

UNIVERSITE TOULOUSE III PAUL SABATIER
FACULTE DE SANTE
DEPARTEMENT DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

ANNEE : 2024

THESE 2024/TOU3/2093

THESE D'EXERCICE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

Présentée et soutenue publiquement
par

Nicolas ROQUIER
Né le 18 février 1997 à Rodez (12)

**ETAT DES LIEUX DE L'ORGANISATION DU CIRCUIT DU MEDICAMENT
EN MILIEU CARCERAL TOULOUSAIN ET PROPOSITIONS
D'OPTIMISATION ET DE SECURISATION**

Le 08 octobre 2024

Directeurs de thèse : Monsieur le Docteur Julien JOUGLEN
et Madame le Docteur Pauline PUYO-CANAL

JURY

Président :	Monsieur le Professeur CESTAC, Philippe
1er assesseur :	Madame le Docteur LAGARRIGUE, Aude
2ème assesseur :	Madame le Docteur MONCANY, Anne-Hélène
3ème assesseur :	Madame le Docteur DINTILHAC, Audrey
4ème assesseur :	Monsieur le Docteur JOUGLEN, Julien
5ème assesseur :	Madame le Docteur PUYO-CANAL, Pauline

PERSONNEL ENSEIGNANT
du Département des Sciences Pharmaceutiques de la Faculté de santé
au 24/08/2024

Professeurs Emérites

Mme BARRE A.	Biologie Cellulaire	M. PARINI A. Physiologie
M. BENOIST H.	Immunologie	
Mme ROQUES C.	Bactériologie - Virologie	
M. ROUGE P.	Biologie Cellulaire	
M. SALLES B.	Toxicologie	

Professeurs des Universités

Hospitalo-Universitaires

Mme AYYOUB M.	Immunologie
M. CESTAC P.	Pharmacie Clinique
M. CHATELUT E.	Pharmacologie
Mme DE MAS MANSAT V.	Hématologie
M. FAVRE G.	Biochimie
Mme GANDIA P.	Pharmacologie
M. PASQUIER C.	Bactériologie - Virologie
Mme ROUSSIN A.	Pharmacologie
Mme SALLERIN B. (Directrice-adjointe)	Pharmacie Clinique
M. VALENTIN A.	Parasitologie

Universitaires

Mme BERNARDES-GENISSON V.	Chimie thérapeutique
Mme BOUTET E.	Toxicologie - Sémiologie
Mme COSTE A.	Parasitologie
Mme COUDERC B.	Biochimie
M. CUSSAC D. (Doyen-directeur)	Physiologie
Mme DERAËVE C.	Chimie Thérapeutique
Mme ECHINARD-DOUIN V.	Physiologie
M. FABRE N.	Pharmacognosie
Mme GIROD-FULLANA S.	Pharmacie Galénique
M. GUIARD B.	Pharmacologie
M. LETISSE F.	Chimie pharmaceutique
Mme MULLER-STAU MONT C.	Toxicologie - Sémiologie
Mme REYBIER-VUATTOUX K.	Chimie analytique
M. SEGUI B.	Biologie Cellulaire
Mme SIXOU S.	Biochimie
Mme TABOULET F.	Droit Pharmaceutique
Mme WHITE-KONING M.	Mathématiques

Maîtres de Conférences des Universités

Hospitalo-Universitaires

M. DELCOURT N.	Biochimie
Mme JOUANJUS E.	Pharmacologie
Mme JUILLARD-CONDAT B.	Droit Pharmaceutique
Mme KELLER L.	Biochimie
M. PUISSET F. (*)	Pharmacie Clinique
Mme ROUCH L. (*)	Pharmacie Clinique
Mme ROUZAUD-LABORDE C	Pharmacie Clinique
Mme SALABERT A.S.	Biophysique
Mme SERONIE-VIVIEN S (*)	Biochimie
Mme THOMAS F. (*)	Pharmacologie

Universitaires

Mme ARELLANO C. (*)	Chimie Thérapeutique
Mme AUTHIER H.	Parasitologie
M. BERGE M. (*)	Bactériologie - Virologie
Mme BON C. (*)	Biophysique
M. BOUJILA J. (*)	Chimie Analytique
M. BROUILLET F. (*)	Pharmacie Galénique
Mme CABOU C.	Physiologie
Mme CAZALBOU S. (*)	Pharmacie Galénique
Mme CHAPUY-REGAUD S. (*)	Bactériologie - Virologie
Mme COLACIOS C. (*)	Immunologie
Mme EL GARAH F.	Chimie Pharmaceutique
Mme EL HAGE S.	Chimie Pharmaceutique
Mme FALLONE F.	Toxicologie
Mme FERNANDEZ-VIDAL A.	Toxicologie
Mme GADEA A.	Pharmacognosie
Mme HALOVA-LAJOIE B.	Chimie Pharmaceutique
Mme LEFEVRE L.	Physiologie
Mme LE LAMER A-C. (*)	Pharmacognosie
M. LE NAOUR A.	Toxicologie
M. LEMARIE A. (*)	Biochimie
M. MARTI G.	Pharmacognosie
Mme MONFERRAN S (*)	Biochimie
M. PILLOUX L.	Microbiologie
Mme ROYO J.	Chimie Analytique
M. SAINTE-MARIE Y.	Physiologie
M. STIGLIANI J-L.	Chimie Pharmaceutique
M. SUDOR J. (*)	Chimie Analytique
Mme TERRISSE A-D.	Hématologie
Mme TOURRETTE-DIALLO A. (*)	Pharmacie Galénique
Mme VANSTEELANDT M.	Pharmacognosie

(*) Titulaire de l'habilitation à diriger des recherches (HDR)

Enseignants non titulaires

Assistants Hospitalo-Universitaires

M. AL SAATI A	Biochimie
Mme BAKLOUTI S.	Pharmacologie
Mme CLARAZ P.	Pharmacie Clinique
Mme CHAGNEAU C.	Microbiologie
Mme DINTILHAC A	Droit Pharmaceutique
M. GRACIA M.	Pharmacologie
Mme RIGOLOT L	Biologie Cellulaire, Immunologie
Mme STRUMIA M.	Pharmacie Clinique

Attaché Temporaire d'Enseignement et de Recherche (ATER)

Mme CROSSAY E.	Pharmacognosie
Mme GRISETI H.	Biochimie
Mme MALLI S.	Pharmacie Galénique
Mme MTAT DALILA D.	Chimie Pharmaceutique
Mme MONIER M.	Microbiologie
M. TABTI R.	Chimie Thérapeutique

REMERCIEMENTS

Aux membres du jury,

A Monsieur le Professeur Philippe CESTAC,

Je vous remercie de me faire l'honneur de présider cette thèse. Vos connaissances seront sources d'un réel enrichissement pour ce travail. Soyez assuré de ma reconnaissance et de ma plus sincère considération.

A Madame le Docteur Aude LAGARRIGUE,

Vous me faites l'honneur d'apporter votre expertise à l'appréciation de ce travail. Je vous témoigne ici toute ma reconnaissance.

A Madame le Docteur Anne-Hélène MONCANY,

Merci pour votre temps précieux et pour l'intérêt que vous avez bien voulu porter à ce travail. Veuillez également accepter toute ma reconnaissance et ma gratitude.

A Madame le Docteur Audrey DINTILHAC,

Je te remercie d'avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse. Merci pour ta disponibilité, ta bienveillance et ton aide lorsque j'en ai eu besoin.

A Monsieur le Docteur Julien JOUGLEN,

Un grand merci d'avoir accepté la direction de mon travail de thèse. Je suis fier d'avoir évolué à tes côtés pendant maintenant trois semestres. J'espère que ce travail sera à la hauteur de la confiance que tu m'as accordée. Reçois ici le témoignage de mes sincères remerciements.

A Madame le Docteur Pauline PUYO-CANAL,

Je suis honoré de te compter dans mon jury de thèse, mais surtout dans la direction de ce travail. Merci pour ton accompagnement, ton soutien, ta disponibilité et tes conseils au cours de ces six mois enrichissants.

A ma famille,

A Papa et Maman, merci infiniment pour toute l'énergie et le temps que vous avez consacré à notre éducation. Grâce à vous, j'ai pu réaliser des études extrêmement enrichissantes. Votre soutien et la culture du travail que vous m'avez inculqué ont été des piliers essentiels dans mon parcours. Je serai très fier de pouvoir dire que c'est grâce à vous que je suis Docteur.

A Sonia et Alexis, nous avons partagé ensemble toutes les émotions. Grandir à la ferme, avec les bons et les mauvais moments, nous a beaucoup liés. Sachez que je serai toujours là pour vous, quelles que soient les circonstances.

A Mamie Esther, véritable source de force et de persévérance, merci pour tous ces moments partagés, pour tout ce que tu m'as apporté, et pour ces souvenirs d'enfance inoubliables. Tu es un exemple pour moi, un modèle, sans jamais oublier d'y ajouter une petite pointe d'humour.

A Tatie Monique, Tonton Pierre et Kévin, merci pour les vacances, tous ces bons moments partagés et votre aide précieuse pendant mes années montpelliéraines.

Au reste de ma famille, mon parrain, ma marraine, mes oncles et tantes, à Ilona, à la famille Kuhn, merci pour votre soutien et tous les bons moments !

A mes amis d'enfance,

A Corentin, Hendrick et Hugo, qui m'accompagnent depuis maintenant plus de 25 ans. Quelle chance j'ai eue de grandir à vos côtés et de pouvoir toujours compter sur vous. De nos parties de cache-cache à Goutrens, nos matchs de foot sur le Puech, les kermesses de l'école, à nos virées montpelliéraines, bayonnaises et nos soirées aveyronnaises. Malgré nos parcours différents, vous retrouver est toujours très ressourçant.

A LC, avec qui je partage depuis le collège sport, vacances, soirée et surtout beaucoup de souvenirs. Vous qui êtes les bienvenus à Reilhou même quand je suis absent. Valentin, comment expliquer que l'eau se mange... Quatre ans dans la même classe ça soude. Merci d'avoir toujours été présent lorsque j'en avais besoin. Dodo qui m'accompagne aussi depuis le primaire. Je ne sais pas ce qui m'a le plus marqué entre les ensilages ou la rouste que ta cousine nous a mise quand on avait 10 ans. Lolo, à toutes nos parties de foot à la récré, nos victoires et défaites sportives à l'UNSS (merci Elsa pour son sens de l'orientation...) et nos rigolades du collège au lycée. Amoto, toi avec qui j'ai partagé cette bonne vieille chambre d'internat avec Lolo, avec qui je pourrais parler de tout et de rien pendant des heures. Te savoir professeur des écoles ne me rassure pas particulièrement, mais j'espère juste que tu leur transmettras ton rire si communicatif. Jojo, toujours prêt à rendre service, IDE te va bien mieux que gardien de foot. Hâte de te voir chanter chez Nagui. John, ma LDC aux grandes oreilles. Je dois dire que je préférais quand tu n'allais pas à la salle, tu étais plus facile à

soulever. Val G, le DJ fou imprévisible qui a une capacité très forte pour prendre de mauvaises décisions en soirée. A quand le bambin ? Jason, excuse-moi de prononcer ton prénom à la française depuis la sixième mais merci de faire en sorte qu'avec John, je ne sois pas le plus gros râleur. Merci à vous tous pour tous ces moments inoubliables et pour tous ceux à venir.

A Agathe, véritable pilier depuis le collège. A nos appels jamais assez longs pour pouvoir tout se raconter, tous les conseils que je prends auprès de toi mais que je n'écoute pas et tous les bons souvenirs qui nous lient. Promis, je vais prochainement venir sur Paris.

Aux amies bournazeloises. Ali, j'espère sincèrement que ton accent reviendra à ton retour de Paris. Elsa, ton sens de l'orientation est si médiocre que tu t'es perdue en Australie... Audrey, obligé de t'attaquer sur ta petite taille (j'ai le droit tu m'appelles Frisou et oui, je t'inclue dans les bournazeloises) et Manon qui doit se sentir bien seule en Aveyron avec ces expatriées.

Aux amis du lycée et de l'internat de Monteils, Rémy mon ptit keum, Jéjé, Rémi, Antho, Nathou et tous les autres.

A mes amis Montpelliérains,

A Steph, binôme montpelliérain, qui m'a fait découvrir cette belle ville et ses alentours. Tu ne m'as pas tiré vers le haut à la faculté, arrivant toujours en retard en amphitheâtre et abonné aux repêches, mais c'était un plaisir de partager tous ces moments. On a hâte de te voir rentrer sur Montpellier pour profiter de la piscine, aller marcher dans les domaines et aller boire une petite pinte au café adj.

A Nico, qui en plus d'avoir partagé ces belles années de faculté fait aussi parti de l'aventure toulousaine (étant donné qu'un seul Nico ne suffit pas). C'est toujours un plaisir de faire maronner Steph et Flo, tellement satisfaisant qu'ils en ont migré. A nos petits tête à tête qui rendent envieux. Merci pour ta présence.

A Roro, Slalom et Ania, merci d'avoir partagé tous ces beaux moments, les TP et engueulades entre Slalom et Roro pour un mauvais dosage, les partiels, les soirées pharma, le mariage d'Ania ...

A Flo et Kélian, présents notamment dans la préparation de l'internat mais surtout dans les soirées et les mauvais coups.

A tous les autres, Kévin alias Joy Boy, Guigui, Pauline...

A mes co-internes d'hématologie, Luna, Sarah, Violaine, Justine, Anna, Lucie et Léo, qui ont égayé mon FFI et rendu cette expérience formidable. Les 36 équivalents de garde ne seront pas venus à bout des bons souvenirs. Hâte de refaire une petite partie de dutsh. Une grosse pensée pour Léo.

A mes amis de l'internat,

A toutes les belles rencontres faites sur mon 1^{er} semestre millavois,

La coloc avec Clara et nos 10kg pris en 6 mois. On ne peut pas dire que le sport nous ait fait mal, en revanche le magret et la bière... Et Laura, plus sportive que nous et surtout toujours solaire, ta présence nous manque.

Un grand merci à toute l'équipe de la PUI du CH de Millau pour leur gentillesse et leur accueil. A Fanny grâce à qui j'ai confirmé ma volonté de faire pharmacien hospitalier. J'espère un jour pouvoir dire que je suis aussi bon pharmacien que toi. A Véronique et Séverine pour leur aide tout au long de mon premier semestre.

A l'ensemble de l'équipe d'I3LM,

A Sophie, Alix et Marie-Claire, pour votre accueil, pour le temps que vous m'avez accordé et surtout pour votre gentillesse et bienveillance durant mon année passée dans cette équipe.

A Lélé que j'inclus dedans. Je tiens à m'excuser d'avoir décroché à 2 ou 3 (ou 1000) reprises. Au plaisir de t'écouter m'assurer que je ne fais pas 1m80. Et on s'étonne que je décroche...

A Clo, une nantaise et dragon (au cas où quelqu'un serait passé à côté de l'information). Et dire que tu me faisais peur à l'Oncopole... Même si je t'ai supporté (non pas l'inverse) pendant littéralement 1 an, je te remercie pour tous ces bons moments.

A Anaïs, qui a dû supporter Clo (et un peu moi aussi) pendant 6 mois. Si tu casses la tasse, sache qu'une 2^{ème} t'attend. D'ailleurs, le chat de Léo est le plus mignon.

A l'ensemble des équipes de l'Oncopole et de l'UPCO durant mes deux semestres là-bas,

A Sammy, même si tu m'as cassé 2-3 fois la jambe, t'en restes un peu trop authentique. A Samou et Cyrielle, indissociables, pour votre grand rire et votre voix de bonhomme, merci pour votre bonne humeur. A JB et sa lourdeur légendaire (je n'ai pas plus à dire).

A Eni, pour ton rire et ta spontanéité. Hâte de reréparer le robot de Logi en même temps qu'un petit stock déporté. A Fofo, bien que sérieuse et appliquée cache une personne très sombre (dark Fofo), mais surtout extrêmement gentille. A Luc, pour la bonne humeur que tu transmets. A Léa, petite dame à la voix qui porte. On devrait faire deux retours d'expériences : le premier sur l'avis des IDE que t'as eu au téléphone, et le deuxième sur ton taux de gammaGT au cours du semestre à l'UPCO.

Et à tous les autres, Thomas, Emilie (j'espère que tout va bien mamie) ...

A tous les amis de l'internat de pharmacie et de promotion,

Sans vous, cette aventure serait bien différente. A Clara, ton authenticité et ta simplicité ne sont pas grand-chose à côté de ton immense rire... j'espère que tu me feras l'honneur de mettre tes chaussures à frange (je t'entends dire « rooooh » en lisant). Merci d'être toi mec. A Cléclé, pour tous ces fous rires, ces p'tites bières, et la facilité de discuter de tout et de rien avec toi. Je pense qu'on sera d'accord pour dire que si tu fais du 42, tu achètes du 42. A Agla, que mon foie ne remerciera pas. Je serai ravi de partager avec toi une place en enfer, c'est trop tard pour nous de toute façon. A la tienne. A Jess, (au moment où j'écris ces mots, j'ai la pression Jess !), à ton extravagance et ta générosité. Je suis désolé de prendre toujours parti pour mon Nico, mais à 2 on est plus fort... Salles-la-Source t'attend. A Fat, dont la bonne humeur et le rire éclatant dissimulent une personne sincère et pleine d'affection. A Cécé, la poitevine aussi aveyronnaise que moi finalement. Quand je suis arrivé à l'internat, on m'a dit que tu hibernais alors que tu as passé toutes tes soirées ruthénoises au loft (j'ai des preuves). Et à Cancan, la maman de tout ce beau monde (tu peux lâcher cette éponge). Merci à vous tous pour ces soirées, week-end et moments passés et à venir.

Et à tous les autres, Julay, Mehdi, Gaël et Fab (hâte de passer à minima les 6 prochains mois à vos côtés), Maxime, Paupau R (merci pour le canapé il est super) ...

Et à cette belle rencontre,

A Béré, pour ton soutien, ton sourire, ta bonne humeur inépuisable (parfois un peu trop inépuisable) et toute l'énergie que tu me transmets. Ta présence est un repère, tu rends tout plus léger. Hâte de vivre pleins de nouvelles aventures à tes côtés.

Et comme il est très difficile de remercier tout le monde, merci à toutes les personnes qui ont pu m'accompagner ou me soutenir pendant ces belles années.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	3
TABLE DES MATIERES	8
LISTE DES FIGURES	11
LISTE DES TABLEAUX	12
LISTE DES ANNEXES	13
ABREVIATIONS.....	14
I. INTRODUCTION	16
II. MILIEU CARCERAL : GENERALITES ET CONTEXTE JURIDIQUE DE L'OFFRE DE SOIN	18
1. GENERALITES	18
1.1. L'administration pénitentiaire	18
1.2. Les différents types d'établissement pénitentiaires	19
1.2.1. Les maisons d'arrêt.....	19
1.2.2. Les établissements pour peines	19
1.2.3. Les autres établissements pénitentiaires	20
2. OFFRE DE SOIN EN MILIEU CARCERAL	20
2.1. Vers une loi fondamentale de politique sanitaire des patients détenus	20
2.2. Rapport du Haut Comité de la santé publique de 1993	21
2.3. La loi du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la sécurité sociale.....	22
2.4. Depuis 1994	23
2.5. Un guide pour la prise en charge sanitaire des détenus	24
3. STRUCTURE DE PRISE EN CHARGE SANITAIRE DES DETENUS EN 2024.....	25
3.1. Structures sanitaires nationales	25
3.2. Structures sanitaires régionales.....	26
3.3. Structures hospitalières	27
3.3.1. Les USMP	28
3.3.2. Les SMPR.....	28
3.3.3. Les hospitalisations de courte durée et les UHSI	29
3.3.4. Les UHSA.....	30
3.3.5. Les PUI des établissements de santé de rattachement	30
III. ETAT DES LIEUX DU CIRCUIT DU MEDICAMENT EN MILIEU PENITENTIAIRE	32
1. LES GRANDES LIGNES DU CIRCUIT DU MEDICAMENT	32
2. DES ETATS DES LIEUX FRANÇAIS SUCCESSIFS SUR L'ORGANISATION DE SOINS ET LE CIRCUIT DU MEDICAMENT	36
2.1. Un rapport d'évaluation de l'organisation des soins aux détenus en 2001	36

2.2.	Un état des lieux en 2006	37
2.3.	Un nouvel état des lieux en 2023	37
3.	PARANGONNAGE DE L'ORGANISATION DU CIRCUIT AUPRES D'ETABLISSEMENTS VOISINS	38
3.1.	L'idée du parangonnage auprès d'établissements voisins	38
3.2.	Données de nos partenaires	39
4.	ETAT DES LIEUX DU CIRCUIT DU MEDICAMENT EN MILIEU CARCERAL TOULOUSAIN .	42
4.1.	Les établissements pénitentiaires	42
4.2.	Les établissements de santé de rattachement et unités de soins.....	43
4.3.	Les effectifs médicaux et paramédicaux.....	45
4.4.	Le circuit du médicament	46
4.4.1.	La prescription	46
4.4.2.	L'approvisionnement.....	47
4.4.3.	La dispensation	47
4.4.4.	Le transport et le stockage	48
4.4.5.	La préparation	49
4.4.6.	L'administration et la distribution	50
4.5.	Les limites de ce circuit	52
IV.	ANALYSE DES CONSOMMATIONS MEDICAMENTEUSES ET DES PRESCRIPTIONS DES UNITES SANITAIRES EN ETABLISSEMENT PENITENTIAIRE TOULOUSAIN	55
1.	CONTEXTE.....	55
2.	METHODE DES ANALYSES	56
3.	ANALYSE QUANTITATIVE DE LA CONSOMMATION DE MEDICAMENTS : VOLUMETRIE GLOBALE	57
3.1.	Consommation au centre de détention de Muret	57
3.1.1.	Analyse du CPPCE 2023	57
3.1.2.	Proportion préparable en automate de dispensation nominatif sur Muret..	58
3.2.	Consommation à la maison d'arrêt de Seysses	59
3.2.1.	Analyse du CPPCE 2023	59
3.2.2.	Proportion préparable en automate de dispensation nominatif sur Seysses	60
4.	ANALYSE DES PRESCRIPTIONS.....	61
4.1.	Les prescriptions globales	61
4.1.1.	Au centre de détention de Muret	61
4.1.2.	A la maison d'arrêt de Seysses	63
4.2.	L'évolution des prescriptions.....	65
4.3.	Identitovigilance.....	66

4.4.	L'activité de validation pharmaceutique	67
5.	UN GRAND NOMBRE DE PATIENTS ET UNE PRISE EN CHARGE DUALE	68
5.1.	Des besoins importants	68
5.2.	Des profils à risque.....	69
5.3.	Une dualité de prise en charge qui interroge	71
V.	DISCUSSION.....	73
1.	LE CIRCUIT DU MEDICAMENT A TOULOUSE FACE A LA REGLEMENTATION, A L'ETAT DES LIEUX FRANÇAIS DE 2023 ET AU PARANGONNAGE	73
2.	LES PERSPECTIVES D'EVOLUTION.....	76
2.1.	Des actions à court terme.....	76
2.1.	Des perspectives à plus long terme	79
2.1.1.	Une délivrance nominative manuelle décentralisée.....	80
2.1.2.	Une délivrance nominative automatisée et centralisée	80
3.	UNE PRESENCE ACTIVE DU PHARMACIEN	81
	CONCLUSION	83
	REFERENCES	84
	ANNEXES.....	87

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Schéma des personnes placées sous main de justice (6)	19
Figure 2 : Les trois niveaux de prise en charge des patients détenus (6)	27
Figure 3 : Corrélation entre l'incidence des évènements iatrogènes médicamenteux et les systèmes d'organisation du circuit du médicament, par ordre de sécurité décroissante (16)33	
Figure 4 : Règle des 5B (17).....	35
Figure 5 : Consommation de médicaments sur Muret par classes médicamenteuses définies sur le CHU.....	58
Figure 6 : Proportion des médicaments préparables en DNAC sur Muret en 2023.....	59
Figure 7 : Proportion des médicaments préparables en DNAC et sur-conditionnables sur Muret.....	59
Figure 8 : Consommation de médicaments sur Muret par classes médicamenteuses définies sur le CHU en 2023.....	60
Figure 9 : Proportion des médicaments préparables en DNAC sur Seysses en 2023.....	61
Figure 10 : Proportion des médicaments préparables en DNAC et sur-conditionnables sur Seysses.....	61
Figure 11 : Nombre de patients selon l'unité de suivi sur Muret	62
Figure 12 : Proportion de lignes de prescription selon le suivi des patients sur Muret.....	62
Figure 13 : Nombre de patients en fonction du nombre de lignes de prescription et selon l'origine du suivi des patients de Muret	63
Figure 14 : Nombre de patients selon l'unité de suivi sur Seysses	64
Figure 15 : Proportion de ligne de prescription selon le suivi des patients sur Seysses	64
Figure 16 : Nombre de patients en fonction du nombre de lignes de prescription et selon l'origine du suivi des patients de Seysses	65
Figure 17 : Evolution proportionnelle des prescriptions en 1 mois.....	66
Figure 18 : Types d'interventions pharmaceutiques sur les UCSA	68

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Données générales des établissements contactés	39
Tableau 2 : Circuit du médicament des établissements contactés	40
Tableau 3 : Cartographie des locaux des unités de soins des établissements pénitentiaires.	44
Tableau 4 : Horaires d'ouverture des services de soins	45
Tableau 5 : Ressources humaines des SMPR	45
Tableau 6 : Ressources humaines des UCSA.....	45
Tableau 7 : Nombre de patients selon le mode de distribution par unités de soins	51
Tableau 8 : Lignes de prescription et évolution à 1 mois	66
Tableau 9 : Analyse d'identitovigilance	67

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 : Trame de l'entretien avec les pharmaciens partenaires et responsables des USMP de leurs établissements.....	87
Annexe 2 : Organisation du circuit du médicament sur le centre de détention de Muret	88
Annexe 3 : Organisation du circuit du médicament sur la maison d'arrêt de Seysses	89
Annexe 4 : Comparaison des données du parangonnage au circuit toulousain	90
Annexe 5 : Photos de l'automate de dispensation, d'un chariot de dispensation, d'une armoire de transfert, des casiers et d'un sachet de sur-conditionnement (37).....	93
Annexe 6 : Echelle CLEO de la SFPC	94
Annexe 7 : Nombre de patients en fonction du nombre de lignes de prescription et selon leurs suivis sur le CD de Muret.....	95
Annexe 8 : Nombre de patients en fonction du nombre de lignes de prescription et selon leurs suivis sur la maison d'arrêt de Seysses.....	96

ABREVIATIONS

ANSP : Agence Nationale de la Santé Publique
ARS : Agence Régionale de Santé
CH : Centre Hospitalier
CHGM : Centre Hospitalier de Gérard Marchant
CHU : Centre Hospitalo-Universitaire
COMEDIMS : Commission du Médicament et des Dispositifs Médicaux
CPPCE : Comité Pertinence des Prescriptions et Conséquences Economiques
CRA : Centre de Rétenion Administrative
CSP : Code de la Santé Publique
CSS : Code de la Sécurité Sociale
DGCS : Direction Générale de la Cohésion Sociale
DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins
DGS : Direction Générale de la Santé
DIN : Délivrance Individuelle Nominative
DIRPJJ : Direction Interrégionale de la Protection Judiciaire de la Jeunesse
DPI : Dossier Patient Informatisé
DSS : Direction de la Sécurité Sociale
EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EIM : Evènements Iatrogéniques Médicamenteux
ENAP : École Nationale d'Administration Pénitentiaire
EPSNF : Établissement Public de Santé National de Fresnes
ETP : Equivalent temps plein
HAS : Haute Autorité de Santé
HCSP : Haut Comité de santé publique
IDE : Infirmier Diplômé d'Etat
IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales
IMV : Intoxication Médicamenteuse Volontaire
IP : Intervention Pharmaceutique
LFSS : Loi de Financement de la Sécurité Sociale
MA : Maison d'Arrêt
MAF : Maison d'Arrêt des Femmes
PPSMJ : Personnes Placées Sous Main de Justice
PUI : Pharmacie à Usage Intérieur
SAS : Structure d'Accompagnement vers la Sortie

SB : Si Besoin

SMPR : Services Médico-Psychologiques Régionaux

SNS : Stratégie Nationale de Santé

SPIP : Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation

UCSA : Unités de Consultations et de Soins Ambulatoires

UHSA : Unité Hospitalières Spécialement Aménagées

UHSI : Unités Hospitalières Sécurisées Interrégionales

USMP : Unités Sanitaire en Milieu Pénitentiaire

I. INTRODUCTION

La pharmacie hospitalière joue un rôle essentiel dans la prise en charge thérapeutique des patients, y compris dans des contextes spécifiques et souvent complexes comme celui du milieu carcéral. Depuis la loi n°94-43 du 18 janvier 1994, relative à la santé publique et à la protection sociale, les personnes placées sous main de justice ont une prise en charge médicale assurée par le service public hospitalier. Le pharmacien hospitalier se retrouve alors responsable du circuit des produits de santé en milieu carcéral. Le circuit du médicament, comprenant l'ensemble des étapes allant de la prescription à l'administration des traitements, est un processus qui garantit l'efficacité, la sécurité et la qualité des soins prodigués aux détenus. Cependant, en raison de la nature particulière de l'environnement pénitentiaire, ce circuit se heurte à des défis uniques.

Les établissements pénitentiaires représentent un environnement particulièrement contraignant, où la gestion du circuit du médicament est soumise à des défis multiples et complexes. Ces défis découlent d'une part de la nature sécuritaire du milieu, mais aussi des caractéristiques propres à la population carcérale. Celle-ci se distingue par une prévalence élevée de pathologies chroniques, de troubles psychiatriques, ainsi que de comportements addictifs, nécessitant une prise en charge médicale souvent spécialisée (1). De plus, la promiscuité, les conditions de détention, ainsi que la dépendance des détenus vis-à-vis des besoins médicaux ajoutent des contraintes supplémentaires dans leur prise en charge. Cette diversité de pathologies n'est pas sans répercussion sur le circuit puisque la multitude de prescripteurs et de pratiques contraint de façon directe l'organisation du circuit du médicament.

La région toulousaine offre un terrain pertinent pour faire face aux défis liés à l'organisation du circuit du médicament en milieu carcéral, avec d'importants établissements pénitentiaires. Dans ces établissements, la gestion des médicaments doit répondre à des exigences de sécurité et de qualité, tout en s'adaptant aux spécificités du contexte carcéral. Ces spécificités incluent notamment les restrictions d'accès aux médicaments par les détenus qui sont en milieu fermé, la nécessité de limiter les stocks dans les cellules pour prévenir les abus, la nécessité d'autonomiser les patients en vue de leur réinsertion ou encore la difficulté d'assurer une continuité de soin équivalente à celle observée pour la population générale. La gestion du circuit du médicament doit également s'adapter aux exigences de prise en charge des détenus puisque deux établissements de santé y assurent les soins : le centre hospitalier de Gérard Marchant (CHGM) pour la prise en charge psychiatrique et le centre hospitalo-universitaire de Toulouse (CHU) pour le versant somatique.

Le contrôleur général des lieux de privation de liberté alerte sur les conditions d'incarcération dans son rapport de visite du centre pénitentiaire de Toulouse-Seysses de 2021. La surpopulation carcérale est à l'origine de nombreux dysfonctionnements et impacte de ce fait

l'état de santé des détenus. Sont énoncés les points suivants : « entassement dans des cellules vétustes et sales, difficultés d'accès aux activités et aux soins dans des délais raisonnables, mouvements entravés voire annulés ». Des recommandations sont alors émises et le circuit du médicament n'est pas épargné puisqu'on retrouve : « Le CHU de Toulouse doit impérativement mettre en place des modalités de prescription, dispensation et distribution des produits pharmaceutiques garantissant le maximum de sécurité pour les patients ». Les modalités de prescription ont depuis évolué avec le déploiement d'un logiciel de prescription et d'un dossier patient informatisé. (2)

Les équipes de santé pénitentiaires déploient beaucoup d'efforts pour assurer les soins des détenus. Mais elles énoncent des failles potentielles dans l'organisation du circuit du médicament pouvant avoir des répercussions significatives sur la santé des patients. Parmi les problèmes souvent évoqués figurent les erreurs de médication, l'absence d'outil adapté à l'organisation et au milieu pénitentiaire, des difficultés de suivi thérapeutique, des risques de mésusages ou encore des erreurs d'identitovigilance. Par ailleurs, les tensions de ressources soignantes et une demande importante de soins contribuent à renforcer ces problématiques.

Face à ces constats, il apparaît important d'effectuer un état des lieux précis et détaillé de l'organisation du circuit du médicament dans les établissements pénitentiaires toulousains. Ce travail vise à identifier les points faibles du circuit, à évaluer les risques associés, et à proposer des axes d'amélioration. L'objectif principal est de dresser un bilan de l'organisation actuelle du circuit du médicament à la maison d'arrêt de Seysses et au centre de détention de Muret.

Au-delà de cet état des lieux, ce travail vise à formuler des propositions pour optimiser et sécuriser le circuit du médicament. Ces propositions doivent tenir compte des recommandations nationales en matière de gestion des médicaments en milieu fermé, ainsi que des particularités locales. L'objectif est de proposer des solutions pratiques et réalistes, adaptées aux contraintes spécifiques du milieu carcéral, mais aussi capables de répondre aux exigences de qualité et de sécurité des soins.

II. MILIEU CARCERAL : GENERALITES ET CONTEXTE JURIDIQUE DE L'OFFRE DE SOIN

1. GENERALITES

1.1. L'administration pénitentiaire

En France, l'administration pénitentiaire est un service public. Cette administration a deux missions principales : une mission de garde des personnes condamnées ou en attente de jugement et une mission de réinsertion sociale pour éviter la récidive. Ces missions, mises en œuvre par l'exécution des condamnations pénales, doivent garantir la sécurité publique en assurant la surveillance des personnes détenues.

L'administration pénitentiaire est une direction du ministère de la justice comprenant :

- Une administration centrale ;
- Des services déconcentrés (directions régionales, établissements pénitentiaires, services pénitentiaires d'insertion et de probation) ;
- Deux services à compétence nationale (le Service national du renseignement pénitentiaire et l'agence du travail d'intérêt général et de l'insertion professionnelle des personnes placées sous main de justice (PPSMJ)) ;
- Un établissement public administratif chargé de la formation de tous les personnels pénitentiaires et l'École nationale d'administration pénitentiaire (ENAP).

La population pénitentiaire regroupe les individus réalisant leur peine en milieu fermé et en milieu ouvert.

Les peines en milieu ouvert concernent les personnes effectuant une peine de sursis avec mise à l'épreuve, les libertés conditionnelles qui impliquent le respect de certaines obligations et les travaux d'intérêts généraux. Ces personnes sont suivies par un juge d'application des peines assisté par un service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP), qui contrôle les obligations auxquelles ces personnes sont soumises. Les SPIP sont des services déconcentrés de l'administration pénitentiaire et assurent le contrôle et le suivi des PPSMJ. Le nombre des personnes soumises à une obligation judiciaire en milieu ouvert était de 169 683 en décembre 2021. (3)

Au 1er janvier 2024, l'administration pénitentiaire était chargée de 91 647 personnes incarcérées dont 75 897 détenus et 15 750 condamnés placés sous surveillance électronique. Ces personnes réalisent leurs peines en milieu dit fermé. Un détenu est une personne incarcérée par ordre de l'autorité judiciaire dans un établissement pénitentiaire. La figure 1 représente les différents contextes juridiques des PPSMJ. (4) (5)

MILIEU FERME			MILIEU OUVERT			
Ecroûés			Non écroués			
Détenus			Non détenus			
Prévenus	Condamnés-Prévenus	Condamnés	Mesures post-sentencielles	Ajournements	Alternative aux poursuites	Mesures présentencielles

Figure 1 : Schéma des personnes placées sous main de justice (6)

1.2. Les différents types d'établissement pénitentiaires

En 2023, 186 établissements pénitentiaires sont répartis sur tout le territoire et gérés par l'administration pénitentiaire (7). Ils reçoivent les personnes écrouées réalisant leurs peines en milieu fermé. La population écrouée se compose des personnes en détention provisoire (prévenus en attente de jugement ou mis en examen) et des personnes condamnées à une peine de prison ferme (détenues ou pas).

Les maisons d'arrêt (MA) et les établissements pour peines sont les deux catégories d'établissements pénitentiaires recevant les personnes écrouées. Un établissement pénitentiaire peut inclure maisons d'arrêt et établissements pour peine en quartiers distincts.

1.2.1. Les maisons d'arrêt

Les MA françaises sont les établissements pénitentiaires où sont détenues les personnes mises en examen, prévenues ou accusées dans l'attente d'un jugement lorsqu'elles ont fait l'objet d'un placement en détention provisoire selon le Code de procédure pénale¹. Les MA reçoivent également, à titre exceptionnel selon le code de procédure pénale, les personnes détenues condamnées à une peine d'emprisonnement inférieure ou égale à deux ans. Cependant, cette prérogative qui devait être exceptionnelle est devenue une norme. Ces établissements pénitentiaires sont sujets à un « turn over » important de détenus. Ce sont les établissements pénitentiaires qui souffrent le plus du surpeuplement carcéral (densité moyenne de plus de 150% au 1^{er} mai 2024). (5)

1.2.2. Les établissements pour peines

Les établissements pour peine reçoivent les personnes condamnées. On distingue, selon le Code pénitentiaire² :

¹ Article 714 du Code de procédure pénale

² Article R112-15 du Code pénitentiaire

- Les maisons centrales : établissements pénitentiaires, dont le régime est orienté vers la sécurité, où sont détenues les personnes condamnées à de longues peines et/ou présentant des risques.
- Les centres de détention : établissements pénitentiaires où sont détenues les personnes condamnées à une peine supérieure à deux ans et qui présentent les meilleures perspectives de réinsertion sociale.
- Les centres de semi-liberté : établissements pénitentiaires qui reçoivent les personnes condamnées admises au régime de la semi-liberté ou du placement extérieur. Ce régime d'exécution de peine permet à la personne condamnée de s'absenter de l'établissement pénitentiaire pendant la journée pour exercer une activité professionnelle, bénéficier d'un traitement médical, suivre un enseignement ou une formation ou tout autre projet d'insertion ou de réinsertion de nature à prévenir les risques de récidive.

1.2.3. Les autres établissements pénitentiaires

Depuis 2007, il existe en France, six établissements pénitentiaires spécialisés pour mineurs. Ces établissements réservés aux mineurs de 13 à 18 ans, ont une activité orientée vers l'éducation et l'insertion, tout en conservant une activité principale d'incarcération. Leurs capacités d'accueil est limitée à 60 mineurs.

Il existe également l'Établissement public de santé national de Fresnes (EPSNF). Cet établissement est spécifiquement réservé à l'hospitalisation (hors urgence et hors psychiatrie) des personnes détenues (condamnées ou prévenues). Il assure la prise en charge somatique des personnes placées sous main de justice et est composé d'un service de médecine, d'un service de soins de suite et de réadaptation, d'un service de consultations et d'un service de radiologie (8). La direction de l'établissement est assurée par un directeur pénitentiaire. Un directeur d'hôpital assure la gestion hospitalière et le fonctionnement courant de l'établissement qui relève du ministère de la santé.

2. OFFRE DE SOIN EN MILIEU CARCERAL

2.1. Vers une loi fondamentale de politique sanitaire des patients détenus

La réforme du système de soin en milieu pénitentiaire, initiée par la loi du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale, a confié au système public hospitalier la prise en charge de la santé des personnes détenues.

Avant la promulgation de cette loi, la prise en charge des détenus était sous la responsabilité de l'administration pénitentiaire et donc du ministère de la justice. La prise en charge

financière des installations et de l'achat d'équipements médicaux incombait à ce ministère. Le recrutement, les rémunérations et la gestion du personnel médical étaient aussi gérés par le ministère de la Justice.

Les détenus pouvaient choisir leur médecin traitant. Les infirmiers étaient recrutés par l'administration pénitentiaire à l'issue d'un concours ou envoyés dans les prisons par la Croix Rouge. Un gardien pouvait tenir le rôle d'infirmier, en délivrant les médicaments notamment. La dispensation des médicaments se faisait par des pharmaciens de ville.

Les détenus ne bénéficiaient pas de la prise en charge de la sécurité sociale automatiquement, mais conservaient le statut d'avant la date d'incarcération.

En 1994, monsieur Robert Badinter, ministre de la Justice sous le président François Mitterrand, puis président du conseil constitutionnel français, qualifiera la « médecine pénitentiaire » de « médecine de sous-homme » et dira : « on a compris qu'il ne pouvait exister une médecine pratiquée pour tous, une médecine carcérale et un traitement carcéral de la maladie [...] Devant la maladie, tout être humain doit être également traité. ». (9)

2.2. Rapport du Haut Comité de la santé publique de 1993

Le Haut Comité de santé publique (HCSP), remplacé par le Haut Conseil de santé publique depuis 2004, est une instance française ayant pour principales missions de réaliser des propositions d'élaboration et d'évaluation de la Stratégie Nationale de Santé (SNS).

Un rapport du HCSP de 1993 (1) met en avant la nécessité de réformer le système sanitaire carcéral. Plusieurs points sont mis en avant dans ce rapport, le premier étant la complexité de prise en charge des pathologies affectant la population carcérale : conduites addictives, VIH, hépatites B et C, tuberculose, troubles de la santé mentale...

Un deuxième point important dans ce rapport est le droit des patients incarcérés à bénéficier d'une couverture sociale et d'une prise en charge médicale identiques aux prestations présentes pour la population générale. Les objectifs principaux étant notamment la protection de la personne détenue, la lutte contre l'exclusion et la préservation d'une politique de santé publique pour des patients qui, le plus fréquemment, seront amenés à retourner en société.

Des préconisations, répondant à une approche individuelle et collective de santé publique sont émises : dépistages des affections fréquentes, éducation et prévention pour la santé, qualité et continuité des soins.

Pour répondre à ces objectifs, le rapport propose une réorganisation de la prise en charge sanitaire des détenus en « couplant » ou « jumelant » chaque établissement pénitentiaire avec un établissement de santé public de proximité. Il propose également l'affiliation des détenus au régime général d'assurance maladie. (10)

Ce rapport reste une proposition d'amélioration de la prise en charge sanitaire de personnes incarcérées mais sera un fondement de la loi du 18 janvier 1994.

2.3. La loi du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la sécurité sociale

La loi n°94-43³, notamment consacrée aux dispositions relatives à la santé publique, amène le ministère de la santé et le système public hospitalier au cœur de la prise en charge sanitaire des détenus.

L'article 2 de cette loi vient modifier les dispositions du code de santé publique⁴ (CSP) concernant les obligations et missions des établissements de santé. On retrouve pour la première fois la mention suivante : « Le service public hospitalier exerce les missions définies à l'article L. 711-1 et, de plus, concourt [...] dans des conditions fixées par voie réglementaire, 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 prévention et d'éducation pour la santé organisées dans les établissements pénitentiaires. ».

Le code de la sécurité sociale (CSS) est également impacté par l'article 3 de cette loi. Ce code⁵ mentionne alors : « Les détenus sont affiliés obligatoirement aux assurances maladie et maternité du régime général à compter de la date de leur incarcération. ».

L'article 6 de la loi de 1994, prévoit de rattacher les personnels infirmiers, anciennement sous la responsabilité des établissements pénitentiaires, auprès des établissements de la fonction publique hospitalière. Les personnels infirmiers sous contrat avec la Croix-Rouge continuent leurs missions initiales, mais sont mis à disposition des établissements publics de santé durant la durée contractuelle initialement signée entre la Croix-Rouge et l'établissement pénitentiaire.

Un dernier point essentiel est la mise en place d'unité de soin directement dans les établissements pénitentiaires, une unité rattachée à l'établissement de santé de proximité : les UCSA ou Unités de Consultations et de Soins Ambulatoires.

Son application est permise par les décrets qui ont suivi sa promulgation et inscrits dans le code de procédure pénale, le CSS ou le CSP. On retrouve notamment le Décret N°94-929 du 27 octobre 1994 relatif « aux soins dispensés aux détenus par les établissements de santé assurant le service public hospitalier, à la protection sociale des détenus et à la situation des personnels infirmiers des services déconcentrés de l'administration pénitentiaire. »

³ Loi n°94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale

⁴ Article L711-3 du Code de santé publique

⁵ Article L381-30 du Cde de la sécurité sociale (en vigueur du 01 janvier 1994 au 19 décembre 2012)

La loi de 1994 représente une avancée majeure de santé publique et individuelle pour les patients détenus.

2.4. Depuis 1994

Suite à la promulgation de cette loi, le ministère de la justice et le ministère de la santé ont conjointement publié « un guide relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice ». Ce guide a pour vocation de donner aux professionnels, carcéral et sanitaire, les clefs de la prise en charge des détenus. La première édition est publiée en 1994.

Associé à ce guide, de nouvelles lois et principes ont été promulgués afin d'améliorer la santé des détenus. Ci-dessous, certaines notions importantes :

- Arrêté du 24 août 2000 relatif « à la création des UHSI (Unités hospitalières sécurisées interrégionales) destinées à l'accueil des personnes incarcérées ». Ces structures sont destinées à l'hospitalisation des patients détenus, hors urgences et hospitalisations de courte durée (<48h). L'arrêté prévoit la présence de l'administration pénitentiaire dans la structure afin de la sécuriser.
- Loi n° 2002-1138 du 9 septembre 2002 « d'orientation et de programmation pour la justice » : cette loi, orientée principalement vers l'efficacité de la justice, va également impacter fortement le Code de la Santé Publique (CSP). Un des objectifs est le suivant : « Favoriser l'accès des détenus aux soins médicaux et psychologiques ». Elle prévoit d'hospitaliser les patients détenus dans les hôpitaux de rattachement lorsqu'une hospitalisation d'urgence ou de très courte durée est nécessaire. La mise en avant de la prise en charge des patients atteints de troubles psychiatriques est aussi évoquée. Cette prérogative va mener à la création des UHSA (Unité hospitalières spécialement aménagées). Ce sont des unités présentes dans les établissements de santé de rattachement et destinées à la prise en charge des patients et détenus atteints de troubles psychiatriques nécessitant une hospitalisation. L'accueil peut se faire avec ou sans consentement. En l'absence de tels services, les patients doivent être hospitalisés dans des établissements habilités. Ces objectifs exigent de sécuriser les transferts et les hospitalisations (escorte et surveillance). Une circulaire interministérielle publiée en 2011 définira les modalités d'accès et de fonctionnement de ces unités (admissions et sortie des patients, sécurité de UHSA, hospitalisation sans consentement...).
- Loi n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 « pénitentiaire ». Au-delà les grandes orientations telles que la clarification des missions du service public pénitentiaire et du personnel en prison, du renforcement de la prévention de la récidive ou encore du renforcement de la réinsertion, cette loi réaffirme le droit d'accès à la santé des

détenus. Le chapitre III, dédié aux Dispositions relatives aux droits et devoirs des personnes détenues, inclut une section destinée à la santé de détenus. Ci-dessous une liste non exhaustive des droits auxquels ont accès les détenus, droits décrits dans la loi pénitentiaire :

- Secret médical ;
- Egalité de prise en charge des détenus par rapport à la population générale ;
- Qualité et continuité de soin ;
- Accès aux soins d'urgence ;
- Bilan de l'état psychologique des détenus ;
- Accès à l'hygiène ;
- Bilan de santé relatif à sa consommation de produits stupéfiants, de médicaments psychotropes, d'alcool et de tabac ;
- Présence d'un aidant en cas d'handicap.

2.5. Un guide pour la prise en charge sanitaire des détenus

Un guide pour la prise en charge sanitaire et sociale des détenus (6) est mis à disposition des professionnels de santé et des professionnels du milieu carcéral. Il n'a pas pour vocation de lister exhaustivement les missions conférées à l'ensemble des acteurs mais peut servir de « référence » pour la mise en place de ces missions.

En 2019 est publiée la quatrième édition. Il est rédigé sous forme de « livre » constituant des chapitres, puis divisé en « cahier » ou sous-chapitre du guide. On retrouve des fiches synthétiques dans les cahiers pouvant servir de supports aux questions que les acteurs de la prise en charge des détenus pourraient se poser.

Les livres 3 à 6 sont notamment dédiés à l'organisation et à la mise en place du dispositif sanitaire. Par exemple, le cahier 5 du livre 3 est intitulé « Pharmacie à usage intérieur (PUI) de l'établissement de santé et prise en charge en milieu pénitentiaire ». Deux fiches sont dédiées à ce cahier et présentent les PUI de façon générale avant de décrire leurs missions et spécificités auprès des établissements pénitentiaires. La deuxième fiche est consacrée au circuit du médicament : prescription, dispensation, administration, transport et stockage des médicaments ou encore détention des médicaments en cellule sont des points évoqués.

Le présent guide est composé de 7 livres associant des annexes.

3. STRUCTURE DE PRISE EN CHARGE SANITAIRE DES DETENUS EN 2024

3.1. Structures sanitaires nationales

L'acteur principal du pilotage du système sanitaire en France reste l'Etat. Il est décisionnaire quant à la politique, l'organisation et le financement du système de soin. Ce sont principalement les ministères de la santé, de l'économie et des finances qui détiennent ces responsabilités.

Selon le CSP, le ministère de la santé « élabore et met en œuvre, en lien avec les autres ministres compétents, les règles relatives à la politique de protection de la santé contre les divers risques et les déterminants de santé susceptibles de l'affecter ». C'est la ministre de la santé et de la prévention qui joue le rôle de porte-parole du gouvernement quant à la mise en œuvre de la politique sanitaire en France. Dans le Décret n° 2022-835 du 1^{er} juin 2022 relatif aux attributions du ministre de la santé et de la prévention sont énoncées les missions qui incombent au ministre et à son ministère. Des missions de « promotion de la santé, de prévention, d'organisation des soins et d'accès aux soins pour tous ». Des missions qui sont également destinées aux patients détenus puisque découlent de ces missions générales la « lutte contre les inégalités de santé » ou encore « la lutte contre les conduites addictives et la mise en œuvre de la politique en matière de santé mentale ».

Le ministre de la santé et de la prévention a notamment autorité sur des instances luttant pour la préservation de la santé de la population, incluant les détenus. On retrouve :

- La Direction Générale de la Santé (DGS), administration centrale de la politique et de l'application de la santé publique. Cette direction a pour vocation principale la préservation, la protection et l'amélioration de l'état de santé des citoyens tout en assurant la qualité, la sécurité et l'égalité de l'accès aux soins. La DGS pilote notamment un comité de suivi des actions menées sur le territoire quant à la stratégie de prise en charge des PPSMJ.
- La Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS), qui est également une entité du ministère de la santé, tient pour rôle d'assurer à la population une offre de soins adéquate aux besoins. Elle élabore et met en œuvre les politiques publiques selon les objectifs qui ont été émis par l'Etat et les organismes de l'assurance maladie. C'est une direction qui détient un lien privilégié avec les Agences Régionales de Santé (ARS) pour assurer le pilotage de l'offre de soin. Les actions menées par la DGOS sont notamment orientées vers le financement des établissements de soins, le besoin en ressources humaines de ces établissements ou encore à la performance et la qualité de soins.
- La Direction de la Sécurité Sociale (DSS) est connue principalement pour l'élaboration de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS). Sous la juridiction du ministre de l'économie, du travail et de la santé, elle pilote les organismes chargés de la mise en œuvre de la politique relative à la Sécurité sociale : assurance maladie, accidents du

travail et maladies professionnelles, retraite, famille, dépendance, financement et gouvernance. Les organismes de sécurité sociale étant les caisses du régime général ou les régimes spéciaux.

- D'autres directions, en partie sous l'autorité du ministre de la santé, participent à l'élaboration, la mise en place et l'évaluation du système sanitaire public en France. On retrouve par exemple la Direction Générale de la Cohésion Sociale (DGCS) qui pilote notamment le financement des établissements sociaux. Sauf adaptation ou restriction, un détenu a de droit accès aux prestations sociales (allocations familiales par exemple). On retrouve aussi l'Agence Nationale de la Santé Publique (ANSP) ou Santé Publique France pour qui, l'activité principale de veille sanitaire permet la surveillance de l'état de santé des citoyens.

Ces structures nationales, au-delà leurs missions pour la population générale, élaborent et instaurent les dispositions nécessaires au respect des droits fondamentaux pour les personnes privées de liberté, la privation de liberté ne représentant en aucun cas la privation du droit à la santé.

3.2. Structures sanitaires régionales

Les ARS sont les structures institutionnelles et sanitaires de référence au niveau régional. En pilotant la politique sanitaire en région et en y régulant l'offre de santé, elles font le lien entre les établissements de santé et les structures nationales. La prévention, la veille et la sécurité sanitaire, la santé publique et environnementale, les soins et les prises en charge médico-sociales sont des missions représentant en partie le panel de compétence des ARS.

Elles ont évidemment pour rôle de garantir aux personnes incarcérées, un niveau de soins égal à celui proposé à la population générale. Par exemple, les ARS sont pilotes de la commission Santé Justice régionale. Cette commission, réunie annuellement et composée en partie de l'ARS et de la Direction Interrégionale de la Protection Judiciaire de la Jeunesse (DIRPJJ), veille aux actions menées en régions quant à l'application des politiques et orientations nationales de la prise en charge sanitaire des détenus. A cette commission peuvent être conviés les professionnels de la santé ou du milieu carcéral participant à la santé des détenus.

Les ARS métropolitaines au nombre de treize, et les quatre ARS outre-mer sont des acteurs majeurs de la coordination régionale visant à appliquer les politiques sanitaires publiques. Elles permettent notamment de faire le lien entre établissements de santé et établissements pénitentiaires. Elles président ou participent à d'autres commissions loco-régionales importantes relatives aux soins apportés aux détenus. On retrouve notamment le conseil d'évaluation de l'établissement pénitentiaire, le comité de coordination entre professionnels

de santé et carcéral, la commission santé ou encore la commission de suivi des UHSI et UHSA.
(6) (11)

3.3. Structures hospitalières

Depuis que la prise en charge des détenus est sous les compétences du service public hospitalier, cette entité s'est organisée afin de dispenser les soins en milieu pénitentiaire ou en milieu hospitalier lorsque nécessaire. Cette organisation est basée sur la création « d'unités fonctionnelles » au sein d'un pôle d'activité de l'établissement de santé.

Ces unités ont été construites selon deux critères principaux : le niveau de prise en charge et le caractère somatique ou psychiatrique de la prise en charge.

La figure 2 présente les trois niveaux de prise en charge. Le niveau 1 est essentiellement consacré aux consultations. Elles sont réalisées dans les Unités Sanitaires en Milieu pénitentiaire (USMP). Les USMP permettent la prise en charge somatique et psychiatrique. Anciennement, les USMP étaient divisées en UCSA et en Services Médico-Psychologiques Régionaux (SMPR). Le niveau 2 est consacré aux hospitalisations à temps partiel, soit dans l'établissement de santé de rattachement pour les soins somatiques (prise en charge impossible à l'USMP et nécessitant des outils disponibles en milieu hospitalier), soit directement à l'USMP pour des hospitalisations de jour en psychiatrie. Le niveau 3 est lui consacré aux hospitalisations à temps complet. Les UHSA et les UHSI sont des unités présentes dans les établissements de santé et sont respectivement destinées aux soins psychiatriques ou somatiques.

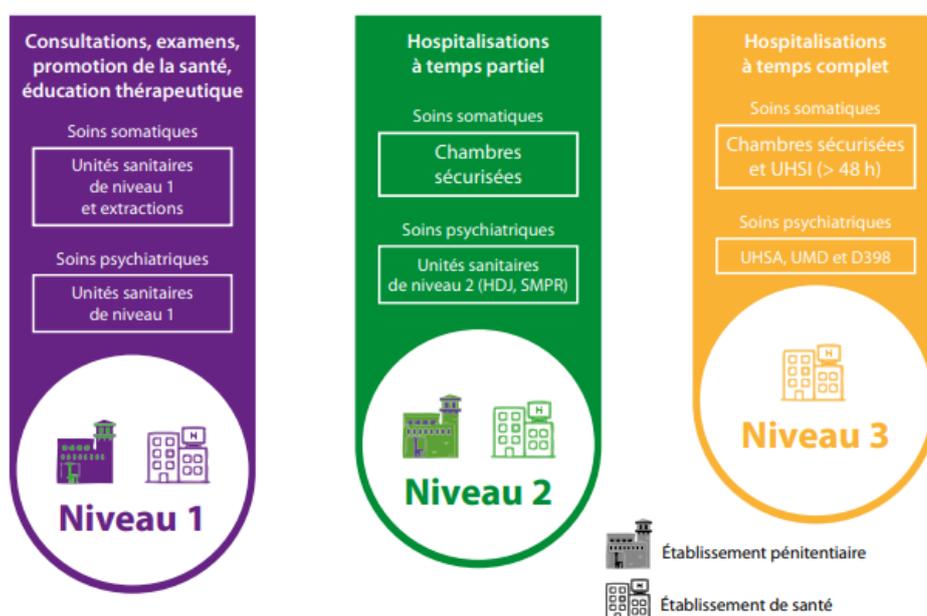


Figure 2 : Les trois niveaux de prise en charge des patients détenus (6)

3.3.1. Les USMP

Les USMP sont des unités de soins implantées dans les établissements pénitentiaires et sont au nombre de 175 en 2022 (12). Elles doivent inclure un dispositif de soins somatiques et un dispositif de soins psychiatriques. Dans certaines USMP, une division entre UCSA et SMPR existe toujours, principalement de par la complexité de leurs missions.

Concernant le dispositif de soins somatiques au sein des USMP, un protocole conjoint entre établissements pénitentiaires et hospitaliers doit définir leurs modalités de fonctionnement. Plusieurs missions leur sont allouées (13). On retrouve :

- les consultations de médecine générale et spécialisées dont les consultations dentaires ;
- les actes de soins infirmiers ;
- les examens médico-techniques ;
- la dispensation de médicaments et dispositifs médicaux ;
- les interventions en matière d'hygiène et de prophylaxie des maladies transmissibles, ainsi que la coordination et/ ou la réalisation des actions de prévention et d'éducation de la santé.

Pour réaliser ces missions, les USMP doivent disposer des ressources nécessaires à leurs fonctionnements (ressources humaines, locaux appropriés). Comme pour les autres unités hospitalières, le personnel hospitalier est composé du personnel médical (médecins, dentistes, pharmaciens...), paramédical (infirmières, préparateurs en pharmacie...) et administratif (secrétariat...).

Les locaux sont mis à disposition de l'hôpital par l'établissement pénitentiaire. Ils doivent être appropriés pour des consultations, examens, voir à l'implantation d'une pharmacie à usage intérieur (PUI)⁶. L'entretien des locaux est sous la responsabilité des établissements de santé, avec pour objectif de prévenir les infections associées aux soins ou à l'hygiène des locaux.

Sont prévus aux USMP une consultation d'entrée (idéalement dans les plus brefs délais), des consultations à la demande des patients, un examen médical de sortie permettant d'anticiper la continuité des soins, ou encore des consultations en conditions particulières comme lorsque le patient se trouve en quartier de confinement par exemple.

3.3.2. Les SMPR

Certaines USMP sont porteuses de SMPR. Ce sont des unités présentes dans certains établissements pénitentiaires et destinées aux soins psychologiques des patients. On en dénombre 26 sur le territoire français en 2023. Ces unités existaient avant la création des

⁶ Article D115-5 du CSP

UCSA puisqu'elles ont été créées suite à la publication du décret 86-802 du 14 mars 1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique.

Comme pour les USMP, plusieurs missions leur sont allouées mais répondent ici à des soins de niveau 1 (consultations, activités thérapeutiques...) ou de niveau 2 (hospitalisation de jour et prise en charge renforcée) (Figure 2). On retrouve par exemple :

- Des actes de dépistage de pathologies psychiatriques ;
- Des consultations initiales et de suivi psychiatrique ;
- Prendre en charge les patients souffrant de troubles psychiatriques ;
- La lutte contre les addictions.

Les SMPR sont rattachés à un établissement de santé mentale public. Pour les établissements pénitentiaires ne disposant pas d'un SMPR, la prise en charge des patients se fait à l'USMP avec la présence de personnel issu d'établissements psychiatriques (en lien ou non avec l'établissement de santé de rattachement). Dans ce cas, seuls des soins de niveau 1 peuvent y être réalisés. (6)

3.3.3. Les hospitalisations de courte durée et les UHSI

Certains patients peuvent avoir besoin de soins somatiques de niveau 2 ou 3 (Figure 2). Dans ces cas, l'hospitalisation en établissement de santé est nécessaire.

Concernant les soins de courtes durées (urgences ou soins de durée inférieure ou égale à 48h), une hospitalisation peut avoir lieu dans les établissements de santé de rattachement. Tous les services de l'établissement peuvent être concernés par l'accueil de ces patients (urgences et services de médecine-chirurgie-obstétrique (MCO)). Les conditions de transfert de ces patients, leur éligibilité à l'hospitalisation en urgence ou pour des durées courtes et les conditions de surveillance dans les services de soins sont protocolisés. S'il y a nécessité de prolonger l'hospitalisation, les patients peuvent être transférés vers une UHSI.

Les UHSI sont des unités d'hospitalisation présentes dans certains établissements de santé de rattachement et destinées à l'accueil de patients détenus nécessitant une prise en charge hospitalière somatique de plus de 48h. Il en existe 8 en France, systématiquement rattachées à un CHU. Elles peuvent recevoir des détenus de l'ensemble d'une région géographique, région définie dans l'Arrêté du 24 août 2000 relatif à la création des UHSI⁷.

Les patients peuvent y être transférés directement de l'établissement pénitentiaire ou après un passage aux urgences ou dans un service de MCO. Le consentement éclairé du patient est

⁷ Arrêté du 24 août 2000 relatif à la création des unités hospitalières sécurisées interrégionales destinées à l'accueil des personnes incarcérées

recueilli et associé à une plaquette d'information délivrée au patient. Dans ces unités, les patients sont soumis aux mêmes règles que celles applicables dans l'établissement pénitentiaire. Il n'y a pas de circulation libre et les chambres sont sécurisées. La sécurité du service est assurée par l'administration pénitentiaire et les locaux sont adaptés aux missions de prise en charge et de surveillance. Cette organisation est également décrite dans l'Arrêté du 24 août 2000.

3.3.4. Les UHSA

Les hospitalisations de patients détenus souffrant de troubles psychiatriques sont réalisées dans les UHSA. Ces unités reçoivent les patients devant bénéficier de soins psychiatriques de niveau 3. Elles sont systématiquement situées dans un hôpital assurant des soins psychiatriques et représentent un lieu spécialisé et sécurisé pour l'accueil de ces patients. Actuellement, 9 unités sont effectives en France. (14)

Les modalités de fonctionnement sont également inscrites dans le Code de santé publique et dans la circulaire interministérielle DGOS/R4/PMJ2/2011/105 du 18 mars 2011 relative à l'ouverture et au fonctionnement des UHSA. L'administration pénitentiaire assure les transferts, entrées et sorties, mais n'est pas systématiquement présente dans les services, sauf exception.

Concernant l'admission des patients, elle peut se faire avec ou sans consentement. En l'absence de consentement, l'hospitalisation est régie par des certificats médicaux soumis à des règles (certificat initial et de maintien en hospitalisation). Le patient peut donner son consentement au cours de la prise en charge.

3.3.5. Les PUI des établissements de santé de rattachement

Depuis la loi de 1994, les PUI doivent également assurer leurs missions dans les services présents dans les établissements pénitentiaires. Leurs missions générales sont la gestion de stock, l'approvisionnement dans les services, l'acte de dispensation des médicaments, la gestion des dispositifs médicaux stériles... Finalement, l'ensemble de leurs missions et obligations sont applicables à ces services.

Des locaux de la pharmacie peuvent être implantés dans les établissements pénitentiaires et les ressources humaines doivent être adéquates aux besoins. L'acheminement des médicaments doit être sécurisé et adapté aux produits thermosensibles. La dispensation doit pouvoir être faite au moins une fois par jour tel que défini dans le CSP⁸ et des dotations de traitements d'urgences doivent répondre aux besoins des services.

⁸ Article R5126-2 à R5126-47 du Code de la santé publique

La dispensation reste l'activité majeure d'une PUI. Elle peut être nominative pour un patient donné, ou globalisé pour le renouvellement de dotation des unités de soins. L'acte de dispensation, doit associer analyse pharmaceutique de l'ordonnance, préparation éventuelle des doses à administrer et potentiellement informations et conseils pharmaceutiques.

Les PUI se retrouvent donc au cœur de la prise en charge d'une population fragile, de par l'incarcération, la proximité des détenus en cellule et les pathologies complexes associées aux exigences du milieu pénitentiaire.

III. ETAT DES LIEUX DU CIRCUIT DU MEDICAMENT EN MILIEU PENITENTIAIRE

1. LES GRANDES LIGNES DU CIRCUIT DU MEDICAMENT

Le circuit du médicament se divise en plusieurs étapes réalisées simultanément ou successivement. Les étapes classiquement décrites sont la prescription, la dispensation, la préparation et l'administration. En établissement de santé, d'autres étapes sont inévitables comme la livraison et le stockage. Le pharmacien a une responsabilité importante dans la gestion de ce circuit.

La prescription est un acte médical et peut être informatisée. Plusieurs professionnels de santé sont autorisés à prescrire comme les médecins généralistes et spécialistes, les chirurgiens-dentistes ou encore les sages-femmes. Depuis peu, les pharmaciens sont également autorisés à prescrire dans un cadre déterminé⁹ ¹⁰. De la prescription découle une ordonnance qui doit répondre à des exigences en matière de traçabilité et de lisibilité. L'informatisation de la prescription permet par exemple de faciliter la prescription en dénomination commune, d'utiliser les médicaments présents au livret thérapeutique d'un établissement de santé, de choisir la forme galénique la plus adaptée, la durée, la voie et les horaires d'administration... Elle permet également de rédiger et d'informatiser des protocoles thérapeutiques pour en faciliter l'usage. Ces protocoles sont décidés conjointement et pluri-professionnellement. La prescription est la première étape amorçant le circuit du médicament.

Vient alors la dispensation. C'est un acte pharmaceutique qui associe délivrance de médicaments, analyse pharmaceutique, préparation éventuelle et mise à disposition des informations sur le bon usage du médicament. L'analyse de l'ordonnance se divise en deux étapes : l'analyse réglementaire visant à vérifier la conformité de l'ordonnance, et l'analyse thérapeutique permettant de s'assurer de la cohérence des médicaments prescrits par rapport au contexte clinique et aux données pharmacologiques (posologie, interactions médicamenteuses, effets indésirables...). L'analyse thérapeutique est réservée aux pharmaciens ou internes en pharmacie. De cette activité peut découler une intervention pharmaceutique (IP). Une IP est définie comme « toute proposition de modification de la thérapeutique initiée par le pharmacien en lien avec un/des produit(s) de santé » (15). Le pharmacien émet alors des propositions d'optimisation de la prise en charge médicamenteuse des patients.

⁹ Arrêté du 21 février 2023 relatif au « renouvellement et à l'adaptation des prescriptions par les pharmaciens exerçant au sein des pharmacies à usage intérieur en application de l'article L. 5126-1 du code de la santé publique »

¹⁰ Décret n° 2023-736 du 8 août 2023 relatif aux compétences vaccinales des infirmiers, des pharmaciens d'officine, des infirmiers et des pharmaciens exerçant au sein des pharmacies à usage intérieur, des professionnels de santé exerçant au sein des laboratoires de biologie médicale et des étudiants en troisième cycle des études pharmaceutiques

La dispensation inclut également la délivrance des produits de santé. C'est la PUI qui se charge de mettre à disposition ces produits auprès des unités de soins. Cette mise à disposition, via la délivrance, peut se faire selon plusieurs modalités (16):

- La délivrance globale : elle permet le renouvellement des médicaments qui sont en dotation dans les unités de soins. Le listing de dotation est conjointement décidé entre pharmacien, médecin et cadre du service. Elle doit répondre aux besoins de l'unité de soin et doit faire l'objet d'une mise à jour régulière.
- La délivrance individuelle nominative : les médicaments sont délivrés prise par prise par la PUI. Elle exige une activité de préparation en doses unitaires par patient et peut être journalière, pluri hebdomadaire voire hebdomadaire.
- La délivrance reglobalisée : les médicaments sont délivrés de manière globale aux unités de soins, mais selon les prescriptions des patients et pour une durée donnée. La préparation des doses unitaires est alors assurée par les IDE.

En établissement pénitentiaire, la dispensation doit pouvoir être assurée au moins une fois par jour et doit pouvoir répondre à toutes demandes urgentes tel que défini par l'article R5126-3 du CSP. La délivrance individuelle nominative reste le modèle de délivrance le plus sécurisé (figure 3).



Figure 3 : Corrélation entre l'incidence des événements iatrogènes médicamenteux et les systèmes d'organisation du circuit du médicament, par ordre de sécurité décroissante (16)

En établissement de santé, la PUI doit donc assurer la mission d'approvisionnement. Cette étape permet d'apporter les produits de santé du fournisseur jusqu'aux patients présents dans les services de soins. Elle impose une logistique pour pallier à tout besoin, toute urgence ou rupture de stock. Le transport des médicaments de la PUI aux services doit se faire avec des règles d'hygiène et de sécurité permettant d'assurer leur conservation et leur suivi, notamment pour certains produits à risques (chimiothérapie, stupéfiant). Dans l'unité de soin comme dans la PUI, le stockage de ces produits doit être sécurisé. Les conditions de détention,

d'étiquetage et de conservation doivent être définies, y compris pour les dotations de services. En établissement pénitentiaire, la PUI peut disposer de locaux implantés. De tels locaux permettent notamment l'acheminement, le stockage, la préparation ou encore la dispensation. Ces locaux sont la propriété de la PUI et sont donc accessibles exclusivement par le personnel de la PUI.

La préparation des médicaments est réalisée par du personnel qualifié pour cette activité : les préparateurs en pharmacie sous la responsabilité d'un pharmacien et, les IDE. C'est une activité critique dans le circuit du médicament qui exige une zone de préparation adaptée, indépendante et avec des outils d'aide à la préparation (procédures, étiquetage des médicaments à risque, documents d'aide à la reconstitution ...). La préparation doit se faire au plus proche de l'administration et les conditions de préparations doivent permettre de limiter les erreurs, en réduisant les facteurs environnementaux comme le bruit par exemple ou encore en limitant les interruptions de tâches. La préparation peut être faite selon différentes modalités :

- Les piluliers : ils doivent être nominatifs. Les médicaments ne doivent pas être déblistérés. La DCI, la date de péremption et le numéro de lot doivent être identifiables.
- Les blisters non unitaires, les traitements en vrac dans des flacons ou les traitements multidoses : le déconditionnement doit idéalement être fait au moment de l'administration. Les blisters ou flacons doivent donc suivre le pilulier. Les multidoses nominatifs doivent également suivre le chariot de soin.
- La préparation d'injectables et leurs reconstitutions sont faites par les IDE. La préparation doit être étiquetée et identifiable. L'infirmier qui prépare est idéalement celui qui administre.

En milieu pénitentiaire, le rythme de dispensation et d'administration est individualisé et défini par le prescripteur. Le profil du patient, le médicament à administrer et l'organisation interne de l'unité guident le choix. Certains patients détenus et autonomes bénéficient d'une délivrance qu'on pourrait qualifier de longue durée. Dans ce cas-là, les piluliers distribués couvrent plusieurs jours. La délivrance peut même se faire à la boîte pour une durée mensuelle. Il est important de souligner que ce rythme conditionne en corollaire, l'activité liée à cette fréquence de préparation et le volume d'activité globale liée à cette activité.

L'administration se définit comme la dernière étape du processus de prise en charge médicamenteuse du patient et repose sur la règle des 5B (figure 4), règle mnémotechnique permettant de sécuriser cet acte de soin. Avant toute administration, l'IDE vérifie l'identité patient, la concordance de la prescription et le médicament préparé, l'étiquetage et le dosage. L'administration est ensuite tracée (16).

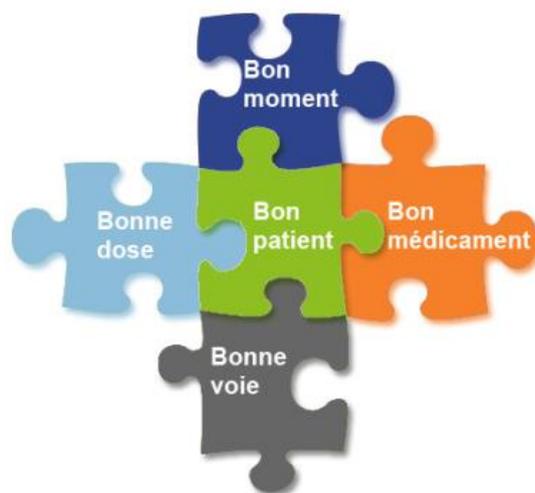


Figure 4 : Règle des 5B (17)

La distribution est possible en unité de soin lorsque le patient est jugé autonome, c'est-à-dire qu'il comprend l'intérêt de son traitement et qu'il est jugé observant.

Les règles d'administration s'appliquent aussi à la distribution mais les IDE ne peuvent pas s'assurer de la bonne prise du médicament. C'est un modèle d'organisation qu'on retrouve beaucoup en établissement pénitentiaire puisque les patients n'y sont pas hospitalisés. Les IDE ne vont donc pas administrer les médicaments, mais les distribuer et la détention des médicaments sera faite en cellule par le patient lui-même. Le circuit de distribution doit être défini et la remise des piluliers se fait en main propre en respectant les exigences d'identitovigilance. (18)

L'équipe soignante a par conséquent accès à Genesis®, logiciel qui permet de connaître l'emplacement des détenus (numéro de cellule) en temps réel¹¹. Les médicaments sont donc détenus en cellules mais l'administration pénitentiaire (AP) peut être amenée à retourner les médicaments aux services de soins si des stocks conséquents sont retrouvés lors de fouille des cellules (6). Certains médicaments comme les psychotropes et les stupéfiants doivent faire l'objet d'une surveillance particulière et donc d'une distribution adaptée.

La mise en place de ce circuit dans un établissement de santé et plus précisément dans un établissement pénitentiaire exige d'une part des ressources humaines compétentes à la réalisation de ces missions, et d'autre part, des locaux et outils adaptés à la structuration du circuit.

¹¹ Décret n° 2014-558 du 30 mai 2014 portant création d'un traitement de données à caractère personnel relatif à la gestion nationale des personnes détenues en établissement pénitentiaire dénommé GENESIS - Légifrance

2. DES ETATS DES LIEUX FRANÇAIS SUCCESSIFS SUR L'ORGANISATION DE SOINS ET LE CIRCUIT DU MEDICAMENT

2.1. Un rapport d'évaluation de l'organisation des soins aux détenus en 2001

En 2001, l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) et l'Inspection Générale des Services Judiciaires ont conjointement mené une évaluation de l'organisation des soins pour les détenus (19). Ce rapport permet notamment d'évaluer l'application de la loi du 18 janvier 1994 mais aussi son retentissement.

Ce rapport met en évidence une globale amélioration de la prise en charge sanitaire des détenus. L'amélioration de la prise en charge a notamment été permise par l'augmentation de moyens humains et financiers. A cette date, 207 établissements de santé se retrouvent alors concernés par la prise en charge de patients détenus. On observe également à travers ce rapport une augmentation des consultations par les médecins généralistes des UCSA ainsi qu'une augmentation du recours aux hospitalisations. Le principe d'égalité d'accès aux soins par rapport à la population générale semble bien être pris en compte et les mesures judiciaires n'interfèrent pas avec la prise en charge sanitaire. Le respect médical est lui aussi respecté, de par la conservation des dossiers médicaux au sein des unités sanitaires.

Cette augmentation de moyen s'accompagne d'une augmentation de la qualité des soins. Sont mis en évidence une meilleure qualification du personnel, l'accès à de meilleurs équipements et une organisation globale en progrès mais surtout une meilleure gestion du circuit du médicament. Avec une gestion par les PUI, le circuit du médicament applicable à l'hôpital s'est donc retrouvé appliqué dans les services des établissements pénitentiaires. La délivrance est faite uniquement sur prescription, la gestion des périmés et des stocks est généralisée et l'accès à tous les médicaments disponibles à l'hôpital est permis. Les médicaments sont également achetés aux prix hospitaliers, moins élevés qu'aux tarifs de ville.

Mais avec l'émergence du nouveau circuit sont également apparues certaines difficultés. On peut notamment citer les risques de détournement et de trafic, une sur-prescription de psychotropes sans réévaluation, l'absence d'accès aux médicaments ne nécessitant pas de prescription médicale ou encore la préparation et la distribution des médicaments prenant beaucoup de temps aux soignants. Avec l'augmentation de la demande de soin et l'augmentation de la consommation de médicaments, les coûts sanitaires en milieu carcéral ont augmentés malgré les avantages tarifaires hospitaliers.

2.2. Un état des lieux en 2006

En 2006, des pharmaciens exerçant en milieu hospitalier ont mené une enquête à l'échelle nationale afin de faire l'état des lieux de l'organisation du circuit du médicament dans les UCSA (20). Le but étant *in fine* d'émettre des recommandations d'optimisation nationales.

Avec un taux de réponse de 91% à l'échelle nationale, cette enquête met en évidence que 25% des UCSA ne bénéficient pas de temps préparateur ou pharmacien. Lorsque la profession est présente dans ces unités, le temps dédié reste très faible. En moyenne, le nombre d'équivalents temps plein (ETP) pharmacien et préparateur est respectivement de 0.45 et 1.35 pour un établissement pénitentiaire de 900 détenus

La distribution globale est encore très représentée mais la délivrance nominative arrive en tête avec 47% des établissements qui utilisent ce modèle.

Un autre point important mis en évidence est que les PUI ne reçoivent pas ou que partiellement les ordonnances. Dans ces cas-là, c'est la délivrance globale qui est effectuée. Seules 66% des PUI reçoivent les ordonnances dans leur totalité. Parmi ces 66%, environ 60% des équipes pharmaceutiques assurent une analyse réglementaire d'ordonnance. L'analyse pharmacothérapeutique est très peu réalisée. Un chiffre également important est que seul 10% des unités de ces 66% bénéficient d'une prescription informatisée.

Les axes d'optimisation mis en évidence sont :

- L'informatisation des prescriptions et le partage des dossiers médicaux, notamment entre équipes de spécialités différentes (somatique et psychiatrique) ;
- Le besoin de ressources humaines pharmaceutiques dans ces unités dans le but d'améliorer l'activité de dispensation et répondre aux exigences réglementaires et l'accès aux prescriptions par les PUI ;
- La sécurisation de l'étape de l'administration.

En 2006, les améliorations de la prise en charge des détenus sont considérables mais restent insuffisantes.

2.3. Un nouvel état des lieux en 2023

Un autre état des lieux national de la prise en charge des détenus et de l'organisation du circuit médicamenteux remontant à 2023 (21) a été réalisé sur le même modèle qu'en 2006 via les pharmaciens exerçant en milieu pénitentiaire. Ils devaient répondre à un questionnaire intégrant les modalités de prescription, l'informatisation, la dispensation, les modalités de préparation des doses, de délivrance, les activités de pharmacie clinique, les problématiques rencontrées et axes d'améliorations potentiels.

Seul 34% des établissements ont répondu au sondage. Parmi eux, 86% bénéficient de temps pharmacien mais la présence d'un pharmacien n'est assurée que dans 46% des cas. Pour ces établissements avec du temps pharmacien, la moyenne d'ETP est de 0.4 ETP. Quant aux préparateurs, 90% des établissements en bénéficient et la moyenne ETP y est de 0.96. Le temps pharmaceutique est en nette amélioration par rapport aux données de 2006.

L'informatisation a connu un réel essor depuis 2006 puisque 84% des établissements répondeurs ont des prescriptions informatisées. Dans ces établissements, 99% des prescriptions sont informatisées.

La dispensation nominative a également fortement progressé puisque 92% des USMP utilisent ce modèle de délivrance mais seulement 34% réalisent uniquement la dispensation nominative.

Les modes de préparation des doses individuelles nominatives les plus représentés sont la préparation journalière, l'association de préparation journalière et hebdomadaire, et la préparation hebdomadaire seule. Cette activité est principalement réalisée par des préparateurs en pharmacie. La distribution des médicaments, majoritairement réalisée par les IDE, est soit réalisée soit dans les cellules (41.7%), soit dans les cellules et USMP (52.1%).

On observe à nouveau via cet état des lieux, une globale amélioration du circuit. Sont mis en avant les points positifs suivants : augmentation globale du temps de présence des professionnels de santé (médecins, IDE et pharmaciens), une forte progression de l'informatisation des prescriptions et leur accessibilité par la pharmacie et l'augmentation de la préparation en doses individuelles nominatives. Mais des axes d'amélioration sont aussi mis en évidence : l'informatisation qui n'est pas encore exhaustive, les ressources pharmaceutiques encore faibles, une très faible activité de pharmacie clinique ou d'éducation thérapeutique, l'automatisation de la préparation est rarement réalisée et la distribution reste difficile dans les conditions pénitentiaires.

3. PARANGONNAGE DE L'ORGANISATION DU CIRCUIT AUPRES D'ETABLISSEMENTS VOISINS

3.1. L'idée du parangonnage auprès d'établissements voisins

Le parangonnage est présenté comme une méthode d'amélioration continue de la qualité en santé (22). C'est un outil pratique de l'amélioration de la qualité des soins. Il s'articule autour d'une succession d'étapes renouvelables (23). Ces étapes comprennent notamment la sélection de ce qui doit faire l'objet d'amélioration, l'identification des partenaires et la collecte des données.

Ce travail a pour but de proposer des axes d'amélioration du circuit du médicament en milieu carcéral. La sélection des données à collecter va donc concerner l'ensemble des étapes

inhérentes au circuit. Un questionnaire type a été préparé en amont de la collecte (Annexe 1). Il inclut des données sur l'établissement pénitentiaire (type de structure, capacité d'accueil...), sur l'effectif des équipes médicales, pharmaceutiques et paramédicales, et des données sur le circuit du médicament. Les questions autour du circuit portent sur la prescription, l'approvisionnement des produits de santé et la dispensation, la préparation, la distribution des médicaments aux patients et la réalisation d'activité de pharmacie clinique.

La collecte des données a été réalisée via une visioconférence avec les pharmaciens responsables du circuit dans des unités sanitaires en établissement pénitentiaire. Des établissements voisins avec un nombre de détenus sensiblement similaire à ceux des établissements pénitentiaires de Toulouse ont été sélectionnés.

3.2. Données de nos partenaires

Le Dr Minot et le Dr Terrail, respectivement pharmaciens responsables du circuit du médicament aux USMP du CHU de Bordeaux et de Montpellier, ont été contactés. Les résultats de la collecte des données sont décrits dans les tableaux 1 et 2 ci-dessous. Le tableau 1 est consacré à l'établissement, à l'organisation générale et aux effectifs médicaux alors que le tableau 2 se consacre au circuit.

Tableau 1 : Données générales des établissements contactés

	USMP de Bordeaux	USMP de Montpellier
Etablissement : <ul style="list-style-type: none"> - Type d'établissement - Nombre de sites - Capacité d'accueil - Nombre de détenus 	<ul style="list-style-type: none"> - Centre pénitentiaire – Maison d'arrêt et un SAS - Un site unique à Bordeaux-Gradignan - 500 places (MA + SAS) - 1000 détenus (MA + SAS) 	<ul style="list-style-type: none"> - Centre pénitentiaire – Maison d'arrêt et un SAS - 2 sites : la MA de Villeneuve-lès-Maguelone (12km du CHU) et la SAS dans Montpellier - 750 places (MA + SAS) - 1050 détenus (MA + SAS)
Organisation générale de l'USMP <ul style="list-style-type: none"> - Division psychiatrie/somatique ? - Unité unique ou distincte ? 	L'USMP se divise entre une UCSA et un SMPR	Une USMP avec une prise en charge somatique et psychiatrique distincte Pas de SMPR

<p>Effectif des équipes médicales :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Médecins somaticiens - Psychiatres - Spécialistes - IDE 	<ul style="list-style-type: none"> - 3 ETP de médecins somaticiens et un interne en médecine générale -3-4 ETP de psychiatres -Médecins spécialistes sur demande, infectiologue à distance, un dermatologue et un ophtalmologue tous les 15j, un gynécologue un jour par semaine 	<ul style="list-style-type: none"> - 3 ETP de médecins somaticiens - 3-4 ETP de psychiatres - 2 dentistes, 1 infectiologue un jour par semaine, autres spécialistes sur demande - 7 ETP IDE à la MA et 4 à la SAS - Une cadre
<p>Effectif des équipes pharmaceutiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pharmacien - Présence sur site - PPH - Présence sur site 	<ul style="list-style-type: none"> -1 ETP pharmacien présent sur site - 2 ETP PPH présents sur site 	<ul style="list-style-type: none"> -1 ETP pharmacien et un poste de docteur junior, présents sur site -3.2 ETP PPH présents sur la MA et 0.6 ETP pour la SAS

Tableau 2 : Circuit du médicament des établissements contactés

	USMP de Bordeaux	USMP de Montpellier
<p>Prescription :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Informatisée - Logiciel - Logiciel unique 	<ul style="list-style-type: none"> - Un logiciel de prescription unique : DxCare - Mais 2 DPI : DxCare pour le somatique et Hôpital Manager pour le psychiatrique 	<p>Un logiciel de prescription unique : DxCare</p>
<p>Approvisionnement</p> <ul style="list-style-type: none"> - Moyen d'approvisionnement - Livraison grossiste ? 	<ul style="list-style-type: none"> - Approvisionnement quotidien par la PUI du CHU de Bordeaux - Limite au maximum les commandes grossistes 	<ul style="list-style-type: none"> - Approvisionnement quotidien par la PUI du CHU de Montpellier - Limite au maximum les commandes grossistes - Commande de dotation réalisée 2 fois par semaine
<p>Stockage</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lieux - Dotation 	<ul style="list-style-type: none"> - Une antenne pharmaceutique est présente sur site et accessible aux agents de la PUI - Une dotation existe à l'UCSA dans une pièce faisant aussi office de bureau et dans une armoire sécurisée (pour traitements d'urgences le week-end) 	<ul style="list-style-type: none"> - Une pharmacie est présente sur site uniquement accessible aux agents de la PUI - Une dotation de service présente dans une pièce dédiée au stockage et à la préparation

<p>Préparation</p> <ul style="list-style-type: none"> - Par qui ? - Rythme de préparation - Manuel ou automatisé ? - Contrôle 	<ul style="list-style-type: none"> - Les PPH préparent manuellement l'ensemble des traitements, à partir de la prescription informatique, et un double contrôle est réalisé systématiquement par les IDE 	<ul style="list-style-type: none"> - Les PPH préparent l'ensemble des traitements (y compris pour les traitements distribués en semaine ou le week-end) - La préparation est manuelle
<p>Délivrance</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Délivrance par les pharmaciens à la sortie des consultations de l'UCSA en même temps que l'analyse d'ordonnance - Pour le SMPR, la distribution est faite par une IDE qui vient récupérer le traitement à l'antenne pharmaceutique jusqu'au prochain jour de renouvellement 	<ul style="list-style-type: none"> - Délivrance par les PPH pour des durées hebdomadaires ou trihebdomadaires réalisées à la pharmacie et tracées sur l'ordonnance : le patient doit se présenter au guichet de la pharmacie
<p>Distribution par IDE</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rythme - Comment est fait le choix ? - Lieu de la distribution 	<ul style="list-style-type: none"> - La distribution hebdomadaire par les IDE est la règle - Une distribution quotidienne supervisée par le SMPR est réalisée pour la méthadone - Une distribution quotidienne à l'UCSA est possible pour des patients à risque de mésusage 	<ul style="list-style-type: none"> - Les IDE distribuent en cellules uniquement les stupéfiants quotidiennement (et la méthadone le week-end) - Choix fait par le psychiatre et transmis sous forme d'Excel partagé
<p>Activité de pharmacie clinique</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Validation d'ordonnance systématique, réalisée par un pharmacien lors de la sortie des patients des consultations, accompagnée de la délivrance des traitements jusqu'au prochain jour de renouvellement - Quelques entretiens patients : prise supervisée, hépatite C, programme d'ETP et d'observance. 	<ul style="list-style-type: none"> - Validation d'ordonnances systématiques - Conciliation d'entrée (ordonnances de ville ou d'autres centres pénitentiaires récupérées) - Education à la santé, thérapeutique : mois sans tabac, hépatite C...

Les deux partenaires contactés bénéficient d'une pharmacie ou d'une antenne pharmaceutique implantées dans les services de soins. Ces espaces sont uniquement accessibles aux agents de la PUI des CHU concernés et sont dédiés au stockage des produits de santé, à l'approvisionnement et à la préparation. Cependant, un site unique facilite l'implantation de tels locaux. Une politique de prescription unique est retrouvée dans les deux

établissements. Bordeaux ne déroge pas à la règle malgré la présence d'un SMPR et d'une UCSA.

A Bordeaux, ce mode de fonctionnement est très récent puisque l'antenne pharmaceutique se trouve dans un nouvel établissement pénitentiaire ouvert en mai 2024. Ils ont profité de cette ouverture pour demander des locaux adaptés et une augmentation des ressources pharmaceutiques. Un poste de préparateur a été créé et un pharmacien est maintenant à temps plein sur site. Avec ce changement, la validation pharmaceutique de l'intégralité des ordonnances est réalisée. A la sortie des consultations, les patients avec une nouvelle ordonnance se présentent à l'antenne pharmaceutique pour rencontrer le pharmacien qui valide et délivre le traitement jusqu'au prochain jour de renouvellement en cellules. Le mode de distribution unique et hebdomadaire semble simplifier grandement le circuit mais soulève une réflexion : les médicaments sont systématiquement dispensés sans autonomisation du patient.

A Montpellier, l'USMP bénéficie d'une pharmacie où les patients se présentent. On retrouve une politique forte d'autonomisation du patient puisque ce dernier doit se présenter à la pharmacie s'il veut bénéficier de son traitement. Dans certains cas exceptionnels, la distribution peut être faite en cellules par les IDE. Le rythme de délivrance est variable selon le choix du psychiatre. Les effectifs pharmaceutiques permettent la préparation de l'ensemble des traitements, de valider toutes les ordonnances et de concilier tous les patients entrants. Ce système est rendu possible notamment par des locaux adaptés avec une pharmacie incluant un double sas pour la délivrance, des ressources pharmaceutiques adaptées aux activités réalisées, une unité sanitaire unique et une circulation libre des détenus jusqu'à la pharmacie.

Les circuits de nos partenaires sont séduisants et semblent très bien définis mais sont principalement possibles grâce à des locaux pharmaceutiques dédiés, des ressources adaptées et par une prescription unique.

4. ETAT DES LIEUX DU CIRCUIT DU MEDICAMENT EN MILIEU CARCERAL TOULOUSAIN

4.1. Les établissements pénitentiaires

A Toulouse, le milieu carcéral s'articule autour de deux gros établissements pénitentiaires : la maison d'arrêt de Seysses et le centre de détention de Muret. Nous allons nous intéresser au circuit du médicament dans ces établissements.

La SAS (Structure d'Accompagnement vers la Sortie) est une autre structure toulousaine destinée à la détention mais le circuit de cette structure n'a pas été analysé.

La maison d'arrêt de Seysses accueille les détenus prévenus, accusés dans l'attente de leur jugement, et les détenus condamnés à de courte peine de durée inférieure ou égale à deux ans. Elle se divise en plusieurs quartiers de détention ou « maison ». On y retrouve une maison d'arrêt pour femmes, deux quartiers pour hommes, un quartier pour vulnérable, un quartier d'isolement, un quartier disciplinaire et un quartier arrivant. Au 1^{er} Mai 2024, cette maison d'arrêt accueille 1169 détenus mais est en capacité d'en accueillir 580. Cela amène la densité carcérale à 201.6% (24). Cette surpopulation carcérale entraîne des problèmes considérables en termes d'hygiène et de sécurité. Le rapport du CGLPL de 2021 fait état de cette situation alarmante et demande en urgence des plans d'action pour pallier aux nombreux dysfonctionnements. (2)

Le centre de détention de Muret accueille les détenus condamnés pour de longues peines, de durées supérieures à cinq ans. On retrouve un quartier arrivant, le centre de détention, un quartier disciplinaire et un quartier d'isolement. D'autres zones sont destinées aux détenus comme des zones dédiés à la culture et la musique, au sport, aux cultes ou encore aux ateliers de travail. La capacité d'accueil du centre de détention est de 620 places. Au 1^{er} Mai 2024, 608 personnes y sont détenues ce qui amène la densité carcérale à 98.1%. (24)

4.2. Les établissements de santé de rattachement et unités de soins

Le centre de détention et la maison d'arrêt bénéficient d'une USMP. On retrouve au sein de ces deux USMP, une UCSA et un SMPR. On se retrouve donc avec quatre unités fonctionnelles au sein des deux établissements pénitentiaires :

- L'UCSA de la maison d'arrêt de Seysses
- L'UCSA du centre de détention de Muret
- Le SMPR de la maison d'arrêt de Seysses
- Le SMPR du centre de détention de Muret

Dans chaque établissement, les locaux des UCSA et des SMPR, bien que physiquement proches, sont indépendants. Le tableau 3 présente la cartographie des locaux de chaque unité.

Tableau 3 : Cartographie des locaux des unités de soins des établissements pénitentiaires

	UCSA Seysse	UCSA Muret	SMPR Seysse	SMPR Muret
Secrétariat	1	1	1	1
Bureaux du Cadre de santé (CDS)		1	1	
Bureaux infirmiers		1	1	
Bureaux de consultation	2	2	4	6
Salle de soins	1	1	1	1
Salle d'activités thérapeutiques			2	2
Salle de psychomotricité				1
Salle de kinésithérapie	1	1		
Salle d'ophtalmologie	1			
Salle de soins dentaires	1	1		
Salle de réunions	1		1	
Salle dédiée au stockage des médicaments	1	1		
Salle dédiée au stockage des dispositifs médicaux	1	1		

Le SMPR de Seysse bénéficie de 18 places d'hospitalisation de jour en plus des salles décrites dans le tableau 3 au sein de l'unité.

Les équipes sont unanimes quant à l'inadaptation des locaux et l'inadéquation entre taille et soins proposés. Le problème majeur semble être le manque de place. On peut prendre l'exemple de l'UCSA de Seysse où le bureau de la cadre fait aussi office de salle de consultation d'ophtalmologie et de salle de stockage des gaz médicaux. Le bureau du chef de service qui est dans la même pièce que le bureau du PPH fait aussi office de salle de réunion. Au SMPR de Muret, on observe que la salle de soin fait office de lieu de stockage de médicaments, de lieu d'administration des médicaments pris quotidiennement au SMPR et parfois de bureau de consultation. Les zones de stockage seront décrites dans une partie ultérieure.

Concernant les horaires d'ouverture des services de soins, les UCSA sont ouverts en semaine de 7h à 19h et le week-end de 7h à 19h sur Seysse et de 8h à 18h30 avec une coupure à midi sur Muret. Le SMPR de Muret est ouvert uniquement en semaine de 9h à 12h puis de 13h30 à 17h30. Le SMPR de Seysse est lui ouvert en semaine de 9h à 16h30 et le samedi de 8h à 13h. A Seysse, les patients présentant des troubles psychiatriques peuvent tout de même bénéficier de l'HDJ du SMPR le week-end mais leur prise en charge est assurée par l'équipe de l'UCSA. [Tableau 4]

Tableau 4 : Horaires d'ouverture des services de soins

	Semaine	Week-end
UCSA Seysses	7h-19h	7h-19h
UCSA Muret	7h-19h	8h-12h et 14h48-18h30
SMPR Seysses	9h-16h30	Samedi de 8h à 13h
SMPR Muret	9h-12h ; 13h30-17h30	Fermé

4.3. Les effectifs médicaux et paramédicaux

Les tableaux 5 et 6 présentent respectivement les nombres d'équivalent temps plein (ETP) pourvus des SMPR et des UCSA au mois de juin 2024 et transmis par les cadres de santé.

Tableau 5 : Ressources humaines des SMPR

	SMPR Seysses	SMPR Muret
Psychiatre	6	2.6
Interne	1	
Cadre de santé	1	0.8
Infirmier diplômé d'état	11.5	4.8
Psychomotricien	1	0.8
Psychologue	4	2.5
Educateur spécialisé	1	
Assistante sociale	2	1
Secrétaire	3	1
Agent du service hospitalier	1	1

Tableau 6 : Ressources humaines des UCSA

	UCSA Seysses	UCSA Muret
Médecin	3.35	2.15
Spécialistes (Infectiologue, dermatologue, pneumologue...)	0.1	0.2
Pharmacien	0.1	0.1
Dentiste	0.6	0.7
Cadre de santé	0.5	0.4
Kinésithérapeute	0,3	0,2
Infirmier diplômé d'état	14	7
Préparateur en pharmacie	0.6	0.4
Assistante sociale	1.2	0.2
Assistante dentaire	1	1
Secrétaire	2	1.6
ASH	1.5	1.5

4.4. Le circuit du médicament

4.4.1. La prescription

Dans les établissements pénitentiaires toulousains, les médecins généralistes, les spécialistes, les psychiatres, les internes en médecine et les dentistes sont autorisés à prescrire. L'utilisation d'outils informatiques permet de sécuriser cet acte (16) et de relier l'ordonnance aux dossiers patients informatisés (DPI).

Les prescriptions sont faites pendant des consultations réalisées dans les unités de soins ou, dans de plus rares cas, après des consultations faites directement en milieu carcéral (maison d'arrêt des femmes, quartier d'isolement, quartier disciplinaire). Les consultations peuvent être programmées ou non et sont faites suite à une demande médicale ou suite à une demande du patient écrite par courrier à son médecin référent ou en urgence.

Les UCSA et les SMPR, de par leur rattachement à des établissements sanitaires différents, n'utilisent pas le même logiciel de prescription, ni le même DPI. Les logiciels utilisés sont Orbis® pour les UCSA et Cortexte® pour les SMPR. La présence de deux outils entraîne un double dossier ainsi qu'une double prescription pour les patients bénéficiant d'une prise en charge à la fois somatique et psychiatrique. Autrement dit, un patient peut bénéficier de deux ordonnances. Les acteurs de la prise en charge des patients n'ont pas d'accès direct à l'ensemble des informations médicales des patients et aux prescriptions réalisées.

Les médicaments stupéfiants sont prescrits sur les logiciels mais une retranscription papier est demandée aux services pour assurer la traçabilité de l'administration et des renouvellements (comme pour les autres unités du CHU).

Les médicaments anti-cancéreux doivent eux être prescrits sur le logiciel Chimio, logiciel d'aide à la prescription et à la préparation de la pharmacie de l'Oncopole qui se charge de dispenser les médicaments cytotoxiques de l'ensemble des patients du CHU. Deux situations se présentent : les anti-cancéreux *per os* sont prescrits sur Orbis® par les médecins des UCSA et sont retranscrits sur Chimio par les pharmaciens de l'unité de pharmacie clinique oncologique (UPCO) ; les anti-cancéreux injectables sont prescrits par un oncologue ou un médecin formé à la prescription sur le logiciel Chimio et sont systématiquement administrés à l'UHSI.

De plus, les médecins spécialistes intervenant sur site n'ont pas systématiquement de droit d'accès à la prescription sur Orbis® pour les patients incarcérés. Dans ce cas, une prescription papier est réalisée puis retranscrite sur Orbis® par les médecins des UCSA.

4.4.2. L'approvisionnement

L'approvisionnement des produits de santé est assuré par la pharmacie du CHU de Toulouse. Pour cette activité, le CHU dispose d'une plateforme logistique d'approvisionnement, Logipharma. La pharmacie détient un stock de médicaments présents au livret thérapeutique de l'établissement. Pour les médicaments non présents au livret, ils sont commandés ponctuellement auprès d'un grossiste ou d'un laboratoire et transitent systématiquement par Logipharma. Cette plateforme est en mesure d'approvisionner en urgence les services de soins, y compris le soir, la nuit et le week-end via un service de garde. Une exception existe pour les médicaments anti-cancéreux *per os* pour lesquels l'approvisionnement se fait via la pharmacie de l'Oncopole.

Les commandes des services auprès de la pharmacie sont informatiques et gérées sur le logiciel Magh2®. Elles peuvent être standardisées ou en urgence. Les IDE et les PPH peuvent et doivent savoir réaliser ces commandes mais pour les SMPR, ce sont les PPH qui les passent systématiquement. La pharmacie se charge de la préparation à Logipharma et le service logistique du CHU assure le transport entre Logipharma et les unités fonctionnelles.

4.4.3. La dispensation

C'est la pharmacie du CHU qui a la responsabilité de la délivrance des médicaments en milieu pénitentiaire, y compris pour la délivrance des traitements auprès des SMPR malgré une absence d'accès au logiciel Cortexte®.

L'analyse règlementaire de l'ordonnance est permise par la prescription informatisée : les informations concernant le prescripteur et le patient, le service, la date de prescription et les informations relatives aux médicaments sont systématiquement mentionnées. Une analyse pharmacologique de l'ordonnance n'est réalisée que pour certaines ordonnances somatiques. Ces ordonnances comprennent des médicaments identifiés par la pharmacie du CHU et nécessitant un contrôle pharmaceutique de par une marge thérapeutique étroite, des contraintes d'utilisation ou encore un coût important. Ces médicaments sont dits à « délivrance nominative obligatoire » et représentent une très faible quantité de délivrance aux UCSA. Aucune analyse pharmacologique des traitements psychiatriques n'est réalisée. Quant aux médicaments anti-cancéreux, ils bénéficient systématiquement d'une analyse pharmacologique par l'équipe pharmaceutique de l'UPCO.

La préparation peut être réalisée par un PPH. Cette activité sera décrite dans une partie ultérieure.

La délivrance est réalisée selon trois organisations pour l'ensemble des unités : une délivrance individuelle nominative (DIN), une délivrance globale et une délivrance reglobalisée. La DIN est choisie pour les médicaments nominatifs obligatoires somatiques et pour des stupéfiants

n'étant pas en dotation dans les unités. Les dotations des services bénéficient d'une délivrance globale. Cette dotation est révisée annuellement par les acteurs de la prise en charge des patients et des unités. Les médicaments dits « personnels » qui ne sont pas en dotation, non à délivrance nominative obligatoire et non stupéfiants sont délivrés selon un modèle de délivrance reglobalisée. Dans ce dernier cas, une quantité correspondant aux besoins des services est délivrée, selon les prescriptions en cours. Lorsque la délivrance est globale ou reglobalisée, la préparation des doses unitaires est réalisée par un infirmier ou un PPH.

4.4.4. Le transport et le stockage

Le service logistique assure l'acheminement des produits de santé jusqu'aux unités, s'assure du respect des conditions de transport déterminées par la pharmacie (chaîne du froid, contenants identifiés et scellés, confidentialité des données patients) et trace l'approvisionnement des services.

La gestion des stocks en dotation est faite selon un système double bac. Chaque bac contient un volume suffisant pour tenir jusqu'au prochain réapprovisionnement réalisé hebdomadairement, mais les contraintes de place et limites de rangement rendent difficile cette organisation. La commande est actuellement passée manuellement sur le logiciel Magh2® sur Seysses. Un système de scannage automatisé est présent sur Muret : les étiquettes des dotations sont scannées par le PPH et un logiciel permet de générer la commande.

Pour les SMPR, les salles de stockage des médicaments sont les mêmes salles que celles dédiées aux soins. Les médicaments, qu'ils soient en dotation ou personnels, se trouvent dans des armoires à volets verrouillables par clés. Les stupéfiants sont stockés dans une armoire dédiée et fermée à clé. C'est dans ces salles de soins et de stockage que sont réalisées les préparations et les distributions individuelles journalières. Sauf exception, seuls des médicaments à visés psychiatriques se trouvent dans les SMPR.

Les UCSA bénéficient chacune d'une salle dédiée principalement au stockage des médicaments et à la préparation. Sur Seysses, malgré la faible surface (9 m²) cette salle contient également un bureau faisant office de poste IDE. Tout comme pour les SMPR, ces unités détiennent des armoires à volets verrouillables par clés dans lesquelles se trouvent les dotations et les médicaments dit personnels et nominatifs obligatoires. On retrouve dans ces armoires les traitements somatiques mais aussi des traitements psychiatriques de par l'organisation de la préparation décrite dans la prochaine partie. Ces salles de stockage sont conjointes aux salles de soins. Beaucoup de personnes y transitent pour les activités de soins, de stockage, d'approvisionnement ou pour avoir accès à un poste de travail. A l'UCSA de Seysses, les capacités de stockage sont trop faibles par rapport à la quantité de médicament

préparée. L'équipe doit passer plusieurs commandes urgentes par semaine pour s'adapter à ce manque de place.

Les médicaments jugés à risques sont identifiés par un logo institutionnel. La liste des médicaments à risques a été définie à partir des listes du CHU et du CHGM.

4.4.5. La préparation

Cette activité est réalisée sur site par les PPH ou les IDE. Les préparations sont nominatives sous forme de piluliers ou de pochettes. Le choix du contenant est régi par le mode de distribution des médicaments qui sera abordé dans la partie suivante. Pour chaque site, les préparations sont faites à partir d'ordonnances imprimées via les logiciels de prescription et les dates de distribution y sont tracées. Ces ordonnances papiers sont rangées dans des classeurs triés selon le mode de distribution. Les préparations sont réalisées dans les salles de soins pour les SMPR et dans les salles de stockages pour les UCSA.

Nous allons présenter le mode de préparation par site puis par unités. Il est important de noter qu'aucun créneau des équipes n'est destiné à cette activité. Autrement dit, les équipes préparent lorsqu'elles ont le temps et se donnent des échéances pour finir cette activité.

- Pour Muret, les traitements psychiatriques sont préparés par le SMPR et les traitements somatiques par l'UCSA :
 - A l'UCSA, 100% des préparations sont réalisées par les IDE, quel que soit le mode de distribution. Cette activité représente environ 9 heures par semaine.
 - Au SMPR, le PPH du CHU prépare les traitements distribués hebdomadairement et mensuellement de la détention. Les IDE préparent tous les autres traitements. Le PPH dédie chaque semaine, environ 4h à cette activité et les IDE y consacrent 8 heures par semaine.

- Pour Seysses, le mode de préparation est fonction de l'organisation de la prison :
 - Pour la maison d'arrêt des femmes, le PPH prépare les pochettes somatiques distribuées de façon trihebdomadaire, le reste des traitements somatiques étant préparé par les IDE de l'UCSA. Les IDE du SMPR préparent l'ensemble des traitements psychiatriques.
 - Pour le quartier arrivant, les traitements sont préparés par les IDE des deux unités selon leurs spécialités.
 - Pour les deux quartiers des hommes (MH1 et MH2), les médicaments qui sont destinés à une distribution hebdomadaire, trimensuelle, bimensuelle ou mensuelle sont préparés par les IDE du SMPR pour les traitements psychiatriques et par l'UCSA pour les traitements somatiques. En revanche, pour les médicaments distribués en trihebdomadaire, le SMPR et l'UCSA

alternent la préparation tous les mois. Pour se faire, les deux unités échangent leurs classeurs d'ordonnances papiers :

- Les mois impairs, les IDE de l'UCSA préparent l'ensemble des traitements (psychiatriques et somatiques) de la MH1. Les traitements des patients de la MH2 sont préparés par les IDE du SMPR pour le versant psychiatrique et par le PPH pour le versant somatique.
- *A contrario* pour les mois pairs, les IDE de l'UCSA préparent l'ensemble des traitements (psychiatriques et somatiques) de la MH2 alors que les traitements des patients de la MH1 sont préparés par les IDE du SMPR pour le versant psychiatrique et par le PPH pour le versant somatique.

Le temps par semaine dédié à cette activité est approximativement de 6 heures pour le PPH, d'environ 27,5 heures pour les IDE de l'UCSA et 30 heures pour les IDE du SMPR.

4.4.6. L'administration et la distribution

La très grande majorité des traitements est distribuée aux patients. L'administration est alors gérée par le patient lui-même. Rarement, les IDE de chaque unité peuvent être amenées à administrer des traitements en unités de soins, notamment pour des médicaments injectables, pour des situations d'urgences ou encore pour des patients non autonomes.

Tout comme pour la préparation, le mode de distribution va être présenté par site et par unités. Le tableau 7 représente la répartition du mode de distribution le 12/07/2024 pour chaque unités.

Sur Muret :

- Les traitements psychiatriques sont distribués par le SMPR et les traitements somatiques par l'UCSA, selon trois fréquences : quotidien, hebdomadaire et mensuel. A noter que le SMPR utilise en plus une distribution trihebdomadaire.
- Les distributions quotidiennes et trihebdomadaires sont réalisées dans les unités. Les distributions hebdomadaires et mensuelles sont faites dans l'enceinte carcérale via des points de distribution : le lundi pour l'UCSA et le mercredi pour le SMPR.

Pour les distributions hebdomadaires et mensuelles de l'UCSA, les patients doivent retourner leurs ordonnances, via la boîte aux lettres de l'infirmerie, pour déclencher la préparation et la distribution. Au SMPR, un même patient peut bénéficier d'une distribution quotidienne pour un traitement associée à un autre modèle de distribution pour d'autres traitements. Le principal médicament concerné par une distribution quotidienne est la méthadone. Devant la fermeture du SMPR le week-end, les patients bénéficiant d'une distribution quotidienne se présentent à l'UCSA et y récupèrent les traitements préparés par

le SMPR. La distribution est faite en cellules pour le quartier arrivant et pour le quartier d'isolement.

Pour Seysses :

- L'UCSA distribue ses traitements sur un rythme quotidien, trihebdomadaire, hebdomadaire, ou tous les 10, 15, 20 ou 30 jours. Ce choix dépend du profil du patient (observance, autonomie...) et du stock disponible à l'UCSA au moment de la préparation. Lorsque la distribution est « hebdomadaire ou plus », le patient doit systématiquement retourner son ordonnance à l'unité, via une boîte aux lettres, pour déclencher la préparation et la distribution.

La distribution se fait en détention en porte à porte ou après une consultation dans l'unité. C'est l'UCSA qui distribue systématiquement le quartier arrivant (somatique et psychiatrique), et la distribution pour les maisons d'arrêt des hommes s'alterne mensuellement. Le SMPR lui distribue tous les traitements de la maison d'arrêt des femmes.

- Le SMPR distribue les traitements selon trois modalités : quotidien, trihebdomadaire et hebdomadaire. Les distributions quotidiennes sont faites dans l'unité (ou à l'UCSA le samedi après-midi et le dimanche). Un même patient peut bénéficier d'une distribution quotidienne et d'une trihebdomadaire ou hebdomadaire. Cela concerne principalement les patients sous méthadone qui se présentent tous les jours à l'unité.
- Les deux unités alternent mensuellement la distribution des deux maisons d'arrêt des hommes. C'est l'UCSA qui distribue systématiquement le quartier arrivant, et le SMPR lui distribue tous les traitements de la maison d'arrêt des femmes.

Tableau 7 : Nombre de patients selon le mode de distribution par unités de soins

Type de distribution :	Muret		Seysses	
	UCSA	SMPR	UCSA	SMPR
Quotidienne	7	20	8	59
Trihebdomadaire		15	34	197
Hebdomadaire	21	68		295
Durée égale ou supérieure à 7j			307	
Délivrance ponctuelle post consultation ou si besoin	6		230	
Mensuelle	216	58		
Mode non identifié	60	29	66	63

4.5. Les limites de ce circuit

Les annexes 2 et 3 visent respectivement à résumer le circuit du médicament sur Muret et sur Seysses. L'annexe 4 compare les données du parangonnage au circuit toulousain actuel.

On s'aperçoit que de la prescription découle l'ensemble du circuit. Cette double prescription due à l'utilisation de deux logiciels différents a pour conséquence une double ordonnance pour certains patients. Elle entraîne également une double préparation et une double distribution. Au-delà des répercussions sur le circuit, la question de la sécurité de prise en charge se pose devant l'absence d'accès direct aux informations somatiques dans un sens, et psychiatrique dans l'autre.

L'utilisation d'ordonnances imprimées à partir du DPI entraîne plusieurs risques :

- L'absence de préparation due à une perte d'ordonnance ou à l'absence d'impression ;
- Divergence avec la prescription informatique suite à des modifications par le prescripteur ;
- Double ordonnance papier ;
- Poursuite d'un traitement malgré l'arrêt de la prescription informatique.

Pour pallier à ces risques, les acteurs comparent ordonnances papiers imprimées et prescriptions informatiques lors de la préparation et mettent à jour les classeurs régulièrement. De plus, les médecins impriment systématiquement les ordonnances après chaque consultation pour le patient et pour le service. Mais ces précautions semblent insuffisantes par rapport aux risques engendrés. En effet, on observe que chaque unité compte au minimum 35 ordonnances imprimées mais pas en cours de prescription sur les logiciels. Les raisons sont principalement une date de validité dépassée sur le logiciel, une ordonnance non renouvelée ou un patient sorti d'incarcération dont l'ordonnance est toujours dans les classeurs.

A contrario, le nombre minimum de prescription en cours sur les logiciels mais sans l'ordonnance papier est de 28 par unité. On retrouve également plusieurs causes comme une prescription de traitements ponctuels sans date de fin, des traitements non demandés par les patients ou une mise à jour des classeurs non effectuée.

Le temps dédié à l'activité de préparation semble difficilement mesurable. Il est demandé aux patients, bénéficiant d'une ordonnance « hebdomadaire ou plus » de les retourner aux UCSA via des boîtes aux lettres afin de les autonomiser. C'est cette étape qui amorce préparation et distribution. Le temps de préparation est donc fonction du nombre d'ordonnances à préparer et des contraintes liées à l'environnement. Globalement, les équipes consacrent un temps important à cette activité, représentant plus de 80h pour l'ensemble des unités.

Les conditions et lieux de préparation semblent inadaptés à cette activité et propices aux interruptions de tâches. A l'UCSA de Seysses, « on se marche dessus » obligeant parfois les IDE à réaliser les préparations sur le climatiseur. La capacité de stockage insuffisante entraîne des conséquences sur le choix du mode de distribution. Par exemple, les IDE peuvent se retrouver à préparer 10 jours de traitements alors que le patient doit bénéficier d'une distribution mensuelle. Ces conséquences se répercutent sur l'équipe qui devra repréparer la pochette dans le mois, mais aussi sur le patient qui devra anticiper l'envoi de son ordonnance à l'unité.

La distribution en milieu carcéral représente une étape du circuit difficile pour les équipes. Les difficultés rencontrées sont principalement liées au temps dédié à cette activité et au risque de commettre des erreurs d'identitovigilance.

Sur Muret, les patients doivent montrer leurs cartes de détention lors de la distribution, mais ce n'est pas systématiquement fait malgré les demandes répétées des équipes médicales. De plus, les patients ne se présentent pas toujours aux points de distribution, ce qui met en avant de potentiels défauts d'observance.

Sur Seysses, le risque d'erreur d'identitovigilance lors de la distribution en porte à porte est limité. Le nom des détenus est noté sur la porte de la cellule et les patients doivent énoncer oralement leur nom et prénom pour bénéficier de leur pochette ou pilulier. Mais, de par l'organisation de l'administration pénitentiaire, la distribution est très rapide voir « sportive ». Par exemple, pour les maisons d'arrêt des hommes, un IDE a une heure pour distribuer les traitements somatiques et psychiatriques de deux étages. Au-delà la distribution, c'est aussi un moment pour les patients d'exprimer des demandes d'ordres médicales, demandes souvent écourtées à cause des contraintes de temps.

Sur les deux centres, un même patient peut bénéficier de plusieurs rythmes de distribution. Par exemple, un patient peut bénéficier d'une distribution hebdomadaire pour les traitements psychiatriques alors que son traitement somatique est distribué mensuellement. Côté SMPR, un patient sous méthadone quotidiennement peut aussi bénéficier d'une distribution hebdomadaire. Le fait que des pochettes distribuées aient été préparées par une autre personne voire une autre équipe que la personne qui distribue peut également être une source de stress pour les équipes.

Les unités se sont adaptées aux conditions exigées par l'administration pénitentiaire et par les politiques des établissements sanitaires. La dualité de la prescription débouche sur une complication du circuit, notamment sur les étapes de préparation et de distribution. Cette dualité de prescription s'exprime également au travers la prise en charge du patient, avec un enjeu d'autonomisation mis en avant par les UCSA et une politique d'accompagnement par les SMPR. Sur Seysses, la surpopulation carcérale n'est pas sans retentissement sur le circuit

puisque les unités s'occupent de deux fois plus de patients qu'initialement prévus. La taille des locaux et la capacité de stockage ne sont pas adaptées à cette activité.

IV. ANALYSE DES CONSOMMATIONS MEDICAMENTEUSES ET DES PRESCRIPTIONS DES UNITES SANITAIRES EN ETABLISSEMENT PENITENTIAIRE TOULOUSAIN

1. CONTEXTE

L'analyse de la réglementation en vigueur, une analyse de la littérature, du parangonnage auprès d'établissement partenaire et l'état des lieux du circuit du médicament en milieu carcéral toulousain nous apprennent beaucoup sur les limites actuelles du circuit en place. Des difficultés sont observées à quasiment toutes les étapes du circuit du médicament. Ces observations soulignent la nécessité d'accompagner les équipes dans l'évolution du circuit. Afin de proposer des axes d'optimisation et de sécurisation, nous avons voulu dimensionner le circuit en place.

En 2023, les dépenses liées à la consommation de médicaments sur ces unités étaient de 481 690 euros, 287 060 euros pour la maison d'arrêt et 194 630 euros pour le centre de détention. Nous avons voulu étudier les prescriptions et la consommation des médicaments sur les UA de Seysses et de Muret. Les objectifs à ce stade étaient d'apprécier les besoins en médicaments, de connaître les pratiques thérapeutiques, de vérifier l'adéquation entre prescriptions et consommations ou encore d'identifier d'éventuels dysfonctionnements. Une vision globale doit servir de support à des organisations du circuit qui pourraient être mises en place.

Beaucoup d'études s'accordent sur la sécurisation de l'étape de dispensation via l'utilisation d'une DIN (16) (25) (26). Ces études mettent également en avant un gain de temps important pour les infirmiers des unités de soins. Actuellement, un automate permet de réaliser une délivrance nominative automatisée centralisée (DNAC) sur le CHU. La DNAC est un modèle de DIN et a pour objectif de sécuriser la délivrance et l'administration tout en assurant une traçabilité de l'ensemble du circuit. Le choix de l'utilisation d'un tel outil pour un service de soins est lié au nombre de patients pris en charge dans l'unité, le pourcentage des traitements dispensables en DNAC, la durée moyenne des séjours ou encore le nombre de modifications des prescriptions par jour et par patient (25) (27). Les médicaments sont alors dispensés aux services de soins nominativement et dans des emballages unitaires aussi appelés sur-conditionnements. C'est un emballage supplémentaire qui permet la préparation et le conditionnement unitaire. Le nom du médicament, la posologie, le numéro de lot et la date de péremption apparaissent alors sur ce nouveau conditionnement. Certains médicaments sont non sur-conditionnables, principalement des formes multidoses ou des formes unidoses de tailles importantes. L'annexe 5 présente des photos de l'automate de dispensation, d'un chariot de dispensation, d'une armoire de transfert, des casiers et d'un sur-conditionnement.

Un des objectifs secondaires du travail était d'estimer l'intérêt et l'éligibilité de l'utilisation de la DNAC dans les unités pénitentiaires. L'objectif *in fine* de l'utilisation d'un tel process serait

de permettre une optimisation et une sécurisation accrue de la préparation afin d'offrir un service rendu suffisant au personnel préparant jusqu'alors manuellement.

2. METHODE DES ANALYSES

Dans un premier temps, la mesure des besoins a été étudiée en s'appuyant sur le comité de pertinence des prescriptions et de conséquences économiques (CPPCE) 2023. Le CPPCE édite mensuellement l'ensemble des dispositifs médicaux et médicaments consommés par un service sur une période donnée ainsi que leur coût. Ceci permet de suivre et d'analyser les consommations de produits de santé et peut aider à optimiser la gestion de stock et les dépenses de l'établissement.

Nous avons décidé d'analyser uniquement les consommations de médicaments en regroupant UCSA et SMPR de chaque site. Les médicaments ont été regroupés par classes tel que défini par la COMEDIMS.

Nous avons ensuite mesuré la part de médicaments qui pourraient être préparés par l'automate de dispensation nominative du CHU. Pour cela, nous avons réalisé une mesure de proportion entre ce qui est préparable en DNAC et ce qui ne l'est pas. Un croisement entre le fichier de tous les médicaments qui ont été préparés au moins une fois en DNAC et le CPPCE 2023 nous a permis de faire cette mesure de proportion. Dans l'analyse, nous ne prenons pas en compte les médicaments qui ne sont pas préparés par l'automate de distribution, par choix réglementaire ou parce qu'ils sont incompatibles avec un tel mode de préparation :

- Stupéfiants et MDS ;
- Galénique incompatible (suppositoires et comprimés effervescents) ;
- Nutrition ;
- Conditionnements multidoses.

De plus, cette analyse est purement quantitative et s'affranchit des médicaments prescrits et distribués en « si besoin » (SB) qui ne seront pas préparés en DNAC. Pour finir, nous avons mesuré la part des médicaments qui seraient sur-conditionnés. L'analyse de consommation des dispositifs médicaux n'a pas été faite.

Après ce premier travail de quantification des besoins médicamenteux, un état des lieux des prescriptions informatiques des UCSA et des SMPR a été réalisé. L'objectif principal était d'avoir une vision globale des prescriptions des patients pris en charge par les UCSA, par les SMPR ou par les deux unités. L'analyse de l'évolution des prescriptions par site et par unité a aussi été faite.

Pour ce faire, des extractions des prescriptions à partir des logiciels Orbis® et Cortexte® ont été réalisées. Elles ont été faites le 12 juin 2024 et le 10 juillet 2024. Les doublons de prescriptions

qui apparaissaient sur les extractions ont été supprimés (plusieurs ordonnances identiques en cours sur Cortexte®, lignes intitulées « réévaluation médicale » sur Orbis®). Les lignes du protocole SB, non retranscrites sur les ordonnances papier ont également été supprimées pour l'UCSA de Seysses. Le protocole si besoin est un protocole de 15 lignes de médicaments pouvant être distribués par les IDE lors de demandes justifiées de patients. Il est prescrit presque systématiquement pour les patients de l'UCSA de Seysses.

Une base de données propre à chaque unité a été créée pour l'analyse de prescription des patients suivis exclusivement dans une unité. Pour les patients suivis par l'UCSA et le SMPR d'un même site, une base unique a été créée à partir des deux extractions. L'identification des patients communs a été faite par croisement des identités (nom, prénom, date de naissance et sexe) entre les deux logiciels. Le croisement des dates de naissance nous a permis de réaliser une analyse d'identitovigilance et de repérer les patients ayant des divergences d'identité entre les deux logiciels. Afin d'identifier les doublons de prescription, les prescriptions des SMPR et des UCSA des patients communs ont été regroupées et analysées.

Pour finir, une activité d'analyse pharmaceutique a été mise en place du 1^{er} mai au 1^{er} août 2024 sur les UCSA. Une base de données de suivi de la validation pharmaceutique a été implémentée. Les IP ont été recueillies et leur impact analysé. Les IP jugées importantes ont été transmises aux médecins oralement ou par e-mail. Les autres apparaissaient sur le logiciel de prescription Orbis®. Les impacts cliniques, économiques et organisationnels des IP ont été mesurés grâce à l'échelle CLEO de la société française de pharmacie clinique (Annexe 6) (28). Ces impacts ont été mesurés par la personne qui a réalisé les IP. Aucun bilan de médication ou plan pharmaceutique personnalisé n'a été réalisé. L'analyse des prescriptions des SMPR n'a malheureusement pas pu être faite devant d'absence d'accès au logiciel Cortexte®.

3. ANALYSE QUANTITATIVE DE LA CONSOMMATION DE MÉDICAMENTS : VOLUMETRIE GLOBALE

3.1. Consommation au centre de détention de Muret

3.1.1. Analyse du CPPCE 2023

La quantité de doses unitaires des médicaments consommés s'élève à 732 453 unités. Les médicaments les plus utilisés appartiennent à la classe des traitements psychiatriques, suivis des médicaments cardiovasculaires puis antalgiques. La figure 5 présente les classes représentant plus de 5000 unités consommées.

Les traitements psychiatriques représentent 45,6% des médicaments consommés sur Muret. Les hypnotiques, sédatifs et tranquillisants représentent 43,6% de cette classe, suivis des antipsychotiques pour 17,8%. Les traitements psychiatriques ne sont pas le reflet de ce qui est

prescrit par le SMPR puisqu'ils incluent les médicaments de la dépendance tabagique prescrits à l'UCSA.

Nous observons également que 20% des doses unitaires de l'ensemble des médicaments consommés concernent 5 médicaments : le Doliprane®, le Nicotinell®, le diazepam, le zopiclone et l'Euphytose®. Dans le sens inverse, 80% des consommations concernent 109 références médicamenteuses.

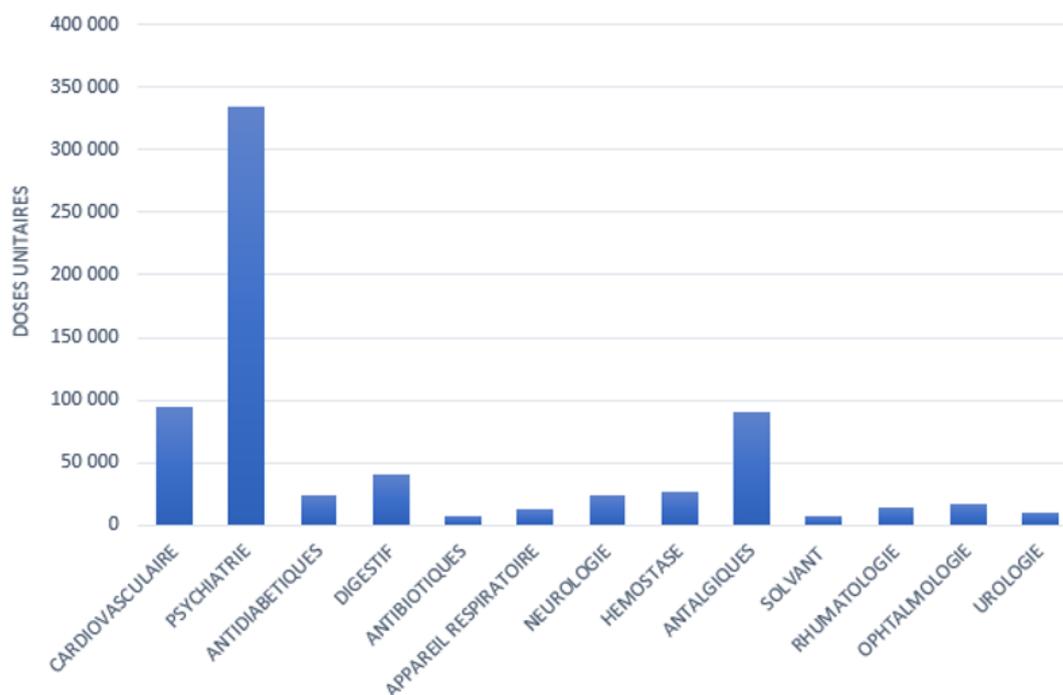


Figure 5 : Consommation de médicaments sur Muret par classes médicamenteuses définies sur le CHU

3.1.2. Proportion préparable en automate de dispensation nominatif sur Muret

Sur l'ensemble des médicaments envoyés au centre de détention de Muret en 2023, 84% ont déjà été préparés en DNAC au moins une fois. Dans les 16% restants, 11% sont des alternatives aux ruptures ou des médicaments réservés prisons. Ces médicaments sont également éligibles à la DNAC (Figure 6). Les médicaments « réservés prisons » sont des médicaments spécialement référencés pour ces unités et sauf exception, les autres unités du CHU ne peuvent pas les commander.

Dans les 84% des médicaments préparables en DNAC, 82% sont sur-conditionnables. En considérant arbitrairement que les comprimés sont sur-conditionnables, il semblerait qu'environ 96% des 11% éligibles à la DNAC soient sur-conditionnables. La figure 7 présente un modèle cumulé de ce qui est préparable en DNAC, potentiellement préparable et non préparable. Ce qui est hachuré est la part non sur-conditionnable. L'intérêt d'avoir des formes

sur-conditionnables est de permettre une automatisation complète de la préparation et de la délivrance au contraire des formes non sur-conditionnables dont l'identification est la préparation sont manuelles.

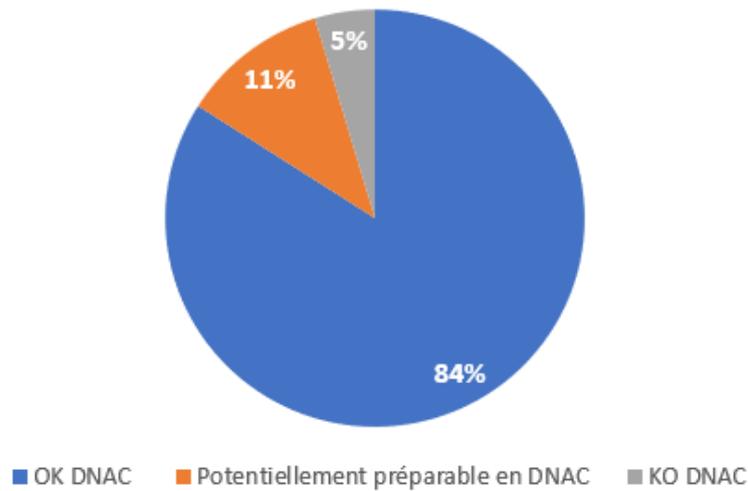


Figure 6 : Proportion des médicaments préparables en DNAC sur Muret en 2023

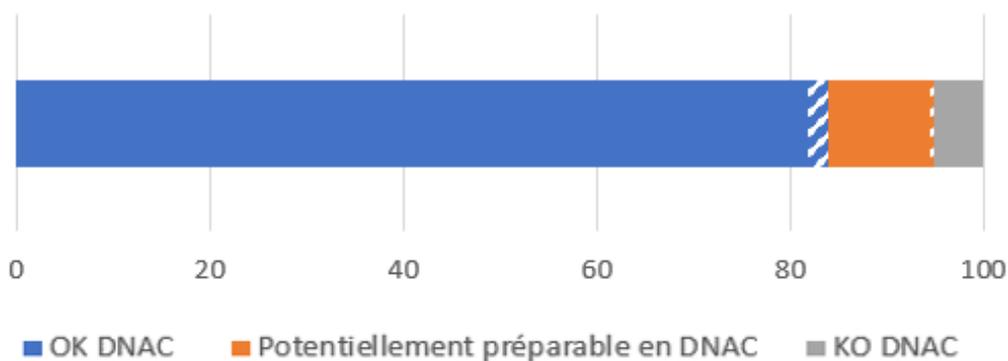


Figure 7 : Proportion des médicaments préparables en DNAC et sur-conditionnables sur Muret

3.2. Consommation à la maison d'arrêt de Seysses

3.2.1. Analyse du CPPCE 2023

Concernant l'analyse quantitative sur la maison d'arrêt de Seysses, la quantité de doses unitaires consommées en 2023 s'élève à 1 331 769. Les traitements psychiatriques dominent les médicaments utilisés puisqu'ils représentent 65,9% de la consommation. Les traitements antalgiques et cardiovasculaires viennent ensuite en représentant respectivement 11% et 4,2%. Seul les classes représentant plus de 10 000 unités apparaissent dans la figure 8.

Parmi les médicaments psychiatriques, 45.8% appartiennent à la classe des hypnotiques, sédatifs et tranquillisants. Les classes qui viennent ensuite sont celles des médicaments de la dépendance (tabagique et morphinique) puis les antipsychotiques.

Seulement 3 références représentent 20% de la consommation totale de médicaments. Il s'agit du Doliprane®, du Nicotinell® et du diazepam. Soixante-six médicaments représentent 80% des consommations.

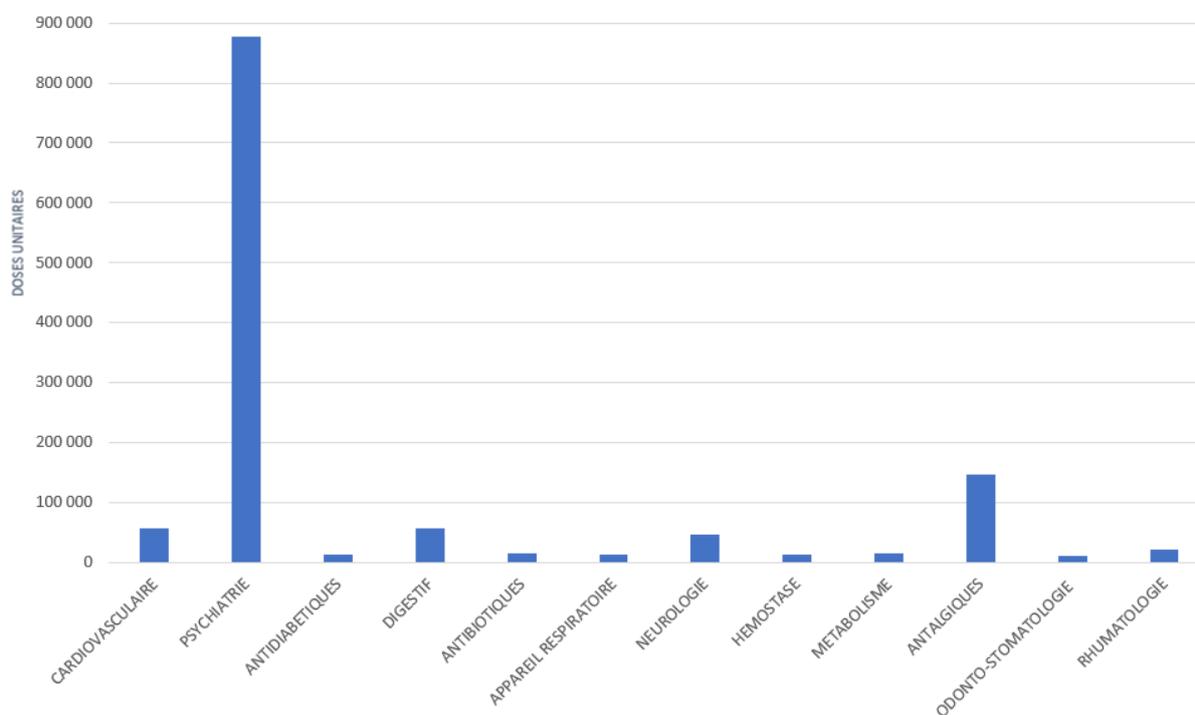


Figure 8 : Consommation de médicaments sur Muret par classes médicamenteuses définies sur le CHU en 2023

3.2.2. Proportion préparable en automate de dispensation nominatif sur Seysses

Nous observons que 81% des médicaments envoyés sur Seysses ont déjà été préparés en DNAC. De plus, il semblerait que 15% des 19% restant puissent être préparés avec l'automate. (Figure 9)

On observe que 79% des médicaments déjà préparés en DNAC sont sur-conditionnés. Tout comme sur Seysses, une forte proportion (98%) des 15% de médicaments éligibles à la DNAC semblent sur-conditionnables. (Figure 10)

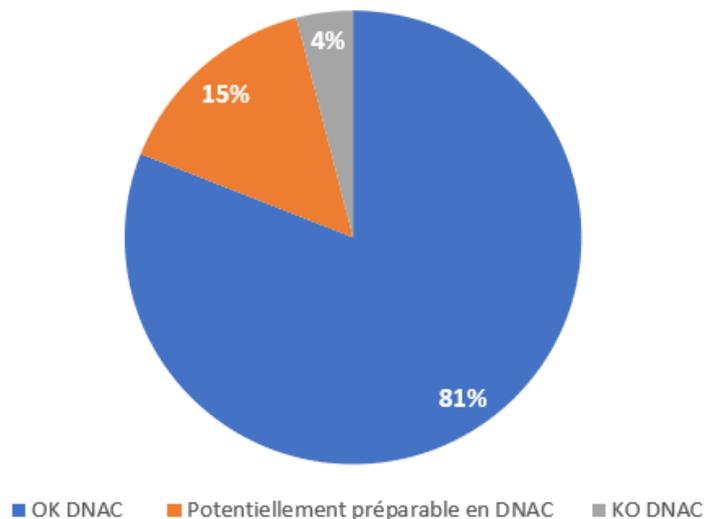


Figure 9 : Proportion des médicaments préparables en DNAC sur Seysses en 2023

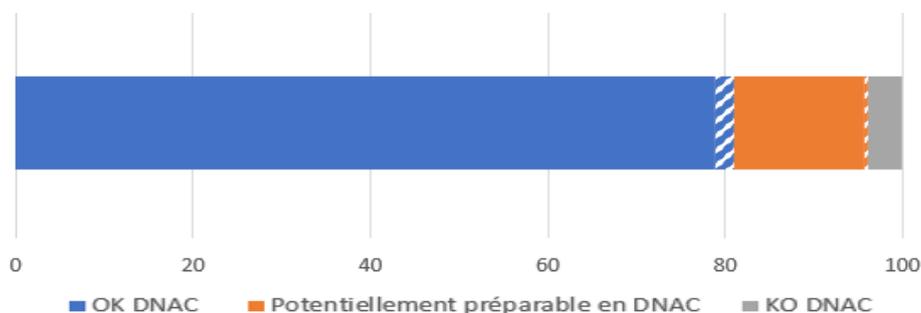


Figure 10 : Proportion des médicaments préparables en DNAC et sur-conditionnables sur Seysses

4. ANALYSE DES PRESCRIPTIONS

4.1. Les prescriptions globales

4.1.1. Au centre de détention de Muret

Le 12/06/2024, on comptabilise 485 patients pris en charge sur le centre de détention. L'UCSA et le SMPR prennent respectivement en charge 299 et 186 patients. Parmi eux, 97 patients sont suivis par les deux unités. (Figure 11)

On observe que 33% des patients qui ont une prescription somatique ont une prescription psychiatrique. Dans le sens inverse, 52% des patients avec des traitements psychiatriques ont une prescription de médicaments somatiques.

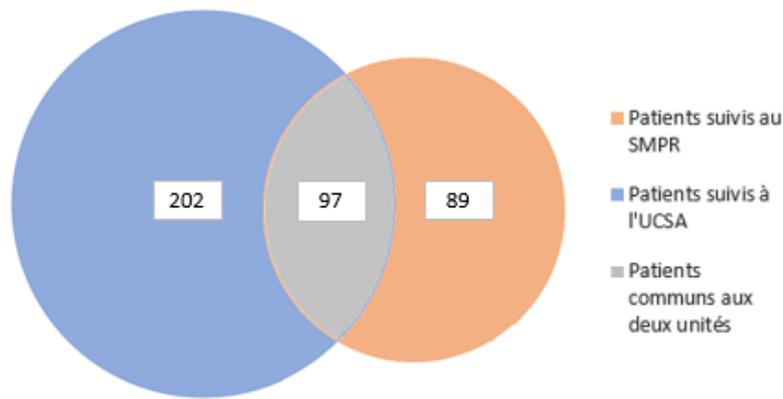


Figure 11 : Nombre de patients selon l'unité de suivi sur Muret

Le nombre total de lignes de prescription sur Muret s'élève à 2051 lignes (Figure 12) :

- UCSA : 1374 lignes (67%)
 - Dont 876 lignes concernent uniquement les patients suivis à l'UCSA
 - Et 498 lignes concernent les patients suivis par les deux unités.
 - 36% des prescriptions à l'UCSA concernent des patients aussi suivis au SMPR
- SMPR : 677 lignes (33%)
 - Dont 336 lignes concernent uniquement les patients suivis au SMPR
 - Et 341 lignes concernent les patients suivis par les deux unités
 - 50% des prescriptions du SMPR concernent des patients suivis à l'UCSA

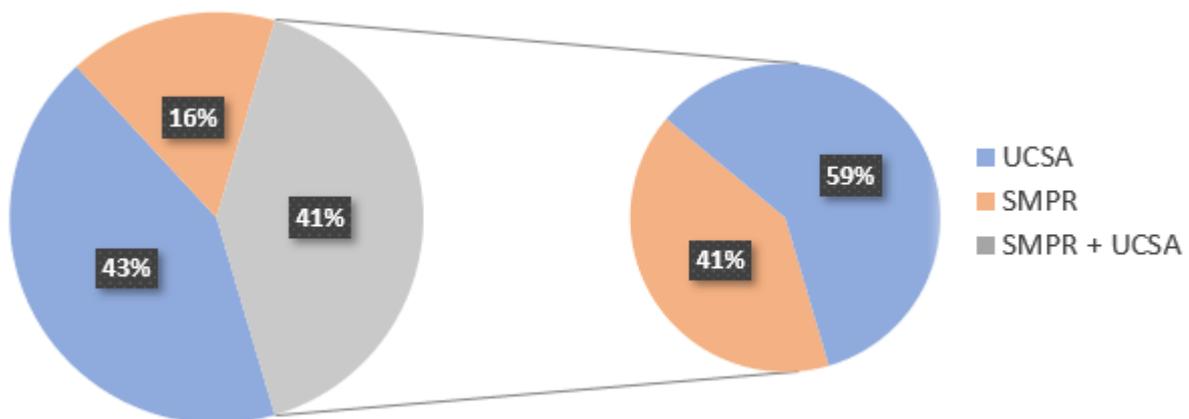


Figure 12 : Proportion de lignes de prescription selon le suivi des patients sur Muret

Quarante et un pourcent des lignes prescrites concernent les patients communs. Pour ces mêmes patients, la répartition des prescriptions entre UCSA et SMPR est en faveur de l'UCSA pour 59%.

La moyenne du nombre de lignes prescrites pour les patients suivis exclusivement à l'UCSA, au SMPR ou par les deux unités est respectivement de 4,3 lignes, 3,8 et 8,6 lignes. La figure 13 présente le nombre de patients en fonction du nombre de lignes de prescription et selon le suivi des patients.

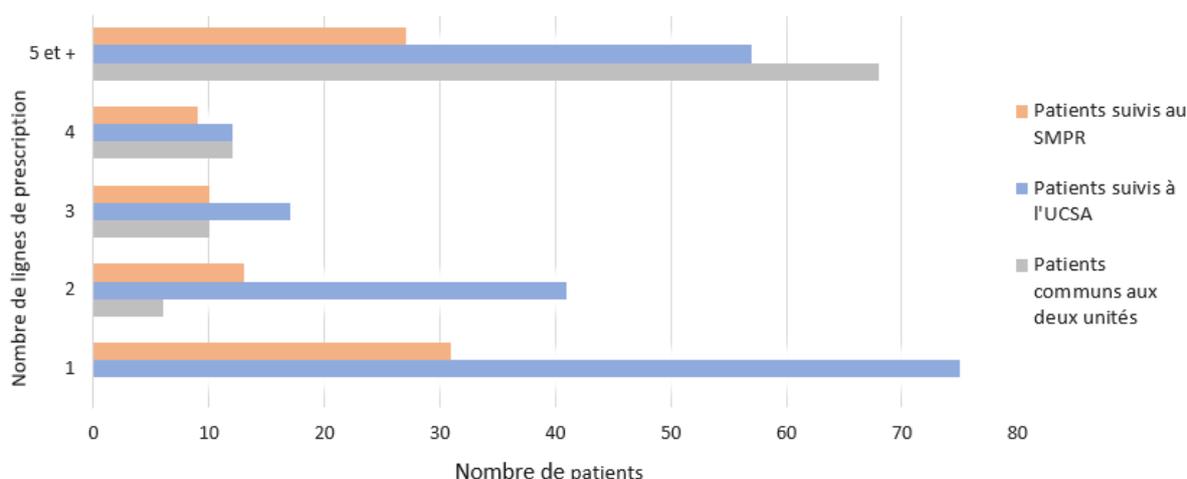


Figure 13 : Nombre de patients en fonction du nombre de lignes de prescription et selon l'origine du suivi des patients de Muret

Le nombre total de patients ayant 5 lignes de prescription ou plus est de 152, soit 31% des patients suivis à Muret. Parmi eux, 68 patients sont des patients communs, 57 sont suivis exclusivement à l'UCSA et 27 au SMPR. L'annexe 7 présente le nombre de patients en fonction de la liste exhaustive du nombre de lignes de prescription et selon l'origine du suivi. Trois patients suivis par les deux unités présentent plus de 25 lignes de prescriptions.

4.1.2. A la maison d'arrêt de Seysses

Le 12/06/2024, 638 patients sont pris en charge par l'UCSA et 508 par le SMPR. Parmi eux et après analyse d'identitovigilance, 261 sont pris en charge par les deux unités.

Sur l'UCSA de Seysses, on observe que 180 patients ont exclusivement une prescription du protocole SB. Pour l'ensemble des patients, 81% de la totalité des lignes de prescription de l'unité (5618 lignes sur 6972 totales) sont dus à ce protocole. Nous avons par conséquent décidé de supprimer les lignes de prescription du protocole SB pour la suite de l'analyse sur Seysses. Les 180 patients bénéficiant uniquement du protocole ne sont donc plus dans les résultats suivants. Le nombre de patient suivi à l'UCSA est alors de 458 et parmi eux, 194 patients sont suivis par les deux unités. (Figure 14)

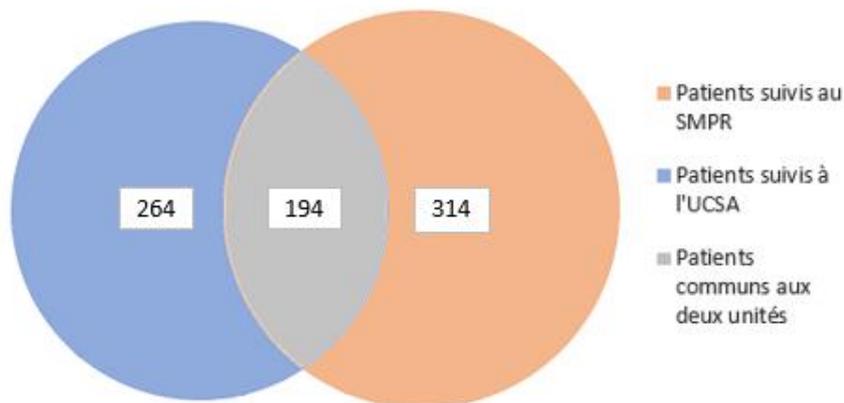


Figure 14 : Nombre de patients selon l'unité de suivi sur Seysses

Au total, 43% des patients bénéficiant d'une prescription somatique ont une prescription psychiatrique et inversement, 39% des patients suivis au SMPR ont une prescription somatique.

Le nombre total de lignes de prescription observé est de 2552 (Figure 15) :

- UCSA : 1198 lignes (47%)
 - Dont 626 lignes concernent uniquement les patients suivis à l'UCSA
 - Et 572 lignes concernent les patients suivis par les deux unités.
 - 48% des prescriptions à l'UCSA concernent des patients aussi suivis au SMPR
- SMPR : 1354 lignes (53%)
 - Dont 777 lignes concernent uniquement les patients suivis au SMPR
 - Et 577 lignes concernent les patients suivis par les deux unités
 - 43% des prescriptions du SMPR concernent des patients suivis à l'UCSA

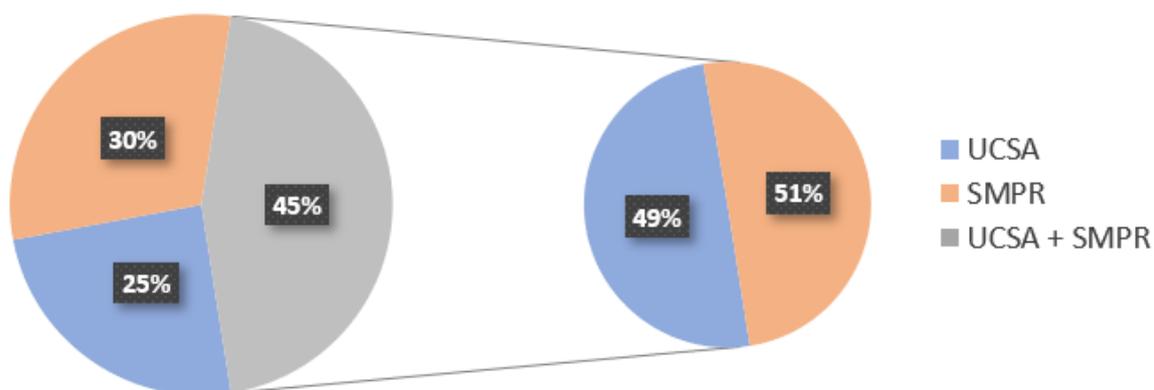


Figure 15 : Proportion de ligne de prescription selon le suivi des patients sur Seysses

Nous observons ici que 45% de la totalité des lignes de prescription concernent des patients communs à l'UCSA et SMPR.

Les patients suivis exclusivement à l'UCSA ont en moyenne 2,4 lignes de prescription et ceux suivis exclusivement au SMPR en ont 2,5. En revanche, les patients suivis par les deux unités présentent en moyenne 5,9 lignes de prescription.

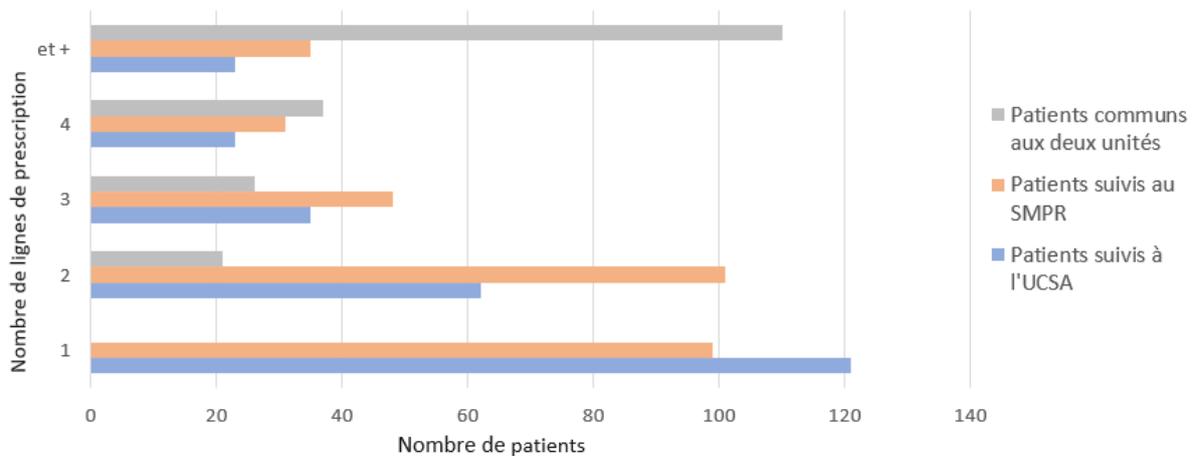


Figure 16 : Nombre de patients en fonction du nombre de lignes de prescription et selon l'origine du suivi des patients de Seysses

On observe que 22% des patients suivis sur Seysses ont 5 lignes de prescription ou plus, soit 168 patients. Parmi eux, 110 sont des patients communs aux deux unités soit 66%. La liste exhaustive du nombre de patients en fonction du nombre de lignes de prescription et selon l'unité de prise en charge du patient se trouve à l'annexe 8. On s'aperçoit que 7 patients suivis par les deux unités ont minimum 15 lignes de prescription.

4.2. L'évolution des prescriptions

Les extractions de prescription du 12/06/2024 des deux logiciels ont été comparées aux extractions du 10/07/2024 pour apprécier l'évolution des prescriptions. La tableau 8 présente le nombre de lignes selon la date de l'analyse et l'évolution des prescriptions. Les lignes qui ont bénéficié d'un renouvellement de prescription durant la période impartie sont comptabilisées dans les lignes déjà prescrites.

Tableau 8 : Lignes de prescription et évolution à 1 mois

	Muret		Seysse	
	UCSA	SMPR	UCSA	SMPR
Nombre de lignes de prescription le 12/06	1374	677	1198	1354
Nombre de lignes de prescription le 10/07	1381	658	1254	1448
Lignes le 10/07 déjà présentes le 12/06	1198	373	838	708
Nombres de nouvelles lignes le 10/07	183	285	407	740

- Sur l'UCSA de Muret, 87% des lignes du 10/07 étaient déjà prescrites 1 mois auparavant (1198 lignes).
- Pour le SMPR de Muret, 43% des lignes de prescription du 10/07 sont des nouvelles lignes.
- Pour l'UCSA de Seysse, 67% des lignes prescrites le 10/07 l'étaient déjà le 12/06 (838 lignes).
- Sur le SMPR de Seysse, sur les 1448 lignes, 708 étaient déjà prescrites (49%) et 740 sont des nouvelles lignes de prescription (51%).

La figure 17 image l'évolution mensuelle des prescriptions selon l'unité prescriptrice.

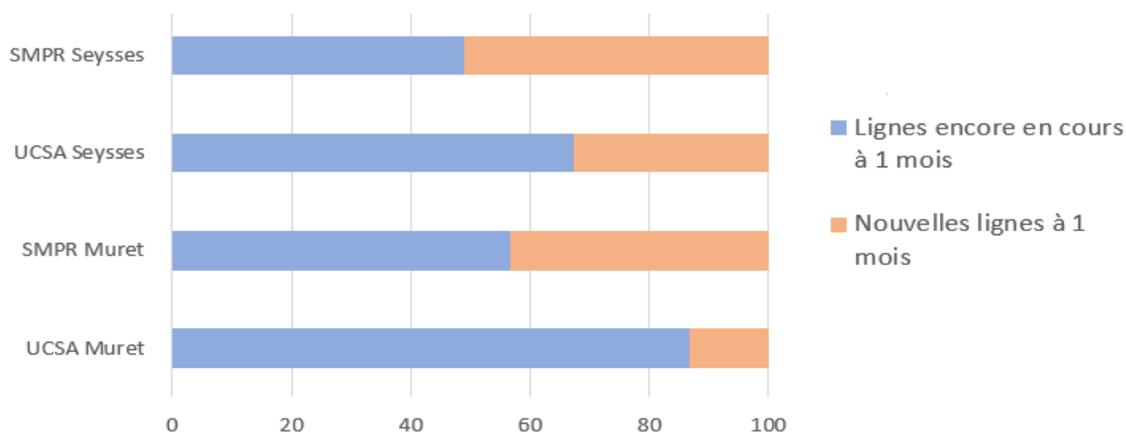


Figure 17 : Evolution proportionnelle des prescriptions en 1 mois

4.3. Identitovigilance

L'analyse d'identitovigilance entre Orbis® et Cortexte® identifie 34 patients avec des divergences d'identification sur les deux sites soit 11.6% des patients bénéficiant d'une prescription commune. Les divergences identifiées par site sont présentées dans le tableau 9.

Tableau 9 : Analyse d'identitovigilance

Divergence	Muret	Seysse
Nom	0	4
Prénom	4	14
Date de naissance	0	2
Tiret ou accent	2	7
X se disant	0	1

Sur Muret, 4 patients présentent une divergence de prénom : 3 avec des erreurs d'orthographe et 1 avec une différence de prénom. A Seysse, parmi les 14 patients dont le prénom diverge entre Orbis® et Cortexte®, 8 ont des orthographes différentes, 5 ont des prénoms différents et un patient a ses trois prénoms inscrits sur le logiciel. Pour les 4 patients ayant des divergences de noms, 2 ont des noms orthographiés différemment et les 2 autres ont des noms de famille différents.

La distribution est également impactée par la prise en charge duale des unités et leurs organisations différentes. Sur Muret, 58 des 96 patients communs bénéficient d'une distribution différente soit 60,4%. Sur Seysse, si nous considérons que la délivrance « hebdomadaire et plus » de l'UCSA diffère de la délivrance hebdomadaire du SMPR, seulement 12 patients sur les 194 communs bénéficient d'un rythme de distribution identique. Autrement dit, 93,8% ont un rythme de distribution différent.

Concernant la prescription, un doublon de prescription a été observé sur Muret. Le médicament incriminé est le paracétamol. Sur Seysse, une double prescription de Nicopatchlib® est observée.

4.4. L'activité de validation pharmaceutique

L'activité de validation pharmaceutique a été faite sur une période de trois mois. Le nombre d'ordonnances validées sur les deux sites distincts ainsi que les IP sont décrits ci-dessous :

- Sur le site de Seysse, le nombre total d'ordonnances validées s'élève à 1 044. Ces ordonnances correspondent à un total de 19 634 lignes, ce chiffre incluant le protocole SB. Le nombre de patients concernés sur cette période est de 971.
- À Muret, 525 ordonnances ont été validées durant la même période. Ces ordonnances représentent un total de 2 854 lignes, impliquant 300 patients.

Sur cette même période, 84 IP ont été réalisées : 43 sur l'UCSA de Muret et 41 sur l'UCSA de Seysses. Respectivement, 8,2% et 3,9% des ordonnances sont concernées par une intervention pharmaceutique.

Les proportions des types d'IP des deux sites sont décrites à la figure 18. Le problème majeur détecté est la présence d'un médicament non indiqué, représentant 31% de IP. On retrouve aussi des surdosages (18%) et l'absence de monitoring (11%).

Le taux d'acceptation des interventions était de 38% (32 IP). Six pour cent (5 IP) ont été refusées et 56% n'ont pas bénéficié de retour (47 IP). La totalité des IP transmises oralement ou par mail, au nombre de 10, ont été acceptées. Elles ont été comptabilisées dans les 32 interventions acceptées.

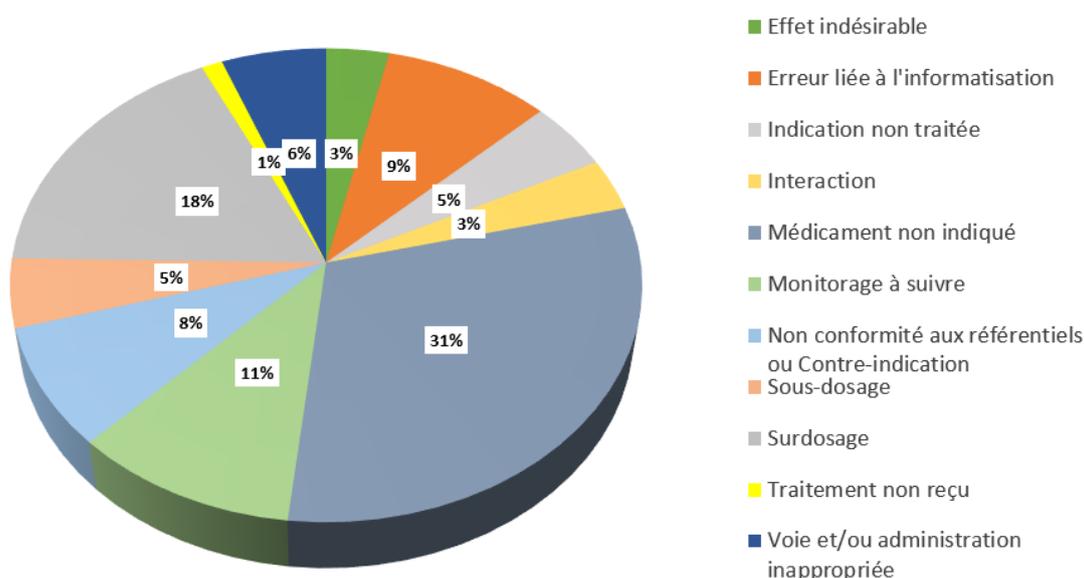


Figure 18 : Types d'interventions pharmaceutiques sur les UCSA

Selon l'échelle CLEO, l'impact clinique est moyen dans 40,5% des cas (34 IP pour un score 2C) et majeur dans 10% des interventions (10 IP pour un score 3C), les autres IP représentant un impact clinique faible ou nul. Les interventions semblent être en faveur d'une réduction des coûts dans 72,6% des cas (61 IP) et en faveur de l'augmentation de la qualité des soins pour 76,2% des cas (64 IP avec un score 10).

5. UN GRAND NOMBRE DE PATIENTS ET UNE PRISE EN CHARGE DUALE

5.1. Des besoins importants

La somme des doses unitaires de médicaments envoyées sur les unités étudiées représente plus de 2 millions de doses. Ces quantités sont conséquentes. Pour comparaison, l'automate de dispensation nominative actuellement en place sur le CHU prépare 1 100 000 doses unitaires par an. L'analyse de consommation révèle une forte proportion de médicaments psychiatriques dans les médicaments utilisés par les unités pénitentiaires. Mais

cette proportion n'est pas représentative des prescriptions des SMPR puisqu'elle inclut les médicaments de la dépendance tabagique. Les antalgiques sont également fortement représentés. Le comité antalgique 2024 met en évidence que le pôle SPMS est le plus gros consommateur d'antalgique du CHU. Les antalgiques de pallier I et II sont les plus consommés.

L'analyse des données du CPPCE 2023 a permis de quantifier les médicaments utilisés et de déterminer leur potentielle préparation par l'automate de dispensation nominative du CHU. Une proportion importante de ces médicaments, respectivement 84% pour Muret et 81% pour Seysses, a déjà été préparée en DNAC, avec des possibilités d'augmentation de cette proportion en intégrant certains médicaments actuellement non préparés par l'automate. La majorité des médicaments préparés en DNAC sont également sur-conditionnables. L'ensemble de ces éléments met en avance un intérêt potentiel de la DNAC qui pourrait optimiser le processus de dispensation. Mais des contraintes liées au milieu carcéral et à la dualité entre les deux établissements de santé rendent ce mode de fonctionnement difficilement envisageable actuellement. La principale limite actuelle est la double prescription.

L'évolution des prescriptions montre une évolution variant de 13% à 49% de la totalité des prescriptions, à un mois et selon l'unité. Les SMPR semblent plus sujets aux changements de prise en charge médicamenteuse. Muret est le site pour lequel les prescriptions évoluent le moins. Ces observations rejoignent l'analyse de prescription, la chronicité des pathologies plus marquée sur Muret et la durée d'incarcération beaucoup plus courte sur Seysses. De plus, cette observation met en avant un intérêt important de l'automatisation de la délivrance sur Muret.

5.2. Des profils à risque

L'activité de validation pharmaceutique met en avant la présence de prescriptions avec des médicaments non indiqués ou avec des surdosages. Ces problèmes sont souvent liés à l'utilisation du logiciel de prescription avec des dates de fin non définies systématiquement et souvent associées à l'absence de réévaluation.

Sur l'UCSA de Seysses, la proportion d'IP semble plus faible que sur Muret. Mais si on s'affranchit des ordonnances incluant uniquement le protocole SB qui ont bénéficié d'une validation sans IP, la proportion serait vraisemblablement plus élevée. Cette différence pourrait également s'expliquer par le profil des patients des 2 sites, avec sur Muret une proportion plus importante de patients présentant des pathologies chroniques. L'âge moyen des patients y est également plus élevé (47,4 ans au 12/06/24, contre 36,7 ans à Seysses).

L'évaluation de l'impact des interventions pharmaceutiques met en avant que dans 50,5% des cas, l'impact clinique est jugé moyen ou majeur. Les conséquences économiques et

organisationnelles sont d'autant plus importantes. Ces observations mettent en avant un intérêt de la validation dans ces unités. Mais l'impact de la validation semble sous-estimé par l'absence de validation des ordonnances du SMPR, notamment pour les patients bénéficiant d'une prise en charge somatique et psychiatrique. Les risques engendrés par la double prescription seront discutés dans la prochaine partie.

On s'aperçoit que les équipes médicales répondent favorablement aux IP puisque 100% des interventions transmises oralement ou par mails ont été acceptées. En revanche, les IP transmises via le logiciel sont moins impactantes puisque seulement 44% ont bénéficié d'un retour via le logiciel. Le fait que l'ensemble des IP des UCSA apparaissent dans les listes de tâches de tous les prescripteurs semble être une des limites à ce système. Les prescripteurs se retrouvent avec des IP qui ne concernent donc pas leurs patients.

L'analyse des lignes de prescription met en avant que 22% des patients suivis sur Seysses et 33% des patients suivis à Muret ont 5 lignes de prescription ou plus. Parmi eux, respectivement 66% et 44% sont des patients communs aux UCSA et SMPR de chaque site. Sur Muret, 18% des patients présentant 5 lignes ou plus ont plus de 65 ans et sur Seysses, cela représente 6% de patients. Le vieillissement de la population carcérale en France s'accompagne d'une augmentation de la prévalence de pathologies chroniques chez les détenus. (29)

Au décours de l'état des lieux des deux sites et de la validation pharmaceutique, on s'aperçoit que la notion de mauvaise observance est très présente. L'inobservance est l'une des principales causes d'échec thérapeutique dans le cadre de pathologie chronique. Les causes peuvent être multiples (mauvaise compréhension du traitement par le patient, difficulté de prise, effets indésirables...) mais des causes propres au circuit sont possibles. Le rythme de distribution peut potentiellement en être une cause. L'analyse d'observance selon le rythme de distribution n'a pas été faite. De plus, un programme d'éducation thérapeutique sur des profils ou pathologies cibles pourrait permettre de sensibiliser les patients à une bonne observance.

Nous retrouvons peu de données sur le risque d'intoxications médicamenteuses volontaires (IMV) en milieu carcéral. En 2011, 11% des décès de la population carcérale seraient dus à une IMV ou un mésusage médicamenteux (30). L'identification des sujets à risque et l'adaptation du circuit à ces profils peut être un moyen de lutte contre les IMV. L'objectif est d'éviter le surstockage de médicament en cellule, notamment pour des médicaments à marge thérapeutique étroite ou des médicaments à risque, tout en assurant la continuité de prise en charge médicamenteuse. Mais les expériences toulousaines et bordelaises tendent à montrer qu'une diminution du rythme de distribution, de trihebdomadaire à hebdomadaire, ne s'accompagne pas d'une augmentation du risque d'IMV. Aucune donnée bibliographique n'a été retrouvée sur le lien entre rythme de distribution et risque d'IMV.

5.3. Une dualité de prise en charge qui interroge

L'identitovigilance est définie comme « l'ensemble des mesures mises en œuvre pour fiabiliser l'identification de l'utilisateur afin de sécuriser ses données de santé, à toutes les étapes de sa prise en charge » (18). Sur les unités sanitaires carcérales de Toulouse, le risque majeur identifié semble être l'échange d'informations erronées entre les unités lorsqu'il y a une erreur d'identification. Mais d'autres risques subsistent : retard de prise en charge, erreur de diagnostic ou de thérapie, perte d'information... L'état des lieux nous apprend également que sur Seysses, des IDE de l'UCSA préparent les piluliers trihebdomadaires du SMPR. Les conséquences de cette préparation malgré des divergences d'identification pour un même patient entre unités n'ont pas été analysées.

Nous savons que plusieurs facteurs influencent la réussite thérapeutique liée à l'observance médicamenteuse. Le mode de dispensation est un des facteurs (31). Les risques liés à plusieurs rythmes de distribution de médicament pour un même patient n'ont pas été étudiés. Outre la complexité du circuit pour les acteurs eux-mêmes, cela peut avoir des conséquences sur la gestion du traitement par les patients et leur adhérence. Confusion, oubli de prise, erreur de dosage, mauvais horaire de prise ou encore diminution de l'observance sont des exemples de conséquences potentielles pour ces patients. On pourrait facilement imaginer des stratégies pour limiter ces conséquences (outils d'aide à la gestion médicamenteuse, éducation sur l'importance de l'adhérence ou suivi régulier) mais un rythme de distribution unique par patient semble être un prérequis important à la simplification et la réussite de la prise en charge.

Le parangonnage nous a appris que nos centres partenaires ont fait le choix d'utiliser un mode de distribution unique pour un patient donné. A Montpellier, un Excel partagé entre praticiens somatiques et psychiatriques, disponible pour la pharmacie, dicte le rythme de distribution. A Bordeaux, le choix du mode de distribution est d'autant plus restrictif : une distribution hebdomadaire est la règle, hors cas exceptionnels de délivrance quotidienne. Ce centre a fait le choix de supprimer la distribution trihebdomadaire afin de simplifier le circuit. Aucune donnée n'a été avancée mais il semble que le nombre d'IMV n'ait pas augmenté avec cette décision. Ces choix de distribution sont facilités par une ordonnance unique.

L'activité de validation pharmaceutique a mis en évidence l'existence de risques engendrés par la double prescription et l'absence d'accès des prescripteurs aux informations des unités opposées (doublon de prescription, interaction médicamenteuse, identitovigilance). Pour limiter les doublons de prescription, un travail d'analyse de prescription succinct est réalisé tous les 6 mois par l'équipe pharmaceutique dans le but d'alerter les équipes médicales. Ces analyses visent à limiter le nombre de doublons et affiner le périmètre de prescription de chaque unité. Mais cette mesure semble insuffisante pour

limiter les erreurs. En janvier 2023, 2 patients étaient concernés par des doublons de prescription, en août 2023 on en retrouvait 6.

En juin 2024, nous ne retrouvons que 2 doublons dans l'analyse. Lors de l'analyse de prescriptions, d'autres risques ont été identifiés. Les interactions médicamenteuses et associations déconseillées sont les deux risques majeurs identifiés. Les exemples cités ci-dessous ont été observés :

- Associations de médicaments anticholinergiques ;
- Associations de médicaments sérotoninergiques ;
- Médicaments associés majorant le risque de trouble du rythme et torsadogènes ;
- Association de plusieurs benzodiazépines ou plusieurs antihistaminiques ;
- Prise de pansement gastrique en même temps que d'autres médicaments ;
- Suivi biologique et monitoring non fait.

Ces observations n'ont pas été analysées mais démontrent une certaine sous-estimation des IP et un intérêt important pour la prescription unique.

V. DISCUSSION

1. LE CIRCUIT DU MEDICAMENT A TOULOUSE FACE A LA REGLEMENTATION, A L'ETAT DES LIEUX FRANÇAIS DE 2023 ET AU PARANGONNAGE

Le circuit du médicament en milieu carcéral toulousain, tel que décrit dans ce travail, met en avant les spécificités et contraintes qui impactent la prise en charge médicamenteuse des détenus. Le circuit actuel est caractérisé par une complexité qui découle de plusieurs facteurs structurels, organisationnels et institutionnels. Cette complexité influence directement la sécurité et l'efficacité de la prise en charge médicamenteuse.

La complexité du circuit du médicament rend l'état des lieux difficilement lisible, y compris pour ses acteurs. Cependant, les grandes lignes nous permettent d'identifier des étapes à risque et permettent d'envisager des perspectives d'évolution, de simplification et de sécurisation.

En reprenant le guide méthodologique de prise en charge sanitaire des PPSMJ de 2019, les recommandations et la réglementation en vigueur, il apparaît que plusieurs aspects du circuit du médicament ne répondent pas aux recommandations (6) (16) :

- La HAS, qualifiant l'informatisation comme « élément de sécurisation », met en avant que « l'intégration de la prescription au DPI [...] permet un meilleur partage d'informations avec tous les différents acteurs ».
- Le CSP¹² dit que le « pharmacien doit assurer dans son intégralité l'acte de dispensation du médicament, associant à sa délivrance [...] l'analyse pharmaceutique de l'ordonnance médicale [...] ».
- Le stockage des médicaments doit être sécurisé et les locaux adaptés.
- La zone de préparation doit être identifiée, adaptée, dépendante respectant toutes les règles d'hygiène. Les interruptions de tâches doivent être évitées.
- La sécurisation de la distribution repose, au même titre que l'administration, sur la règle des 5B. L'IDE doit alors « identifier le patient, vérifier la concordance entre la prescription médicale et le médicament à administrer, l'étiquetage de celui-ci et le dosage adapté au patient. »

La prescription, initiant le circuit du médicament, semble être l'étape la plus marquante du circuit actuel. L'informatisation est un point positif puisqu'en France, seulement 86% des USMP en bénéficient (21). Mais la prise en charge des patients par deux établissements de santé distincts utilisant des logiciels différents compromet l'objectif de sécurisation. Le partage d'information n'est alors rendu possible que par la collaboration des UCSA et des SMPR. La présence de deux logiciels de prescription et de deux DPI, auxquels tous les acteurs

¹² Article R4235-48 du CSP

n'ont pas accès, ne permet pas le partage exhaustif d'information. Cette double prescription engendre des problématiques importantes pour la prise en charge médicamenteuse des patients. En effet, lors des différentes analyses croisées des prescriptions, nous avons mis en évidence, à chaque fois, la présence de doublons de ligne de prescription. Malgré une dualité d'établissements sanitaires, Bordeaux a fait le choix d'une prescription unique : « On ne leur a pas laissé le choix ». Il est important de souligner que ce n'est qu'en 2023 que les UCSA ont commencé à bénéficier d'une informatisation des prescriptions. Si ce risque existait finalement déjà entre prescription Cortexte® et prescription papier, le déploiement d'Orbis® aux UCSA a permis de mesurer plus facilement ce risque par la possibilité de réaliser des croisements informatiques. Ainsi, conserver deux supports de prescription différents maintient un risque résiduel important malgré l'informatisation de l'ensemble des prescriptions.

La dispensation, telle que définie par le CSP, n'est actuellement pas assurée dans sa totalité. Sauf exception (stupéfiants, médicaments dit « nominatifs ») la validation pharmaceutique de l'ordonnance n'est pas réalisée. L'absence d'accès aux prescriptions psychiatriques par la PUI et le manque de ressources pharmaceutiques étaient les principales causes de l'absence de validation. Pour pallier à la première problématique, des accès au logiciel Cortexte® ont été obtenus par la pharmacie du CHU en juillet 2024. Toutefois, il n'apparaît pas viable en routine qu'un pharmacien consulte deux logiciels distincts de prescription et au final, supporte la responsabilité de l'agrégation des données de prescription. En ce qui concerne les effectifs, à l'échelle nationale et parmi les 86% d'établissements bénéficiant de temps pharmacien, la moyenne ETP identifiée est de 0,12 ETP pour 100 détenus. A Toulouse, seulement 0,2 ETP pharmacien sont consacrés à la prise en charge de plus de 1800 détenus (21) ; si on applique la moyenne nationale de 2023, ce sont 2,2 ETP de pharmacien qui seraient nécessaires aux unités pénitentiaires soit 10 fois le temps actuel. Le temps PPH n'est pas non plus épargné. Pour rappel, on observe une moyenne nationale de 0,28 ETP PPH pour 100 détenus pour les 90% des établissements pénitentiaires bénéficiant de temps PPH (21), 3,8 ETP PPH sur Montpellier pour 1050 détenus et 2 ETP PPH sur Bordeaux pour 1000 détenus. Sur Toulouse, un seul PPH s'occupe à temps plein de Seysses et de Muret contre une projection de 5 PPH en appliquant la moyenne retrouvée dans l'article d'*Etang-Salé et al.* (21).

Par ailleurs, contrairement à Bordeaux et Montpellier, la PUI ne dispose pas de locaux dédiés dans les établissements pénitentiaires et, les locaux dédiés au stockage des produits de santé sont tous, de l'avis général et sans exception, trop petits. La DIN ne concerne alors que des médicaments nominatifs sélectionnés par le CHU. La délivrance globale est le mode de délivrance le plus utilisé même si la délivrance reglobalisée est faite pour les médicaments hors dotation. En France, 34% des établissements parviennent à réaliser une dispensation exclusivement nominative (21).

Nous ne reviendrons pas sur les étapes d'approvisionnement et de transport qui suivent les mêmes modalités que pour les unités fonctionnelles du CHU et rendent notamment possible la livraison en urgence même si elles sont impactées par les capacités de stockage limitées des unités, engendrant, *de facto*, une forte proportion d'urgences. Par exemple sur l'UCSA de Seysses, 36% des demandes de médicaments sont des demandes en urgence parmi lesquelles plus de 50% sont des demandes de médicaments qui sont en dotation.

Sur Seysses, la surpopulation carcérale entraîne des défis pour l'organisation de soins, le stockage et la préparation. En août 2024, des actions ont été menées pour faire face aux contraintes de stockage et de préparation. Le SMPR qui préparait les pochettes et piluliers sur un lit de consultation a décidé de délocaliser et réorganiser sa salle de soins avec des zones bien définies dédiées au stockage et à la préparation. L'UCSA et Logipharma se sont mis d'accord pour réaliser deux commandes standards par semaine. Les enjeux de cette décision sont de diminuer les commandes de dotation en urgence, de diminuer la quantité de certains médicaments présents en stock voire d'augmenter le nombre de références médicamenteuses présentes dans l'unité. Les enjeux de stockage sont importants pour cette unité puisqu'une capacité trop faible retentit directement sur les activités de préparation et de distribution.

La distribution en milieu carcéral représente un challenge important pour l'ensemble des équipes médicales. Le contrôle de la concordance entre identité, prescription et médicaments n'est pas possible au moment de la distribution. Certains patients prennent le temps de vérifier les traitements qui leurs sont distribués mais ce n'est pas systématique. Le temps consacré à cette activité, le rythme soutenu notamment sur Seysses et l'identification difficile des patients rendent cette activité très à risque.

Seul Bordeaux peut servir de comparateur à nos organisations puisqu'à Montpellier, les patients viennent à la pharmacie de l'établissement pénitentiaire pour récupérer leurs traitements. Bordeaux a fait le choix franc de réaliser une distribution uniquement hebdomadaire (ou quotidienne exceptionnellement) et systématique. La préparation se fait alors à la pharmacie, au plus proche de la distribution et avec le logiciel comme support. Autrement dit, le support est forcément à jour et le lieu est approprié à la délivrance.

Au total, les actions mises en place par les unités et qui vont dans le sens d'une sécurisation des activités (accès à l'ensemble des prescriptions par la pharmacie, vérification orale de l'identité sur Seysses ou via la carte de détention sur Muret lors de la distribution, analyse biennale des doublons par la pharmacie, double commande hebdomadaire pour optimiser les zones de stockage...) sont insuffisantes pour pallier aux risques engendrés par le circuit actuellement en place. Aussi, nous proposons dans la suite de ce travail, plusieurs pistes qui

nous semblent réalisables à plus ou moins long terme et/ou nous paraissent les plus impactantes.

2. LES PERSPECTIVES D'EVOLUTION

2.1. Des actions à court terme

Devant l'état des lieux et dans l'état actuel des ressources et des locaux, il semble que des actions de sécurisation des différentes étapes du circuit du médicament puissent être mises en place dans des délais raisonnés.

L'amélioration des étapes de prescription et de dispensation devraient être les axes prioritaires à court terme de la sécurisation du circuit du médicament.

L'amélioration de l'étape de prescription, telle qu'énoncée tout au long du travail, consisterait en l'utilisation d'un support unique de prescription idéalement associé à la mise en place de DPI communs. Cet axe de sécurisation nécessiterait le déploiement d'Orbis® sur les SMPR et la formation des équipes à l'utilisation d'un nouveau logiciel. L'exemple de la SAS où les psychiatres prescrivent directement dans ORBIS, permettant une prescription regroupant les traitements psychiatriques et somatique sur un seul support de prescription doit être un objectif à atteindre. Cela oblige de mettre à disposition le réseau du CHU pour les psychiatres au sein des locaux du SMPR (qui travaillent à ce jour sur le réseau du CH Marchant), ou via un accès VPN depuis le réseau de Marchant vers ORBIS. Si la première solution semble la plus satisfaisante, la deuxième solution est la plus facile à mettre en œuvre (de la même façon que les pharmaciens du CHU ont accès à Cortexte® sur leur poste de travail CHU).

Il existe également d'autres solutions pour centraliser les prescriptions. Le développement d'une interface informatique permettant un appel contextuel d'Orbis® depuis Cortexte® serait une solution. Les psychiatres pourraient alors accéder au DPI et à la prescription Orbis® à travers un module intégré dans Cortexte®. Les comptes rendus psychiatriques pourraient automatiquement être générés au format PDF dans Orbis® et inversement, les prescriptions dans Orbis® pourraient être automatiquement reversées dans Cortexte® sous format PDF pour permettre une continuité d'information. Cependant, pour des raisons évidentes de sécurité, cette solution nécessite de résoudre la question de l'identitovigilance. L'échange d'informations entre les logiciels ne peut être rendu possible que si les identités dans les deux logiciels sont identiques et validées comme telles entre les deux structures.

La prescription unique et la centralisation des informations médicales seraient à l'origine de nouveaux enjeux puisque cela permettrait d'entrevoir des modifications majeures des différentes étapes d'aval que sont la dispensation, la préparation et la distribution.

En ce qui concerne la validation pharmaceutique, notre travail a mis en évidence que les ressources pharmaceutiques nécessaires seraient à hauteur de 0,4 ETP uniquement pour les ordonnances des deux UCSA. A ce jour, les prescriptions Cortexte® des détenus ne peuvent bénéficier d'une validation informatique tracée puisqu'elles sont réalisées sur un module de Cortexte® dédié aux prescriptions « de sortie » et au format PDF ; ces prescriptions sont non structurées et ne bénéficient pas du module de validation pharmaceutique. Enfin, en considérant arbitrairement que le temps dédié à la validation des 2000 lignes de prescriptions psychiatriques serait proportionnel au temps consacré aux 2500 lignes de prescriptions somatiques, il semble que 0,3 ETP supplémentaires permettraient de valider l'ensemble des prescriptions des détenus pris en charge sur les USMP. Cependant, cette estimation ne tient pas compte du nombre d'ordonnances qui diminuerait avec le passage à l'ordonnance commune, de l'évolution des prescriptions et de leurs complexités accrues.

L'étape de délivrance nécessite l'accès direct et en temps réel des prescriptions médicamenteuses et informatiques. L'accès de la pharmacie à Cortexte® n'a pas permis de régler le problème de la dualité de prescription et de l'amélioration de l'étape de dispensation.

Malgré la situation actuelle, marquée par la volonté du CHGM de préserver la prescription et le DPI depuis Cortexte®, ainsi que des ressources pharmaceutiques inadéquates, nous pensons que des mesures immédiates peuvent être mises en place.

- Sur Seysses, les zones de stockage doivent être repensées. Il est nécessaire d'augmenter les capacités de stockage de l'UCSA pour qu'il n'y ait plus de répercussion sur la préparation, la distribution mais aussi vis à vis des patients en leur assurant la distribution de la totalité de leurs traitements selon le rythme défini en amont.
- L'espace et le temps dédié à l'activité de préparation doivent être mieux définis. La réalisation des piluliers et des pochettes doit être réalisée sur des créneaux dédiés et réalisés par une personne exclusivement consacrée à cette mission dans un espace propice à cette activité. Une liberté serait permise pour la préparation des traitements distribués post consultation et réalisés extemporanément. Les horaires tiendraient alors compte de l'activité des unités de soins afin d'éviter au maximum les interruptions de tâches. Une sécurisation par le double contrôle, bien que mal accueillie par les équipes lorsqu'elle a été évoquée durant ce travail, pourrait également affirmer la volonté de sécurisation.
- Les pochettes doivent systématiquement être identifiées au nom du patient par des étiquettes institutionnelles et leur édition par les secrétaires respectives doit être maintenue. C'est une solution qui vise à pallier aux risques liés à l'impossibilité de confronter identité, médicaments distribués et ordonnance au moment de la

distribution. La personne qui distribue peut alors vérifier l'identité par rapport à la carte du détenu sur Muret ou l'identité inscrite sur la porte des cellules à Seysses.

- La préparation par les IDE et le PPH doit être systématiquement faite à partir des prescriptions informatiques pour s'affranchir du risque de préparer des traitements qui ne sont plus d'actualité ou pour éviter tout oubli.
- Dans l'état actuel du circuit et malgré la volonté de collaboration inter-service, il ne semble pas raisonnable que l'UCSA de Seysses prépare et distribue des médicaments prescrits par le SMPR et vice versa. Les risques liés à l'identitovigilance et à l'absence d'actualisation des ordonnances sont des risques importants qu'il faut supprimer.
- Nous pensons enfin que simplifier et harmoniser l'étape de distribution en diminuant les options de rythme est une modification d'organisation, relativement simple à mettre en place, et qui aura des conséquences directes sur l'activité de préparation (moins de préparation et gain de temps) et sur le stress engendré par la distribution (moins de distribution). (32)

Ces propositions d'optimisation à court terme peuvent présenter des limites. Nous en décrivons certaines ci-dessous.

Idéalement, l'amélioration de l'étape de distribution consisterait à répondre aux mêmes exigences de traçabilité que l'administration dans les services d'hospitalisation. Mais actuellement, les outils informatiques en place et l'absence d'accès au réseau en détention sont inadaptés à la distribution. De plus, il serait nécessaire que les IDE vérifient le contenu des piluliers ou des pochettes au moment de la distribution par rapport à l'ordonnance. Mais ce n'est pas réalisable en raison des contraintes de temps imposées par l'administration pénitentiaire. C'est pourquoi nous portons la sécurisation sur l'étape de préparation, sur l'identification des pochettes et des piluliers et sur l'identitovigilance au moment de la distribution.

Il semble nécessaire de simplifier et d'harmoniser les rythmes de distribution. Actuellement, chaque unité définit les rythmes selon ses propres critères et volontés. Cela donne lieu à une diversité importante de rythmes de distribution, y compris pour un même patient. L'harmonisation des rythmes de distribution pour les patients communs sera d'autant plus réalisable par une ordonnance unique puisque la totalité du traitement du patient lui sera alors distribuée en même temps.

Mais dans l'état actuel, la simplification des modes de distribution consisterait à diminuer le choix des rythmes de distribution. Suite à l'état des lieux réalisé, il semblerait que les rythmes « ponctuel post-consultation », quotidien, hebdomadaire et mensuel soient appropriés au milieu carcéral. Nous nous affranchirons alors des rythmes trihebdomadaires et « hebdomadaire ou plus » de l'UCSA de Seysses. En l'absence de préparation conjointe, chaque unité définirait son propre rythme de distribution pour un patient donné. Les UCSA

garderaient alors cette volonté d'autonomisation quand les SMPR favoriseraient l'accompagnement.

Des soignants du SMPR émettent cependant des réticences à la suppression du rythme trihebdomadaire. Les arguments mis en avant sont les vols de médicaments en cellule, les mésusages (exemple des benzodiazépines prises en totalité post distribution) et le risque d'augmenter le nombre de patients en quotidien. Cependant, ces risques peuvent être maîtrisés en se rapprochant de l'administration pénitentiaire et en demandant le changement de cellules en cas de vols, en autonomisant les patients à la prise médicamenteuse et en refusant une nouvelle distribution lorsqu'un patient finit son traitement trop tôt, comme on peut le voir en officine par exemple.

Sur l'UCSA de Seysses, cet enjeu de simplification engendre une nécessité d'adaptation des zones de stockage dont la capacité est actuellement trop faible pour pouvoir réaliser des dispensations mensuelles pour l'ensemble des patients éligibles à ce rythme de distribution. L'augmentation des capacités de stockage devrait idéalement passer par un déménagement de la salle de stockage en repensant les locaux ou en envisageant des travaux. Cependant, nous avons vu que sur Seysses, 3 références de médicament représentent 20% des consommations. Une autre solution serait d'envisager un stock tampon des références les plus utilisées sur l'UCSA au niveau de la salle de stockage des dispositifs médicaux avec un fonctionnement en double bac. L'espace actuel dédié au stockage pourrait alors être optimisé en diminuant la quantité des références les plus utilisées.

2.1. Des perspectives à plus long terme

La sécurisation de la prise en charge médicamenteuse à plus long terme pourrait passer par la mise en place de la délivrance nominative. Plusieurs circuits sont alors envisageables. Deux d'entre eux seront décrits plus bas. Cependant des prérequis communs sont indispensables pour ces deux solutions : prescription sur un support informatique unique et validation pharmaceutique systématique avant la préparation.

Un autre axe de sécurisation porterait sur la traçabilité des traitements qui sont distribués aux patients. Actuellement, les logiciels permettent de tracer uniquement l'administration. La distribution est alors tracée sur les ordonnances papiers (date et durée des traitements distribués). Une des premières perspectives à plus long terme serait de mettre à disposition des équipes un module de distribution depuis le logiciel Orbis®. Un tel module existe, à destination des EHPAD. Ce module permettrait alors de tracer informatiquement l'ensemble des médicaments distribués aux patients à un jour donné et d'assurer une meilleure traçabilité des distributions.

2.1.1. Une délivrance nominative manuelle décentralisée

Une perspective potentielle est la délivrance nominative manuelle décentralisée. C'est ce qui est fait sur Montpellier et sur Bordeaux avec des pharmaciens et des préparateurs présents sur site dans une pharmacie ou une antenne pharmaceutique. La pharmacie assure alors dispensation, préparation, commande, gestion des stocks et rangement. Ce circuit peut être déployé de manière souple et flexible. Cette solution est en revanche consommatrice de ressources préparatrices et nécessite des locaux adaptés *in situ*. (25)

Dans cette organisation, un pharmacien assure la validation pharmaceutique de l'ensemble de l'ordonnance et un PPH réalise la préparation au sein des unités. Devant l'état des lieux actuel, la préparation pourrait être faite dans les zones déjà dédiées à cette activité. Une autre solution serait la création d'antennes pharmaceutiques, via la réadaptation des locaux ou la réalisation de travaux pour les créer. Le rythme de distribution pourrait lui aussi être flexible même si nous souhaiterions tendre vers une harmonisation de pratique.

Le temps actuel dédié à la préparation par les équipes, à savoir 21h sur le site de Muret et 57,5 heures sur Seysses, correspondrait à 2,2 ETP PPH pour l'ensemble des unités. Ces valeurs incluent également le temps que le préparateur en place actuellement dédit à cette activité. En revanche, cette estimation de ressource ne prend pas en compte l'activité de gestion, d'approvisionnement et de sécurisation que le PPH réalise.

Ces estimations de ressources PPH semblent inférieures à ce qu'on peut voir à l'échelle nationale ou via les données du parangonnage (0,28 ETP pour 100 détenus au national, 0,2 sur Bordeaux et 0,34 sur Montpellier). Cette observation suggère potentiellement que les ressources mesurées sont sous-estimées. Mais il faut prendre en compte que ces estimations de ressources ne concernent que l'activité de préparation. De plus, cette projection ne prend pas en compte le fait que la PUI propose une prestation avec des critères qualités plus stricts que ceux appliqués en services de soins, notamment en ce qui concerne l'identification des piluliers, le contrôle ou encore la gestion des non-conformités (33).

2.1.2. Une délivrance nominative automatisée et centralisée

Le milieu pénitentiaire semble être un lieu propice à l'utilisation d'un process qui consiste à préparer les traitements à distance des services au sein de la PUI, en l'occurrence sur la plateforme logistique du CHU Logipharma. Les arguments en faveur d'un tel mode de délivrance sont les durées de séjour longues, minimum 5 ans sur Muret hors exception, et en moyenne 4,5 mois sur Seysses en 2019 (2), associées à des modifications de prescription pas trop fréquentes, variant de 13% à 43% de nouvelles lignes à 1 mois selon l'unité. On peut rajouter à ces arguments la quantité importante de formes orales sèches utilisées et éligibles

(plus de 90% des traitements délivrés en 2023) et la présence déjà existante de l'automate de dispensation sur Logipharma.

Actuellement sur le CHU, 2,2 ETP PPH assurent la préparation de 1,1 millions de doses annuelles des services bénéficiant de la prestation de la DNAC. Devant ces données et l'analyse quantitative réalisée, nous observons que 1,5 ETP PPH seraient nécessaires sur Logipharma pour la préparation des médicaments de Muret, et 2,7 ETP PPH pour la préparation des traitements de Seysses. On comptabilise alors des besoins de 4,2 ETP contre 5 avec des projections nationales. (21)

Mais des limites perdurent. Le robot actuel n'est pas en mesure de préparer 2 millions de doses supplémentaires et des investissements supplémentaires seraient donc nécessaires et à chiffrer ; cependant, une réflexion est déjà engagée au CHU pour renouveler ces équipements dans les années à venir. Intégrer la préparation pour les prisons (et le circuit logistique afférent) dans le cadre de ce renouvellement d'équipements semble donc une opportunité. De plus, une dispensation de piluliers journaliers (mode de préparation préférentiel pour l'automate en place actuellement) n'est pas forcément optimale en milieu carcéral. La préparation automatisée de semainiers voire de pochettes mensuelles semble être une option intéressante pour les organisations actuellement en place. Une délivrance mensuelle pourrait être envisagée par la PUI en utilisant un autre robot déjà présent sur Logipharma, le Newlcon®. Ce robot permet actuellement d'assurer les délivrances globales du CHU, et ce, à la boîte. Une évolution des interfaces informatiques entre le logiciel de prescription et le robot permettrait d'envoyer les prescriptions vers cet automate de délivrance globale afin de préparer les traitements mensuellement à la boîte.

3. UNE PRESENCE ACTIVE DU PHARMACIEN

La PUI joue un rôle pivot dans la gestion et qualité du circuit du médicament. Cette mission incombe actuellement majoritairement au PPH présent sur site. Il assure alors l'approvisionnement, une partie de la préparation, du contrôle et de la dispensation. Des ressources pharmaceutiques pourraient venir renforcer le rôle de la PUI dans ces missions. Outre les objectifs de sécurisation décrits tout au long de ce travail, d'autres activités potentielles ont été identifiées. On retrouve par exemple l'accompagnement des prescripteurs dans le choix des médicaments selon le livret thérapeutique ou dans l'adaptation de ce dernier à la prise en charge des détenus ; la participation à la rédaction de protocole thérapeutique ; la rédaction de procédure qualité sur les prises en charge thérapeutiques ; la réalisation de formation aux équipes soignantes. Globalement, la présence d'un pharmacien pourrait venir renforcer l'optimisation des organisations. (34)

Une activité de pharmacie clinique permettrait au pharmacien hospitalier de participer activement à la sécurisation et à l'efficacité des soins. Le travail de validation effectué

pendant 3 mois montre que les IP concernent respectivement 3,9% et 8,2% des ordonnances sur Seysses et sur Muret. Cependant, les taux observés semblent sous-estimés en raison de l'absence d'accès aux prescriptions des traitements psychiatriques.

L'activité de validation a mis en évidence l'impact du pharmacien dans la lutte contre la iatrogénie ainsi qu'un impact vraisemblablement économique et organisationnel de la prise en charge du patient, tel que défini par l'échelle CLEO (annexe 6). Globalement bien accueillie par les prescripteurs, il semble important que ces derniers évaluent les IP avec la même échelle afin d'avoir des résultats objectifs.

Mais l'impact du pharmacien pourrait être majoré par d'autres activités de pharmacie clinique. Pour commencer, une activité de conciliation médicamenteuse pour des patients identifiés par les médecins et, lors de leurs arrivés en détention, permettrait d'assurer une continuité médicamenteuse et de prévenir les erreurs.

Actuellement à l'UCSA de Seysses, une infirmière dédiée consacre une partie de son temps à la création et à l'animation d'ateliers d'éducation à la santé et une assistante sociale se concentre principalement sur l'accompagnement des patients incarcérés atteints de pathologies virales chroniques. Côté SMPR, des ateliers éducatifs sur la gestion médicamenteuse, les effets indésirables ou encore sur les conduites addictives sont mis en place. Une participation active d'un pharmacien pourrait enrichir ces initiatives en prenant part aux ateliers existants et en lançant de nouveaux ateliers éducatifs sur le bon usage des médicaments, ainsi qu'en réalisant des entretiens pharmaceutiques. Les thématiques abordées incluraient l'adhésion thérapeutique, l'automédication, les effets indésirables ainsi que les difficultés liées aux traitements (34). Les entretiens pharmaceutiques pourraient aussi être axés sur l'accompagnement des patients atteints de pathologies chroniques telles que les infections virales chroniques, la prise d'anticancéreux par voie orale, l'utilisation d'anticoagulants, les traitements par corticoïdes inhalés et la polymédication. (35)

Une présence pharmaceutique permettrait d'accroître le rôle du pharmacien dans la qualité des soins en prévenant les erreurs médicamenteuses, en assurant une meilleure continuité médicamenteuse et en amenant des activités de pharmacie clinique. (36)

CONCLUSION

La gestion du circuit du médicament en milieu carcéral et dans les établissements toulousains se révèle être un défi complexe qui requiert une adaptation aux spécificités de l'environnement pénitentiaire. Les contraintes sécuritaires, la diversité des pathologies des détenus, et les limites des ressources disponibles rendent cette tâche d'autant plus ardue. Un état des lieux effectué met en lumière des failles dans l'organisation actuelle, notamment en ce qui concerne la prescription, la dispensation et la préparation des médicaments.

Toutefois, des perspectives d'amélioration existent, tant à court terme qu'à plus long terme. La mise en place d'un support unique de prescription associé idéalement à un dossier médical commun, l'amélioration des pratiques de dispensation, et la simplification des rythmes de distribution sont autant d'actions qui pourraient renforcer la sécurité et l'efficacité du circuit. De plus, un renforcement des liens entre la PUI et les unités sanitaires ainsi qu'une plus grande implication des pharmaciens, via des activités de pharmacie clinique, pourraient avoir un impact significatif sur la qualité des soins et la réduction des risques de la prise en charge médicamenteuse des détenus.

La volonté de sécurisation marquée des unités sanitaires pénitentiaires doit être appuyée par les structures nationales, régionales et hospitalières de la prise en charge sanitaire des détenus. Le choix des axes de sécurisation qui incombe aux établissements de santé donnera lieu à des modélisations plus détaillées d'un circuit futur. Des investissements semblent inéluctables, tant pour l'adaptation des locaux que pour le renforcement des ressources humaines et des outils informatiques, afin de garantir la sécurité et la qualité des soins dans ces unités sensibles.

REFERENCES

1. CHEE, Christine Chan et VERDOT, Charlotte. État de santé des personnes sous main de justice. Haut Conseil de la Santé Publique. 2018. Vol. Actualité et dossier en santé publique, n° 104, p13-16.
2. CGLP. Rapport de la troisième Visite du centre pénitentiaire de Toulouse Seysses Haute-Garonne. 2021.
3. MINISTÈRE DE LA JUSTICE. L'application des peines. 2019. Partie 9 références statistiques
4. MINISTÈRE DE LA JUSTICE. Direction de l'administration pénitentiaire. [en ligne]. 2022. Disponible à l'adresse: <https://www.justice.gouv.fr/ministere-justice/missions-organisation/direction-ladministration-penitentiaire>
5. MINISTÈRE DE LA JUSTICE. Statistique des établissements et des personnes écrouées en France le 01/01/2024. 2024.
6. MINISTÈRE DE LA JUSTICE ET DE LA SANTÉ. PRISE EN CHARGE SANITAIRE DES PERSONNES PLACÉES SOUS MAIN DE JUSTICE. 3ème Edition. 2019.
7. MINISTÈRE DE LA JUSTICE. La prise en charge en détention. [en ligne]. 2022. Disponible à l'adresse: <https://www.justice.gouv.fr/justice-france/prise-charge-personnes-condamnees-ou-prevenues/prise-charge-detention>
8. Etablissement public de santé national (Fresnes) EPSNF | FHF. [en ligne]. Disponible à l'adresse: <https://etablisements.fhf.fr/annuaire/structure/structure2588>
9. PONSEELE, Magdalena. Le système d'offre de soins et d'accès aux médicaments des détenus par les exemples des centres de détention de Toul et Ecrouves. Thèse d'exercice. UNIVERSITE HENRI POINCARÉ - NANCY 1, 2010.
10. GUÉRIN, Geneviève. adsp 44 : La santé en prison. Haut Conseil de la Santé Publique, 2003.
11. MINISTÈRE DE LA JUSTICE et ARS NOUVELLE AQUITAINE. CONVENTION CADRE DE PARTENARIAT EN SANTE PUBLIQUE 2018-2023. 2018.
12. DGOS. Les personnes détenues. Ministère du travail, de la santé et des solidarités. [en ligne]. Disponible à l'adresse: <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-des-populations/personnes-detenu-es-personnes-placees-sous-main-de-justice/article/les-personnes-detenu-es>
13. MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ et MINISTÈRE DE LA JUSTICE. Stratégie santé des personnes placées sous main de justice (PPSMJ). 2017.
14. IGAS et INSPECTION GÉNÉRALE DE LA JUSTICE. Evaluation des unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) pour les personnes détenues [en ligne]. 2018. Disponible à l'adresse: https://www.justice.gouv.fr/sites/default/files/migrations/portail/art_pix/Rapport_UHSA_20190107.pdf

15. Lexique de la Pharmacie Clinique. Le Pharmacien Hospitalier et Clinicien. 2021. Vol. 56, n° 2, pp. 119-123. DOI 10.1016/j.phclin.2021.05.001.
16. HAS. Fiche pédagogique : Évaluation de la prise en charge médicamenteuse selon le référentiel de certification. 2022.
17. OMEDIT CENTRE. La règle des 5B [Prévenir les erreurs médicamenteuses liées aux injections de potassium. [en ligne]. 2019. Disponible à l'adresse: https://www.omedit-centre.fr/potassium/co/2_regle_des_5B.html
18. DGOS_MICHEL.C et DGOS_MICHEL.C. Identitovigilance. Ministère du travail, de la santé et des solidarités. [en ligne]. Disponible à l'adresse: <https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/qualite-securite-et-pertinence-des-soins/securite-des-prises-en-charge/securite-des-soins-et-des-patients/article/identitovigilance>
19. FATOME, M et VERNEREY, M. L'ORGANISATION DES SOINS AUX DETENUS [en ligne]. Rapport d'évaluation. IGAS, 2001. Disponible à l'adresse: https://solidarites.gouv.fr/sites/solidarite/files/2023-07/Rapport_FATOME_Juin_2001_L_organisation_des_soins_aux_detenus.pdf
20. CABELGUENNE, Delphine, HARCOUËT, Laura et AUBIN, Fabienne. Le circuit du médicament en milieu carcéral français: état des lieux et principales recommandations en vue de son optimisation. Le Pharmacien Hospitalier. 1 mars 2006. Vol. 41, n° 164, pp. 13-23. DOI 10.1016/S0768-9179(06)75346-9.
21. ETANGSALE, Aurélie, BIZOT, Laure, BETOULLE, Sylvie et BAUDIN, Isabelle. État des lieux de la prise en charge sanitaire des détenus et de l'organisation du circuit médicamenteux en milieu carcéral en France. Annales Pharmaceutiques Françaises. [en ligne]. 1 mars 2024. Vol. 82, n° 2, pp. 342-350. DOI 10.1016/j.pharma.2023.12.003.
22. ETTORCHI-TARDY, Amina, LEVIF, Marie et MICHEL, Philippe. Le benchmarking : une méthode d'amélioration continue de la qualité en santé. Pratiques et Organisation des Soins. 1 décembre 2011. Vol. 42, n° 1, pp. 35-46. DOI 10.3917/pos.421.0035.
23. PITARELLI, Emilio et MONNIER, Eric. Benchmarking: the missing link between evaluation and management? 2012.
24. MINISTÈRE DE LA JUSTICE. Statistique des établissements et des personnes écrouées en France le 01/05/2024. 2024.
25. TALLA, M et LIU, X. La délivrance nominative des médicaments dans les établissements de santé [en ligne]. ANAP, 2012. Disponible à l'adresse: https://www.synprefh.org/files/medias/ANAP_La_delivrance_nominative_des_medicament_s.pdf
26. MOURTAFIA, Latifa et ELCADI, Mina Ait. L'impact de la dispensation automatisée des produits pharmaceutiques en milieu hospitalier : revue de la littérature. Le Pharmacien Clinicien. [en ligne]. 1 septembre 2023. Vol. 58, n° 3, pp. 254-259. DOI 10.1016/j.phacli.2023.02.007.
27. FAURE, R., BOURDELIN, M., JEAN-BART, E., BERTHONNAUD, É. et BONTEMPS, H. Guide pour le choix d'une technologie d'automates de dispensation à délivrance nominative. Le

Pharmacien Hospitalier et Clinicien. [en ligne]. 1 juin 2015. Vol. 50, n° 2, pp. 168-179. DOI 10.1016/j.phclin.2014.09.001.

28. SFPC. EVALUATION DES IMPACTS D'UNE INTERVENTION PHARMACEUTIQUE PAR L'ECHELLE CLEO v3. [en ligne]. Disponible à l'adresse: <http://actip.sfpc.eu/docs/CLEOV3.pdf>

29. ELODIE, Godin-Blandeau, VERDOT, Charlotte et DEVELAY, Aude-Emmanuelle. La santé des personnes détenues en France et à l'étranger : une revue de la littérature. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire. 5 novembre 2013. Vol. 35-36, pp. 434-40.

30. DÉSESQUELLES, Aline, KENSEY, Annie et MESLÉ, France. Circonstances et causes des décès des personnes écrouées en France : le poids écrasant des morts violentes. Population. [en ligne]. 2018. Vol. 73, n° 4, pp. 757-786. DOI 10.3917/popu.1804.0757.

31. ACADÉMIE NATIONALE DE PHARMACIE. Observance des traitements médicamenteux en France [en ligne]. Rapport adopté par le Conseil de l'Académie nationale de Pharmacie. 2015. Disponible à l'adresse: https://www.acadpharm.org/dos_public/Rapport_l_observance_medicamenteuse_VF_CORR_DGS_2016.02.09.pdf

32. CAMBOIS, I. Quel modèle de délivrance nominative manuelle dans les services de moyen séjour ? Un exemple d'optimisation. Le Pharmacien Hospitalier et Clinicien. [en ligne]. 1 mars 2017. Vol. 52, n° 1, pp. 42-50. DOI 10.1016/j.phclin.2016.07.009.

33. OMEDIT CENTRE VAL DE LOIRE. Version 1 : Les Bonnes Pratiques de réalisation des Piluliers dans les établissements sanitaires [en ligne]. 2015. Disponible à l'adresse: https://www.omedit-centre.fr/Formationnouveauxarrivants_web_gen_web/res/piluliers.pdf

34. MULLER, K, HENG, L.H et COLLOMP, R. La pharmacie clinique peut-elle franchir les portes du milieu pénitentiaire ? 18ème Congrès de la SFPC. [en ligne]. 2020. Disponible à l'adresse: <https://sfpc.eu/wp-content/uploads/2020/11/MULLER.pdf>

35. ARAB, Mélanie Breemeersch. Vision interdisciplinaire : la place du pharmacien d'officine dans l'offre de soins. [en ligne]. 24 mai 2024. DOI 10.1016/j.revinf.2024.04.008. La revue de l'infirmière - Vol. 73 - N° 301 - p. 27-29

36. ARS NOUVELLE AQUITAINE. Recommandations sur le circuit du médicament en détention. Journée santé des détenus. [en ligne]. 2024. Disponible à l'adresse: <https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/media/118574/download?inline>

37. JOUGLEN, J et CESTAC, P. Délivrance Nominative Automatisée Centralisée (DNAC) au CHU de Toulouse. 2011.

ANNEXES

Annexe 1 : Trame de l'entretien avec les pharmaciens partenaires et responsables des USMP de leurs établissements

Entretien/benchmark Pharmacien responsable USMP

Etablissement :

Type d'établissement :

Nombre de site :

Capacité d'accueil :

Nombre de détenus :

Effectif des équipes médicales et paramédicales :

- Plusieurs entités ? (CHU + Centre psychiatrique/ex)

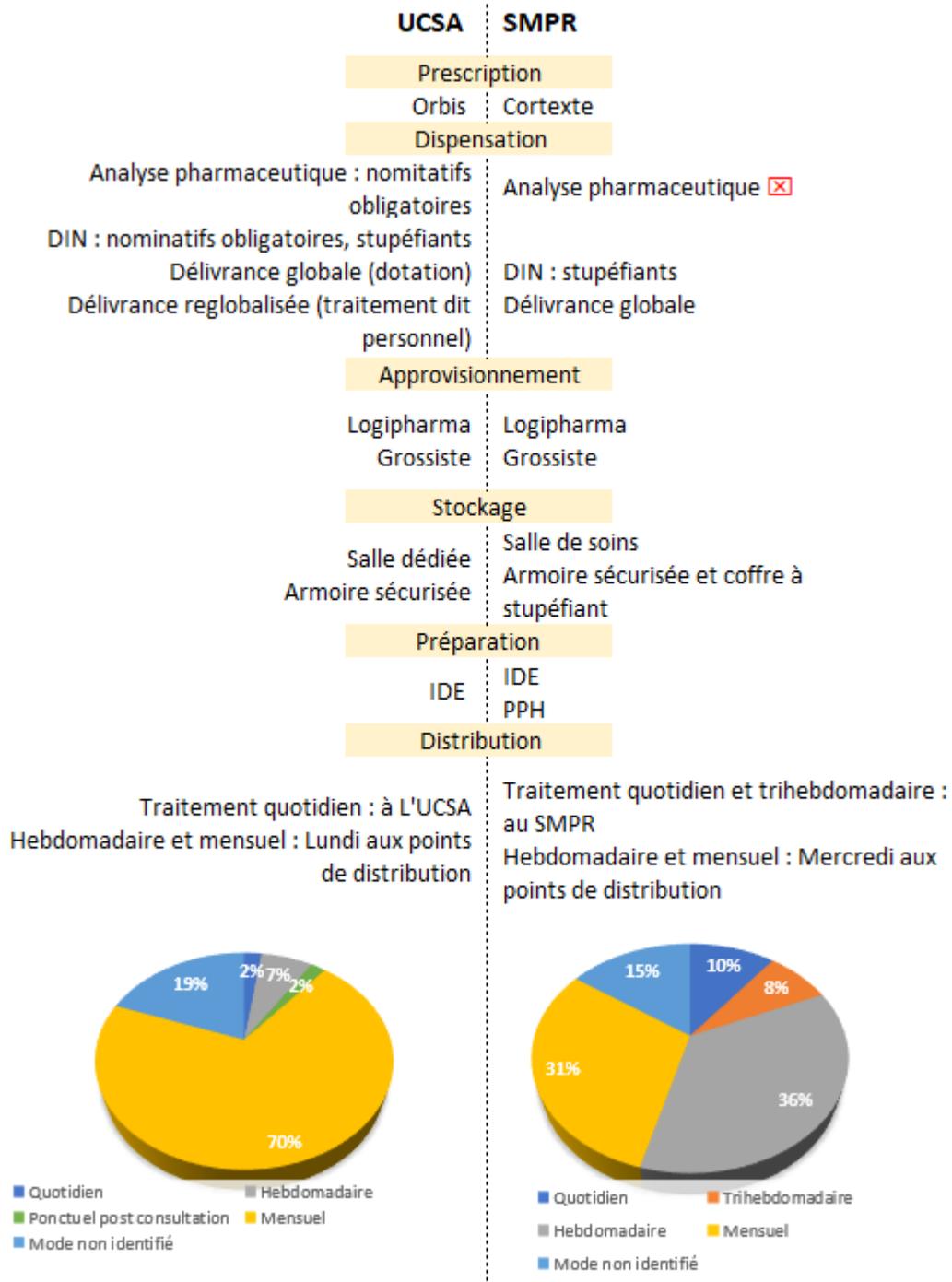
Effectif pharmaceutique : temps dédié + temps sur site :

- Pharmacien :
- PPH :
- Logisticien ?
- Présence sur site :
 - o Si oui, PUI ou Antenne ?

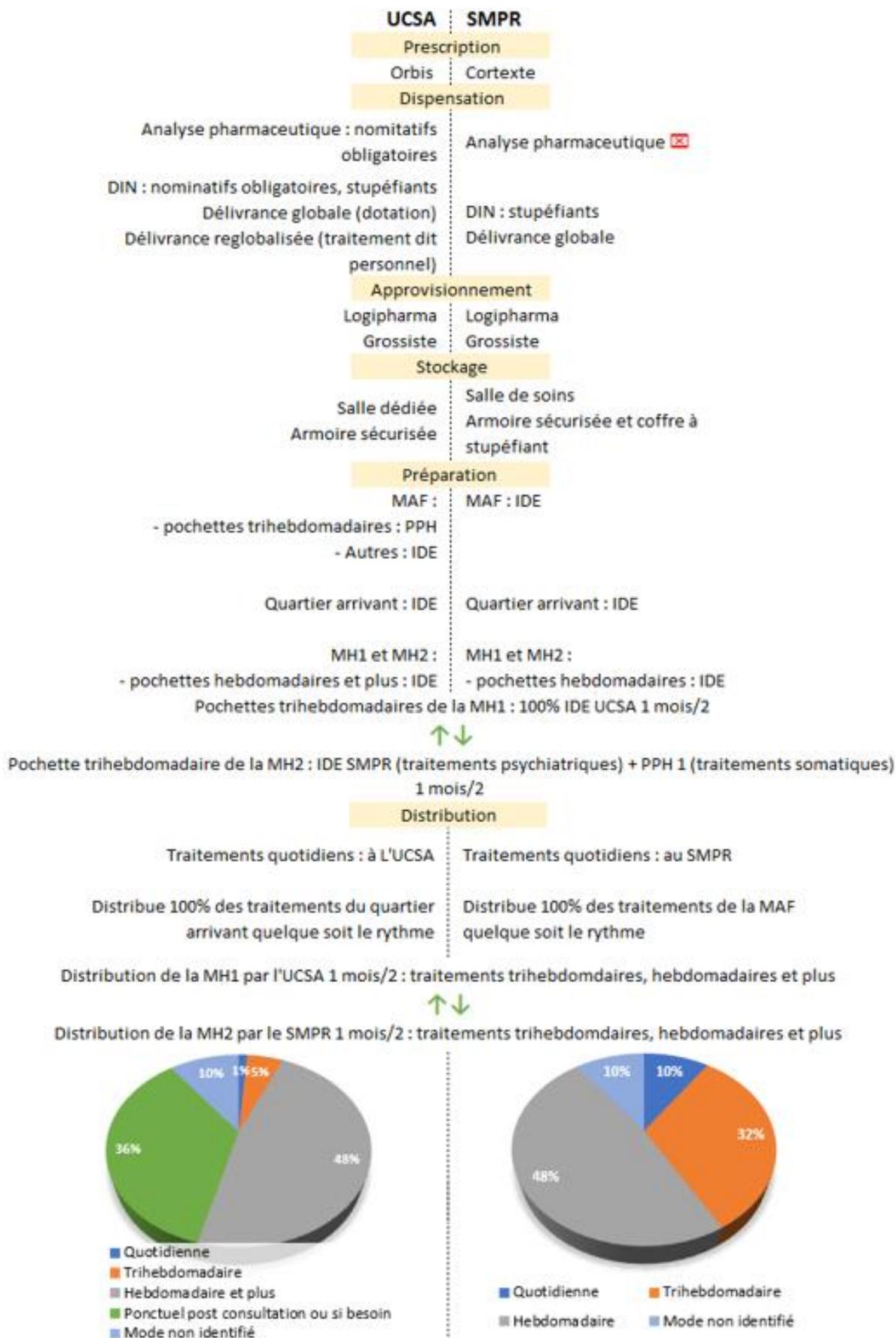
Circuit du médicament :

1. Prescription
 - Logiciel
 - Prescription sur logiciel ou papier ?
 - Logiciel unique ?
 - Séparation de la prise en charge somatique/psychiatrique ?
2. Approvisionnement de la PUI ou Antenne/Service
 - a. Commande grossiste : livraison à la pharma ou direct site ?
 - b. Moyen d'approvisionnement
 - c. Dotation ?
3. Préparation
 - Par qui ? IDE, PPH ? Temps dédié (estimation)
 - Où ?
 - Comment ?
 - o Rythme de préparation ? Manuel ou automatisé ?
 - Dotation disponible pour IDE ?
4. Distribution par IDE
 - Rythme ?
 - o Comment est fait le choix ? Par qui ?
 - Où ? Différence selon rythme ?
5. Gestion des retours ?
6. Pharmacie clinique
 - Conciliation à l'entrée ?
 - Validation pharmaceutique ? fréquence, où, qui, comment ?
 - ETP ?
 - Entretien ?
 - Conciliation à la sortie ? accompagnement à la sortie ?
 - Activité du préparateur en plus ? (Valorisation)

Annexe 2 : Organisation du circuit du médicament sur le centre de détention de Muret



Annexe 3 : Organisation du circuit du médicament sur la maison d'arrêt de Seysses



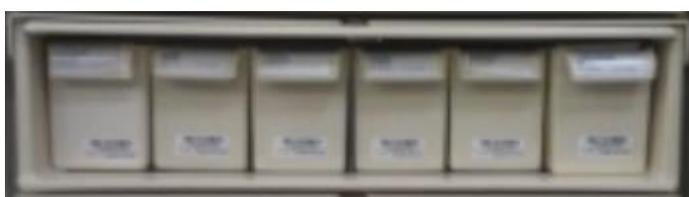
Annexe 4 : Comparaison des données du parangonnage au circuit toulousain

USMP de Bordeaux	USMP de Montpellier	Les USMP de Toulouse
<ul style="list-style-type: none"> - Centre pénitentiaire – Maison d’arrêt et un SAS - Un site unique à Bordeaux-Gradignan - 500 places (MA + SAS) - 1000 détenus (MA + SAS) 	<ul style="list-style-type: none"> - Centre pénitentiaire – Maison d’arrêt et un SAS - 2 sites : la MA de Villeneuve-lès-Maguelone (12km du CHU) et la SAS dans Montpellier - 750 places (MA + SAS) - 1050 détenus (MA + SAS) 	<ul style="list-style-type: none"> - Maison d’arrêt de Seysses, SAS, et centre de détention de Muret - 3 sites sur Seysses et Muret - MA : 580 places, 1169 détenus - CD : 620 places, 608 détenus (Données au 01/05/24)
<p>L’USMP se divise entre une UCSA et un SMPR</p>	<p>Une USMP avec une prise en charge somatique et psychiatrique distincte</p> <p>Pas de SMPR</p>	<p>Deux USMP, une sur chaque établissement pénitentiaire</p> <p>Les USMP bénéficient chacune d’un UCSA et d’un SMPR</p>
<ul style="list-style-type: none"> - 3 ETP de médecins somaticiens et un interne en médecine générale -3-4 ETP de psychiatres -Médecins spécialistes sur demande, infectiologue à distance, un dermatologue et un ophtalmologue tous les 15j, un gynécologue un jour par semaine 	<ul style="list-style-type: none"> - 3 ETP de médecins somaticiens - 3-4 ETP de psychiatres - 2 dentistes, 1 infectiologue un jour par semaine, autres spécialistes sur demande - 7 ETP IDE à la MA et 4 à la SAS - Une cadre 	<ul style="list-style-type: none"> - 5,5 ETP de médecins somaticiens - 8,6 ETP de psychiatres et 1 interne - 1,2 ETP dentiste - Infectiologue, pneumologue, dermatologue et spécialistes : jour fixe ou sur demande - 25,5 IDE à la MA et 11,8 ETP sur le CD - 3 cadres de santé
<ul style="list-style-type: none"> -1 ETP pharmacien présent sur site - 2 ETP PPH présents sur site 	<ul style="list-style-type: none"> -1 ETP pharmacien et un poste de docteur junior, présents sur site -3.2 ETP PPH présents sur la MA et 0.6 ETP pour la SAS 	<ul style="list-style-type: none"> - 0,2 ETP pharmacien non présent sur site - 1 ETP PPH présent sur site (0,4 ETP pour Muret et 0,6 ETP pour Seysses)
<ul style="list-style-type: none"> - Un logiciel de prescription unique : DxCare - Mais 2 DPI : DxCare pour le somatique et Hôpital Manager pour le psychiatrique 	<p>Un logiciel de prescription unique : DxCare</p>	<p>Deux logiciels de prescription :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les UCSA : Orbis - Les SMPR : Cortexte

<ul style="list-style-type: none"> - Approvisionnement quotidien par la PUI du CHU de Bordeaux - Limite au maximum les commandes grossistes 	<ul style="list-style-type: none"> - Approvisionnement quotidien par la PUI du CHU de Montpellier - Limite au maximum les commandes grossistes - Commande de dotation réalisée 2 fois par semaine 	<ul style="list-style-type: none"> - Approvisionnement quotidien par la PUI du CHU de Toulouse - Commande de dotation une à deux fois par semaine selon l'unité
<ul style="list-style-type: none"> - Une antenne pharmaceutique est présente sur site est accessible aux agents de la PUI - Une dotation existe à l'UCSA dans une pièce faisant aussi office de bureau et dans une armoire sécurisée (pour traitements d'urgences le week-end) 	<ul style="list-style-type: none"> - Une pharmacie est présente sur site uniquement accessible aux agents de la PUI - Une dotation de service présente dans une pièce dédiée au stockage et à la préparation 	<ul style="list-style-type: none"> - Pas de pharmacie ou d'antenne pharmaceutique - Dotation de service dans les salles de soin pour les SMPR ou dans des pièces +/- dédiées pour les UCSA (9m² sur Seysses, faisant aussi office de bureau infirmier)
<ul style="list-style-type: none"> - Les PPH préparent manuellement l'ensemble des traitements, à partir de la prescription informatique, et un double contrôle est réalisé systématiquement par les IDE 	<ul style="list-style-type: none"> - Les PPH préparent l'ensemble des traitements (y compris pour les traitements distribués en semaine ou le week-end) - La préparation est manuelle 	<ul style="list-style-type: none"> - Préparation manuelle par PPH ou IDE de chaque unité à partir d'ordonnance papier - Répartition de la préparation selon unités et rythme de distribution
<ul style="list-style-type: none"> - Délivrance par les pharmaciens à la sortie des consultations de l'UCSA en même temps que l'analyse d'ordonnance - Pour le SMPR, la distribution est faite par une IDE qui vient récupérer le traitement à l'antenne pharmaceutique jusqu'au prochain jour de renouvellement 	<ul style="list-style-type: none"> - Délivrance par les PPH pour des durées hebdomadaires ou trihebdomadaires réalisées à la pharmacie et tracée sur l'ordonnance : le patient doit se présenter au guichet de la pharmacie 	<ul style="list-style-type: none"> - Distribution par IDE en unités ou en cellules sur Seysses - Distribution en point de relais sur Muret
<ul style="list-style-type: none"> - La distribution hebdomadaire par les IDE est la règle - Une distribution quotidienne supervisée par le SMPR est réalisée pour la méthadone - Une distribution quotidienne à l'UCSA est possible pour des patients à risque de mésusage 	<ul style="list-style-type: none"> - Les IDE distribuent en cellules uniquement les stupéfiants quotidiennement (et la méthadone le week-end) - Choix fait par le psychiatre et transmis sous forme d'Excel partagé 	<ul style="list-style-type: none"> - Rythme de distribution selon unité (minimum 3 par unité) - Rythmes identifiés : ponctuel post consultation, quotidien, trihebdomadaire, hebdomadaire, tri ou bimensuel, mensuel

<ul style="list-style-type: none"> - Validation d'ordonnance systématique, réalisée par un pharmacien lors de la sortie des patients des consultations, accompagnée de la délivrance des traitements jusqu'au prochain jour de renouvellement - Quelques entretiens patients : prise supervisée, hépatite C, programme d'ETP et d'observance. 	<ul style="list-style-type: none"> - Validation d'ordonnances systématiques - Conciliation d'entrée (ordonnances de ville ou d'autres centre pénitentiaire récupérées) - Education à la santé, thérapeutique : mois sans tabac, hépatite C... 	<ul style="list-style-type: none"> - Absence de validation d'ordonnance sauf exception (traitement nominatif du CHU, stupéfiant pas en dotation) - Pas d'activité de pharmacie clinique
---	--	---

Annexe 5 : Photos de l'automate de dispensation, d'un chariot de dispensation, d'une armoire de transfert, des casiers et d'un sachet de sur-conditionnement (37)



**EVALUATION DES IMPACTS D'UNE INTERVENTION PHARMACEUTIQUE
PAR L'ECHELLE CLEO v3**

1. IMPACT CLINIQUE (CL)

Score	Impact	Définition: L'impact clinique est évalué selon le scénario prévu le plus probable et non pas le pire/meilleur scénario
-1C	Nuisible	L'IP peut conduire à des résultats défavorables concernant l'état clinique, la connaissance, la satisfaction, l'adhésion médicamenteuse et/ou la qualité de vie du patient.
0C	Nul	L'IP n'a pas d'influence sur le patient concernant l'état clinique, la connaissance, la satisfaction, l'adhésion médicamenteuse et/ou la qualité de vie du patient.
1C	Mineur	L'IP peut améliorer la connaissance, la satisfaction, l'adhésion médicamenteuse, et/ou la qualité de vie OU l'IP peut empêcher un dommage qui ne requiert pas de surveillance/traitement
2C	Moyen	L'IP peut empêcher un dommage qui requiert une surveillance accrue ou un traitement, mais n'entraîne pas ou n'allonge pas un séjour hospitalier du patient.
3C	Majeur	L'IP peut empêcher un dommage qui entraîne ou allonge un séjour hospitalier OU entraîne une incapacité permanente ou un handicap.
4C	Vital	L'IP peut empêcher un accident qui entraîne potentiellement un soin intensif ou le décès du patient.
ND	Non-déterminé	Les informations disponibles ne permettent pas de déterminer l'impact clinique.

- + L'impact clinique est évalué du point de vue **clinique chez le patient**.
- + **Dommage**: dommage corporel - altération des *capacités physiques* et *psychiques* survenant au décours d'un accident ou d'une maladie.
- + **Qualité de vie**: fonction *physique* (autonomie, capacités physiques, capacités à réaliser les tâches de la vie quotidienne...), *psychologique* (anxiété, dépression, émotivité...), *sociale* (rapport à l'environnement familial, amical ou professionnel, engagement dans des relations personnelles, participation aux activités sociales et de loisirs...) et *somatique* (symptômes liés à la maladie).
- + **Surveillance**: *Suivi clinique (physiologique ou psychologique)*, *biologique* pertinent.
- + **Traitement**: *Changement de thérapie ou ajout d'un traitement médical/chirurgical supplémentaire*.

2. IMPACT ECONOMIQUE (E)

Score	Impact	Définition
-1E	Augmentation du coût	L'IP augmente le coût de la prise en charge médicamenteuse du patient.
0E	Pas de changement	L'IP ne modifie pas le coût de la prise en charge médicamenteuse du patient.
1E	Réduction du coût	L'IP économise le coût de la prise en charge médicamenteuse du patient.
ND	Non-déterminé	Les informations disponibles ne permettent pas de déterminer l'impact économique.

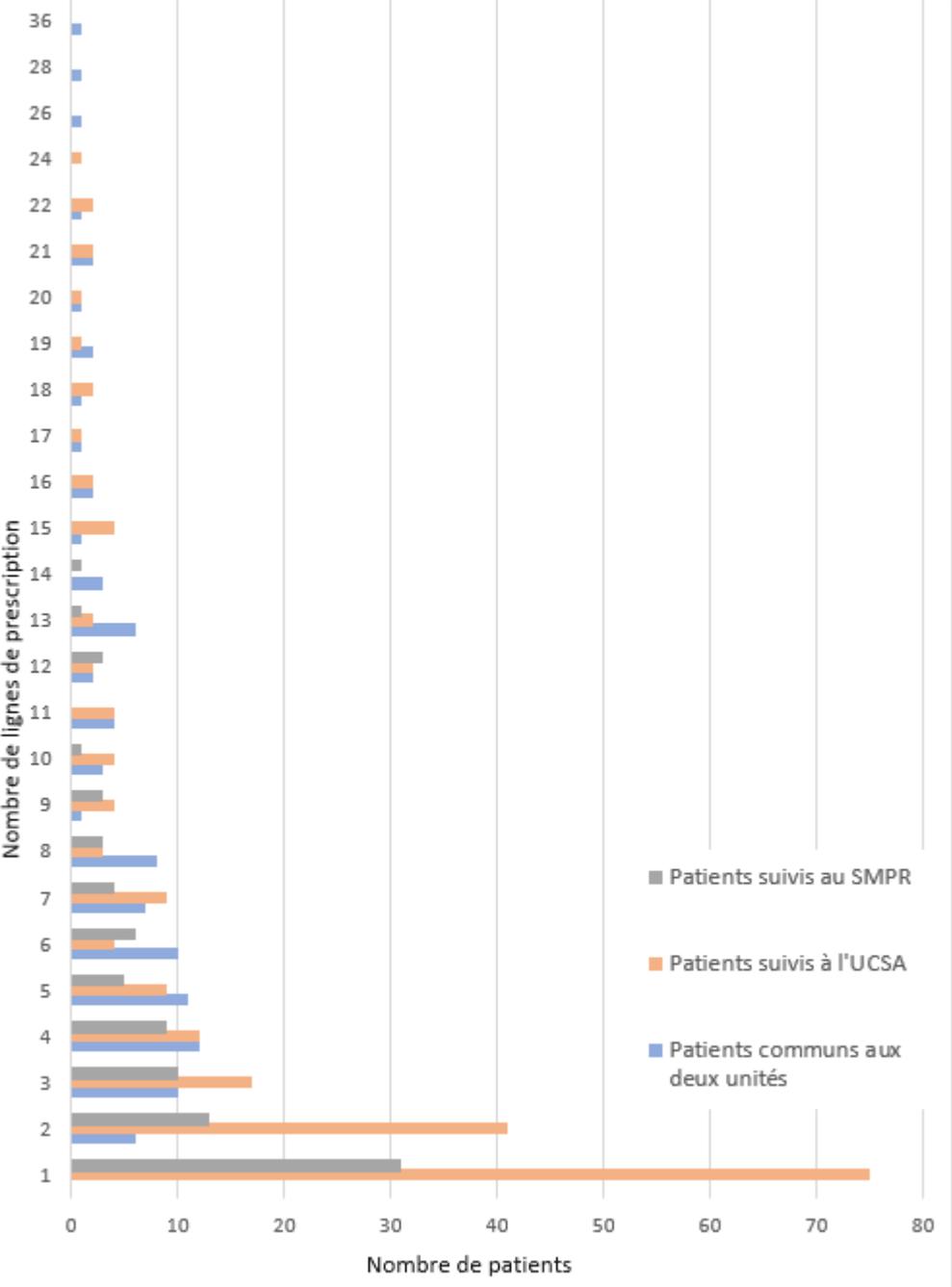
- + Le **coût de la prise en charge médicamenteuse** contient deux éléments principaux :
 - o *Le coût des médicaments*
 - o *Le coût de surveillance de la prise en charge médicamenteuse (par exemple, suivi clinique, cinétique, biologique...)*.
- + Le **coût de la prise en charge médicamenteuse** se base sur le **coût financier de l'hôpital**.

3. IMPACT ORGANISATIONNEL (O)

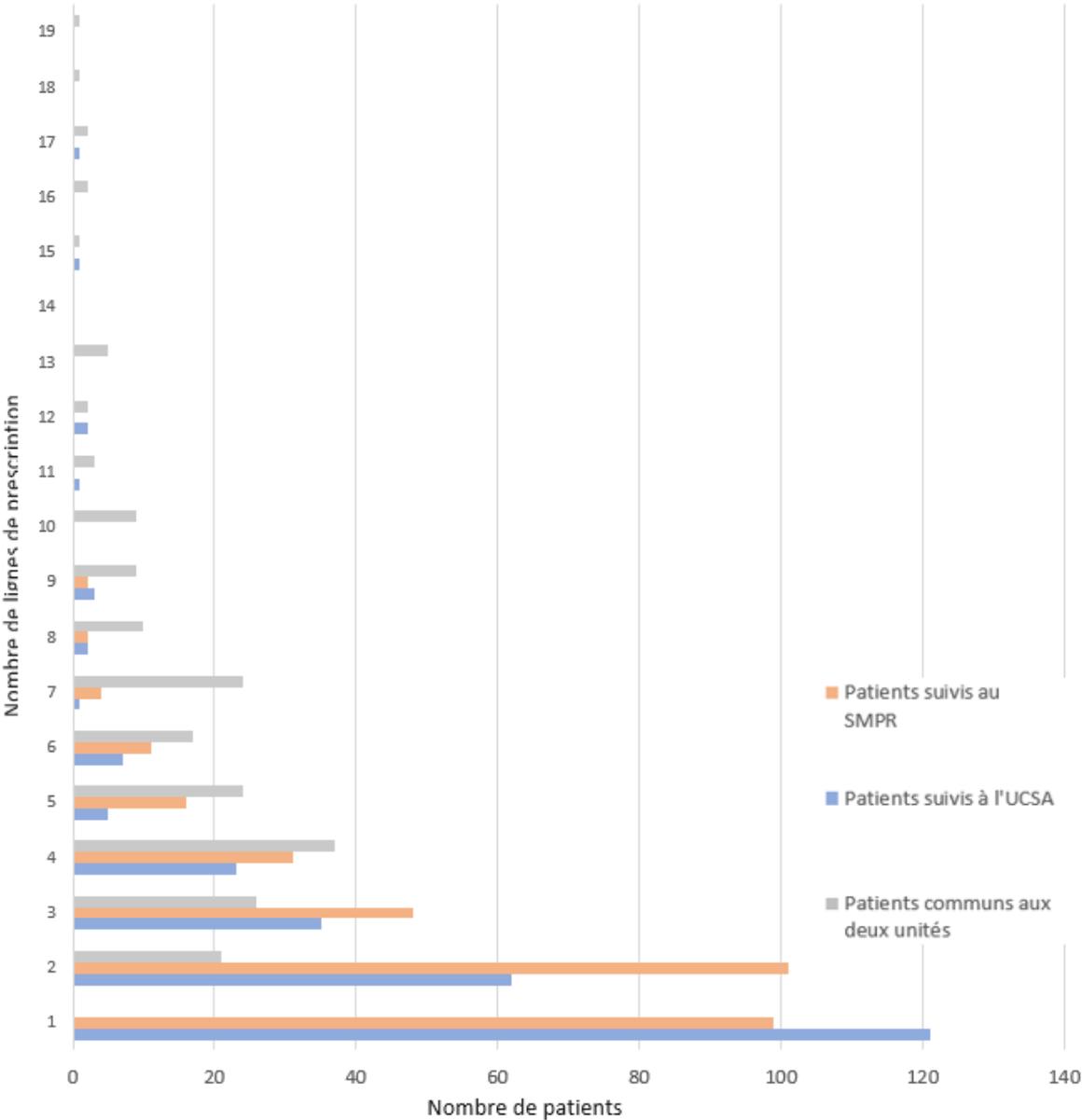
Score	Impact	Définition
-1O	Défavorable	L'IP diminue la qualité du processus des soins.
0O	Nul	L'IP ne change pas la qualité du processus des soins.
1O	Favorable	L'IP augmente la qualité du processus des soins.
ND	Non-déterminé	Les informations disponibles ne permettent pas de déterminer l'impact organisationnel.

- + L'impact organisationnel est codé selon l'**impact global sur la qualité du processus des soins selon la perspective des personnels soignants** (eg, *économies de temps ; amélioration de connaissance, de satisfaction au travail ou de sécurité des personnels soignants ; facilitation des tâches professionnelles ou du travail d'équipe, de continuité des soins ; etc.*)

Annexe 7 : Nombre de patients en fonction du nombre de lignes de prescription et selon leurs suivis sur le CD de Muret



Annexe 8 : Nombre de patients en fonction du nombre de lignes de prescription et selon leurs suivis sur la maison d'arrêt de Seysses



TITRE ET RESUME EN ANGLAIS

ASSESSMENT OF THE ORGANIZATION OF THE MEDICATION CIRCUIT IN THE TOULOUSE PRISON ENVIRONMENT AND PROPOSALS FOR OPTIMIZATION AND SECURITY

Since the 1994 law, inmates have benefited from medical care provided by public health institutions. In this context, the hospital pharmacist plays a crucial role in managing the medication circuit. The penitentiary facilities in the Toulouse region are representative of the challenges encountered in managing this circuit, which presents major specificities and constraints that complicate the medication management of inmates. The closed environment, the conditions of detention, the complex patient profiles, as well as the presence of two separate healthcare institutions on each site using different software systems, make information sharing difficult and complicate patient care.

An analysis of the current regulations and recommendations, a review of the literature, benchmarking with other institutions, and an assessment of the medication circuit in the Toulouse penitentiary system help identify the limitations of the current system. Problems related to prescribing, dispensing, storage, and distribution have been identified.

Short-term actions, such as improving identity verification, centralizing prescriptions on a single prescription platform, and enhancing preparation and distribution practices, are proposed to secure the medication circuit. In the long term, solutions like the Pharmacy's management of patient-specific dispensing, whether automated and centralized or manual and decentralized, along with the development of clinical pharmacy, appear promising for improving and securing the quality of care and preventing medication errors. However, the active involvement of healthcare professionals in driving organizational change, along with clear institutional commitment to providing funding and guiding actions, remains essential.

Key words : Drug Delivery Systems, Incarceration, Optimization

AUTEUR : ROUQUIER Nicolas

TITRE : Etat des lieux de l'organisation du circuit du médicament en milieu carcéral toulousain et propositions d'optimisation et de sécurisation

LIEU ET DATE DE SOUTENANCE : Le 08 octobre 2024 à la faculté de pharmacie de Toulouse

RESUME

Depuis la loi de 1994, les détenus bénéficient d'une prise en charge médicale réalisée par les établissements de santé publics. Dans ce cadre, le pharmacien hospitalier joue un rôle crucial dans la gestion du circuit du médicament. Les établissements pénitentiaires de la région toulousaine sont représentatifs des contraintes rencontrées dans la gestion de ce circuit qui présente des spécificités et contraintes majeures et compliquent la prise en charge médicamenteuse des détenus. Le milieu fermé et les conditions de détention, le profil complexe des patients mais aussi de la présence de deux établissements de santé distincts sur chaque site prenant en charge les patients et utilisant des logiciels différents rendent difficile le partage d'informations et complexifient les prises en charge.

Une analyse de la réglementation et des recommandations en vigueur, une analyse de la littérature, du parangonnage auprès d'établissements et l'état des lieux du circuit du médicament en milieu carcéral toulousain permettent d'identifier les limites du circuit en place. Des problèmes liés à la prescription, la dispensation, au stockage et la distribution sont identifiés.

Des actions à court terme, comme l'amélioration de l'identitovigilance, la centralisation des prescriptions sur un support unique de prescription et l'amélioration des pratiques de préparation et de distribution sont proposées pour sécuriser le circuit. À plus long terme, des solutions comme la prise en charge de la délivrance nominative par la Pharmacie, qu'elle soit nominative automatisée centralisée ou manuelle et décentralisée, avec le développement de la pharmacie clinique semblent prometteuses pour améliorer et sécuriser la qualité des soins et prévenir les erreurs médicamenteuses. Une implication des soignants pour s'engager dans un réel changement d'organisation ainsi qu'un engagement clair des différentes institutions pour assurer le financement et orienter les actions apparaissent néanmoins indispensables.

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : PHARMACIE

MOTS-CLES : Système de médication, Incarcération, Optimisation

INTITULE ET ADRESSE DE L'UFR OU DU LABORATOIRE :

Université Paul Sabatier Toulouse III - Faculté des Sciences Pharmaceutiques – 31062 TOULOUSE
Cedex 09

DIRECTEURS DE THESE : Monsieur le Docteur Julien JOUGLEN et Madame le Docteur Pauline PUYO-CANAL