenus qui demandent à être séparés des autres.)

Les infirmières ne peuvent pas abandonner l'UCSA pour traverser la détention jusqu'à ces quartiers puisque, dans ce cas, elles devraient être accompagnées impérativement d'un gardien.

Il a été plus facile de demander à un gardien attaché à ces quartiers de venir une fois par jour récupérer les traitements et, ainsi, faire une entorse au règlement.

Cependant, depuis le mois de novembre 2009, à Toul seulement, il a été mis en place une distribution des médicaments en cellule, le temps de midi par deux infirmières (et un gardien) pour les quartiers disciplinaires, d'isolement et celui des arrivants.

Pour l'instant, les infirmières transportent les traitements dans un panier (plus tard un chariot) pour lequel des piluliers individuels ont été achetés, remplaçant ainsi les sachets.

Ecouves garde le premier système où le gardien se déplace et distribue les traitements.

7. Problème 7 : L'hygiène, l'éducation à la santé et un projet de réinsertion :

Le Dr Bresciani a démissionné de son rôle de responsable de l'hygiène dans la détention et personne n'a repris le flambeau !

Depuis, le médecin ne fait que transmettre les lettres de plaintes des détenus à l'administration pénitentiaire. Mais, les retours de ces courriers se font assez rares du côté de l'administration pénitentiaire. Pourtant, le problème de l'hygiène est important dès que l'on touche à la vie en collectivité des personnes.

Il est vrai que les centres sont vétustes. L'été la détention se transforme en véritable sona et l'hiver les courants d'air circulent dans toute la détention. (En partie parce que, l'été, les détenus ne supportant plus la chaleur cassent les vitres.)

Si cela n'avait aucune répercussion sur leur état de santé, on dirait que c'est le souci de la détention. Mais, la chaleur énerve les détenus ; les agressions, les bagarres et les maladies de peau se multiplient l'été et l'hiver tout le monde est malade (rhumes, bronchites, sinusites...) A la pharmacie, pendant une période, on avait l'interdiction de se déplacer aux UCSA jugées « trop dangereuses ».

Apparemment c'est un souci courant dans le monde carcéral. Véronique Vasseur dit page 15 de son livre : « *Les murs des cellules suintent, ruissellent d'eau. Je comprends pourquoi beaucoup de détenus souffrent d'asthme, de maladies de peau, de bronchites, rhinites, sinusites, etc.* » ou page 44 : « *En ce moment, les types tombent comme des mouches à cause de la chaleur. Il doit faire environ 30°C dans les cellules.* »

Des mesures d'hygiène plus strictes doivent être mises en place et la désignation d'un responsable est urgente. Mais à qui confier ce rôle ? L'équipe d'hygiène du centre hospitalier St Charles ne pourrait-elle pas essayer de se rendre dans les centres de détention pour aider dans ce domaine ?

En ce qui concerne la réinsertion du détenu, que ce soient les médecins, les infirmières, l'équipe chargée de l'éducation thérapeutique, tout le monde s'accorde à dire qu'ils sont déjà bien occupés sans cela !

Et remettre d'aplomb un détenu ou, peut être, réussir à stopper son addiction c'est déjà une forme de réinsertion.

On comprend leurs raisonnements et l'on peut admettre qu'en temps que soignant, leur rôle dans la réinsertion est limité. L'équipe psychiatrique peut sûrement faire un bon travail dans ce domaine mais cela requiert une grande motivation du détenu. Une infirmière psychiatrique explique qu'elle pensait avoir fait une réelle thérapie sur un détenu. Il venait régulièrement à des consultations et parvenait à parler de son crime. A sa sortie, cette infirmière a appris qu'il était là pour agressions multiples alors que dans toutes ces séances de psychothérapie il n'avait parlé que de braquages ! Maintenant que le motif d'incarcération ne figure plus au dossier médical, il est beaucoup plus difficile de faire de la psychothérapie et, finalement, cette infirmière a été menée en bateau de A à Z.

Pour le projet de réinsertion, c'est le détenu seul qui doit se prendre en charge actuellement.

Enfin, pour l'éducation à la santé, la mise en œuvre est insuffisante. Les UCSA tardent à mettre en place un projet construit : faute de temps, de moyens disponibles, et, privilégient les soins. L'action

menée par le CIDDIST est une véritable chance pour les détenus de nos centres et on espère que la DDASS donnera son accord à une consultation dans l'UCSA.

8. Problème 8 : Les infirmières estiment que les détenus sont sur-médicamentés.

C'est un fait, les détenus sont extrêmement friands de toutes thérapeutiques. Encore plus s'ils peuvent l'échanger, la vendre, la détourner ou simplement l'utiliser pour « planer » sans pour autant en avoir un réel besoin médical. Ils vont donc consulter pour divers maux et ressortent avec une prescription peut-être pas nécessaire.

Les infirmières se retrouvent absorbées dans leur rôle de dispensation de médicaments et ont même l'impression d'être « des dealeuses » comme se plaisent à les insulter les détenus. Dans un sens, elles leurs fournissent de quoi se droguer et en grandes quantités.

Mais comment arrêter cela ? C'est le médecin qui juge du besoin de prescription. Sont-ils trop conciliants ? Rentrent-ils dans le jeu du détenu ? Et, si l'on va jusque là, permettent-ils ces débordements ?

Il faut comprendre que la population carcérale est particulière. La pression qui repose sur le corps médical est énorme. Un refus de prescription peut entraîner un suicide, une bagarre, un syndrome de manque, une overdose (le détenu allant chercher au marché noir de quoi l'apaiser) ou une agression sur le personnel. Alors oui, pour certains détenus et pour le calme dans la détention, ils rentrent dans leur jeu.

Maintenant, il est impossible d'enlever la responsabilité de la distribution des traitements aux infirmières comme elles le voudraient pour avoir plus de temps pour les soins. Les seules autres personnes habilitées à dispenser des médicaments sur ordonnances sont les pharmaciens ou les préparateurs en pharmacie sous le contrôle d'un pharmacien. Mais, ils ne travaillent pas dans les centres de détention. Cette tâche ne peut être réalisée que par les infirmières !

Ce problème trouve difficilement de solution. Il représente la difficulté même de soigner dans le monde carcéral.

Un exemple, pour limiter les associations de produits psycho-actifs, et, réduire le nombre de passage à l'UCSA pourquoi ne pas utiliser plus de neuroleptiques retards (Haldol decanoas® ou Risperdal Consta®) ?

Seulement cinq détenus sur les deux centres en bénéficient. On aurait moins de traitements à distribuer et la personne ne vient à l'UCSA que toutes les quatre semaines pour son injection. Mais cela entraîne une léthargie complète du sujet, ce qui n'est pas souhaitée, et cela ne rentre pas dans un projet de responsabiliser la personne vis-à-vis de son traitement. Sans parler de l'impact économique du RisperdalConsta®. La forme injectable est nettement plus onéreuse que celle per os.

De plus ces produits retardés sont surtout utilisés quand le médecin veut contrôler son patient pour une longue durée sans avoir à le voir / le surveiller régulièrement. Mais, dans notre cas, les médecins et les infirmières peuvent les rencontrer très souvent.

Enfin, ces cinq détenus ont, par ailleurs, des traitements per os avec hypnotiques ou des médicaments pour contrer les effets indésirables des neuroleptiques injectables (Lepticur®, Sulfarlem S25® par exemple) ! Ils viennent quand même régulièrement à l'UCSA et cela ne diminue pas le nombre de passages à l'UCSA. Tous ces neuroleptiques injectables sont peu utilisés.

9. Problème 9 : Il y a trop de passage à l'UCSA :

Entre ceux qui se présentent à l'UCSA pour récupérer leurs traitements, ceux qui ont une consultation médicale, ceux qui viennent prendre leurs médicaments devant le personnel, les soins, les prises de sang, les glycémies, ceux qui se sentent pas bien, veulent un rendez-vous, ont perdu leurs traitements, les urgences... ; l'UCSA est bondée du matin au soir.

Il faut trouver des solutions pour réguler l'affluence des détenus.

Voici quelques idées :

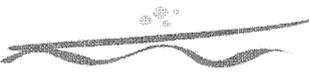
- Afficher la liste (ou remettre aux gardiens pour plus de discrétion) des détenus ayant rendez-vous chaque jour et à quelle heure. Le gardien de l'UCSA pourra décider qui peut rentrer et quand.
 - Afficher la liste des détenus (ou remettre aux gardiens pour plus de discrétion) qui ont un traitement à récupérer tous les jours et ceux qui en ont un durant la semaine.
 - Prévoir un créneau horaire pour les demandes de rendez-vous. (et le respecter !)
 - Parer à toutes les réclamations :
- ✓ Si les traitements étaient vérifiés au regard de la prescription et avec une infirmière, les problèmes comme « il manquait tant de comprimés de « X » dans mon sachet » seraient évités.
 - ✓ Si les infirmières surveillaient les fins de prescriptions, les détenus ne viendraient plus réclamer leurs traitements alors que leurs ordonnances sont terminées. Cela entraîne souvent des conflits, des appels inutiles à la pharmacie suivis d'avances de traitements à répétition.
 - ✓ La pharmacie devrait marquer les sachets par un sigle ou une annotation qui stipule que le détenu reçoit son dernier traitement et qu'il doit reprendre rendez-vous pour avoir une nouvelle ordonnance.
 - ✓ Le médecin avec l'aide de l'infirmière devrait reprendre les rendez-vous des détenus qui suivent un traitement chronique à la fin de chacune de leurs consultations.
 - ✓ La pharmacie devrait être plus stricte et limiter les avances de traitements.

Mais, les infirmières sont face à des personnes qui peuvent devenir très violentes si elles n'ont pas ce qu'elles veulent. Et leur dire qu'elles ne sont pas dans leur droit de réclamer un traitement étant donné que leur ordonnance est terminée n'aide pas à les calmer.

Si l'on parvenait de réguler les passages à l'UCSA par des mesures comme celles citées ci-dessus, les infirmières ne gèreraient « que » les urgences et les troubles aigus en dehors des listes fournies.

Avec la distribution des traitements en cellule, les détenus n'auraient plus à se rendre à l'UCSA pour recevoir leurs traitements. Mais ce projet n'est qu'à son balbutiement et seulement dans le centre de détention de Toul.

Planning de l'UCSA de Toul depuis la dispensation en pilulier des médicaments :



CENTRE HOSPITALIER DE TOUL
... Saint Charles ...

Toul, le 28 octobre 2009

Destinataires :
Direction
Chef de Délégation
Officiers-Gradés
Détention
U.C.S.A.

HORAIRES U.C.S.A.

Matin :

8h30 - 9h30	Bilans sanguins sur présentation de la convocation
9h30 - 11h30	Dispensation des traitements
11h30 - 12h	Dispensation des traitements des détenus sortants des ateliers
12h15	Dispensation des traitements au quartier différencié

Au cours de la matinée activité soignante apparenté aux soins / gestion de la consultation médicale

Après-midi :

14h - 15h30	Soins (pansements sur présentation de la convocation uniquement)
15h30 - 17h	U.C.S.A. Fermé
17h - 18h	Dispensation des traitements
18h	Fermeture U.C.S.A.

Tous les rendez-vous non respectés seront reporté

Docteur S. BRESCIANI
Médecin Généraliste

Mode de diffusion :
Affichage

10. Problème majeur dans le milieu carcéral : Le trafic :

Bien avant l'arrivée du système hospitalier dans la prison, le trafic et les détournements de médicaments battaient leurs pleins. En choisissant d'arrêter les fioles, on a accru le deal de médicaments !

Véronique Vasseur, p 112 : « *Maintenant que les psychotropes ne sont plus dilués dans les fioles et qu'ils sont sous forme de cachets, il y a du stockage. Les surveillants ont trouvé en faisant une fouille une quantité de tranquillisants capable de tuer un bloc entier.* »

Et pour s'approvisionner en médicaments de toutes sortes, les détenus usent de tous les stratagèmes. Ils sont plus au courant sur les détournements de médicaments et sur les associations que n'importe quel médecin ou pharmacien. Ils rackettent les traitements des autres, multiplient les

rendez-vous auprès des médecins pour avoir une double prescription et feignent la maladie ou plutôt la douleur car les antalgiques ont la côte en détention. De même qu'ils sont très habiles pour trouver les failles du système de dispensation :

- Comme on les laisse vérifier seul leurs traitements, ils ont vite trouvé l'astuce de redemander un médicament prétextant qu'il manque ! Ils savent que les infirmières ne pourront pas les contredire. C'est la pharmacie qui a dû oublier de le mettre!
- Ils savent que les psychiatres prescrivent facilement la Buprénorphine®. Il suffit de dire que depuis son arrivée, on se drogue et que l'on veut s'en sortir. Et voilà, une nouvelle prescription.
- Il n'y a pas si longtemps que ça, il n'y avait pas de registre de passage. Il n'a pas fallu longtemps avant qu'ils le découvrent et sont venus plusieurs fois pour le même traitement.

Il faut toujours essayer de savoir s'ils nous mentent. Prenons l'exemple du détenu qui prétend s'être fait voler son traitement :

- Soit c'est vrai.
- Soit il veut une double dose de son traitement pour lui.
- Soit il veut le revendre ou l'échanger.

Alors que croire et que faire ?

Lorsque l'on prend en charge des personnes incarcérées, il faut s'attendre à se faire berner. Sur ce thème, les gardiens partagent leurs expériences et leurs connaissances avec l'équipe médicale. Certains détenus sont connus pour leur trafic et sont surveillés.

Bien sur, les équipes médicales et la pharmacie surveillent les médicaments « à risques de mésusages » : la Buprénorphine®, les hypnotiques, les anxiolytiques, les antidépresseurs, les antalgiques, les benzodiazépines plus spécialement ... Ceux répertoriés comme possédant un caractère planant et à usages détournés.

Mais il a été mis en évidence qu'ils fument le Lipanthyl® (un hypocholestérolémiant= fénofibrate !!), que la Ventoline® (un bêta2 stimulant utilisé dans le traitement de l'asthme =Salbutamol) leur permet de potentialiser les effets de la Buprénorphine® lorsqu'elle est sniffée, que les comprimés de Stilnox® (hypnotique = Zolpidem) ou de Buprénorphine® sont échangés contre du temps téléphonique et qu'un trafic de Renutryl® (boisson hyperprotéinée indiquée dans la dénutrition) règne en détention.

Ce trafic a été long à comprendre ; voici l'explication: le dealer de la détention aime la musculation. Le Renutryl® lui permet de développer plus rapidement ses muscles par cet apport important de protéines.

Résultat : les toxicomanes et ceux sous Buprénorphine® demandent une prescription de cette boisson afin de l'utiliser comme monnaie d'échange.

Finalement, tous les médicaments doivent être considérés comme pouvant donner lieu à un trafic. Il faut d'ailleurs faire attention aux formes galéniques ! Une gélule peut être vidée et remplie avec bien d'autres choses : drogues, Buprénorphine® ou comprimés pilés.

La dispensation doit être plus stricte et combler ces failles. Sans pour autant interdire les médicaments car certains en ont un réel besoin et ce serait même reculer dans la prise en charge. (Revenir avant 1994)

F. Conclusion:

Une prise en charge de la santé des détenus est indéniable à Toul et à Ecrouves.

Le personnel médical fait son maximum pour que l'accès aux soins et aux médicaments soit équivalent à celui de l'extérieur.

Les relations avec l'administration pénitentiaire restent tendues en matière d'hygiène et lorsque l'on parle des extractions.

Au sein de l'UCSA, des mesures doivent être prises afin de faciliter le travail des uns et des autres et pour pouvoir s'ouvrir à un projet de réinsertion et d'éducation à la santé aussi important que les soins.

Il faut sans cesse combattre le trafic et le détournement de médicaments dans la détention et ne pas baisser les bras. Pour cela les UCSA bénéficient de l'aide du service de la pharmacie du centre hospitalier St Charles que nous allons décrire dans une troisième partie.

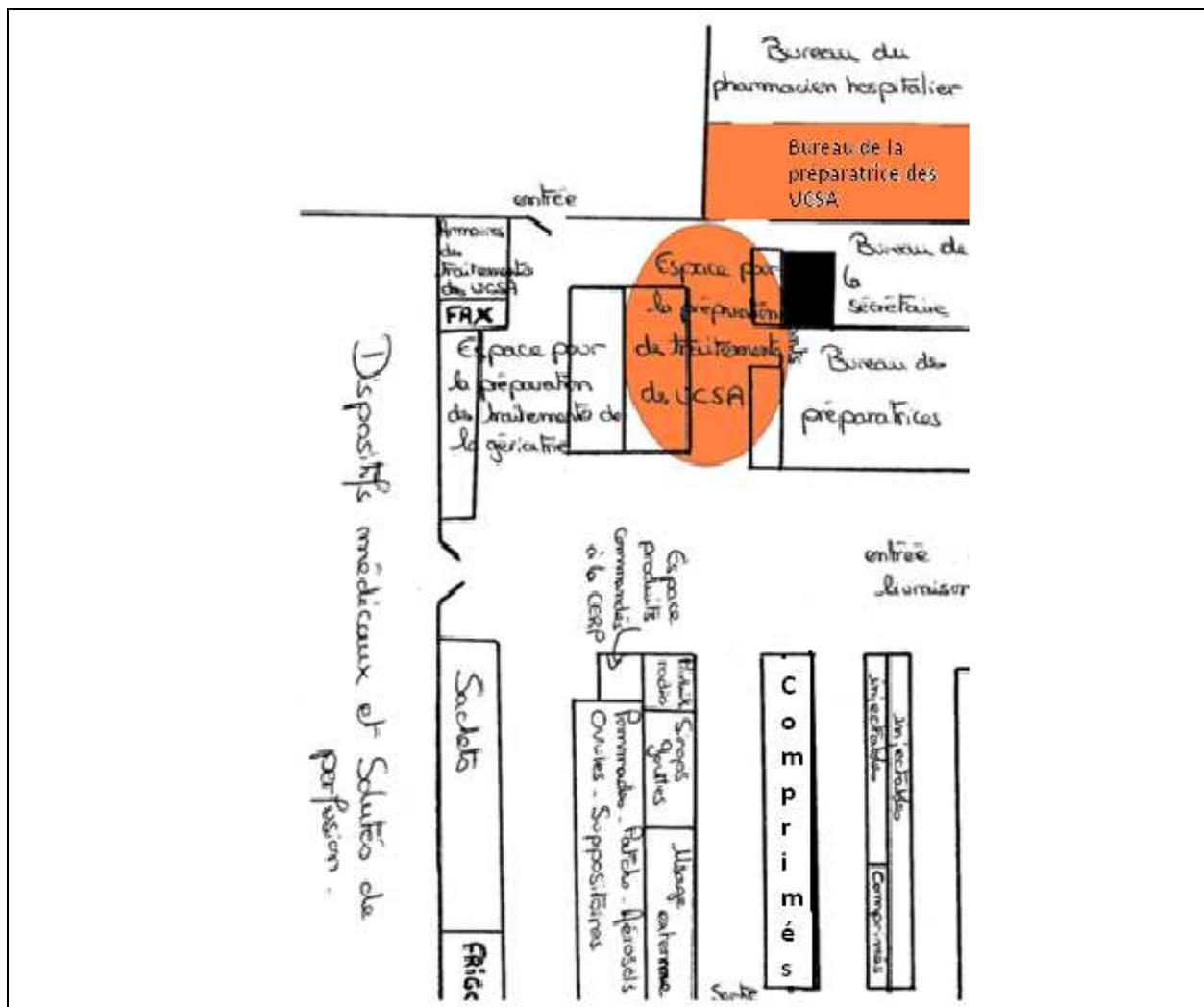
IV. Le service « Pharmacie » du centre hospitalier St Charles :

Depuis le mois de décembre 1995, ce service répond aux diverses demandes des UCSA en matière de médicaments, dispositifs médicaux (DM), orthèses et accessoires médicaux.

Le rôle de la pharmacie est de fournir et d'acheminer rapidement tous les produits nécessaires au bon fonctionnement des UCSA et pour la santé les détenus.

Mais bien au-delà de cette tâche, la pharmacie doit également surveiller, limiter voire arrêter les détournements des médicaments.

A. Les locaux :



B. L'équipe pharmaceutique en charge des UCSA :

Les préparatrices en pharmacie s'occupent de tous les services du centre hospitalier mais en ce qui concerne les UCSA et la gériatrie deux équipes distinctes ont été constituées.

Pour les UCSA :

- Albine : en poste depuis le début de la prise en charge des détenus par le centre hospitalier, c'est elle qui gère tous les traitements distribués « à la journée », les prescriptions de Buprénorphine® et les documents à faire parvenir aux UCSA pour assurer la traçabilité des traitements.

Du fait de son expérience, c'est vers elle que se tournent les équipes des UCSA et de la pharmacie lorsque surviennent des problèmes ou des demandes plus spécifiques.

- Aline et Hélène : Préparatrices en pharmacie, elles sont responsables de tous les autres traitements et de la dotation de service.
- Sandrine : Préparatrice en pharmacie, elle remplace les trois autres lorsqu'elles sont absentes. Normalement, elle fait partie de l'équipe de la gériatrie.

Une entre-aide est importante dans cette équipe et tout le monde sait comment fonctionnent les différents services de façon à aider les collègues lorsqu'elles sont débordées de travail. Donc, on peut également nommer : Nathalie et Christine (également préparatrices en pharmacie) qui apportent une aide non négligeable.

Le problème est **qu'aucun temps de pharmacien n'est budgété au niveau des UCSA**. Mme Detoul, en tant que chef du service pharmacie se renseigne et surveille les pratiques des UCSA.

Cependant, elle ne peut pas contrôler toutes les ordonnances et ne se rend qu'occasionnellement dans les centres de détention faute de temps. Ce rôle serait du ressort du pharmacien référent des UCSA mais ce poste n'existe pas encore !!

Si l'on va plus loin, actuellement par ce manquement, toutes erreurs de dispensation pour les UCSA seraient reprochées au pharmacien hospitalier. C'est pour cela que, régulièrement, Mme Detoul demande que ce poste soit budgété. Dans les conditions actuelles, ce rôle n'est qu'en partie assuré.

La demande semble avoir été entendue mais le pharmacien n'arrivera pas avant l'été 2010. Elle reçoit les quelques lettres de plaintes des détenus, participe aux réunions (lorsque la pharmacie est conviée) de l'UCSA et supervise les préparatrices.

Ensuite, on peut intégrer dans l'équipe pharmaceutique déléguée aux UCSA : les chauffeurs !

La pharmacie n'étant pas implantée dans les centres de détention, des chauffeurs acheminent une à deux fois par jour des caisses fermées par cadenas à code renfermant l'ensemble des traitements préparés.

Le planning des chauffeurs du lundi au vendredi : (pas de livraison le week-end)

- Avant 9H30 : Il va récupérer les caisses de la veille dans les deux centres en partant du centre hospitalier. Il en profite pour appeler la pharmacie et demander s'il n'y a pas quelques choses d'urgent à livrer en même temps.
- Vers 10h30 : Il dépose les caisses à la pharmacie. Ces caisses sont remplies par les infirmières des UCSA des retours de médicaments, du cahier de commande et des prescriptions de stupéfiants accompagnées de leurs relevés d'administrations. (+ le cahier de renouvellement de la dotation le lundi)
- A 15h30 (16h maximum) : le chauffeur repasse à la pharmacie et apporte les caisses aux UCSA.

Pour pouvoir contenir tous les produits, la pharmacie dispose de quatre caisses avec une fermeture par cadenas à code que seuls les deux services connaissent.

Afin de communiquer entre service, on dispose en plus des caisses et des cahiers, d'une ligne téléphonique reliée directement aux UCSA et d'un fax permettant à la pharmacie de les joindre et inversement.

Deux préparatrices préparaient les traitements dans les locaux des UCSA et commandaient les médicaments à la pharmacie en grosse quantité. Mais cette pratique a été dénoncée par l'inspection car elles travaillaient sans le contrôle effectif du pharmacien.

Maintenant tout est réalisé à la pharmacie, on peut le regretter car on avait remarqué que le fait de préparer les traitements directement au sein de l'UCSA améliorerait les relations avec le service et les problèmes se résolvait plus facilement / plus rapidement.

C. Organisation :

1. Les grands principes qui dictent le travail à la pharmacie pour les UCSA :

a) Les produits agréés aux collectivités :

Dans un centre hospitalier, pour pouvoir fournir une spécialité aux services, elle doit être « agréée aux collectivités » ; c'est-à-dire autorisée à être stockée et utilisée dans les collectivités comme les hôpitaux.

L'achat et l'utilisation des médicaments par les collectivités publiques, notamment les établissements hospitaliers, sont subordonnés à une inscription sur une liste ad hoc. Cette liste est fixée par arrêté ministériel. Le laboratoire qui commercialise la spécialité demande l'agrément auprès du ministère. D'autres médicaments peuvent être inscrits exclusivement sur cette liste d'agrément aux collectivités, leurs prix sont alors libres et le financement assuré par les recettes générales de l'établissement public.

A la pharmacie hospitalière, pour savoir si une spécialité est « agréée » ou non, on consulte le « Pharm'index de chez Vidal » : c'est le répertoire administratif et économique des spécialités pharmaceutiques, diététiques, dermato-cosmétiques, les accessoires et les produits vétérinaires.

Mais on peut trouver le renseignement également dans les banques de données telles que : Thériaque, Claude Bernard...

D'une manière générale, les médicaments inscrits sur la liste des médicaments remboursés aux assurés sociaux bénéficient aussi de l'agrément aux collectivités, sauf exceptions comme l'homéopathie.

Il faut toujours vérifier dans le répertoire car il n'y a pas de véritable règle. Certains dosages de spécialités peuvent être inscrits aux collectivités et un autre pas.

Ou bien, dans une classe pharmaceutique, certaines spécialités seront inscrites et d'autres pas alors qu'elles ont toutes la même indication, le même taux de remboursement et la même forme galénique !

Quelques exemples :

- ZYBAN® : non agréé mais le CHAMPIX® agréé.
- SCOPODERM® : spécialité non remboursée mais agréée.
- VITAMINE B1B6 : spécialité non remboursée mais agréée.
- HEPTAMYL® en boîte de 150 comprimés est agréée mais celle de 20 comprimés n'y est pas.

Si le médecin demande un médicament non agréé aux collectivités, on a deux possibilités :

- Le médecin rédige une « demande d'autorisation d'utilisation nominative à titre exceptionnel d'un médicament non agréé aux collectivités ». C'est un formulaire élaboré par le pharmacien hospitalier qu'il doit faxer à la Direction Générale de la Santé et à la Haute Autorité de Santé.

Cette procédure est longue, rébarbative et les médecins ne l'utilisent pas.

- Le médecin contacte la pharmacie pour trouver un proche équivalent agréé aux collectivités.

En ce qui concerne les demandes des détenus pour des produits cosmétiques (lotion micellaire, phytothérapie, les dentifrices de pharmacie, les crèmes pour les mains et les colles pour appareils dentaires...), l'administration confie cette tâche à un gardien qui se rend dans une pharmacie de ville.

Exemplaire du formulaire :

Imprimer formulaire

**DEMANDE D'AUTORISATION
D'UTILISATION NOMINATIVE A TITRE EXCEPTIONNEL
D'UN MEDICAMENT NON AGREE AUX COLLECTIVITES**

A remplir par le Pharmacien Hospitalier	
Imprimé à FAXER ou ENVOYER à : Direction Générale de la Santé Service DGS1-3A : médicament 8, avenue de Ségur 75350 Paris 07 SP TEL. 01 40 56 60 00 FAX. 01 40 56 50 56	Date de la demande
Copie à FAXER ou ENVOYER à : Haute Autorité de Santé DEAPS - SEM 2 avenue du Stade de France 93218 Saint-Denis la Plaine Cedex TEL. 01 55 87 38 53 FAX. 01 55 87 41 97	Renouvellement ? <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non
Nom du Pharmacien	Date de la demande précédente
TÉL	
FAX	
Signature	Cachet de la Pharmacie d'Etablissement

A remplir par le Médecin Prescripteur			
Médicament concerné		Patient Bénéficiaire	
Nom ou DCI ou Code <small>(en majuscules)</small>	Forme	Nom <small>(2 prem. lettres)</small>	Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Dosage	Posologie	Prénom <small>(2 prem. lettres)</small>	Age
	Durée de traitement		Poids
Résumé du cas clinique motivant l'utilisation d'un médicament sans agrément aux Collectivités			
Indication			
Justification (traitements antérieurs, absence d'alternative), préciser:			
<small>(le cas échéant continuer le résumé sur une feuille comportant le nom du médecin et les trois premières lettres du nom du patient)</small>			
Date			
Nom du Médecin Prescripteur			
Service			
TÉL			
FAX			
	Signature		Cachet du Médecin

Loi n°48-1289 du 18 août 1948
Décret n°82-253 du 16 mars 1982

b) Sorties de stock :

A la pharmacie du centre hospitalier St Charles de Toul, on réalise des sorties de stock par service et non nominativement.

Chaque service possède un code UF et chaque produit a un code relié à un code barre pour permettre les sorties de stock par l'utilisation du système informatique.

UF du centre de détention de Toul : 3482 et celui du centre de détention d'Ecrouves : 3481.

La pharmacie a quatre lecteurs de codes barres.

Pour réaliser une sortie de stock, le lecteur demande :

- UF : à saisir grâce au clavier du lecteur.
- La personne qui exécute la sortie : chaque préparatrice en pharmacie à un code à saisir.
- La date.

Il ne reste plus qu'à scanner chaque code barre dès que l'on prend une spécialité et indiquer la quantité à sortir.

Enfin, il faut « vider » le lecteur afin que le logiciel de gestion des stocks fasse les sorties à l'UF correspondant et ainsi connaître les consommations et le budget consommé par chaque service.

Une particularité des centres de détention est que toutes les sorties de stock de vaccins et de médicaments contre la tuberculose ne sont pas mis « sur le compte » des UCSA mais sur celui du centre de vaccination et de lutte contre la tuberculose car ces activités sont valorisées sur ces UF.

c) Le cas particulier du milieu carcéral :

Pour limiter le détournement de médicaments certaines formes sont interdites dans la détention.

Il s'agit des ampoules buvables, des spécialités contenant de l'alcool comme les bains de bouche (sauf le PAROEX® sans alcool) et les gommes pour les substituts nicotiques. Aucune seringue n'est donnée au détenu, s'il a besoin d'une injection le produit sera remis à l'UCSA qui convoquera le détenu pour l'administration du produit sauf l'insuline, si le détenu sait réaliser l'injection, il peut avoir son insuline dans sa cellule.

On évite, si possible, les formes effervescentes et les gélules. On remplace par l'équivalent sous forme de comprimés secs.

Pour le conditionnement :

On ne remet pas les boîtes dans les sachets de traitements seulement les blisters et on déconditionne pour avoir la quantité exacte.

La pharmacie ne possède pas de blisteriseuse et les comprimés ne sont pas reconditionnés. Mais les préparatrices essaient de garder au maximum les mentions légales en découpant le blister.

Pour les autres formes galéniques et autres fournitures médicales:

Tableau 13 : Les formes galéniques :

Formes	Gestion à la pharmacie	Remarques
Pommade	Un tube est délivré dans son sachet de traitement.	Si ce n'est pas suffisant, le détenu en redemande aux infirmières qui le commandent via le cahier à double feuillets remis quotidiennement dans les caisses pour la pharmacie.
Patchs	La quantité exacte du traitement est délivrée dans le sachet.	Pour les patchs de nicotine, on donne 28 patchs dans le sachet de traitement.
Suppositoires	On délivre la quantité exacte du traitement.	
Sachets	Une boîte entière est délivrée dans le sachet de traitement.	Si ce n'est pas suffisant, il en redemande aux infirmières qui les commandent via le cahier à double feuillets remis quotidiennement dans les caisses pour la pharmacie.
Sirops et solutions	Forme à éviter.	Si nécessaire, comme le Toplexil®, un flacon est remis au détenu, sinon la prise se fera devant le personnel de l'UCSA qui garde le flacon. Pour les gouttes, elles sont mises dans un pot ECBU donné au détenu.

Aérosols	Un flacon est délivré dans le sachet de traitement.	Si ce n'est pas suffisant, il en redemande en échange d'un flacon vide aux infirmières qui les commandent via le cahier à double feuillets remis quotidiennement dans les caisses pour la pharmacie.
Rénutryl®	Prescrit sur les ordonnances.	La pharmacie attend la demande des infirmières des UCSA pour faire partir un ou deux cartons de Renutryl®. La demande est faite sur le cahier de commande à double feuillets. Le nom des détenus est inscrit sur les boîtes par les infirmières pour limiter le trafic.
Stupéfiants	Ordonnance spéciale pour les Stupéfiants. La Buprénorphine® est prescrite sur des ordonnances de traitement classique.	Toutes les délivrances de stupéfiants (hors Buprénorphine®) sont inscrites dans l'ordonnancier. Avant tout renouvellement, la pharmacie attend de recevoir l'ensemble des emballages vides du traitement précédent et contrôle le registre des administrations. Toute erreur bloque le renouvellement du traitement.
Produits de la chaîne du froid	Tout est commandé par le cahier de commande à double feuillets ou lors du renouvellement du stock de la dotation de service.	Afin de respecter la chaîne du froid, les produits sont mis dans des sacs isothermes avant de les envoyer aux UCSA.
Dispositifs médicaux	Tout est commandé par le cahier de commande à double feuillets ou lors du renouvellement du stock de la dotation de service.	
Orthèses et contention	Les ordonnances sont faxées à la pharmacie qui contacte l'UCSA pour leur demander de prendre les mesures nécessaires pour commander au fournisseur ou au grossiste.	Une fois l'orthèse reçue, elle est mise dans la caisse avec le nom du détenu dessus. La pharmacie dispose de quelques modèles de ceintures lombaires, d'attelles de cheville...

d) Travailler en réalisant un double contrôle :

Afin d'éviter au maximum les erreurs lors de la préparation des traitements (oubli d'un médicament ou de seulement quelques comprimés...), à la pharmacie, on utilise le double contrôle.

Pour l'expliquer il semble plus judicieux et plus simple de prendre un exemple.

Exemple : Détenu Mr X a sur son ordonnance pour une délivrance hebdomadaire :

- Seresta® 50mg (comprimés): 1-1-1-0
- Imovane® 7.5 mg (comprimés) : 0-0-0-1

Le tout pour quatre semaines.

Le double contrôle consiste pour la préparatrice qui prépare le traitement (le mieux étant que deux personnes travaillent ensemble) à :

- Sortir quatre sachets et indiquer le NOM et la première lettre du prénom du détenu.
- Prendre le lecteur et attribuer les sorties de stock des produits au bon service.

Soit : $4 \times 7 \times 3 = 84$ comprimés de Seresta® 50mg et $4 \times 7 \times 1 = 28$ comprimés d'Imovane® 7.5 mg.

- Répartition des quantités demandées dans les sachets.

Logiquement, à la fin des quatre sachets, il ne doit pas rester de comprimés ou en manquer. (D'où l'intérêt d'une deuxième personne pour contrôler la première).

Même technique pour les traitements mensuels et quotidiens.

e) Le code couleur :

Pour ne pas confondre les deux centres de détention à la pharmacie, il existe un code couleur.

- Tous les traitements d'Ecrouves portent les mentions : Nom, première lettre du prénom... en vert ou noir.
- Tous les traitements de Toul portent les mêmes mentions mais en bleu ou rouge.

Cela permet, lors du rangement, de repérer le sachet qui n'est pas dans la bonne armoire ou la bonne caisse.

Pour les ordonnances, avec le numéro du fax on connaît le centre de détention à l'origine de l'envoi.

f) Les stocks de médicaments et des dispositifs médicaux :

Il faut savoir que le centre hospitalier ne peut pas commander, en terme de quantités, au grossiste comme le font les pharmacies de ville.

Les médicaments sont inscrits dans un livret : « le livret du médicament de l'hôpital ».

C'est à la charge du pharmacien de choisir avec quels laboratoires il veut travailler et passer ses commandes en fonction des appels d'offre. Pour cela, on appelle une DCI (Dénomination Commune Internationale) et on choisit en fonction de la présentation, du service rendu du laboratoire et du prix.

Enfin, les choix sont pris en accord avec les médecins lors d'un COMEDIMS = Commission du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles.

Le centre hospitalier St Charles fait parti d'un groupement d'achat réunissant plusieurs hôpitaux. Les établissements réalisent des appels d'offre sur les produits et choisissent d'un commun accord avec quels laboratoires ils vont travailler pour une durée établie.

On ne parle pas, ici, des petites commandes des officines, les quantités sont beaucoup plus importantes. La contrepartie est que l'hôpital ne peut pas référencer toutes les spécialités.

De ce fait, en accord avec les médecins, lorsque l'on prépare un traitement (ou une commande pour un service), on réalise à la pharmacie des « substitutions ».

Tableau 14 : Les substitutions :

Le médecin prescrit...	La pharmacie délivre...
Mopral® 10 mg	Inexium® 20 mg
Mopral® 20 mg	Inexium® 40 mg
Xyzall® ou Clarityne®	Aerius®
Kenzen®	Atacand®
Kaleorid® 600 mg	Diffu K®
Omix® ou Omexel®	Xatral®
Ketum® gel	Voltarène® gel
Tobrex® collyre	Rifampicine® collyre
Derinox®	Deturgylone®
Pansements Mépiléx®	Pansements Biatain®
Topalgic®	Contramal®
Mediatensyl®	Eupressyl®
Practon®	Aldactazine®

Evidemment, s'il n'y a pas de proches équivalences ou si le médecin réclame le médicament, on commande à un répartiteur : la CERP jusqu'en mars 2010 et maintenant l'OCP. Une commande est faxée tous les jours vers 11 h pour recevoir les produits en début d'après-midi. C'est le fournisseur des dépannages de la pharmacie !

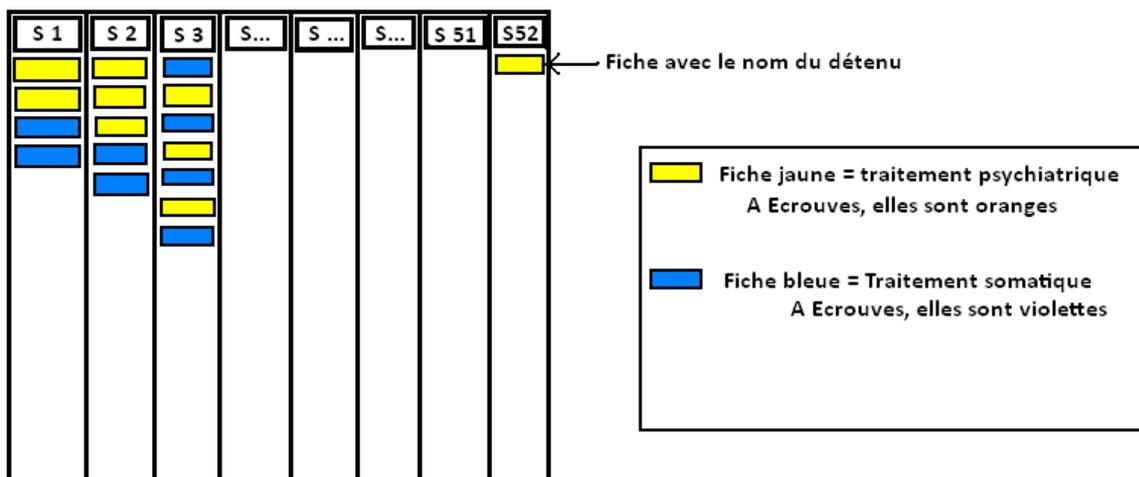
Le recours à ce grossiste s'avère utile également en cas de retard avec une commande auprès d'un laboratoire. On demande alors de petites quantités pour ne pas avoir de rupture de stock dans les services en attendant la livraison.

g) Le tableau récapitulatif des traitements des UCSA :

Contrairement aux UCSA, la pharmacie essaie de suivre les prescriptions afin d'éviter une rupture dans la prise en charge mais également pour que la pharmacie n'ait pas à avancer des traitements pour avoir à réclamer les ordonnances après.

Pour savoir où en sont les prescriptions (seulement pour les traitements hebdomadaires et mensuels), les préparatrices ont un grand tableau où chaque détenu a une fiche. Lors de la préparation de chaque traitement, les préparatrices placent les fiches de façon à ce qu'elles soient au niveau de la semaine où il recevra son dernier sachet de traitement.

Schéma explicatif :



Ce schéma représente le tableau des traitements pour le centre de détention de Toul.

En imaginant que l'on est semaine 1, il faut comprendre que:

- 4 détenus (2 avec des traitements somatiques et 2 avec des traitements psychiatriques) reçoivent leurs derniers sachets.
- 1 détenu n'a pas renouvelé son ordonnance et a reçu son dernier traitement semaine 52. Il nous faut une nouvelle ordonnance pour pouvoir continuer son traitement.

En fin de semaine 1 (le vendredi), si les quatre fiches sont toujours présentes, on appelle les UCSA pour les prévenir que l'on n'a plus d'ordonnances valides et qu'ils doivent prendre au plus vite un rendez-vous avec le médecin. On pourra envisager d'avancer une semaine ou deux si un rendez-vous est pris dans le courant de la semaine suivante.

2. Le planning de la pharmacie :

Le service est ouvert de 8h à 12h et de 13h à 17h. (En dehors de ces horaires, il faut appeler le pharmacien d'astreinte)

Différents types d'ordonnances sont faxés par les UCSA :

- Les ordonnances psychiatriques :

NOM ET PRENOM DU DETENU		CHU Nancy ORDONNANCE MEDICALE Toutes voies d'administration sauf perfusions		Code en cas de non administration du médicament Médicament non administré Patient absent du service Médicament non disponible Patient absent Médicament non administré Problème de délivrance		"E" pour ECROUVES Tampou Service / UF "S" pour semaine			
Nom du Médicament : dosage, voie, posologie, durée, commentaires.		Date, heure et Signature du prescripteur		Validation médicale journalière de la prescription					
RIVOTRIL 2'		31-07-08		28-08-08		9-10-08		18-12-08	
ARTANE 2'									
anté Valium 10									
Administration I.D.E.									

Ces ordonnances ont été créées par le SMPR.

A la pharmacie, elles sont moyennement appréciées par leur manque de lisibilité.

- Les ordonnances somatiques :

Ces ordonnances ont été revues de façon à les rendre plus claires. On avait même pensé à intégrer les traitements psychiatriques mais le format de l'ordonnance ne le permet pas.

Il y a en moyenne sept lignes de prescription pour la partie somatique et cinq lignes pour la partie psychiatrique. (Analyse réalisées sur 227 ordonnances)

Ancien modèle :

Nom et prénom du détenu		TRAITEMENT					Service : UCSA de ECROUVES	
ORDONNANCES MEDICALES		Signatures : Amivent	Signatures :	Signatures :	Signatures :	Signatures :	Signatures : S	
AMLOR 5mg		Dates : 3/08 Durée : 83	Dates : 10/08 Durée : 80	Dates : 23/08 Durée : 80	Dates : 10/09 Durée : 80	Dates : 4/10 Durée : 80	Dates : 10/10 Durée : 80	
TRIAEC 5mg		100	100	100	100	100	100	
ATENDOL 100mg		100	100	100	100	100	100	
KARDEIC 160mg		010	010	010	010	010	010	
ELETROL 10mg		100	100	100	100	100	100	
TAHOR 20mg		100	100	100	100	100	100	
Vandarel 75LP au antiepileptique				1015				
Inxium 40				1015				
Partie administrative du fax								

(Par exemple, des détenus ont un traitement somatique mensuel, un traitement psychiatrique hebdomadaire et un traitement quotidien comme la Buprénorphine®.)

- Les ordonnances pour les traitements de courtes durées ou ponctuels:

Appelées également les traitements aigus. Le médecin utilise les mêmes ordonnances que les traitements somatiques mais inscrit « aigu » en haut.

Ces traitements sont préparés la journée même de leur réception et sont envoyés l'après-midi aux UCSA.

Modèle :

IDENTIFICATION :		TRAITEMENT				Service :	
		AIGU				UCSA de TOUL	
ORDONNANCES MEDICALES	Signatures :	Signatures :	Signatures :	Signatures :	Signatures :	Signatures :	Signatures :
	HK	RS	RS	RS			
	Dates : 12/10/14 Durée : 1	Dates : 5/11/14 Durée : 1	Dates : 25/2 Durée : 1	Dates : 2/3 Durée : 1	Dates :	Dates :	Dates :
LYOSTACINE 500	20	27					
MAGNE B6		22	14				
IXPRIM		45	14				
ATARAX 25			1				
NOPIAL 20			1				
TOPALGICICOLP				1	1		

3. Préparation des traitements et des commandes des UCSA :

Avant la préparation de chaque traitement, il est demandé à la préparatrice en pharmacie de réaliser une analyse pharmaceutique de l'ordonnance et en regard des traitements antérieurs délivrés.

a) Les traitements « à la journée » pour le centre de détention de Toul :

Depuis décembre 2009, les sachets sont remplacés par des piluliers hebdomadaires. L'infirmière de l'UCSA n'a qu'à ouvrir le compartiment du jour, contrôler les comprimés avec le détenu (et théoriquement avec l'ordonnance) et les lui remettre.

Pour les réaliser, la préparatrice dispose d'une centaine de piluliers :

Gommette rouge pour les détenus sous Buprénorphine et "C" pour contrat: le détenu a signé l'engagement

Nom et prénom du détenu							

La plupart de ces traitements sont à caractère psychiatrique.

La préparation des piluliers se fait dans le courant de la semaine au fur et à mesure de l'arrivée des fax à la pharmacie. Les psychiatres consultent à Toul jusqu'au mercredi. La préparatrice dispose ainsi de toutes les ordonnances psychiatriques au plus tard le lendemain.

Le jeudi après midi, la préparatrice envoie un jeu de piluliers. Sachant que l'UCSA aura préalablement (le jeudi matin) renvoyé le jeu de piluliers ayant servi la semaine précédente.

Comme les ordonnances sont pour plusieurs semaines, dès le vendredi, la préparatrice peut déjà commencer le jeu suivant et attendre pour quelques détenus leurs renouvellements ou les nouveaux traitements quotidiens. Il n'est pas rare de voir des personnes alterner entre délivrance hebdomadaire et quotidienne. C'est le médecin qui juge le mode de délivrance selon le comportement du patient.

Le plus difficile dans la gestion des piluliers, ce sont les changements de traitements ! (et c'est fréquent)

La politique aux UCSA est que tout changement prend effet immédiatement. Pour la préparatrice c'est le début des soucis. Il faut qu'elle reprenne le pilulier, le modifie mais aussi prévoit les changements du pilulier en place à l'UCSA en envoyant un complément ou en redemandant des médicaments.

L'autre désagrément de ce travail est : le suivi des ordonnances.

La préparatrice appelle régulièrement l'UCSA pour prévenir que Mr X n'a plus d'ordonnance valable. Alors, on arrête d'un coup tout le traitement ? La pharmacie avance le traitement et les infirmières redemandent une ordonnance au médecin dès que possible. Toutefois, ces situations sont trop nombreuses et la liste des avances s'allonge... Le détenu, de ce fait, ne s'inquiète pas d'aller voir son médecin puisqu'il a son traitement !!

Le problème se retrouve également avec les autres traitements, il faut donc essayer de trouver une solution légale :

- Les infirmières surveillent les prescriptions et préviennent le détenu de la fin du traitement.
- La pharmacie stipule sur les sachets (ou un mot dans le pilulier) que c'est le dernier. Le détenu est prévenu que sans une nouvelle ordonnance, son traitement prendra fin. On pourra tolérer une avance d'une semaine ou deux, le temps d'avoir le rendez-vous auprès du médecin.

La pharmacie prépare **44** piluliers à Toul. Ce qui représente, des quantités de médicaments impressionnantes !

Pour préparer les sept jours des piluliers, la préparatrice a besoin :

Tableau 15 : Sept jours de piluliers à Toul :

Spécialités	Quantités (en comprimés)	Spécialités	Quantités (en comprimés)
Abilify® 10 mg	7	Norset® 15 mg	28
Abilify® 15 mg	14	Nozinan® 25 mg	14
Atarax® 25 mg	49	Nozinan® 100 mg	7
Athymil® 30 mg	7	Prozac® 20 mg	7
Athymil® 60 mg	14	Risperdal® 1 mg	7
Depakote® 500 mg	7	Risperdal® 2 mg	28
Deroxat® 20 mg	7	Risperdal® 4 mg	21
Effexor® 75 mg	42	Rivotril® 2 mg	14
Effexor® 37.5 mg	21	Seresta® 50 mg	168
Imovane® 7.5 mg	63	Seroplex® 10 mg	21
Lepticur® 10 mg	46	Solian® 400 mg	42
Lexomil® 6 mg	70	Stilnox® 10 mg	168
Loxapac® 100 mg	7	Sulfarlem S® 25 mg	91
Lysanxia® 40 mg	21	Temesta® 2.5 mg	11
Mépronizine® 400mg	133	Tercian® 100 mg	98
Mogadon® 5 mg	7	Tercian® 25 mg	70
Neurontin® 300 mg	42	Tranxène® 10 mg	28
Neurontin® 800 mg	21	Valium® 10 mg	182
Noctran® 10mg	21	Zyprexa® 10 mg	14
		Zyprexa® 20 mg	14

b) Les traitements « à la journée » pour le centre de détention d'Ecrouves :

Il n'y a pas de piluliers pour le moment (peut-être pour avril 2010). La préparatrice prépare ces traitements dans des sachets.

Comment procède-t elle ?

- Prendre un paquet de sachets petits formats.
- Imprimer des étiquettes aux nomx des détenus. Pour cela, un fichier existe dans l'ordinateur qu'il faut régulièrement mettre à jour en fonction des nouveaux traitements « à la journée ».

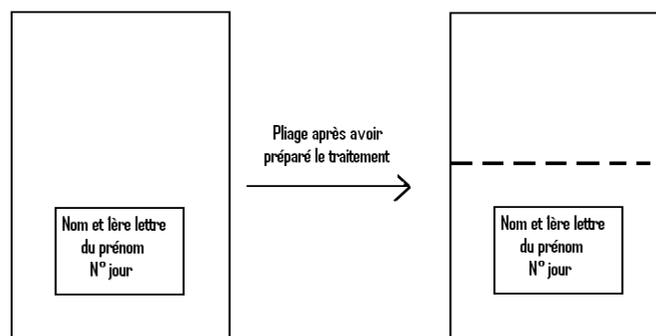
Il faut prévoir une page d'étiquettes pour chaque détenu ayant une ordonnance de traitement en délivrance quotidienne.

Page d'étiquettes (schéma) :

Dupont M 1	Dupont M 2	Dupont M 3	Dupont M 4	Dupont M 5
Dupont M 6	Dupont M 7	Dupont M 8	Dupont M 9	Dupont M 10
Dupont M 11	Dupont M 12	Dupont M 13	Dupont M 14	Dupont M 15
Dupont M 16	Dupont M 17	Dupont M 18	Dupont M 19	Dupont M 20
Dupont M 21	Dupont M 22	Dupont M 23	Dupont M 24	Dupont M 25
Dupont M 26	Dupont M 27	Dupont M 28	Dupont M 29	Dupont M 30
Dupont M 31				

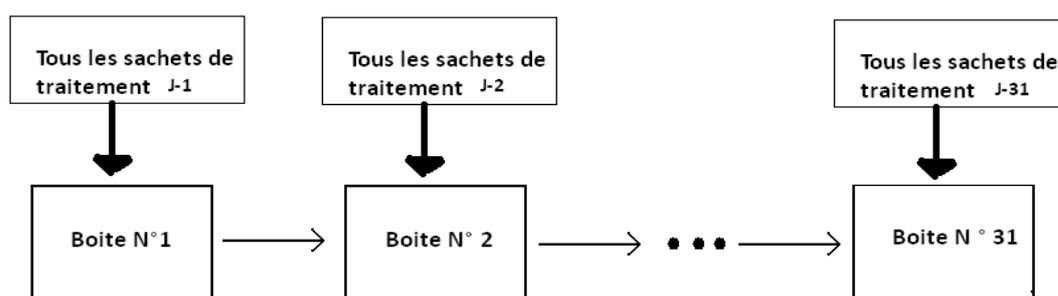
- Coller les étiquettes sur les sachets.
- Préparer des sachets par tranche de dix jours c'est-à dire que l'on prépare de J1 à J10 pour tous les détenus concernés par les traitements quotidiens puis de J 11 à J 20 et enfin de J 21 à J 30 (ou 31 selon les mois).
- Plier :

Schéma :



- Ranger dans les boites :

- Schéma :



Les boîtes sont, ensuite, régulièrement déposées dans les caisses de façon à ce que les UCSA aient toujours trois jours de traitement d'avance.

Les difficultés de ce travail sont les mêmes qu'à Toul : les changements de traitements et le suivi des ordonnances.

En cas de changements de traitement, il faut reprendre toutes les boîtes préparées, revoir les sachets du détenu en question, changer le traitement, replier et ranger les sachets sans oublier de prévoir les changements sur les trois boîtes déjà à l'UCSA ! Cela prend énormément de temps ; bien plus que les piluliers !

Selon les préparatrices, la pharmacie réalise environ une dizaine de changements de traitements par semaine pour les deux centres de détention.

La préparatrice prépare **45** traitements quotidiens pour le centre de détention d'Ecrouves. Pour dix jours, elle a besoin de :

Tableau 16 : Dix jours de traitements « à la journée » à Ecrouves :

Spécialités	Quantités (en comprimés)	Spécialités	Quantités (en comprimés)
Artane® 5 mg	50	Risperdal® 1 mg	10
Atarax® 100 mg	40	Risperdal® 4 mg	20
Atarax® 25 mg	50	Rivotril® 2 mg	60
Depakote® 500mg	30	Seresta® 50 mg	200
Deroxat® 20 mg	30	Seroplex® 10 mg	45
Effexor® 75 mg	40	Seropram® 20 mg	30
Equanil® 400 mg	50	Solian® 100 mg	20
Imovane® 7.5 mg	70	Solian® 400 mg	50
Laroxyl® 25mg	40	Stilnox® 10 mg	180
Lepticur® 10 mg	20	Temesta® 1 mg	40
Lexomil® 6 mg	130	Tercian® 100 mg	190
Loxapac® 25 mg	50	Tercian® 25 mg	130
Loxapac® 50 mg	60	Theralene®	80
Lysanxia® 10 mg	20	Tranxene® 10 mg	150
Mépronizine® 400mg	110	Urbanyl® 10 mg	10
Noctamide® 2 mg	40	Valium® 10 mg	480
Noctran® 15 mg	20	Valium® 5mg	10
Norset® 15mg	110	Zyprexa® 10 mg	30
Nozinan® 25 mg	20	Zyprexa® 15 mg	10

On constate que les traitements d'Ecrouves sont plus lourds qu'à Toul, bien que l'on ait les mêmes prescripteurs et l'on ne retrouve pas spécialement les mêmes médicaments.

Il est vrai que tous les intervenants s'accordent à dire que la population du centre de détention d'Ecrouves est plus difficile qu'à Toul ce qui expliquerait la consommation plus importante de produits psycho-actifs. C'est d'ailleurs également à Ecrouves que l'on a le plus de traitements de substitution aux opiacés.

c) *Les traitements de Buprénorphine® :*

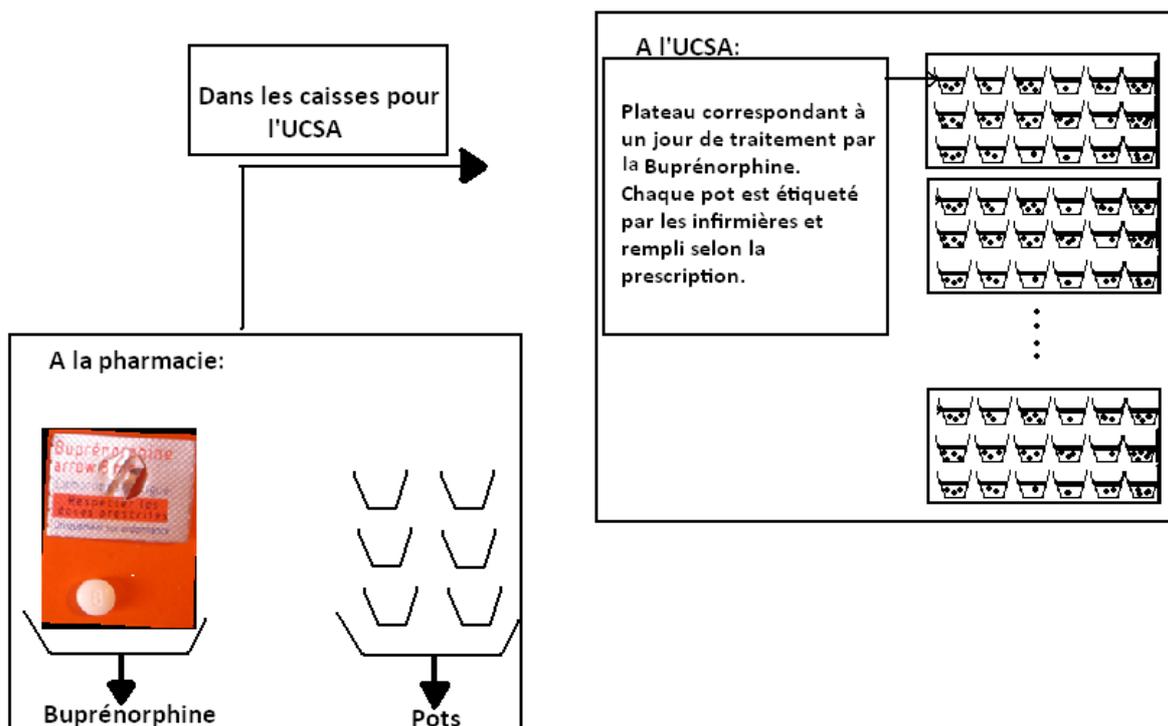
Remarque : Dans le milieu hospitalier, il est autorisé (et permis par l'inspection) que la Buprénorphine® ne soit pas assujettie à la règle de dispensation des stupéfiants. En ville, même si ce médicament est sur la liste I, il est assimilé à la réglementation des stupéfiants.

Les ordonnances de Buprénorphine® sont faxées à la pharmacie et données à la préparatrice qui gère l'envoi des comprimés pour les deux centres de détention.

A Toul pour ceux qui bénéficient d'un pilulier quotidien, la Buprénorphine® est ajoutée dans le pilulier. Elle sera également prise devant le personnel chaque jour.

Pour tous les autres détenus et pour ceux d'Ecrouves également, la pharmacie calcule des quantités globales de Buprénorphine® et envoie le tout aux UCSA le jeudi.

Si la pharmacie ne prépare pas des sachets individuels c'est parce que les infirmières de l'UCSA donnent la Buprénorphine® dans des petits pots en plastiques (commandés par la pharmacie) et préparent un plateau par jour.



La préparatrice doit tenir à jour une liste des détenus qui suivent ce traitement afin d'envoyer les bonnes quantités. Pour cela, elle dispose d'une feuille récapitulative pour chaque centre.

Pour Toul (exemple de la semaine 3 de l'année 2010) :

TRAITEMENTS PAR BUPRENORPHINE

NOM	DOSAGE	CHANGEMENT DE PRESCRIPTION	DOSAGE	0,4MG	2MG	4MG	6MG	8MG
A	2				1			
A	4					1		
A	4					1		
B	4					1		
B	8							1
B	4,8			2		1		
B	0,8			2				
B	4					1		
B	2,4			1	1			
B	4					1		
C	10				1			1
C	12						2	
C	8							1
D	12						2	
D	6						1	
E	1,6			4				
F	4					1		
F	8							1
F	4					1		
F	7,6			4			1	
F	14						1	1
K	3,6			4	1			
K	1,6			4				
L	2,8			2	1			
L	4					1		
L	4					1		
L	12						2	

*POUR LES NOMS GRISES LE TRAITEMENT EST DANS LE PILULIER

TRACABILITE SUBUTEX UCSA

Mercredi	Subutex 8mg	Subutex 6mg	Subutex 4mg	Subutex 2mg	Subutex 0,4
Stock					
Signature IDE					
Jeudi	Subutex 8mg	Subutex 6mg	Subutex 4mg	Subutex 2mg	Subutex 0,4
Délivrance Pharmacie					
Signature préparatrice					
Réception UCSA					
Signature					
Mercredi	Subutex 8mg	Subutex 6mg	Subutex 4mg	Subutex 2mg	Subutex 0,4
Stock					
Signature IDE					
Jeudi	Subutex 8mg	Subutex 6mg	Subutex 4mg	Subutex 2mg	Subutex 0,4
Délivrance Pharmacie					
Signature préparatrice					
Réception UCSA					
Signature					
Mercredi	Subutex 8mg	Subutex 6mg	Subutex 4mg	Subutex 2mg	Subutex 0,4
Stock					
Signature IDE					
Jeudi	Subutex 8mg	Subutex 6mg	Subutex 4mg	Subutex 2mg	Subutex 0,4
Délivrance Pharmacie					
Signature préparatrice					
Réception UCSA					
Signature					
Mercredi	Subutex 8mg	Subutex 6mg	Subutex 4mg	Subutex 2mg	Subutex 0,4
Stock					
Signature IDE					
Jeudi	Subutex 8mg	Subutex 6mg	Subutex 4mg	Subutex 2mg	Subutex 0,4
Délivrance Pharmacie					
Signature préparatrice					
Réception UCSA					
Signature					

Mais, les UCSA se retrouvent toujours, soit avec des stocks importants de Buprénorphine®, soit il en manque. Où est la faille ? Il nous manque des ordonnances ? Les infirmières ne calculent pas les dosages comme à la pharmacie ? Pour nous une prescription de 4 mg de Buprénorphine® = 1 comprimé de 4 mg et pas 2 comprimés de 2 mg ! Les infirmières cèdent-elles aux détenus et leur donnent le nombre de comprimés qu'ils veulent ?

d) Les traitements de Méthadone® :

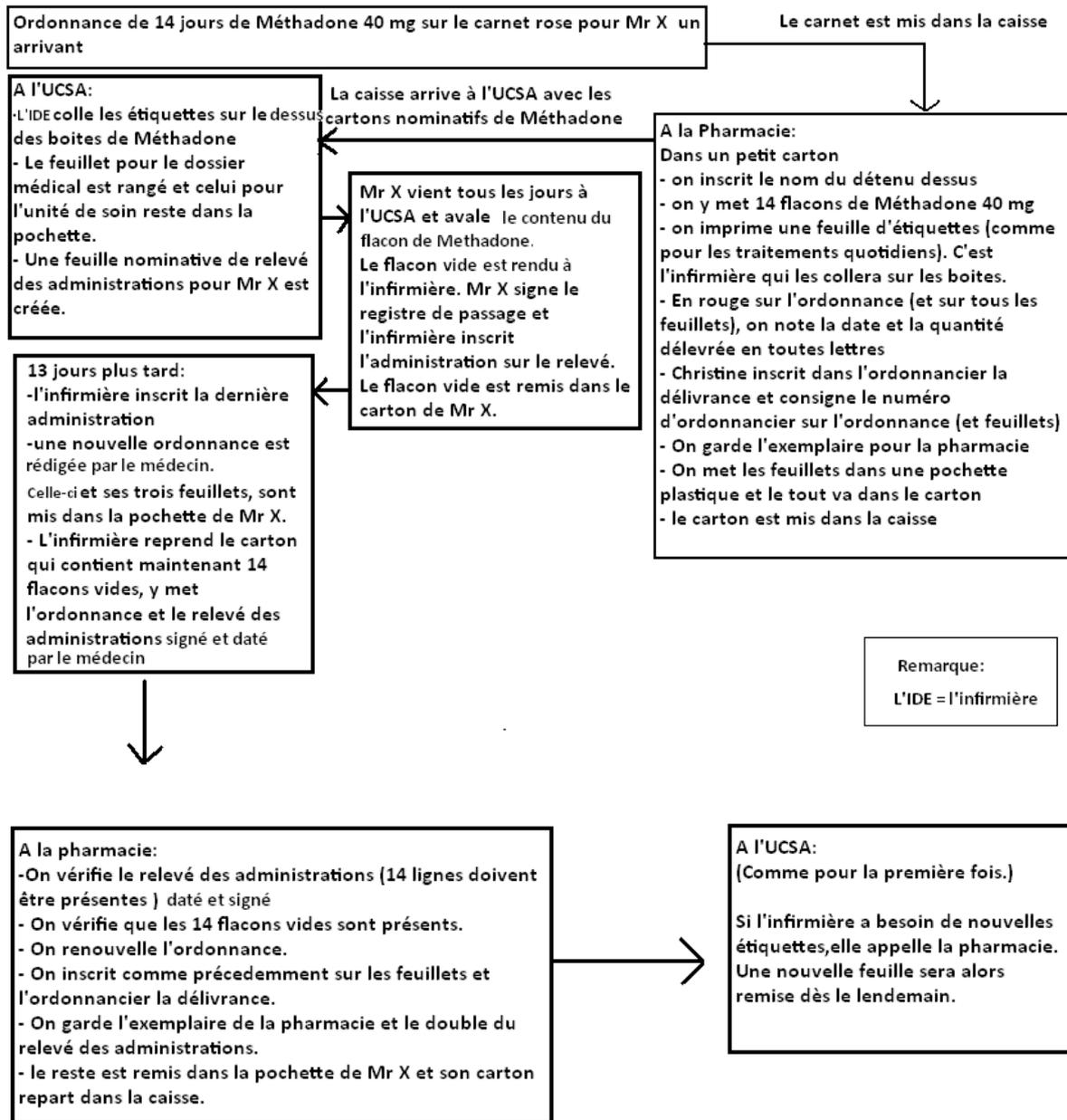
La manière de préparer les traitements est identique que ce soit à Toul ou Ecouves et réalisée par toutes les préparatrices.

L'inscription à l'ordonnancier et le compte hebdomadaire du coffre à stupéfiants pour réaliser la balance mensuelle sont confiés à une autre préparatrice, responsable des stupéfiants pour l'ensemble des stupéfiants du centre hospitalier sous la responsabilité du pharmacien.

La prescription de Méthadone® suit la réglementation des stupéfiants, c'est-à-dire qu'elle doit être réalisée sur le carnet d'ordonnance rose nominatif à triple feuillets : un pour le dossier médical du patient, un pour l'unité de soin, et, un pour la pharmacie. L'ordonnance doit être rédigée par le médecin et le dosage ainsi que les prises doivent être inscrits en toutes lettres.

Pour la méthadone, les médecins des UCSA prescrivent pour **14 jours délivrés en une seule fois**. Le carnet d'ordonnance est accompagné d'un cahier à double feuillets récapitulatif des administrations. Ce sont les infirmières qui doivent le remplir chaque jour après que le détenu soit venu prendre son flacon de Méthadone® devant elles. Les flacons sont gardés par les infirmières pour effectuer le renouvellement.

Pour mieux comprendre le circuit de délivrance de la Méthadone®, voici un schéma :



Le circuit est le même quel que soit le produit stupéfiant.

Pour les patches de Durogesic®, la pharmacie demande à avoir en retour les emballages vides, et, pour le Skénan® et Actiskénan® ce sont les blisters vides qui sont retournés avec les relevés des administrations pour recevoir le renouvellement. La pharmacie est très stricte, conformément à l'arrêté de mars 1999 qui autorise, si le pharmacien le souhaite, à recevoir en retour les emballages vides des toxiques. S'il manque une ligne d'administration ou un emballage vide le renouvellement

ne peut pas se faire et c'est à l'UCSA de revoir l'erreur. Si cela s'avère nécessaire, c'est au médecin de faire une déclaration de perte de l'emballage du produit ou une attestation de casse. (Pour les ampoules ou flacons)

L'utilisation de la morphine dans les centres de détention est uniquement à visée antalgique. Aucun détenu ne peut prétendre à un traitement de morphine pour le sevrage aux opiacés comme on peut le voir dans certains établissements. Un détenu est d'ailleurs une fois arrivé à Toul avec du Skenan® pour son sevrage, il a été immédiatement vu par le médecin qui a instauré un traitement par Méthadone®. Il est nécessaire d'être vigilant sur chaque prescription de stupéfiants.

A Ecrouves, un détenu est sous Skenan® 30 mg en raison de sciatalgies en attente de l'opération.

A Toul, plusieurs détenus bénéficient d'un traitement de morphine pour soulager des douleurs cancéreuses, des sciatalgies, mais également un détenu amputé d'une jambe qui souffre de douleurs du membre fantôme et un paraplégique qui a des escarres et des douleurs très importantes.

e) Les traitements mensuels et hebdomadaires :

La préparation de ces traitements est réalisée par deux préparatrices selon leurs emplois du temps.

Par un relevé fait sur deux mois à la pharmacie, on en déduit qu'elles préparent quotidiennement environ trente traitements chroniques qui peuvent être prescrits de deux semaines à six mois. (En moyenne, chaque jour, dix-huit ordonnances sont faxées par l'UCSA de Toul et dix ordonnances pour Ecrouves)

Ces traitements peuvent être psychiatriques, et sont préparés de façon hebdomadaire, somatiques et, là, selon l'avis du médecin, le détenu reçoit son traitement chaque semaine ou chaque mois.

Les préparatrices disposent de peu de temps (de 13h à 15h30) pour préparer les traitements qui doivent partir l'après-midi même. La matinée est consacrée aux autres services du centre hospitalier.

Après avoir répondu aux demandes des services, il faut préparer, pour les UCSA, en premier les traitements aigus.

Qu'elle est la procédure pour la préparation des traitements chroniques mensuels ou hebdomadaires ?

Pour chaque ordonnance :

- On recherche dans les trieurs (deux pour Toul et un pour Ecrouves) l'ordonnance précédente du détenu. Les trieurs sont rangés par ordre alphabétique selon les noms.

Avec l'ancienne ordonnance, on regarde quels sont les changements et on réalise une analyse pharmaceutique. Est-ce que la nouvelle ordonnance interfère avec l'ancienne ? Y a-t-il de possibles interactions médicamenteuses, un surdosage... ?

- S'il n'y a pas de problème et pas de changement, on commence la nouvelle ordonnance.

C'est-à-dire si l'ancienne ordonnance était valide jusqu'à la semaine 10 et, que l'on reçoit la nouvelle en semaine 8 pour une validité de dix semaines, on préparera le traitement jusqu'à la semaine 18 et pas 20.

- On réalise la sortie de stock de cent quatre-vingt deux comprimés de Rivotril® 2 mg et de cent quatre-vingt deux comprimés d'Artane® 2 mg avec le lecteur de code barre sur le compte de l'UCSA d'Ecrouves.
- Les médicaments sont séparés en paquets de quatorze comprimés pour chacun.
- On remplit les sachets.
- L'ordonnance est mise dans le trieur.
- La fiche de Mr X est portée dans la semaine 14 sur le tableau récapitulatif.
- Les seize sachets sont rangés dans l'armoire.

Cette armoire est faite de casiers numérotés et, elle est divisée en deux : une grosse partie pour Toul et le reste pour Ecrouves. Les numéros correspondent aux semaines mais les casiers étant moins nombreux que les cinquante-deux semaines de l'année, les numéros sont notés sur des étiquettes autocollantes. Comme cela, une fois le casier vidé de ses sachets et, ces derniers, envoyés aux UCSA, on peut attribuer à ce casier un nouveau numéro dans la continuité. Les casiers sont à l'intérieur subdivisés en trois de façon à pouvoir y mettre trois rangées de sachets.

Casiers de Toul					Casiers d'Ecrouves
S 52	S 4	S 8	S 12	S 16	S 52 S 1 S 2
S 1	S 5	S 9	S 13	S 17	S 3 S 4 S 5
S 2	S 6	S 10	S 14	S 18	S 6 S 7 S 8
S 3	S 7	S 11	S 15	S 19	S 9 S 10 S 11

Une fois par semaine, le casier correspondant à la semaine suivante est vidé, tous les sachets sont notés sur une liste (nom et prénom du détenu, quel type de traitement et pour quelle durée), et envoyés aux UCSA dans les caisses pour être distribués aux détenus. Une copie de la liste est donnée aux UCSA qui doivent contrôler à la réception.

Pour Toul :

- A Toul : Cinquante et un sachets de traitements somatiques et soixante-sept sachets de traitements psychiatriques.
- A Ecouves : douze sachets de traitements somatiques et trente sachets de traitements psychiatriques.

f) Les traitements aigus :

Ils sont faxés en même temps que les autres ordonnances et portent la mention « aigu ».

Ce sont des traitements de moins de quatorze jours.

Dès le matin, après s'être occupées des services du centre hospitalier, les préparatrices trient les fax. En ce qui concerne les traitements aigus des UCSA, il faut les lire afin de voir si l'on ne doit pas commander un produit particulier, non stocké et non substituable, au grossiste répartiteur pharmaceutique afin de pouvoir le transmettre par l'intermédiaire des caisses l'après-midi même.

Ils sont ensuite préparés dans l'après midi dans un sachet unique sur lequel est inscrit le nom de détenu. On réalise par la suite les sorties de stock et ces ordonnances sont directement archivées.

En moyenne, une quinzaine de traitements aigus sont préparés chaque jour. On constate que les détenus souffrent énormément de problèmes de peau et de troubles respiratoires, signes de manque d'hygiène et de la vétusté des locaux, mais ils peuvent aussi somatiser.

Par contre, on ne prend pas toujours le temps de vérifier si ces détenus n'ont pas de traitement qui pourraient interférer avec ces traitements aigus. Et, comme la dispensation n'est pas informatisée et les sorties de stocks pas nominatives sans ce réflex d'aller voir dans le classeur qu'elles sont les possibles interactions médicamenteuses, rien ne pourra nous le dire.

Lorsque le poste de pharmacien sera créé, en plus de vérifier les ordonnances chroniques, ces prescriptions devront être archivées dans le classeur avec les autres pour pouvoir surveiller tous les traitements.

g) La dotation :

Une fois que les infirmières ont trouvé le temps de remplir leur demande de renouvellement de dotation (cahier édité pour un mois divisé en quatre semaines), cette dernière est renvoyée à la pharmacie via les caisses.

Il est nécessaire de prendre une grande caisse pour y mettre le tout. La dotation est essentiellement constituée de matériel médical et de pansements.

Les dix produits les plus demandés à la pharmacie dans le cahier de dotation : (l'analyse est faite sur six mois de délivrance et portée en moyenne à l'année 2009)

Tableau 17 : Les 10 produits d'Ecrouves :

A Ecrouves	Produits	Moyenne (par an)
1	Compresses non tissées non stériles	5 800
2	Bandelettes pour les glycémies	4 200
3	Gants d'examen (toutes tailles confondues)	2 900
4	Aiguilles microfine 8 mm	2 400
5	Electrodes pour ECG	1 600
6	Lingettes antibactériennes	1 200
7	Flacons pour les ECBU	960
8	Auto piqueurs pour glycémie	680
9	Haricots	440
10	Abaisse langue en bois	400

Tableau 18 : Les 10 produits de Toul :

A Toul	Produits	Moyenne (par an)
1	Compresses non tissées non stériles	10 200
2	Gants d'examen (toutes tailles confondues)	5 200
3	Lingettes antibactériennes	3 360
4	Tubes « vacutainer » pour analyses sanguines	2 080
5	Electrodes pour ECG et Tampons chirurgicaux	2 000 (chacun)
6	Films adhésifs transparents	1 600
7	Auto piqueurs pour glycémie	1 500
8	Bandelettes pour les glycémies	1 240
9	Haricots	1 200
10	Flacons pour les ECBU	1 020

Finalement, les deux centres consomment quasiment les mêmes choses. Il est évident que les quantités de Toul sont supérieures à celles d'Ecrouves comme il y a plus de détenus.

h) Commande quotidienne :

Les UCSA peuvent demander un supplément, par un cahier à double feuillets transmis tous les jours à la pharmacie et déposé dans les caisses. Mais ce cahier sert également à commander les sprays d'inhalation, les pommades et collyres que les infirmières ne donnent que un par un au détenu pour limiter les quantités de médicaments en cellule.

i) Autres produits :

On peut dire que nos détenus sont « choyés ». On répond à toutes sortes de demandes pour qu'ils aient accès à quasiment tous les produits permis pour les collectivités.

L'hôpital commande surtout pour les UCSA (d'autres services en demandent mais en moindre quantités) :

- Les substituts nicotiques
- Les kits de détection de drogues
- Du Septivon®

- Du Clobex® (shampoing corticoïde pour le traitement du psoriasis du cuir chevelu)
- Des boules Quies® en cire naturelle.

La pharmacie commande pour les détenus ayant des pathologies peu courantes en hospitalisation: Buprénorphine®, Méthadone®, Rifinah®, antirétroviraux, interférons et les neuroleptiques retardés injectables...

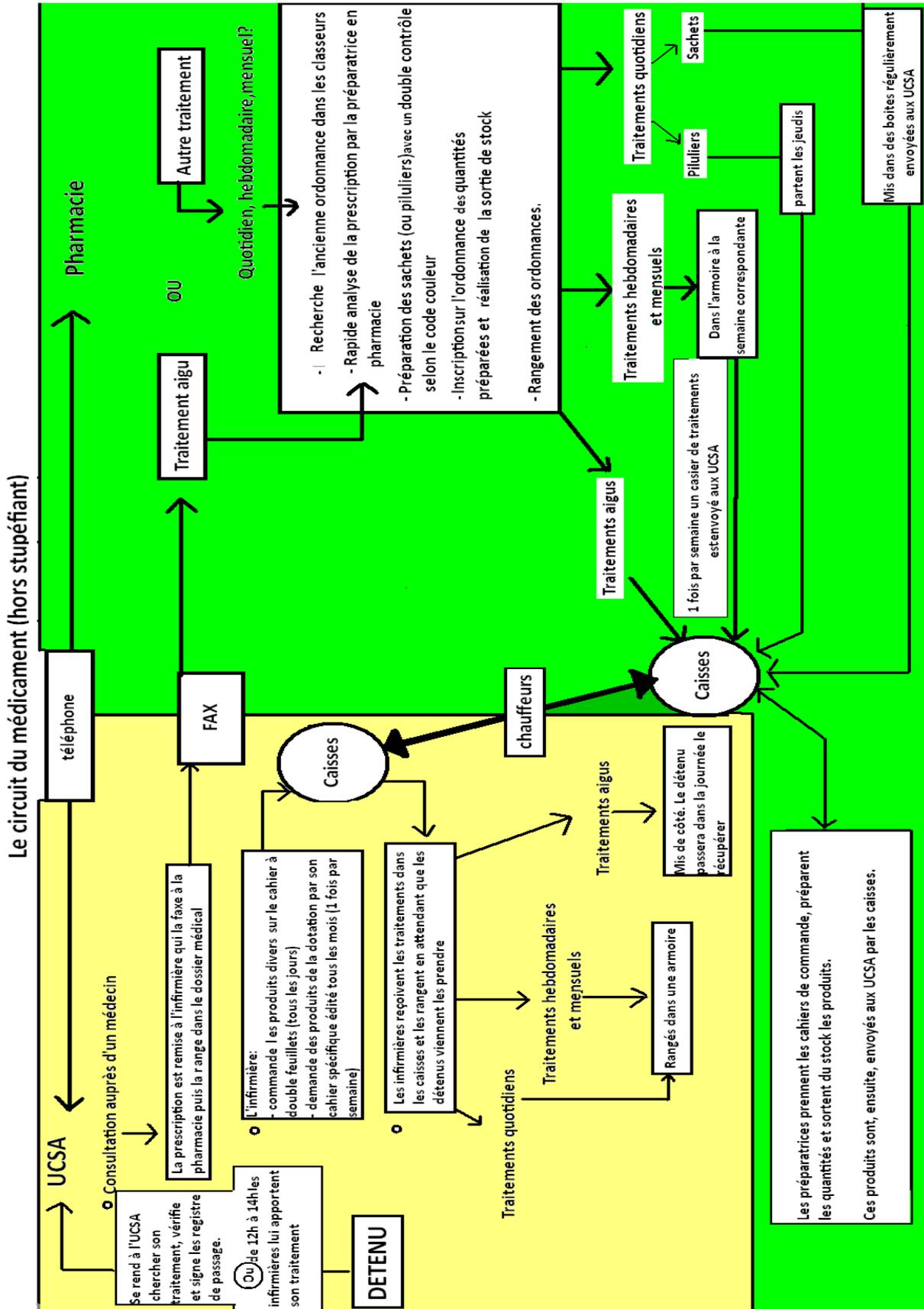
Enfin, certains détenus ont besoin d'orthèses et de matériel médical de maintien à domicile. On commande sur prescriptions médicales des chaussettes ou bas de contention pour les détenus ayant une insuffisance veineuse mais aussi des orthèses de cheville, genou, poignet... pour ceux ayant un traumatisme nécessitant l'immobilisation d'un membre. Ces traumatismes ont souvent comme origine des bagarres qui ont mal tournées ou les séances de sport. La prise des mesures permettant le choix de la taille sera réalisée par les infirmières.

Le centre de détention de Toul accueille des personnes handicapées qu'il faut équiper. C'est l'UCSA qui passe la commande auprès d'un prestataire de service via l'économat. C'est ainsi que l'on peut voir des fauteuils roulants, cannes... dans la détention.

En définitive, les détenus reçoivent les mêmes produits qu'une personne en ville.

Après l'organisation du travail de la pharmacie, nous analyserons l'activité de la pharmacie et les ordonnances.

4. Schéma synthétique :



5. Analyse de la conformité des ordonnances :

Sur cent ordonnances prises au hasard dans les classeurs de traitement :

- Pour l'identification des ordonnances, le nom et le prénom du détenu sont écrits à la main dans 98% des cas. Dans 1% des prescriptions, il n'y a aucune mention, c'est la pharmacie qui a dû se renseigner et a écrit le nom elle-même et, dans 1% des cas, il manquait le prénom.

Depuis peu, les UCSA sont équipées pour faire des étiquettes avec le nom, prénom et la date de naissance du détenu.

- 100% sont datées.
- 86% des ordonnances sont signées du médecin et un psychiatre signe et inscrit son nom sur chacune de ses ordonnances.
- Seulement 6% des ordonnances ont des informations complémentaires sur le patient : taille, poids ou date de naissance.
- Le tampon de l'établissement est sur 23% des ordonnances. La plupart du temps (57%) le nom « Ecrouves » ou « Toul » est écrit dessus. Mais, il reste 20% des ordonnances qui ne mentionnent aucune source. (l'émetteur du fax est identifié à la réception)
- Pour 100% des ordonnances à caractère somatique, les posologies sont correctes.
- Depuis peu, pour une dizaine d'ordonnances psychiatriques, il manque les durées de traitement. Que faut-il comprendre ? Pour un mois ? Valable jusqu'au prochain rendez-vous ?

Remarque : La durée de traitement ne devrait pas être mentionnée pour la Buprénorphine® et le dosage serait considéré comme inchangé jusqu'à la prochaine prescription mais il faudrait faire la prescription à part. C'est un avis personnel.

Ces ordonnances sont toutes recevables à la pharmacie et ont été délivrées.

Seul point sur lequel on ne rentre pas dans la réglementation et qui est, cependant, toléré dans notre situation: **la durée de prescription des produits psychiatriques.**

Nous avons des prescriptions de Stilnox®, Mogadon®, Mépronizine®, Noctran® et Imovane® pour **douze** semaines même si la législation en ville stipule **quatre semaines maximum.**

Les benzodiazépines et apparentées anxiolytiques ne doivent pas dépasser une prescription de **douze semaines sur une même ordonnance en ville.** Les détenus ont des prescriptions valables pour **seize semaines** avec du Valium®, Seresta®, Tranxène® ou Lysanxia®.

Cette entorse à la législation de ville est gênante, mais on est bloqué par la disponibilité des prescripteurs. Les psychiatres (ou médecins) ne peuvent pas revoir tous les détenus toutes les quatre (ou douze) semaines dans le temps qui leur est accordé aux UCSA.

Et, même si le détenu a une prescription de seize semaines, il ne reçoit jamais la totalité du traitement en une fois. La dispensation sera journalière, il rencontrera chaque jour une infirmière qui pourra surveiller les effets indésirables du traitement et prévenir le médecin en cas de problèmes.

Grâce à la sécurité de ce système, la pharmacie prend la responsabilité d'honorer ces prescriptions sur d'aussi longues durées.

6. Analyse pharmaceutique des ordonnances :

a) *Les détenus avec de multiples traitements :*

Tout d'abord, on a comptabilisé le nombre de détenu avec, à la fois, des traitements chroniques préparés de façon hebdomadaire (ou mensuelle) et un traitement dispensé quotidiennement.

(1) A Toul : cinq détenus sont dans ce cas.

Par une analyse croisée de leurs deux traitements, aucune interaction contre indique ou déconseille la délivrance des produits. Ce sont le plus souvent des détenus sous traitement antihypertenseur et qui reçoivent un traitement hypnotique pour dormir car l'insomnie est un gros problème en détention. La nuit, le bruit mais également l'angoisse se révèlent et les détenus ont besoin de quoi les apaiser.

Un traitement a attiré notre attention, un détenu reçoit chaque mois de l'Haldol decanoas® (6six ampoules) mais également chaque jour un traitement à caractère psychiatrique assez impressionnant : Buprénorphine® 12 mg/j, Tercian® 450 mg/j et Seresta® 200mg/j. D'un point de vue purement pharmacologique, le risque de syndrome malin des neuroleptiques est à surveiller de même que les effets indésirables devraient être potentialisés : somnolence, prise de poids, constipation, confusion et l'hypotension. Pour le psychiatre le traitement est nécessaire.

(2) A Ecrouves : cinq détenus également.

L'analyse pharmaceutique ne révèle pas de risques d'interactions médicamenteuses.

Cependant, cette analyse a permis de se rendre compte d'un dysfonctionnement à la pharmacie. Un détenu reçoit en double son traitement hypocholestérolémiant de Zocor® 20 mg (simvastatine) car il était mis à la fois dans les sachets journaliers et mensuels ! Il serait plus simple de déterminer qu'un détenu recevant un traitement quotidien doit avoir l'ensemble de son traitement de façon quotidienne, cela réduirait les erreurs ! Surtout qu'il ne s'agit que de dix détenus au total.

b) *Les traitements chroniques hebdomadaires et mensuels:*

(1) A Toul :

Deux cent cinquante détenus sont répertoriés dans le classeur comme bénéficiant d'un traitement chronique.

Parmi eux :

- Dix-huit diabétiques de type 2 dont deux sous insulinothérapie.
- Onze prescriptions de Renutryl®.
- Quinze traitements de l'hypertrophie bénigne de la prostate par Xatral®, Chibroproscar®, Tadenan®...
- Deux traitements par Imiject® = Sumatriptan en IV.
- Un traitement de Neupogen®= Filgrastime est une glycoprotéine qui stimule la lignée granulocytaire pour réduire les neutropénies induites par les chimiothérapies cytotoxiques.

- Un traitement anti-rejet par Cellcept® = Mycophénolate mofétil et Prograf® = Tacrolimus. Ce sont deux immunosuppresseurs.
- Un traitement par Imurel® = Azathioprine.
- Un traitement anti viral (VHC) = Viraféron® 100 µg = Interféron alpha-2b recombinant et Rebetol® 200 mg = Ribavirine.
- Une prescription de Durogesic® et une de Skenan® = Morphine pour soulager des douleurs cancéreuses et sciatalgies.

L'analyse n'a montré qu'une association « à prendre en compte » : Mépronizine® et antidiabétiques oraux ou avec le Sotalol®. L'inhibition enzymatique du Méprobamate peut entraîner des hypoglycémies par augmentation des taux d'antidiabétiques oraux dans l'organisme (avec les sulfamides hypoglycémiantes en particulier) ou des torsades de pointes par augmentation des taux plasmatiques de Sotalol®.

(2) A Ecrouves :

Cent quinze détenus reçoivent un traitement préparé par la pharmacie de façon mensuelle ou hebdomadaire.

Parmi ces cent quinze détenus :

- Quatre ont reçu un traitement de Rifinah® pendant trois mois de l'année pour des formes latentes de tuberculose.
- Un détenu est « traité » contre le VIH par antirétroviraux : Kaletra = association de Ritonavir et de Lopinavir (inhibiteurs de protéases), Retrovir = Zidovudine (inhibiteur de transcriptase inverse) et Videx = didanosine (analogue nucléosidique inhibiteur de la réplication du VIH).
- Un détenu est sous Aotal®.
- Un diabétique sous insuline.
- Cinq diabétiques de type 2.
- Un cas de gale traité début janvier 2010.
- Treize détenus ont une prescription de substituts nicotiques.
- Un cas de cancer de la prostate traité par Decapeptyl® (agoniste de la LH-RH entraînant un hypogonadisme persistant).
- Deux prescriptions de Renutryl®.
- Une prescription de Skenan® 30 mg pour soulager des sciatalgies.
- Une prescription anti virale (VHC).

L'analyse pharmacologique indique juste une précaution d'emploi pour un détenu sous Rifinah® et Dépakine chrono® 500mg, un antiépileptique (Valproate de sodium). L'induction enzymatique provoquée par la Rifampicine peut diminuer les taux plasmatique de Dépakine et entraîner un risque de crise convulsive. La pneumologue du centre hospitalier St Charles a été contactée, elle a connaissance de la totalité des dossiers des détenus qui viennent la voir et demande, en général, une surveillance de taux plasmatique de Dépakine ainsi que les enzymes hépatiques étant donné le nombre d'hépatites en détention. La posologie de la Dépakine® serait revue si les taux sanguins se révèlent insuffisants.

c) *Les traitements quotidiens :*

(1) A Toul :

Ce sont des traitements psychiatriques très lourds, accompagnés parfois d'un traitement chronique somatique qui sont très difficiles à analyser.

Les détenus prennent des doses importantes de médicaments. Parfois même, ces doses dépassent les seuils maximaux autorisés dans l'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM). Le plus souvent, seuls les effets indésirables se manifestent entraînant la prescription de médicaments visant à les diminuer. C'est ainsi que la plupart prennent du Sulfarlem S25[®] pour palier la sécheresse buccale due aux médicaments anti-cholinergiques comme les neuroleptiques, ou, du Lepticur[®] utilisé pour traiter les syndromes parkinsoniens induits par les neuroleptiques à activité anti-dopaminergique.

Exemple de traitement d'un détenu :

- 12 mg de Buprénorphine[®].
- 600mg de Tercian[®]= cyamémazine : antipsychotique, neuroleptique phénothiazinique possédant des propriétés anti dopaminergiques.
- 300 mg de Seresta[®]= oxazépam : benzodiazépine anxiolytique.
- Injections d'Haldol decanoas[®]= halopéridol : neuroleptique butyrophénone possédant des propriétés anti dopaminergiques.
- Lepticur[®] et Sulfarlem S25[®].

Pour l'ensemble des ordonnances, il y a :

- Deux détenus diabétiques de type 2.
- Un détenu atteint du VIH sous antirétroviraux : Trizivir= association de trois inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse du VIH : Abacavir/ Lamivudine/ Zidovudine.
- Trois détenus avec un traitement d'Haldol decanoas[®] et un détenu avec du Risperdal Consta[®].

Les problèmes trouvés :

- Même si les psychiatres cumulent les médicaments, ils restent souvent dans les posologies autorisées, mais parfois elles sont largement dépassées.
- Des ordonnances continuent à être délivrées alors que la date de fin de prescription est dépassée !
- Il est évident que l'arrêt brutal de ces traitement peut être à la fois dangereux pour la personne et pour l'équipe soignante aux UCSA. Mais, l'avance ne devrait pas excéder une à deux semaines. Une solution doit être trouvée au plus vite !

Nous y reviendrons lorsque nous évoquerons les problèmes à la pharmacie.

(2) A Ecrouves :

On retrouve, comme pour Toul, des traitements psychiatriques très lourds. On ne peut que constater des posologies hors AMM, supérieures aux doses maximales comme :

- Clozapine = Leponex[®] 100mg : Sept comprimés par jour. (dose maximale = 600mg/j)
- Zolpidem= Stilnox[®] 10 mg : Trois comprimés par jour. (dose maximale= 10 mg/j)

- Oxazépam= Seresta® 50mg : Six comprimés par jour. (dose maximale= 150mg/j)

Les problèmes évoqués ci-dessus sont identiques pour Ecrouves.

Pour l'ensemble des ordonnances, il y a :

- Une prescription d'antirétroviraux pour un séropositif au VIH : Norvir® = Ritonavir (inhibiteur de protéase), Invirase® = Saquinavir (inhibiteur des protéinases) et Reyataz = Atazanavir (inhibiteur de protéase).
- Un diabétique de type 2.
- Trois détenus avec des injections de Risperdal Consta®.

d) Les traitements aigus :

Les ordonnances ne sont pas intégrées au classeur des traitements et sont directement archivées. Cela rend l'analyse en parallèle avec les autres prescriptions impossibles.

Pour ces prescriptions, aucune interaction médicamenteuse n'est à noter si ce n'est que les anti-inflammatoires sont souvent prescrits en association avec le paracétamol. Il serait important de porter sur l'ordonnance « en alternance avec » pour éviter la prise concomitante des deux produits.

7. Résumé des consommations des produits :

Tableau 19 : Des 20 spécialités les plus consommées à Toul pour l'année 2009 :

	Spécialités	Quantités (en comprimés)		Spécialités	Quantités (en comprimés)
1	Efferalgan® 500mg	44 448	11	Buflomedil® 150mg	10 503
2	Valium® 10mg	29 430	12	Kardegic® 160mg	9 954
3	Seresta® 50 mg	29 009	13	Glucophage® 1000mg	9 309
4	Imovane® 7.5mg	19 487	14	Buprénorphine® 0.4mg	8 982
5	Buprénorphine® 2mg	19 433	15	Tercian® 25mg	8 974
6	Stilnox® 10mg	16 942	16	Tercian® 100mg	8 962
7	Inexium® 40mg	13 050	17	Lexomil® 6mg	8 335
8	Di-antalvic® 30/400mg	12 978	18	Crestor® 5mg	7 598
9	Aerius® 5mg	12 314	19	Xanax® 0.5mg	7 531
10	Celebrex® 200mg	11 687	20	Gaviscon® (sachet)	6 968

Tableau 20 : Des 20 spécialités les plus consommées à Ecrouves pour l'année 2009 :

	Spécialités :	Quantités (en comprimés)		Spécialités :	Quantités (en comprimés)
1	Valium® 10mg	25 740	11	Tranxène® 10mg	4 978
2	Buprénorphine® 2 mg	25 657	12	Glucophage® 1000mg	4 752
3	Efferalgan® 500mg	23 684	13	Nicotinell® 2mg	4 455
4	Seresta® 50mg	17 220	14	Di-antalvic® 30/400mg	4 358
5	Imovane® 7.5mg	7 784	15	Spasfon® 80mg	4 353
6	Stilnox® 10mg	7 636	16	Xanax® 0.5mg	4 317
7	Mépronizine® 400mg	6 436	17	Advil® 200mg	4 284
8	Tercian® 25mg	6 215	18	Lexomil® 6mg	3 914
9	Buprénorphine® 0.4mg	6 194	19	Mirtazipine® 10mg	3 843
10	Tercian® 100mg	4 992	20	Theralene® 5mg Buprénorphine® 8mg	3 377 3 377

8. Les Autorisations Temporaires d'Utilisation = les ATU :

L'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (l'AFSSAPS) délivre à titre exceptionnel, conformément au code de la Santé Publique, des Autorisations Temporaires d'Utilisation, appelées également ATU, pour des spécialités pharmaceutiques ne bénéficiant pas d'Autorisation de Mise sur le Marché en France.

Il s'agit de spécialités autorisées à l'étranger ou en cours de développement en France.

Il existe deux types d'ATU :

- Celles nominatives délivrées pour un seul malade nommément désigné et ne pouvant participer à une recherche biomédicale qu'à la demande et sous la responsabilité d'un médecin prescripteur.
- Celles de cohorte qui concernent un groupe de patients. Elles sont délivrées à la demande du titulaire des droits d'exploitation qui s'engage à déposer une demande d'autorisation de mise sur le marché dans un délai fixé.

Dans les deux cas, elles ne sont délivrées que dans des conditions bien précises :

- Pour des spécialités pharmaceutiques destinées à traiter, prévenir ou diagnostiquer des maladies rares ou graves.
- Pour des maladies où aucun traitement approprié ne peut être utilisé.
- Pour des spécialités pharmaceutiques dont l'efficacité et leur sécurité d'emploi sont présumées selon les connaissances scientifiques.

C'est en 1999 que des patients du centre de détention de Toul ont participé à une ATU demandée par le gastro-entérologue d'abord nominative de février à mars 1999 puis de cohorte de mars à septembre 1999.

Elle portait sur une spécialité commercialisée depuis: la Ribavirine = Rebetol®. Elle a d'ailleurs reçu l'autorisation de mise sur le marché fin 1999.

Ce médicament est indiqué dans le traitement de l'hépatite C chronique en association avec un interféron 1 alpha2b. La ribavirine est un analogue nucléosidique de synthèse qui a montré une activité à l'égard du VHC mais seulement en association car autrement la charge virale ne baisse pas.

Ses effets indésirables :

- Hémolyse : une prise de sang doit être régulièrement effectuée.
- Troubles psychiques : insomnie, dépressions avec un risque suicidaire (à prendre en compte).
- Divers : nausées, rashes cutanés, dyspnée, prurit, diminution du poids...
- Effet tératogène et embryotoxique et altération du sperme même après l'arrêt du traitement (environ sept mois après).

Lors de l'ATU, ces effets indésirables étaient connus et le détenu a été informé des risques inhérents à ce traitement.

Le médecin avait quatre détenus auxquels il souhaitait faire bénéficier de cette thérapeutique mais seulement trois ont reçu l'autorisation d'utilisation du produit pour six mois. Le quatrième n'était pas éligible dans le protocole d'ATU en raison de transaminases peu élevées et d'une fibrose du foie pas assez importante.

Les demandes d'ATU ont été faites par le médecin et le pharmacien hospitalier auprès de l'agence du médicament qui a donné son accord mais sous réserve que :

- Le patient soit informé sur le médicament, ses effets indésirables connus (effet tératogène ou foetotoxique) et la nécessité d'éviter toute conception dans les sept mois qui suivent l'arrêt du traitement
- Le patient soit informé que cette spécialité est sans autorisation de mise sur le marché et ce que cela implique.
- Un suivi des patients et un recueil prospectif des informations sur la tolérance de ce traitement soient menés.
- Le centre hospitalier s'engage à signaler tous les effets indésirables inattendus ou graves au centre régional de Pharmacovigilance.

Des documents doivent être remplis conjointement par le médecin, le pharmacien hospitalier et le patient, envoyés à l'agence du médicament et une copie du dossier archivée à la pharmacie.

Lorsque cette ATU nominative est passée en ATU de cohorte, un autre détenu a bénéficié de ce traitement. C'est en tout quatre détenus qui ont reçu le traitement quasiment un an avant la commercialisation du produit.

On comprend l'intérêt de la procédure surtout en milieu carcéral où les patients peuvent être facilement suivis, avec une équipe médicale sur place pour détecter les effets indésirables par exemple.

En détention, on a également des pathologies comme les VIH et les hépatites sur lesquelles la recherche travaille activement. Actuellement, sur les huit spécialités faisant l'objet en France d'une ATU de cohorte aucune ne concernent ces pathologies.

Il faut respecter le contexte réglementaire et le détenu doit être considéré comme toute personne de ville bénéficiant du traitement.

Il ne faut donc pas confondre ATU et essais cliniques ! En aucun cas, il n'est réalisé des essais cliniques sur les détenus (c'est interdit) et aucune procédure d'ATU ne serait mise en route si le détenu n'a pas fourni son consentement éclairé.

Depuis 1999, aucune autre ATU n'a été réalisée dans les centres de détention de Toul ou Ecrouves.

9. Les problèmes à la pharmacie et les solutions possibles :

Comme pour les UCSA, intéressons-nous aux problèmes de la pharmacie afin de proposer des mesures utiles au bon fonctionnement du service.

a) Problème n°1 : La distance et ses conséquences :

Les UCSA sont implantées au sein même des centres de détention alors que la pharmacie est située dans le centre hospitalier St Charles. Les moyens de communication sont plus difficiles qu'avec les autres services. On utilise toujours un élément indirect pour faire passer les informations : les caisses, le fax ou le téléphone. Ce dernier sonne régulièrement à la pharmacie parce que les infirmières des UCSA demandent des précisions pour un patient et inversement la pharmacie joint les UCSA très souvent pour demander des explications sur un traitement.

Tableau 21 : Les autres raisons des appels sont variées :

Appels UCSA vers la pharmacie pour :	<ul style="list-style-type: none"> Un traitement introuvable Une avance de traitement Une demande d'un produit particulier Une question de pharmacologie Une question sur les équivalences Un changement de traitement Un changement de système de distribution du traitement (hebdomadaire à quotidien par exemple) Informé d'un transfert ou d'une libération Etc.
Appels pharmacie vers les UCSA pour :	<ul style="list-style-type: none"> Des ordonnances sans nom ou incomplète (durée, posologie) Prévenir du manque d'un produit et de la date de la prochaine livraison Prévenir les infirmières que des détenus n'ont plus d'ordonnances valables Vérifier avec les infirmières les relevés d'administration des stupéfiants ou les retours d'emballages vides (en cas d'erreurs).

Le téléphone entre les UCSA et la pharmacie sonne SOUVENT et enraye la continuité du travail des préparatrices.

La pharmacie est là pour répondre à des questions pharmacologiques et à la demande de produits, mais on peut améliorer la traçabilité et le système d'information de façon à limiter les appels.

Quelles sont les mesures à prendre ?

On n'abordera pas le projet d'aller travailler directement aux UCSA, l'inspection de la pharmacie de Lorraine n'y étant pas favorable, les préparatrices devant travailler sous le contrôle effectif d'un pharmacien.

(1) Les équivalences :

Pour limiter les appels à ce sujet, un tableau à double entrée des correspondances princeps / dénominations communes internationales (DCI utilisées pour les génériques) a été distribué dans tous les services ainsi qu'un VIDAL ou DOROSZ. Maintenant, il appartient aux équipes de soins de le placer à un endroit facile d'accès (au lieu d'un tiroir).

Pour ce qui est des « équivalences » proches faites à la pharmacie, elles pourraient être notées sur les ordonnances aigues et une copie insérée dans le sachet de traitement et il serait judicieux d'informer les infirmières par un document de ces changements. Un tableau des changements et des « équivalences » de certaines classes pharmacologiques est édité chaque année pour les services.

(2) Les fins de prescription :

Il est exaspérant d'avoir des infirmières qui s'inquiètent que Mr X n'a pas de sachet traitement pour une semaine quand il suffit de prendre la prescription dans le dossier du malade et de voir qu'elle est terminée !

Après, il est possible que la pharmacie décide, pour aider les infirmières, de marquer le sachet et les piluliers pour indiquer que c'est le dernier pour que, lors de la distribution, les infirmières et le détenu vérifient qu'un rendez-vous est programmé auprès du médecin.

Mais, on ne peut pas continuer à laisser le détenu gérer ses rendez-vous. Certains traitements sont instaurés (ou continués) en détention pour traiter des pathologies chroniques qui nécessitent un traitement au long court, régulier, suivi et sans interruption brutale. (Les insulines, les bêtabloquants, la Buprénorphine®...)

Est-ce possible pour ces détenus que le rendez-vous soit immédiatement pris à l'issue de la consultation ou les médecins peuvent-ils s'assurer de leurs plannings sur d'aussi longues périodes?

(3) Les avances de traitement :

Par conséquent, la pharmacie n'arrête pas d'être appelée pour avancer des traitements car le détenu a « oublié » de prendre rendez-vous.

Il en résulte une course folle de la pharmacie après les ordonnances. Mais le psychiatre veut voir le détenu pour faire la prescription et lui ne veut pas aller voir le psychiatre.

Les médecins des UCSA souhaiteraient mettre fin à cette pénible situation. Il a été décidé conjointement entre le pharmacien et le médecin responsable des UCSA que, pour avril 2010, les

détenus sans une prescription valide auront une ultime avance correspondant à une semaine et un avertissement oral que passé ce délai le traitement prendra fin.

Par la suite toute avance ne pourra pas excéder deux semaines. Cette avance sera consignée à la pharmacie de façon à ce que cela ne se reproduise pas à chaque fois avec les mêmes personnes.

Evidemment, on ne pas mettre en place ce système sans mettre au courant les détenus de la validité de leur ordonnance par un système comme décrit précédemment.

Pour ce qui est de la Buprénorphine® : on peut également délivrer une à deux semaines d'avance mais sans nouvelle ordonnance la pharmacie préviendra l'UCSA que cette personne n'est plus comptée dans les traitements de Buprénorphine®.

Si nous arrivons à avoir des prescriptions tous les 14 jours pour la Méthadone pourquoi ne pas avoir des ordonnances valides pour la Buprénorphine® ? Faut-il **les rédiger sur une ordonnance différenciée** ? Surtout que cela permettrait de simplifier le calcul des quantités à envoyer chaque semaine si nous pouvions, à la pharmacie, regrouper les prescriptions.

En revanche, nous savons pertinemment que ce sont les infirmières qui vont pâtir de ces nouvelles mesures. Elles sont en contact direct avec les détenus et il ne va pas être évident pour elles de négocier les affrontements avec eux avec cette nouvelle mesure.

Cependant, c'est nécessaire. Pour les détenus, pourquoi prendre rendez-vous si l'on continue à donner les traitements. Petit à petit ce problème qui concerne, pour l'instant, seulement une poignée de détenus peut très vite dégénérer. La règlementation exige que la pharmacie honore des prescriptions valides et que la personne régularise dans les plus brefs délais une avance de médicaments.

(4) Les traitements introuvables :

A la pharmacie, on liste les envois et une copie de cette liste est remise aux UCSA via les caisses. L'envoi pourrait également être contrôlé à l'arrivée aux UCSA pour pouvoir détecter au plus vite une erreur.

Cette liste d'envois serait aussi soumise à un double contrôle de part et d'autre.

Si après la mise en place de ces mesures, les UCSA émettent des réclamations que Mr X noté sur la liste n'a pas de traitement, soit c'est qu'il est déjà venu, soit qu'il a été donné à quelqu'un d'autre dans les deux cas la pharmacie ne renverra pas de traitement sans une prescription médicale. Idem pour le « Mr Z qui a perdu son traitement ».

(5) Les ordonnances non conformes (sans nom, sans le nom du centre...)

On ne peut qu'encourager les infirmières à utiliser les « étiquettes patients » informatiques. Elles permettent à la pharmacie de ne plus faire d'erreurs dans des noms mal orthographiés ou incomplets et d'éviter ainsi de nombreux appels téléphoniques.

L'enquête a montré que la majorité des ordonnances étaient conformes.

(6) Les changements :

On a affaire à une population avec des traitements particuliers à des posologies spécifiques qu'il faut régulièrement adapter ou changer de spécialités... On ne peut pas améliorer ce point désagréable pour les préparatrices qui ne cessent de faire et refaire le même traitement car c'est là le choix du médecin. Il juge les changements nécessaires et après c'est à nous de le mettre en place dans les plus brefs délais.

Par contre, à la pharmacie, on a des difficultés à comprendre lorsque le médecin modifie un traitement à dispensation hebdomadaire pour une quotidienne pour revenir sur sa décision trois jours plus tard ou lorsqu'il instaure un traitement à délivrance quotidienne (ce qui demande plus de temps de préparation à la pharmacie) pour une prescription de Crestor® 5 mg, un comprimé par jour pendant seize semaines sans autre traitement.

Dans ces cas là, il appartient au pharmacien de s'entretenir avec le médecin sur l'intérêt de ces changements. D'ailleurs, Mme Detoul entretient de bons rapports avec les médecins et n'hésite pas à les appeler pour parler de ce genre de problèmes. Souvent, la décision est prise d'un commun accord.

(7) Les transferts et les libérations :

Il est étonnant que, dans les centres de détention, il est impossible de fournir à l'équipe de soins et à la pharmacie les dates de libération.

Que les transferts soient improvisés, cela se comprend, mais qu'en est-il des libérations ?

Ce qui fait qu'à l'UCSA comme à la pharmacie on prépare des traitements pour des semaines alors que quelques jours plus tard la personne est libérée. Nous sommes au courant quand l'information parvient aux UCSA qui nous renvoient tous les sachets avec la mention « libéré » ou qu'une infirmière nous appelle.

Même si l'administration pénitentiaire ne peut donner que des dates éventuelles de libération cela permettrait de mieux s'organiser à la pharmacie ainsi qu'aux UCSA et de ne demander que des confirmations.

(8) Pour les Stupéfiants :

On est obligé de garder la rigueur actuelle.

Voilà comment par de moyens simples nous pourrions améliorer la communication entre les deux services.

b) Problèmes n°2 : Trop de liste de commande :

Entre la dotation de service, les commandes quotidiennes, le renouvellement de leur stock de médicaments d'urgence et celui des médicaments que les infirmières peuvent donner sans prescription cela fait des demandes à gérer régulièrement alors qu'elles pourraient être regroupées sur la dotation ainsi les commandes quotidiennes deviendraient moins importantes.

De plus, on pourrait peut-être mettre le Renutryl® sur la dotation au lieu d'attendre les prescriptions pour en envoyer avec, bien sûr, une surveillance des quantités.

c) Problème n°3 : La pharmacie déconditionne des médicaments lors de la préparation des traitements :

Lors de cette activité, les préparatrices sont amenées à déconditionner (découper les blisters) les médicaments perdant ainsi les mentions légales (pour les médicaments qui ne sont pas en conditionnement unitaire).

Le problème est que beaucoup de traitements sont refusés par les détenus et les UCSA les renvoient. Alors que fait-on de ces médicaments?

Par souci d'économie pour le centre hospitalier, ils sont remis à disposition des UCSA (sans pour autant refaire une sortie de stock puisqu'ils sont déjà déstockés) seulement si on peut lire le nom et le dosage du médicament, son numéro de lot et sa date de péremption. Sans ces mentions, ils doivent être détruits. Il en découle une perte et un gâchis pour l'hôpital.

Mais le problème du déconditionnement se pose également lors de l'administration des médicaments. Les infirmières peinent à vérifier les traitements quand les noms et les dosages sont illisibles.

Pour limiter les pertes lors du déconditionnement, le pharmacien hospitalier, Mme Detoul, dans le cadre du groupement d'achat, essaie de commander ce que l'on appelle les médicaments à conditionnement unitaire vrai.

Schéma d'un blister de médicament à conditionnement unitaire vrai :

Date péremption				
Nom du médicament				
Dosage	Dosage	Dosage	Dosage	Dosage
N° lot				
Date péremption				
Nom du médicament				
Dosage	Dosage	Dosage	Dosage	Dosage
N° lot				

Mais peu de laboratoires le font! Alors, l'achat d'une blisteriseuse (30 000 euros) permettrait de reconditionner les spécialités et de garder les mentions légales. Celle-ci est demandée, et, théoriquement, budgétée mais nécessite des travaux à la pharmacie pour le fonctionnement.

Pour le moment, les préparatrices impriment des étiquettes à coller sur les blisters afin de transformer en conditionnement unitaire vrai des spécialités qui ne le sont pas.

d) Problème n°4 : L'organisation des tâches au sein de l'équipe de la pharmacie :

On peut constater que les préparatrices sont souvent pressées par le temps. La rapidité nuit à l'efficacité et des erreurs sont parfois inévitables. Une nouvelle organisation des tâches s'impose et un recrutement de personnel est nécessaire.

Depuis mars 2010, une nouvelle préparatrice en pharmacie à temps partiel (Emeline) vient d'intégrer l'équipe. Avec l'arrivée d'une personne en plus, le service est soulagé. Il faut, cependant, prendre quelques mesures de réorganisation pour rendre plus efficace et agréable le travail à la pharmacie.

(1) Mesure 1 :

Il faudrait que tous les traitements quotidiens soient préparés en pilulier. Depuis le début de l'essai à Toul, la préparatrice a remarqué une véritable différence entre les deux systèmes. La préparation des piluliers est plus facile, rapide, les changements de traitement sont plus simples à réaliser et, depuis les piluliers, la pharmacie observe moins de retour.

(2) Mesure 2 :

Pour plus de sécurité et de rapidité, deux personnes devraient prendre une journée pour faire les piluliers des deux centres. La première préparerait les comprimés et réaliserait les sorties pendant que la deuxième contrôle ce que la première lui donne et remplirait les piluliers.

(3) Mesure 3 :

La réorganisation de la préparation des dotations des services et du rangement des commandes les matins, permettrait de dégagerait plus de temps par la suite pour les préparations des traitements pour les prisons.

(4) Mesure 4 :

Pour permettre une rapidité de tri dans les ordonnances des centres de détention, la liste des détenus bénéficiant d'un ou plusieurs traitements quotidiens doit être affichée à la pharmacie de façon à les mettre de côté pour les préparatrices qui préparent les piluliers et éviter de faire une double préparation.

(5) Mesure 5 :

La gestion de la Buprénorphine® devrait être laissée à une seule personne mais avec un double contrôle. Avec l'arrivée des piluliers, cette tâche a été simplifiée, le traitement de Buprénorphine y étant intégré. Cela libèrerait du temps pour les préparatrices et il serait demandé au pharmacien de contrôler les prescriptions et d'aller aux UCSA surveiller les stocks.

e) Problème n°5 : La multiplication des supports de prescriptions :

Un détenu peut avoir en même temps trois prescriptions : un traitement somatique, un traitement psychiatrique, et, un traitement aigu.

Et, ces trois prescriptions peuvent être rangées à la pharmacie à différents endroits :

- Le traitement somatique : dans le classeur avec les traitements hebdomadaires et mensuels.
- Le traitement psychiatrique : idem ou avec les traitements quotidiens.
- Le traitement aigu : dans les archives.

Il serait préférable que l'on constitue dans les classeurs des « petits dossiers patients ». La personne qui réalisera l'analyse pharmacologique des ordonnances bénéficiera directement de tous les traitements de la personne.

Cela implique d'intégrer les ordonnances aiguës avec les prescriptions chroniques.

Pour les détenus ne bénéficiant que d'un traitement aigu, leurs ordonnances peuvent être directement archivées.

Par contre, si un jour il est possible d'avoir un support unique pour tous les traitements, la pharmacie gagnerait beaucoup de temps et la dispensation des médicaments serait plus sécurisée. L'idéal serait l'informatisation de la prescription dans les UCSA mais ce n'est pas encore prévu.

f) Problème n°6 : Pas de pharmacien référent pour les centres de détention :

Mme Detoul ne peut s'occuper pleinement des UCSA par manque de temps.

La place d'un pharmacien référent permettrait de :

- Analyser les ordonnances : actuellement, les préparatrices réalisent une analyse lors de la préparation des traitements mais avouent ne pas avoir réellement le temps de se poser des questions.
- Gérer les relations pharmacie/UCSA et s'y rendre régulièrement.
- Gérer les problèmes et les demandes particulières des UCSA.
- Mettre en place des mesures pour améliorer le circuit du médicament en collaboration avec les médecins, les infirmières...
- Valider les commandes.
- Gérer les relations avec l'administration pénitentiaire ou les détenus, si nécessaire.
- Vérifier les armoires à pharmacie des UCSA une fois par an ainsi que la dotation (comme cela se fait actuellement).
- Veiller à limiter le détournement des médicaments.
- Représenter la pharmacie aux réunions.

L'avis de la pharmacie a son importance. Elle pourrait, également, planifier des réunions avec l'UCSA afin de mettre à plat des désaccords.

- Etre en contact avec d'autres pharmaciens référents de centres de détention ou maisons d'arrêt de la région afin de pouvoir échanger des expériences et pouvoir trouver des solutions aux problèmes.

Ce poste sera mis en place à partir de juillet 2010. L'arrivée d'un pharmacien ne peut qu'améliorer les relations entre les services. Il permettra également de rendre plus fluide le service, d'y apaiser les tensions et ajouter de la sécurité pour toutes les responsabilités à assurer.

D. Conclusion sur la pharmacie :

Cette partie sur la pharmacie nous permet de réaliser les quantités de produits acheminés aux UCSA, et, de comprendre les relations entre les deux services.

Il est impressionnant de voir que quinze des vingt produits les plus consommés appartiennent aux classes de médicaments psychiatriques à Ecrouves (dix produits pour Toul).

Il est vrai qu'un réel malaise (mélange d'anxiété, de stress et d'idées suicidaires) règne en détention et les médicaments deviennent un moyen de trouver le repos. Il est important de les apaiser, mais les UCSA et la pharmacie ne doivent pas servir d'instruments à l'administration pénitentiaire pour les calmer afin d'obtenir la paix dans la détention.

De plus, les détenus représentent une population de personnes vieillissantes avec les maux inhérents qui les accompagnent: l'hypertrophie bénigne de la prostate, l'hypercholestérolémie, le diabète, la maladie d'Alzheimer, l'hypertension artérielle... et il faut les prendre en charge.

L'équipe soignante et la pharmacie contribuent à la lutte contre les maladies transmissibles sexuellement ou non. Contre le VIH ou l'hépatite C, le problème vient du manque de dépistage de ces maladies qui ne se réalise que sur demande ou accord de la personne mais également d'un manque d'information et de prévention (pas de distributeur de préservatifs). Beaucoup de travail reste à faire dans ce domaine.

La pharmacie lutte continuellement contre le détournement des médicaments. Alors, on change les formes galéniques, les spécialités, ou on limite les quantités de certains médicaments comme les sprays, les pommades, les substituts nicotiques... Il faut toujours rester vigilant ! Par exemple, les prescriptions de Renutryl® sont surveillées car il est plus utilisé pour augmenter la masse musculaire que pour éviter la dénutrition des détenus. C'est la seule boisson hyper protéinée référencée.

Par contre, par la distance et l'absence de contact avec les détenus, l'équipe de la pharmacie ne peut pas jouer son rôle dans l'éducation thérapeutique du patient. Le conseil pharmaceutique comme l'optimisation de la prise du traitement est donc laissé aux infirmières. Les préparatrices et les pharmaciens devraient avoir une place dans un projet d'éducation thérapeutique.

Enfin, la pharmacie a ses limites. Elle va devoir faire face à des changements d'organisation si elle veut maintenir la qualité de service qu'elle propose. Elle doit renforcer sa rigueur dans la distribution des produits et la préparation des traitements, mais aussi, améliorer l'analyse pharmacologique des ordonnances.

Le poste de pharmacien est vraiment attendu depuis bientôt quatorze ans.

V. Conclusion :

Cette thèse va permettre de faire connaître les soins et le système pharmaceutique dans ce milieu si particulier qu'est l'univers carcéral.

Lorsque ce travail a commencé, nous étions ignorants sur le sujet comme beaucoup de personnes de l'extérieur. C'est donc avec beaucoup d'étonnement que nous avons découvert une offre de soins aussi variée que complète.

Par les exemples que nous avons choisis de décrire, nous constatons que les équipes réalisent un travail énorme depuis le 18 janvier 1994. Cette date restera la plus importante puisqu'elle marque l'entrée de l'hôpital dans la détention alors que la situation y était critique.

Le détenu, bien que privé de liberté, est en droit de recevoir une qualité de soins égale à la population de l'extérieur.

Mais, attention il ne faut pas partir dans l'excès inverse ! Ce serait un comble pour la société que l'on soit mieux soigné en détention ! Et si l'on y réfléchit bien, cette limite, ne l'a-t-on pas un peu franchie ?

Quelques exemples :

- Les détenus ont un dentiste joignable même le week-end.
- On avance des traitements qu'aucune pharmacie de ville ne permettrait de faire.
- Les suivis urinaires pour le traitement de Méthadone® ne sont pas imposés.

Il faut qu'ils se rendent compte de l'investissement humain et financier réalisés pour eux. Certains détenus rencontrés lors de ce travail le reconnaissent et disent ouvertement que depuis leurs arrivées, ils se refont une santé et offrent une couverture sociale à leurs familles.

Difficile de parler de réinsertion dans ces conditions ! Une fois libérés vont-ils comprendre ?

Bien sûr, le tableau n'est pas si idyllique ! Les problèmes se multiplient lorsque l'on s'intéresse à la prise en charge des détenus.

Les principaux problèmes :

- La maladie psychiatrique
- Les maladies transmissibles
- L'hygiène
- Le manque d'éducation thérapeutique
- Les trafics et les détournements de médicaments
- Les dépendances aux drogues et/ou à l'alcool
- Les dépendances aux médicaments
- La violence et les agressions entre détenus
- Le suicide
- Les handicapés
- La promiscuité entre détenus

- Le manque de personnel
- Le vieillissement de la population carcérale
- La communication entre les équipes
- Le manque d'aide par les administrations (aucun texte ne donne de véritables protocoles pour savoir comment faire)
- Les dépistages
- La sécurité
- ...

Maintenant pour l'accès aux médicaments, il n'est limité que par les contraintes carcérales c'est-à-dire : des formes interdites, des spécialités surveillées ou limitées en quantité...

La pharmacie de l'hôpital St Charles a bien compris qu'elle devait se réformer pour pouvoir répondre et faire face à des demandes croissantes d'années en années des UCSA qui affrontent un vieillissement de la population carcérale et son lot de pathologies.

Le rôle de la pharmacie est primordial dans cet univers mais, peut être, trop centré sur la prise en charge médicamenteuse. Il est vrai que cet axe est très difficile à exécuter pleinement, et, toute l'équipe de la pharmacie répond avec brio aux demandes des UCSA tout en conciliant efficacité et réglementation.

Mais, la pharmacie est tout à fait à même de s'occuper d'autres grands axes de la prise en charge du détenu : l'éducation thérapeutique, le conseil et, pourquoi pas, l'hygiène qui sont bien souvent négligés en détention.

Un effort de tous les instants est nécessaire pour solutionner tous les problèmes soulevés par ce travail ou tout du moins pour ne pas leur faire prendre d'ampleur.

S'occuper de détenus c'est vivre à cent à l'heure, les prendre en charge globalement tout en essayer de les responsabiliser et d'essayer de construire un projet de réinsertion.

Il reste encore beaucoup à faire dans le domaine de la santé en milieu carcéral. Il faut prendre le temps de murir les projets de lois mais pas trop de temps non plus. Comme on l'a vu, la mise en place de la loi de 1994 dans les centres de détention de Toul et Ecouves a pris une dizaine d'années pour être acceptée et appliquée. Ces prisons ne peuvent pas attendre autant pour avoir des solutions à leurs problèmes !

Bibliographie :

Livres :

« Médecin chef à la prison de la santé », Véronique Vasseur, édition le livre de poche, avril 2001 (215 pages)

« Le droit en prison », O. Cligman/ L. Gratiot/ J.C Hanoteau, édition Dalloz, mai 2007 (341 pages)

Bimestriel :

« Espace info Santé », n°17, mars 2009, le journal des soignants des UCSA, Docteur André Jean-Rémy à l'UCSA de Perpignan et Franck Laval, pharmacien du centre de détention d'Uzerche, page 2,3 et 4.

Sites internet :

- Qui est l'OFDT ? <http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/ofdt.html> (consulté le 24/02/09)
- Les UCSA : www.wikipedia.org/wiki/Unités_de_consultations_et_de_soins_ambulatoires (consulté le 16/03/2009)
- Code des procédures pénales :
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006071154&dateTexte=20100316> (consulté le 25/01/2009)
- Guide méthodologique de la prise en charge d'une personne détenue :
http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/detenus_protecsociale/detenus.pdf (consulté le 25/01/2009)
- Loi n° 87-432 relative au service public pénitentiaire :
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006071199&dateTexte=20100316> (consulté le 25/01/2009)
- Loi du 18 janvier 1994 :
http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=C40360489124046D80A564B98FA0629D.tpdjo11v_1?cidTexte=JORFTEXT000000728979&categorieLien=id (consulté le 25/01/2009)
- Actualité et dossier de Santé Publique n°44 : « La santé en prison » :
<http://www.hcsp.fr/explore.cgi/adsp?ae=adsp&clef=85&menu=111282> (consulté le 05/05/2009)
- Particularité du travail infirmier en milieu carcéral :
<http://www.infirmiers.com/pdf/milieucarceral2.pdf> (consulté le 10/09/2009)
- L'observatoire international des prisons : www.oip.org (consulté le 05/02/2009)
- La santé en prison : <http://www.u707.jussieu.fr/sirs/SEMINAIRE091003.pdf> (consulté le 05/02/2009)
- L'AFSSAPS : <http://www.afssaps.fr/content/search?SearchText=atu&ok=Valider> (consulté le 15/01/2010)
- Les analyses d'ordonnances avec la banque de données « Thériaque » :
<http://www.theriaque.org/AnalyseOrdonnances/home.cfm> (consulté le 20/01/2010)
- Les moyens alloués aux UCSA : www.psy-desir.com (consulté le 15/02/2010)

N° d'identification :

TITRE

Le système d'offre de soins et d'accès aux médicaments des détenus par les exemples des centres de détention de Toul et Ecouves.

Thèse soutenue le 14 Mai 2010

Par Melle PONSEELE MAGDALENA

RESUME :

L'univers carcéral a connu, depuis les vingt dernières années, de profondes mutations accompagnées d'une dégradation de l'état de santé des détenus.

Plus d'un détenu sur deux nécessitent de soins médicaux !

Face à ce signal d'alerte, la loi du 18 janvier 1994 a déclaré que la gestion de la prise en charge des détenus serait assurée par le Ministère de la Santé et non plus par le Ministère de la Justice.

Chaque prison fut rattachée à un centre hospitalier du service public. Les centres de détention de Toul et d'Ecrouves ont donc réalisé une convention avec le centre hospitalier St Charles de Toul.

Les membres des équipes de soins dépendent alors de l'hôpital mais travaillent en détention dans un lieu appelé UCSA : Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires.

Les débuts furent difficiles pour différentes raisons : problèmes de communication avec l'administration pénitentiaire, une situation sanitaire déplorable...

A l'heure du bilan, seize ans après la Grande Loi, on peut dire que les détenus bénéficient d'une prise en charge complète et d'un accès aux médicaments équivalant à la population extérieure.

Des moyens humains et financiers colossaux sont débloqués chaque année pour financer la demande de soins des détenus. Ces derniers, par l'allongement des peines, développent des pathologies liées à la vieillesse qu'il faut soigner : diabète type II, hypertrophie bénigne de la prostate, cancers, les maladies d'Alzheimer et de Parkinson...

L'arrivée de l'hôpital dans le milieu carcéral n'a pas résolu tous les problèmes. Les principaux demeurent : la gestion des pathologies mentales, l'hygiène, le suicide, l'éducation thérapeutique, les maladies transmissibles, les dépendances et le manque de personnel.

De même, concernant la pharmacie, en plus de veiller à une bonne dispensation des médicaments, elle doit lutter contre les mésusages et les détournements de médicaments.

La toxicomanie représente un des points les plus sensibles en détention !

Enfin, s'occuper de détenus c'est bien sûr : prendre en charge leur santé, essayer de les responsabiliser et de construire leur réinsertion tout en résolvant les problèmes soulevés par ce travail.

Il reste encore beaucoup à faire en milieu carcéral dans le domaine de la santé mais ces prisons ne peuvent pas attendre encore seize ans pour qu'on les aide et pour que les équipes en place aux UCSA et la pharmacie réalisent une prise en charge d'aussi bonne qualité qu'actuellement.

MOTS CLES : détenus, détournements de médicaments, psychiatrique, somatique, soins, population vieillissante, marginaux, les pathologies transmissibles, hépatites C, SIDA, conditionnement unitaire, sécurité, ATU et hygiène.

Directeur de thèse	Intitulé du laboratoire	Nature
<u>Mr TROCKLE Gabriel</u>	<u>Professeur de pharmacologie</u>	Expérimentale <input checked="" type="checkbox"/>
<u>Mme DETOUL Christine</u>	<u>Pharmacien hospitalier</u>	Bibliographique <input type="checkbox"/>
		Thème <input checked="" type="checkbox"/>

Thèmes

1 – Sciences fondamentales
3 – Médicament
5 - Biologie

2 – Hygiène/Environnement
4 – Alimentation – Nutrition
⑥ – Pratique professionnelle

