

Faculté de Pharmacie

Année 2022

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Pharmacie

Présentée et soutenue publiquement

le 23 septembre 2022

Par

Marie-Justine RIVES

Née le 25/05/1993 à Enghien les Bains,

L'UHSA dans un parcours de soins pénitentiaire : étude prospective sur 3 mois à l'UHSA de Cadillac

Thèse dirigée par Adeline EGRON

Examineurs :

M. Nicolas Picard, PU-PH, CHU de Limoges

M. Fabien Xuereb, MCU-PH, CHU de Bordeaux

M. Dominique Dandelot, PH, CH de Cadillac

Mme. Cecile Ribas, PH, CHU de Bordeaux

M. Gildas Le Port, PH, CH de Cadillac



Faculté de Pharmacie

Année 2022

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Pharmacie

Présentée et soutenue publiquement

le 23 septembre 2022

Par Marie-Justine RIVES

Née le 25/05/1993 à Enghien les Bains

L'UHSA dans un parcours de soins pénitentiaire : étude prospective sur 3 mois à l'UHSA de Cadillac

Thèse dirigée par Adeline EGRON

Examineurs :

M. Nicolas Picard, PU-PH, CHU de Limoges

M. Fabien Xuereb, MCU-PH, CHU de Bordeaux

M. Dominique Dandelot, PH, CH de Cadillac

Mme. Cecile Ribas, PH, CHU de Bordeaux

M. Gildas Le Port, PH, CH de Cadillac

Liste des enseignants

Le 1^{er} septembre 2021

Doyen de la Faculté

Monsieur le Professeur Bertrand COURTIOUX

Vice-doyen de la Faculté

Monsieur David LÉGER, Maître de conférences

Assesseurs de la Faculté

Monsieur le Professeur Serge BATTU

Monsieur le Professeur Nicolas PICARD

Professeurs des Universités – Hospitalo-Universitaires

M. PICARD Nicolas	Pharmacologie
Mme ROGEZ Sylvie	Microbiologie, parasitologie, immunologie et hématologie
M. SAINT-MARCOUX Franck	Toxicologie

Professeurs des Universités – Universitaires

M. BATTU Serge	Chimie analytique et bromatologie
M. CARDOT Philippe	Chimie analytique et bromatologie
M. COURTIOUX Bertrand	Microbiologie, parasitologie, immunologie et hématologie
M. DESMOULIERE Alexis	Physiologie
M. DUROUX Jean-Luc	Biophysique et mathématiques
Mme FAGNÈRE Catherine	Chimie organique, thérapeutique et pharmacie clinique
M. LIAGRE Bertrand	Biochimie et biologie moléculaire
Mme MAMBU Lengo	Pharmacognosie
M. TROUILLAS Patrick	Biophysique et mathématiques

Mme VIANA Marylène Pharmacie galénique

Maitres de Conférences des Universités – Hospitalo-Universitaires

M. BARRAUD Olivier (*) Microbiologie, parasitologie, immunologie et hématologie

Mme. CHAUZEIX Jasmine Microbiologie, parasitologie, immunologie et hématologie

M. JOST Jérémy Chimie organique, thérapeutique et pharmacie clinique

Maitres de Conférences des Universités – Universitaires

M. BASLY Jean-Philippe (*) Chimie analytique et bromatologie

Mme BEAUBRUN-GIRY Karine Pharmacie galénique

Mme BÉGAUD Gaëlle Chimie analytique et bromatologie

M. BILLET Fabrice Physiologie

M. CALLISTE Claude Biophysique et mathématiques

M. CHEMIN Guillaume Biochimie et biologie moléculaire

Mme CLÉDAT Dominique Chimie analytique et bromatologie

M. COMBY Francis Chimie organique, thérapeutique et pharmacie clinique

Mme COOK-MOREAU Jeanne Microbiologie, parasitologie, immunologie et hématologie

Mme DELEBASSÉE Sylvie Microbiologie, parasitologie, immunologie et hématologie

Mme DEMIOT Claire-Elise (*) Pharmacologie

M. FABRE Gabin Biophysique et mathématiques

M. FROISSARD Didier Botanique et cryptogamie

Mme JAMBUT Anne-Catherine (*) Chimie organique, thérapeutique et pharmacie clinique

M. LABROUSSE Pascal (*) Botanique et cryptogamie

Mme LAVERDET Betty Pharmacie galénique

M. LAWSON Roland	Pharmacologie
M. LÉGER David	Biochimie et biologie moléculaire
Mme MARRE-FOURNIER Françoise	Biochimie et biologie moléculaire
M. MERCIER Aurélien	Microbiologie, parasitologie, immunologie et hématologie
Mme MILLOT Marion (*)	Pharmacognosie
Mme PASCAUD-MATHIEU Patricia	Pharmacie galénique
Mme POUGET Christelle (*)	Chimie organique, thérapeutique et pharmacie clinique
M. TOUBLET François-Xavier	Chimie organique, thérapeutique et pharmacie clinique
M. VIGNOLES Philippe (*)	Biophysique et mathématiques

(*) Titulaire de l'Habilitation à Diriger des Recherches (HDR)

Attaché Temporaire d'Enseignement et de Recherche

Mme AUDITEAU Émilie Épidémiologie, statistique, santé publique

Enseignants d'anglais

M. HEGARTY Andrew Chargé de cours

Mme VERCELLIN Karen Professeur certifié

Remerciements

Dans un premier temps, je tiens à remercier l'ensemble du jury de cette thèse qui a accepté de juger mon travail.

A Monsieur le Professeur Nicolas Picard,

C'est un honneur que vous présidiez ce jury de thèse, j'en suis très reconnaissante.

A Monsieur le Professeur Fabien Xuereb,

Je vous remercie de prendre le temps de participer à ce jury et de votre investissement auprès des internes en pharmacie, veuillez considérer ma grande considération.

A Monsieur le Docteur Dominique Dandelot,

Je vous remercie d'avoir accepté de participer à ce jury de thèse et de m'avoir aidée dans ce travail depuis le début. Vos conseils et votre expertise ont été précieux, je vous en remercie. Soyez assuré de toute ma reconnaissance.

A Madame le Docteur Cecile Ribas,

Je te remercie sincèrement d'avoir accepté d'être membre de ce jury. J'espère que ce travail te plaira.

A Monsieur le Docteur Gildas Le Port,

Je vous remercie pour ces 1 ans passés à Cadillac et de tout ce que vous avez pu me transmettre. Je suis reconnaissante de toute l'aide que vous m'avez apportée au cours de ce travail. Je vous transmets toute ma gratitude.

A ma directrice de thèse, Madame le Docteur Adeline Egron,

Je te remercie sincèrement pour m'avoir proposée ce sujet de thèse, pour l'intérêt que tu as porté sur ce travail depuis le début, de ta disponibilité pour la relecture et les conseils mais aussi du soutien apporté durant toute cette période. Sans toi, tout aurait été différent, encore merci pour tout !

J'aimerais remercier toute l'équipe de la PUI de Cadillac

Merci pour votre accueil, vos conseils et votre sympathie. C'était un plaisir de passer une année dans la bonne humeur et j'en garde de très bons souvenirs.

Un grand merci aussi à Laurence, je vous exprime ma reconnaissance après cette année passée à la pharmacie et tout ce que j'ai pu apprendre de la psychiatrie.

Je te remercie Christelle de ce bout de chemin passé avec toi et tous tes bons conseils. J'espère que ta petite vie à Marmande te plaît.

Un merci à toute l'équipe de la PUI d'Esquirol

Laurence, Nathalie et Adrien, ce fut un réel plaisir de travailler à vos côtés. Grâce à vous, j'ai découvert ce qu'était la pharmacie clinique et je vous en remercie. Sans vous, la suite de mon internat aurait été différente.

Robin, j'ai apprécié te découvrir tout au long du semestre. Nos petits repas débrief de soirée TV en tête à tête en cette période Covid étaient un vrai plaisir.

A toutes les équipes avec qui j'ai pu travailler au cours de mon internat,

Merci aux équipes de la pharmacie de Limoges, Saint André, Haut Lévêque et de la clinique Tivoli.

Je tiens également à remercier ma famille et tous mes proches

En particulier mes parents, qui me soutiennent depuis le début de mes études. Vous m'avez toujours encouragé durant ces années même dans les moments de doute. Merci d'avoir toujours été présents pour nous.

Mes sœurs. Même si on n'arrive pas à se voir comme on le voudrait, vous avez toujours été présentes. Merci pour tout.

A Maxime, merci d'être toujours à mes côtés, de me faire rire et d'avoir été patient durant tout ce travail. Tu m'as été d'un énorme soutien (même si tu dis le contraire) et le meilleur reste à venir.

Je remercie aussi les amis et co-internes rencontrés durant cet internat et plus particulièrement :

Eva, mille mercis d'être ce que tu es. Mes années fac auraient été différentes sans toi. Toujours présente quand il le faut, merci pour tout ce soutien durant ces années (ça ne nous rajeunit pas). Promis, on recommence nos aventures très rapidement.

Stephanie, une de mes premières rencontres au cours de cet internat. Ce semestre avec toi a été un réel plaisir. Tu es une fille entière avec un grand cœur au caractère bien trempé. Je ne te l'ai pas assez dit mais je te remercie pour ton aide durant ces années.

Table des matières

Liste des abréviations.....	11
Table des illustrations	14
Table des tableaux	15
Introduction	16
REVUE DE LA LITTÉRATURE.....	17
I. Organisation du système carcéral français	18
I.1. Les services pénitentiaires d’insertion et de probation (SPIP).....	18
I.1.1. Milieu fermé.....	18
I.1.2. Milieu ouvert.....	18
I.2. Les établissements pénitentiaires	19
I.2.1. Les maisons d’arrêt (MA)	19
I.2.2. Les établissements pour peine.....	19
I.3. Les établissements pénitentiaires pour mineurs	20
I.4. L’établissement public de santé national de Fresnes	20
II. La population carcérale	22
II.1. Les chiffres de l’administration pénitentiaire pour l’année 2021	22
II.1.1. Au niveau national	22
II.1.2. Au niveau de la Nouvelle Aquitaine	23
II.2. La vie des détenus en milieu carcéral	24
II.2.1. Les conditions de détention	24
II.2.2. Une violence omniprésente	25
II.2.3. Un code des détenus à respecter.....	26
II.3. La santé des détenus.....	28
II.3.1. Santé mentale	28
II.3.2. Qu’en est-il des femmes et des mineurs ?	31
II.3.3. Pathologies somatiques	32
III. Organisation des soins en milieu carcéral	35
III.1. Unités sanitaires de niveau 1	36
III.1.1. Soins psychiatriques.....	36
III.1.2. Soins somatiques	37
III.2. Unités sanitaires de niveau 2	37
III.2.1. Soins psychiatriques.....	37
III.2.2. Soins somatiques	38
III.3. Unités sanitaires de niveau 3	38
III.3.1. Soins psychiatriques.....	38

III.3.2. Soins somatiques	40
IV. Présentation de l'UHSA	41
IV.1. Origine	41
IV.2. Création des UHSA.....	41
IV.3. Modalités de fonctionnement	43
IV.4. Compte rendu de la première tranche (44)	44
IV.5. Procédures d'admission et de sortie	44
IV.5.1. Avec consentement	44
IV.5.2. Sans consentement.....	45
IV.5.3. Cas particulier d'une sortie pour libération d'une personne détenue	46
IV.6. Les missions de l'UHSA	46
IV.6.1. Fonction soins	46
IV.6.2. Fonction pénitentiaire	47
IV.7. Focus sur l'UHSA de Cadillac	47
IV.7.1. L'architecture.....	48
IV.7.2. Le personnel.....	49
IV.7.3. Journée type à l'UHSA.....	49
V. Les problématiques du milieu carcéral liées à la prise en charge médicamenteuse	51
V.1. Consommation de substances	51
V.1.1. Les causes de cette consommation	51
V.1.2. Épidémiologie	51
V.1.3. Le mésusage.....	55
V.2. Les contraintes liées au système carcéral.....	57
V.2.1. L'accès aux soins reste très encadré	58
V.2.2. L'observance et le suivi médical	58
V.2.3. Manque de sensibilisation des professionnels de santé aux problématiques de la population carcérale.....	59
V.2.4. Un emploi du temps difficile à anticiper	59
VI. Circuit du médicament et des dispositifs médicaux en milieu pénitentiaire	60
VI.1. Contexte.....	60
VI.2. Particularités dans les établissements pénitentiaires	60
VI.2.1. La PUI de l'établissement de santé ne dispose pas de locaux implantés dans l'établissement pénitentiaire.....	60
VI.2.2. La PUI de l'établissement de santé dispose de locaux implantés dans l'établissement pénitentiaire	61
VI.3. Le circuit du médicament et des dispositifs médicaux	61
VI.3.1. Prescription.....	61
VI.3.2. Dispensation et l'administration.....	62
VI.3.3. Stockage des médicaments et dispositifs médicaux	63
ANALYSE DES PRATIQUES AU CH DE CADILLAC	64

<i>I. Matériel et méthodes</i>	66
<i>II. Résultats</i>	69
II.1. Présentation de la population admise	69
II.1.1. Caractéristiques sociodémographiques	69
II.1.2. Caractéristiques judiciaires	71
II.1.3. Pathologies.....	72
II.2. Caractéristiques de l'hospitalisation	75
II.2.1. Délais d'admission.....	75
II.2.2. Durée d'hospitalisation	76
II.2.3. Motifs d'admission	77
II.3. Prise en charge médicamenteuse	78
II.3.1. Somatique	79
II.3.2. Addictions	80
II.3.3. Psychiatrique.....	80
II.4. Observance et suivis biologiques	89
<i>DISCUSSION</i>	90
<i>I. Caractéristiques de la population admise</i>	91
I.1. Données sociodémographiques	91
I.2. Etat de santé	91
I.3. Diagnostics principaux	92
<i>II. Caractéristiques de l'hospitalisation</i>	94
II.1. Délais d'admission	94
II.2. Modes d'admission	94
II.3. Durées d'hospitalisation	95
II.4. Motifs d'admission	95
<i>III. Prise en charge thérapeutique</i>	97
III.1. Médicamenteuse	97
III.1.1. Mésusage et addictions	97
III.1.2. Psychiatrique.....	102
III.1.3. Somatique	107
III.1.4. Suivi biologique	108
III.1.5. Population féminine.....	109
III.2. Non médicamenteuse	110
<i>IV. Limites et biais</i>	112
<i>V. Perspectives du travail effectué</i>	113
V.1. Renforcer la place du pharmacien	113
V.2. Développer les activités de pharmacie clinique	113

Conclusion.....	115
Références bibliographiques	116
Annexes	123
Table des annexes.....	131
Serment De Galien	132

Liste des abréviations

AMM : Autorisation de mise sur le marché

ANSM : Agence Nationale de la Sécurité du Médicament

AP1 : Antipsychotique de 1^e génération

AP2 : Antipsychotique de 2^e génération

APAP : Antipsychotique à action prolongée

ARS : Agence régionale de santé

BPCO : Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive

CATTP : Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel

CHU : Centre hospitalier universitaire

CPP : Code de procédure pénal

CSAPA : Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie

CSP : Code la santé publique

DATI : Dispositif d'alarme du travailleur isolé

DCI : Dénomination commune internationale

DGS : Direction générale de la santé

DISP : Direction interrégionale des services pénitentiaires

DREES : Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques

EP : Etablissement pénitentiaire

ETP : Equivalent temps plein

ETP : Education thérapeutique du patient

HAS : Haute Autorité de Santé

HCSP : Haut comité de santé publique

IP : Intervention pharmaceutique

IPP : Inhibiteur de la pompe à protons

ISRS : Inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine

IST : Infection sexuellement transmissible

MA : Maison d'arrêt

OFDT : Observatoire français des drogues et des tendances addictives

PUI : Pharmacie à usage intérieur

RCP : Résumé des caractéristiques du produit

SDT : Soins à la demande d'un tiers

SMPG : Santé mentale en population générale

SMPC : Santé mentale en population carcérale

SMPR : Service médico-psychologique régional

SL : Soins libres

SPC : Santé en population carcérale

SPDRE : Soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat

SPIP : Service pénitentiaire d'insertion et de probation

TSN : Traitement de substitution nicotinique

TSO : Traitement de substitution aux opiacés

UMD : Unité pour malades difficiles

UHSA : Unité d'hospitalisation spécialement aménagée

UHSI : Unité hospitalière sécurisée interrégionale

URCAM : Union régionale des caisses d'assurance maladie

USIP : Unité de soins intensifs psychiatriques

USMP : Unité sanitaire en milieu pénitentiaire

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

VHC : Virus de l'Hépatite C

Table des illustrations

FIGURE N° 1 : CARTE DE L'ADMINISTRATION PENITENTIAIRE FRANÇAISE	21
FIGURE N° 2 : REPARTITION DES CONDAMNATIONS CHEZ LES DETENUS	23
FIGURE N° 3 : PREVALENCE DES TROUBLES PSYCHIATRIQUES CHEZ LES HOMMES EN POPULATION CARCERALE ET EN POPULATION GENERALE	31
FIGURE N° 4 : LES 3 NIVEAUX DE PRISE EN CHARGE DANS LE MILIEU CARCERAL	36
FIGURE N° 5 : REPARTITION DES UHSA ET UMD AU NIVEAU NATIONAL	42
FIGURE N° 6 : CARTE DES ADMINISTRATIONS PENITENTIAIRES DE L'INTERREGION PENITENTIAIRE DE BORDEAUX (JUN 2021)	48
FIGURE N° 7 : JOURNEE TYPE A L'UHSA DE CADILLAC	50
FIGURE N° 8 : CLASSEMENT DES PSYCHOTROPES FAISANT L'OBJET D'UN TRAFIC EN FRANCE DANS UNE POPULATION PLACEE EN GARDE A VUE	56
FIGURE N° 9 : REPARTITION DE LA POPULATION EN FONCTION DU SEXE	69
FIGURE N° 10 : REPARTITION DES 60 PATIENTS EN FONCTION DES TRANCHES D'AGE	70
FIGURE N° 11 : REPARTITION DES PATHOLOGIES SOMATIQUES	72
FIGURE N° 12 : REPARTITION DU NOMBRE DE PATIENTS PAR SOUS-GROUPE DE DIAGNOSTIC (CIM-10)	74
FIGURE N° 13 : REPARTITION DES PATIENTS SELON LE TYPE D'ADDICTION	75
FIGURE N° 14 : REPARTITION DU NOMBRE DE PATIENTS EN FONCTION DES DELAIS D'ADMISSION	76
FIGURE N° 15 : REPARTITION DU NOMBRE DE PATIENTS EN FONCTION DE LA DUREE D'HOSPITALISATION	77
FIGURE N° 16 : REPARTITION DES MOTIFS D'HOSPITALISATION A L'ADMISSION	78
FIGURE N° 17 : REPARTITION DES TRAITEMENTS SOMATIQUES	80
FIGURE N° 18 : REPARTITION DU NOMBRE DE LIGNES DE PRESCRIPTION EN ANTIPSYCHOTIQUES	83
FIGURE N° 19 : REPARTITION DES LIGNES DE PRESCRIPTIONS D'AP1	84
FIGURE N° 20 : NOMBRE DE PRESCRIPTIONS DE BENZODIAZEPINES ET D'HYPNOTIQUES	86
FIGURE N° 21 : REPARTITION DES PRESCRIPTIONS EN ANTIDEPRESSEURS	87
FIGURE N° 22 : NOMBRE DE LIGNES DE PRESCRIPTION DE PSYCHOTROPES SELON LA FORME GALENIQUE EN DETENTION	88
FIGURE N° 23 : NOMBRE DE LIGNES DE PRESCRIPTION DE PSYCHOTROPES SELON LA FORME GALENIQUE A L'UHSA	89

Table des tableaux

TABLEAU N°2 : PREVALENCE DES TROUBLES PSYCHIATRIQUES DANS LES ETABLISSEMENTS PENITENTIAIRES FRANÇAIS.....	30
TABLEAU N°3 : CONSOMMATION DE DROGUES DURANT L'INCARCERATION.....	53
TABLEAU N°4 : SOUS-GROUPES DE LA CLASSIFICATION CIM-10.....	68
TABLEAU N°5 : CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES	70
TABLEAU N° 6 : CARACTERISTIQUES JUDICIAIRES	71
TABLEAU N°7 : NOMBRE DE LIGNES DE PRESCRIPTION SELON L'ETAPE DE LA PRISE EN CHARGE	79
TABLEAU N°8 : COMPARAISON DES TRAITEMENTS PSYCHOTROPES AUX DIFFERENTS MOMENTS DE LA PRISE EN CHARGE	82
TABLEAU N°9 : ÉVOLUTION DES PRESCRIPTIONS D'ANTIPSYCHOTIQUES AUX DIFFERENTES ETAPES DE LA PRISE EN CHARGE	85
TABLEAU N°10 : COMPARAISON DES DIAGNOSTICS PRINCIPAUX DE L'ETUDE DE CADILLAC AUX DIAGNOSTICS RETROUVES DANS LA LITTERATURE	93
TABLEAU N°11 : TABLEAU COMPARATIF DES PRIX DE L'HALOPERIDOL ET LA RISPERIDONE SELON LA FORME GALENIQUE	107

Introduction

L'environnement carcéral est caractérisé par une surreprésentation des populations issues d'un milieu précaire, qui comportent des difficultés socio-économiques et sanitaires. De ce fait, il n'est pas rare qu'à leur entrée en détention, les personnes incarcérées présentent un état de santé fragilisé aussi bien sur le plan somatique que psychiatrique.

Les troubles psychiatriques sont parfois préexistants, mais dans certains cas, les conditions de détention, caractérisées par la surpopulation, la proximité et l'insalubrité, sont susceptibles d'être révélatrices de maladies mentales chez les personnes ayant un terrain vulnérable. Il est démontré que les patients souffrant de troubles psychiatriques ont une mortalité significativement plus élevée que la population générale (1). La prise en charge de ces patients constitue de ce fait un enjeu de santé publique.

L'organisation des soins en milieu carcéral est en constante amélioration depuis les années 80. L'évolution du profil des détenus, associé au vieillissement progressif de la population a fait naître des problématiques auxquelles l'ancien système ne pouvait répondre. Dans ce contexte, la création des unités d'hospitalisation spécialement aménagées (UHSA) en 2011 constitue une avancée majeure dans la prise en charge des troubles psychiatriques des personnes détenues.

Les études actuelles sur les UHSA, ne mentionnent pas le rôle du pharmacien dans ces unités. Pourtant, des données sur l'impact positif de leur présence en établissement pénitentiaire existent.

Ce travail permet de dresser un bilan sur la prise en charge médicamenteuse des patients détenus et les spécificités liées au milieu carcéral.

Notre étude se déroule en trois temps et se concentre sur l'UHSA de Cadillac, en Gironde.

Dans une première partie, nous décrivons le contexte d'ouverture de ces unités avec la présentation du système carcéral français dans sa globalité. On y retrouve une description de la population carcérale accueillie, de l'offre de soins disponibles et les problématiques liées à cette organisation. Nous faisons également un point sur le circuit du médicament et des dispositifs médicaux en milieu pénitentiaire.

Dans un second temps, nous présentons l'étude réalisée durant 4 mois à l'UHSA de Cadillac avec la description détaillée de la population accueillie (caractéristiques sociodémographiques, judiciaires) et les caractéristiques de l'hospitalisation (délai et durée d'hospitalisation, prescriptions médicamenteuses). Nous nous attardons particulièrement sur les prescriptions de psychotropes et les différences qu'il existe entre la détention et l'UHSA, avec un focus sur les pathologies somatiques et addictives.

Dans une dernière partie, nous discutons les résultats obtenus en les comparant aux données disponibles dans la littérature. Enfin, une ouverture sur l'intérêt de la place du pharmacien dans ce type d'unité est développée.

REVUE DE LA LITTERATURE

I. Organisation du système carcéral français

L'administration pénitentiaire française s'organise autour de neuf directions interrégionales et une mission des départements et territoires d'outre-mer. Leur organisation est décrite dans la figure suivante (Figure n°1).

Elles ont pour rôle de contrôler et coordonner l'activité des services pénitentiaires d'insertion et de probation (SPIP) et des établissements pénitentiaires (EP) placés sous leur autorité.

I.1. Les services pénitentiaires d'insertion et de probation (SPIP)

Les SPIP agissent à l'échelle départementale auprès des personnes détenues ou condamnées, qu'elles soient en milieu ouvert ou fermé. Ils sont au nombre de 103 sur le territoire.

Leurs missions principales sont la prévention des récidives et la participation à la réinsertion socio-professionnelle des personnes condamnées.

I.1.1. Milieu fermé

Ils accompagnent les personnes détenues dans le cadre d'un parcours d'exécution des peines :

- En participant à la décision judiciaire et à l'individualisation des peines en suggérant au juge de l'application des peines des aménagements de peine selon la situation du condamné (parcours de vie, acte commis, situation économique et financière) ;
- En aidant à la préparation à la sortie de prison avec le soutien d'un réseau (associations et partenaires institutionnels) ;
- En luttant contre la désocialisation des personnes détenues avec le maintien des liens familiaux et en favorisant l'accès à la culture.

I.1.2. Milieu ouvert

Ils interviennent dans le cadre d'un mandat judiciaire :

En apportant à l'autorité judiciaire l'ensemble des éléments d'évaluation utiles à la préparation et à la mise en œuvre des condamnations ;

- En aidant les condamnés à comprendre leur peine ;
- En s'assurant que les personnes condamnées respectent leurs obligations (travail d'intérêt général, placement sous surveillance électronique...) ;
- En favorisant l'accès aux personnes placées sous-main de justice aux dispositifs d'insertion sociale et professionnelle.

I.2. Les établissements pénitentiaires

Au niveau national, il existe 186 EP répartis principalement en maisons d'arrêt et établissements pour peines. A côté de ces établissements, on retrouve également les établissements pénitentiaires pour mineurs et l'établissement public de santé national de Fresnes.

Le placement se fait selon le régime de détention et le type de condamnation.

I.2.1. Les maisons d'arrêt (MA)

Elles sont au nombre de 81 et accueillent des personnes prévenues se trouvant en détention provisoire (c'est à dire des personnes détenues en attente de jugement ou dont la condamnation n'est pas définitive), ainsi que des personnes condamnées dont la peine d'emprisonnement est inférieure à deux ans ou qui sont en attente de transfert.

I.2.2. Les établissements pour peine

Il en existe 98, divisés en plusieurs catégories selon le type de population pénale accueillie.

I.2.2.1. Les maisons centrales

On en compte 6 sur le territoire national. Elles sont destinées à accueillir les détenus les plus dangereux qui sont condamnés à de longues peines et/ou qui présentent des risques. L'organisation et le régime de détention de ces établissements sont axés sur la sécurité.

I.2.2.2. Les centres de détention

Ils sont destinés à accueillir des détenus condamnés à une peine supérieure à deux ans et pour lesquels une réinsertion sociale est envisageable. Le régime de détention est surtout orienté vers la resocialisation des détenus.

I.2.2.3. Les centres de semi-liberté

On en dénombre 9 au total. Ils admettent des détenus bénéficiant d'un aménagement de peine. De ce fait, ils peuvent s'absenter de l'établissement durant la journée afin de travailler, aller à une visite médicale ou suivre une formation par exemple.

I.2.2.4. Les quartiers centres pour peines aménagées

Ils accueillent 2 types de personnes condamnées : celles bénéficiant d'une mesure de semi-liberté ou d'un placement à l'extérieur et celles dont le reliquat de peine (c'est-à-dire la durée de peine restante à purger) est inférieur à un an afin de leur permettre de concrétiser un projet de réinsertion.

I.2.2.5. Les centres pénitentiaires

Ils sont au nombre de 58. Il s'agit d'établissements mixtes constitués d'au moins deux quartiers de régime de détention différents (maison d'arrêt, centre de détention et/ou maison centrale).

I.3. Les établissements pénitentiaires pour mineurs

Au nombre de six, ils ont été créés par la loi du 9 septembre 2002 (5). Ils accueillent aussi bien des filles que des garçons et privilégient l'insertion et l'éducation (les mineurs détenus de moins de 16 ans ont une obligation scolaire et les moins de 18 ans ont une obligation de formation).

Les personnes détenues vivent dans des « unités de vie » et sont accompagnées par une équipe pluridisciplinaire (administration pénitentiaire, protection judiciaire de la jeunesse, éducation nationale, service de santé).

I.4. L'établissement public de santé national de Fresnes

Créé en 1898, il est implanté à l'intérieur du centre pénitentiaire de Fresnes. Il accueille exclusivement des détenus nécessitant une hospitalisation (hors urgences et psychiatrie). La capacité d'accueil est de 80 lits d'hospitalisation. L'activité y est variée grâce à une équipe pluridisciplinaire : soins de suite et de réadaptation, médecine, consultations externes, imagerie médicale et pharmacie à usage intérieur.

Dans cette première partie, nous avons pu appréhender l'organisation générale du système carcéral français avec les différentes structures qui la composent. Dans la prochaine partie, nous allons nous intéresser plus particulièrement à la population carcérale en développant son environnement et les différents troubles qui peuvent l'affecter.

L'ADMINISTRATION PÉNITENTIAIRE



Figure n° 1 : Carte de l'administration pénitentiaire française

II. La population carcérale

Avant de développer en détail cette partie, il est important de définir certains termes propres au milieu pénitentiaire et pouvant être utilisés au cours de cette étude :

- Une personne écrouée, est une personne placée en détention provisoire ou condamnée à une peine privative de liberté. Elle n'est pas nécessairement hébergée par l'établissement pénitentiaire. On parle de levée d'écrou lorsque la détention se termine, c'est à dire lorsque le détenu est libéré.
- Le terme « écroué détenu » signifie que la personne fait l'objet d'une mesure privative de liberté à l'intérieur de l'établissement pénitentiaire.

II.1. Les chiffres de l'administration pénitentiaire pour l'année 2021

II.1.1. Au niveau national

Au 1^{er} Janvier 2022, la France compte 83 267 personnes écrouées dont 69 448 détenues. L'âge médian de l'ensemble des détenus est de 32 ans (6).

La densité carcérale sur le territoire, définie par le rapport entre le nombre de personnes détenues et nombre de places opérationnelles (ou nombre de places disponibles dans les établissements pénitentiaires), est de 114,3%.

Cette surpopulation varie d'un établissement à un autre mais elle est véritablement problématique dans les maisons d'arrêts où les taux atteignent les 134,6%.

Si l'on regarde en détail la répartition des personnes détenues, on observe :

- 2 219 femmes détenues soit 3,2% de la population carcérale ;
- 616 mineurs détenus soit 0,9% de la population carcérale ;
- 18 660 prévenus soit 26,9% de la population carcérale ;
- 48 151 condamnés soit 69,3% de la population carcérale.

Les principaux motifs de condamnation sont les atteintes à la personnes (47%) et les atteintes aux biens (26%). Les autres causes sont résumées dans la figure suivante (Figure n°2) (8).

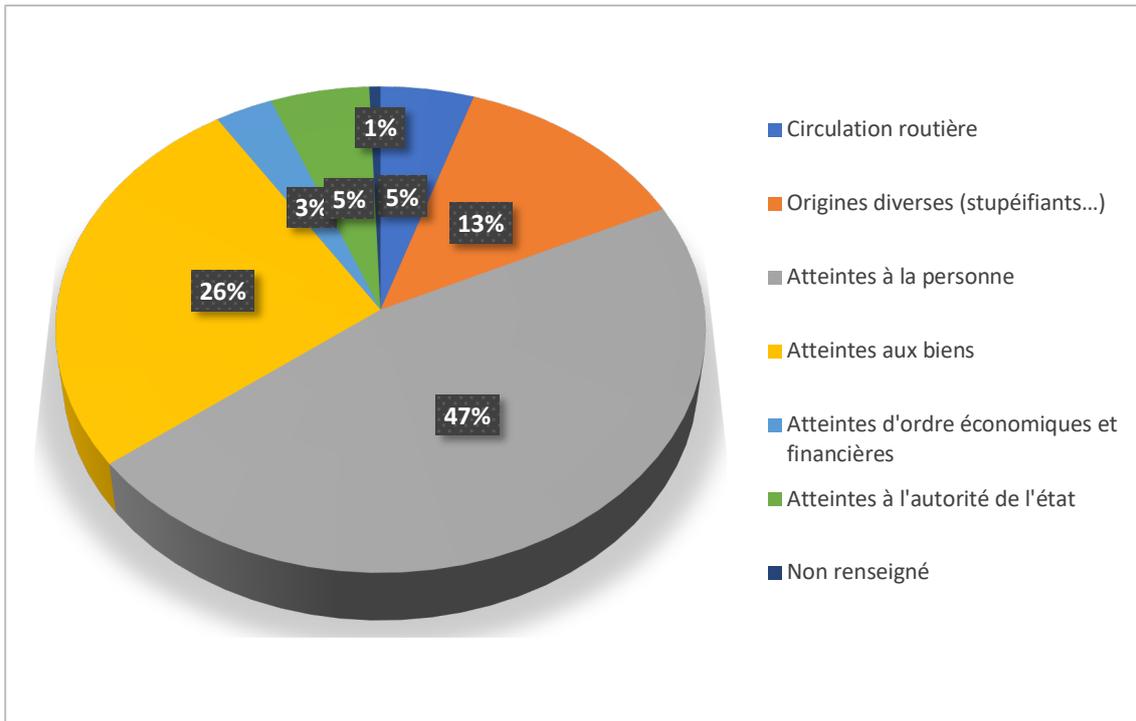


Figure n°2 : Répartition des condamnations chez les détenus

Parmi les personnes non détenues (13 819), 686 sont placées à l'extérieur (4,9%) et 13 133 sont sous surveillance électronique (95%).

Le placement à l'extérieur constitue un régime particulier de détention qui autorise la personne condamnée à quitter l'EP en vue d'exercer une activité professionnelle, participer à sa vie de famille ou de s'investir dans un projet d'insertion ou de réinsertion. L'hébergement peut se faire dans l'EP, mais ce n'est pas systématique. Il s'effectue soit dans le cadre d'un aménagement de peine soit dans le cadre d'une libération sous contrainte.

II.1.2. Au niveau de la Nouvelle Aquitaine

En ce qui concerne la DISP de Bordeaux, 6 520 personnes sont écrouées dont 5 567 qui sont détenues, soit une densité carcérale de 109,5% (5).

En comparaison à d'autres DISP, Bordeaux n'est pas la plus en difficulté. En effet, sur Toulouse par exemple, la densité carcérale est de 136,8%.

Pour la répartition des personnes détenues, on note :

- 151 femmes détenues soit 2,7% de la population carcérale ;
- Le nombre de détenus mineurs n'est pas mentionné dans les données mais il est indiqué que le taux d'occupation des places pour mineurs est de 46,8% ;
- 1 300 prévenus soit 23,4% de la population carcérale ;
- 4 076 condamnés soit 73,2% de la population carcérale.

II.2. La vie des détenus en milieu carcéral

La dernière version du « Guide du détenu arrivant », rédigé par le ministère de la justice, date de novembre 2019. Il s'agit d'un manuel expliquant le fonctionnement global du milieu carcéral : l'incarcération, le quotidien, les règles de vie et la vie en établissement pénitentiaire (7).

Néanmoins, ce guide de « bienvenue » reste très succinct, il s'agit principalement d'une aide pour comprendre la logistique et les règles de vie de la prison. La réalité de cet environnement, qui est d'une extrême rudesse, est une notion totalement inconnue pour un détenu arrivant. Entre les conditions de détention (promiscuité, délabrement), l'absence de communication ou le manque de lien social, la violence, le nouveau détenu doit rapidement s'adapter à cet environnement inconnu.

II.2.1. Les conditions de détention

Nous avons vu précédemment que la surpopulation est fréquente en prison (surtout dans les maisons d'arrêt). Différentes problématiques en découlent (9) :

- Une hygiène défailante : certains établissements datent du siècle dernier comme la MA de Saintes qui a ouvert ses portes en 1833 ou encore la maison centrale de Saint Martin de Ré qui accueillait les bagnards avant leur départ vers les colonies d'outre-mer à la fin du 19^e siècle.

Il n'est pas rare de ne pas avoir d'eau chaude dans certaines cellules nécessitant l'utilisation des douches collectives avec un état de propreté parfois douteux ;

- Les toilettes ne sont pas totalement isolées pour des raisons sécuritaires afin que le détenu soit constamment vu par les surveillants. En cas de cellule collective, le manque d'intimité peut être ressenti comme une humiliation pour certains ;
- Une qualité de nourriture qui est variable d'un établissement à un autre avec des règles d'hygiène non respectées dans les cuisines ;
- Un parloir parfois peu accueillant voire sordide selon les lieux d'incarcération : peu d'éclairage et manque d'espace pour la famille.

Il n'est pas rare de trouver dans la bibliographie des témoignages de prisonniers décrivant leurs conditions d'incarcération ainsi que le vécu ressenti (10) :

- « Dans la maison d'arrêt où je suis détenu, je partage ma cellule avec un codétenu et dispose de 3 m² d'espace vital. La cellule n'est pas équipée de VMC, les toilettes ne sont pas cloisonnées jusqu'au plafond et n'ont pas de porte. Je dois manger à 1 m 50 du WC et les odeurs stagnent dans la cellule. Je me sens rabaissé de devoir faire mes besoins en présence d'un codétenu » ;
- « Ce qui m'a marqué la première fois, c'est l'odeur de la prison. Le parfum sur vos habits est masqué par cette odeur. L'air est tout aussi particulier, comme s'il vous agressait. On dirait qu'on suffoque, tant l'atmosphère est pesante » ;

- « Ce qui m'a impressionné, ce qui m'a donné des bouffées d'angoisse n'étaient pas les barreaux à la fenêtre doublés d'un caillebotis : non c'était l'absence de poignée à la porte. Je ne pouvais pas sortir de ces 9 m2... Il faut s'imaginer vivre suspendu à l'ouverture de la porte par les surveillants, à n'importe quel moment de la journée ».

Bien sûr, ces éléments extrêmes ne représentent pas l'ensemble du système carcéral français mais c'est une réalité qu'on ne peut négliger. Nous comprenons que face à ces conditions de détention, des tensions peuvent naître avec des situations parfois violentes.

II.2.2. Une violence omniprésente

Tous les détenus peuvent y être confrontés mais certains profils sont plus à risque : les auteurs d'agressions sexuelles, les personnes âgées, les personnes transsexuelles et les étrangers.

II.2.2.1. Les différents types de violence

La violence carcérale se manifeste sous différentes formes (11) :

- La violence de l'institution en lien avec la peine, l'enfermement, les restrictions de libertés et les règles imposées ;
- Les violences des détenus sur les surveillants ;
- Les violences des surveillants sur les détenus ;
- La violence des détenus entre eux qui repose sur des rapports de force de domination et de soumission mais qui reste difficile à objectiver par peur des représailles ;
- La violence qu'un détenu peut s'infliger à lui-même : automutilation, tentatives de suicide ;
- La violence favorisée par le phénomène de communautarisme.

Ces violences s'expriment aussi bien de manière individuelle ou collective et peuvent être physiques (agressions sexuelles, blessures corporelles), verbales, morales (atteintes à l'honneur) ou psychologiques avec des gravités variables.

Le degré de violence reste tout de même difficile à évaluer car elle dépend surtout de la personnalité de l'individu.

II.2.2.2. Les origines de cette violence

Les pathologies psychiatriques : l'existence des troubles mentaux n'induit pas forcément de la violence mais la présence de certains facteurs (addictions, déni des troubles, antécédents de violence dans l'enfance) peut la favoriser.

Il existe surtout une surreprésentation de la violence chez les personnes souffrant de troubles psychiatriques. Selon la Haute Autorité de Santé (HAS), le taux de violence hétéro-agressive

est estimée à 3-5% dans cette population de patients (72). Néanmoins, il n'est pas rare que ces patients soient eux-mêmes des victimes de violence auto-agressives (automutilation, suicide) ou subies (harcèlement, viol, maltraitance).

Le parcours des détenus : la précarité, les situations professionnelles instables, les situations familiales compliquées ou encore les addictions peuvent contribuer à un comportement violent de la part du détenu.

Les relations carcérales peuvent favoriser les violences. Les éléments y participant sont (12) :

- La peur : souvent accentuée par les représentations des médias sur le milieu carcéral ;
- La méfiance des détenus et des personnels pénitentiaires. Face à la suspicion, l'adaptation des détenus s'effectue de différentes manières : comportement hétéro-agressif, auto-agressif (afin de « prendre sur soi »), recherche de protection auprès de détenus considérés comme « puissants » ;
- La promiscuité : la cohabitation imposée favorise cette tension intra-muros ;
- L'impuissance : en prison, les détenus se trouvent dans une situation de dépendance, aussi bien sur le plan judiciaire que pour les activités de la vie quotidienne. Ce sentiment d'impuissance favorise la frustration et les situations à risque de violence.

Afin d'éviter cette violence, le détenu doit rapidement s'adapter à cet environnement et suivre les nouvelles règles qui lui sont imposées.

II.2.3. Un code des détenus à respecter

Le milieu carcéral est un environnement où des normes sociales et des normes juridiques cohabitent. Il n'existe pas de code officiel des détenus et pourtant certaines règles sont indispensables afin de s'adapter rapidement au milieu carcéral et limiter dans la mesure du possible cette violence décrite précédemment.

Sykes et Messinger (13) mettent en avant 5 éléments essentiels de ce code :

- Être loyal entre détenus c'est à dire ne pas dénoncer ses codétenus auprès de l'autorité ;
- Savoir garder son sang-froid : nous l'avons vu auparavant, les frustrations peuvent rapidement engendrer la violence ;
- Ne pas s'exploiter entre détenus impliquant aussi de ne pas se voler, de respecter sa parole donnée ;
- Être courageux : ne pas éviter l'affrontement quand il se présente, savoir résister aussi bien physiquement que verbalement, en cas d'attaque ;
- Ne pas se lier d'amitié avec les gardiens et la direction et rejeter ce qu'ils représentent (travail, autorité).

L'argot est un outil associé à ce code des détenus. Il joue un rôle prépondérant dans l'intégration à ce nouvel environnement.

Par définition, l'argot est un « vocabulaire et une habitude de langage propres à un milieu fermé, dont certains mots passent dans la langue commune ». Il est le symbole d'une intégration carcérale réussie. En effet, plus le détenu sera ancien (ou aura de l'expérience en prison), plus il le maniera correctement.

L'ouvrage « L'argot des prisons : dictionnaire du jargon taulard et maton du bagne à nos jours » de Armand Jean-Michel (14) permet de mieux l'appréhender. Le tableau ci-dessous (Tableau n°1) décrit quelques exemples des termes retrouvés :

Argot	Sens
45	45 jours de quartier disciplinaire (depuis 2010, la durée est de 30 jours maximum)
AICS	Auteur d'infraction à caractère sexuel
A la rebiffe	En état de récidive
A la scaille	Sans argent, démuné financièrement
Aller au chagrin	Porter plainte
Balluchonné	Déplacement d'un détenu d'une prison à une autre
Boîte à clown, bigard, mitard	Prison
Cantiner	Acheter
Faire le crabe	Pour un surveillant de prison, se tenir sur le côté à l'ouverture d'une porte de cellule
Faire de la glisse	Faire passer dans une autre cellule ou une autre planque des objets interdits quand il y a risque de fouille (prison)
Hurleur	Qui crie de l'extérieur pour communiquer avec détenu incarcéré
Parachute	Ce que quelqu'un de l'extérieur lance par-dessus le mur à destination du détenu (drogue notamment)
Parloir blanc	Parloir auquel la personne attendue ne se présente pas
Tirer son balai	Subir une peine de prison d'un an
Ventiler	Répartir les détenus en surnombre d'un établissement pénitentiaire vers un autre

Tableau n°1 : L'argot des prisons

Comme il a été dit dans le précédent paragraphe, les détenus excellant dans la criminalité sont les plus respectés. On les surnomme « l'ancien », le grand frère », ou « tonton ».

Le vouvoiement n'existe pas et seul le tutoiement est utilisé peu importe l'âge, les différences de classes sociales, que l'on se connaisse ou non.

La hiérarchie entre prisonniers existe. Chaque détenu à une nouvelle place sociale au cours de la détention. Les plus respectés, situés en haut de la pyramide, sont les tueurs de policiers, puis on retrouve les braqueurs et tout en bas de la hiérarchie, les violeurs d'enfants, appelés « pointeurs ». Ces derniers, sont le plus souvent victimes de violence et il n'est pas rare qu'ils restent enfermés dans leur cellule pour éviter les agressions.

Le tatouage constitue également un code entre les détenus et sert en quelque sorte d'identifiant pour la personne le portant. C'est un moyen de montrer son appartenance à un groupe voire une manière de s'imposer ou de dissuader d'autres détenus. Voici quelques exemples de tatouages et leur signification :

- La toile d'araignée signale que le prisonnier l'arborant purge ou a purgé une longue peine d'emprisonnement. Il est généralement réalisé sur le coude,
- Les trois points au coin de l'œil signifient la mort au policier,
- La larme au coin de l'œil a diverses interprétations selon le pays d'origine. Globalement, une larme remplie d'encre indique que le détenu a commis au moins un assassinat et lorsqu'elle est vide, il s'agit d'une volonté de vengeance.

Face à cette violence et tension omniprésentes, il n'est pas rare que la prévalence des troubles mentaux (suicide, anxiété, décompensation psychotique) dans la population carcérale soit plus importante que dans la population générale. Dans la partie qui suit, nous nous intéressons plus particulièrement à la santé des détenus.

II.3. La santé des détenus

II.3.1. Santé mentale

Peu d'études nationales ont été réalisées sur la santé mentale en milieu carcéral. Les premières sont réalisées à partir de 1994, date à compter de laquelle la prise en charge des détenus est intégrée par le service public hospitalier. Depuis, plusieurs études ont été réalisées mais deux études françaises se démarquent par leur méthodologie utilisée.

II.3.1.1. Etude de B. Falissard et ses collaborateurs (15)

Il s'agit d'une étude de prévalence réalisée entre 2003-2004 financée par la Direction Générale de la Santé et la Direction de l'Administration Pénitentiaire.

Au niveau méthodologique, elle inclut 1000 prisonniers répartis dans 23 établissements pénitentiaires. La détermination des diagnostics est réalisée par un binôme de cliniciens à l'aide de critères et d'outils spécifiques.

Les résultats rapportent que plus d'un tiers des détenus ont déjà consulté pour motifs psychiatriques avant leur incarcération et 16% ont déjà été hospitalisés pour raison psychiatriques. Ils pointent aussi la présence d'au moins une maladie psychiatrique de gravité marquée à sévère chez 36% des personnes incarcérées.

Les principaux troubles recensés sont :

- Les troubles anxieux (56%) ;
- Les troubles de l'humeur (47%) ;
- Les troubles addictifs (34%) ;
- Les troubles psychotiques (124%).

Le tableau ci-dessous (Tableau n°2) détaille les différents résultats obtenus :

Troubles psychiatriques	Prévalences des troubles psychiatriques chez les hommes
Troubles thymiques	
Syndrome dépressif	39,2%
Dépression endogène-mélancolie	7%
Etat dépressif chronique	8%
Manie/hypomanie	7,3%
Trouble bipolaire (vie entière)	5,5%
Symptômes psychotiques contemporains des épisodes thymiques	2%
Troubles anxieux	
Attaques de panique	7,9%
Agoraphobie	16,6%

Phobie sociale	15,4%
Névrose obsessionnelle	8,8%
Névrose traumatique	21,5%
Anxiété généralisée	31,2%
Dépendance aux substances	
Alcool	30,2%
Autres substances	37,7%
Troubles psychotiques	
Schizophrénie	8%
Bouffée délirante aiguë	0,1%
Schizophrénie dysthymique	2,6%
Psychose chronique non schizophrénique	8%
Type de psychose non précisé	5,2%

Tableau n°2 : Prévalence des troubles psychiatriques dans les établissements pénitentiaires français

II.3.1.2. Etude de L. Plancke et ses collaborateurs (16)

L'étude Santé en Population carcérale financée par l'Agence Régionale de Santé (ARS) des Hauts de France et réalisée entre 2014 et 2017 sur 653 détenus est une enquête multicentrique.

Elle compare les troubles psychiatriques des personnes admises en détention à ceux d'une population appariée de la même région. Cette étude permet d'éliminer l'impact de l'environnement carcéral sur la survenue de troubles psychiatriques.

Il est mis en avant un taux de morbidité psychiatrique élevé chez les personnes entrant en prison avec 70% des entrants présentant au moins un trouble psychiatrique.

Il faut également noter une prévalence importante des comorbidités psychiatriques dont les troubles addictifs.

Les prévalences des différents troubles selon le type de population sont détaillées dans la figure suivante (Figure n°3). On note que les prévalences des troubles dépressifs et de

l'anxiété généralisée sont 2 fois plus importantes que dans la population générale. En ce qui concerne la dépendance aux drogues, les taux sont multipliés par 4.

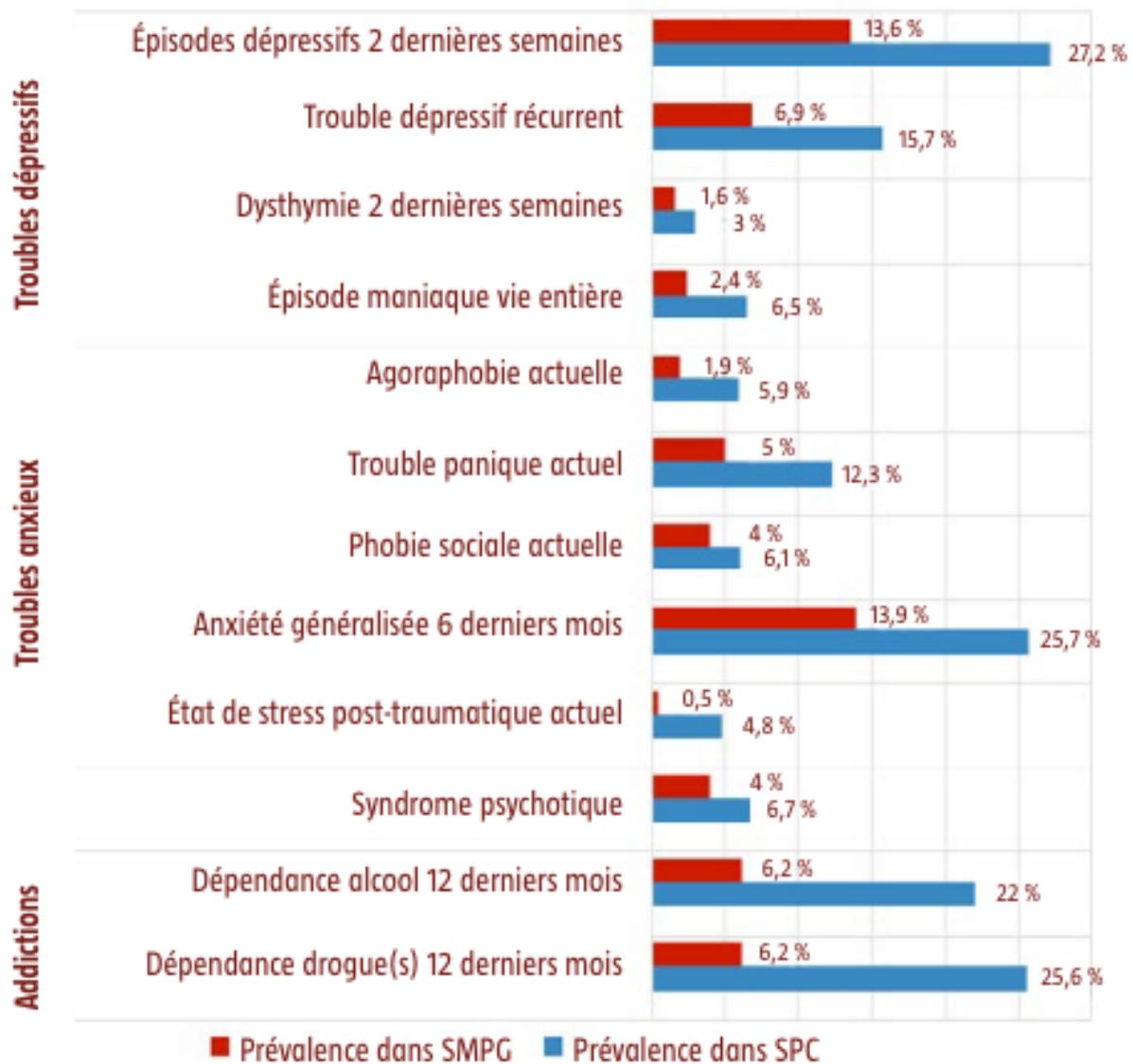


Figure n°3 : Prévalence des troubles psychiatriques chez les hommes en population carcérale et en population générale

Ces études nous confirment la surreprésentation des troubles psychiatriques en milieu carcéral. D'autres pathologies, parfois directement en lien avec les troubles psychiatriques, sont aussi à rapprocher de l'environnement carcéral, telles que les maladies infectieuses avec le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et le virus de l'hépatite C (VHC) et des maladies somatiques chroniques.

II.3.2. Qu'en est-il des femmes et des mineurs ?

Les études relatives à la santé mentale en milieu carcéral concernent principalement les hommes adultes. En effet, d'un point de vue quantitatif, la population féminine est beaucoup moins représentée (3,2% des détenus en 2021) de même que les mineurs (0,9% détenus en

2021). Il n'est pas étonnant que les études les concernant soient moins fréquentes et plus anciennes (6).

II.3.2.1. Les femmes détenues

L'étude réalisée par R. Gastone en 2001 (17) sur 485 patientes à la maison d'arrêt de Fleury-Mérogis met en évidence une forte consommation d'anxiolytiques (plus de la moitié des patientes) et d'antidépresseurs (environ un tiers).

Il en découle une présence marquée des troubles thymiques et anxieux avec respectivement des prévalences de 51,5% et 54,5% (15).

Une autre enquête réalisée en 2001 au sein de plusieurs Service médico-psychologique régional (SMPR) (18), met en évidence une population plus fortement féminisée dans les SMPR (sur les 4% de femmes incarcérées à cette période, 10% sont suivies).

Selon la Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques (DREES), les prévalences du tabagisme et de l'alcoolisme sont respectivement 7 fois et 4 fois plus élevées que celles des femmes dans la population générale. D'autre part, un quart des femmes présente une dépendance à au moins une substance (19).

II.3.2.2. Les mineurs détenus

D'après la DREES (19), la majorité des mineurs admis (deux tiers) sont âgés de 17 ans. A leur arrivée en détention, il est noté que 70% ont un tabagisme actif soit trois fois plus que dans la population générale, 20% ont une consommation excessive d'alcool, 40% ont une consommation de drogues illicites, principalement cannabis, dans l'année précédant l'incarcération (contre 1 personne sur 7 dans la population générale).

Au niveau psychiatrique, il est signalé que la moitié souffre de troubles du comportement et de troubles émotionnels.

II.3.3. Pathologies somatiques

II.3.3.1. Santé bucco-dentaire

Les problèmes bucco-dentaires sont récurrents dans le milieu carcéral. Même si pour la majorité des cas ils sont jugés non urgents (95%), il est estimé par la DREES que la moitié des arrivants nécessitent des soins dentaires. Dans 2,7% des cas, ils seraient urgents.

L'enquête « Etat de santé et distribution des soins bucco-dentaires aux détenus en Bretagne » réalisée en 2007 par l'union régionale des caisses d'assurance maladie (URCAM) (20) montre que :

- Près des trois quarts des détenus présentent au moins une carie à soigner,
- Plus des trois quarts ont besoin d'un détartrage,

- Un tiers présente un foyer infectieux dentaire,
- Un tiers a besoin d'une ou plusieurs extractions dentaires,
- Près de 13% présentent un délabrement visible des dents antérieures avec dégradation de leur apparence et risque de retentissement sur la vie sociale,
- Les demandes de soins dentaires constituent un tiers des consultations de spécialités en milieu carcéral.

Les causes de cette dégradation de l'état bucco-dentaire sont multiples. En effet, il y a un côté sociologique avec des détenus qui proviennent essentiellement de milieux sociaux défavorisés. Il existe d'un autre côté des facteurs d'aggravation tels qu'une alimentation déséquilibrée à base de produits gras et sucrés, le tabagisme, la prise de psychotropes qui entraînent un sécheresse buccale, favorisant l'apparition de caries, ou la prise d'autres produits toxiques.

Face à cette problématique, la Direction générale de la santé (DGS) a réalisé en 2008 une enquête, « Pratiques en santé », sur l'organisation des soins et de la prévention dentaires dans les unités sanitaires en milieu pénitentiaire (USMP) (21).

Les résultats mettent en avant que :

- Le nombre de vacations de chirurgiens-dentistes est insuffisant. La ressource disponible est d'une demi-journée par semaine pour 127 détenus (selon le guide méthodologique de la prise en charge sanitaire des détenus, elle devrait être d'environ une demi-journée pour 75 détenus),
- Dans près de 50% des établissements, les chirurgiens-dentistes ne sont pas accompagnés d'assistants dentaires,
- Les locaux ne sont pas adaptés,
- Il existe une difficulté d'organisation par un absentéisme des patients en raison d'un refus de leur part ou en lien à des contraintes pénitentiaires (transfert, convocation au palais de justice),
- Les délais d'attente sont parfois longs. En cas d'urgence, ils varient de 24 heures à une semaine. En dehors d'une urgence, ils vont de 15 jours à 1 mois, voire plus.

Face à ce constat, l'instruction du 29 novembre 2011 (22) intègre à la visite médicale d'entrée un examen bucco-dentaire.

II.3.3.2. Les maladies chroniques

Il existe peu d'études nationales sur la prévalence des maladies chroniques au sein de la population carcérale française.

Selon l'enquête de la DREES réalisée en 2003 (19), les pathologies les plus retrouvées, sans prendre en compte les maladies mentales, sont :

- Les troubles respiratoires avec l'asthme et la BPCO broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) : 4,4% des détenus entrant ont un traitement en lien avec ces pathologies,
- Les troubles cardiovasculaires (2,3% des patients ont un traitement antihypertenseur ou anticoagulant). Chez les femmes, ce taux est de l'ordre de 4,4%,
- L'épilepsie (2% des patients).

En ce qui concerne les pathologies infectieuses, l'étude PREVACAR (23) estime la prévalence de l'infection par le VIH à 2% et celle du VHC à 4,8%. Ces données sont 6 fois plus importantes qu'en population générale.

L'enquête Coquelicot (24) menée par l'Institut de veille sanitaire sur les risques de transmission de ces virus, note que les usagers de drogues ont une prévalence de VIH 3 fois plus élevée (14%) que ceux qui ne l'ont jamais été (5%).

En 2009, l'incidence de la tuberculose dans les prisons françaises était 10 fois supérieure à celle de la moyenne nationale (25).

Face aux données évoquées par la littérature sur la santé des détenus, il est intéressant d'étudier les dispositifs mis à disposition pour leur prise en charge. Dans la partie suivante, nous étudions en détail l'offre actuelle de soins proposée aux détenus aussi bien sur le plan somatique que psychiatrique.

III. Organisation des soins en milieu carcéral

La loi du 18 janvier 1994 (26) relative à la santé publique et à la protection sociale est à l'origine d'une modification des modalités de prise en charge sanitaire des détenus en les intégrant au système de droit commun, c'est à dire au service public hospitalier. L'objectif de cette réforme est d'offrir aux patients incarcérés un accès à une qualité de soins équivalente à la population générale.

Jusqu'à cette date, l'administration pénitentiaire prenait en charge l'intégralité des soins nécessaires aux détenus en leur offrant un droit aux soins minimums. Initialement, une infirmerie se trouvait au sein de la prison à laquelle était attaché un personnel médical à temps complet ou partiel, qui était recruté et rémunéré par le ministère de la Justice.

Ce n'est qu'à partir des années quatre-vingt qu'une réflexion sur l'accès aux soins des détenus est débutée, s'expliquant par une augmentation des besoins en milieu pénitentiaire.

En effet, le rapport de 1993 du Haut Comité de Santé publique (HCSP) (28) met en avant la diversité des pathologies somatiques (conduites addictives, VIH, hépatites) et psychiatriques affectant la population carcérale. Face à ce constat, une réforme du système de soins en milieu carcéral et l'instauration d'une politique de santé publique étaient fortement préconisées.

D'après le guide méthodologique de la prise en charge sanitaire des détenus (29), l'organisation des soins repose sur 2 dispositifs, l'un pour les soins somatiques et l'autre pour les soins psychiatriques, organisés chacun en 3 niveaux (Figure n°4). Sa dernière version date de 2019.

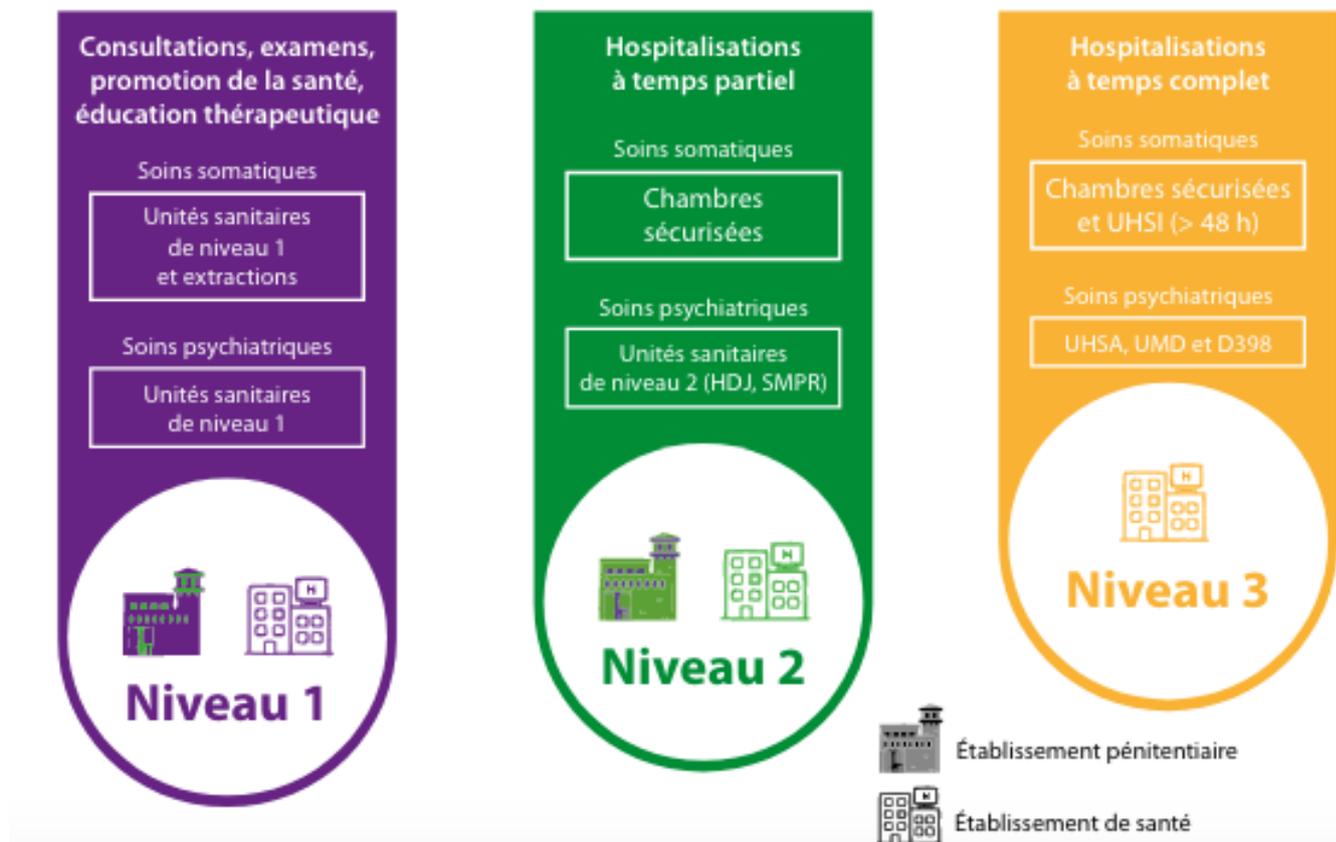


Figure n°4 : Les 3 niveaux de prise en charge dans le milieu carcéral

III.1. Unités sanitaires de niveau 1

Les soins psychiatriques et somatiques de niveau 1 sont réalisés au sein des USMP. On dénombre 175 unités sanitaires en milieu pénitentiaire. Elles sont implantées au sein des établissements pénitentiaires.

III.1.1. Soins psychiatriques

Elles regroupent les soins ambulatoires. La prise en charge est individuelle (consultations et actes externes) ou collective (type Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel CATTTP).

Chaque EP est doté d'une unité sanitaire de niveau 1. Les locaux sont mis à disposition par l'administration pénitentiaire.

L'équipe hospitalière est pluridisciplinaire et est constituée en fonction des besoins :

- De personnels médicaux : psychiatres et étudiants en médecine ;
- De personnels non médicaux : infirmiers, ergothérapeutes ;
- Autres personnels non professionnels de santé : psychologues, personnels administratifs, personnels socio-éducatifs.

Les missions attribuées touchent plusieurs domaines :

- Prévention et éducation pour la santé : il s'agit aussi bien de prévention primaire (conditions de vie, hygiène, vaccination...), secondaire (dépistages) ou tertiaire (soins et éducation thérapeutique du patient) ;
- Continuité des soins à la sortie : à la sortie de détention, elles aident les personnes détenues pour qu'elles réintègrent les systèmes de droit commun et les encouragent à prendre en charge leurs problèmes de santé ;
- Prise en charge des personnes présentant des conduites addictives.

III.1.2. Soins somatiques

Le dispositif assure les consultations de médecine générale et de spécialités dont les consultations dentaires ainsi que les prestations pouvant être associées à celles-ci telles que la prescription de prothèses et de médicaments.

Leurs missions sont variées : repérage et dépistage des détenues lors de l'arrivée en EP, permanence et continuité des soins, coordination des actions de prévention.

De la même manière que le dispositif de soins psychiatriques de niveau 1, il participe également à la prévention et à l'éducation pour la santé et à la prise en charge des conduites addictives.

III.2. Unités sanitaires de niveau 2

III.2.1. Soins psychiatriques

Ils sont principalement réalisés par les USMP rattachées à un SMPR.

La création des SMPR repose sur le décret du 14 mars 1986 (30). On en compte au minimum un par région soit un total de 26 en France.

A noter, chaque SMPR dépend d'un établissement public hospitalier le rendant ainsi indépendant vis-à-vis de l'administration pénitentiaire.

Leur fonctionnement se rapproche de celui d'un hôpital de jour avec des soins prodigués uniquement au cours de la journée.

Ces unités peuvent aussi bien accueillir des détenus de l'établissement pénitentiaire d'origine que des détenus provenant de centres pénitentiaires ne disposant pas de SMPR.

Les SMPR ont une mission de coordination régionale impliquant :

- La prise en charge et le suivi psychiatrique et psychologique des personnes détenues ;
- Les soins spécifiques aux toxicomanes ;
- La prévention du suicide en détention ;

- La préparation à la libération des personnes détenues nécessitant un suivi psychiatrique en collaboration avec la justice, les structures sociales et les secteurs de psychiatrie ;
- Une coopération avec l'ensemble des acteurs de psychiatrie générale ou infanto-juvénile intervenant en milieu pénitentiaire ;
- Une mise en place de formation au niveau régional, formation initiale (étudiants hospitaliers, internes, étudiants infirmiers) et formation continue.

Il est important de noter que les unités sanitaires de niveau 1 et 2 concernent uniquement les soins avec un consentement libre. Les soins sous contrainte n'existent pas en milieu pénitentiaire ce qui peut amener à recourir aux unités sanitaires de niveau 3.

III.2.2. Soins somatiques

Il s'agit de soins nécessitant une hospitalisation partielle. Ils se déroulent en milieu hospitalier et concernent divers domaines : les activités de chirurgie ambulatoire, les séances de chimiothérapie ou de dialyse, voire des examens complémentaires.

L'hospitalisation est réalisée dans les services correspondants à la spécialité requise ou en chambre sécurisée avec garde statique des forces de l'ordre.

III.3. Unités sanitaires de niveau 3

Elles incluent les soins nécessitant une hospitalisation à temps complet.

En ce qui concerne les soins psychiatriques, il existe 3 types d'établissements :

- Les UHSA,
- Les unités pour malades difficiles (UMD),
- Les établissements de psychiatrie générale.

Les soins somatiques sont réalisés soit dans les unités hospitalières de sécurité inter-régionales (UHSI) soit au sein de chambres sécurisées dans l'établissement de santé de rattachement.

III.3.1. Soins psychiatriques

III.3.1.1. Unités d'Hospitalisation Spécialement Aménagées

Il s'agit d'unité hospitalière implantée au sein d'un établissement de santé dont la sécurité est assurée par l'administration pénitentiaire. Elles accueillent des patients avec ou sans consentement. Nous développerons le fonctionnement de ces unités ultérieurement.

III.3.1.2. Unités pour Malades Difficiles

Ce sont des unités destinées à accueillir exclusivement des patients relevant de soins psychiatriques sans consentement. On en dénombre 10 sur l'ensemble du territoire français. Elles ne sont pas soumises à la sectorisation et ont une vocation nationale.

Le décret du 14 mars 1986 (32) les décrit comme des structures « à vocation interrégionale, implantées dans un centre hospitalier spécialisé et qui assurent l'hospitalisation à temps complet des patients présentant pour autrui un danger tel que les soins, la surveillance et les mesures de sûreté nécessaires ne puissent être mis en œuvre que dans une unité spécifique ».

L'admission de ces patients ne peut se faire que sur décision préfectorale via un arrêté préfectoral émis par le département d'origine du patient.

Il existe 3 modalités d'admission :

- A la demande d'un service de psychiatrie de secteur ;
- Après une déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental (cf article 122-1 du Code pénal) (33) ;
- Par application de l'article D398 du code de procédure pénale (CPP) (34). *A noter, cet article a été abrogé au cours de la rédaction de ce travail soit le 9 juin 2022 et remplacé par l'article L3214-3 (45) du code de la santé publique (CSP).*

Ce mode d'admission cible les détenus présentant des troubles mentaux ne pouvant être maintenus dans un établissement pénitentiaire du fait de la dangerosité pour autrui ou eux-mêmes.

Les UMD sont les principaux lieux d'accueil des patients dont l'état de santé nécessite des protocoles de soins intensifs et des mesures particulières de sécurité.

III.3.1.3. Hospitalisation en établissement de psychiatrie générale

En accord avec l'article 3214-3 du CSP (45), les personnes détenues peuvent être admises en hospitalisation complète au sein d'un établissement de santé habilité à accueillir des patients en soins psychiatriques sans consentement. Cette hospitalisation a lieu en cas d'urgence et en absence de place disponible à l'UHSA. L'accord de cette hospitalisation se fait par un arrêté préfectoral.

III.3.2. Soins somatiques

III.3.2.1. Chambres sécurisées

Elles sont utilisées dans les situations d'urgence ou lorsque l'hospitalisation est de courte durée (moins de 48 heures). Les forces de l'ordre assurent une garde statique devant les chambres.

Ces hospitalisations se font normalement dans l'établissement de rattachement. Dans le cas où l'état de santé du patient nécessite le recours à un service spécialisé ou à un plateau technique, il est possible de déroger à cette règle.

Si l'hospitalisation doit se prolonger, un transfert vers une UHSI est à envisager.

III.3.2.2. Unités hospitalières sécurisées inter-régionales

Elles s'adressent aux hospitalisations en médecine et chirurgie d'une durée supérieure à 48 heures. On en dénombre 8 sur le territoire français.

Elles accueillent aussi bien des personnes majeures que mineures.

Elles se trouvent dans des centres hospitaliers universitaires (CHU) bénéficiant de leur propre plateau technique.

L'administration pénitentiaire, présente dans les unités, assure la sécurité.

L'admission à l'UHSI ne nécessite pas d'hospitalisation préalable en chambre sécurisée. Avant toute admission, le consentement éclairé de la personne détenue est nécessaire.

Si l'état de santé du patient détenu nécessite des examens complémentaires, tels qu'une consultation ou une hospitalisation dans d'autres services de soins, son transfert est assuré par une escorte pénitentiaire (ou les forces de l'ordre) accompagnée de personnels sanitaires.

L'UHSA marque un tournant dans la prise en charge psychiatrique des détenus. Avant leur création, les hospitalisations se faisaient nécessairement sans consentement et exceptionnellement en UMD si l'état de santé mentale le justifiait. Le fonctionnement et les missions de cette unité sont présentés dans la partie suivante.

IV. Présentation de l'UHSA

IV.1. Origine

Leur création est en lien avec des problématiques qui n'ont pas su trouver des réponses adaptées :

- Une fréquence des troubles mentaux en milieu carcéral qui ne cesse d'augmenter depuis ces dernières années ;
- Une offre de soins psychiatriques proposée aux personnes détenues qui n'était jusqu'alors pas de qualité équivalente à celle destinée aux personnes de droit commun ;
- Des services de psychiatrie générale inadéquats, entraînant souvent des mises en chambres d'isolement thérapeutique sans argument clinique (peur du risque de fugue, d'agression ou d'évasion du détenu de la part du corps médical) ;
- Un raccourcissement des durées de séjour ;
- Une entrave de l'accès aux droits des personnes détenues avec un accès au téléphone et aux visites des proches rares voire inexistant.

IV.2. Création des UHSA

La loi d'orientation et de programmation pour la justice du 9 septembre 2002 (36) ou loi Perben est à l'origine de la création des UHSA. Elle inscrit dans le code de le CSP la disposition suivante : « L'hospitalisation, avec ou sans son consentement, d'une personne détenue atteinte de troubles mentaux est réalisée dans un établissement de santé, au sein d'une unité spécialement aménagée ».

Leur création marque une avancée évidente dans la prise en charge des détenus souffrant de troubles mentaux en leur donnant le libre choix de se faire hospitaliser ou non.

L'arrêté du 20 juillet 2010 (37) fixe la création de 17 UHSA d'une capacité totale de 705 lits répartis en deux tranches.

La première tranche de construction comprend 9 UHSA (Figure n°5) pour 440 places avec l'ouverture de l'UHSA de :

- Lyon en 2010,
- Toulouse et Nancy en 2012,
- Villejuif, Rennes, Seclin et Fleury-Les-Aubrais en 2013,
- Cadillac en 2016,
- Marseille en 2018.

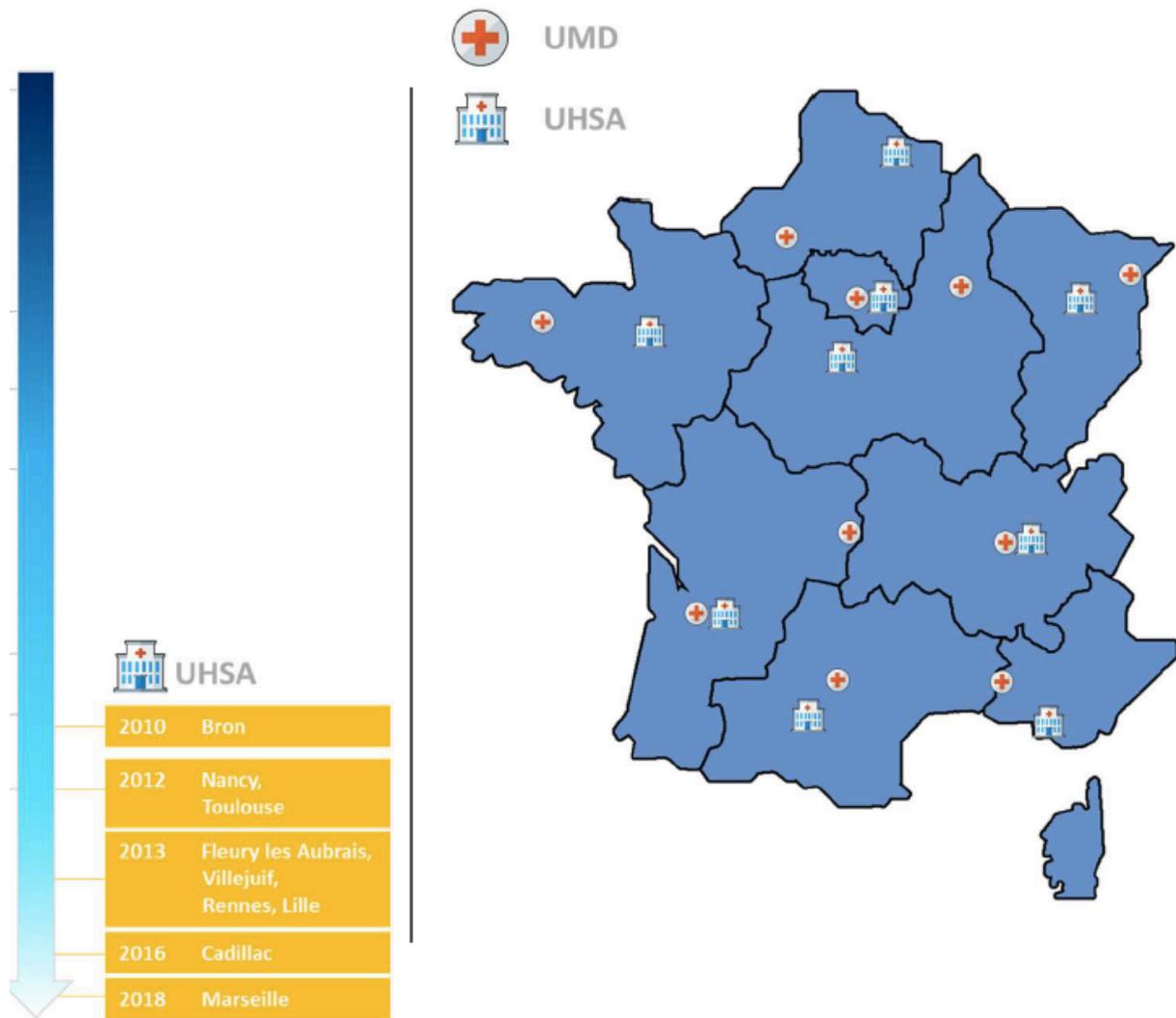


Figure n°5 : Répartition des UHSA et UMD au niveau national

La deuxième tranche de 8 unités, pour une capacité totale de 265 lits, était prévue initialement à compter de 2010 mais leur implantation est toujours en cours d'étude à ce jour.

Le projet des UHSA est encadré par plusieurs textes de lois :

- La circulaire du 16 juillet 2007 (38) relative aux modalités de financement ;
- Le décret du 18 mai 2010 (39) décrit les modalités de garde, de transport et d'escorte des personnes détenues hospitalisées en raison de troubles mentaux ;
- L'arrêté du 11 février 2011 (40) décrit la répartition des dépenses entre l'Etat et les établissements de santé en lien avec les UHSA ;
- La circulaire interministérielle Santé Justice du 18 mars 2011 (41) décrit le fonctionnement des UHSA.

IV.3. Modalités de fonctionnement

La description du fonctionnement des UHSA est retrouvée dans la circulaire interministérielle du 18 mai 2011.

En conformité avec l'article R.3214-1 du CSP (42), l'admission dans les UHSA concernent les personnes détenues hébergées dans les établissements pénitentiaires au sein d'un territoire défini.

Deux dérogations à ce principe sont possibles :

- En cas d'absence de places dans l'UHSA de rattachement.
Dans cette situation, une prise en charge par l'UHSA la plus proche disposant de places est possible,
- La sécurité de l'UHSA.

L'article R.3214-2 du CSP (43) prévoit que la règle du ressort territorial peut être dérogée lorsque l'hospitalisation concomitante de certains détenus dans une même UHSA est susceptible d'entraîner un risque majeur d'atteinte à la sécurité publique ou des personnes.

Elles accueillent des personnes détenues des deux sexes, adultes ou mineurs, souffrant de troubles psychiatriques et nécessitant une hospitalisation.

L'accueil des personnes détenues mineures se fait par dérogation au principe pénitentiaire de séparation des détenus majeurs et mineurs. Il implique une adaptation du projet médical afin qu'ils puissent bénéficier d'un enseignement ou d'une formation professionnelle.

Le fonctionnement des UHSA repose sur 2 principes fondamentaux :

- La primauté du soin,
- Une double prise en charge, à la fois sanitaire et pénitentiaire, afin que l'accès aux soins soit sécurisé. La communication avec l'extérieur (visite, appel téléphoniques) est entièrement gérée par l'administration pénitentiaire, permettant aux soignants de se consacrer uniquement aux soins du patient.

Une évaluation de l'ensemble de ces dispositifs par le ministère de la santé et de la justice a été réalisée en décembre 2018 en se basant sur des indicateurs d'activité, populationnels et relatifs au séjour des patients détenus.

IV.4. Compte rendu de la première tranche (44)

Sur le plan sanitaire, il est relevé que les détenus accueillis dans les 9 UHSA présentent une sur-morbidité somatique et psychique par rapport à la population générale. La surmortalité somatique est majorée chez les détenus souffrant de troubles psychiatriques.

Au niveau psychiatrique, les troubles les plus représentés sont les affections psychiatriques et les troubles de la personnalité avec une répartition variable des pathologies selon les UHSA. En effet, certaines unités semblent concentrer les cas lourds et complexes.

L'évaluation du fonctionnement des UHSA a mis évidence certains points qui sont à retravailler :

- Une mauvaise connaissance du public accueilli avec un manque d'information sur les caractéristiques judiciaires et sociodémographiques des patients arrivant en UHSA ;
- L'arrangement architectural est très différent d'une unité à une autre mettant en évidence des différences dans le fonctionnement quotidien et la prise en charge de la sécurité. En effet, il est mis en évidence que l'autorité judiciaire (magistrat de l'application des peines, SPIP, services de protection judiciaire) est en retrait dans ces structures ;
- Une réflexion sur le secret médical est à réaliser afin de savoir dans quelles circonstances il peut être révélé ;
- Le rôle des UHSA s'écarte de ce qui était prévu initialement. A l'origine, elles étaient censées être des unités de recours mais finalement les modalités de fonctionnements sont variables d'un établissement à un autre. Cette différence est liée au type de pathologies des populations admises et des liens avec les établissements pénitentiaires et psychiatriques relevant de leur territoire ;
- L'instauration de ces unités avait initialement pour but de réduire voire arrêter les hospitalisations sans consentement sous le régime D398, or elles sont toujours très présentes

Finalement, un encadrement de la deuxième tranche des UHSA sera nécessaire afin d'améliorer le parcours de soins des patients détenus et l'offre de soins psychiatriques.

IV.5. Procédures d'admission et de sortie

IV.5.1. Avec consentement

IV.5.1.1. L'admission du patient

Il est question ici de soins libres (SL).

Elle est réalisée sur demande du psychiatre intervenant à l'USMP d'origine. L'hospitalisation est validée par le psychiatre de l'UHSA avec une décision conjointe sur les modalités d'admission.

Le médecin de l'USMP demande au directeur de l'établissement pénitentiaire où est incarcéré le patient d'organiser le transfert vers l'UHSA en liaison avec le responsable pénitentiaire de l'UHSA. Le directeur de l'EP doit obtenir l'autorisation des autorités judiciaires (juge d'instruction ou juge de l'application des peines) et pénitentiaires (DISP ou ministre de la justice) compétentes.

Le transport du détenu est réalisé avec les services médicaux et pénitentiaires de l'UHSA.

IV.5.1.2. La sortie du patient

Dans la mesure du possible, les sorties sont prévues 48 heures à l'avance afin que le retour vers l'EP se fasse rapidement.

IV.5.2. Sans consentement

IV.5.2.1. L'admission du patient

Il s'agit de soins psychiatriques sur décision du représentant de l'état (SPDRE). Les hospitalisations à la demande d'un tiers ne sont pas possibles à l'UHSA.

Elle répond à l'application de l'article L3214-3 (45) du CSP : la personne détenue doit nécessiter « des soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier en raison de troubles mentaux rendant son consentement impossible et constituant un danger pour elle-même ou pour autrui ».

Ce type d'hospitalisation implique :

- Une nécessité de soins immédiats associés à une surveillance constante en milieu hospitalier,
- Des troubles mentaux rendant impossible le recueil d'un consentement,
- Des troubles mentaux constituant un danger pour le détenu lui-même ou pour autrui.

Si l'ensemble des conditions requises sont remplies, le médecin intervenant dans l'établissement pénitentiaire établit un certificat qui est ensuite transmis au directeur de l'établissement de santé de rattachement du SMPR ou USMP. L'admission est par la suite décidée sur arrêté préfectoral.

Le transport est assuré par l'établissement de santé siège de l'UHSA qui l'organise avec le personnel pénitentiaire de l'UHSA.

C'est au directeur de l'établissement de santé de l'UHSA de procéder à l'admission administrative du détenu et de transmettre au préfet du département dans lequel est située l'UHSA un certificat médical des 24 heures établi par un médecin de l'établissement de santé.

De la même manière que les sorties, il est préférable que les admissions soient programmées afin de faciliter l'organisation.

IV.5.2.2. La sortie du patient

Après avis auprès du psychiatre intervenant dans l'UHSA, le préfet du département dans lequel est située l'UHSA, prend un arrêté de levée de l'hospitalisation sans son consentement d'une personne détenue. Simultanément, le médecin de l'UHSA informe le responsable pénitentiaire de l'UHSA des prévisions de sortie.

Afin qu'il y ait une continuité des soins à la sortie du patient, l'équipe psychiatrique de l'UHSA contacte l'équipe médicale de l'établissement pénitentiaire d'origine (SMPR ou USMP) afin de leur transmettre l'ensemble des informations nécessaires.

IV.5.3. Cas particulier d'une sortie pour libération d'une personne détenue

En accord avec l'article D.151 (43) du CPP, une levée d'écrou peut être effectuée au sein de l'établissement de santé :

- En cas d'hospitalisation avec consentement : en accord avec le patient, un relai peut être effectué avec l'équipe de psychiatrie dont le patient dépend,
- En cas d'hospitalisation sans consentement : si le psychiatre estime que le maintien de l'hospitalisation est nécessaire, il est possible de faire un SPDRE classique.

IV.6. Les missions de l'UHSA

IV.6.1. Fonction soins

Le personnel hospitalier, constitué d'une équipe pluridisciplinaire, est responsable de la délivrance des soins psychiatriques et somatiques.

L'établissement de santé organise un système de permanence des soins.

Le médecin responsable de l'unité garantit la continuité des soins :

- Il assure **la gestion interne** des unités de soins en s'appuyant sur le règlement intérieur de l'établissement de santé. Le recours au personnel pénitentiaire est possible pour effectuer des missions ponctuelles dans les unités de soins ;
- Il a **une obligation de signalement** au directeur de l'établissement de santé et au responsable pénitentiaire de l'UHSA en cas de manquement grave au règlement intérieur ;
- Il possède un rôle d'**accompagnement du patient** à tout moment de l'hospitalisation.

IV.6.2. Fonction pénitentiaire

Leurs missions sont variées :

- La sécurisation du SAS d'entrée et de la zone des parloirs : l'accès à l'UHSA nécessite une autorisation au préalable et implique différents contrôles de sécurité : identités, détection des objets par passage sous un portique de détection, présentation d'une autorisation d'accès.
- Le contrôle des personnes : personnels de l'établissement de santé, personnels pénitentiaires, les visiteurs et autres personnes étrangères, les personnes détenues, les marchandises ;
- Fouilles ponctuelles des locaux et des équipements ;
- Intervention en cas d'incident via une alarme, le dispositif d'alarme du travailleur isolé (DATI), déclenchée par le personnel soignant ;
- Intervention du SPIP dans le cadre d'aménagement de peines ou de mesures d'individualisation de peine.

IV.7. Focus sur l'UHSA de Cadillac

L'UHSA de Cadillac est située en Gironde à une quarantaine de kilomètres de Bordeaux.

Elle dépend de la DISP de Bordeaux. Les patients admis proviennent de l'ensemble des établissements pénitentiaires de la Nouvelle Aquitaine (Figure n°6).

Elle est rattachée au pôle de psychiatrie médico-légale du Centre Hospitalier de Cadillac-sur-Garonne qui rassemble aussi l'UMD et une unité de soins intensifs psychiatrique (USIP).

Son accueil est mixte et des mineurs peuvent également être admis.

Elle a ouvert ses portes le 18 juillet 2016.

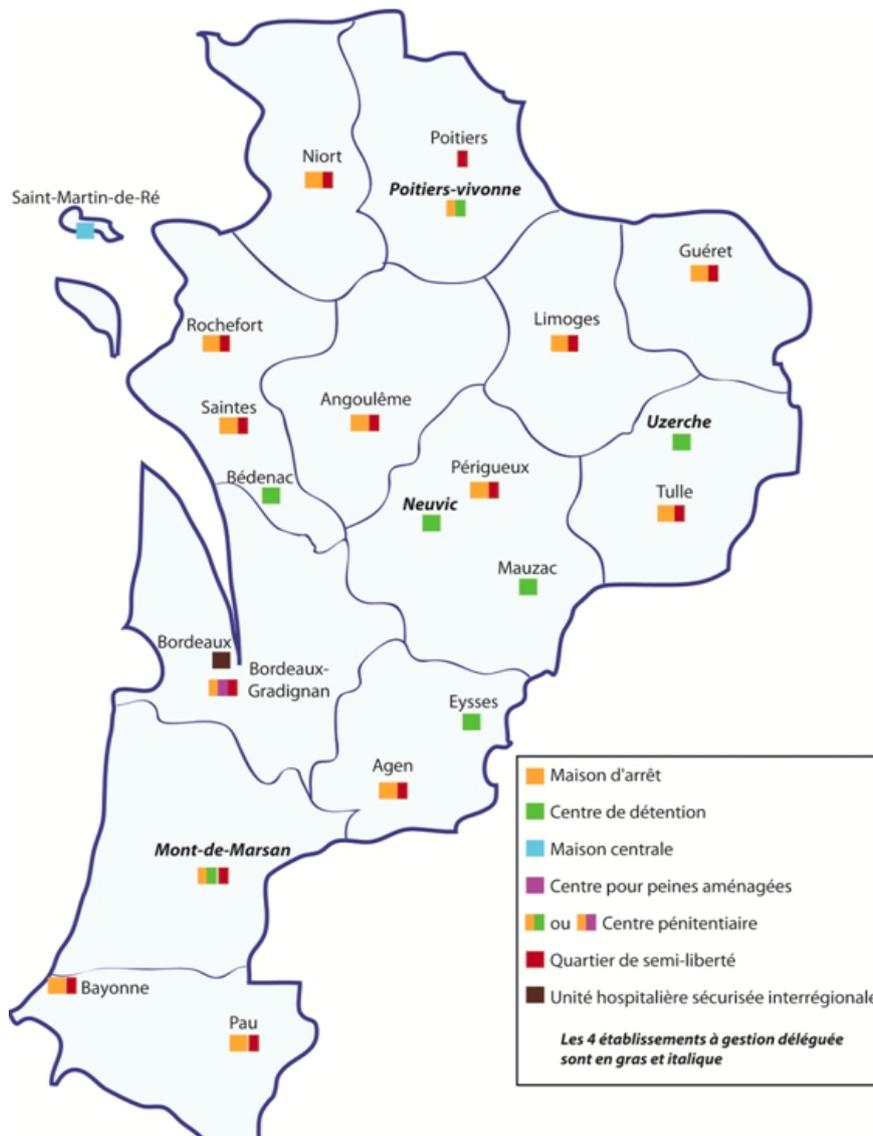


Figure n° 6 : Carte des administrations pénitentiaires de l'interrégion pénitentiaire de Bordeaux (juin 2021)

IV.7.1. L'architecture

L'UHSA se compose de deux unités symétriques, réparties sur 2 étages, intitulées unité A (Figaro) et unité B (Epernon). Elles sont adjointes à une partie médico-administrative. Un périmètre sécurisé par l'administration pénitentiaire complète l'ensemble.

L'espace jour se compose de lieux de vie (salles d'activité, repas...), de soins (bureaux infirmiers, d'entretiens...) et d'une cour.

Chaque unité est constituée d'un espace nuit de 20 chambres dont deux pour personnes à mobilité réduite ainsi qu'une chambre d'isolement. Un espace de cinq chambres forme la zone dite d'accueil « des patients vulnérables ». Il se trouve à proximité du poste infirmier à l'étage afin d'avoir une meilleure visualisation et un accès facilité.

L'espace médico-administratif, non accessible aux patients, comprend le secrétariat, les salles de réunion et des bureaux.

IV.7.2. Le personnel

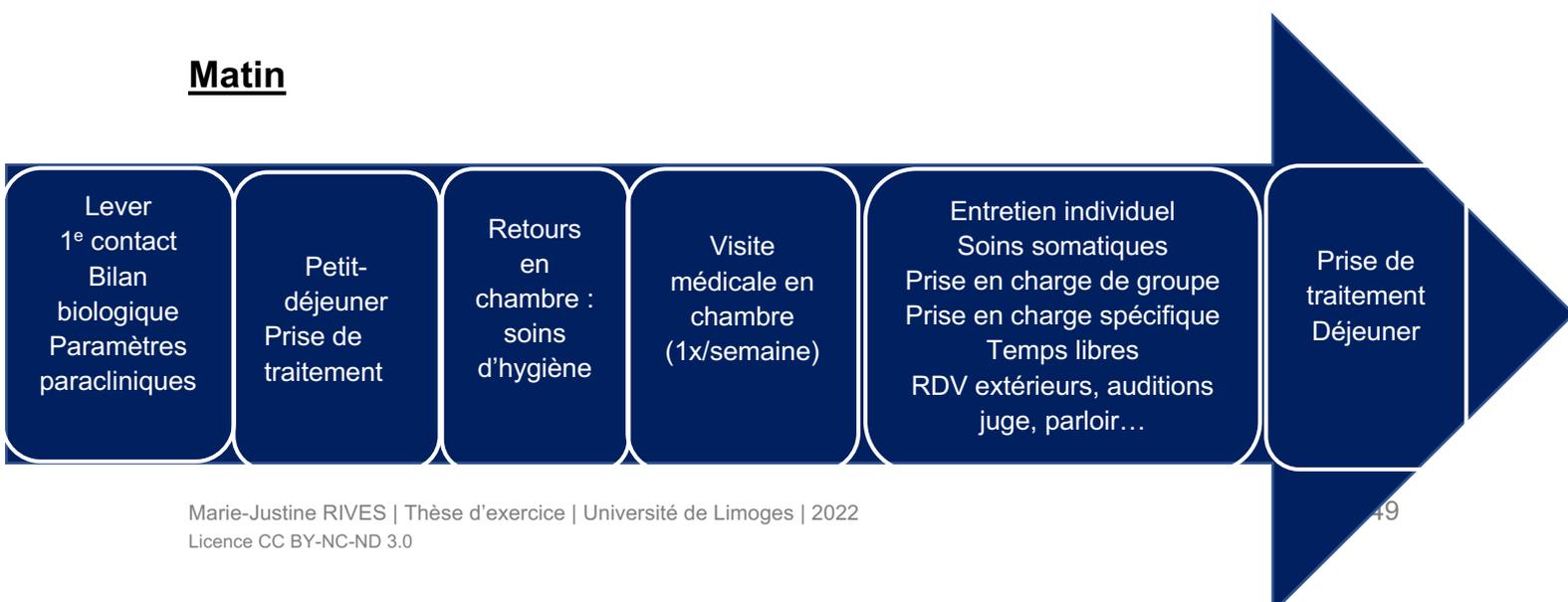
Chaque unité de 20 lits dispose d'une équipe pluri-professionnelle :

- Médecin psychiatre (1,5 équivalent temps plein (ETP) pour les 2 unités) ;
- Médecin somatique (0,25 ETP) : il assure la réalisation d'un bilan somatique d'entrée dans les 24 heures si SPDRE ou 48 heures suivant l'admission ;
- Cadre de santé (1 ETP) : il assure une fonction de management des organisations des soins en planifiant, organisant et coordonnant l'activité du pôle ;
- Assistant médico-administratif (1 ETP) : c'est le point d'articulation entre l'UHSA et les intervenants extérieurs. Il assure notamment la gestion des dossiers patients, des courriers administratifs, des comptes rendus, des publications ;
- Psychologue (0,5 ETP) : il a une fonction de soutien, d'aide, d'accompagnement de la souffrance psychique du patient. Son intervention s'appuie sur une évaluation psychopathologique du patient ;
- Psychomotricien (0,5 ETP) : il appréhende les fonctions cognitives et psychologiques du patient avec un projet de soins adapté à ses besoins ;
- Ergothérapeute (0,5 ETP) : son rôle est de pouvoir structurer et organiser le quotidien des patients dont la pathologie a pu altérer l'indépendance ;
- Animateur /art-thérapeute (0,5 ETP) : il agit aussi bien à titre individuel que collectif ;
- Animateur sportif (0,5 ETP) : il participe au bien-être physique et psychique du patient en permettant une valorisation individuelle du patient ;
- Assistant socio-éducatif (0,5 ETP) ;
- Infirmier diplômé d'état (16 ETP) ;
- Aide-soignant médico-psychologique (13 ETP)

IV.7.3. Journée type à l'UHSA

La journée type de prise en charge à l'UHSA de Cadillac s'articule selon le modèle suivant (Figure n°7).

Matin



Après-midi

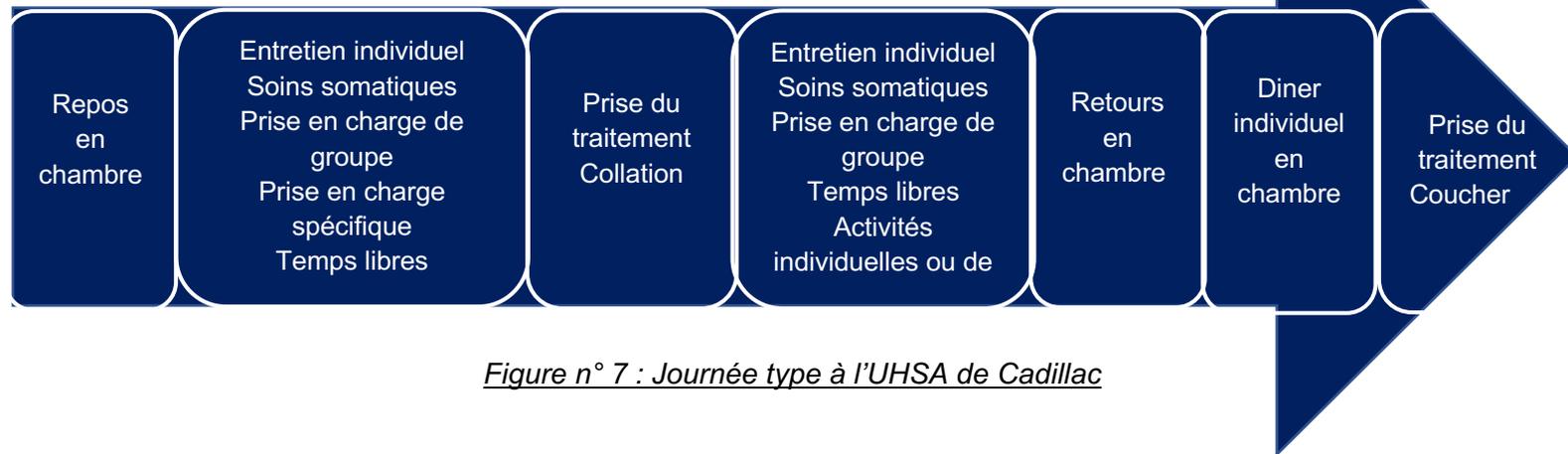


Figure n° 7 : Journée type à l'UHSA de Cadillac

En parallèle, des temps institutionnels sont prévus avec des :

- Réunions mensuelles : réunions médicales, synthèses (discussion autour d'un patient), réunions institutionnelles (renvoient aux problématiques de fonctionnement des unités) ;
- Réunions hebdomadaires : réunions médecins-cadres, réunions cliniques, visites médicales.

L'évolution de la prise en charge sanitaires des détenus permet de répondre plus spécifiquement à leurs besoins de santé, que ce soit au niveau psychiatrique et somatique. Néanmoins, ce système n'est pas infaillible et certaines problématiques sont toujours d'actualité.

V. Les problématiques du milieu carcéral liées à la prise en charge médicamenteuse

V.1. Consommation de substances

Selon le droit pénitentiaire, l'introduction et la détention de produits stupéfiants constituent une faute de premier degré (article R.232-4 du code pénitentiaire) (47) alors que la consommation de stupéfiants, d'alcool ou de médicaments sans prescription est une faute de deuxième degré (article R.232-5 du code pénitentiaire) (48).

En cas de faute de la part du détenu, la commission de discipline peut être saisie et prononcer des sanctions allant de l'avertissement, au placement en « cellule disciplinaire » ou de « confinement » en passant par le refus de suivre des activités (loisirs, sportives) voire la suspension du permis de visite. Il n'existe pas de règle particulière selon le degré de la faute, la commission est libre de ses choix.

Il existe néanmoins une exception pour les stupéfiants qui, au-delà des poursuites disciplinaires, peuvent entraîner des poursuites pénales et des retraits de crédits de réduction de peine.

V.1.1. Les causes de cette consommation

L'administration pénitentiaire exerce un contrôle permanent sur les détenus et la consommation de substances psychoactives serait un moyen d'affirmer ses libertés mais également un support pour mieux vivre la détention et créer du lien.

L'aspect « auto-thérapeutique » du produit est fréquemment mentionné dans la littérature (51). Plusieurs éléments concourent à la consommation : le contexte carcéral qui est à l'origine d'une rupture des liens familiaux et des habitudes, le stress lié aux procédures judiciaires, la promiscuité avec les autres détenus.

Il aurait également des vertus anxiolytiques et apaisantes qui permettrait de mieux supporter l'enfermement et de limiter tout risque de débordement.

La consommation présente aussi un intérêt social en servant non seulement de moyen de reconnaissance entre les détenus mais aussi comme un réseau de partage et d'échanges avec les autres via des systèmes de troc. Cependant, elle engendre des situations de violence et de tension qui sont régulièrement décrites au sein de l'univers carcéral ainsi que des risques de dépendance.

V.1.2. Épidémiologie

La littérature sur la consommation de substances psychoactives dans les prisons françaises comprend d'un côté des études quantitatives visant à quantifier la consommation et à estimer

les risques sanitaires, et d'un autre côté des études qualitatives cherchant à connaître les facteurs favorisant la consommation et les conséquences qu'elle induit.

Le milieu carcéral rend complexe le recueil de données avec des statistiques rarement mises à jour et des méthodologies qui sont le plus souvent très inégales d'un centre à un autre, à l'origine de biais. De plus, les usages chez les mineurs et les femmes sont très peu documentés.

Néanmoins, l'ensemble des écrits vont dans la même direction en affirmant que les personnes incarcérées présentent un usage plus important de substances psychoactives que la population générale.

Deux enquêtes évaluant la consommation de substances psychoactives ont été réalisées ces dernières années (51) :

- COSMOS en 2015-2016 : elle concerne six maisons d'arrêts du Pays-de-la-Loire ;
- A Lyon sur deux établissements pénitentiaires (Liancourt et Lyon-Corbas).

En ce qui concerne les résultats de l'étude lyonnaise, la consommation de cannabis avoisine les 40%, celle de la cocaïne entre 7-10% et celle de l'héroïne autour de 8%. Pour le mode d'administration, le cannabis n'étant pas compté dans ces chiffres, les voies privilégiées sont le sniff (60%) et l'injection (30%).

L'étude COSMOS présente des résultats similaires avec l'étude lyonnaise pour la consommation de cannabis mais avec des divergences pour le reste dont une consommation plus faible pour la cocaïne et l'héroïne. Les données sur la consommation d'une ou plusieurs drogues ne sont pas mentionnées.

Les données sur ces deux études sont résumées dans le tableau ci-dessous (Tableau n°3) :

Enquête	Taille échantillon	Méthodologie	Consommation au moins 1 drogue (hors tabac)	Cannabis	Cocaïne/crack	Opiacés	Médicaments détournés	Consommation d'au moins 2 produits
Liancourt	381	Questionnaire auto-administré en cellule	43,6%	38,2%	7,1%	8,1%	15,5%	8,2%

Lyon-Corbas	457	Questionnaire auto-administré en cellule	83,6%	36,8%	10,3%	7,7%	12,30%	57%
COSMOS	800	Entretien avec un enquêteur		37%	1,9%	1,1%	10,40%	

Tableau n°3 : Consommation de drogues durant l'incarcération

V.1.2.1. Les opiacés

L'accès aux traitements de substitution aux opiacés (TSO) à destination des personnes détenues ayant une addiction aux opiacés constitue une mesure majeure dans la réduction des risques menée par les pouvoirs publics.

Deux circulaires essentielles encadrent l'utilisation des TSO en détention :

- Celle du 3 avril 1996 (52) qui recommande la poursuite d'un traitement par TSO à l'entrée en détention ainsi que leur initiation dans une perspective de préparation à la sortie,
- Celle du 30 janvier 2002 (53) qui autorise la primo-prescription de méthadone par tout praticien exerçant en établissement de santé. Cette décision permet de faciliter l'accès aux traitements de substitution en détention.

Deux études relatives à la consommation de TSO ont été réalisées ces dernières années :

- Etude PRIDE (54) réalisée en 2009 visant à évaluer la disponibilité et l'accessibilité des mesures disponibles pour la réduction des risques infectieux via des auto-questionnaires adressés aux USMP et SMPR. Au niveau des résultats, 66% des établissements pénitentiaires ont répondu, soit 74% de la population carcérale. En ce qui concerne les réponses obtenues, 9% des détenus bénéficient d'un TSO : 6% sous buprénorphine et 3% sous méthadone.
- Etude PREVACAR (23) réalisée en 2010 étudiant la prévalence des infections virales (VIH, VHC) et des traitements par TSO en milieu carcéral français. Le recueil de données s'est réalisé via un questionnaire établissement à destination des USMP.

Au total, 145 USMP ont participé à l'étude soit 86% des établissements interrogés, représentant 92% de la population incarcérée au 1^{er} juillet 2010. La totalité des établissements interrogés déclarent avoir accès à au moins un des deux types de TSO (buprénorphine ou méthadone) sachant que certains imposent l'un ou l'autre. La prévalence des TSO, significativement plus élevée chez les femmes, est estimée à 7,9% (soit environ 5000 personnes) avec 68,5% sous buprénorphine et 31,5% sous méthadone. Enfin, 18% des équipes des USMP ayant participé à l'étude déclarent avoir eu connaissance de découverte de seringues usagées dans l'enceinte de

l'établissement. La continuité des soins ne concerne que la moitié des établissements (55%), 38% déclarent ne pas mettre en œuvre de procédure formalisée.

La sortie de prison est associée à un risque de rechute important, parfois mortelle, des détenus sous TSO (55). Le relais de prise en charge des toxicomanes à la sortie de prison est fondamental et implique une coordination interne avec les équipes pénitentiaires (SPIP) et sanitaires (USMP, SMPR) mais aussi externes avec les structures spécialisées telles que le centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) et les associations.

V.1.2.2. Le tabac

Selon l'observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), plus de 80% des personnes détenues consomment du tabac (56).

La DREES estime que la prévalence du tabagisme chez les hommes entrants en prison (78,5%) est 2 fois plus importante que dans la population générale.

En ce qui concerne les femmes, la prévalence est de 63% soit 7 fois plus que dans la population générale (19).

La vente de tabac est légale dans les EP. Il existe un « système de cantine » qui permet aux détenus de se fournir en tabac, divers objets ou produits alimentaires en supplément de ce qui est fourni par l'administration pénitentiaire. Les commandes et livraisons sont organisées selon un calendrier hebdomadaire défini par chaque EP. Il est nécessaire que le détenu soit solvable afin d'en bénéficier. Pour les détenus sans ressource, des associations peuvent leur venir en aide et ainsi leur fournir une assistance financière ou matérielle.

De la même manière que les substances illicites (ou même licites), des moyens illégaux existent également pour obtenir du tabac tels que les parloirs, projections, trafics entre détenus.

Que ce soit en détention ou dans la population générale, le tabac joue diverses fonctions :

- Apaisante en cas de contrariété ou dans les situations de tension. Cette inquiétude est généralement liée à l'information judiciaire, à la coupure brutale avec la famille et à la vie carcérale,
- Rituelle en rythmant la journée. Par exemple, la cigarette du matin représente un plaisir afin de bien commencer la journée, celle du midi est un moment de convivialité avec les codétenus et celle du soir est associée à un moment de réflexion,
- Socialisante. Elle peut aussi bien être productrice d'affinité que de violence lorsque le tabac manque.

V.1.3. Le mésusage

Selon la conférence de consensus de la Haute Autorité de Santé (HAS) de 2004, le mésusage se définit par la consommation d'une ou plusieurs substances psychoactives caractérisée par l'existence de risques et/ou dommages et/ou de dépendance (59).

Le mésusage n'est pas propre au milieu carcéral mais l'environnement qui l'entoure va le favoriser.

V.1.3.1. Cas des psychotropes

La France est l'un des pays les plus consommateurs de médicaments au monde, notamment avec les psychotropes (60).

Les usagers de drogues se fournissent par les prescriptions médicamenteuses mais aussi par des voies détournées : achat sur internet, falsification d'ordonnances ou trafic de rue.

De la même manière qu'avec les drogues, la consommation abusive de psychotropes peut aboutir à de la dépendance, un sevrage à l'arrêt brutal voire une overdose. Le risque d'interactions médicamenteuses peut également survenir.

L'évolution de la prise en charge des soins en milieu pénitentiaire, avec la création des SMPR en 1986 et la loi du 18 janvier 1994, a permis un meilleur accès aux soins médicaux pour les détenus. De ce fait, la consommation de psychotropes a également augmenté.

Le trafic en milieu carcéral provient principalement de l'extérieur, au cours des parloirs ou suite à des jets dans la cour de promenade qu'on appelle aussi « parachutes » (cf Tableau n°1). On retrouve en majorité des substances illicites (cocaïne, cannabis) mais aussi des médicaments dans un but d'usage détourné pour le troc de cigarettes ou de vêtements par exemple. Généralement, les doses consommées sont très élevées, dans une optique de sédation massive.

Certains médicaments sont aussi détournés de leur usage initial avec par exemple l'ultralevure qui est parfois utilisé pour réaliser de l'alcool « artisanal » ou encore le paracétamol qui est fumé.

Néanmoins, il est important de noter que la demande de médicaments psychotropes n'émerge pas systématiquement des détenus.

Il arrive que le psychiatre soit interpellé par les équipes pour des détenus présentant des troubles du comportement tels que de l'agitation ou des conflits avec l'administration pénitentiaire. Cette problématique met en avant les rapports souvent délicats entre administration pénitentiaire et soignants. Cette sollicitation abusive des psychiatres peut entraîner un sous-diagnostic de pathologie psychiatrique d'intensité sévère dont le tableau clinique est plus discret (syndrome catatonique, dépression).

L'étude française réalisée sur des personnes placées en garde à vue entre 2006 et 2007 a pour but de repérer les médicaments psychotropes faisant l'objet d'un mésusage par « deal » (60).

Sa méthodologie repose sur un interrogatoire des personnes concernées.

Les résultats montrent une précarité importante avec une majorité de personnes sans profession (74%), 40% sans domicile fixe et 20% sans couverture sociale. Près de la moitié a séjourné au moins 1 fois en milieu carcéral (46%).

Au niveau des médicaments retrouvés, un même individu est amené à consommer plusieurs classes de psychotropes à la fois. Le clonazépam est le plus détourné (43% des dossiers), en lien avec un prix attractif, 2€ pour 20 comprimés, et sa longue durée d'action. Il est suivi de la buprénorphine (31%) et de la méthadone (21%), sachant qu'elles sont souvent associées à de la cocaïne ou de l'héroïne. Les résultats sont résumés dans le tableau suivant (Figure n°8).

Nom du produit	Pourcentage
1) clonazépam	42,6 %
2) buprénorphine	30,65 %
3) méthadone	21,3 %
4) morphine sulfate	18 %
5) flunitrazépam	11,4 %
6) diazépam	8,2 %
7) bromazépam	4,9 %
7) oxazépam	4,9 %
7) antihistaminiques	4,9 %
10) clorazépate dipotassique	3,2 %
10) zopiclone	3,2 %
10) trihexyphénidyle	3,2 %

Figure n°8 : Classement des psychotropes faisant l'objet d'un trafic en France dans une population placée en garde à vue

Il est important de surveiller et alerter tout type de mésusage avant que ce phénomène se développe à d'autres molécules déjà mises sur le marché.

Exemple de la prégabaline

Les premiers signalements en France ont été rapportés en 2010 avec une alerte lancée par l'Agence Nationale de la Sécurité du Médicament (ANSM) en 2016. Depuis le 24 mai 2021, la Prégabaline ne peut être prescrite que sur ordonnance sécurisée pour une durée maximale de 6 mois (61).

Les déclarations de cas d'abus, de dépendance et d'usage détourné ne font qu'augmenter ces dernières années selon les chiffres de l'ANSM avec 18 en 2016, 106 en 2018 et 234 déclarations en 2019.

L'usage détourné est principalement à visée de défonce/euphorie dans un contexte de polyconsommation de substances psychoactives. Dans la moitié des cas, elle est associée à une benzodiazépine, en particulier le clonazépam.

En 2018, une étude dans un établissement carcéral anglais (capacité de 1500 prisonniers avec une rotation maximale de 6000 détenus par an) a été réalisée sur une année. Les résultats recensent au total 109 cas de détenus recevant une prescription de gabapentinoïdes (61% de prégabaline et 39% de gabapentine). Dans 33% des cas, les indications sont hors autorisation de mise sur le marché (AMM). Une co-prescription de TSO est observée dans 47% des cas et dans 14% des cas un trafic entre détenus est observé (62).

V.1.3.2. Cas des TSO

La buprénorphine est le TSO qui fait le plus souvent l'objet de détournement en détention, la délivrance de méthadone étant généralement contrôlée et supervisée au quotidien.

De la même manière que pour les addictions, l'anxiété et le stress peuvent pousser les détenus à consommer dans un but d'usage auto-thérapeutique ou récréatif.

Le mésusage de TSO est souvent lié à une prise en charge inadaptée que ce soit au niveau des posologies ou des modalités de prise en charge. Il est donc nécessaire d'ajuster le projet de soins dès qu'il y a découverte de mésusage. Il est bien sûr très important de le distinguer du trafic qui lui, est hors domaine des soins.

La quantification du mésusage au sein des établissements pénitentiaires est difficile à estimer par l'absence de données précises.

V.2. Les contraintes liées au système carcéral

Si nous reprenons la loi du 18 janvier 1994 (26), il est stipulé que « les détenus doivent bénéficier d'une qualité et d'une continuité de soins équivalents à ceux offerts à l'ensemble de la population » et que le « service public hospitalier assure les examens de diagnostic et les soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire et si nécessaire en milieu hospitalier. Il concourt dans les mêmes conditions aux actions de préventions et d'éducation pour la santé

organisée dans les établissements pénitentiaires ». Néanmoins, plusieurs contraintes liées à l'environnement carcéral peuvent limiter la prise en charge des patients détenus.

V.2.1. L'accès aux soins reste très encadré

Avant de pouvoir consulter un médecin, en cas d'urgence ou de demande de consultation, tout détenu doit au préalable passer par l'administration pénitentiaire qui de son côté peut permettre l'accès à l'unité de soins. Ce mode de fonctionnement par médiation ne permet pas de confirmer que les détenus ont un libre accès aux soins et il peut être à l'origine de délais importants avant de pouvoir consulter.

Un autre élément à noter est le libre choix du praticien. C'est un principe mentionné par le code de la déontologie médicale et le code de sécurité sociale. L'article D365 du CPP (62) précise que « les détenus ne peuvent être examinés et soignés par un médecin de leur choix, à moins d'une décision du directeur régional des services pénitentiaires territorialement compétent. Ils doivent alors assumer les frais qui leur incombent du fait de cette prise en charge ». L'application de ce droit en prison est très limitée voire impossible.

V.2.2. L'observance et le suivi médical

L'organisation des soins en milieu carcéral ne permet pas une préservation optimale du secret médical. Lorsque le détenu se présente à l'unité de soins, il est aussi bien connu par le personnel de surveillance de l'administration pénitentiaire que par des codétenus. Une méfiance voire un refus de la prise en charge est possible chez certains patients afin d'éviter une stigmatisation en détention (58).

Il est important de noter que les patients n'ont aucune obligation de soins selon l'article D362 du CPP (65) : « 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 par le médecin des conséquences de ce refus ».

D'autre part, il est possible que les surveillants pénitentiaires soient sollicités par leur hiérarchie pour rapporter des informations bien qu'ils soient, eux aussi, soumis au secret médical via l'article 226-13 du Code pénal (66).

Autre situation, lorsque le détenu est amené à être extrait de l'établissement pénitentiaire afin d'avoir une consultation extérieure en milieu hospitalier, il est fréquent que le policier en charge de la garde du détenu soit présent au cours de la consultation médicale dans un but sécuritaire. Pourtant selon le CPP, elle ne devrait être réservée qu'aux détenus dangereux. Nous avons d'un côté une violation du secret professionnel mais aussi l'apparition de tensions entre personnels hospitaliers et forces de l'ordre.

Dans le cas d'une hospitalisation, certains principes de la charte du patient hospitalisé ne s'appliquent pas au patient détenu tels que le respect de l'intimité et de la confidentialité, étant donné qu'un policier assure la garde du patient jour et nuit.

V.2.3. Manque de sensibilisation des professionnels de santé aux problématiques de la population carcérale

L'ensemble des mesures encadrant l'accueil des patients détenus rend le personnel hospitalier hors détention assez réticent en cas d'admission. Une stigmatisation reste présente (le patient est perçu comme dangereux et peut perturber le fonctionnement habituel de l'hôpital) et le malade détenu est plutôt perçu comme un détenu malade pour la majorité.

V.2.4. Un emploi du temps difficile à anticiper

La prise en charge sanitaire des détenus s'articule avec le reste des événements de la vie pénitentiaire tels que les audiences, les parloirs ou les transferts vers d'autres établissements pénitentiaires. Le médecin est souvent non informé ou trop tardivement entraînant des annulations de consultations (sachant que certaines peuvent être prises plusieurs semaines en avance) pouvant compromettre la prise en charge au long cours.

Par ailleurs, lors des consultations extérieures, une importante logistique doit être mise en place afin d'assurer un déplacement du détenu en toute sécurité impliquant une étroite collaboration entre les forces de l'ordre, l'administration pénitentiaire et l'établissement de santé.

Elles sont souvent considérées comme non prioritaires par les forces de l'ordre et l'administration pénitentiaire par rapport à leurs autres missions. En plus, elles nécessitent d'avoir du personnel à disposition, dans un milieu où le manque de personnel est fortement présent. Il n'est pas rare que des consultations soient repoussées voire supprimées par manque d'escortes afin de privilégier les soins urgents.

Tout au long de cette étude, nous avons présenté le système carcéral dans sa globalité : fonctionnement général, état de santé des détenus admis, l'offre de soins disponible et les problématiques en lien avec le système. Dans une dernière partie, nous allons étudier le circuit du médicament et des dispositifs médicaux ainsi que les spécificités imposées par le milieu carcéral.

VI. Circuit du médicament et des dispositifs médicaux en milieu pénitentiaire

VI.1. Contexte

En milieu pénitentiaire, les soins sont organisés par les USMP.

Depuis la loi du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale, les pharmacies à usage intérieur (PUI) assurent également leurs missions, telles que prévues dans le CSP, auprès de ces unités de soins.

Conformément à l'article L6111-1-2 du CSP (67), les établissements de santé peuvent dispenser des soins aux « personnes détenues en milieu pénitentiaire, et si nécessaire, en milieu hospitalier ».

L'article L5126-9 du CSP (68) le complète en mentionnant que les personnes détenues dans les établissements pénitentiaires bénéficient des services des PUI des établissements de santé.

Les missions et activités des PUI impliquent que l'établissement de santé dispose de locaux, de moyens personnels, de moyens en équipement et d'un système d'information lui permettant d'assurer l'ensemble des missions qui lui sont confiées. Ces missions vont de la gestion, à l'approvisionnement, au contrôle et à la détention et dispensation de médicaments et dispositifs médicaux stériles. L'ensemble de cette gérance est assuré par un pharmacien.

VI.2. Particularités dans les établissements pénitentiaires

L'approvisionnement en produits de santé de l'établissement pénitentiaire peut se faire de 2 façons.

VI.2.1. La PUI de l'établissement de santé ne dispose pas de locaux implantés dans l'établissement pénitentiaire

La dispensation doit être réalisée au minimum une fois par semaine et dans des délais qui permettent de répondre aux demandes urgentes de l'établissement pénitentiaire.

La personne habilitée procède au sein des locaux de la PUI de l'établissement de santé à la préparation des médicaments et autres produits de santé.

L'acheminement vers l'établissement pénitentiaire doit se faire dans des conditions optimales d'hygiène et de sécurité avec notamment le maintien d'une température adaptée pour les produits thermosensibles.

VI.2.2. La PUI de l'établissement de santé dispose de locaux implantés dans l'établissement pénitentiaire

Les locaux de la pharmacie sont situés en dehors des locaux de détention avec un accès strictement réservé au personnel de la PUI. Leur conception doit permettre un accès facilité et sécuritaire.

La préparation et l'acheminement des produits de santé suivent les mêmes règles que celles vues dans le précédent paragraphe.

Quelle que soit la situation et afin de répondre aux besoins urgents, il est nécessaire que l'unité de soins dispose d'une dotation adaptée dont la composition est définie par le pharmacien et le médecin responsable de l'unité de soins. Selon les besoins, elle pourra être revue périodiquement.

Son accès est réservé exclusivement au personnel soignant.

VI.3. Le circuit du médicament et des dispositifs médicaux

Les différentes étapes du circuit font intervenir divers professionnels de santé : la prescription est un acte médical, la dispensation un acte pharmaceutique et l'administration un acte infirmier ou médical.

VI.3.1. Prescription

Que le patient soit une personne détenue ou non, les règles de prescriptions restent les mêmes.

La prescription des médicaments et dispositifs médicaux est assurée par un professionnel habilité et doit être rédigée sur une ordonnance après un examen clinique du patient. Elle doit mentionner :

- L'identification complète du prescripteur : le nom, qualification, numéro d'identification, le titre ou la spécialité du prescripteur, le nom et l'adresse de l'établissement, les coordonnées téléphoniques ou électroniques, la date de rédaction de l'ordonnance et la signature ;
- L'identification du patient : nom, âge, poids, sexe ;
- La dénomination commune internationale (DCI) du médicament accompagné du dosage, de la posologie et du mode d'administration ;
- La durée du traitement.

En règle générale, les prescriptions sont réalisées selon la liste des produits de santé disponibles au livret thérapeutique de l'établissement. Elle est établie en concertation avec les professionnels concernés en prenant en compte les besoins spécifiques des personnes détenues.

En arrivant en détention, les médicaments personnels des personnes détenues sont soit retirés puis remis à leur sortie après avis médical, soit détruits par la PUI après accord du détenu.

Cependant, pour assurer la continuité des soins, l'UMSP peut être amenée à conserver une partie du traitement du patient et le délivrer le temps que la PUI soit en mesure de le fournir. Dans tous les cas, la gestion du traitement personnel des détenus doit faire l'objet d'une procédure qui informe notamment la PUI des traitements utilisés.

Il est important de noter qu'il n'est pas possible d'avoir recours à l'entourage de la personne détenue pour obtenir et fournir un traitement médicamenteux ou un dispositif médical.

VI.3.2. Dispensation et l'administration

La dispensation des traitements médicamenteux est encadrée par l'article R4235-48 du CSP (69) : « le pharmacien doit assurer dans son intégralité l'acte de dispensation du médicament, associant à sa délivrance : l'analyse pharmaceutique de l'ordonnance médicale, la préparation éventuelle des doses à administrer, la mise à disposition des informations et les conseils nécessaires au bon usage du médicament ».

L'administration des médicaments est effectuée par les infirmiers ou les médecins. Elle nécessite la vérification de différents paramètres :

- L'identité du patient et des médicaments à administrer avec les doses et les modes d'administration mentionnés sur la prescription médicale ;
- La date de péremption des médicaments et leur aspect ;

Puis, le personnel médico-soignant doit tracer la délivrance des médicaments.

En milieu pénitentiaire, la prise des traitements doit être assurée en continue (week-ends et jours fériés) et réalisée si possible devant l'infirmier afin d'éviter tout risque de mésusage ou non observance comme des comprimés recrachés par exemple.

La prise du traitement médicamenteux pourra se faire directement en détention ou dans l'unité de soins.

Si la distribution se fait directement en détention, certaines règles doivent être respectées :

- Le personnel infirmier doit être accompagné d'un surveillant ;
- Les horaires de distribution seront choisis en accord avec l'administration pénitentiaire pour assurer une sécurité maximale ;
- La distribution doit être effectuée lorsque les portes des cellules sont fermées.

Tout comme dans un service de soins habituel, le prescripteur doit assurer une mise à jour des informations dans le dossier médical et établir un suivi thérapeutique.

L'équipe de soins se doit de fournir au patient les informations nécessaires sur le traitement délivré. Des activités d'éducation thérapeutique peuvent être mises en place dans le cadre de pathologie chronique.

Cas particulier de la détention de médicaments en cellule

Afin de responsabiliser une personne détenue face à son traitement médicamenteux et sa pathologie, il est possible qu'elle ait, à disposition en cellule, ses médicaments selon des modalités prescrites par un médecin intervenant dans l'établissement pénitentiaire.

Pour des raisons de sécurité, le chef de l'établissement pénitentiaire peut s'y opposer et en informer le médecin responsable de l'unité de soins de rattachement.

VI.3.3. Stockage des médicaments et dispositifs médicaux

Les médicaments doivent être conservés dans des locaux adaptés fermés à clés ou disposant d'un système de fermeture assurant la sécurité.

Les locaux utilisés pour le stockage, la distribution et la dispensation des médicaments doivent être conformes aux bonnes pratiques de pharmacie hospitalière conformément à l'arrêté du 22 juin 2001.

Cette première partie nous a permis de présenter le fonctionnement du système carcéral français et les différentes raisons qui ont mené à la création des UHSA. Ces unités constituent une évolution considérable dans la prise en charge psychiatrique des patients. C'est la raison pour laquelle nous allons désormais étudier les caractéristiques des patients admis à l'UHSA de Cadillac et plus particulièrement leur prise en charge médicamenteuse.

ANALYSE DES PRATIQUES AU CH DE CADILLAC

La prise en charge sanitaire des détenus est en constante évolution depuis les années 80 avec la présence de psychiatres au sein des unités sanitaires de chaque centre pénitentiaire, la création des SMPR et enfin l'apparition des UHSA en 2010.

Ces dernières marquent une avancée majeure, dans la mesure où le patient est désormais libre de choisir s'il souhaite être hospitalisé. Auparavant, seule l'hospitalisation sous contrainte était possible.

L'étude réalisée permet de décrire la population accueillie au sein de l'UHSA de Cadillac ainsi que la prise en charge de leurs troubles psychiatriques principalement mais aussi somatiques, à différentes étapes de leur parcours de soins : avant hospitalisation, en début et fin d'hospitalisation puis un mois après le retour en détention.

I. Matériel et méthodes

Comme décrit précédemment, l'UHSA de Cadillac est composée de deux unités réparties sur deux étages avec chacune vingt lits d'hospitalisation complète et des espaces communs. Elle est constituée d'une équipe pluri professionnelle afin de répondre au mieux aux besoins des patients.

Il s'agit d'une étude observationnelle prospective qui s'est déroulée sur une période de 4 mois, entre novembre 2021 et février 2022 inclus en ce qui concerne la période d'inclusion. Le recensement des informations à 1 mois de la sortie de l'UHSA s'est étendu jusqu'à fin mai 2022.

L'ensemble des patients entrant à l'UHSA de Cadillac sur la période définie sont intégrés à l'étude, il n'y a pas de critères d'exclusion. Au total, 60 patients ont été inclus, ce qui représente environ 15 entrées par mois.

Le suivi des entrées et des sorties des patients se fait via le planning des admissions et des sorties transmis par mail tous les vendredis par l'équipe administrative du service.

Le recensement des informations est réalisé sur le logiciel DxCare® à partir des comptes rendus médicaux et des observations médicales et paramédicales rédigées au cours de l'hospitalisation.

Pour le suivi des patients post-hospitalisation à l'UHSA, des échanges avec les psychiatres référents des différents centres de détention ont également été réalisés, soit par contact téléphonique soit par mail.

Le recueil de données se fait à différentes étapes de la prise charge du patient, qui correspondent à des périodes propices à des modifications de prescriptions :

- Avant son hospitalisation à l'UHSA, c'est à dire en détention,
- A l'entrée et à la sortie de l'unité,
- A son retour en détention soit 1 mois après l'hospitalisation afin d'avoir assez de recul sur l'évolution du patient.

Le recueil de données est effectué sur Excel® puis les résultats sont présentés sous la forme de graphiques et tableaux.

Le tableau Excel est construit en 4 parties selon le moment de prise en charge du patient. Les différents items suivants sont renseignés :

- Données sur le patient en détention :
 - Identification du patient : initiales du nom et prénom, sexe, âge, poids ;
 - Caractéristiques sociodémographiques : situation familiale, présence ou non d'une mesure de protection juridique ;
 - Caractéristiques cliniques : diagnostic principal, antécédent de prise en charge en psychiatrie, notion de mésusage ou addiction ;
 - Caractéristiques judiciaires : établissement pénitentiaire d'origine, situation judiciaire, procédure pénale ;
 - Caractéristiques de la prise en charge : ordonnance habituelle avec les posologies et l'indication des médicaments prescrits, les formes galéniques utilisées, l'observance, les suivis biologiques.

- Données du patient en cours d'hospitalisation :
 - Admission : délai entre la demande et l'admission, type et motif d'hospitalisation ;
 - Caractéristiques de la prise en charge : traitement initié et arrêté, suivi biologique ;
 - Durée de l'hospitalisation.

- Données 1 mois après le retour en détention : ordonnance et observance du traitement en détention.

Les diagnostics principaux sont codés selon la Classification Internationale des Maladies 10 (CIM-10). Afin de simplifier la lecture des résultats, ils sont regroupés en 6 catégories dans le cadre de l'étude (Tableau n°4) :

- Addictions (F10-19),
- Schizophrénie (F20.0),
- Autres troubles (F21-29) intégrant les troubles schizo-affectifs, les troubles délirants, les troubles psychotiques aigus et transitoires,
- Troubles de l'humeur (F30-39) avec les troubles dépressifs, troubles de l'humeur et troubles maniaques,
- Troubles névrotiques (F40-48) incluant les réactions mixtes, anxieuses et dépressives, les troubles de l'adaptation et les réactions dépressives brèves,
- Troubles de la personnalité (F60-69) comprenant les troubles mixtes de la personnalité, les personnalités de type borderline.

Sous-groupes de la classification CIM 10
Addictions (F10-19)
Schizophrénie (F20)
Autres troubles psychotiques (F21-29)
Troubles de l'humeur (F30-39)
Troubles névrotiques (F40-48)
Troubles de la personnalité (F60-69)

Tableau n°4 : Sous-groupes de la classification CIM-10

II. Résultats

II.1. Présentation de la population admise

II.1.1. Caractéristiques sociodémographiques

II.1.1.1. Le sexe

La population étudiée se compose de 60 patients avec une prédominance du sexe masculin (57 soit 95%) (Figure n°9).

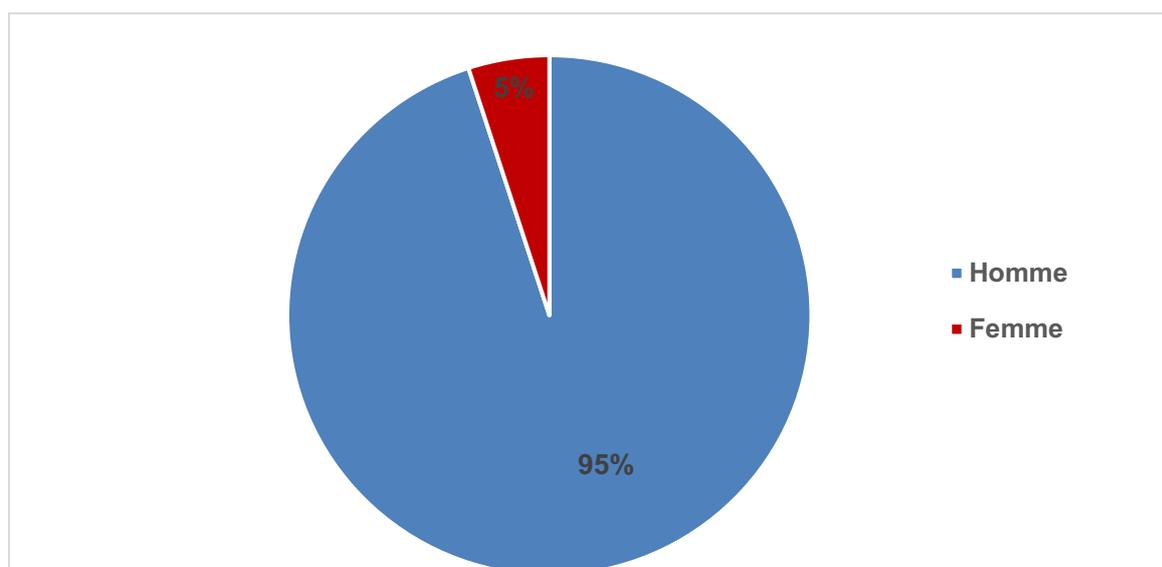


Figure n°9 : Répartition de la population en fonction du sexe

II.1.1.2. L'âge

Sur l'échantillon étudié, il n'y a pas de mineur. L'âge minimum est de 19 ans et le maximum est de 60 ans. La moyenne d'âge tout sexe confondu est de 35,9 ans avec un écart-type de 9,8. La médiane est de 34 ans.

Les différents résultats sont répartis par tranches d'âge et sexe (Figure n°10) :

- 1 seul patient a moins de 20 ans (1,6%),
- 17 patients, tout sexe confondu, ont entre 20-29 ans (28,3%),
- 19 patients, tout sexe confondu, sont dans la tranche majoritaire des 30-39 ans (31,2%),
- 17 patients ont entre 40-49 ans (28,3%),
- 6 patients, tout sexe confondu ont plus de 50 ans (10%).

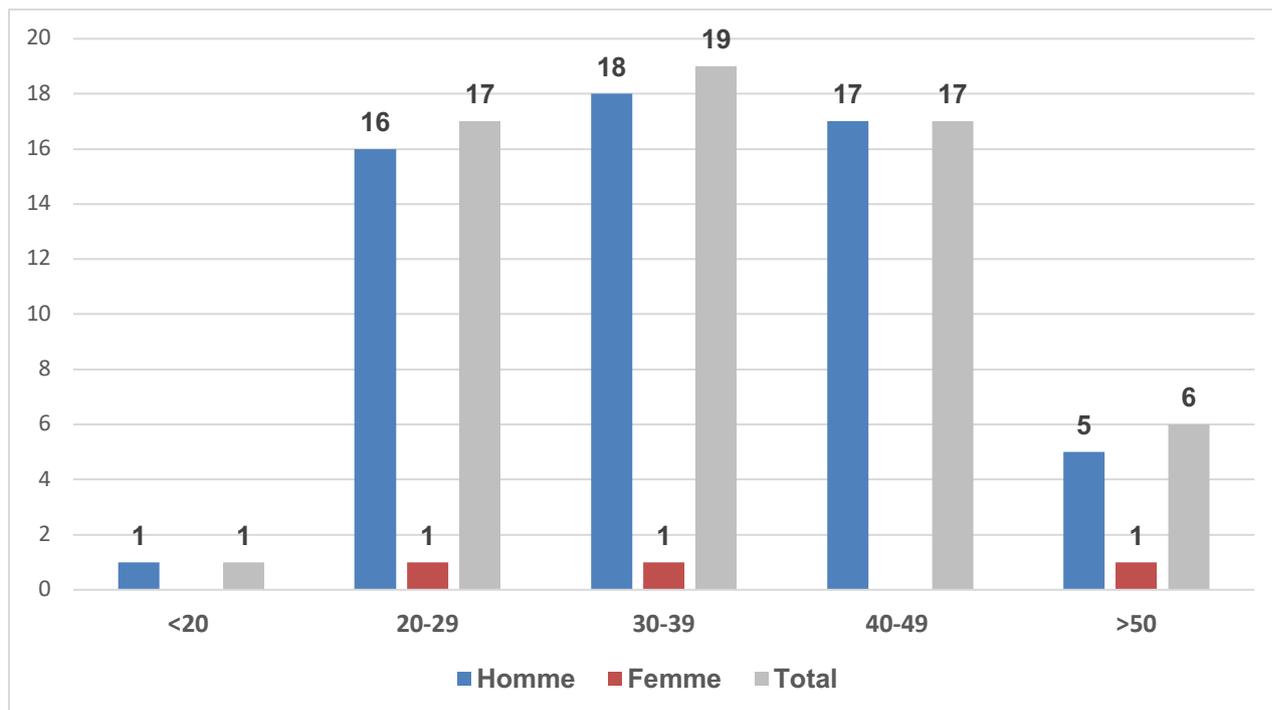


Figure n°10 : Répartition des 60 patients en fonction des tranches d'âge

II.1.1.3. Situation familiale

Globalement, les patients admis sont célibataires (47 patients soit 78,3%) et sans enfant (38 patients soit 63,3%).

Les données sociodémographiques sont résumées dans le tableau ci-dessous (Tableau n°5).

	Hommes		Femmes		Total	
	Effectif N = 57	%	Effectif N = 3	%	Effectif N = 60	%
Age						
<20	1	1,8%	0	0,0%	1	1,7%
20-29	16	28,1%	1	33,3%	17	28,3%
30-39	18	31,6%	1	33,3%	19	31,7%
40-49	17	29,8%	0	0,0%	17	28,3%
>50	5	8,8%	1	33,3%	6	10,0%
Situation familiale						
Célibataire	45	78,9%	2	66,7%	47	78,3%
en couple	12	21,1%	1	33,3%	13	21,7%
Enfant						
0	36	63,2%	2	66,7%	38	63,3%
1	11	19,3%	1	33,3%	12	20,0%
2	7	12,3%	0	0,0%	7	11,7%
>3	3	5,3%	0	0,0%	3	5,0%

Tableau n°5 : Caractéristiques sociodémographiques

II.1.2. Caractéristiques judiciaires

L'absence de mesure de protection juridique concerne 80% des patients.

Plus des trois quarts (81,7%) sont condamnés lors de l'admission à l'UHSA et pour environ deux tiers (63,3%), il s'agit d'une procédure correctionnelle.

La plupart des patients sont issus d'un EP (92%) et plus particulièrement des maisons d'arrêt (43,3%). Les femmes proviennent exclusivement de ce type de structure (maison d'arrêt de Pau). Les hommes ont une répartition géographique variée dont les centres pénitentiaires de Gradignan (18,3%) et Mont de Marsan (18,3%) qui sont les plus représentés.

Pour 5 patients (8%), l'admission est réalisée depuis une hospitalisation en psychiatrie.

Le détail des résultats se trouve dans le tableau ci-dessous (Tableau n°6).

	Hommes		Femmes		Total	
	Effectif N = 57	%	Effectif N = 3	%	Effectif N = 60	%
Mesure de protection						
<i>oui</i>	11	19,3%	1	33,3%	12	20,0%
<i>non</i>	46	80,7%	2	66,7%	48	80,0%
Situation pénale						
<i>Prévenu</i>	9	15,8%	2	66,7%	11	18,3%
<i>Condamné</i>	48	84,2%	1	33,3%	49	81,7%
Procédure judiciaire						
<i>Criminelle</i>	20	35,1%	2	66,7%	22	36,7%
<i>Correctionnelle</i>	37	65%	1	33,3%	38	63,3%
Etablissement						
<i>Maison d'arrêt</i>	23	40,3%	3	100%	26	43,3%
<i>Centre pénitentiaire</i>	18	31,6%	0	0%	18	30,0%
<i>Maison centrale</i>	3	5,3%	0	0%	3	5,0%
<i>Centre de détention</i>	13	22,8%	0	0%	13	21,7%
Etablissement d'origine						
<i>Bayonne</i>	2	3,5%	0	0%	2	3,3%
<i>Gradignan</i>	11	19,3%	0	0%	11	18,3%
<i>Limoges</i>	1	1,8%	0	0%	1	1,7%
<i>Mauzac</i>	1	1,8%	0	0%	1	1,7%
<i>Mont de Marsan</i>	11	19,3%	0	0%	11	18,3%
<i>Neuvis sur l'Isle</i>	7	12,3%	0	0%	7	11,7%
<i>Niort</i>	1	1,8%	0	0%	1	1,7%
<i>Pau</i>	5	8,8%	3	100%	8	13,3%
<i>Périgueux</i>	1	1,8%	0	0%	1	1,7%
<i>Poitiers</i>	7	12,3%	0	0%	7	11,7%
<i>Rochefort</i>	1	1,8%	0	0%	1	1,7%
<i>Saint Martin de Ré</i>	3	5,3%	0	0%	3	5,0%
<i>Uzerche</i>	5	8,8%	0	0%	5	8,3%
<i>Villeneuve sur Lot</i>	1	1,8%	0	0%	1	1,7%

Tableau n° 6 : Caractéristiques judiciaires

II.1.3. Pathologies

II.1.3.1. Somatiques

Sur la totalité des patients, 18 (30%) présentent au moins une pathologie somatique chronique sachant que les deux tiers en ont plusieurs. La répartition des pathologies est la suivante (Figure n°11) :

- Au niveau respiratoire (8,3%) : 3 patients sont asthmatiques et 2 autres sont atteints de BPCO
- Au niveau digestif (8,3%) : 5 patients souffrent de pyrosis et sont sous inhibiteurs de la pompe aux protons (IPP) au long cours
- Au niveau cardiovasculaire (10%) : 6 patients souffrent d'hypertension artérielle
- Au niveau neurologique (6,7%) : 4 patients sont épileptiques
- Au niveau endocrinien (6,7%) : 3 patients sont atteints d'hypothyroïdie et 1 patient est diabétique
- Au niveau infectieux (1,7%) : 1 patient a une tuberculose

En ce qui concerne les femmes, elles présentent chacune au moins un trouble : hypertension artérielle, asthme, pyrosis ou hypothyroïdie.

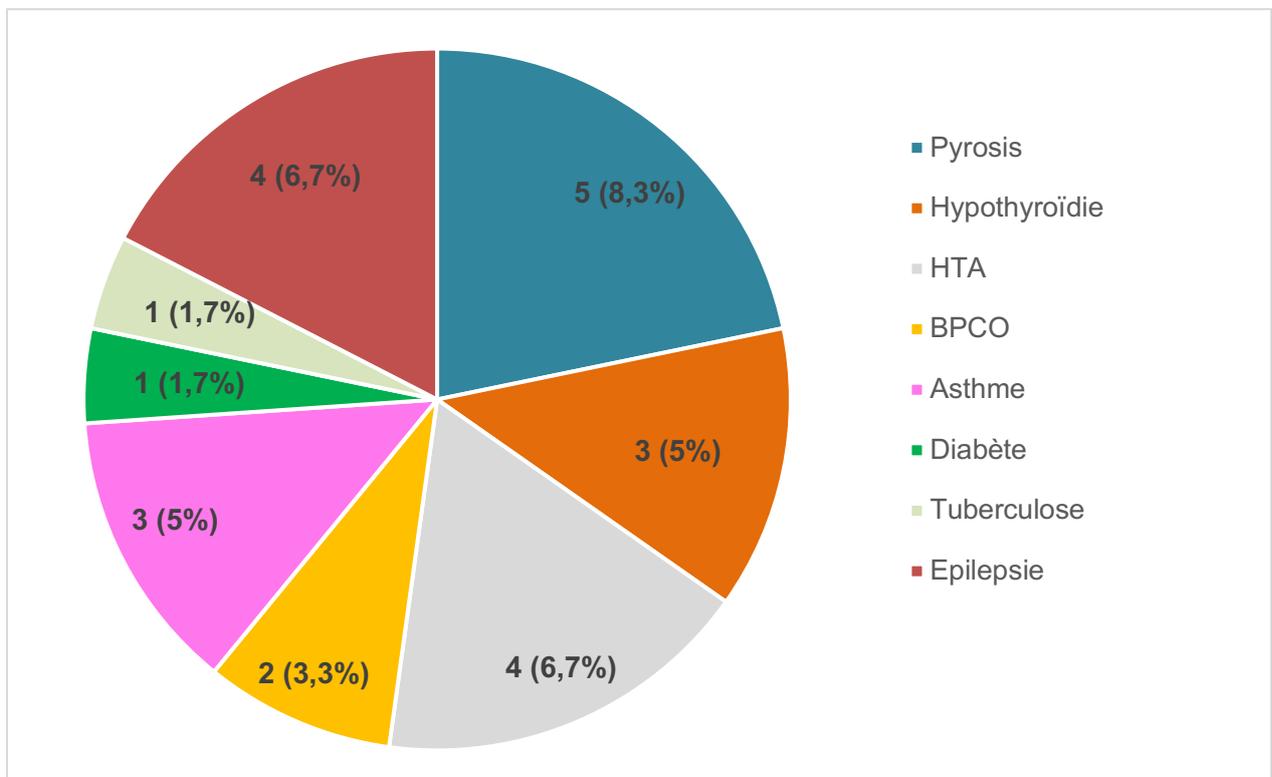


Figure n°11 : Répartition des pathologies somatiques

II.1.3.2. Psychiatriques

Antécédents

Une majorité des patients entrant à l'UHSA ont des antécédents de prise en charge psychiatrique (43 patients soit 71,7%). Si l'on regarde en détail les données selon le sexe, on remarque que la totalité de la population féminine a déjà eu une prise en charge auparavant et 47 hommes (82,5%) également.

Les antécédents sont de différents types :

- Suivi psychiatrique au cours de l'adolescence,
- Tentatives de suicide aussi bien en détention qu'à l'extérieur,
- Hospitalisations pour épisode dépressifs ou troubles psychotiques.

Diagnostics principaux

Selon la codification des diagnostics principaux, la schizophrénie est la pathologie la plus représentée (23 patients soit 38,3%) et est exclusivement retrouvée chez les hommes (40,4%). La population féminine est principalement caractérisée par les troubles de la personnalité (2 patientes soit 66,7%) (Figure n°12).

Les autres pathologies retrouvées sont : les troubles de la personnalité (16 patients soit 26,7%), les troubles névrotiques (8 patients soit 13,3%), les troubles de l'humeur (6 patients soit 10%) et enfin les autres troubles psychotiques (6 patients soit 10%).

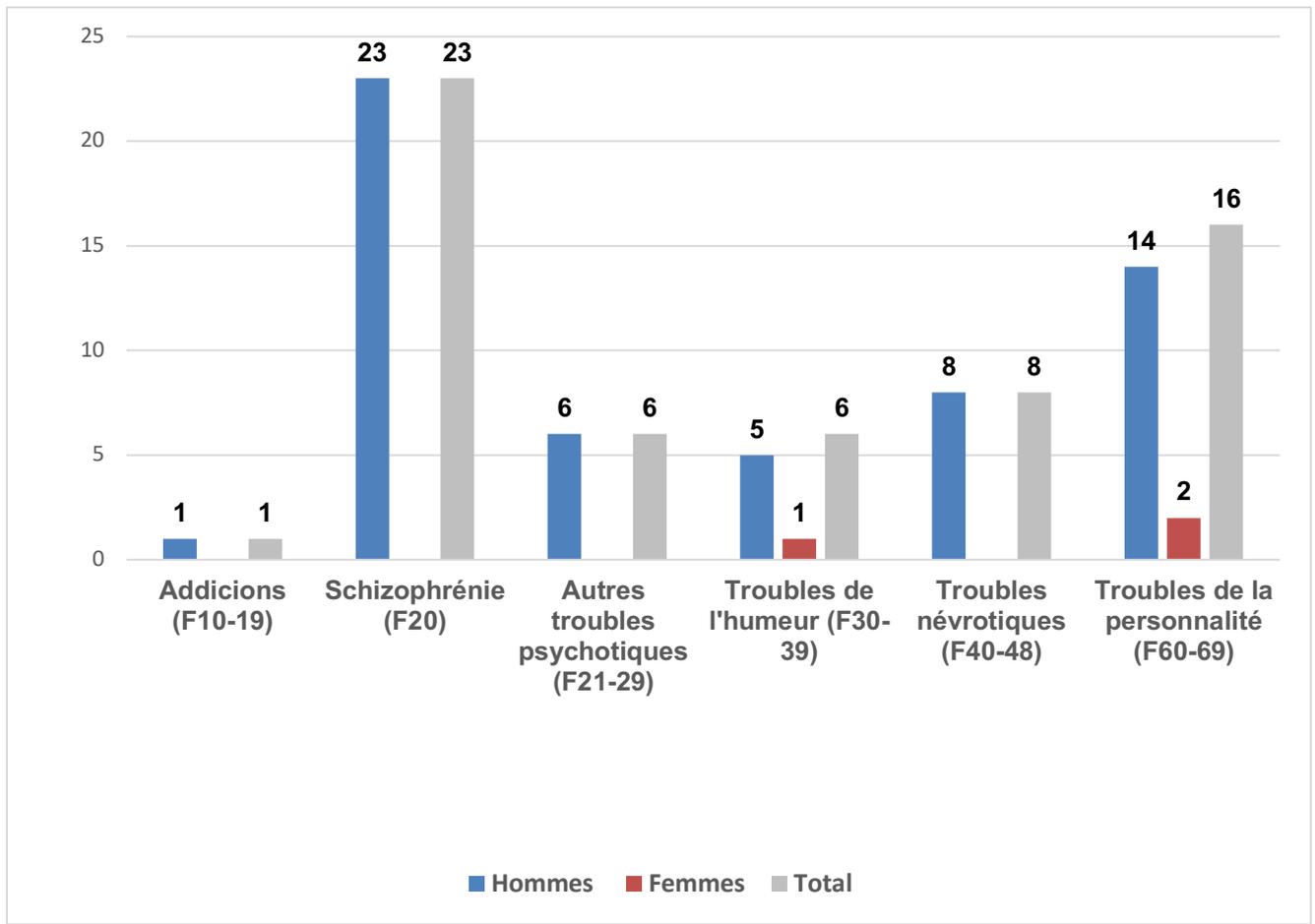


Figure n°12 : Répartition du nombre de patients par sous-groupe de diagnostic (CIM-10)

II.1.3.3. Addictions et mésusage

L'addiction est une comorbidité importante dans l'échantillon étudié. En effet, près de la moitié des patients présente une dépendance à au moins une substance (27 patients soit 45%). Parmi ces patients, 2 femmes sont concernées. Les données relevées ne concernent pas les addictions sevrées mais uniquement celles qui sont en cours.

Si nous regardons en détail les consommations, on observe que sur les 27 patients, 13 (48,2%) consomment une seule substance et 14 (51,8%) ont une poly consommation (c'est à dire au moins 2 substances).

Dans la population féminine, la polytoxicomanie est mentionnée pour 2 d'entre elles.

Les substances concernées sont (Figure n°13) :

- Le cannabis (18 patients soit 66,6%)
- L'alcool (11 patients soit 40,7%)
- La cocaïne (7 patients soit 25,9%)

- Les opiacés avec l'héroïne principalement (5 patients soit 18,5%)

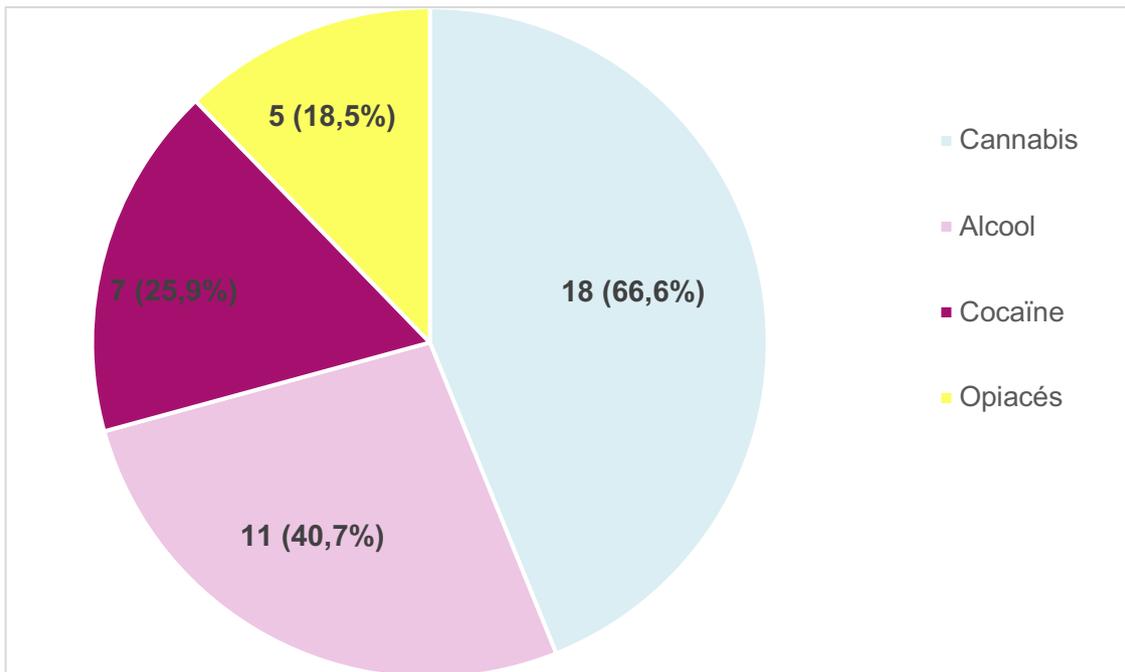


Figure n°13 : Répartition des patients selon le type d'addiction

La consommation de tabac représente 63.3% des patients.

Pour 5 patients (dont une femme), il est mentionné un mésusage aux traitements médicamenteux. Les médicaments concernés sont les benzodiazépines (3 patients) et la prégabaline (2 patients).

II.2. Caractéristiques de l'hospitalisation

Il s'agit d'une première hospitalisation pour plus de la moitié des patients (34 patients soit 56,6%).

La moitié des patients est hospitalisée en SPDRE (32 patients soit 53,3%) et l'autre moitié en SL (28 patients soit 46,7%).

II.2.1. Délais d'admission

Le délai d'admission pour entrer à l'UHSA de Cadillac est en moyenne de 26,4 jours avec un écart-type de 17,7. La médiane est de 20,5 jours. Le délai minimum est de 1 jour et le maximum de 81 jours.

Les délais d'admission sont répartis en 3 tranches (Figure n°14) :

- 0-14 jours pour 18 patients (30%),
- 15-28 jours pour 19 patients (31,7%),
- Plus de 28 jours pour 23 patients (38,3%).

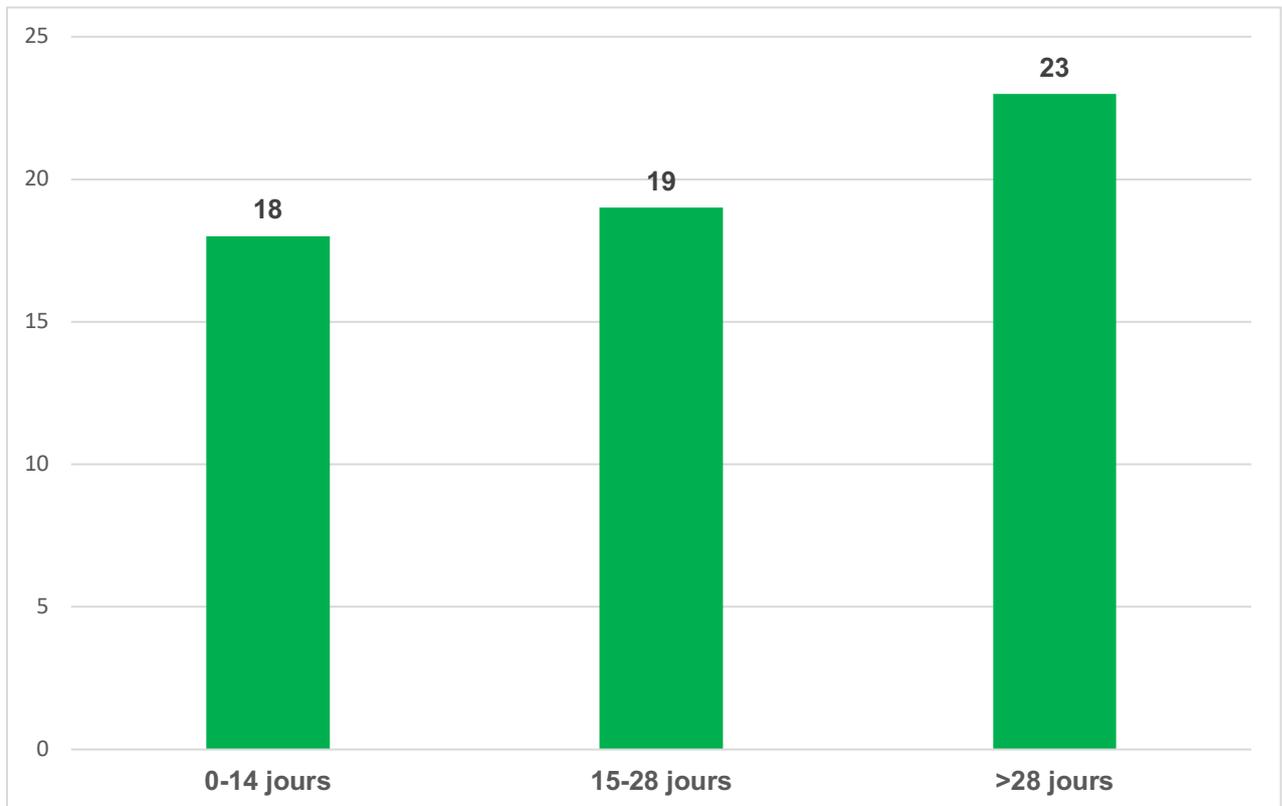


Figure n°14 : Répartition du nombre de patients en fonction des délais d'admission

Si l'on regarde les délais selon le mode d'hospitalisation, la moyenne pour un SL est de 30,6 jours et 22,8 jours pour un SPDRE.

II.2.2. Durée d'hospitalisation

Les patients entrant à l'UHSA séjournent en moyenne 46,9 jours avec un écart-type de 31,2. La médiane est de 42 jours. Les durées d'hospitalisation s'étendent de 1 à 165 jours sur la période étudiée. Ces données prennent en compte 54 patients au lieu des 60 initiaux puisqu'à l'arrêt de l'étude, 6 patients étaient toujours hospitalisés.

De la même manière que pour les délais d'admission, les résultats sont répartis en plusieurs catégories (Figure n°15) :

- 0-20 jours pour 11 patients (20,4%),
- 21-40 jours pour 13 patients (24%),
- 41-60 jours pour 16 patients (29,6%),

- Plus de 60 jours pour 14 patients (25,9%).

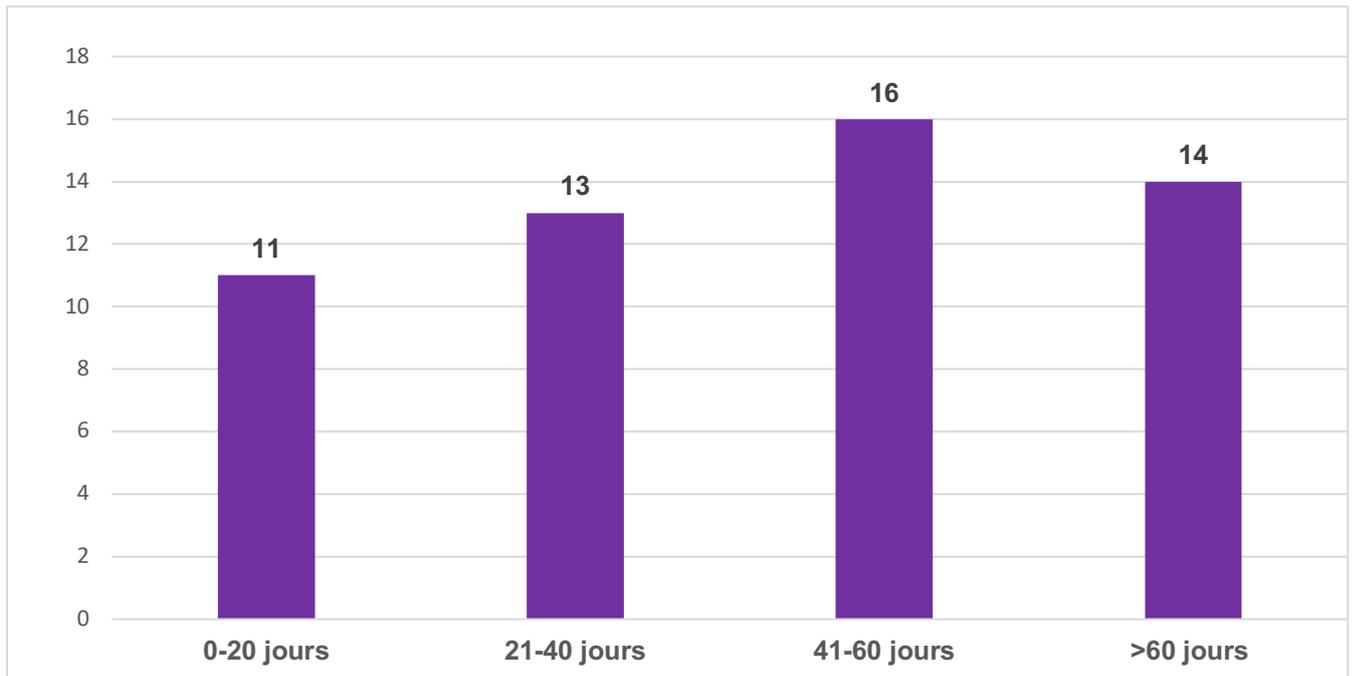


Figure n°15 : Répartition du nombre de patients en fonction de la durée d'hospitalisation

II.2.3. Motifs d'admission

Près de la moitié des patients admis sont hospitalisés pour des troubles psychotiques (décompensation délirante, schizophrénie, psychose non schizophrénique). Le deuxième motif d'hospitalisation est le syndrome anxio-dépressif (Figure n°16).

Parmi les autres motifs, on retrouve :

- Les séjours de rupture (8 patients soit 13,3%)
- L'évaluation psychiatrique (6 patients soit 10%)
- Les troubles graves de la personnalité (2 patients soit 3,3%)

Lorsque l'on s'attarde sur les données de la population féminine, le motif d'admission est similaire pour les 3 : syndrome anxio-dépressif.

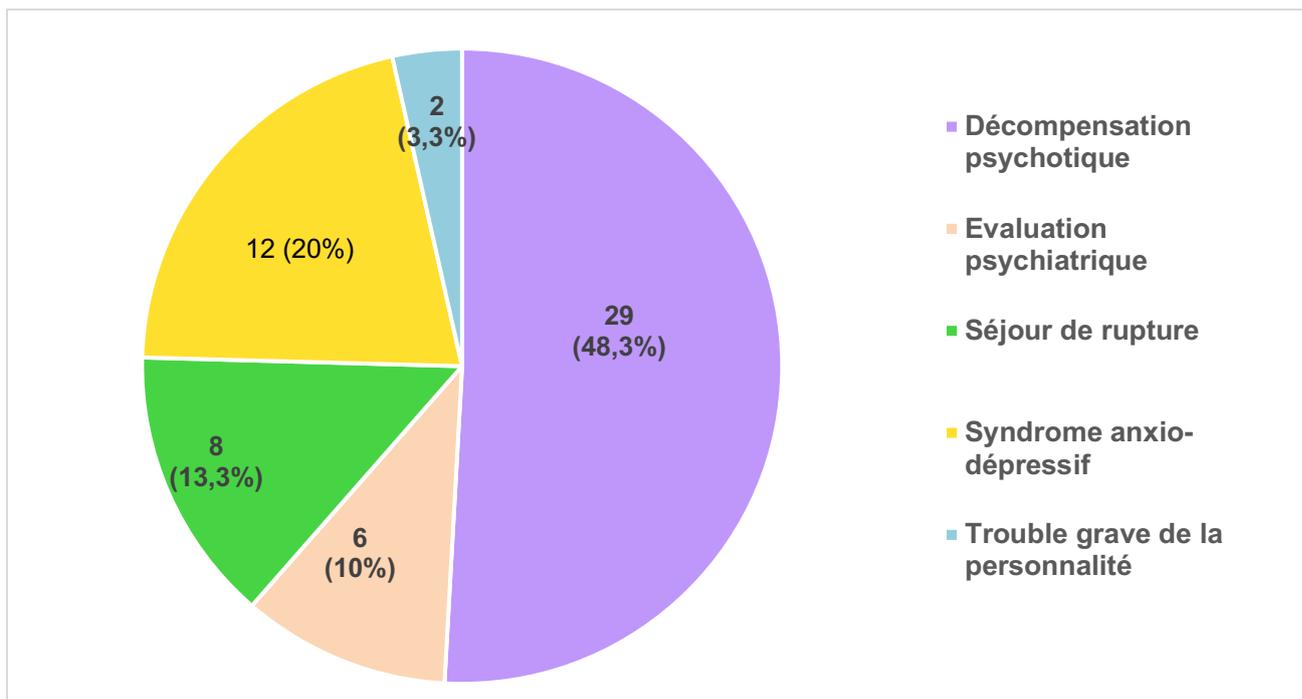


Figure n°16 : Répartition des motifs d'hospitalisation à l'admission

II.3. Prise en charge médicamenteuse

La prise en compte de l'ensemble des traitements, tout sexe confondu, montre une proportion plus importante de prescription de traitements à l'UHSA en comparaison à la détention (Tableau n°7). Cette différence s'explique par la prescription quasi systématique de traitements somatiques en si besoin (laxatifs, antalgiques et substituts nicotinique) afin d'anticiper les éventuelles demandes du patient lorsqu'il n'y a plus de médecin dans l'unité.

Les ordonnances à l'UHSA comprennent moins de psychotropes (moyenne de 52% entre l'entrée et la sortie) par rapport à la détention (moyenne de 62% entre la prescription d'origine et le retour).

	DETENTION	ENTREE UHSA	SORTIE UHSA	RETOUR DETENTION M+1
	Effectif patient : 60	Effectif patient : 60	Effectif patient : 54	Effectif patient : 35
NOMBRE TOTAL DE LIGNE	249	295	276	133
NOMBRE MOYEN DE LIGNE PAR PRESCRIPTION	4,2	4,9	5,1	3,8
MEDIANE	4	5	5	4

ECART-TYPE	3,1	2,1	2,2	2,3
NOMBRES DE LIGNES DE PRESCRIPTION EN PSYCHOTROPES	150 (60,2%)	156 (52,8%)	142 (51,2%)	85 (63,9%)
NOMBRES MOYEN DE LIGNES DE PRESCRIPTION EN PSYCHOTROPES	2,5	2,6	2,6	2,4

Tableau n°7 : Nombre de lignes de prescription selon l'étape de la prise en charge

II.3.1. Somatique

Globalement, l'hospitalisation à l'UHSA n'entraîne pas de modification des traitements somatiques chroniques (Figure n°17).

Par ailleurs, les laxatifs (51%) et antidouleurs (30%) sont plus fréquemment prescrits qu'en détention (13% chacun).

A l'UHSA, les antidouleurs sont systématiquement prescrits en si besoin tandis que les trois quarts des prescriptions en laxatifs sont en systématique. En détention, les antidouleurs sont surtout retrouvés en si besoin (75%) et les laxatifs en systématique (67%).

Lors de la consultation d'entrée à l'UHSA, 14 patients (23.3%) se sont plaints de douleur dentaire. Parmi eux, 4 (28.6%) ont pu bénéficier d'une consultation chez un dentiste en vue d'une extraction, 5 (35.8%) ont eu un traitement par antibiotique (amoxicilline ou l'association amoxicilline et acide clavulanique) associé à un bain de bouche pendant 7 jours. Les autres demandes (43%), non honorées au cours de l'hospitalisation à l'UHSA, ont été repoussées au retour en détention.

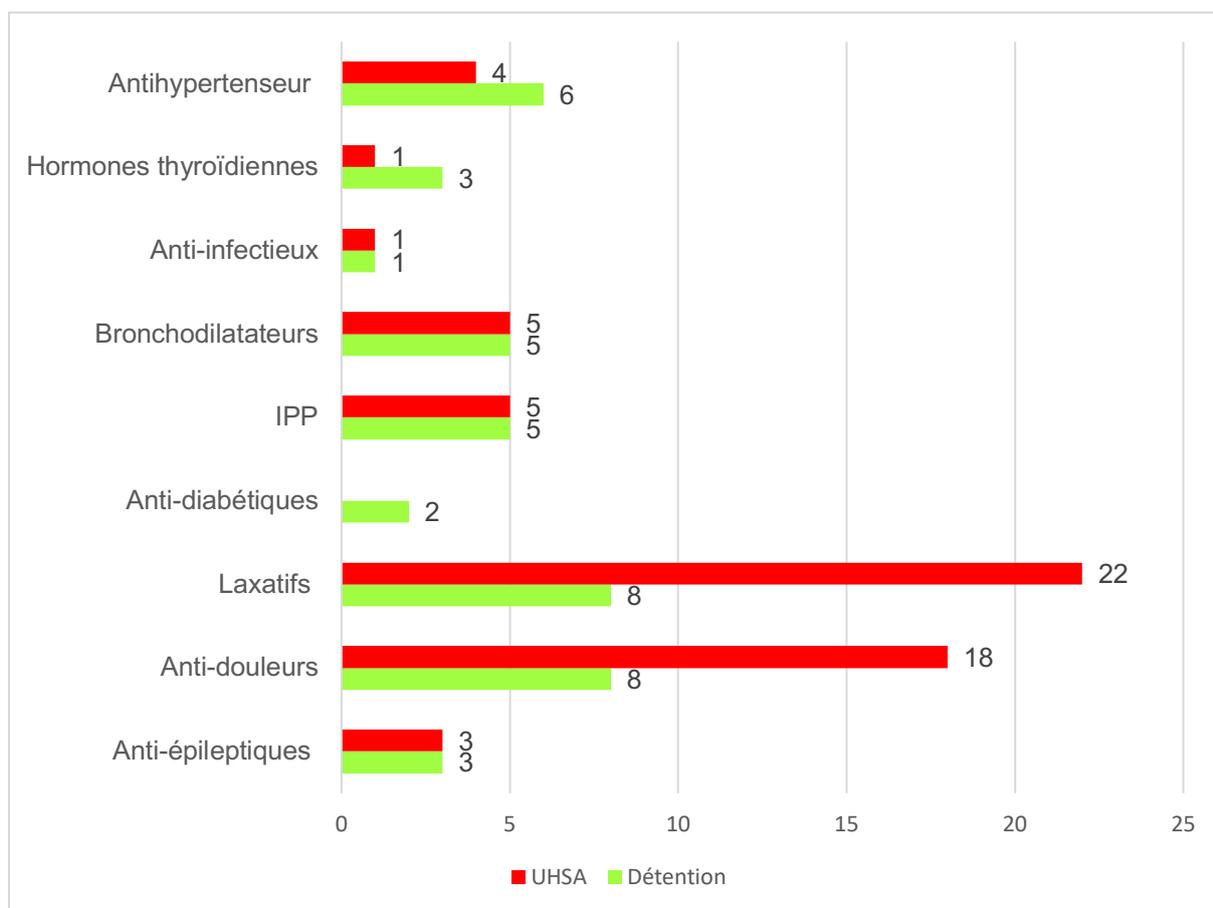


Figure n°17 : Répartition des traitements somatiques

II.3.2. Addictions

Les traitements de substitution aux opiacés (TSO) sont prescrits pour 6 patients (10%). On retrouve principalement de la méthadone sous la forme sirop (5 patients) et la buprénorphine pour 1 patient.

En détention (avant et après hospitalisation), la prévalence des traitements de substitution nicotinique (TSN) est d'environ 10% tandis qu'à l'UHSA, elle est de 30%.

Aucun patient ne présentait de traitement pour le sevrage alcoolique.

II.3.3. Psychiatrique

Pour la suite des résultats, les données présentées pour l'UHSA sont basées sur les prescriptions de sortie afin de mieux visualiser les modifications de traitements réalisées au cours de l'hospitalisation. La totalité des patients n'étant pas sortis à la clôture de l'étude, l'effectif est de 54 patients.

En détention, sur les 60 patients choisis pour l'étude, 10 refus de traitements sont mentionnés dans les dossiers médicaux.

Que ce soit en détention ou à l'UHSA, la majorité des patients atteints de troubles psychiatriques ont une polythérapie psychotrope dont les deux tiers avec une trithérapie. La prescription de plus de 3 traitements psychotropes est plus rare (moins de 20%).

A toutes les étapes de la prise en charge, les antipsychotiques sont les traitements les plus prescrits avec près de trois quarts des patients qui ont une prescription d'au moins un antipsychotique. L'étude approfondie des ordonnances de cette classe pharmacologique est développée ultérieurement.

La 2^e classe la plus représentée est celle des anxiolytiques suivie des hypnotiques. Leurs prescriptions sont relativement stables entre la détention et l'UHSA.

En détention, 20% des patients sont traités par antidépresseurs. La réévaluation des prescriptions à l'UHSA entraîne une diminution de ce taux (13%) avec un arrêt de traitement pour 4 patients et 1 seule instauration. Au retour en détention, la prévalence augmente de nouveau (23,5%) avec l'introduction d'une thérapeutique pour 2 patients. Le suivi n'a pas pu être réalisé pour 3 patients.

Les prescriptions de thymorégulateurs représentent 10% des patients en prison. On retrouve les dérivés de l'acide valproïque (4 patients), la carbamazépine (2 patients) et le lithium (1 patient).

A l'UHSA 4 patients ont eu une instauration de lithium.

Au retour en détention, sur les 9 patients sous thymorégulateurs, 1 a poursuivi son traitement, 1 l'a refusé et les informations pour les 7 autres ne sont pas disponibles.

L'échantillon de patients ne contient pas de traitement psychostimulant.

Le tableau ci-dessous (Tableau n°8) résume le contenu global des prescriptions aux différentes étapes de la prise en charge des patients. Dans ce tableau, les bithérapies pour une même classe pharmacologique ne sont pas comptabilisées.

	Détention	Sortie UHSA	Retour en détention (M+1)
	Effectif patient = 60	Effectif patient = 54	Effectif patient = 35
Total de médicaments psychotropes			
0	12 (20%)	1 (1,8%)	4 (11,4%)
1	7 (11,7%)	7 (13%)	6 (17,1%)
2	8 (13,3%)	17 (31,5%)	8 (22,3%)
3	20 (33,3%)	19 (35,2%)	12 (34,3%)

4	10 (16,7%)	8 (14,8%)	5 (14,3%)
5	2 (3,3%)	2 (3,7%)	0 (0%)
6	1 (1,7%)	0 (0%)	0 (0%)
Classe pharmacologique			
<i>Anxiolytiques</i>	36 (60%)	33 (61,1%)	21 (56,7%)
<i>Hypnotiques</i>	14 (23,3%)	17 (31,5%)	11 (29,7%)
<i>Antidépresseurs</i>	12 (20%)	7 (13%)	8 (23,5%)
<i>Thymorégulateur</i>	6 (10%)	9 (16,6%)	1 (3%)
<i>Antipsychotique</i>	43 (71,1%)	48 (88,9%)	29 (85,3%)

Tableau n°8 : Comparaison des traitements psychotropes aux différents moments de la prise en charge

II.3.3.1. Antipsychotiques

Nous l'avons vu dans le tableau précédent, plus des trois quarts des patients ont au moins une prescription d'antipsychotique que ce soit en détention ou à l'UHSA.

Afin d'analyser en détail le contenu des prescriptions d'antipsychotiques, les résultats ci-dessous sont présentés en termes de lignes de prescriptions. En effet, pour un même patient, il existe souvent des associations d'antipsychotiques (traitement de fond et symptomatique).

L'étude détaillée des prescriptions d'antipsychotiques montre une part plus importante d'antipsychotiques de 1^e génération (AP1) que de 2^e génération (AP2).

Leur répartition est similaire aux différents moments de la prise en charge soit environ deux tiers d'AP1 et un tiers d'AP2 (Figure n°18).

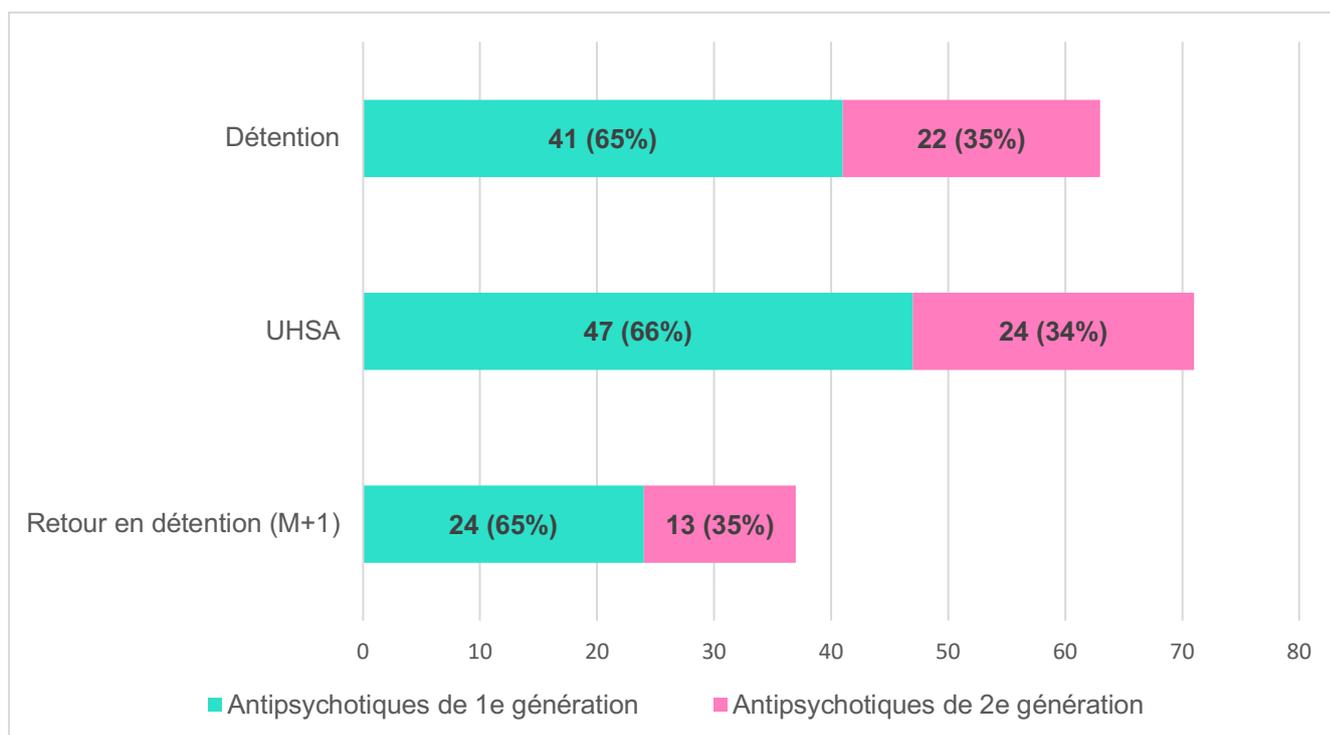


Figure n°18 : Répartition du nombre de lignes de prescription en antipsychotiques

Les AP1 sont divisés en 2 groupes selon l'indication (Figure n°19) :

- Traitement symptomatique : il s'agit de la cyamémazine, lévomépromazine et loxapine. Ils représentent les trois quarts des lignes de prescriptions en AP1 en détention et les deux tiers à l'UHSA et au retour en milieu carcéral.
- Traitement de fond : il s'agit de l'halopéridol, le zuclopenthixol et la pipothiazine. Ils constituent environ un quart des lignes de prescriptions d'AP1 en détention, et un tiers à l'UHSA et au retour en milieu carcéral.

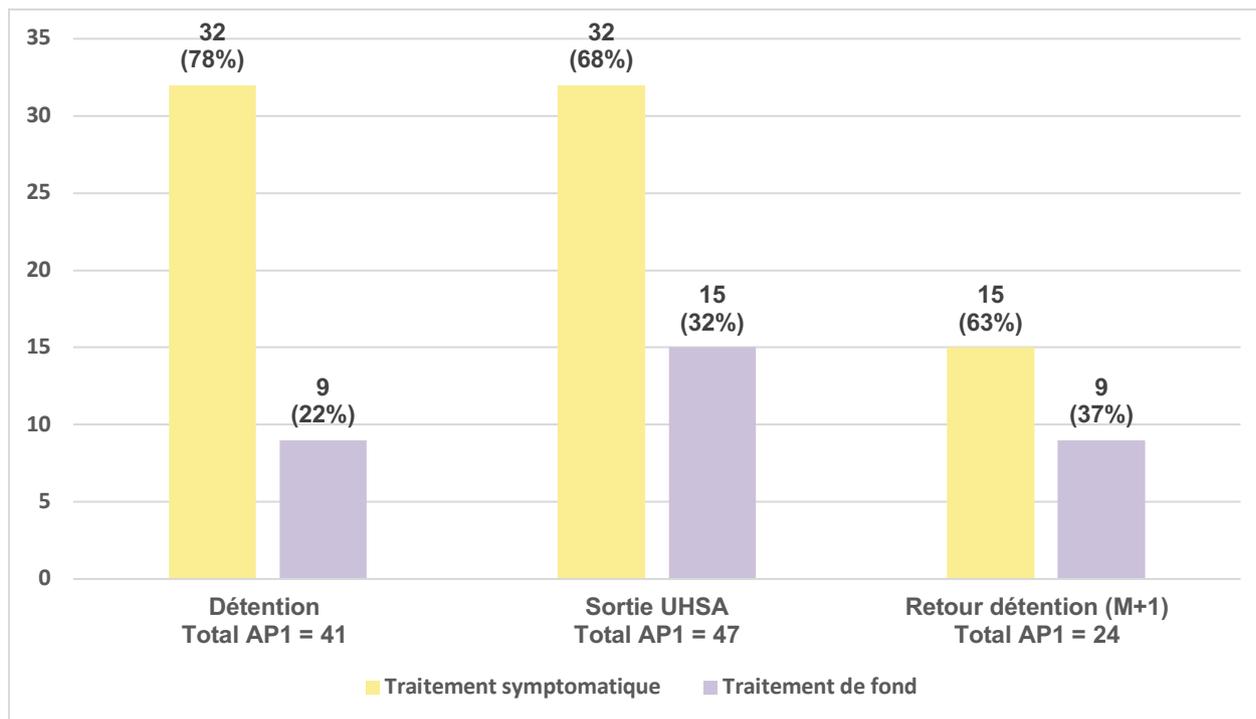


Figure n°19 : Répartition des lignes de prescriptions d'AP1

Globalement, que ce soit en détention ou à l'UHSA, les AP2 sont plus souvent prescrits que les AP1 pour les traitements de fond. On retrouve entre autres la rispéridone, l'olanzapine et l'aripiprazole.

Au cours de l'hospitalisation, des réévaluations de traitement ont eu lieu pour les AP2 avec l'arrêt de la quétiapine, de l'olanzapine (3 patients) et l'instauration de rispéridone (4 patients) et d'amisulpride (3 patients).

En ce qui concerne les AP1, l'halopéridol a été instauré pour 6 patients.

Le suivi au retour en détention n'a pas pu être réalisé pour 4 patients sous halopéridol et un patient sous clopixol.

Parmi les AP2, seul 1 patient a arrêté son traitement par rispéridone suite à des effets indésirables. Le suivi des autres patients pour la rispéridone, l'olanzapine, l'aripiprazole, l'amisulpride et la clozapine n'a pas pu être réalisé.

Le suivi des prescriptions en antipsychotique au cours de la prise charge, est détaillé dans le tableau ci-dessous (Tableau n°9). Le pourcentage final, correspond au rapport du nombre de lignes de traitement symptomatique ou de fond sur le total de lignes de prescriptions en AP1 et AP2.

	Détention Total lignes de prescription AP1 + AP2 : 63		Sortie UHSA Total lignes de prescription AP1 + AP2 : 71		Retour détention (M+1) Total lignes de prescription AP1 + AP2 : 37	
	Nombre de lignes de prescription	%	Nombre de lignes de prescription	%	Nombre de lignes de prescription	%
Traitement symptomatique	32	51%	32	45%	15	41%
Cyamémazine	18	29%	13	18%	10	27%
Lévomépromazine	3	5%	4	6%	1	3%
Loxapine	11	17%	15	21%	4	11%
Traitement de fond	31	49%	39	55%	22	59%
AP1						
Halopéridol	4	6%	10	14%	6	16%
Pipothiazine	2	3%	2	3%	2	5%
Zuclopenthixol	3	5%	3	4%	1	3%
Total AP1	9	14%	15	21%	9	24%
AP2						
Amisulpride	0	0%	3	4%	2	5%
Aripiprazole	6	10%	5	7%	4	11%
Clozapine	1	1%	1	2%	0	0%
Olanzapine	7	11%	5	7%	3	8%
Quétiapine	1	2%	0	0%	0	0%
Risperidone	7	11%	10	14%	4	11%
Total AP2	22	35%	24	34%	13	35%

Tableau n°9 : Évolution des prescriptions d'antipsychotiques aux différentes étapes de la prise en charge

II.3.3.2. Anxiolytiques et hypnotiques

En ce qui concerne les anxiolytiques (Figure n°20), les benzodiazépines à demi-vie longue sont majoritaires quelle que soit la structure (environ 1 patient sur 2) : diazépam, prazépam, bromazépam, clorazépate dipotassique et clonazépam.

Les benzodiazépines à demi vie courte, sont l'oxazépam et l'alprazolam avec environ 15% des prescriptions en détention et 10% à l'UHSA.

Le taux de prescription d'hypnotiques (alimémazine, lormétazépam, zolpidem et zopiclone) est quasiment identique entre la détention et l'UHSA soit moins d'un tiers des patients.

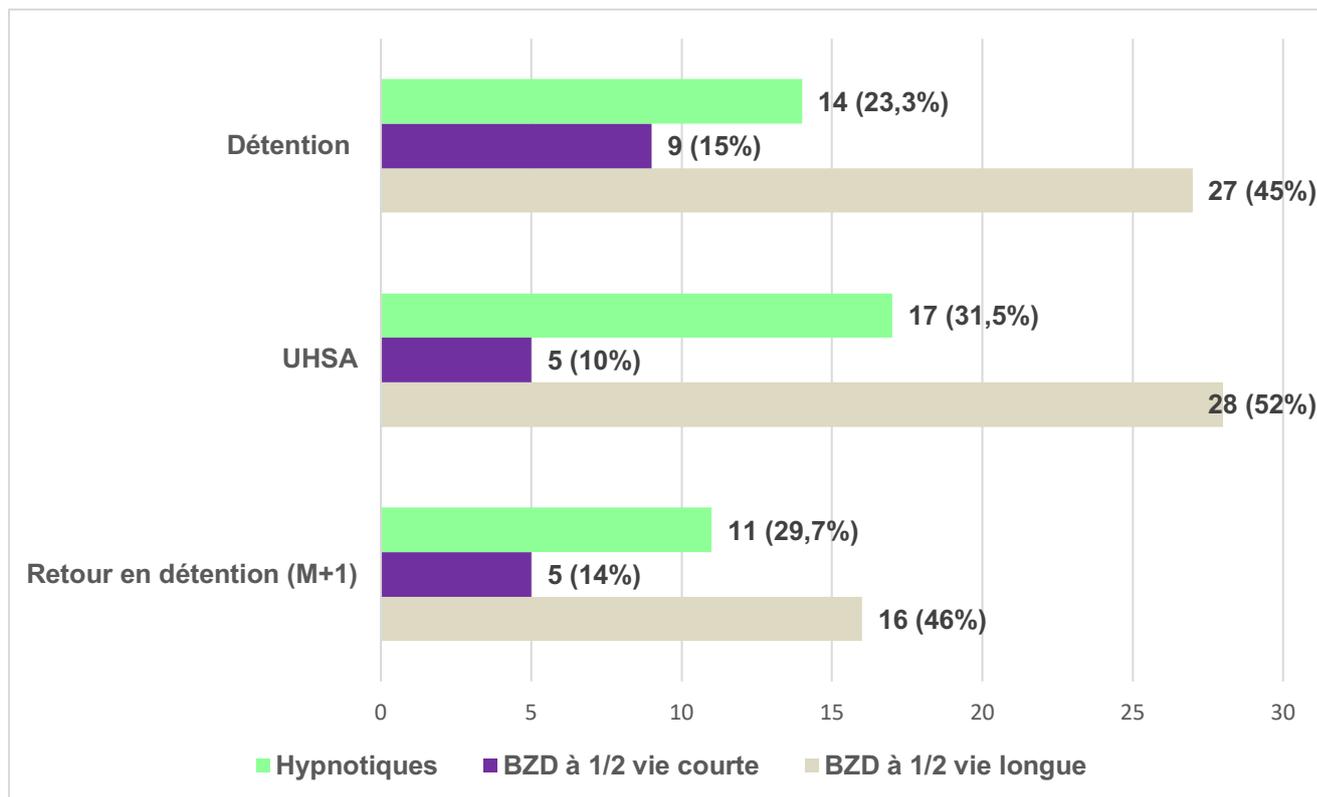


Figure n°20 : Nombre de prescriptions de benzodiazépines et d'hypnotiques

II.3.3.3. Antidépresseurs

Seules 2 classes d'antidépresseurs sont retrouvées : les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) qui contient la fluoxétine, paroxétine, sertraline et escitalopram puis les « autres classes » avec la miansérine et mirtazapine. La figure suivante détaille leur répartition (Figure n°21).

Il existe une bithérapie pour 2 patients en détention. Le 2^e patient n'a pas pu être suivi car toujours hospitalisé à la fin de l'étude.



Figure n°21 : Répartition des prescriptions en antidépresseurs

II.3.3.4. Formes galéniques

Les formes galéniques utilisées dans les prescriptions de psychotropes ont également été prise en compte dans l'étude et des divergences existent entre la détention et l'UHSA. Leur analyse est réalisée selon le nombre de lignes de prescription puisque les 3 formes galéniques coexistent sur une même ordonnance pour quelques patients. En effet, certains psychotropes n'existent pas sous la forme buvable ou injectable.

En détention (Figure n°22), la prescription des comprimés est majoritaire avec environ les trois quarts des lignes de prescriptions de psychotropes (79 %).

Elle est utilisée exclusivement pour les antidépresseurs et les thymorégulateurs. Elle représente respectivement 64% et 90% des lignes de prescriptions en antipsychotiques et anxiolytiques/hypnotiques.

Les formes buvables et injectables sont peu utilisées dans les prescriptions d'antipsychotiques (soit 21% et 15%) et restent rares pour les anxiolytiques/antipsychotiques (moins de 10% chacune).

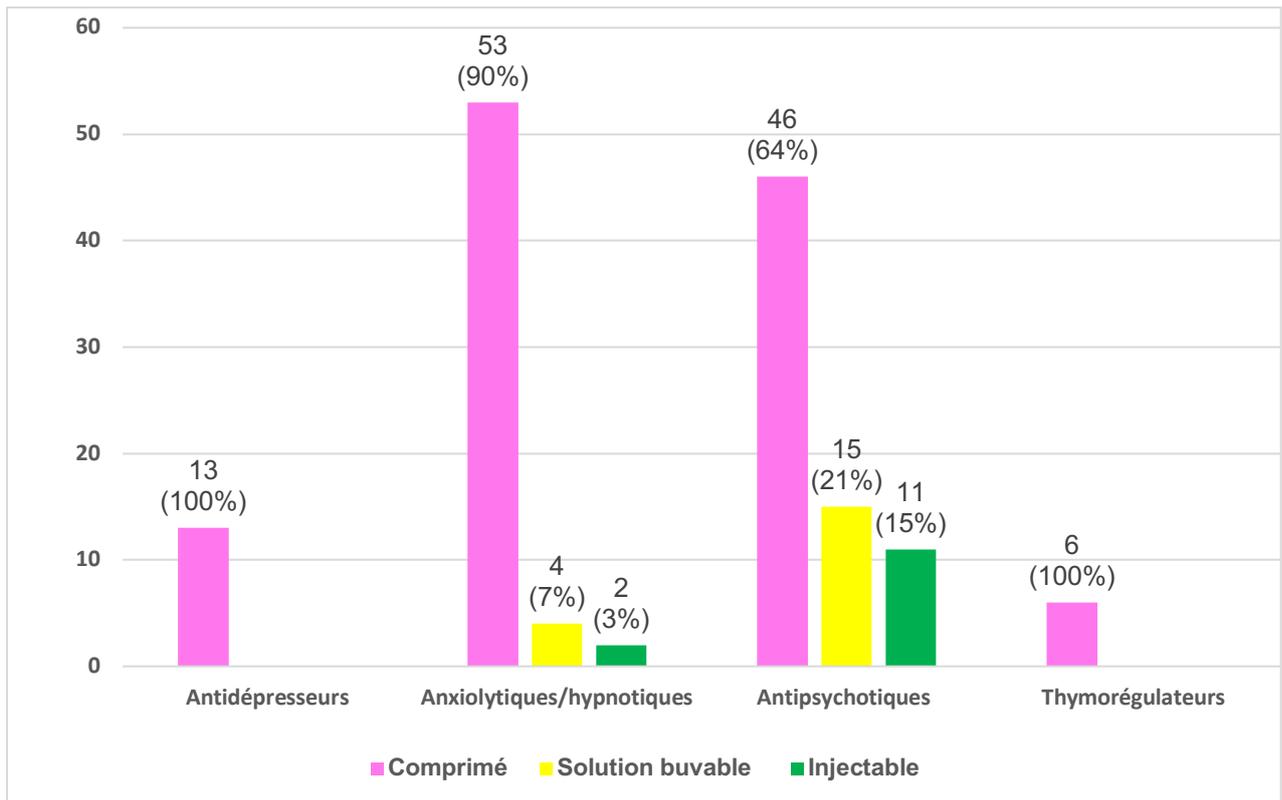


Figure n°22 : Nombre de lignes de prescription de psychotropes selon la forme galénique en détention

A l'UHSA (Figure n°23), la forme buvable représente la moitié des lignes de prescriptions de psychotropes (51,5%).

Les prévalences pour les antipsychotiques, anxiolytiques/hypnotiques et antidépresseurs sont dans l'ordre : 68%, 42% et 38%.

De la même manière qu'en détention, les thymorégulateurs sont exclusivement administrés en comprimés. On retrouve ensuite les antidépresseurs (62%), anxiolytiques/hypnotiques (58%) puis les antipsychotiques (17%)

Le recours à la voie injectable concerne 15% des antipsychotiques.

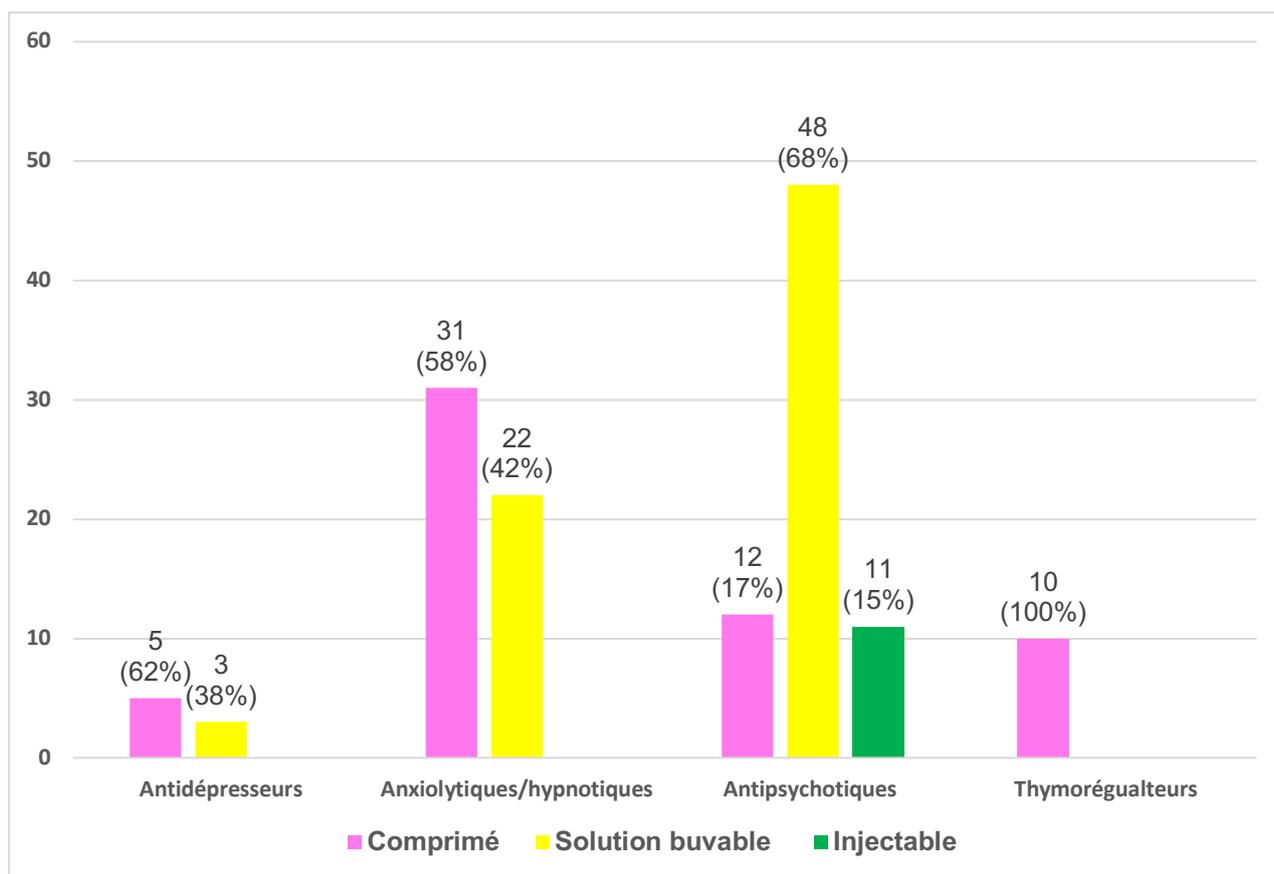


Figure n°23 : Nombre de lignes de prescription de psychotropes selon la forme galénique à l'UHSA

II.4. Observance et suivis biologiques

En détention, selon les données récupérées dans les dossiers médicaux, 34 patients seraient initialement observants dans la prise des traitements, 13 ne le seraient pas et cette information n'est pas renseignée pour 3 d'entre eux (les 10 derniers patients étant en refus de traitement). Il est difficile de savoir si ces données reflètent la réalité. En effet les dosages pharmacologiques ne semblent pas être réalisés en détention ou du moins rien n'est précisé dans les dossiers médicaux transmis par les divers centres de détention.

A l'UHSA, les patients prenant du lithium ou du valproate ont au moins un bilan biologique de suivi avec un dosage pharmacologique au cours de leur hospitalisation. Les autres prélèvements réalisés sont liés à la recherche de toxiques urinaires.

Dans le mois suivant le retour en détention, 30 patients ont poursuivi leur traitement et 5 l'ont arrêté en totalité rapidement après la sortie de l'UHSA.

DISCUSSION

I. Caractéristiques de la population admise

I.1. Données sociodémographiques

Les patients admis à l'UHSA de Cadillac sont essentiellement des hommes (95%) avec un âge médian de 34 ans. Ces données sont en accord avec ce qui a été vu précédemment dans la revue de littérature (6) : 96,8% d'homme et un âge médian de 32 ans sur l'ensemble des détenus.

En ce qui concerne la situation familiale, des divergences sont à noter. En effet, les taux de détenus célibataires et sans enfant sont plus élevés que ceux observés dans la littérature. Selon les analyses statistiques de l'évolution de la population carcérale de 2020 du ministère de la justice (71), 52% des détenus sont célibataires et 28% sont sans enfant (facteur 3 entre les 2 études). Ces différences montrent un isolement social important des détenus admis à l'UHSA de Cadillac.

En 2011, la HAS a établi une liste des facteurs de risque de violence hétéro-agressive chez les personnes ayant des troubles schizophréniques ou des troubles de l'humeur (72). Parmi les facteurs sociodémographiques, on trouve l'âge jeune (inférieur à 40 ans), le sexe masculin, le statut économique précaire, le faible niveau d'éducation et le célibat. Malheureusement, les données présentes dans les dossiers médicaux de l'étude ne mentionnent pas tous les facteurs mentionnés par la HAS. De ce fait, ils n'ont pas pu être pris en compte dans les analyses.

I.2. Etat de santé

Les pathologies somatiques et bucco-dentaires sont fortement représentées à l'UHSA de Cadillac avec respectivement un tiers et un quart des patients atteints par ces troubles.

Environ les trois quarts des patients (71,7%) ont un antécédent de prise en charge psychiatrique, qu'il s'agisse d'un suivi dans l'adolescence ou d'une hospitalisation à l'âge adulte.

La DREES affirme que 80% des personnes entrant en prison en 2003 ont un bon état de santé général mais que l'instauration de soins médicaux est nécessaire (19). Effectivement, plus de la moitié des arrivants en détention nécessitent des soins dentaires et ils sont nombreux à déclarer prendre des traitements au long cours témoignant de la présence de maladies chroniques.

Dans cette même étude, un entrant sur dix déclare avoir un suivi régulier sur le plan psychiatrique et 15% déclarent avoir un traitement psychotrope en cours.

L'étude de 2015 réalisée par l'ARS de Picardie (73) est dans la continuité de celle de la DREES mais à l'échelle régionale. Elle nous permet d'avoir des données plus récentes. Les résultats sont comparables à la précédente étude : 90% des entrants sont considérés en bon état de

santé général, plus d'un tiers déclarent au moins une pathologie somatique chronique (36%), 61% nécessitent des soins dentaires et un quart déclare avoir un suivi psychiatrique antérieur.

D'un point de vue somatique, les résultats de l'étude concordent avec la littérature.

Cependant, la prévalence des patients avec des antécédents de prise en charge psychiatrique est pratiquement 3 fois plus élevée que ce qui est mentionné dans les sources. Il faut savoir que sur notre période d'étude, près de la moitié des patients admis ont déjà été hospitalisé à l'UHSA au moins une fois.

Au final, nous constatons une population carcérale avec un état de santé fragilisé.

Dans les prochaines années, les besoins de la population carcérale risquent d'augmenter. En effet, le vieillissement progressif de la population carcérale associé à un mode de vie marqué par le tabagisme, la sédentarité et les mauvaises habitudes alimentaires présagent une augmentation des pathologies chroniques dans les années à venir.

Un suivi de l'état de santé de la population carcérale semble nécessaire afin de déterminer leurs besoins et orienter au mieux le dispositif de prise en charge.

I.3. Diagnostics principaux

La schizophrénie est le diagnostic principal pour plus d'un tiers des patients admis dans l'étude. Elle est exclusivement retrouvée chez les hommes.

Sa prévalence est d'environ 8% en détention selon l'étude nationale sur l'état de la santé mentale des détenus de 2004 (15) soit 4 fois moins que dans notre échantillon.

Le débat sur la présence de troubles addictifs associés à des troubles mentaux est ancien et controversé. Lorsque l'on s'intéresse aux addictions au cannabis, qui est la substance la plus consommée dans notre étude, 61% des patients souffrant de schizophrénie ont une addiction au cannabis ou au moins un antécédent de consommation.

La présence d'un trouble psychiatrique associé à un trouble addictif est fréquente. D'après Martins et Gorelick, la fréquence des troubles liés aux cannabis est d'environ 18% chez les patients schizophrènes (75). Par ailleurs, ils mentionnent aussi que l'usage de cannabis entraîne chez ce type de patients un plus grand nombre d'hospitalisations, de rechutes de la maladie et une moindre adhésion à la prise en charge thérapeutique. Les raisons de leurs consommations sont diverses : l'insertion sociale, l'enivrement et la recherche d'un effet anxiolytique.

Il est évident que l'exposition au cannabis chez un patient vulnérable peut faire émerger une schizophrénie de façon plus précoce. Néanmoins, le cannabis n'est pas la seule cause et d'autres facteurs (environnementaux, génétiques et neurobiologiques) sont aussi mis en jeu.

Une autre hypothèse sur cette forte prévalence de détenus diagnostiqués schizophrènes dans notre étude, est la confusion entre état psychotique aigu, lié directement à l'environnement carcéral, et maladie psychotique.

En effet, beaucoup de détenus présentent une fragilité psychique sous la forme de troubles de la personnalité de type borderline ou antisociale. La prévalence de ces troubles est de l'ordre de 60% selon D. Touitou et M. Bodon (76). Ces traits de personnalité pathologique, caractérisés par l'impulsivité et la difficulté, entraînent des difficultés à se conformer aux normes et sont souvent impliqués dans les causes d'incarcération. Par ailleurs, les patients souffrant de ces troubles, ont des capacités d'adaptation plus limitées et la rupture avec la réalité lors de l'arrivée en détention peut amplifier les symptômes, avec une expression d'allure psychotique.

En ce qui concerne les autres troubles, les résultats sont relativement cohérents avec ce qui est mentionné dans la littérature (18). Afin d'avoir une meilleure visibilité des résultats, le tableau suivant (Tableau n°10) résume nos données en comparaison à celles de la DREES.

Notre étude mentionne les diagnostics principaux mais il est très courant que plusieurs troubles coexistent pour un patient donné pouvant ainsi sous-estimer nos résultats. En effet, dans l'étude de Duburcq et al (9), la totalité des troubles sont pris en compte pour un même patient entraînant des taux plus élevés en comparaison à notre échantillon étudié. Nous le verrons par la suite lors de l'analyse de la prise en charge médicamenteuse, mais la présence de plusieurs troubles à la fois au cours de notre étude est fréquente et se traduit par la prescription de plusieurs classes pharmacologiques.

	Étude à l' UHSA de Cadillac	Étude DREES (18)	Étude de Duburcq et al (9)
Autres troubles psychotiques (F20-29)	10%	4%	16%
Troubles de l'humeur (F30-39)	10%	7%	47%
Troubles névrotiques (F40-48)	13%	12%	56%
Troubles de la personnalité (F60-69)	27%	33%	31%

Tableau n°10 : Comparaison des diagnostics principaux de l'étude de Cadillac aux diagnostics retrouvés dans la littérature

II. Caractéristiques de l'hospitalisation

II.1. Délais d'admission

A l'UHSA de Cadillac, le délai moyen d'admission est de 26,4 jours. La circulaire du 18 mars 2011 relative au fonctionnement des UHSA prévoit un accueil des patients 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 dans les situations d'urgence. Dans la réalité, ce délai est difficile à respecter.

Certaines difficultés expliquent l'allongement de ce délai :

- Sanitaires : à l'ouverture de l'UHSA de Cadillac, il y avait 3 psychiatres et 1 interne. A ce jour, il ne reste qu'un seul psychiatre sur les 2 unités de l'UHSA. De la même manière, une carence en personnel infirmier et aide-soignant est à déplorer,
- Pénitentiaires : manque d'agents avec un impact important au moment des transferts,
- Préfectorales : dans le cadre des admissions en SPDRE, le délai pour recevoir l'arrêté signé du préfet est variable,
- Comparution devant le juge des libertés et des détentions (JLD). Il contrôle les décisions d'admission et de maintien en hospitalisation complète continue de plus de 12 jours. Auparavant, les audiences se faisaient par visioconférence. Désormais elles se font en présentiel entraînant automatiquement un allongement des délais d'admission avec la difficulté d'organisation des transferts.

Chaque année, un état des lieux du fonctionnement de l'UHSA de Cadillac est réalisé. En ce qui concerne les objectifs pour l'année 2022, il est prévu que les délais d'admission soient :

- Inférieurs à 21 jours pour un SL
- Inférieurs à 12 jours pour un SPDRE

La circulaire de 2011 précise que les hospitalisations en SPDRE à l'UHSA sont à privilégier à celles mentionnées dans l'article L3214-3 (ancien D398). Malheureusement, l'allongement des délais, lié aux différentes contraintes, rendent difficiles une hospitalisation en urgence à l'UHSA et le recours à ce système est toujours d'actualité.

II.2. Modes d'admission

L'un des grands principes de l'UHSA est la possibilité de laisser le libre choix au patient d'être hospitalisé. Ainsi, au cours de notre recherche, près de la moitié des patients sont admis en SL et l'autre moitié en SPDRE.

Un autre principe de ces unités est de proposer une offre de soins aux personnes détenues équivalente à celle destinée aux personnes de droit commun (loi du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale (26)). Certes, le libre choix de se faire hospitaliser existe mais en cas d'hospitalisation sans consentement, seuls les SPDRE sont possibles. Pour

rappel, ils sont mis en place lorsque le patient « constitue un danger pour lui-même ou pour autrui » selon l'article L3214-3 du CSP (45).

Hors détention, les soins sous contraintes peuvent également se faire sous la forme de soins à la demande d'un tiers (SDT). Selon l'article L3212-1 du CSP (74), les conditions pour ce type de demande sont l'existence de troubles mentaux qui rendent impossible le consentement et la présence d'un état mental qui impose des soins immédiats. En aucun cas la notion de danger pour soi ou autrui est mentionnée.

Nous l'avons vu au cours de cette étude, la population carcérale présente souvent une surexpression des troubles psychiatriques, en lien avec l'environnement, mais la notion de dangerosité n'est pas systématique.

Si nous suivons cette logique, les SPDRE concerneraient uniquement les patients présentant un risque auto ou hétéro-agressif délaissant les patients souffrant de troubles psychotiques (avec les dangers qu'encourent un retard de prise en charge). Dans ce cas, la notion de soins sans consentement est différente entre une personne détenue et une qui ne l'est pas, ce qui est en contradiction avec la loi du 18 janvier 1994.

Une réévaluation de cette loi semble nécessaire afin d'avoir une vision claire et précise de ce qu'est une hospitalisation sans consentement en détention.

II.3. Durées d'hospitalisation

La durée moyenne d'hospitalisation à l'UHSA de Cadillac est de 47 jours. Il faut savoir que des thérapeutiques sont généralement instaurées et le délai d'action peut être plus ou moins long selon la molécule utilisée. Compte tenu des pathologies souvent lourdes des patients inclus, cette durée d'hospitalisation n'est pas incohérente. Un rapport du Sénat en date de 2017, mentionne une durée moyenne au sein de ces unités de l'ordre de 45 jours (104).

II.4. Motifs d'admission

La moitié des patients sont admis pour des troubles psychotiques. Il s'agit plus précisément de décompensation délirante (75%), de schizophrénie (21,5%) et de psychose non schizophrénique (7,1%).

Parmi les autres motifs, on retrouve : l'anxiété (16,6%), les séjours de rupture (13,3%) qui permettent aux détenus de quitter le milieu carcéral un certain temps afin d'éviter une décompensation aigue, l'évaluation psychiatrique (10%), le syndrome dépressif (8,3%), et les troubles graves de la personnalité (3,3%).

Les tentatives de suicides ne sont pas mentionnées en motif d'admission pourtant les taux en milieu carcéral sont beaucoup plus importants que ceux retrouvés dans la population générale.

En 2003, il est mentionné par la DREES (19) qu'environ 30% des détenus ont déjà fait une tentative de suicide dans l'année précédant leur hospitalisation.

III. Prise en charge thérapeutique

III.1. Médicamenteuse

III.1.1. Mésusage et addictions

III.1.1.1. Mésusage

Les benzodiazépines et la prégabaline sont les molécules les plus mésusées sur notre échantillon (5 patients).

Initialement, la prégabaline est indiquée dans le traitement de l'épilepsie pour l'un des patients et dans la prise en charge de douleurs chroniques pour l'autre patient.

Dans le 1^e cas, il s'agit d'un diagnostic réalisé dans l'enfance et sans suivi particulier a priori. Durant son séjour à l'UHSA, le patient a fait une demande d'augmentation de posologie (alors que le traitement était déjà prescrit à dose maximale) qui a été refusée, laissant douter de son indication. Aucune diminution de dose a été faite pour ce patient.

Dans le 2^e cas, la posologie en prégabaline a été revue à la baisse par les médecins pendant l'hospitalisation. Suite à la diminution, des plaintes ont été émises du côté du patient mais la réduction de posologie a pu être maintenue jusqu'à la sortie. Lors d'un entretien avec les IDE de l'unité, il a été confirmé que le patient troquait ses comprimés contre des cigarettes. La question se pose de savoir si le patient prenait tout de même son traitement.

La posologie d'origine a été reprise rapidement après sa sortie de l'UHSA. En investiguant les causes de cette modification auprès des médecins du centre de détention, il s'est avéré que le patient était en demande d'augmentation dès son retour en détention.

III.1.1.2. Addictions

Nous constatons une forte prévalence (45%) des conduites addictives dans la population accueillie à l'UHSA de Cadillac. Pour deux tiers des patients, le cannabis est la substance la plus consommée.

Parmi ces patients, la moitié présente une polyconsommation (hors tabac).

Il est difficile d'évaluer si ces données sont réelles ou sous estimées mais les résultats observés sont plus importants que ceux évoqués dans la littérature.

Selon la DREES (19), un tiers des entrants déclare consommer des drogues illicites de façon prolongée et régulière. On y retrouve dans l'ordre : le cannabis (30%), les opiacés (6,5%), la cocaïne (8%) puis les médicaments (5%). La polytoxicomanie est non négligeable (10,5%).

Nous l'avons vu dans la revue de littérature (étude COSMOS et lyonnaise), la détention n'empêche pas la consommation de substances.

Il arrive que les détenus passent de la consommation de substances illicites à celle de médicaments. Cette problématique est en partie liée aux modalités de fonctionnement de la détention où la distribution des médicaments n'est pas réalisée de façon journalière mais tous les 3 jours voire de façon hebdomadaire selon les établissements. La prise des traitements n'est donc pas contrôlée et un « stockage » peut être fait du côté des détenus, notamment s'ils sont prescrits sous la forme de comprimé.

Le recours à la forme buvable pourrait être une solution à cette problématique mais elle est inadaptée en détention pour 2 raisons :

- Les propriétés physico-chimiques des médicaments ne permettent pas une conservation et une stabilité optimales,
- Les contraintes liées au maintien de la sécurité lors de la délivrance. En effet, lors de la dispensation des traitements, un binôme infirmier agent pénitentiaire est nécessaire.

La délivrance quotidienne des traitements est difficilement réalisable avec ces conditions et est réservée uniquement aux patients les plus fragiles, c'est à dire ceux qui sont demandeurs d'un contact régulier avec les soignants ou qui font l'objet de pression la part d'autres détenus.

L'UHSA, par son fonctionnement spécifique, permet de mieux contrôler la circulation des drogues et ainsi la consommation par rapport à la détention avec :

- Des ressources humaines plus importantes : 33 fois plus élevée qu'en prison, qui compte un ratio d'environ 1 surveillant pour 100 détenus,
- Une distribution régulière des traitements en chambre directement (majorité des UHSA) laissant au personnel le temps de discuter avec le patient afin de voir s'il va bien et de voir si le traitement est correctement pris,
- Un isolement plus important avec des chambres individuelles (pour la majorité) ce qui limite les échanges avec les autres détenus,
- Une réduction des moyens par lesquels les drogues sont introduites : les systèmes de « projection » ou « yoyo » (échanges via les fenêtres) sont moins présents. Les moyens d'introduction sont le parloir ou un apport par le détenu qui n'a pas été vu à la fouille,
- Un contrôle renforcé par l'administration pénitentiaire.

Pour limiter la circulation de drogues, il n'est pas rare d'avoir des dépistages urinaires ou sanguins de toxiques afin de savoir s'il y a eu consommation ou non.

A l'UHSA de Cadillac, la recherche de toxiques urinaires n'est pas systématique, elle est faite au cas par cas si une suspicion de consommation existe pour un patient.

Enfin, le dialogue avec le patient a son importance et un travail d'éducation à la santé sur la consommation de substances peut être envisagé avec les patients. Cette démarche est possible s'il existe au préalable une bonne alliance thérapeutique avec le patient.

III.1.1.2.1. Traitements de substitution aux opiacés

En 2017, la prévalence des TSO est de 8% en détention. Leur répartition est la suivante : 42,1% pour la buprénorphine, 40,6% pour la méthadone et 15% pour l'association buprénorphine naloxone (77).

Notre étude met en évidence des chiffres similaires pour la prévalence des TSO mais la méthadone est deux fois plus utilisée (83%). Elle est exclusivement administrée en sirop.

La question qui peut se poser est la suivante : pourquoi favoriser la méthadone sirop aux comprimés de buprénorphine ?

Nous l'avons expliqué auparavant, l'organisation des soins en détention ne permet pas une distribution quotidienne des traitements.

La buprénorphine est « assimilée aux stupéfiants ». De ce fait, les conditions de prescription et délivrance sont différentes d'un stupéfiant : absence de stockage sécurisé et absence d'enregistrement des entrées et sorties sur le registre comptable des stupéfiants. Le détournement de ce traitement est ainsi plus simple pour les détenus.

D'autre part, il est difficile de superviser quotidiennement la prise de buprénorphine en raison de sa galénique. En effet, tel qu'il est mentionné dans le résumé des caractéristiques du produit (RCP) de la buprénorphine (105), « le comprimé doit être maintenu sous la langue jusqu'à dissolution, ce qui intervient habituellement en 5 à 10 minutes ». Une surveillance quotidienne impliquerait un temps soignant plus important pour les patients sous buprénorphine ce qui n'est pas possible d'un point de vue ressources humaines.

Face à cette problématique, la méthadone constitue une alternative. Elle nécessite une délivrance quotidienne car le risque d'overdose est plus élevé en comparaison à la buprénorphine. En outre, il est beaucoup plus difficile de recracher la forme buvable ce qui limite le trafic.

L'association de la buprénorphine à la naloxone présente aussi un intérêt dans la diminution du détournement de la buprénorphine.

La naloxone est destinée à dissuader le mésusage par voie intraveineuse. Par voie orale, elle n'entraîne pratiquement pas d'effets pharmacologiques car elle est totalement métabolisée. Cependant, en cas d'injection intraveineuse chez un sujet dépendant aux opiacés, elle expose à des effets antagonistes opioïdes marqués ainsi qu'à un syndrome de sevrage aux opiacés. Il pourrait sembler étonnant de voir des injections en détention mais les pratiques ne sont pas rares avec une prévalence de 14% selon l'étude Coquelicot (24).

Enfin, il existe depuis peu, la buprénorphine orodispersible. Il s'agit d'un lyophilisat qui se délite en quelques secondes sur la langue. Néanmoins, elle n'est pas interchangeable avec le comprimé sublingual du fait de biodisponibilités différentes et donc du risque de sur ou sous dosage.

En cas d'instauration de traitement chez un nouveau patient, elle pourrait constituer une alternative intéressante pour limiter les détournements.

A l'UHSA de Cadillac, il a été décidé conjointement avec les médecins de surveiller les mouvements de buprénorphine afin d'avoir une vision sur les consommations. Cette décision implique que la délivrance par la pharmacie suive les mêmes recommandations que pour les stupéfiants, à savoir le maintien du registre des stupéfiants avec traçabilité des différentes administrations et un stockage sécurisé du traitement dans le coffre à stupéfiants.

III.1.1.2.2. Tabac :

La consommation de tabac concerne les deux tiers de la population étudiée. Ces chiffres sont en-dessous de ceux estimés par l'OFDT (environ 80%) (56). Il est possible que nos résultats soient sous-estimés puisque les dossiers médicaux ne mentionnent pas systématiquement la consommation tabagique.

Nous l'avons vu précédemment, la consommation de tabac est légale en détention.

D'ailleurs, la prescription et la délivrance de TSN sont gratuites. Ils sont utilisés pour :

- Réduire ou arrêter la consommation de tabac. L'incarcération est l'occasion de débiter un travail de sevrage
- Pallier le manque de tabac lorsqu'il n'est pas disponible (cantine non reçue) ou pour compléter la consommation quotidienne.

Dans le cas de notre étude, 10% des patients en détention et 20% des patients à l'UHSA en bénéficient. Presque tous les types de TSN sont proposés aux patients (comprimé, patch, inhalateur). Les gommes sont interdites car elles peuvent être utilisées pour boucher les serrures ou faire des empreintes de serrures de clés.

Comme tout traitement, une surveillance est nécessaire. Il est déjà arrivé, en dehors de la période étudiée, que des mésusages aient lieu avec les TSN avec par exemple l'accumulation de patch en vue d'une tentative de suicide.

III.1.1.2.3. Prise en charge des conduites addictives

L'organisation de la prise en charge de l'addiction en détention est décrite dans l'instruction du 17 novembre 2010 (79).

La prise en charge d'une personne détenue avec une conduite addictive se déroule en plusieurs étapes :

- Repérage des personnes avec un trouble addictif lors de la visite médicale d'entrée avec un bilan des consommations. Si nécessaire, une orientation vers des professionnels spécialisés est réalisée,
- Diagnostic par un médecin addictologue avec proposition d'un projet de soins personnalisé et adapté au patient,

- Mise en place du projet de soins. Il fait intervenir une équipe pluridisciplinaire tels que des médecins et psychologues pour les consultations, un pharmacien pour la délivrance d'un éventuel traitement, un infirmier pour les soins ou l'accompagnement et un médecin généraliste et/ou psychiatrique pour la prise en charge des comorbidités, Des actions d'éducation à la santé peuvent être réalisées sous la forme d'entretiens individuels ou de réunions collectives d'information et de prévention au sein de l'EP,
- La préparation à la sortie avec mise en relation du patient avec les professionnels extérieurs qui pourront assurer une continuité des soins lors de sa sortie.

La continuité des soins des usagers de drogues à la sortie de prison est primordiale afin d'éviter tout risque de rechute. Le plan gouvernemental 1999-2001 (79) propose différentes mesures pour préparer la sortie des détenus :

- Création de places d'accueil pour les sortants de prison en centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS),
- Gestion de la coordination et du pilotage des soins en addictologie par les USMP pour l'ensemble des EP,
- Renforcement de la coordination entre services pénitentiaires et sanitaires.

Des relais doivent être mis en place afin d'assurer l'accompagnement sanitaire et social ainsi que la réinsertion sociale et professionnelle des détenus.

Les SPIP, USMP et SMPR sont chargés d'informer la personne détenue des différentes possibilités de prise en charge à la sortie.

Les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) ont également un rôle central. Ils accueillent toute personne présentant une conduite addictive et permettent l'accompagnement médico-psycho-social, la réduction des risques en lien avec la consommation et la prévention individuelle ou collective.

Il n'existe pas d'admission spécifiquement dédiée aux addictions à l'UHSA de Cadillac et leurs prises en charge sont réalisées lorsque des comorbidités psychiatriques existent. En effet, le repérage des addictions et mésusages est réalisé par les CSAPA dans les EP. Cependant, il est possible de faire appel à l'équipe d'addictologie afin d'ajuster la thérapeutique au cours de l'hospitalisation.

Au final, l'UHSA constitue un endroit pour limiter la consommation de toxiques et sensibiliser les patients sur le mésusage.

III.1.2. Psychiatrique

III.1.2.1. Traitements médicamenteux

Nous l'avons vu précédemment, l'évolution de la prise en charge sanitaire des détenus avec la création des SMPR a permis une amélioration de l'accès aux soins médicaux avec pour conséquence, une augmentation des prescriptions de psychotropes.

Au cours de notre étude, les psychotropes représentent la moitié des prescriptions en détention et à l'UHSA. Les patients ont pour la majorité une polythérapie psychotropes avec un tiers sous trithérapie.

Avant l'hospitalisation à l'UHSA, 10 patients (17%) sont en refus de traitement. A la différence de la prise en charge d'un SPDRE à l'UHSA, les patients n'ont aucune obligation de soin en détention sauf en cas d'urgence vitale.

III.1.2.1.1. Antipsychotiques

Que ce soit en détention ou à l'UHSA, ce sont les principaux psychotropes prescrits.

Les traitements symptomatiques, constitués d'antipsychotiques sédatifs, représentent 75% des prescriptions d'AP1. Ils sont indiqués dans la prise en charge de l'anxiété, l'insomnie et l'agitation. Ne l'oublions pas, la population étudiée est, pour un tiers, atteinte de schizophrénie et lors de l'arrivée à l'UHSA, les patients peuvent être en crise. Ces molécules constituent une alternative pour les apaiser le temps de faire une évaluation psychiatrique avant de mettre en place une thérapeutique mais aussi avant d'avoir une efficacité du traitement de fond. Ces molécules constituent près de la moitié des prescriptions d'antipsychotiques en détention. Toutefois, ce taux diminue au fur et à mesure de la prise en charge (45% à l'UHSA et 41% au retour en milieu carcéral) pouvant s'expliquer par une efficacité du traitement de fond et un apaisement du patient suite à l'hospitalisation.

Les traitements de fond sont représentés par les AP1 et les AP2.

La prévalence des AP2 (environ 35%) est stable entre la détention et l'UHSA tandis que celle des AP1 est en augmentation (14% en détention et 21% à l'UHSA).

Au cours de notre étude, les AP2 les plus initiés sont la rispéridone et l'amisulpride (respectivement 4 et 3 patients) et en ce qui concerne les AP1, il s'agit de l'halopéridol (6 patients).

Ces traitements sont majoritairement prescrits sous la forme buvable à l'UHSA (68%). Les infirmiers délivrent les traitements 3 à 4 fois par jour à la différence de la détention où, rappelons-le, la délivrance est réalisée tous les 2 ou 3 jours. De cette manière, ils peuvent s'assurer qu'ils sont correctement pris et ainsi mieux contrôler l'observance.

Le recours à la forme injectable est moins fréquent (15%) en détention et à l'UHSA. Elle existe sous 2 formes galéniques selon la durée d'action :

- Libération immédiate : elle est utilisée sur de courtes durées et dans les situations d'urgences c'est à dire en cas de crise ou de refus de traitement de la part du patient. Il s'agit principalement des antipsychotiques sédatifs.

En général, elle concerne les patients en SPDRE. Sur notre période d'étude, seuls 2 patients en détention étaient concernés, 3 à l'UHSA en début d'hospitalisation et aucun au retour en détention.

- Libération prolongée (aussi appelée antipsychotique à action prolongée ou APAP) : elle permet de couvrir une plus longue période (2 à 12 semaines). Les avantages sont une simplification des prises du traitement et donc une amélioration de l'observance mais aussi une meilleure stabilisation de la maladie. L'instauration d'APAP n'est pas systématique et se fait au cas par cas à l'UHSA de Cadillac après dialogue avec le patient. Par ailleurs, un refus de l'injection pour un patient qui est initialement en rupture de traitement implique souvent une hospitalisation prolongée afin de s'assurer de la compliance.

Sur notre échantillon, seuls 2 patients ont eu une instauration de traitement retard (rispéridone) à l'UHSA. Il est important de noter qu'habituellement, les initiations sont plus fréquentes au cours des séjours.

Ce faible taux peut s'expliquer pour plusieurs raisons :

- La douleur possible engendrée par l'injection,
- La problématique de la stigmatisation. Ces traitements sont souvent synonymes de contraintes et de perte du contrôle de sa vie. Aussi, l'injection est vécue comme intrusive par son mode d'administration (injection intra musculaire au niveau du muscle glutéale pour les AP1). Le pharmacien et le médecin ont un rôle à jouer en dialoguant avec le patient afin de le rassurer sur cet aspect.

III.1.2.1.2. Anxiolytiques / hypnotiques

C'est la 2e classe de psychotropes la plus prescrite. Avant et en cours d'hospitalisation, le taux de prescription est d'environ 60%. Ce taux reste élevé par rapport aux 40% décrits dans la littérature (58). Au retour en détention, le taux est diminué à 38%. De la même manière que pour les antipsychotiques, cette baisse peut être en lien avec un apaisement du patient suite à l'efficacité du traitement mis en place.

Tout comme les antipsychotiques, ils sont utilisés en complément d'un traitement de fond. La co-prescription avec les antipsychotiques sédatifs est quasi-systématique.

Les benzodiazépines ont un potentiel addictogène connu mais l'environnement carcéral est lui-même anxiogène. L'isolement, la pression carcérale, les événements judiciaires ou encore la perte de repères sont des éléments pourvoyeurs d'anxiété.

La consommation d'hypnotique dans notre échantillon de patients (29% en moyenne sur toute l'étude) est moins élevée que celle mentionnée dans la littérature (39%).

L'insomnie est une plainte fréquente des patients. Il faut savoir que les nuits en détention sont longues avec une fermeture des cellules entre 18-19h et un réveil entre 7-8h. De plus, les conditions d'emprisonnement, la promiscuité, le manque de confort ne favorisent pas un bon sommeil.

Certes, la prescription des anxiolytiques et hypnotiques est nécessaire et il est difficile de s'en passer dans ce contexte, mais il est indispensable que le prescripteur soit vigilant sur les durées de prescription et les délais entre consultations (risque de renouvellement « automatique ») afin d'éviter tout risque de pharmacodépendance.

III.1.2.1.3. Antidépresseurs

Sur l'échantillon étudié, parmi les 20% de patients ayant un traitement antidépresseur en détention, les trois quarts sont prescrits suite à la présence d'idées suicidaires ou un passage à l'acte. L'UHSA permet une réévaluation de ces traitements (5 arrêts). Au retour en détention, un traitement antidépresseur a été initié pour 2 patients, pour qui, des tentatives de suicide sont mentionnées dans les antécédents.

Selon la littérature, entre 2000-2010, le taux de suicide en France dans la population carcérale masculine est 7 fois supérieur à la population générale et vingt fois chez les femmes (83).

Les facteurs contribuant au suicide sont variés :

- Individuels : faible niveau d'éducation, isolement social, relations conflictuelles, antécédents personnels et familiaux de conduites suicidaires,
- Environnementaux : isolement physique, harcèlement et menaces entre détenus, surpopulation carcérale
- Judiciaires et criminologiques : les personnes prévenues se suicident 2 fois plus que les condamnés. On observe une majorité de suicide en maison d'arrêt avec 72% survenant au cours de la 1^e année de détention.

En détention, la prévention de ces troubles passe par un contrôle de ces différents facteurs. Elle nécessite une coordination entre l'administration pénitentiaire qui peut agir sur les facteurs environnementaux et les équipes sanitaires pour la prise en charge des troubles psychiatriques.

Les principales mesures pour agir sur cette problématique sont :

- Le renforcement de la formation des personnels pénitentiaires pour détecter le potentiel suicidaire chez un patient,
- L'application de mesures de protection pour les détenus en crise suicidaire,
- Le développement de la pluridisciplinarité,
- La lutte contre l'isolement au quartier disciplinaire,

- La mobilisation de l'ensemble des membres du milieu carcéral.

L'UHSA constitue une solution dans la prise en charge de ces troubles en assurant une surveillance médicale continue et permettant au patient de s'éloigner quelques temps de cet environnement.

III.1.2.1.4. Thymorégulateurs

Au cours de la période étudiée, les patients initialement traités par les thymorégulateurs, 6 au total, souffrent majoritairement de schizophrénie (83,3%). La littérature mentionne l'efficacité du lithium et des anticonvulsivants dans le traitement des violences induites par la schizophrénie (86). Le valproate est particulièrement efficace en adjuvant d'un traitement antipsychotique.

Les patients atteints de troubles bipolaires (5%) bénéficient tous d'un traitement par lithium. Au total, 4 traitements par lithium ont été initiés à l'UHSA.

Ces données sont cohérentes avec celles trouvées dans la littérature. En effet, la prévalence des troubles bipolaires est plus importante dans la population carcérale (entre 2-5%) (15) que dans la population générale (1 à 2 %) (87). Cette différence peut s'expliquer par une manifestation clinique parfois bruyante tels que des passages à l'acte et la réalisation d'infraction.

La recherche d'un lien entre trouble bipolaire et incarcération est complexe (88). Les études réalisées présentent des biais rendant difficile leur interprétation. Il semblerait que la personnalité et les comorbidités addictives soient impliquées. De plus, le risque de récurrence serait plus important chez ces patients.

En détention, la prise en charge de ces troubles est complexe. De la même manière que dans la population générale, le diagnostic est long entraînant un retard de prise en charge avec un risque élevé de passage à l'acte suicidaire. Par ailleurs, la mise en place d'un traitement implique un contrôle biologique régulier afin de titrer au mieux la dose et d'évaluer la tolérance. Ces spécificités sont difficilement compatibles avec l'organisation carcérale.

A l'UHSA de Cadillac, il est fréquent que des patients admis aient des prescriptions de lithium à libération prolongée avec prise du traitement le matin au lieu du soir comme préconisé par le RCP. Cette particularité provient de l'EP d'origine afin de faciliter l'organisation de l'administration pénitentiaire. Il faut bien sûr en tenir compte pour l'interprétation de la lithiémie et l'adaptation de la posologie si nécessaire.

III.1.2.1.5. Psychostimulants

Au cours de notre étude, il n'est pas mentionné de traitement psychostimulant. Seul 1 patient aurait bénéficié de méthylphénidate au cours de son adolescence.

Les études sur la prévalence des TDAH en milieu carcéral sont rares. Une première étude réalisée en 2015 (80), estime la prévalence de ces troubles à 26,2% soit 10 fois plus qu'en population générale. Au niveau national, une étude réalisée à la maison d'arrêt de Bordeaux Gradignan (90) mentionne que 11% des détenus répondent aux critères du TDAH.

III.1.2.2. Choix du/des médicaments

Lors de l'instauration ou le switch d'un antipsychotique, le choix du médicament se fait selon plusieurs critères :

- Rapport bénéfice risque : efficacité avec une bonne tolérance. D'un point de vue effet indésirable, les AP1 sont surtout pourvoyeurs de troubles neurologiques (dyskinésie, syndrome extrapyramidal) tandis que les AP2 sont plus à risques de troubles cardiométaboliques et endocriniens (syndrome métabolique, prise de poids, diabète) ;

- Formes galéniques disponibles selon les situations :
 - o La forme buvable présente une utilité chez les patients non observant. Toutefois, avant la sortie de l'UHSA, une réadaptation du traitement est nécessaire en passant aux comprimés afin d'éviter un refus des thérapeutiques une fois que le patient est de retour en détention. Dans l'échantillon de patients, sur les 35 qui ont réussi à être suivis dans le mois post-hospitalisation à l'UHSA, 5 (14,7%) ont arrêté de prendre leur traitement,
 - o Les comprimés impliquent que les patients sont observants. Sur l'échantillon étudié, les comprimés représentent plus des trois quarts des lignes de prescriptions de psychotropes en détention et près d'un quart des patients est inobservant (sachant qu'il est possible que ce taux soit sous-estimé),
 - o Recours à la forme injectable si agitation ou refus de la voie orale,
 - o Passage à l'APAP pour améliorer l'observance. En cas de refus général des traitements, l'injection n'a aucun intérêt et ne fait que repousser le problème. Une alliance thérapeutique préalable est nécessaire avant de l'initier.

- Aspect médico-économique : La différence de prix entre un AP1 et un AP2 peut être significative. Lorsqu'on prend l'exemple de l'halopéridol et de la rispéridone (Tableau n°11), qui sont l'AP1 et l'AP2 les plus instaurés au cours de notre étude, il existe un rapport de 3 pour la forme comprimé et buvable et de 5 à 25 pour la forme retard (mensuel). L'efficacité de la rispéridone n'est plus à prouver mais le coût engendré n'est pas négligeable. La forme trimestrielle (palipéridone), ne peut être dispensée au centre hospitalier de Cadillac en raison d'un prix trop coûteux pour l'hôpital malgré des demandes récurrentes de la part des psychiatres ;

	Comprimé (boîte de 30)	Solution buvable (flacon de 30mL)	Injection retard (soit 1 injection par mois)
Halopéridol	Dosage à 5mg : 2,51€	1,88€	Boîte de 5 ampoules de 50mg chacune (pour une posologie maximale de 150mg par mois) : 14,49€
Risperidone	Dosage à 4mg : 8,53€	5,11€	Prix variable selon le dosage et rythme d'injection : Toutes les 2 semaines : 25mg : 67,40€ - 50mg : 107,21€ Mensuel : 25mg : 71,46€ - 150mg : 340,64€ Trimestriel : 175mg : 475,52€ - 525mg : 1102,31€

Tableau n°11 : Tableau comparatif des prix de l'halopéridol et la rispéridone selon la forme galénique

- Contraintes liées à la surveillance post-injection : réaction d'hypersensibilité, fièvre, réaction au point d'injection. Par exemple, l'olanzapine retard nécessite une surveillance dans les 3 heures qui suivent l'injection qui est peu compatible avec l'organisation de la détention ;
- Possibilité de suivi biologique et clinique : le lithium et la clozapine sont des exemples. Ce point est développé ultérieurement ;
- Habitudes de prescription : ce sont souvent les mêmes molécules qui sont prescrites selon les unités et médecins. A l'UHSA, l'utilisation de la rispéridone, l'aripiprazole, le zuclopenthixol et l'halopéridol est fréquente.

Il s'agit donc de trouver le traitement le plus adapté au patient (balance bénéfice/risque) en favorisant l'observance et l'adhésion au traitement par le choix d'une forme galénique appropriée.

III.1.3. Somatique

Près d'un tiers des patients admis présente une pathologie somatique chronique. Les troubles respiratoires (8,3%) et cardiovasculaires (10%) sont les plus présents. Ces données sont similaires à celles retrouvées dans la littérature (19).

La littérature met en avant une prévalence élevée de facteurs de risques cardiovasculaires chez les patients souffrant de schizophrénie. Il s'agit principalement de facteurs de risques modifiables tels que la surcharge pondérale (91), le diabète, le tabagisme (92) et l'hypertension artérielle (93).

La présence d'un médecin somaticien au sein de l'UHSA permet un suivi au cours de l'hospitalisation et une prise en charge ciblée (cas des plaintes pour douleur dentaire par exemple). A chaque admission, il effectue un examen somatique, demande un bilan biologique complet (sauf s'il y en a un réalisé récemment) afin de faire le point sur les pathologies chroniques mais aussi détecter les possibles effets secondaires des traitements psychotropes. Il prend également en compte les éventuelles demandes des patients qui sont d'ordre somatique.

En ce qui concerne les soins dentaires, toutes les demandes ne peuvent être honorées. Seuls les soins urgents sont réalisés sinon ils sont différés au retour en détention. Sur les 14 patients ayant des plaintes dentaires, 6 (43%) ont vu leurs soins repoussés.

Il est démontré dans la littérature (19) que 60% des nouveaux arrivant en détention ont eu recours au système de soins dans l'année précédant l'incarcération. C'est un peu moins que dans la population générale (70%) les soins de médecine générale. De ce fait, l'UHSA constitue une opportunité pour le patient pour faire le point sur son état de santé.

III.1.4. Suivi biologique

Nous l'avons vu précédemment, la mise en place d'un traitement thymorégulateur avec les contrôles biologiques qu'il impose, est peu compatible avec l'organisation pénitentiaire.

De la même manière, les initiations de traitement par clozapine sont rares du fait de la réglementation stricte concernant le suivi hebdomadaire des numérations de formule sanguine en début de traitement, malgré son efficacité dans le traitement de la schizophrénie résistante. Des études discutent aussi de son efficacité dans les comportements violents (94).

Le suivi biologique présente un intérêt primordial pour les patients atteints de troubles psychiatriques étant donné la prévalence élevée de comorbidités somatiques associées (diabète, trouble cardiovasculaires).

Comme nous l'avons dit précédemment, certains antipsychotiques sont pourvoyeurs de syndrome métabolique, tels que la clozapine, olanzapine, quétiapine, rispéridone. Les thymorégulateurs sont également concernés avec notamment le lithium et les dérivés de l'acide valproïque (95).

Son diagnostic repose sur la présence d'au moins 3 de ces 5 critères : un excès de graisse abdominal, une hypertension artérielle, une hypertriglycéridémie, un HDL cholestérol faible, une hyperglycémie à jeun.

Avant toute initiation de traitement, il est recommandé de contrôler les données anthropométriques (poids, tour de taille), la tension artérielle et d'effectuer un bilan lipidique et glycémique. La fréquence recommandée est de tous les 3 mois la première année puis annuellement.

Il est aussi important d'associer à ces mesures une éducation du patient lors de la mise en place du traitement, afin de lui expliquer les règles d'hygiène de vie à adopter, le sensibiliser aux potentiels effets indésirables et le rassurer afin d'éviter toute rupture de traitement.

Les dosages pharmacologiques ne sont pas systématiquement réalisés en routine, pourtant ils présentent une véritable plus-value pour optimiser la prise en charge thérapeutique d'un patient. Leurs indications sont variées :

- Détection d'une mauvaise réponse à un traitement potentiellement due à une inobservance ou un problème pharmacocinétique/pharmacodynamique,
- Aide à la gestion des interactions médicamenteuses,
- Adaptation posologique

Le référentiel de Hiemke constitue une aide majeure dans ce domaine (106).

A l'UHSA de Cadillac, cette activité est en cours de développement avec une sensibilisation des psychiatres sur son intérêt dans leur pratique quotidienne. Actuellement, les principales molécules dosées sont les thymorégulateurs, dont le lithium et les dérivés du valproate. Les dosages sont réalisés par le CHU de Bordeaux ce qui implique une organisation afin de respecter les délais d'acheminement. Une procédure existe afin d'aider le personnel médical dans la réalisation de ces dosages (cf annexe 1).

Enfin, la pharmacogénétique est également un outil, encore peu développé, qui présente un réel intérêt dans la prise en charge précoce des troubles mentaux. Elle serait l'opportunité d'offrir aux patients un traitement personnalisé et adapté à son profil génétique (107).

III.1.5. Population féminine

Notre échantillon est peu représenté par la population féminine avec seulement 3 femmes hospitalisées sur la période étudiée. L'interprétation des résultats est donc complexe avec un effectif aussi réduit.

De la même manière que les hommes, un isolement social est à noter avec 2 patientes célibataires et sans enfant.

Au niveau somatique, les 3 patientes présentent une pathologie cardiovasculaire, respiratoire ou endocrinienne.

Au niveau des pathologies psychiatriques, 2 présentent un trouble de la personnalité et 1 souffre d'épisode dépressif moyen.

Finalement, ces données sont semblables à ce qui est vu dans la littérature (15).

Les prescriptions retrouvent :

- Des antidépresseurs dont une monothérapie par mirtazapine et une bithérapie mirtazapine sertraline
- Des AP2 pour 2 patientes avec soit de l'aripiprazole retard soit de la rispéridone,
- Des anxiolytiques pour la totalité des patientes.

Il n'est pas mentionné de suivi gynécologique pour les 3 patientes au cours de l'hospitalisation à l'UHSA. La consultation n'est pas systématiquement proposée lors de la visite médicale d'entrée et est réalisée selon les besoins.

Avec une faible représentation de la population féminine en détention, les études ciblant spécifiquement ce sujet sont rares. L'étude nationale de la DREES mentionne que sur les 12 derniers mois, environ un quart (27%) des femmes entrant en prison déclare avoir un suivi gynécologique soit pratiquement 2,5 fois moins que la population générale (71% en 2002 pour la tranche d'âge des 25-34 ans). Rappelons-le, la consommation de substances psychoactives est plus importante dans cette population engendrant potentiellement des conduites à risques telles que des rapports non protégés et donc la surexposition aux infections sexuellement transmissibles (IST) et aux grossesses non désirées. Une étude plus récente, réalisée en 2017 à la MA de Caen (110), met en évidence les mêmes conclusions que la DREES avec une prévalence élevée de femmes jeunes présentant des addictions aux drogues et à l'alcool. Il est aussi mentionné qu'elles n'ont pas de suivi médical régulier. Face à ce constat, un suivi gynécologique en détention est primordial. Ce serait aussi l'occasion d'organiser des activités de sensibilisation sur la contraception et la prévention des IST.

Il n'existe pas d'organisation particulière pour les soins gynécologiques en détention, tout dépend de l'EP. Par exemple, au centre pénitentiaire de Gradignan, le suivi est proposé à raison d'une demi-journée de consultation gynécologique toutes les 2 semaines pour une population de détenues comprise entre 30 et 40.

III.2. Non médicamenteuse

Durant cette étude, nous avons surtout insisté sur le côté médicamenteux mais il arrive que des patients admis à l'UHSA nécessitent l'utilisation de dispositifs médicaux.

Les services possèdent, au même titre que les médicaments, une dotation en dispositifs médicaux.

La pharmacie de l'hôpital de Cadillac essaie de répondre au mieux aux différentes demandes. Le livret thérapeutique limite le choix des spécialités disponibles et l'admission d'un patient nécessitant un traitement ou matériel particulier peut retarder sa prise en charge si une commande est nécessaire.

A l'UHSA, les admissions sont généralement programmées et il est possible d'anticiper certaines demandes. Par exemple, un patient (non inclus dans l'étude) avec une trachéotomie a été admis. Sa prise en charge nécessitait des dispositifs médicaux spécifiques non disponibles à la pharmacie ainsi que des soins particuliers en lien avec ce matériel. La collaboration avec l'UHSl a permis de répondre à cette demande rapidement et d'avoir le nécessaire à l'arrivée du patient.

Il arrive que le lien avec les administrations pénitentiaires ne soit pas toujours fait. Un autre patient, intégré à notre étude, bénéficiait d'un système d'électrostimulation transcutané dans le cadre de la prise en charge de douleur neuropathique. Cette demande n'a pas été transmise avant l'admission du patient. Nous avons su tardivement la nécessité de commander les électrodes et le recours à une officine a été nécessaire afin d'avoir le matériel.

La situation ne s'est pas présentée durant l'étude, mais dans le cas de l'admission d'un patient avec un dispositif médical implantable (pacemaker, stérilet, prothèse), il est important de vérifier la présence de la carte de porteur d'implant qui contient l'ensemble des renseignements relatifs à sa pose. Ces dispositifs impliquent un suivi médical rapproché puisqu'ils ont des durées de vie limitée et l'altération ou le dysfonctionnement peut être à l'origine d'effets indésirables. De plus, en cas d'alerte sanitaire avec retrait de lot, elle sert de moyen de traçabilité.

IV. Limites et biais

L'étude des prescriptions à l'UHSA de Cadillac, a permis d'avoir une vision globale sur le parcours de soins des patients détenus. Cependant, elle présente quelques limites et biais dans l'exploitation des résultats.

La principale limite de notre étude est le manque d'information sur les retours en détention des patients (41,5%).

Certes, des hospitalisations étaient toujours en cours (10%) mais les échanges avec les centres de détention se sont aussi avérés complexes pour différentes raisons :

- Contact difficile avec les centres de détention,
- Absence de transfert des mails aux médecins entraînant une non-réponse de leur côté,
- Manque d'intérêt ou refus de certains de communiquer directement avec la pharmacie. Il était nécessaire dans cette situation de passer par le psychiatre de l'UHSA,

La seconde limite est la qualité des informations recueillies dans les dossiers médicaux qui parfois ne sont pas complètes. Par exemple, les données sur le type d'infraction, le fonctionnement familial ne sont pas systématiquement mentionnées. Pourtant, il existe un certain nombre d'études qui établissent un lien entre caractéristiques judiciaires et troubles mentaux (72), (15).

Nous l'avons vu au cours de ce travail, les études nationales sur la santé des détenus sont rares et les dernières réalisées sont anciennes (2003 pour celles sur l'état mental). Il serait intéressant d'en réaliser des nouvelles, notamment face aux événements récents qui ont eu lieu avec la crise Covid, qui a pu engendrer un isolement plus important, et donc pu impacter encore plus la santé mentale des détenus. Une comparaison entre les 9 UHSA seraient intéressantes dans le sens où les modalités de fonctionnement et de prise en charge diffèrent d'une unité à une autre (cf résultats de la 1^e tranche (44))

Enfin, la durée de recueil sur 3 mois ne permet pas d'avoir une représentation globale de la population carcérale notamment pour la population féminine, pour qui il existe des divergences notables sur le plan psychiatrique par rapport aux hommes détenus. Une étude sur une plus longue période pourrait être intéressante afin de se focaliser un peu plus sur cette population.

V. Perspectives du travail effectué

V.1. Renforcer la place du pharmacien

Le pharmacien joue un rôle important dans la prise en charge thérapeutique des détenus. La revue de littérature ne montre pas de données sur la place du pharmacien au sein des UHSA mais des études sur son impact positif au sein des USMP ont déjà été réalisées (96), (97).

A l'UHSA de Cadillac, le travail est pluridisciplinaire avec un dialogue constant entre médecins, pharmaciens et infirmiers.

La validation des prescriptions de psychotropes et somatiques permet d'intercepter certaines erreurs ou de discuter de la meilleure option thérapeutique. A Cadillac, l'analyse pharmaceutique de niveau 2 est réalisée quotidiennement par 3 personnes (2 praticiens hospitalier et 1 interne). Elle concerne la totalité des services d'hospitalisation complète de l'établissement soit environ 460 lits. Elle permet d'intervenir à différents niveaux via l'émission d'interventions pharmaceutiques (IP) sur le logiciel de validation ou par les appels téléphoniques ou les mails.

Les IP concernent généralement les posologies supra thérapeutiques, interactions médicamenteuses, réévaluations de prescription (durée trop longue), suivis biologique et clinique. Des propositions de réévaluation de traitements sont fréquemment réalisées et concernent généralement les benzodiazépines et traitements correcteurs (laxatifs, anticholinergiques).

Un binôme pharmacien-préparateur participe, si l'effectif le permet, mensuellement aux réunions cliniques. Cette présence a un impact non négligeable sur la prise en charge des patients à l'UHSA. Elle permet de discuter avec l'ensemble des équipes en répondant à leurs questions éventuelles et d'échanger plus librement et efficacement sur la prise en charge des patients. Les IP sont parfois non vues par le médecin et la présence à ces réunions permet de faire le point.

A côté de cela, l'équipe pharmaceutique est sollicitée pour répondre aux diverses questions des médecins et infirmiers. Elles portent sur différents thèmes, tels que les adaptations posologiques, l'aide au choix d'une thérapeutique ou encore les modalités d'injection des APAP.

V.2. Développer les activités de pharmacie clinique

Impliquer d'avantage le pharmacien dans les activités de pharmacie clinique serait une avancée dans le parcours de soins des patients détenus.

La conciliation médicamenteuse a montré son intérêt dans les domaines de la psychiatrie et du somatique notamment chez la population âgée polymédiquée.

La population accueillie à l'UHSA, caractérisée par une prévalence élevée de comorbidités somatiques, serait intéressante à concilier.

Que ce soit dans la population générale ou dans la population carcérale, la conciliation des traitements médicamenteux permet :

- De réduire les erreurs médicamenteuses,
- De diminuer le recours aux hospitalisations,
- De garantir une continuité de la prise en charge médicamenteuse du patient tout au long de son parcours de soins.

Sa réalisation est néanmoins chronophage. A l'UHSA de Cadillac, le médecin somaticien est présent uniquement les après-midis, ce qui limite le temps consacré à certaines activités. En impliquant le pharmacien dans ce travail, le gain de temps au niveau des équipes médicales serait un avantage.

La mise en place d'ateliers du médicament et de programmes d'éducation thérapeutique (ETP) sont des moyens de rendre le patient acteur de sa prise en charge par des activités de sensibilisation, d'information et d'apprentissage de la gestion de la maladie.

Au centre hospitalier de Cadillac, les pharmaciens interviennent dans des programmes d'ETP destinés aux patients suivis en ambulatoire (centre médico-psychologique) sur les troubles bipolaires mais aussi pour ceux qui sont hospitalisés (schizophrénie à l'UMD). Ils sont généralement animés par un binôme de type pharmacien-infirmier, médecin-infirmier ou pharmacien-médecin.

A la différence d'une unité classique, le rôle du pharmacien dans l'environnement carcéral n'est pas encore totalement défini. Pourtant, face à une population à risque, lié à un état de santé précaire et des troubles psychiatriques, son activité semble essentielle pour optimiser leur prise en charge médicamenteuse.

Le développement d'activités de pharmacie clinique est une perspective à envisager à l'UHSA dans une population où les besoins de santé sont croissants. Elles permettraient au patient d'avoir une meilleure approche et compréhension de sa maladie et de sa prise en charge médicamenteuse. Par ailleurs, elle pourrait participer à la diminution de l'inobservance observée au retour en détention où il n'y a plus d'obligation de soins.

Bien sûr, il est nécessaire que l'effectif soit suffisant et qu'une collaboration entre pharmacien et équipe médico-soignante soit présente afin d'assurer une mise en place optimale.

Conclusion

Les premières UHSA ont ouvert leurs portes en 2010, ce qui en fait des structures relativement récentes. Leur ouverture a été controversée et a fait l'objet de vives critiques et interrogations sur son fonctionnement. Néanmoins, leur création a été l'occasion d'améliorer la prise en charge sanitaire des personnes détenues et d'assurer un accès aux soins équivalent à celui de la population générale avec la possibilité d'être hospitalisé à leur demande.

Le but de ce travail est dans un premier temps, de présenter le fonctionnement de l'UHSA mais aussi de se focaliser sur les stratégies thérapeutiques adoptées dans ces unités. Bien que notre étude présente certaines limites, des éléments ont pu être mis en évidence lors de l'analyse.

Que ce soit sur le plan psychiatrique ou somatique, les patients admis à l'UHSA de Cadillac présentent un état de santé particulièrement fragilisé, en lien avec une précarité importante avant l'arrivée en détention. De ce fait, les hospitalisations au long cours ou récurrentes sont parfois nécessaires.

L'organisation de l'administration pénitentiaire impose une adaptation des modalités de prescriptions qu'il s'agisse du choix des médicaments, des formes galéniques ou des plans de prise. D'autre part, l'absence d'obligation de soins en détention ne favorise pas l'observance thérapeutique et les ruptures de traitement sont courantes.

L'UHSA constitue donc une opportunité pour réévaluer les traitements et chercher des solutions pour améliorer son adhésion avec, par exemple, la mise en place des injections retard.

Actuellement, à l'UHSA de Cadillac, le pharmacien participe activement à l'analyse des prescriptions et aux réunions de service. Cependant son rôle pourrait être, moyennant un effectif suffisant, plus important avec le développement d'autres activités de pharmacie clinique permettant de rendre le patient acteur de sa prise en charge et de le sensibiliser à l'intérêt de poursuivre une thérapeutique.

Une nouvelle étude sur la mise en place de ces activités pourrait être intéressante afin d'évaluer leur impact sur l'observance des traitements.

Références bibliographiques

1. Walker ER, McGee RE, Druss BG. Mortality in mental disorders and global disease burden implications: a systematic review and metanalysis. *JAMA Psychiatry* 2015; 72: 334–41
2. Ministère de justice. Les structures pénitentiaires. [Internet]. 22 septembre 2021. Disponible sur : <https://www.justice.gouv.fr/prison-et-reinsertion-10036/ladministration-penitentiaire-10037/les-structures-penitentiaires-14557.html>
3. Ministère de la justice. Les mineurs détenus. [Internet]. 18 novembre 2020. Disponible sur : <https://www.justice.gouv.fr/prison-et-reinsertion-10036/les-personnes-prises-en-charge-10038/les-mineurs-detenus-12008.html>
4. Ministère de la justice. Conseiller pénitentiaire d'insertion et de probation. [Internet]. Disponible sur : <https://www.enap.justice.fr/conseiller-penitentiaire-dinsertion-et-probation>
5. Loi n° 2002-1138 du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice. 2002-1138 sept 9, 2002.
6. Ministère de la justice. Direction de l'administration pénitentiaire. Statistiques des établissements des personnes écrouées en France. 1^{er} janvier 2022.
7. Ministère de la justice. Direction de l'administration pénitentiaire. Je suis en détention : guide du détenu arrivant. Novembre 2019
8. Ministère de la justice. Statistiques trimestrielles de milieu fermé au 31 décembre 2021.
9. Hyst J-J, Cabanel G-P. Les conditions de détention dans les établissements pénitentiaires en France. [Internet]. 29 juin 2000. Disponible sur : <http://www.senat.fr/rap/l99-449/l99-44918.html#toc100>
10. Observatoire internationale des prisons. La prison par les prisonniers : les personnes détenues prennent la parole. [Internet]. Juin 2018. Disponible sur : <https://oip.org/publication/la-prison-par-les-prisonniers-les-personnes-detenu-es-prennent-la-plume/>
11. Degros A. La violence en prison : à la recherche des modes de régulation. 2013. 49p
12. Daccache M, Lancelevée C, Sanchez J, Touraut C. Les violences carcérales : pour une approche systémique. Direction de l'administration pénitentiaire. Mai 2018.
13. Lemire G, Vacheret M. *Anatomie de la prison contemporaine*. Montréal : Presses de l'université de Montréal, 2007. Chap 2, Les sous-cultures et l'adaptation, 35-57.
14. Armand J-M. *L'argot des prisons : dictionnaire du jargon taulard et maton du bagne à nos jours*. Poche, 28 mai 2015. 240 p.
15. Duburcq A, Coulomb S, Bonte J, Marchand C, Fagnani F, Falissard B. *Enquête de prévalence sur les troubles psychiatriques en milieu carcéral*. Décembre 2004.
16. Plancke L, Sy A, Fovet T. Santé mentale en population carcérale. Avril 2018 ; 32-38

17. Gastone R. Étude médico-sociale des femmes incarcérées à la maison d'arrêt de Fleury Mérogis en 2000 et 2001. Santé publique. 2003. Vol.15(2) : 133-155
18. Coldefy. M, Faure. P, Prieto. N. La santé mentale et le suivi psychiatrique des détenus accueillis par les services médico-psychologiques régionaux. Direction de la recherche des études, de l'évaluation et des statistiques. Juillet 2002 ; 12p
19. Mouquet. M-C. La santé des personnes entrant en prison en 2003. Direction de la recherche des études, de l'évaluation et des statistiques. Mars 2005. 12p.
20. Pilven A, Melet J, Le Bot P, Wacheux C, Durandiere F. État de santé bucco-dentaire et délivrance des soins aux détenus en Bretagne en 2007. Direction régionale du service médical. 2008
21. Oberlé D. 2008. Les soins et la prévention bucco-dentaire dans les établissements pénitentiaires [Internet]. Disponible sur : <https://odonte.com/index.php/2016/01/22/soins-dentaires-dans-les-etablissements-penitentiaires/>
22. Instruction DGS/MC1/DGOS/R4 no 2011-206 du 29 août 2011 relative à la réalisation d'un examen bucco-dentaire des personnes détenues lors de leur arrivée en établissement pénitentiaire et à la réduction du risque infectieux associé aux soins dentaires. [Internet]. Disponible sur : www.legifrance.gouv.fr
23. Direction Générale de la Santé, InVs. Enquête PREVACAR : volet offre de soins-vih hépatites et traitements de substitution en milieu carcéral. Octobre 2011.
24. Jauffret Roustide M, Couturier E, Le Strat Y et al. Estimation de la séroprévalence du VIH et du VHC et profils des usagers de drogues en France, étude InVS-ANRS Coquelicot, 2004. Bull Epidemiol Hebd 2006 ; 33 : 244-7.
25. Fioni J, Antoine D, Che D. Les cas de tuberculose déclarés en France en 2009. Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice, France. Juin 2011
26. Loi n°94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale [Internet]. 94-43 janv 18, 1994. Disponible sur : www.legifrance.gouv.fr
27. Guérin G. La santé en prison. Actualité et dossier en santé publique. Septembre 2003. N°44, 38p.
28. Chodorge N, Nicolas G. Santé en milieu carcéral. Rapport sur l'amélioration de la prise en charge sanitaire des détenus. Haut Comité de la Santé Publique ; Janvier 1993.
29. Ministère de la justice. Prise en charge sanitaire des personnes placées sous-main de justice. Guide Méthodologique. Octobre 2012.
30. Décret n°86-602 du 14 mars 1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique. 86-602 mars 14, 1986. [Internet]. Disponible sur : www.legifrance.gouv.fr
31. Le Bihan P, Benazzouz M, Floris E, Hervé G. L'unité psychiatrique intersectorielle départementale : l'expérience d'une unité de soins contenante en Gironde. L'information psychiatrique,2005 ; 81 : 243-25.
32. Arrêté du 14 octobre 1986 relatif au règlement intérieur type des unités pour malades difficiles. [Internet]. Disponible sur : www.legifrance.gouv.fr

33. Code pénal - Article 122-1. Code pénal. [Internet]. Disponible sur : www.legifrance.gouv.fr
34. Code de procédure pénale - Article D398. Code de procédure pénale. [Internet]. Disponible sur : www.legifrance.gouv.fr
35. Thomas P, Fovet T, Amad A. Psychiatrie en milieu pénitentiaire, entre nécessité et ambiguïté. Annales médico-psychologiques. Mai 2015 ; 173 n°4 : 348-351.
36. Loi n° 2002-1138 du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice. 2002-1138 sept 9, 2002. [Internet]. Disponible sur : www.legifrance.gouv.fr
37. Arrêté du 20 juillet 2010 relatif au ressort territorial des unités spécialement aménagées destinées à l'accueil des personnes incarcérées souffrant de troubles mentaux. [Internet]. Disponible sur : www.legifrance.gouv.fr.
38. Circulaire DHOS/O2/F2/E4/2007/284 du 16 juillet 2007 relative aux modalités de financement des dépenses d'investissement des unités d'hospitalisation spécialement aménagées (UHSA).
39. Décret n° 2010-507 du 18 mai 2010 relatif aux modalités de garde, d'escorte et de transport des personnes détenues hospitalisées en raison de troubles mentaux. 2010-507 mai 18, 2010. [Internet]. Disponible sur : www.legifrance.gouv.fr
40. Arrêté du 11 février 2011 relatif à la répartition entre l'Etat et les établissements de santé des dépenses d'investissement et de fonctionnement des unités spécialement aménagées. [Internet]. Disponible sur : www.legifrance.gouv.fr
41. Circulaire interministérielle n° DGOS/R4/PMJ2/2011/105 du 18 mars 2011 relative à l'ouverture et au fonctionnement des unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA). [Internet]. Disponible sur : www.legifrance.gouv.fr
42. Code de la santé publique – Article L3214-1. Code de la santé publique. [Internet]. Disponible sur : www.legifrance.gouv.fr
43. Code de la santé publique – Article L3214-2. Code de la santé publique. [Internet]. Disponible sur : www.legifrance.gouv.fr
44. Inspection générale de la justice. Évaluation de la première tranche des UHSA en vue de la mise en place d'une seconde tranche. Décembre 2018 ; 210p
45. Code de la santé publique – Article L3214-3. Code de la santé publique. [Internet]. Disponible sur : www.legifrance.gouv.fr
46. Code de procédure pénale - Article 151. Code de procédure pénale. [Internet]. Disponible sur : www.legifrance.gouv.fr
47. UHSA de Cadillac : Projet médical. 29 juin 2016.
48. Dandelot D. UHSA de Cadillac : compte rendu de fonctionnement pour l'année 2021. Mars 2022.
49. Code pénitentiaire - Article R.232-4. Code pénitentiaire. [Internet]. Disponible sur : www.legifrance.gouv.fr
50. Code pénitentiaire - Article R.232-5. Code pénitentiaire. [Internet]. Disponible sur : www.legifrance.gouv.fr

51. Protais C, Morel d'Arleux J, Jauffret-Roustide M. Usages de drogues en prison : pratiques, conséquences et réponses. Observatoire français des drogues et des toxicomanies. Décembre 2019. 40p
52. Circulaire DGS/DH n° 96-239 du 3 avril 1996 relative aux orientations dans le domaine de la prise en charge des toxicomanes en 1996. [Internet]. Disponible sur : www.affairesjuridiques.aphp.fr
53. Circulaire DGS/DHOS n° 2002-57 du 30 janvier 2002 relative à la prescription de la méthadone par les médecins exerçant en établissement de santé, dans le cadre de l'initialisation d'un traitement de substitution pour les toxicomanes dépendants majeurs aux opiacés. [Internet]. Disponible sur : www.affairesjuridiques.aphp.fr
54. Michel L, Jauffret-Roustide M, Blanche J, Maguet O, Calderon C, Cohen J, et al. Prévention du risque infectieux dans les prisons françaises. L'inventaire ANRS-PRIP²DE, 2009. Bull Epidemiol Hebd. 2011 ; (39) : 409-12.
55. Marzo, J.N., et al., Maintenance therapy and 3-year outcomes of opioid-dependent prisoners: a prospective study in France (2003-2006). Addiction, 2009. 104 : p. 1233-1240.
56. Picot-Ngo C, Protais C. Initiation et consommation de tabac chez les personnes détenues. Observatoire français des drogues et des toxicomanies. Novembre 2020. 4p.
57. Jauffret-Roustide M, Protais C. Circulation et échanges de substances psychoactives en milieu carcéral. Observatoire français des drogues et des toxicomanies. Avril 2019. 90p
58. Thomas P, Fovet T, Amad A et al. Psychotropes en milieu pénitentiaire : de la fiole à l'AMM. La presse médicale. Mai 2014 ; 43 ; 520-528.
59. Haute autorité de santé. Stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes des opiacés : place des traitements de substitution ; 2004. [Internet]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_272358/fr/strategies-therapeutiques-pour-les-personnes-dependantes-des-opiaces-place-des-traitements-de-substitution
60. Pelissolo A, Boyer P, Lepine JP, et al. Epidemiology of the use of anxiolytic and hypnotic drugs in France and in the world. Encéphale 1996; 22(3): 187-9
61. Sec I, Questel F, Rey C, Pourriat JL. Mésusage de médicaments psychotropes au sein d'une population de gardés à vue à Paris. Thérapie 2009 ; 64:129-34.
62. Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. Prégabaline (Lyrica et génériques) : modification des conditions de prescription et délivrance pour limiter le mésusage. Publié le 24/02/2021. [Internet]. Disponible sur : <https://ansm.sante.fr/actualites/pregabaline-lyrica-et-generiques-modification-des-conditions-de-prescription-et-delivrance-pour-limiter-le-mesusage>
63. Soni A, Walters P. A study of the reasons for prescribing and misuse of gabapentinoids in prison including their co-prescription with opioids and antidepressants. Int J Prison Health. 2019 Aug 27;16(1):67-77
64. Michel L, Maguet O. Traitements de substitution en milieu carcéral : guide des bonnes pratiques. L'Encéphale, 2005 ; 31 : p 92-7

65. Code de procédure pénale - Article D365. Code de procédure pénale. [Internet]. Disponible sur : www.legifrance.gouv.fr
66. Code de procédure pénale - Article D362. Code de procédure pénale. [Internet]. Disponible sur : www.legifrance.gouv.fr
67. Code pénal - Article 226-13. Code pénal. [Internet]. Disponible sur : www.legifrance.gouv.fr
68. Code de la santé publique – Article L6111-1-2. Code de la santé publique. [Internet]. Disponible sur : www.legifrance.gouv.fr
69. Code de la santé publique – Article L5126-9 Code de la santé publique. [Internet]. Disponible sur : www.legifrance.gouv.fr
70. Code de la santé publique – Article L4235-48. Code de la santé publique. [Internet]. Disponible sur : www.legifrance.gouv.fr
71. Lécu A. Médicaments et prison. Éthique publique. 2006. [Internet]. Disponible sur : <https://journals.openedition.org/ethiquepublique/1840>
72. Ministère de la justice. Cahiers d'études pénitentiaires et criminologiques [Internet]. Disponible sur : http://www.justice.gouv.fr/art_pix/Cahiers_etudes_penitentiaires_et_criminologiques_n50_mai2020_.pdf
73. Haute autorité de santé. Dangerosité psychiatrique : étude et évaluation des facteurs de risque de violence hétéro-agressive chez les personnes ayant des troubles schizophréniques ou des troubles de l'humeur. Mis en ligne le 23 décembre 2011. [Internet]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1069220/fr/dangerosite-psychiatrique-etude-et-evaluation-des-facteurs-de-risque-de-violence-hetero-agressive-chez-les-personnes-ayant-des-troubles-schizophréniques-ou-des-troubles-de-l-humeur
74. Agence régional de santé des Hauts de France. État de santé des personnes entrant en établissement pénitentiaire dans l'ex Picardie. 2015. [Internet]. Disponible sur: http://www.or2s.fr/images/Prison/2017_CaracteristiquesSanitaireEtSociale_Nouveaux_DetenusEn2015_Picardie.pdf
75. Code de la santé publique – Article L3212-1 Code de la santé publique. [Internet]. Disponible sur : www.legifrance.gouv.fr
76. Benyamina A, Karila L, Coscas S et al. Pathologies schizophréniques. 2012. Chap 16, Schizophrénie et troubles addictifs, 179-190.
77. Touitou D, Bodon M. Être schizophrène en prison. Bulletin de l'académie nationale de médecine. 2018 : p33-52.
78. Protais C. La gestion des drogues et des conduites addictives en UHSA : note de synthèse d'une enquête effectuée dans les 7 UHSA de France. Observatoire français des drogues et des toxicomanies. Décembre 2015 ; 16p
79. Brisacier A-C. Tableau de bord « Traitements de substitution aux opioïdes ». Observatoire français des drogues et des toxicomanies. Mars 2019 ; 19p.

80. Instruction DGS/MC2/DGOS/R4 n°2010-390 du 17 novembre 2010 relative à l'organisation de la prise en charge des addictions en détention. [Internet]. Disponible sur : www.affairesjuridiques.aphp.fr
81. Naestracci N. Plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances 1999-2000-2001. Paris : La Documentation française, 2000 ; 226p
82. Ministère des affaires sociales et de la santé. Guide des traitements de substitution aux opiacés en milieu carcéral. 2011
83. Fovet T, Bertrand M, Horn M et al. Les soins psychiatriques sans consentement en milieu pénitentiaire sont-ils réservés aux patients « dangereux » ? *L'Encéphale* 44 ; 2018 ; p 568–570.
84. Chan-Chee C, Verdot C. État de santé des personnes sous-main de justice. *Actualité et dossier en santé publique*. Septembre 2018. 4p
85. Canceil O, Limosin F, Passerieux C. Quels sont les facteurs limitant le recours à un APAP et comment les dépasser ? *L'Encéphale*. 1 janv 2009 ;35 : S101-7.
86. Fovet. T, Thomas. P. Les suicides et tentatives de suicide, et leur prise en charge en milieu carcéral. *Actualité et dossier en santé publique*. Septembre 2018. n°104, p 28-29.
87. Volavka J, Citrome L. Heterogeneity of violence in schizophrenia and implications for long-term treatment. *Int J Clin Pract*. 2008 Aug, 62,8, 1237–1245.
88. Rouillon F. Épidémiologie du trouble bipolaire. *Annales médico-psychologiques, revue psychiatrique* 2009 ;167(10) :793-5.
89. Amad A, Adins C. Le bipolaire, la prison et la loi. *La lettre du psychiatre*. Janvier-février 2013. Vol 9, n°1, 20-23.
90. Young. S, Moss. D, Sedgwick. O et al. A meta-analysis of the prevalence of attention deficit hyperactivity disorder in incarcerated populations. *Psychol Med*. Janvier 2015 ; 45(2) :247-58
91. Gaiffas.A, Galeras. C, Mandon. V et al. Attention-deficit/hyperactivity disorder in young French male prisoners. *J Forensic Sci*. Juillet 2014; 59(4):1016-9
92. Fazel S, Hope T, O'Donnell I et al. Health of elderly male prisoners: worse than the general population, worse than younger prisoners. *Age Ageing*. sept 2001;30(5):403,7.
93. Casey DE, Haupt DW, Newcomer JW et al. Antipsychotic-induced weight gain and metabolic abnormalities: implications for increased mortality in patients with schizophrenia. *J Clin Psychiatry*. 2004; 65(Suppl 7):4–18. [quiz 9-20]. [PubMed: 15151456].
94. Goff DC, Sullivan LM, McEvoy JP et al. A comparison of ten-year cardiac risk estimates in schizophrenia patients from the CATIE study and matched controls. *Schizophr Res*. 2005; 80:45–53. [PubMed: 16198088].
95. Igoumenou A., Kallis C., Coid J. Treatment of psychosis in prisons and violent recidivism. *BJPsych Open*, 2. 9 nov 2015. pp. 149-157
96. Locatelli L, Golay A. Psychotropes et poids. *Revue médicale suisse*. 2018 ; 14 : 605-9

97. Harcouët L. L'exercice pharmaceutique en milieu carcéral. Annales pharmaceutiques françaises. 2010 ; 68,286-290.
98. Lalande L, Bertin C, Rioufol C et al. Prise en charge médicamenteuse en milieu carcéral : contribution de l'équipe pharmaceutique à la sa sécurité des patients. Annales pharmaceutiques françaises. 2016 ; 74, 146-153.
99. Auxéméry Y. Dyskinésies tardives secondaires aux neuroleptiques et antipsychotiques : quelles perspectives thérapeutiques ? Ann. Médico-Psychol.Rev. Psychiatr. Septembre 2011. Vol. 169, n°8, p. 528-535
100. Rostaing C. Hiérarchie des légitimités. Obstacle et défi à la connaissance des violences carcérales. Tracés. 2010. P 83-99
101. Hyst J-J, Cabanel G-P. Les conditions de détention dans les établissements pénitentiaires en France (tome 1, rapport). 29 juin 2000. [Internet]. Disponible sur : <https://www.senat.fr/rap/l99-449/l99-44918.html>
102. Floquet M. Santé mentale des patients hospitalisés à l'UHSA de Nancy. Étude descriptive et rétrospective de 186 patients. Université de Nancy : 2014.
103. Bondoux G. État des lieux de la première année d'ouverture de l'Unité Hospitalière Spécialement Aménagée de Marseille. Université de Marseille : 2020.
104. Cohen L, Giudicelli C, Micouveau B. UHSA : Construire pour soigner. Rapport d'information n°612. 2017. [Internet]. Disponible sur : <http://www.senat.fr/rap/r16-612/r16-6121.pdf>
105. ANSM. Répertoire des Spécialités Pharmaceutiques [Internet]. Disponible sur : <http://agence-prd.ansm.sante.fr/php/ecodex/rcp/R0223085.htm>
106. Hiemke C, Bergemann N, Clement HW et al. Consensus guidelines for therapeutic drug monitoring in neuropsychopharmacology: update 2017. Pharmacopsychiatry. 2018 Jan; 51 (1-02): 9-62.
107. Got C, Verdoot P. La pharmacogénétique des antipsychotiques : considérations générales et implications cliniques. Annales médico-psychologiques 180 (2022) ; 609-620
108. Floquet M, Mouric I. Santé mentale des patients hospitalisés à l'UHSA de Nancy. Étude descriptive et rétrospective de 186 patients. Eur Psychiatry. nov 2015;30(8):S140.
109. Bondoux G. État des lieux de la première année d'ouverture de l'UHSA de Marseille. 2020. 140p
110. Hamon-Mejias L. La consultation gynécologique à la maison d'arrêt de Caen : intérêt du dépistage des infections sexuellement transmissibles, place de la sage-femme. 2017

Annexes

Annexes 1 : Catalogue des dosages pharmacologiques disponibles au CHU de Bordeaux

Catalogue CHU



PABIM Examens routine Journée & Garde

Journée Résultats, ajouts
 Bactériologie 72 573 Biochimie 20 758
 Hormonologie-Marqueurs tumoraux 49 034
 Myco-Parasito 21 467 Immuno 72 741
 Pharmaco-Tox 95 991 Virologie 95 510

Garde
 Biochimie Virologie Pharmaco-Tox 21746
 Hématologie : **Journée et Garde**
 - Cytologie Résultats 14 641 Ajouts, avis 15042
 - Hémostase Résultats 74273 Ajouts, avis 14671

Laboratoire de Pharmacologie et Toxicologie
 Secrétariat 95 991

REFERENCE POUR ETABLISSEMENT EXTERNE:
 N° CalFacBio 3814 Libourne 610012 I. Bergonié 409309
 C. Piemont 610001 Cadillac 610023 N° autre étab. ext. :

Pôle biologie et pathologie
SERVICE DE PHARMACOLOGIE MEDICALE
 Laboratoire de Pharmacologie - Toxicologie

Analyses de Psychotropes et Stupéfiants réalisées au CHU de Bordeaux

- Infos : <https://catalogue-biologiepathologie.chu-bordeaux.fr/>
- Bon de demande : Pharmacologie-Toxicologie (PABIM pour analyses 24h/24H)
- Prélèvement : En résiduel = avant la prise
- Renseignements cliniques : indispensables pour l'interprétation

Psychotropes : Anti-épileptiques + lithium (dosage le mardi matin → rendu mercredi)

Molécule	Rq	Fréquence de réalisation	Recommandation
tiagabine		1 fois /semaine	
carbamazepine		24H/24H 7J/7	1:fortement recommandé
gabapentine		1 fois /semaine	
lamotrigine		1 fois /semaine	
oxcarbazepine		1 fois /semaine	
phenytoïne		1 fois /semaine	
pregabaline		1 fois /semaine	
primidone		1 fois /semaine	
rufinamide		1 fois /semaine	
topiramate		1 fois /semaine	
zonisamide		1 fois /semaine	
felbamate		1 fois /semaine	
levetiracetam		1 fois /semaine	
lacosamide		1 fois /semaine	
acide valproïque		24H/24H 7J/7	1:fortement recommandé
Lithium plasmatique (intra-erythrocytaire)		24H/24H 7J/7 (jours ouvrés)	1:fortement recommandé

Psychotropes : Anti-dépresseurs

(dosage le mardi matin → rendu mercredi)

Molécule	Rq	Fréquence de réalisation	Recommandation
venlafaxine + met		1 fois /semaine	2:recommandé
milnacipran		1 fois /semaine	
mirtazapine + mét		1 fois /semaine	2:recommandé
(S)-citalopram + met		1 fois /semaine	2:recommandé
fluoxetine + mét			2:recommandé
sertraline + mét			2:recommandé
paroxetine			3:utile
fluvoxamine			2:recommandé
duloxetine			2:recommandé
amitryptine + nor			1:fortement recommandé
bupirone			
clomipramine+met			1:fortement recommandé
desipramine			2:recommandé
dosulepine			
hydroxyzine			
trimipramine			2:recommandé
maprotilyne		1 fois /semaine	2:recommandé
mianserine		1 fois /semaine	3:utile
moclobemide		1 fois /semaine	
doxepine+met		1 fois /semaine	
toloxatone		1 fois /semaine	
viloxazine	id	1 fois /semaine	3:utile

PSYCHOTROPES-SUIMI

PAMIS	Amisulpride	
POPBU	Buprénorphine	
PCLOM	Clomipramine	
PCLZP	Clozapine	
PHALO	Haloperidol	
PIMI	Imipramine	
PPMTD	Méthadone	
POLAN	Olanzapine	
PRIPP	Risperidone	
PVENL	Venlafaxine	
PPSY1	Autres Noms DCI :	
PPSY2	Autres Noms DCI :	

Psychotropes : neuroleptiques

(dosage le jeudi matin → rendu vendredi)

Molécule	Rq	Recommandations	Molécules type phénothiazines	Rq	Recommandations
alizapride	id		acepromethazine	id	
amisulpride		1:fortement recommandé	alimemazine		
aripiprazole		1:fortement recommandé	cyamemazine		2:recommandé
clozapine + nor		1:fortement recommandé	fluphenazine	id	1:fortement recommandé
droperidol	id		levomepromazine		3:utile
olanzapine		2:recommandé	oxomemazine		
penfluridol		1:fortement recommandé	perphenazine		2:recommandé
pimozide			pipothiazine	id	
sertindole + met		1:fortement recommandé	propericiazine	id	
sulpiride			thioproperazine	id	
tiapride			thioridazine		2:recommandé
flupentixol	id	3:utile	trifluoperazine	id	
haloperidol		2:recommandé	chlorpromazine		
loxapine		2:recommandé			
pipamperone	id	2:recommandé			
quetiapine		3:utile			
risperidone + met					
ziprazidone		2:recommandé			
zuclopenthixol		3:utile			

Psychotropes : Benzodiazépines (dosage le vendredi matin → rendu lundi)

Molécule	Rq	Fréquence de réalisation	Recommandation
alprazolam + met		1 fois /semaine	3:utile
bromazepam		1 fois /semaine	
chlordiazepoxide		1 fois /semaine	
clobazam + met		1 fois /semaine	
clonazepam + met		1 fois /semaine	3:utile
diazepam + met		1 fois /semaine	3:utile
estazolam		1 fois /semaine	
flunitrazépam+met		1 fois /semaine	
lorazepam		1 fois /semaine	
lormetazepam		1 fois /semaine	
midazolam+met		1 fois /semaine	
nitrazepam		1 fois /semaine	
nordiazepam		1 fois /semaine	
oxazepam		1 fois /semaine	
prazepam		1 fois /semaine	
temazepam		1 fois /semaine	
triazolam		1 fois /semaine	
zopiclone		1 fois /semaine	
clotiazepam		1 fois /semaine	
loflazepate	id	1 fois /semaine	
loprazolam	id	1 fois /semaine	
tetrazepam		1 fois /semaine	
zolpidem		1 fois /semaine	

Stupéfiants (recherche et dosages)

Id et/ou dosage	Molécules	
Cannabis	THC, OH-THC-THC-COOH	1 fois /semaine (effectué le lundi)
Stupéfiants	cocaine et métabolites	PRODUITS STUPEFIANTS Dépistage rapide : Urines => Voir Bon PABIM Confirmation et leu dosage (délai de rendu de résultats de 2 à 3 semaines): Stupéfiants classiques <input type="checkbox"/> PIOCQ Plasma (opioïdes, amphétamines, cocaïne, bupr, méthadone) Cannabis: <input type="checkbox"/> PIDCA Plasma Recherche dans le cadre d'une suspicion de prise de NPS <input type="checkbox"/> (délai de rendu de résultats de 2 à 3 semaines): <input type="checkbox"/> PPNPS Plasma <input type="checkbox"/> PUNPS Urines → Contexte et Nom du produit (OBLIGATOIRE):
	opiacés licites et illicites (heroïne, morphine)	
	amphétamines	
	MSO (buprenorphine, methadone)	
	NPS (Mephedrone, 4-MEC, MBDB ...)	
	Fréquence de réalisation :	1 fois /semaine (effectué le jeudi)
MSO (buprenorphine, methadone) : dosage		1 fois /semaine (effectué le vendredi)

+ dépistage sur automate (tous les jours, sur le bon PABIM) :
opiacés, barbituriques, cocaïne, amphétamines, benzodiazépines, THC, bupré, méthadone

PHARMACOLOGIE TOXICOLOGIE - 1 tube			
TOXIQUES - DEPISTAGE		ADDICTOLOGIE	
<input type="checkbox"/> PUAMP	Amphétamines	<input type="checkbox"/> PUCAN	Cannabis
<input type="checkbox"/> PUBAR	Barbituriques	<input type="checkbox"/> PUCOC	Cocaïne
<input type="checkbox"/> PUBZD	Benzodiazépines	<input type="checkbox"/> PUMET	Méthadone
<input type="checkbox"/> PUBUP	Buprénorphine	<input type="checkbox"/> PUOPI	Opiacés
		<input type="checkbox"/> PUCOT	Cotinine
		<input type="checkbox"/> PUEGL	Ethylglucuronide
		<input type="checkbox"/> PUADU	Test d'adultération (PH)

En pratique : Quand ? (1)

1. Toujours après **atteinte de l'état d'équilibre**

- _ Sans dose de charge : **5 ½ vies**
- _ Avec dose de charge : immédiatement

2. **En début** de traitement (après équilibre)

- _ Observance
- _ Adaptation d'un médicament à forte variabilité inter-individuelle (ciclosporine)

En pratique : Quand ? (2)

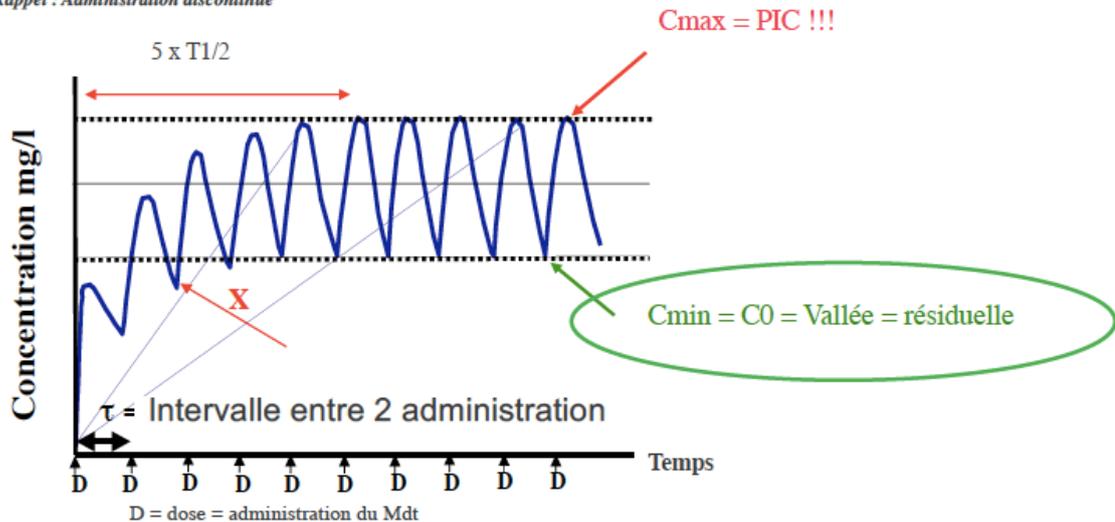
3. **En cours** de traitement

- _ Risque d'interaction :
(début / arrêt du médicament intercurrent)
- _ Modification physiologique / pathologique pouvant induire une variation des paramètres PK
- _ Modification de dose ou de forme galénique
- _ Suspicion de surdosage
- _ Mauvaise réponse au traitement
 - Inobservance ?
 - Problème PK ?
 - Problème pharmacodynamique (chimiorésistance) ?

En pratique : Quand ? (3)

Après atteinte de l'état d'équilibre : $5T_{1/2}$

Rappel : Administration discontinuée



En pratique : Comment ?

> Type d'échantillon important

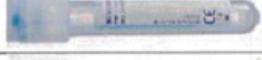
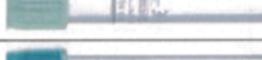
- Sérum, plasma : tube **hépariné vert** (ou bleu pour Li) voire rouge sec ou EDTA

- **Sans gélose**

> Attention : si administration IV ou perfusion

- Prélever côté opposé à l'administration
- Sinon conc. >>>> aux normes !!

En pratique : Comment ? Les tubes

TUBES	TYPE DE TUBES	
	Tube Vacutainer® PET Sec (Tube de purge sans additif) 5ml vide 3ml Exemple : Ponctions ...	
	Tube sec en Verre non silicocé 5ml vide 5ml Exemple : Consommation de Prothrombine...	
	Tube Vacutainer® en Verre Rouge Sec 7ml vide 7ml Exemple : Cryoglobulines...	Z/CAT = sec
	Tube Vacutainer® PET Bleu citrate de sodium 5ml vide 2,7 ml	
	Tube Vacutainer® PET Bleu citrate de sodium 5ml vide 1,8 ml Tube (demi-dose)	
	Tube Vacutainer® PET Jaune avec gel et activateur de coagulation (silice) 7ml vide 5ml	
	Tube Vacutainer® PET Vert clair avec gel et héparine de lithium 7ml vide 4,5ml	
	Tube Vacutainer® PET Vert avec héparine de lithium 7ml vide 6ml	LH ou LIH = héparine lithium
	Tube PET Bleu Marine avec héparine de sodium 7ml vide 6ml Exemple : Eléments Traces, Lithium, Zinc...	NH = héparine sodium
	Tube Vacutainer® PET Mauve EDTA K3 5ml vide 4ml Exemple : Numération, Formules sanguines...	K2E ou K3E = EDTA

Conditions et principe d'interprétation des résultats

> L'interprétation des concentrations sanguines mesurées se fait sur la base :

- Du **décal entre l'administration et le prélèvement**
 - Heure de prélèvement et d'administration **obligatoires** !!!
 - Du début de traitement (équilibre après 5 ½ vies ?)
- Des **données cliniques**
 - Indications, effets, pathologies associées ...
- Des **zones thérapeutiques**
- Des **performances** et des **limites** de la **technique analytique** employée

Informations nécessaires à l'interprétation correcte des résultats : permet de vérifier que le prélèvement a été réalisé correctement (pic, état d'équilibre, interactions ...)

patient

prescripteur

Préleveur

Date et heure de prélèvement exactes

Médicament posologie, date de début de traitement, traitements associés, ...

Date et heure de prise exactes

Table des annexes

<u>ANNEXE 1 : CATALOGUE DES DOSAGES PHARMACOLOGIQUES DISPONIBLE AU CHU DE BORDEAUX</u>	125
--	-----

Serment De Galien

Je jure en présence de mes Maîtres de la Faculté et de mes condisciples :

- d'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement ;
- d'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 ;
- de ne jamais oublier ma responsabilité, mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine, de respecter le secret professionnel.

En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser les 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.

L'UHSA dans un parcours de soins pénitentiaire : étude prospective de 3 mois à l'UHSA de Cadillac

La création des UHSA en 2011 constitue un tournant dans la prise en charge des troubles psychiatriques des détenus, en leur permettant d'être hospitalisé à temps plein avec ou sans leur consentement. Notre étude se déroule à l'UHSA de Cadillac et a pour but de décrire la population accueillie, ainsi que les particularités des thérapeutiques, aussi bien en détention qu'à l'UHSA. Une réflexion sur les thérapeutiques utilisées et sur le rôle du pharmacien au sein de ces unités est également abordée.

Il s'agit d'une étude prospective descriptive réalisée sur une période de 4 mois. Le recueil s'effectue à différents moments de la prise en charge du patient : en détention, à l'entrée et à la sortie de l'UHSA puis au retour en détention. Il mentionne les caractéristiques judiciaires et sociodémographiques des patients hospitalisés, les spécificités de l'hospitalisation ainsi que la prise en charge médicamenteuse.

Au total, 60 patients sont inclus dont 95% sont de sexe masculin. La population est majoritairement célibataire (78,3%) et sans enfant (63,3%). Près des trois quarts des patients (71%) ont des antécédents de troubles psychiatriques et un tiers est concerné par des pathologies somatiques. Plus d'un tiers (38,6%) de la population souffre de schizophrénie et cette particularité se traduit au niveau des prescriptions médicamenteuses par la présence de polythérapies psychotropes.

Ce travail met en évidence les problématiques de la prise en charge des patients en milieu carcéral en lien avec les contraintes de l'administration pénitentiaire mais aussi avec la population accueillie. Ainsi, l'UHSA constitue un lieu privilégié pour isoler le patient de cet environnement et travailler sur l'alliance thérapeutique.

Le pharmacien a un rôle essentiel à jouer dans la prise en charge des patients détenus notamment avec l'analyse quotidienne des prescriptions et la participation aux réunions cliniques. De plus, la polymédication est un argument pour développer les activités de pharmacie clinique dans ces unités en offrant au patient l'opportunité d'être acteur de sa prise en charge et ainsi améliorer son observance au traitement

Mots-clés : schizophrénie, détention, antipsychotiques, pharmacie clinique

The SAHU in a penitentiary care pathway: a 3-month prospective study at the SAHU in Cadillac

The creation of SAHUs in 2011 represents a turning point in the management of psychiatric disorders in prisoners, by allowing them to be hospitalised full-time with or without their consent. Our study takes place at the Cadillac SAHU and aims to describe the population received, as well as the particularities of the therapies, both in detention and at the SAHU. A reflection on the therapeutics used and on the role of the pharmacist within these units is also addressed.

This is a prospective descriptive study carried out over a period of 4 months. The data were collected at different times during the patient's care: in detention, on entry and exit from the SAHU and on return to detention. It mentions the judicial and socio-demographic characteristics of the hospitalised patients, the specificities of the hospitalisation as well as the drug treatment.

A total of 60 patients were included, 95% of whom were male. The population was mostly single (78.3%) and without children (63.3%). Nearly three quarters of the patients (71%) had a history of psychiatric disorders and one third were affected by somatic pathologies. More than a third (38.6%) of the population suffers from schizophrenia and this particularity is reflected in the prescriptions for drugs by the presence of psychotropic polytherapies.

This work highlights the problems of caring for patients in a prison environment in relation to the constraints of the prison administration but also to the population received. Thus, the SAHU is a privileged place to isolate the patient from this environment and to work on the therapeutic alliance.

The pharmacist has an essential role to play in the management of detained patients, particularly with the daily analysis of prescriptions and participation in clinical meetings. Moreover, polymedication is an argument for developing clinical pharmacy activities in these units by offering the patient the opportunity to be an actor in his own care and thus improve compliance with treatment.

Keywords: schizophrenia, custody, antipsychotics, clinical pharmacy

