

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

par

Christelle BORDET

Présentée et soutenue publiquement le 26 mai 2008

**Dysfonctionnements et mesures de correction
concernant le circuit du médicament
en milieu carcéral :
Etude réalisée à la maison d'arrêt de Vannes**

Président : M. Alain PINEAU, Professeur de Toxicologie

Membres du jury :

M. ROBERT Jean-François, Professeur Associé – Conseil à l'Officine

Mme GHNASSIA Corinne, Pharmacien Hospitalier

Mme MAULAZ Brigitte, Pharmacien Hospitalier

LISTE DES ABREVIATIONS

CHBA : Centre Hospitalier de Bretagne Atlantique

CSP : Code de la Santé Publique

DIN : Dispensation Individuelle Nominative

ENAP : Ecole Nationale de l'Administration Pénitentiaire

HCSP : Haut Comité de la Santé Publique

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

ON : Ordonnance Nominative

PUI : Pharmacie à Usage Intérieur

RCP : Résumé des Caractéristiques du Produit

SMPR : Service Médico-Psychologique Régional

SPIP : Services Pénitentiaires d'Insertion et de Probation

UCSA : Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires

UDM : Unité de Documentation Médicale

INTRODUCTION	5
1ère PARTIE : PRESENTATION DU MILIEU CARCERAL FRANÇAIS	7
I- ORGANISATION GENERALE DE L'ADMINISTRATION PENITENTIAIRE	7
A- Les Services Centraux	7
B- Les Services déconcentrés.....	8
II- MISSIONS DE L'ADMINISTRATION PENITENTIAIRE	10
A- L'exécution des peines	10
B- La réinsertion sociale.....	10
III- LES ETABLISSEMENTS PENITENTIAIRES	11
A- Différentes catégories d'établissements pénitentiaires	11
B- La maison d'arrêt de Vannes.....	12
2 ^{ème} PARTIE : LA MISE EN PLACE DU CIRCUIT DU MEDICAMENT EN MILIEU CARCERAL ET LA REFORME DE 1994	16
I- CONTEXTE ET NAISSANCE DE LA REFORME DES SOINS DE 1994	16
II- DISPOSITIONS CONCERNANT L'EXERCICE PHARMACEUTIQUE EN MILIEU CARCERAL – EXPERIENCE DE NANTES.....	20
A- La réglementation	20
B- Les moyens	21
C- Les difficultés rencontrées	22
3 ^{ème} PARTIE : LES ETAPES DU CIRCUIT DU MEDICAMENT	25
I- LA PRESCRIPTION.....	25
A- Définition de la prescription médicale	25
B- Capacité de prescription.....	25
C- Les pré requis	26
D- Le choix du médicament	26
E- La formulation de la prescription	28
F- Le support de la prescription.....	29
G- Protocoles de prescription	40
H- Particularités liées au milieu carcéral.....	51
II- LA DISPENSATION.....	53
A- Analyse pharmaceutique de l'ordonnance	53
B- La préparation des doses à administrer.....	53

C-	Conseil et avis pharmaceutique	58
D-	La délivrance des médicaments de la pharmacie de l'hôpital de proximité.....	58
E-	La délivrance de médicaments par le personnel pénitentiaire.....	61
F-	La distribution.....	62
III-	L'OBSERVANCE	68
IV-	LES AUTRES ROLES DU PHARMACIEN EN MILIEU CARCERAL.....	75
A-	Participation aux actions de prévention et d'éducation pour la santé	75
B-	Lutte contre les toxicomanies	75
C-	Pharmacosécurité.....	76
D-	La gestion des périmés.....	76
4 ^{ème}	PARTIE : L'INSPECTION SANITAIRE DES ETABLISSEMENTS PENITENTIAIRES	78
I-	PRESENTATION DE LA CIRCULAIRE RELATIVE A L'INSPECTION SANITAIRE DES ETABLISSEMENTS PENITENTIAIRES	78
II-	PREPARATION DE L'INSPECTION A LA MAISON D'ARRET DE VANNES.....	80
A-	Parallèle avec le sujet de la thèse	80
B-	L'outil d'aide à l'inspection.....	80
C-	Le compte-rendu du dernier comité de coordination.....	80
	CONCLUSION	102
	BIBLIOGRAPHIE.....	Erreur ! Signet non défini.
	ANNEXES.....	Erreur ! Signet non défini.

INTRODUCTION

INTRODUCTION

L'organisation de l'Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires à la maison d'arrêt de Vannes révèle des dysfonctionnements. Ils peuvent être d'ordre réglementaire ou organisationnel.

Mettre en œuvre une démarche qualité est un moyen d'optimiser des méthodes de travail. Cela permet la prévention, la détection, la correction et la traçabilité des erreurs et non-conformités.

Notre but dans ce travail de thèse a été d'approcher le concept de qualité au circuit du médicament à la maison d'arrêt de Vannes.

En effet, notre objectif est que le médicament, de son approvisionnement par le Centre Hospitalier de Bretagne Atlantique à sa dispensation aux détenus, satisfasse les exigences réglementaires : Code de la Santé Publique, Bon Usage du médicament, ... ; tout en optimisant le temps de travail des infirmières. Cette démarche doit permettre également de prévenir le maximum d'erreurs.

Il n'est pas réaliste de prétendre appliquer d'emblée une démarche qualité à proprement parlée à la maison d'arrêt de Vannes, à savoir la mise en place de procédures pour la plupart des activités liées au médicament (seules quelques procédures seront rédigées). La démarche est avant tout de prévenir les incidents sur le circuit du médicament en identifiant des irrégularités et en proposant des moyens « pratiques » pour y remédier.

Avant de traiter du circuit du médicament, nous faisons un bref rappel sur l'organisation de l'administration pénitentiaire puis nous exposons l'implication de la pharmacie hospitalière dans le milieu carcéral.

Enfin, dans la dernière partie de la thèse, nous envisageons l'inspection sanitaire de la maison d'arrêt de Vannes prévue pour l'été 2008.

1^{ère} PARTIE :

PRESENTATION DU MILIEU CARCERAL FRANCAIS

1ère PARTIE : PRESENTATION DU MILIEU CARCERAL FRANÇAIS

I- ORGANISATION GENERALE DE L'ADMINISTRATION PENITENTIAIRE

L'Administration pénitentiaire appartient à une des cinq directions du Ministère de la Justice. Elle se compose de services centraux et de services déconcentrés (voir organigramme page 16).

A- Les Services Centraux

On y retrouve :

- **La sous-direction des personnes placées sous main de Justice** : elle définit et met en œuvre les politiques pénitentiaires ;
- **La sous-direction de l'Etat Major de sécurité** : elle regroupe toutes les fonctions opérationnelles relatives à la gestion de la détention et aux questions de sécurité pénitentiaire ;
- **La sous-direction de l'organisation et du fonctionnement des services déconcentrés** : elle conseille ces services, évalue leurs actions et met à leur disposition les moyens qui leur sont nécessaires ;
- **La sous-direction des ressources humaines et des relations sociales** ;
- **L'inspection des services pénitentiaires** : elle assure une mission de conseil technique auprès du directeur de l'administration pénitentiaire, elle inspecte et contrôle les établissements pénitentiaires afin de contribuer à l'application de la réglementation, à la sécurité et à la discipline ;
- **Le service de la communication et des relations internationales** : il garantit la communication interne et externe de l'administration pénitentiaire et gère les relations avec les services pénitentiaires étrangers ;
- **L'Ecole Nationale de l'Administration Pénitentiaire (E.N.A.P.)** : elle assure la formation de l'ensemble du personnel de l'Administration pénitentiaire ;
- **Le service de l'emploi pénitentiaire** : il gère la Régie Industrielle des Etablissements Pénitentiaires, organise et commercialise la production de biens et de services par les détenus et organise la formation professionnelle.

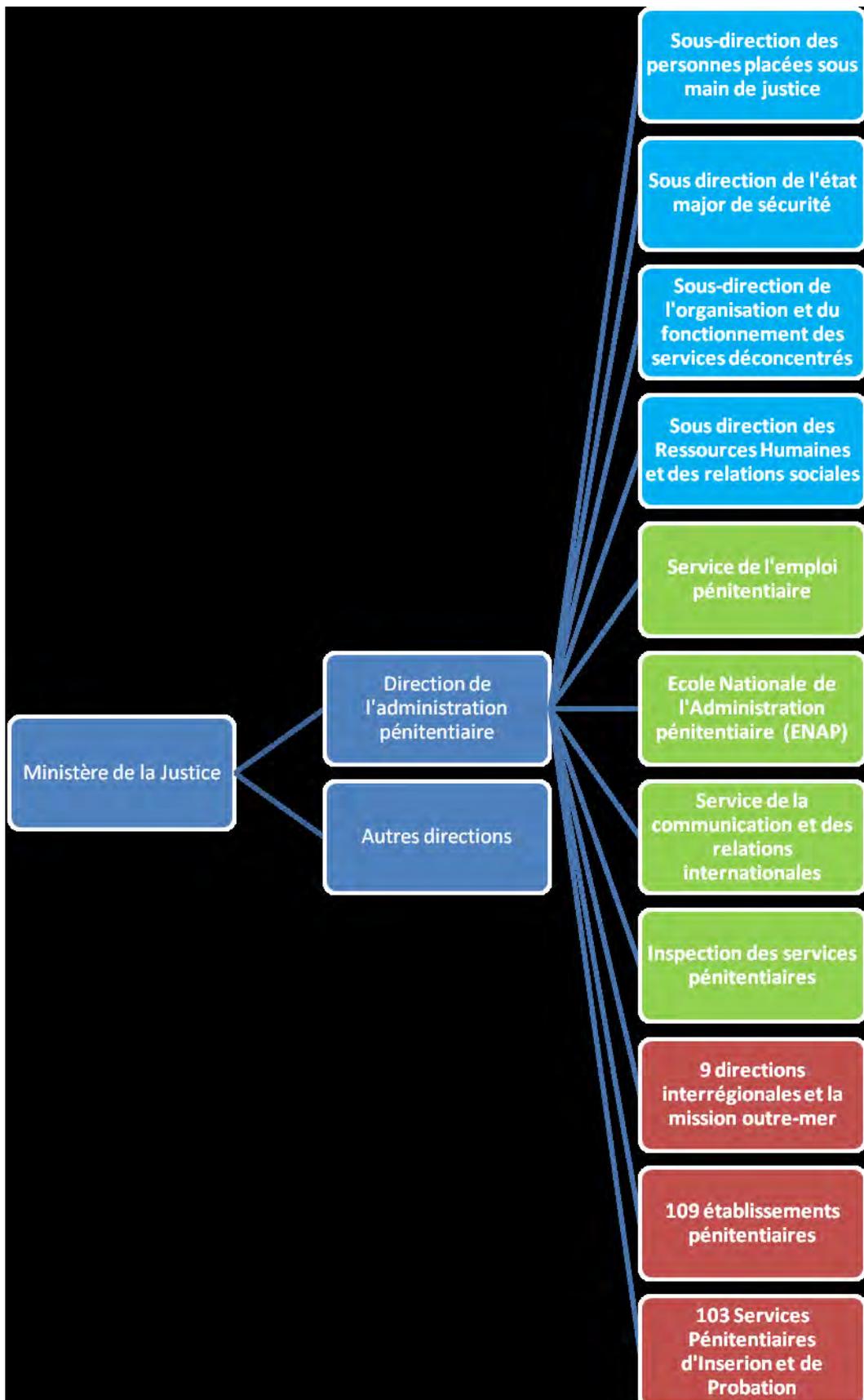
B- Les Services déconcentrés

Ils sont placés sous l'autorité des Services centraux, ils comprennent :

- **Les neuf directions interrégionales** (Lille, Rennes, Paris, Strasbourg, Lyon, Dijon, Bordeaux, Toulouse et Marseille) et **la mission des départements et territoires d'Outre-mer** : elles contrôlent et coordonnent l'activité des établissements pénitentiaires et des Services Pénitentiaires d'Insertion et de Probation (S.P.I.P) ;
- Les établissements pénitentiaires, ceux-ci sont classés en deux catégories : **les maisons d'Arrêt** et **les établissements pour peine** ;
- **Les S.P.I.P.** : des travailleurs sociaux agissent en milieu ouvert et fermé. Ils participent à la prévention des effets désocialisant de l'emprisonnement sur les détenus, aident à préparer leur réinsertion sociale et favorisent le maintien des liens sociaux et familiaux. Ils concourent à la préparation des décisions de justice à caractère pénale. Ils assurent le contrôle et le suivi des personnes placées sous main de justice.

Je résume l'organisation générale de l'administration pénitentiaire avec la figure 1 : organigramme de l'administration pénitentiaire.

Figure1 : ORGANIGRAMME DE L'ADMINISTRATION PENITENTIAIRE



II- MISSIONS DE L'ADMINISTRATION PENITENTIAIRE

La loi du 22 juin 1987 fixe une double mission au service public pénitentiaire :

- Il participe à l'exécution des décisions et sentences pénales et au maintien de la sécurité publique ;
- Il favorise la réinsertion sociale des personnes qui lui sont confiés par autorité judiciaire.

A- L'exécution des peines

En milieu fermé, l'administration a pour fonction d'assurer l'exécution des décisions judiciaires prononçant une peine privative de liberté ou ordonnant une incarcération provisoire. Elle assure ainsi la garde et l'entretien des personnes qui doivent être placées ou maintenues en détention.

En milieu ouvert, dans le cadre de mesures non privatives de liberté tels le contrôle judiciaire, le sursis avec mise à l'épreuve ou le travail d'intérêt général, les personnes sont suivies et contrôlées par les S.P.I.P. sur saisine des autorités judiciaires.

B- La réinsertion sociale

En milieu fermé, les actions menées par les S.P.I.P. doivent permettre aux détenus de préparer leurs sorties et de retrouver une place dans la société. Les personnes prises en charge peuvent exercer un travail, ont accès à des différentes activités d'enseignement, de formations, culturelles ou sportives. Ces dispositions sont, pour la plupart, inscrites dans le cadre de la politique de la ville.

En milieu ouvert, les travailleurs sociaux des S.P.I.P. ont un rôle de contrôle, de conseil et d'orientation vers les organismes compétents.

La situation de la France en Europe

Les Statistiques Pénales Annuelles du Conseil de l'Europe (SPACE) déterminent le « taux de détention » de chaque pays en rapportant le nombre de détenus présents à la date t, au nombre d'habitants à la même date. Cet indice mesure la proportion des habitants détenus. Au 1^{er} septembre 2005, la France se situe à la 28^{ème} position (sur 47 pays) sur l'échelle dégressive du taux de détention avec la moyenne de 91.8 personnes détenues pour 100000 habitants.

III- LES ETABLISSEMENTS PENITENTIAIRES

A- Différentes catégories d'établissements pénitentiaires

Les 192 établissements sont répertoriés en deux grandes catégories selon le type de détenus qui y sont affectés.

Les maisons d'arrêt

On compte 115 maisons d'arrêt en France. Elles reçoivent les prévenus (détenus en attente de jugement) ainsi que les condamnés dont le reliquat de peine est inférieur à un an lors de leur condamnation définitive. Elles peuvent ainsi accueillir les détenus exécutant une contrainte par corps (mesure d'exécution forcée des peines pécuniaires). De plus, les condamnés à de plus longues peines, en attente d'une affectation pour un établissement pour peine sont nombreux dans les maisons d'arrêt.

Les établissements pour peine

L'Etat français compte 77 établissements pour peine répartis en 5 maisons centrales, 24 centres de détention, 13 centres de semi-liberté et centres pour peines aménagées, 31 centres pénitentiaires et 4 établissements pour mineurs.

- Les maisons centrales

Elles reçoivent les condamnés les plus difficiles : détenus condamnés à une longue peine, présentant des risques ou ceux pour lesquels le pronostic de réinsertion sociale est peu favorable. Le régime de détention est essentiellement axé sur la sécurité.

- Les centres de détention

Les détenus, dont les peines sont les plus courtes ou qui témoignent de possibilités concrètes de réinsertion sociale, sont orientés vers les centres de détention. A ce titre, ils ont un régime de détention principalement orienté vers la resocialisation des détenus.

- Les centres de semi-liberté

Ils reçoivent des condamnés admis au régime de semi-liberté qui est une modalité d'exécution d'une peine permettant aux condamnés d'exercer, hors de l'enceinte pénitentiaire, une activité professionnelle ou de suivre un enseignement ou une formation. Les détenus sont tenus de regagner le soir le centre de semi-liberté auquel ils sont rattachés.

- Les centres pour peines aménagées

Ils peuvent accueillir des détenus volontaires faisant l'objet d'une mesure de semi-liberté ou d'un placement à l'extérieur ainsi que ceux dont le reliquat de peine est inférieur à un an afin de leur permettre de concrétiser un projet de réinsertion.

- Les centres pénitentiaires

Ce sont des établissements mixtes qui comprennent au moins deux quartiers à régime de détention différents (maison d'arrêt, centre de détention et/ou maison centrale).

B- La maison d'arrêt de Vannes



Historique

Ancien couvent de Carmélites, ce bâtiment est devenu national sous la Révolution. La maison d'arrêt a été construite de 1825 à 1832. Dès 1830, les premiers prisonniers y sont transférés. Son architecture actuelle date des travaux consécutifs à l'incident de 1871 qui détruisit une grande partie de la prison.

Une journée type à la maison d'arrêt de Vannes (cf page suivante)

7H

Dans la matinée, différentes possibilités:

7H30-11H45 <ul style="list-style-type: none">• Travail : façonnage, conditionnement, montage, assemblage	7H30 ou 8H30 <ul style="list-style-type: none">• Formation professionnelle au métier du bois• Cours théorique• 2 groupes intervertissent la pratique en menuiserie et les cours, le matin et l'après-midi	9H40-10H40 <ul style="list-style-type: none">• Promenade	Loisirs <ul style="list-style-type: none">• bibliothèque• sport	Parloir (le samedi matin)
---	--	---	---	----------------------------------

11H30-12h15

13H20

Dans l'après-midi, différentes possibilités:

14H00-16H00 <ul style="list-style-type: none">• Travail : façonnage, conditionnement, montage, assemblage	14H00-16H00 <ul style="list-style-type: none">• Formation professionnelle au métier du bois• Cours théorique• 2 groupes intervertissent la pratique en menuiserie et les cours, le matin et l'après-midi	Loisirs <ul style="list-style-type: none">• bibliothèque• sport :<ul style="list-style-type: none">• 1er tour (14H45-15H40): football, volley• 2ème tour (15H50-16H45): football	Parloir (les lundi, mercredi, vendredi) par périodes de 30min. avec 15 min. entre chaque
--	---	---	---

Vers 17H

17H40-18H15

Une difficulté à laquelle se heurte régulièrement l'univers carcéral (et les personnels y travaillant) réside dans la situation de surpopulation carcérale qui affecte les maisons d'arrêt en général.

Après la garde à vue, une personne peut être placée en détention provisoire en attendant d'être jugée. On comprend alors pourquoi la surpopulation dans les maisons d'arrêt est difficile à maîtriser. Elles ne peuvent pas, en effet, refuser d'accueillir une personne, même si les lits de chaque cellule sont occupés.

C'est dans ce contexte que les équipes sanitaires doivent trouver leur place et accomplir au mieux, en tenant compte des impératifs sécuritaires imposés par le milieu pénitentiaire, les missions que leur ont donné à réaliser la loi de 1994.

2^{ème} PARTIE :

LA MISE EN PLACE DU CIRCUIT DU MEDICAMENT EN MILIEU CARCERAL ET LA REFORME DE 1994

2^{ème} PARTIE : LA MISE EN PLACE DU CIRCUIT DU MEDICAMENT EN MILIEU

CARCERAL ET LA REFORME DE 1994

La loi du 18 janvier 1994 a confié la prise en charge sanitaire des détenus au service public hospitalier.

I- CONTEXTE ET NAISSANCE DE LA REFORME DES SOINS DE 1994

- Avant la réforme de 1994 :

Il incombait à l'administration pénitentiaire d'assurer la prise en charge sanitaire des détenus au même titre que le gîte, le couvert et le chauffage.

Elle offrait un soin minimum. Une infirmerie était installée à l'intérieur de la prison, à laquelle était attaché, à temps complet ou partiel, un personnel médical et infirmier vacataire, recruté et rémunéré par le ministre de la Justice.

A la Maison d'Arrêt de Vannes, Monique T., une religieuse, assurait la permanence des soins à l'infirmerie : une pièce d'environ 15 m² au premier étage, contenant un lit d'examen, un bureau et une armoire à médicaments. Le docteur se déplaçait une fois par semaine à la prison.

- Dès le début des années 80 :

Le ministère de la Justice entame une réflexion visant à améliorer l'accès aux droits des détenus. Le droit à la santé, comme le droit à la formation, à la culture ou au travail, doit pouvoir s'exercer pleinement dans les établissements pénitentiaires où les personnes détenues peuvent prétendre à des soins équivalents à ceux qu'elles recevraient en milieu libre.

- 1984 :

L'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) mentionne très tôt l'inadéquation qui existe entre les problèmes de santé publique posés par la santé des détenus et les réponses que peut apporter l'administration pénitentiaire.

- 1986 :

La prise en charge des traitements psychiatriques est confiée au secteur public hospitalier avec la création des Services Médico-Psychologiques Régionaux (SMPR) et l'intervention d'équipes psychiatriques hospitalières au sein des établissements pénitentiaires. Ce modèle d'organisation sera repris plus tard pour la médecine somatique.

- 1989 :

La surpopulation carcérale et la vétusté des installations ont motivé la création de 21 établissements, soit treize mille places en milieu fermé (« programme 13000 »).

La gestion de la santé, parmi d'autres fonctions, est déléguée à des groupements privés pour une période de 10 ans. Les normes concernant la médecine générale, les soins infirmiers et la dentisterie sont très supérieures à celles offertes par l'administration pénitentiaire dans les autres établissements.

L'expérience de ces établissements inspirera le ton et le contenu de la loi de janvier 1994.

- 1992 :

Le garde des Sceaux et le ministre de la Santé demandent au Haut Comité de la Santé Publique (HCSP) de « rechercher et proposer des modalités du dispositif de prise en charge sanitaire des détenus le mieux à même de répondre aux particularités présentées par cette population (toxicomanie, VIH, tuberculose, hépatite B et C) dans une démarche de Santé Publique ».

En effet, le rapport du Haut Comité de la Santé Publique intitulé « Santé en Milieu Carcéral » met en évidence que l'état de santé et d'hygiène de la population carcérale est moins bon que celui de la population générale et que le système de prise en charge est insuffisant à cause d'un manque de structures et de personnels en particulier.

- 1994 :

Le HCSP recommande de structurer une réforme selon 2 axes prioritaires :

- Réorganiser l'offre de soins afin de pouvoir satisfaire la demande, en « couplant » chaque établissement pénitentiaire avec l'établissement de santé de proximité, ce dernier ayant la responsabilité de la prise en charge de l'ensemble des soins, à la fois au sein de la prison par l'institution d'une permanence médicale, et à l'hôpital par l'accueil en consultation spécialisée ou en hospitalisation surveillée ;
- Fournir les moyens nécessaires pour permettre cette mutation, en assurant aux personnes détenues françaises ou étrangères et à leurs ayants droit, dès leur incarcération, l'affiliation au régime général d'assurance maladie et maternité.

Ces deux propositions ont servi de base à l'élaboration de la loi du 18 Janvier 1994 :

- **La loi n°94-43 du 18 Janvier 1994 (JO du 19 Janvier 1994)**
confie au service public hospitalier « les examens de diagnostic et les soins des détenus en milieu pénitentiaire ainsi qu'en milieu hospitalier », avec comme objectif une prise en charge continue et globale, curative et préventive et une continuité des soins au-delà de l'incarcération.
- **La circulaire n°94-30 du 24 Août 1994**, « relative au financement des soins aux détenus en milieu hospitalier », donne des précisions concernant les modalités de suivi de l'évolution des dépenses de santé en milieu carcéral par les caisses d'assurance maladie.
- **Le décret n°94-929 du 27 Octobre 1994** précise les dispositions relatives aux soins dispensés aux détenus :
 - ➔ Le préfet désigne pour chaque établissement pénitentiaire, le ou les établissements de santé qui prendront en charge les soins des détenus.
 - ➔ Les établissements de santé et l'établissement pénitentiaire doivent établir un protocole (Annexe H : protocole signé entre le centre hospitalier de Bretagne Atlantique et la Maison d'Arrêt de Vannes) fixant les modalités d'intervention de l'établissement de santé.
 - ➔ La fourniture de l'équipement médical et non médical des locaux de consultation et soins est à la charge de l'établissement de santé.
 - ➔ La fourniture des produits et petits matériels à usage médicaux, des médicaments et produits pharmaceutiques est placée sous la responsabilité du pharmacien de l'établissement de santé.
 - ➔ La construction, l'aménagement, la sécurité et l'entretien des locaux sont à la charge de l'établissement pénitentiaire.
- **La circulaire du 8 Décembre 1994 (JO du 3 Février 1995)** reprend l'ensemble des textes précédents en fournissant des indications sur les modalités d'application, notamment avec la création d'Unités de Consultations et de Soins Ambulatoires (UCSA).

- **Le guide méthodologique** est une annexe de la circulaire du 8 Décembre 1994.

Il décrit le dispositif de soins et de prévention en milieu carcéral pour la prise en charge somatique et psychiatrique, il fixe les modalités d'intervention, d'organisation, de prise en charge financière et décrit en particulier les éléments nécessaires à la prise en charge pharmaceutique.

Ainsi, en un peu plus de dix mois, les outils nécessaires à la mise en œuvre de la réforme étaient en place.

La réforme a été mise en place entre 1995 et 1997 dans le parc pénitentiaire public, et en 2001 dans les établissements du « programme 13000 ».

Les détenus ont désormais droit à « une qualité et une continuité de soins équivalents à ceux offerts à l'ensemble de la population » (circulaire du 8 Décembre 1994).

La réalité s'en rapproche, même s'il reste d'importantes défaillances du système de soins en prison, notamment en termes de délais d'attente (pour les soins dentaires en particulier), de permanence des soins (absence de permanence médicale la nuit et le week-end) et de problème d'escorte pour les consultations à l'extérieur.

II- DISPOSITIONS CONCERNANT L'EXERCICE PHARMACEUTIQUE EN MILIEU

CARCERAL – EXPERIENCE DE NANTES

Madame Brigitte MAULAZ, chef de service à la pharmacie de l'hôpital Saint Jacques à Nantes, a été interrogée au sujet de la mise en place des UCSA au centre de détention et à la maison d'arrêt de Nantes.

En 1996, elle était pharmacien adjoint à la pharmacie centrale d'achat.

A- La réglementation

Le guide méthodologique annexé à la circulaire du 8 décembre 1994 définit les locaux pharmaceutiques, dont l'importance est proportionnelle à la taille de l'établissement pénitentiaire :

« Indépendamment de l'armoire à pharmacie, installée dans le local de soins (pour les établissements dont l'effectif est inférieur à 200 détenus) ou dans un local spécifique au sein de l'UCSA et du SMPR, il est nécessaire dans les établissements pénitentiaires accueillant plus de 1000 détenus ou très éloignés de l'établissement de santé, d'individualiser au sein de l'établissement pénitentiaire, une pharmacie à usage intérieur. »

Selon le code de la santé publique, on distingue deux cas :

- Article R5104-13 du code de la Santé Publique :
« Dans les établissements pénitentiaires qui ne peuvent être desservis quotidiennement par la pharmacie à usage intérieur de l'établissement de santé désigné en application de l'article R711-7, l'établissement de santé implante une pharmacie à usage intérieur. Cette pharmacie à usage intérieur doit être située hors des locaux de détention.»
- Article R5104-14 du code de la Santé Publique :
« Dans les établissements pénitentiaires dans lesquels le service public hospitalier n'opère pas les soins, une pharmacie à usage intérieur doit être implantée. »

Ainsi les pharmacies à usage intérieur (PUI) sont obligatoires dans les établissements pénitentiaires qui ne peuvent pas être desservis quotidiennement par la pharmacie d'un établissement de santé ou dans lesquels aucun établissement de santé n'assure les soins.

Ces pharmacies doivent être gérées par des pharmaciens qui, en sus du respect des conditions traditionnelles d'exercice de la pharmacie en France, doivent être personnellement habilités dans des conditions prévues par le code de procédure pénale.

Il n'y a pas de PUI à la maison d'arrêt de Vannes, de Nantes et au centre de détention de Nantes. Ces établissements disposent d'armoires à pharmacie situées dans le local de soins ou dans une pièce annexe de l'UCSA (en détention). Le terme de pharmacie est impropre, nous parlerons de « locaux pharmaceutiques ».

B- Les moyens

Avec la création des UCSA, des moyens ont été attribués afin d'assurer l'activité de dispensation des médicaments.

Les locaux pharmaceutiques

On distingue :

- La PUI hors détention

C'est une pharmacie à usage intérieur propre à l'établissement pénitentiaire, implantée si le service public hospitalier n'assure pas les soins. Cette pharmacie à usage intérieur dépend de l'établissement pénitentiaire.

- La pharmacie « satellite »

Cette pharmacie à usage intérieur dépend de l'hôpital, mais il ne s'agit pas d'une pharmacie annexe de la pharmacie à usage intérieur de l'hôpital. Elle est située hors détention.

- Les locaux pharmaceutiques

La pharmacie est intégrée au sein de l'UCSA. Il peut s'agir d'armoires à pharmacie installées dans le local de soins ou d'un local spécifique au sein de l'UCSA.

A Nantes, au centre de détention, l'UCSA a été installée dans l'ancienne infirmerie. A la maison d'arrêt, la réunion de plusieurs cellules a permis la création des locaux de l'UCSA .

Les locaux de l'UCSA de Vannes sont décrits dans l'annexe III du protocole signé lors de sa création (Annexe H).

L'équipement

L'équipement doit permettre une détention des médicaments conformément aux dispositions de l'article 9 de l'arrêté du 31 Mars 1999, c'est-à-dire que les médicaments doivent être détenus dans les locaux, armoires ou autres dispositifs de rangement fermant à clé ou disposant d'un mode de fermeture assurant la même sécurité.

La maison d'arrêt de Vannes dispose d'armoires à pharmacie situées dans les locaux de l'UCSA. L'équipement est spartiate mais permet une activité de stockage et de cueillette correcte. Il y a, en

autre, un tiroir fermé à clé pour le stockage des stupéfiants à l'intérieur des armoires fermant elles-mêmes à clé. Le réfrigérateur est dans la salle de soins. (cf photos pages suivantes)

L'amélioration principale à apporter concerne l'espace.

Le personnel

L'affectation au sein de l'équipe hospitalière de l'UCSA repose sur le volontariat des personnels.

Le guide méthodologique annexé à la circulaire du 8 décembre 1994 détermine les moyens en personnel en fonction du type d'établissement pénitentiaire et du nombre de détenus de l'établissement.

A Nantes, Mme MAULAZ a eu la charge de créer une dotation en fonction des consommations en médicaments des détenus et d'acquérir du matériel pour les stocker et les distribuer. Pour assurer cette tâche, elle s'est déplacée sur les sites des UCSA à la fréquence d'une fois par semaine pendant un an.

Aujourd'hui, un préparateur en pharmacie assure le réapprovisionnement de la dotation de façon hebdomadaire.

C- Les difficultés rencontrées

Mme MAULAZ rencontra quelques oppositions de la part du personnel pénitentiaire. L'accès à la détention par du personnel n'appartenant pas à l'administration pénitentiaire a été difficile à accepter par cette administration.

Les conditions de sécurité inhérentes au milieu carcéral entraînaient un surcroît de travail pour les surveillants. Certains d'entre eux n'ont pas coopéré à l'intervention du personnel hospitalier, ceci pouvant s'exprimer, par exemple, par le refus de les accompagner jusqu'à l'infirmerie, ou en désapprouvant la « considération » que les soignants avaient pour les détenus, qu'ils considéraient surtout comme des patients.



3^{ème} PARTIE :

LES ETAPES DU CIRCUIT DU MEDICAMENT

3^{ème} PARTIE : LES ETAPES DU CIRCUIT DU MEDICAMENT

INFORMATIONS CONCERNANT LA MISE EN PAGE

OBLIGATIONS REGLEMENTAIRES → texte en police « normale »

HABITUDES CONSTATEES A L'UCSA ET IRREGULARITES → texte en italique

PROPOSITIONS DE MESURES CORRECTIVES → texte souligné

I- LA PRESCRIPTION

A- Définition de la prescription médicale

La prescription médicale est un acte médical matérialisé par une ordonnance.

B- Capacité de prescription

En plus des intervenants médicaux (médecins généralistes, spécialistes, psychiatres, médecins intervenants en urgence), la capacité de prescrire est reconnue aux chirurgiens dentistes pour l'usage de l'art dentaire.

L'arrêté du 31 mars 1999 souligne que « le directeur de l'établissement de soins doit communiquer à la pharmacie la liste des personnes habilitées à prescrire et en assurer la mise à jour ».

La pharmacie du centre hospitalier a souhaité la rédaction mensuelle d'une nouvelle ordonnance pour tout détenu, y compris ceux atteints d'une pathologie chronique donc traités sur une longue période avec les mêmes médicaments ; il n'y a pas la possibilité d'effectuer des renouvellements à partir d'une même ordonnance. Afin d'optimiser le temps de présence des médecins de l'UCSA et parce que les médecins ne veulent pas se plier à des tâches de recopiage, ce sont les infirmières qui assurent cette activité le week-end et le médecin n'a seulement qu'à signer ces « ordonnances de renouvellement ».

Pour évaluer ce recopiage, le 20 septembre 2007, j'ai examiné toutes les ordonnances. Sur 64 ordonnances examinées, 44 ont été recopiées par des infirmières.

La possibilité d'utiliser une même ordonnance pour plusieurs mois éviterait aux infirmières de réaliser des «ordonnances de renouvellement » et épargnerait des erreurs potentielles de recopiage.

C- Les pré requis

Ce sont :

- la recherche des antécédents et de l'histoire du patient, des données concernant son terrain (allergies, antécédents d'effets indésirables médicamenteux, insuffisance rénale, etc.) et ses traitements antérieurs

- la réalisation de l'examen clinique et si nécessaire, d'explorations complémentaires

- la concertation en réunion pluridisciplinaire dans des cas complexes.

- Une observation médicale d'entrée est réalisée dans les plus brefs délais, avec le consentement de la personne détenue, de façon à déceler toute affection contagieuse ou évolutive, à mettre en œuvre toute mesure thérapeutique appropriée, notamment à l'égard des personnes présentant des conduites addictives et à assurer la continuité des soins pour les personnes déjà sous traitement.

C'est aussi l'occasion de pratiquer un examen clinique, de contrôler l'état vaccinal, de proposer une consultation spécialisée, si nécessaire, notamment en cas de troubles psychiatriques ou psychologiques, de conduites addictives ou de risques suicidaires.

Ces informations sont recueillies sur un document (annexe A) qui fait partie du dossier médical du détenu. Il est donc consultable pour s'informer des antécédents médicaux d'un détenu.

- En ce qui concerne l'examen clinique, celui-ci n'est pas effectué pour la rédaction des « ordonnances de renouvellement » précitées.

- Des fiches d'observations médicales (annexe B) permettent au prescripteur de s'informer des interventions des autres médecins.

La fin des « ordonnances de renouvellement » permettrait de répondre à l'obligation réglementaire suivante : la rédaction d'une ordonnance doit se faire après examen du malade. En effet, l'instauration d'une durée précise de traitement (> 1 mois) par le médecin permettrait d'organiser périodiquement les visites médicales des détenus concernés.

D- Le choix du médicament

Il est fait en fonction du rapport bénéfice-risque pour le patient. Les éléments suivants contribuent à la qualité de ce choix :

- l'utilisation d'outils d'aide à la décision : recommandations de bonne pratique, protocoles thérapeutiques, données pharmaco économiques (par exemple, le choix de la voie d'administration la moins onéreuse, à efficacité égale) ; de plus, pour chaque prescription, il y a lieu de s'interroger sur la meilleure molécule ou association de molécule à administrer, sur la forme pharmaceutique la plus adaptée aux contraintes de la distribution des médicaments en milieu carcéral, sur le nombre de prises journalières qui peuvent fréquemment être limitées à une ou deux (« recommandations déontologiques règlementaires et pratiques » mentionnées sur la pochette du dossier médical) ;
- le prescripteur doit tenir compte des risques encourus par le patient ou son entourage en cas de mauvaise utilisation ou d'utilisation détournée des médicaments (les responsables pénitentiaires tiennent informé le médecin des éléments qui font suspecter l'existence de risques particuliers concernant telle ou telle personne détenue) ;
- le Résumé des Caractéristiques du Produit (RCP) établi dans le cadre de l'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) des spécialités pharmaceutiques doit être respecté ;
- l'utilisation du livret thérapeutique de l'établissement permet de connaître les spécialités disponibles.
- *L'UCSA dispose de peu de documents d'aide à la prescription (un VIDAL de 2007, un dictionnaire des termes médicaux). De plus, les médecins qui interviennent à l'UCSA sont isolés du circuit d'information de l'hôpital (protocoles, bon usage des médicaments).*
- *La prescription d'hypnotiques est légalement limitée à 4 semaines, or les ordonnances sont fréquemment systématiquement renouvelées.*

Le 20 septembre 2007, sur toutes les ordonnances examinées, 28 contenaient des hypnotiques. Sur l'ensemble de ces ordonnances d'hypnotiques, dont la prescription est normalement limitée à 4 semaines, 17 ont été renouvelées.

- Le livret thérapeutique de l'hôpital n'est pas utilisé car consultable uniquement sur l'intranet. Des ordonnances sont donc incomplètement honorées (le temps de remplacer le médicament non disponible par un autre) et le détenu ne reçoit pas l'intégralité de son traitement.

Le nombre de ces ordonnances est évalué à 10%.

- L'Unité de Documentation Médicale (UDM) du centre hospitalier de Bretagne Atlantique assurerait le réassort en ce qui concerne la bibliographie pharmaceutique, en vue d'utiliser ces documents comme aide à la prescription.

D'autre part, de nombreuses informations sont disponibles sur l'intranet (Ex. : Que faire en cas de rupture de la chaîne du froid ?, Informations sur les changements de marché). Une formation des infirmières sur l'utilisation optimale de l'intranet permettrait de l'utiliser de façon optimale.

- La possibilité, pour les prescripteurs intervenants à l'UCSA, de recevoir des courriers électroniques via l'adresse électronique de l'UCSA leur donnerait les moyens d'accéder aux informations concernant le médicament (bon usage, pharmacovigilance,...), l'évolution des protocoles de prise en charge.

- Il a été cité que le Résumé des Caractéristiques du Produit n'est pas respecté à l'égard des hypnotiques, dans la mesure où la durée de prescription dépasse les 4 semaines. L'utilisation de médicaments n'appartenant pas à cette classe médicamenteuse mais ayant les mêmes indications (SPASMINE® : Aubépine, Valériane), voir l'utilisation de gélules placebo est une alternative de prise en charge.

- L'édition sur papier du livret thérapeutique de l'hôpital résoudrait le problème des ordonnances incomplètement honorées par la non utilisation de ce recueil.

E- La formulation de la prescription

Elle comporte :

- la date à laquelle l'ordonnance a été rédigée
- le nom, le prénom et le numéro d'écrou du patient
- son sexe (non mentionné car il n'y a que des hommes à la maison d'arrêt de Vannes) et sa date de naissance
- si nécessaire, son poids et sa taille
- la qualité, le nom, l'adresse et la signature du prescripteur (l'identification de l'unité des soins)
- la dénomination commune internationale du médicament ou son nom de spécialité, son dosage et sa forme pharmaceutique
- la voie d'administration
- la posologie
- le rythme ou les horaires de l'administration
- la durée de traitement, lorsque celle-ci est connue à l'avance ou fixée par la réglementation.

En excluant le fait que la rédaction soit fréquemment réalisée par une infirmière, les ordonnances respectent les contraintes en ce qui concerne les mentions obligatoires.

F- Le support de la prescription

- Les prescriptions effectuées pendant la détention du patient sont des éléments du dossier médical de la personne détenue, donc soumis aux règles de confidentialité.

- L'original de l'ordonnance doit être conservé dans le dossier du malade et une copie conservée à la pharmacie.

La législation qui s'applique aux archives est essentiellement constituée par la loi n°79-18 du 3 janvier 1979. Les ordonnances provenant des services doivent être conservées à la pharmacie pendant au moins trois ans (arrêté du 9 août 1991), puis devraient être versées aux archives de l'hôpital pour sept années supplémentaires pour respecter les dispositions de l'arrêté du 11 mars 1968.

Les originaux des ordonnances sont envoyés (via les containers de transport des médicaments) à la pharmacie de l'hôpital de Vannes.

La pharmacie aurait la possibilité de préparer les médicaments d'après les télécopies des originaux d'ordonnances et n'exigerait en contrepartie que la copie de celles-ci ; copies requérant 3 ans d'archivage.

- Il existe deux types de supports pour la prescription : manuscrite et informatisée.

La prescription manuscrite sur des ordonnances (Annexe G) est utilisée à l'UCSA. L'utilisation des ordonnances sécurisées est limitée à la prescription des médicaments stupéfiants.

Ces ordonnances sont retranscrites sur des feuilles introduites dans un classeur qui est utilisé pour la préparation des piluliers. Ces feuilles (annexe C) se présentent sous forme d'un tableau, y figurent : la liste des médicaments prescrits, avec en face pour chacun 31 cases permettant d'assurer la traçabilité des préparations des piluliers (et non des administrations !) au cours d'un mois.

Il y a, en début de mois, un premier recopiage des ordonnances sur ces feuilles, puis autant de recopiations mensuelles que de mois de traitement.

Pour prévenir les erreurs de recopiage, on pourrait envisager d'utiliser la feuille quadrillée comme ordonnance (en ajoutant des emplacements pour les mentions obligatoires, notamment la durée de traitement). Cette ordonnance serait écrite par le médecin pour une durée précise de traitement et

une photocopie (utilisation du fax comme photocopieur) de ce document serait réalisée un mois sur l'autre afin d'obtenir une traçabilité mensuelle des administrations.

Si une modification intervient en cours de traitement, une nouvelle ordonnance serait rédigée et la photocopie correspondant à l'ancien traitement serait détruite. Afin d'assurer la compréhension de ces modifications par la pharmacie, l'infirmière veillera à écrire lisiblement des explications sur les ordonnances faxées (barrer sur l'ordonnance les médicaments déjà délivrés et souligner les nouveaux médicaments). Le retour à la pharmacie des médicaments qui ne seront plus utilisés devra être organisé (utilisation des caisses de transport des médicaments).

Un deuxième prescripteur engagerait la rédaction sur cette même « ordonnance-tableau » avec en face des médicaments les initiales du médecin qui les a prescrits.

Ce nouveau concept d'ordonnance est présenté sur la page suivante.

AUTRES RENSEIGNEMENTS	
<i>Ex. : mesure de constante (T°, TA, pouls)</i>	
<i>Ex. : visite d'un détenu</i>	

G- Protocoles de prescription

Il peut exister des protocoles écrits et signés par le médecin. Ces protocoles permettent aux infirmières de faire face à certaines demandes de détenus lorsqu'il s'agit de pathologies bénignes (Décret de compétence n° 2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier).

Les infirmières sont amenées à utiliser des médicaments listés (Diantalvic®Dextropropoxyphène+Paracétamol, Ixprim® Paracétamol+Tramadol, Clamoxy® Amoxicilline) de façon arbitraire lorsque l'état de santé d'un détenu le nécessite.

La mise en place de protocoles IDE permettrait de faire face à certaines demandes de détenus lorsqu'il s'agit de pathologies bénignes telles que : céphalées, attaques de panique, douleurs dentaires, constipation, diarrhée (les protocoles incluant éventuellement des médicaments listés).

Les protocoles proposés aux médecins et à la pharmacienne du centre hospitalier figurent sur les pages suivantes (version corrigée). Les thérapeutiques qui y sont proposées tiennent compte de la disponibilité des spécialités à l'UCSA.

1. Objet : Protocole élaboré dans le cadre de la thèse sur le circuit du médicament à la Maison d'Arrêt de Vannes.
2. Domaine d'application et responsabilités : Les infirmières et les médecins intervenant à l'UCSA.

Limite de la prise en charge (consultation médicale) :

- crises fréquentes, céphalées de forte intensité accompagnée de fièvre, douleurs oculaires, HTA, raideur de la nuque

Examen clinique :

- prise de TA, recherche de raideur méningée, appréciation globale de l'acuité visuelle, prise de température en cas d'AEG

Spécialités pharmaceutiques :

- paracétamol > DOLIPRANE 500mg gélules, DOLIPRANE 500mg sachets
 - paracétamol + codéine > EFFERALGAN CODEINE cp effervescent
 - paracétamol + dextropropoxyphène > DIANTALVIC gélules
 - aspirine > ASPEGIC 500 mg sachets
- } posologies page svte

Pour diminuer les symptômes associés:

- antiémétique :
 - dompéridone > MOTILIUM cp, MOTILYO cp } posologie page svte

Conseils hygiéno-diététiques

- Identifier et éliminer les facteurs déclenchants
- Pendant la crise, se reposer au lit, dans le noir et au calme
- Favoriser la prise de substances facilitant la vidange gastrique (formes effervescentes, café, ...)
- Demander un antalgique le plus précocément possible, dès les premiers signes d'une crise de migraine

Rédigé par : BORDET Christelle
Date : 13/12/2007
Signature :

Vérifié par :
Date :
Signature :

Revue par :
Pour application le :
Signature :

PARACETAMOL 500mg

PARACETAMOL 500mg + CODEINE 30mg

PARACETAMOL 400mg + DEXTROPROPOXYPHENE 30 mg

ACETYLSALICYLATE DE LYSYNE 500mg

DOMPERIDONE 10mg

Rédigé par : BORDET Christelle
Date : 13/12/2007
Signature :

Vérifié par :
Date :
Signature :

Revue par :
Pour application le :
Signature :

1. Objet : Protocole élaboré dans le cadre de la thèse sur le circuit du médicament à la Maison d'Arrêt de Vannes.
2. Domaine d'application et responsabilités : Les infirmières et les médecins intervenant à l'UCSA.

Description

- Durée : de qq min.à qq heures
- Début brutal, souvent nocturne
- Sensation de danger, de mort imminente ou de sombrer dans la folie
- Sentiment d'impuissance entraînant un repli sur soi
- Impression de poids sur la poitrine, difficulté à respirer, sensation de "tête qui tourne" ,augmentation du rythme cardiaque, tremblements, sueurs, pâleur du visage, nausées

Traitement de la crise

- Evaluation clinique : élimination formelle d'une étiologie organique
- Attitude de réassurance, isolement dans un endroit calme
- Si nécessaire: anxiolyse par BZD à action rapide=
clorazépatate dipotassique > TRANXENE 10 mg gélules } posologie page svte

Rédigé par : BORDET Christelle
Date : 13/12/2007
Signature :

Vérifié par :
Date :
Signature :

Revue par :
Pour application le :
Signature :

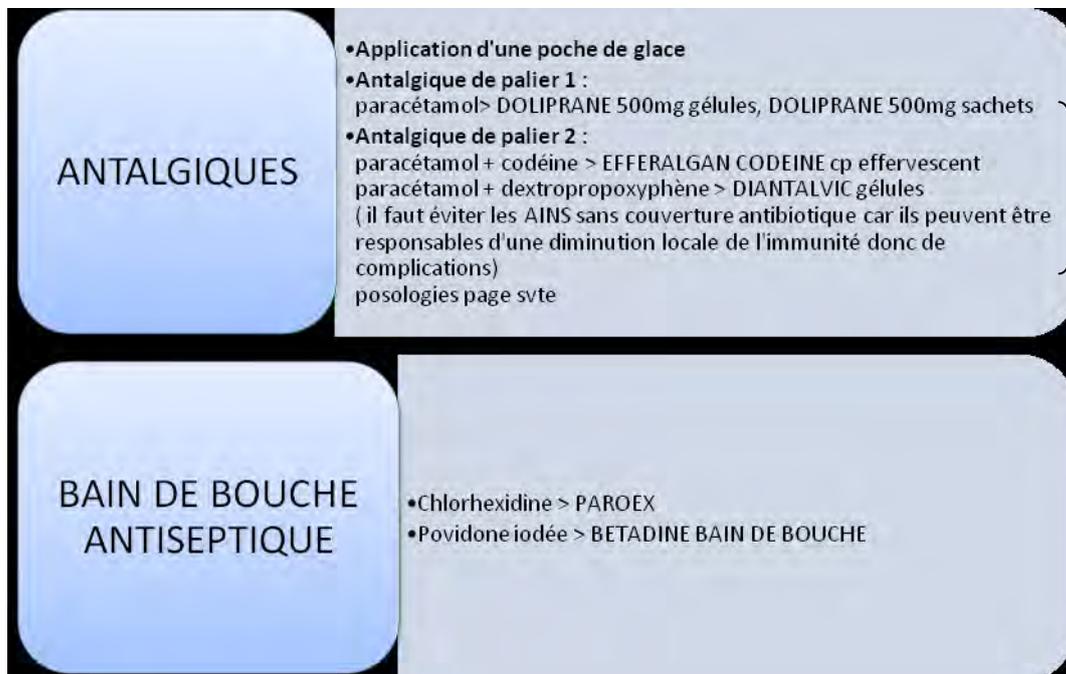
CLORAZEPATE DIPOTASSIQUE 10mg

Rédigé par : BORDET Christelle
Date : 13/12/2007
Signature :

Vérifié par :
Date :
Signature :

Revue par :
Pour application le :
Signature :

1. Objet : Protocole élaboré dans le cadre de la thèse sur le circuit du médicament à la Maison d'Arrêt de Vannes.
2. Domaine d'application et responsabilités : Les infirmières et les médecins intervenant à l'UCSA.



<p>Rédigé par : BORDET Christelle Date : 13/12/2007 Signature :</p>	<p>Vérifié par : Date : Signature :</p>	<p>Revue par : Pour application le : Signature :</p>
---	---	--

PARACETAMOL 500mg

PARACETAMOL 500mg + CODEINE 30mg

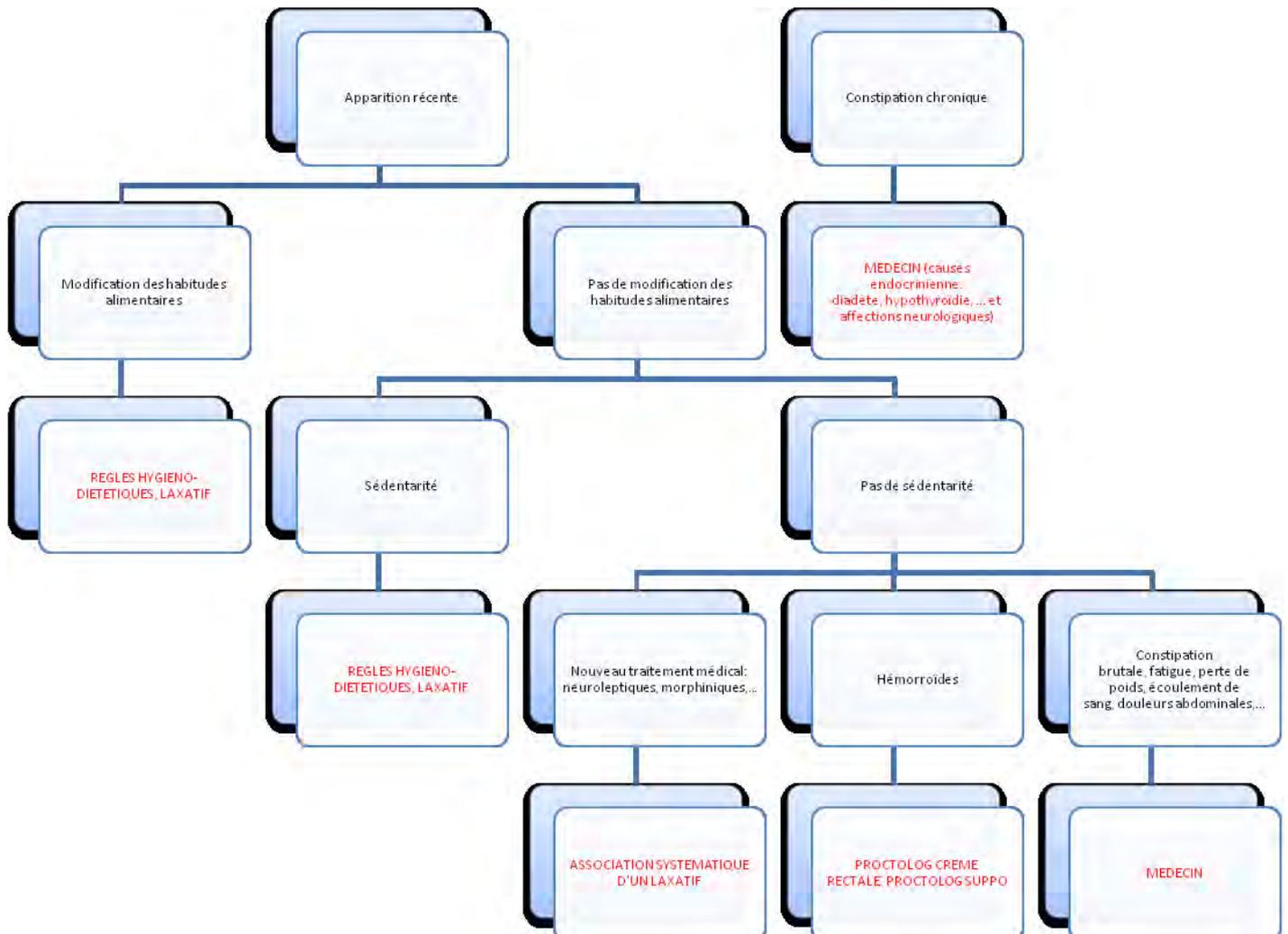
PARACETAMOL 400mg + DEXTROPROPOXYPHENE 30 mg

Rédigé par : BORDET Christelle
Date : 13/12/2007
Signature :

Vérifié par :
Date :
Signature :

Revue par :
Pour application le :
Signature :

1. Objet : Protocole élaboré dans le cadre de la thèse sur le circuit du médicament à la Maison d'Arrêt de Vannes.
2. Domaine d'application et responsabilités : Les infirmières et les médecins intervenant à l'UCSA.



REGLES HYGIENO-DIETETIQUES

- Boire au moins 1.5L d'eau par jour
- Manger des légumes et des fruits lorsqu'ils font partie du menu proposé
- Recourir aux "promenades" ou au sport afin de lutter contre la sédentarité

LAXATIFS

- Lactulose > DUPHALAC sachet
 - Macrogol > FORLAX sachet
- } posologies page svte

Rédigé par : BORDET Christelle
Date : 13/12/2007
Signature :

Vérifié par :
Date :
Signature :

Revue par :
Pour application le :
Signature :

LACTULOSE 10g

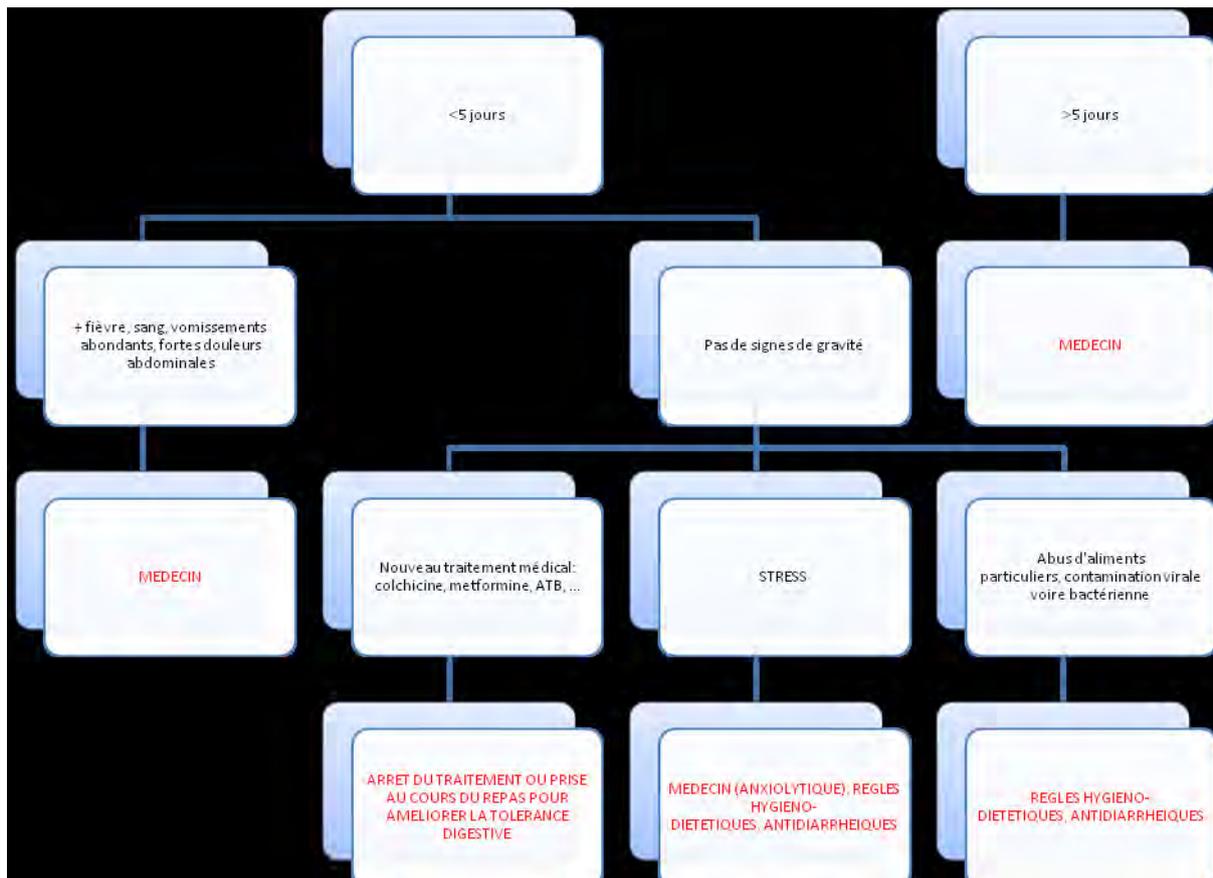
MACROGOL 4000 10g

Rédigé par : BORDET Christelle
Date : 13/12/2007
Signature :

Vérifié par :
Date :
Signature :

Revue par :
Pour application le :
Signature :

1. Objet : Protocole élaboré dans le cadre de la thèse sur le circuit du médicament à la Maison d'Arrêt de Vannes.
2. Domaine d'application et responsabilités : Les infirmières et les médecins intervenant à l'UCSA.



REGLES HYGIENO-DIETETIQUES

- Se réhydrater en buvant beaucoup d'eau
- Bien se laver les mains
- Arrêter les aliments lactés, les légumes verts, les graisses, ... et consommer des féculents, de la viande maigre,....

ANTIDIARRHEIQUES

- Lopéramide > IMODIUM gélule
- Diosmectite > SMECTA sachet
- ++ antispasmodique : trimébutine > DEBRIDAT sachet , phloroglucinol > SPASFON LYOC posologies page svte

Rédigé par : BORDET Christelle
Date : 13/12/2007
Signature :

Vérifié par :
Date :
Signature :

Revue par :
Pour application le :
Signature :

LOPERAMIDE 2mg

DIOSMECTIE 3g

TRIMEBUTINE 74.4mg

PHLOROGLUCINOL 80mg

Rédigé par : BORDET Christelle
Date : 13/12/2007
Signature :

Vérifié par :
Date :
Signature :

Revue par :
Pour application le :
Signature :

H- Particularités liées au milieu carcéral

Comme il l'a été précédemment précisé dans le paragraphe concernant le choix du médicament, les prescriptions doivent tenir compte de la pathologie et de la personnalité du détenu, y compris à partir des informations communiquées par l'administration pénitentiaire. Le médecin peut être amené à privilégier des formes ou des voies d'administration permettant un meilleur contrôle de la prise effective du médicament. En effet, la prescription en milieu carcéral implique que le médecin s'entoure de précautions particulières, surtout lorsqu'il s'agit de médicaments qui pourraient exposer le détenu au risque de surdosage lors d'une tentative de suicide, au risque de trafic ou d'usage détourné des médicaments.

La distribution des médicaments se fait quotidiennement pour tous les détenus, il n'est dispensé qu'exceptionnellement plus de la dose journalière. Bien que l'observance ne soit pas mesurable, on peut penser que cette mesure limite le détournement des médicaments à des fins autres que thérapeutiques.

Il est cité dans le guide méthodologique qu'afin de responsabiliser le détenu vis-à-vis de son traitement, le médecin peut remettre au détenu un double de sa prescription, indiquant la nature du traitement, sa posologie, sa durée et ses modalités d'administration.

A l'UCSA de Vannes, le détenu n'a pas accès au double de son ordonnance. Les infirmières de l'UCSA ne relèvent pas d'impossibilité d'ordre technique, mais le problème de la confidentialité vis-à-vis des codétenus (notamment en cas d'hépatite C) et la conscience du potentiel psychotrope qui engendrerait un usage détourné limiteraient cette mesure.

Des améliorations doivent être apportées puisqu'un point important de la réforme est la responsabilisation du détenu face à son traitement. Pour cela, il est nécessaire de lui donner les moyens de se prendre en charge : une photocopie de l'« ordonnance-tableau » (partie médicaments prescrits) pourrait être laissée au détenu à sa demande (la falsification étant peu probable car l'« ordonnance-tableau » n'a pas la même apparence que les ordonnances traditionnellement utilisées).

Il doit être pris toutes les dispositions afin d'éviter toute rupture de traitement :

- A son arrivée dans l'établissement pénitentiaire, le détenu qui fait état d'un traitement ne pouvant être interrompu doit être immédiatement signalé au service médical concerné. En effet, selon le code de déontologie médicale « quelles que soient les circonstances, la continuité des soins au malade doit être assurée ».

- Concernant la sortie des détenus sous traitement, une ordonnance doit leur être remise.

La difficulté qui se présente est l'indisponibilité de tous les médicaments nécessaires pour un nouvel arrivant. Ces derniers peuvent être commandés à la pharmacie, mais en attendant leur livraison une infirmière de l'UCSA peut être amenée à se déplacer à la pharmacie du CHBA pour s'en procurer.

II- LA DISPENSATION

La dispensation est définie par l'article R.4235-48 du CSP, comme un acte pharmaceutique « associant à sa délivrance : l'analyse pharmaceutique de l'ordonnance si elle existe, la préparation éventuelle des doses à administrer et la mise à dispositions des informations et des conseils nécessaires au bon usage des médicaments ».

Cette étape, consécutive à la transmission des prescriptions à la PUI, est placée dans son intégralité sous la responsabilité du pharmacien et réalisée sous son contrôle effectif.

A- Analyse pharmaceutique de l'ordonnance

Elle s'applique à toutes les ordonnances et consiste à vérifier que rien ne s'oppose à la délivrance des médicaments prescrits (et à leur administration).

L'analyse réglementaire de l'ordonnance, qui peut être déléguée aux étudiants régulièrement inscrits en troisième année d'études pharmaceutiques et aux préparateurs en pharmacie mais toujours sous contrôle effectif du pharmacien, s'assure de l'exhaustivité des données administratives requises et de la conformité de cette prescription vis à vis de la réglementation.

L'analyse pharmaco-thérapeutique, consiste quant à elle à vérifier les posologies, les modes d'administration, les incompatibilités physicochimiques éventuelles, les redondances, les interactions médicamenteuses, les effets indésirables potentiels... C'est au cours de cette intervention que le pharmacien peut détecter d'éventuelles erreurs de prescription dangereuses pour le patient et émettre, le cas échéant, une opinion pharmaceutique pouvant se traduire par la substitution du médicament, une modification de posologie, voire un refus de délivrance. Dans ce cas, comme prévu par l'article L.5125-23 du CSP, il en informe le prescripteur pour essayer de trouver rapidement une décision consensuelle pour la sécurité et la prise en charge optimale du patient.

Le pharmacien n'est consulté qu'en cas de problème. Les ordonnances pour un détenu provenant de différents prescripteurs ne sont pas confrontées pour l'analyse.

L' « ordonnance-tableau » utilisée par tous les prescripteurs résoudrait ce problème.

B- La préparation des doses à administrer

Les médicaments sont délivrés sous forme galénique classique et non plus en « fiole » comme cela se faisait. Tous les médicaments prescrits se retrouvaient dilués dans la même fiole ! Cette présentation, imposée par l'administration pénitentiaire afin de limiter le trafic ou les tentatives de

suicide, était incompatible avec le respect des propriétés pharmacocinétiques et pharmacologiques des médicaments. L'effet thérapeutique ainsi que la toxicité de ces derniers devenait aléatoire.

Depuis la circulaire du 8 décembre 1994 relative à la prise en charge sanitaire, il est interdit de procéder à la dilution d'un médicament qui n'est pas destiné à cet usage. Les fioles ont ainsi disparu dans les établissements pénitentiaires.

La préparation des doses à administrer ou à délivrer consiste en une répartition nominative en fonction des durées de traitement sous forme de piluliers.

Aucun traitement somatique ou psychotrope n'est préparé dans la PUI du centre hospitalier de rattachement. Tous les traitements sont préparés par les IDE de l'UCSA quotidiennement vers 12h. Les médicaments sont donc préparés pour une journée de traitement dans des piluliers à quatre compartiments (prises du matin, midi, soir, coucher) ou dans de petites boîtes dans lesquelles les quatre prises sont regroupées. Le même pilulier ou boîte est toujours destiné au même détenu, il n'est pas régulièrement nettoyé ; il en est de même pour le récipient contenant les gouttes. Le nom du détenu est écrit sur un sparadrap collé directement sur le pilulier ou la boîte (cf photo n°1) .Une cinquantaine de piluliers et boîtes sont disposés sur des plateaux (1 pour le rez-de-chaussée, 2 pour le premier étage et 3 pour le deuxième étage) puis rangés dans une armoire (cf photo n°2). Deux jeux de plateaux se relaient. S'il y a des modifications de traitements, les infirmières effectuent les changements de médicaments au niveau des piluliers déjà préparés.

Les infirmières ont recours aux petites boîtes car il y a une pénurie de piluliers à 4 compartiments, ce mode de préparation des doses n'étant plus utilisé au centre hospitalier. Les boîtes ainsi que les piluliers se détériorent : on distingue difficilement les inscriptions « matin », « midi », « soir », « coucher », les couvercles tiennent difficilement. Il arrive que lorsqu'un pilulier tombe (lors de la distribution dans les coursives), son contenu se déverse sur le sol.

Des piluliers neufs en quantité suffisante ainsi qu'un coupe-comprimés représentent un investissement auquel l'hôpital doit subvenir. Ultérieurement (paragraphe concernant la distribution des traitements) sera abordé plus précisément le mode de transport des piluliers et le matériel dont les infirmières pourraient disposer.

Les médicaments sous forme de gouttes sont préparés de façon approximative dans des flacons en verre incassable (flacon unidose vidé et rincé de méthadone !).

Pour des raisons d'hygiène et d'éthique , et parce que la préparation extemporanée des gouttes n'est pas adaptée à la distribution en milieu carcéral, les remplacer par des spécialités solides pourrait être

envisagé. En revanche, il faut reconnaître que des gouttes sont moins source de trafic que des comprimés ou des gélules et assurent une meilleure observance si le patient boit ses gouttes devant l'IDE.

La préparation des doses serait accélérée par l'utilisation du tableau d'équivalences ml-goutte (cf page 18). J'ai également précisé sur ce tableau les délais de conservation après ouverture pour chaque forme buvable utilisée à l'UCSA. Le délai de conservation après ouverture indiqué dans le tableau suppose un prélèvement dans les flacons qui respecte les règles élémentaires d'hygiène afin d'éviter toute contamination bactérienne, ainsi que les flacons soit systématiquement rebouchés après usage et stockés dans des conditions adéquates. Un tableau actualisé est également disponible sur l'intranet.



PHOTO N°1

PHOTO N°2



**Tableau d'équivalence ml-goutte
et de stabilité après ouverture des flacons**

SPECIALITES	EQUIVALENCE 1ml=...gttes	DELAI DE CONSERVATION APRES OUVERTURE
CELESTENE gttes buv.	1ml=40gttes	60 jours
CLOPIXOL gttes buv.	1ml=20gttes	90jours
DEPAKINE gttes buv.	Seringue graduée	30 jours
DIPIPERON gttes buv.	1ml=20gttes	30 jours
LAROXYL gttes buv.	1ml=40gttes	90 jours
LOXAPAC gttes buv.	1ml=25gttes	10 jours
RIVOTRIL gttes buv.	1ml=25gttes	90 jours
FUNGIZONE susp. buv.	Posologie exprimée en c. à café (1c. à café=5ml)	10 jours
RISPERDAL sol. buv.	Mesurette graduée	90 jours
TERCIAN gttes buv.	Seringue doseuse	15 jours
THERALENE gttes buv.	Pipette doseuse	15 jours

(Données VIDAL)

INDIQUER LA DATE D'OUVERTURE SUR LE FLACON

BIEN REBOUCHER APRES USAGE

**CONSERVER LE FLACON A L'ABRI DE LA LUMIERE, DE LA
CHALEUR ET DE L'HUMIDITE**

Enfin, concernant la préparation des doses, on peut souligner qu'il y a une traçabilité de ces manipulations grâce au document déjà évoqué dans le chapitre « support de la prescription » (Annexe C).

La qualité, c'est la traçabilité des opérations de façon à être en accord avec l'objectif : le bon médicament, au bon patient-détenu, au bon moment.

C- Conseil et avis pharmaceutique

Le pharmacien du centre hospitalier de rattachement peut être sollicité pour donner son opinion sur un problème relevant du domaine des compétences pharmaceutiques (autres formes galéniques disponibles...).

A Vannes, les infirmières peuvent appeler par téléphone le préparateur en charge de l'UCSA.

Le pharmacien peut proposer au médecin prescripteur des équivalences pour les médicaments demandés hors livret thérapeutique.

A ce sujet, on peut citer le cas des ordonnances du dermatologue intervenant auprès des détenus souffrant d'acné : elles ont été plusieurs fois non honorées car les médicaments prescrits n'appartenaient pas au livret thérapeutique. Afin de répondre à ce problème, la pharmacie à communiquer au prescripteur un document (Annexe D) sur lequel sont précisés les deux produits locaux disponibles au CHBA (Centre Hospitalier de Bretagne Atlantique) pour le traitement de l'acné.

D- La délivrance des médicaments de la pharmacie de l'hôpital de proximité

La délivrance est « l'acte de remettre des produits à une entité de soins ou à un patient ambulatoire ». La délivrance n'est qu'un des aspects de la dispensation.

La pharmacie de l'hôpital assure la délivrance de l'ensemble des médicaments et divers produits pharmaceutiques nécessaires aux UCSA.

En fonction de l'éloignement, le pharmacien doit organiser en concertation avec les différents intervenants, la solution la plus adaptée pour un réapprovisionnement optimal des médicaments. Il existe quatre modes de délivrance des médicaments aux unités de soins :

- La dotation pour besoins urgents

Une liste qualitative et quantitative de médicaments est déterminée par concertation entre médecins, pharmaciens et personnel infirmier.

- La délivrance globale traditionnelle sans ordonnance

Les besoins des services de soins sont globalisés sur des bons de commande. Les médicaments sont collectés à la pharmacie, en fait ils passent des étagères de la pharmacie aux étagères du service de soins.

- La délivrance globalisée ou délivrance globale sur prescription

Les ordonnances médicales après analyse pharmaceutique sont distribuées « en vrac » comme dans la délivrance globale traditionnelle.

- La dispensation individuelle nominative (DIN)

Les ordonnances sont transmises à la pharmacie qui les analyse et délivre les médicaments au service de soin de façon individualisée par patient.

L'organisation de la dispensation constatée à Vannes intègre trois modalités de délivrances précitées :

Il existe une dotation pour laquelle le réapprovisionnement se fait grâce à une feuille de commande pré imprimée (Annexe E). Les IDE de l'UCSA y inscrivent les quantités désirées et les préparateurs de la pharmacie du centre hospitalier délivrent les médicaments en vrac dans des malles fermées à clé si le transport est sécurisé. Puis les médicaments sont rangés par les IDE dans les armoires de l'UCSA. La liste de médicaments date de la mise en place de l'UCSA à la maison d'arrêt de Vannes (1995) et est aujourd'hui inadaptée, incohérente au regard des besoins des détenus et de l'organisation de l'approvisionnement en médicaments.

Certains médicaments utilisés par les infirmières en l'absence de consultation médicale nécessitent une ordonnance nominative pour la pharmacie du centre hospitalier. Les infirmières réalisent donc de « fausses » ordonnances pour s'en réapprovisionner (médicament prescrit pour un détenu choisi au hasard sur une ordonnance rédigée par l'infirmière et signée par le médecin).

La mise en place d'une dotation spécifique de l'établissement pénitentiaire semble indispensable. Ceci supprimerait la réalisation des « fausses » ordonnances. Avec cette nouvelle dotation il est nécessaire de réévaluer les besoins en médicaments pour la prise en charge de pathologies bénignes (ne nécessitant pas l'intervention d'un médecin). Des médicaments listés, appartenant aux protocoles validés par les médecins concernés par la spécialité traitée, pourront intégrer la dotation. D'autre part, la dotation doit comporter des médicaments afin de satisfaire à l'exigence de continuité

de traitement à l'entrée en détention d'une personne qui ne possède pas ses médicaments sur elle. Ce problème a été préalablement cité (paragraphe concernant les particularités liées au milieu carcéral). Un représentant de chaque classe médicamenteuse dans la dotation pourrait y répondre en attendant la livraison du traitement habituel du détenu. Enfin, la dotation doit comporter les médicaments nécessaires aux soins infirmiers (blessures, automutilations,...). Lors des appels d'offre le pharmacien devra privilégier les spécialités pharmaceutiques conditionnées en présentation unitaire. Ce qui facilite l'organisation du circuit du médicament en dispensation individuelle par la pharmacie hospitalière et d'autre part la préparation infirmière des doses individuelles. Il doit s'assurer que toutes les doses unitaires soient identifiées individuellement et que le numéro de lot et l'indication de la date limite d'utilisation (péremption) figurent sur chaque unité.

En dehors des médicaments commandés pour réapprovisionner la dotation il y a les médicaments nécessaires pour répondre aux traitements prescrits. La pharmacie du centre hospitalier analyse les ordonnances envoyées par l'UCSA (via fax le jour de la consultation du médecin) et délivre des doses individuelles au nom du patient (Annexe F : étiquette collée sur le sachet contenant le traitement d'un détenu). La dispensation est ainsi individuelle nominative.

Les IDE vérifient la concordance du contenu des sachets nominatifs avec les ordonnances. Puis, elles rangent les boîtes dans l'armoire sans tenir compte de l'organisation nominative, ces boîtes servant à approvisionner un unique tiroir utilisé quotidiennement pour la préparation des piluliers. La commande n'est plus, dans ces conditions, conforme à une dispensation individuelle nominative, mais constitue finalement une commande globalisée.

La pharmacienne du CHBA considère qu'il est dommage d'analyser les prescriptions en vue de préparer les doses pour chaque détenu et ensuite d'utiliser ces médicaments de façon globale. La délivrance individuelle nominative permettrait d'améliorer le bon usage du médicament et sa mise en place au sein de l'UCSA s'harmoniserait aux pratiques du centre hospitalier où cette technique est prépondérante.

D'après les infirmières, en pratique, la conception d'un emplacement pour le traitement de chaque détenu est impossible au regard des contraintes spatiales. De plus, l'utilisation d'un tiroir unique pour préparer quotidiennement l'ensemble des traitements des détenus leur semble plus rapide que de prélever pour chaque détenu sa dose de médicament pour une journée dans la totalité de son traitement prescrit.

Il se présente alors deux possibilités : soit l'hôpital investit dans un système de rangement performant avec la possibilité de réaménager les locaux, soit la commande devient globalisée, c'est-

à-dire que la « somme » des médicaments sera calculée d'après les ordonnances et ces derniers seront délivrés globalement « en vrac ».

Un médicament non agréé aux collectivités, non remboursé par la sécurité sociale ne peut être acheté par l'hôpital, il en est de même pour un médicament non agréé, remboursé par la sécurité sociale. Pourtant de tels médicaments peuvent s'avérer nécessaires : certaines pathologies à traiter (acné, irritations, démangeaisons) peuvent devenir obsessionnelles.

Les IDE peuvent être amenées à acheter en officine de ville des produits pour des détenus n'ayant pas de famille ou d'amis pour leur rendre ce service. Pour ceci, le détenu réalise un document autorisant le prélèvement d'argent sur son compte. Les infirmières achètent les produits en officine (généralement la même) et font réaliser une facture.

Pour répondre à cette demande, la pharmacie propose au prescripteur la liste des spécialités appropriées disponibles à l'hôpital (Annexe D).

Conformément à l'article 14 du 31 mars 1999 « tout transport de médicaments entre la PUI et les unités fonctionnelles doit se faire dans des chariots ou conteneurs clos et de préférence fermés à clé ou disposant d'un système assurant la même sécurité ».

Le transport entre la PUI et l'établissement pénitentiaire n'est pas toujours sécurisé. Il y a souvent un seul système de verrouillage au lieu de deux pour sécuriser les containers.

L'intégralité des systèmes de fermeture est nécessaire pour assurer la sécurité du transport des médicaments.

Concernant le transport de stupéfiants, le chauffeur doit signer une décharge.

Le chauffeur vient avec un registre à signer par les infirmières.

E- La délivrance de médicaments par le personnel pénitentiaire

En dehors des heures de présence médicale, la circulaire du 8 décembre 1994 propose qu'indépendamment de la mise en place d'un dispositif de réponse à l'urgence médicale, la mise à disposition, à un gradé de nuit, d'un antalgique mineur ne figurant pas sur l'une des listes de substances vénéneuses. Cette mesure relève du médecin responsable de l'UCSA, en accord avec le chef d'établissement pénitentiaire. A chaque utilisation, sont obligatoirement notés sur le registre, visé par le médecin responsable de l'UCSA, le nom du détenu, le motif de la remise du médicament et sa posologie.

Il existe à la maison d'arrêt de Vannes, un stock de médicaments dans un bureau de surveillants. Celui-ci comprend : du Doliprane® en sachet, du Smecta®, du Gaviscon®, de l'Effergal 500®. Les médicaments y sont prélevés la nuit comme le jour afin de répondre à la demande de détenus lorsque le surveillant (non « gradé ») ne juge pas nécessaire qu'il soit vu par une infirmière. Il existe un cahier pour noter les entrées et sorties de ce stock de médicaments ainsi que le nom du détenu mais celui-ci n'est pas rempli donc évidemment pas consulté par le médecin responsable de l'UCSA.

Il est capital que ce stockage illégal de médicaments soit supprimé (réglementairement, aucun dépôt de médicament ou stock ne doit se trouver dans les locaux de l'établissement pénitentiaire en dehors de l'UCSA sauf pour les antalgiques mineurs). Seul un stock d'antalgiques peut exister, ces derniers devront être utilisés en respectant les conditions de traçabilité (cf page suivante) et le médecin responsable de l'UCSA tachera d'en prendre connaissance. Toute dispensation de médicaments le jour relève des fonctions des IDE de l'UCSA.

F- La distribution

La distribution est l' « action de donner en répartissant entre différents bénéficiaires ». Elle précède l'administration.

Il n'y a pas de double contrôle avant la distribution des traitements.

La distribution est journalière, le détenu ne peut pas avoir en sa possession plusieurs jours de traitement hormis le fait qu'il n'est pas observant et qu'il crée un stock de médicaments dans l'objectif d'un usage détourné.

Certains détenus peuvent toutefois gérer seuls leurs traitements après accord médical et information du chef de l'établissement pénitentiaire. Il peut s'agir d'un traitement limité dans le temps tel qu'un antibiotique.

La détention des médicaments en cellule est donc possible. Cette décision n'est prise qu'au cas par cas. Les médicaments (souvent des antibiotiques, des anti-inflammatoires ou des antihistaminiques) sont remis au détenu dans un sac en plastique avec un papier sur lequel sont notés le nom du médicament, la posologie et la durée de traitement. Ainsi, la législation impose aux responsables de l'UCSA le signalement auprès du chef d'établissement pénitentiaire, de la liste des détenus bénéficiant d'un traitement délivré pour plusieurs jours. Ceci n'est pas réalisé en pratique en raison du nombre important de traitements en cours, de leur diversité, de leurs fréquentes modifications et des flux importants de détenus surtout en maison d'arrêt.

La prise immédiate du traitement devant l'IDE est demandé aux détenus les plus difficiles afin d'éviter cet éventuel stockage.

En cas de prescription de buprénorphine ou de méthadone, la dispensation doit avoir lieu à l'unité de soins et la prise du médicament doit se faire devant l'infirmière.

Cette mesure a pour but d'empêcher le trafic en détention ainsi qu'un usage détourné de la part du détenu. La délivrance des traitements de substitution se faisant en présence de l'infirmière, se noue alors un lien thérapeutique ; le temps passé avec elle peut être un moyen de communiquer sur un éventuel état de manque.

La buprénorphine est disponible sous forme sublinguale et fond en 5 à 10 minutes. Les détenus passent en moyenne 2 à 3 minutes avec l'infirmière. Il est certain que des comprimés sont recrachés (s'ils ont été mis dans la bouche !) en vue de les détourner de leur usage.

Accorder une dizaine de minutes à chaque détenu demanderait un surcroît d'activité que l'on ne peut pas insérer dans la planification quotidienne des tâches infirmières. En revanche, les IDE pourraient utiliser un broyeur de comprimé destiné à l'écrasement des comprimés de SUBUTEX® afin de limiter autant que possible les possibilités de récupération des comprimés. Cette modification est sans conséquence dommageable, à condition que l'administration et l'absorption restent sublinguales.

Certains détenus, ne pouvant pas gérer seuls leur traitement ou nécessitant plus d'écoute, notamment lorsqu'un risque suicidaire est détecté, viennent à l'UCSA pour prendre leur traitement.

La distribution des traitements a lieu avec un décalage d'une demi-journée par rapport à la rédaction de la prescription (s'il y a un changement dans le traitement habituel d'un détenu, les infirmières effectuent les modifications au niveau des piluliers déjà préparés).

Lors de la distribution en détention, les IDE sont toujours accompagnées par un surveillant de l'administration pénitentiaire qui ouvre les portes.

On note les difficultés pour se déplacer dans les coursives avec les plateaux de traitement. *La distribution des médicaments est une tâche difficile pour de nombreuses raisons :*

- *le transport des piluliers se fait à la main, l'étroitesse des couloirs (cf photo n°3) ne permettant pas le passage d'un chariot ;*
- *l'infirmière est sollicitée par les détenus pour la prise de RDV, ils demandent des antalgiques (nécessité d'assurer parallèlement la traçabilité de ces administrations) ;*

- *il faut récupérer les piluliers vides et parfois les chercher dans la cellule des détenus lorsque ceux-ci n'y sont pas ;*
- *la distribution des médicaments doit se faire le plus rapidement possible.*

L'acquisition d'un système de distribution journalière pouvant contenir une cinquantaine de piluliers améliorerait les conditions de distribution. Il faut que ce système de transport puisse être porté et non roulé (il n'y a pas d'ascenseur, cf photo n°4). Le laboratoire Adhesia propose des mallettes pour transporter les médicaments d'un lieu de préparation vers l'unité où les médicaments seront distribués, lorsque le chariot ne peut être utilisé. Ces mallettes peuvent contenir jusqu'à 84 piluliers, ce qui convient largement au nombre moyen de détenus sous traitement.

Faire utiliser les boîtes aux lettres fixées à la porte des cellules pour récupérer les conditionnements vides accélérerait la distribution

Tous les traitements devraient être remis en main propre au détenu pour éviter qu'ils ne soient accessibles à leurs codétenus.

Les détenus ne sont pas toujours présents aux heures de distribution. Les médicaments sont parfois déposés dans la cellule en leur absence, ceci pouvant poser problème lorsque plusieurs personnes cohabitent dans une même cellule.

PHOTO N°3



PHOTO N°4

III- L'OBSERVANCE

La circulaire du 8 décembre 1994 rappelle que le personnel pénitentiaire n'étant pas impliqué dans l'administration des médicaments, il ne peut être tenu responsable de la surveillance de l'observance des prescriptions médicales. Par contre, à l'occasion d'une fouille, le surveillant peut transmettre les médicaments trouvés à l'UCSA pour vérification.

L'observance est un élément clé du succès d'une thérapeutique médicamenteuse.

La méthode de mesure utilise un questionnaire à remplir par des détenus lors de leur passage à l'UCSA. Après avoir expliqué l'objectif du questionnaire au détenu, l'IDE le remettait à ce dernier pour qu'il y réponde. Certains détenus ont souhaité garder l'anonymat.

Les questions sont inspirées du questionnaire de Morisky.

Le questionnaire de Morisky est un outil fréquemment employé pour évaluer l'adhérence au traitement (bibliographie : référence n°19). Il est composé de questions de type oui/non qui portent sur le type de comportement lors de l'emploi passé de médicaments. Ce questionnaire a été aménagé de façon à être appliqué au milieu carcéral (question 4 : évaluation du détournement de médicaments).

QUESTIONNAIRE D'EVALUATION DE L'OBSERVANCE

INITIALES DU DETENU :

Traitement suivi (noms des médicaments) :

1- Vous arrive-t-il d'oublier de prendre votre médicament ?

OUI NON

2- Lorsque vous vous sentez mieux, vous arrive-t-il de cesser de prendre votre médicament ?

OUI NON

3- Si vous vous sentez moins bien quand vous prenez votre médicament, vous arrive-t-il de cesser de le prendre ?

OUI NON

4- Remettez vous à l'infirmière les médicaments que vous n'avez pas pris ?

OUI NON

RESULTATS DU QUESTIONNAIRE

INITIALES DU DETENU	TRAITEMENT SUIVI	OUBLI OCCASIONNEL DU MEDICAMENT		ARRET DE LA PRISE DU MEDICAMENT LORS DE L'AMELIORATION DES SYMPTOMES		ARRET DE LA PRISE DU MEDICAMENT LORS DE L'APPARITION D'EFFETS INDESIRABLES		RESTITUTION A L'I.D.E. DES MEDICAMENTS NON PRIS	
		OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
*	MEPRONIZINE (acéprométazine 10mg, méprobamate 400mg) <i>Hypnotique</i>		X	X		X			X
E.N.	ALPRAZOLAM 0.5mg <i>Anxiolytique</i> EFFEXOR (venlafaxine50mg) <i>Antidépresseur</i>	X			X		X	X	
C.S.	AOTAL (acamprosate 333mg) <i>Désintoxication alcoolique</i>		X		X		X	X	
Y.L.G.	RISPERDAL CONSTA (risperidone 25mg) <i>Neuroleptique</i>		X		X		X	Le médicament est pris car injecté !	
A.R.	ZYPREXA (olanzapine7.5mg) <i>Neuroleptique</i> EFFEXOR (venlafaxine50mg) <i>Antidépresseur</i> ALPRAZOLAM 0.5mg <i>Anxiolytique</i>		X		X		X		X
O.P.	SUBUTEX (buprénorphine 8mg) <i>Traitement de substitution</i> PROZAC (fluoxétine 20mg) <i>Antidépresseur</i> SERESTA (oxazepam 50mg) <i>Anxiolytique</i> STILNOX		X	X		X			X

	(zolpidem 10mg) <i>Hypnotique</i>								
J.C.	LEPTICUR (tropatepine 10mg) <i>Anticholinergique</i> (<i>syndrome parkinsonien des neuroleptiques</i>) TRILEPTAL (oxcarbazépine 300mg) <i>Antiépileptique</i> TERCIAN (cyamémazine 25mg) <i>Neuroleptique</i> HALDOL (halopéridol 1mg) <i>Neuroleptique</i>		X	X			X		X
A.P.	TERCIAN (cyamémazine 25mg) <i>Neuroleptique</i> NORSET 15 (mirtazapine 15mg) <i>Antidépresseur</i> ZOMIG (zolmitriptan 2.5mg) <i>Antimigraineux</i> IMOVANE (zopiclone 7.5mg) <i>Hypnotique</i> METHADONE 10mg <i>Traitement de substitution</i>		X		X	X			X
V.G.	STILNOX (zolpidem 10mg) <i>Hypnotique</i> ALPRAZOLAM 0.25mg <i>Anxiolytique</i>		X		X		X	Tous les médicaments sont pris	
T.J.M.	THERALENE (alimémazine 1mg/gtte) <i>Anti-histaminique sédatif</i> DEPAMIDE (valpromide 300mg) <i>Thymorégulateur</i> SERESTA (oxazépam 10mg) <i>Anxiolytique</i> DEROXAT (paroxétine 20mg)		X	X			X	X	

	<i>Antidépresseur</i> MEPRONIZINE (acéprométazine 10mg, méprobamate 400mg) <i>Hypnotique</i>								
*	*		X		X		X		X
*	*		X		X		X	X	
C.O.	*	X			X		X	X	
*	*		X		X		X	X	
*	*		X		X		X	Tous les médicaments sont pris	

* : case vide = information non renseignée par le détenu

J'ai recueilli un petit nombre de questionnaires (correspondant environ à la moitié des détenus sous traitement) mais j'essaie toutefois d'interpréter les résultats. L'interprétation est réalisée à titre indicatif, la quantité de questionnaires remplis ne permettant pas de réaliser une étude entièrement satisfaisante.

QUESTION 1 : Vous arrive-t-il d'oublier de prendre votre médicament ?

Le taux moyen d'inobservance est de 13%. Cette valeur est relativement faible (taux d'inobservance en France dans la population générale). De nombreux détenus sont traités pour prendre en charge des dépressions ou anxiétés réactionnelles à l'incarcération. Le respect de la prise des médicaments leur permet de stabiliser leur état émotionnel et ainsi de mieux supporter l'enfermement.

QUESTION 2 : Lorsque vous vous sentez mieux, vous arrive-t-il de cesser de prendre votre médicament ?

Beaucoup de détenus utilisent des antidépresseurs et des neuroleptiques. La prise en charge des états dépressifs ou psychotiques étant de longue durée et la pathologie ne s'exprimant pas toujours, ceci ne motive pas certains détenus à agir dans la durée. On peut toutefois constater que ces détenus représentent une minorité et que la plupart des détenus sont conscients que l'amélioration de leur état d'anxiété, de dépression ou d'agitation est corrélée à la prise des médicaments.

Des détenus utilisant notamment des hypnotiques ont répondu « oui » à la question concernant l'arrêt de la prise du médicament lors de l'amélioration des symptômes. Il a été précisé précédemment que les hypnotiques sont renouvelés quasiment systématiquement. L'évaluation, par le médecin et avec le détenu, de la nécessité de prendre en charge une insomnie ou une difficulté d'endormissement devrait être réalisée plus fréquemment.

QUESTION 3 : Si vous vous sentez moins bien quand vous prenez votre médicament, vous arrive-t-il de cesser de le prendre ?

Les médicaments incriminés d'après cette question ne sont pas dénués d'effets indésirables. Face à ces derniers, le détenu peut être amené à arrêter son traitement.

QUESTION 4 : Remettez-vous à l'infirmière les médicaments que vous n'avez pas pris ?

L'inobservance peut être motivée par le trafic de médicaments.

On peut ainsi penser que les détenus n'ont pas répondu à cette question de manière honnête.

Certains détenus ont également pu répondre indifféremment par « oui » ou « non » s'ils ne sont pas concernés par la question. En effet, si tous les médicaments sont pris, il n'y a pas lieu de les rendre à l'infirmière.

Le fait de présenter adéquatement les effets secondaires et d'informer sur l'intérêt de la prise correcte des médicaments, surtout pour des traitements de longue durée, peut avoir un impact sur le degré d'observance. L'inobservance diminuerait ainsi avec la réalisation de conseils individualisés et détaillés sur la thérapie d'un détenu.

Il ne faut pas négliger, dans l'interprétation de ces résultats, la proportion d'inobservance liée au refus d'acceptation de la maladie et plus largement au refus d'acceptation de la situation carcérale avec l'éventuelle volonté d'autolyse.

IV- LES AUTRES ROLES DU PHARMACIEN EN MILIEU CARCERAL

A- Participation aux actions de prévention et d'éducation pour la santé

La pharmacie doit développer l'éducation du détenu sur le bon usage du médicament surtout dans un milieu où les problèmes d'observance et d'usage détourné prédominent. Il doit responsabiliser le détenu face à son traitement et le sensibiliser à le poursuivre après sa libération.

Concernant le mésusage, certains médicaments pourraient être suivis. En effet, le médicament est l'objet de détournement et les détenus ont plus de facilité à se procurer des médicaments que des drogues illicites.

B- Lutte contre les toxicomanies

La population carcérale toxicomane représente environ 25% des détenus. Ces détenus sont très demandeurs de médicaments. Il existe un risque constant de détournement d'utilisation des médicaments. Toutes les mesures doivent être prises pour limiter ce risque.

Certaines formes galéniques ne sont pas ou peu utilisées : les formes injectables, les solutions buvables et les sirops sans conditionnement unitaire préalable (les gouttes ou suspensions buvables sont préparées en doses quotidiennes). Des spécialités à base de produits susceptibles d'entraîner un détournement d'utilisation ne sont plus référencées, Ex. : le Rohypnol® très apprécié des toxicomanes. Les spécialités contenant de l'alcool sont évincées (*certaines bains de bouche par exemple : seul le PAROEX®, qui ne contient pas d'alcool, était utilisé mais étonnamment, l'Hextrl®, bain de bouche alcoolisé, a été réintroduit depuis le mois de novembre 2007 !*). Dans ce milieu, le pharmacien peut se rendre compte que le médicament ne se limite plus à la définition du code de la santé publique. Il peut être autolytique, toxicomanogène et avoir une valeur de troc. Les mésusages et le trafic de médicaments font partie du quotidien des usagers de drogues. Il ne faut pas espérer qu'il disparaisse du jour au lendemain du fait de l'incarcération.

En revanche, le pharmacien peut faire appel à des services tel que la pharmacodépendance afin de répondre à ses questions et entreprendre des mesures correctives. Par exemple, je me suis interrogée sur un éventuel pouvoir toxicomanogène du paracétamol après constatation d'une importante demande d'antalgiques de la part des détenus. Le service de pharmacodépendance m'a répondu qu'ils ont recherché une cause de détournement pour le paracétamol et n'ont rien trouvé, excepté un éventuel effet aphrodisiaque de l'association paracétamol + coca-cola. Il n'y a donc pas lieu de redouter un détournement avec ce type de médicament.

C- Pharmacosécurité

Le pharmacien devra rechercher les conditionnements pharmaceutiques assurant le maximum de sécurité.

Tous les conditionnements en verre sont exclus et leur emploi doit être limité puisqu'il impose, lorsque l'emploi de la spécialité est incontournable, le transvasement dans des bouteilles en plastique.

Seule exception, les flacons vides de méthadone, utilisés pour le conditionnement des solutions buvables, sont en verre incassable.

Eviter les produits sous forme de spray avec gaz propulseur inflammable (traitement contre la gale, les poux) qui pourraient être utilisés pour mettre le feu au matelas.

L'utilisation du collutoire Eludril®, contenant un gaz propulseur dérivé de l'azote, devrait être supprimé.

Enfin, il doit faire part à l'administration pénitentiaire de toutes les informations utiles, pouvant l'aider à combattre les trafics de drogue.

D- La gestion des périmés

Comme dans tout service hospitalier, la pharmacie doit s'assurer de l'absence de médicaments périmés dans les armoires de médicaments.

L'inspection du stock de médicaments afin d'éliminer les médicaments périmés et les annotations concernant les médicaments qui périssent dans l'année sont réalisées de façon non périodique, lorsque les infirmières ont du temps.

L'instauration d'une fiche de suivi avec la date de la dernière vérification permettrait de mettre en place un rythme de réalisation de ce travail (1 fois tous les 6 mois). Les retours vers la pharmacie des médicaments périmés, sans numéro de lot, non identifiables, ainsi que les anciens médicaments (ceux qui ne font pas partie de traitements prescrits) pourrait être réalisés.

4^{ème} PARTIE :

L'INSPECTION SANITAIRE DES ETABLISSEMENTS PENITENTIAIRES

4^{ème} PARTIE : L'INSPECTION SANITAIRE DES ETABLISSEMENTS PENITENTIAIRES

I- PRESENTATION DE LA CIRCULAIRE RELATIVE A L'INSPECTION SANITAIRE DES ETABLISSEMENTS PENITENTIAIRES

Après dix ans de mise en œuvre de la loi du 18 janvier 1994 qui a confié la prise en charge sanitaire des personnes détenues au service public hospitalier, il est nécessaire d'analyser le bilan des avancées permises par ce dispositif.

Ceci est réalisé grâce à l'inspection sanitaire des établissements pénitentiaires, organisée par la circulaire n° 2006-09 du 10 janvier 2006.

L'inspection générale des affaires sociales et des services déconcentrés du ministère chargé de la santé veilleront à l'observation des mesures nécessaires au maintien de la santé des personnes détenues et contrôleront les règles d'hygiène.

En pratique, les Directions Régionales des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS) et Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS) réalisent des inspections à raison d'un tiers des établissements pénitentiaires par période de 12 mois depuis 2006.

Les objectifs d'inspection sont de:

- décrire les articulations entre les différents acteurs soignants, personnels pénitentiaires, force de police, gendarmerie, pour ce qui concerne l'accès aux soins ;
- préciser les articulations entre le champ de la santé somatique et celui de la santé mentale ;
- analyser les liaisons entre les UCSA et leurs établissements de rattachement ;
- repérer les difficultés dans l'application de la réglementation en vigueur et de l'adaptation des politiques de santé publique et les éventuels dysfonctionnements ;
- vérifier les conditions de vie des personnes détenues, notamment relatives à l'hygiène, susceptibles d'avoir des conséquences néfastes sur leur état de santé.

Les inspections permettront ainsi de disposer d'une aide à la décision pour l'administration pénitentiaire et les services hospitaliers et constitueront une base de suivi dans le contrôle de l'hygiène et de l'organisation des soins pour les prochaines années.

Pour mener à bien ce programme a été élaboré un **outil d'aide à l'inspection**. Il a été scindé en quatre chapitres :

- chapitre I : hygiène, sécurité et salubrité ;
- chapitre II : organisation des soins somatiques et psychiatriques, adaptation des politiques de santé publique ;
- chapitre III : fonctionnement du service pharmaceutique ;
- chapitre IV : protection sociale.

Ce document est un outil d'aide à l'inspection et ne constitue pas le rapport d'inspection.

Afin de dégager les grandes problématiques en matière de prise en charge sanitaire des personnes détenues, une synthèse qualitative concernant chaque chapitre est remplie et intégrée aux rapports d'inspection.

Préalablement à l'inspection sur site, un certain nombre de documents sont collectés :

- données générales sur l'établissement pénitentiaire ;
- données hospitalières ;
- dernier rapport d'inspection ;
- rapports d'activité des unités de soins ;
- protocole liant l'établissement pénitentiaire à l'établissement hospitalier ;
- compte-rendu du dernier comité de coordination ;
- dernier rapport de la commission de surveillance.

La **Mission Régionale et Interdépartementale d'Inspection, Contrôle et Evaluation (MRIICE)** assure l'appui technique des inspections.

Le coordinateur de la **coordination pluridisciplinaire des corps d'inspection** adresse les documents relatifs à l'inspection aux directeurs d'établissements pénitentiaires et aux directeurs d'établissements hospitaliers.

Enfin, les rapports d'inspection finalisés sont transmis à l'**Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS)** et à la **Direction Générale de la Santé (DGS)** puis exploités par l'administration centrale qui établira, selon un rythme semestriel, le bilan de la prise en charge sanitaire des personnes détenues.

II- PREPARATION DE L'INSPECTION A LA MAISON D'ARRET DE VANNES

A- Parallèle avec le sujet de la thèse

Analyser les liaisons entre l'UCSA et l'établissement de rattachement ainsi que repérer les difficultés dans l'application de la réglementation en vigueur et les éventuels dysfonctionnements sont des objectifs auxquels devra répondre la coordination pluridisciplinaire des corps d'inspection amenée à intervenir à la maison d'arrêt de Vannes.

J'ai traité la plupart de ces points lors de la description du circuit du médicament à l'UCSA et à l'hôpital de Vannes avec la mise en évidence des dysfonctionnements (3^{ème} partie de la thèse).

Plus précisément, on lit au chapitre 2.1. : « Locaux et unités de soins » et au chapitre III : « Fonctionnement du service pharmaceutique » de l'outil d'aide à l'inspection, une liste de questions auxquelles je réponds au paragraphe suivant.

B- L'outil d'aide à l'inspection

Cf questionnaire pages 81 à 98.

C- Le compte-rendu du dernier comité de coordination

Ce document est consulté avant l'inspection car il soutient cette démarche.

Le 21 novembre 2007 se sont réunis plusieurs intervenants, représentant la DDASS, l'administration pénitentiaire et le Centre Hospitalier de Bretagne Atlantique (CHBA).

Le bilan de l'activité 2005-2006 révèle que le **nombre de visites reçues à l'infirmerie** diminue en 2006 mais la tendance va s'inverser en 2008 avec l'augmentation de la population carcérale (loi sur la récidive).

Gagner du temps sur chaque activité des infirmières devient alors une priorité.

Ceci serait en partie réalisé avec la suppression des recopiations d'ordonnances et la préparation des doses à distribuer grâce aux ordonnances préparées et envoyées nominativement.

Des travaux d'**actualisation du protocole** ont été entrepris, sa dernière rédaction datant de 2001.

Des moyens supplémentaires sont demandés pour augmenter le **temps de présence d'un addictologue**. Les infractions liées à l'usage ou la détention de stupéfiants ou la conduite en état alcoolique étant les causes d'incarcération les plus fréquentes à la maison d'arrêt, la présence d'un addictologue une fois toutes les deux semaines devient insuffisante. Du temps supplémentaire de psychiatre est également demandé.

S'agissant des **missions de prévention**, les infirmières ne disposent pas d'assez de temps pour réaliser des projets. L'idée de faire intervenir des élèves infirmiers à l'UCSA pour garantir cette action est émise.

L'inscription de la maison d'arrêt dans la démarche du **programme national nutrition santé**, **l'intégration dans le protocole d'actions menées en matière de prévention du suicide** et la **formalisation des démarches de prévention à l'arrivée du détenu (IST, soins dentaires,...)** sont des thèmes également abordés lors de ce comité de coordination.

Un des objectifs prioritaires 2007-2008 est l'évolution des locaux de l'UCSA avec le **projet d'extension**.

Le manque de place a été incriminé dans la 3^{ème} partie de la thèse. Il est précisé au chapitre concernant la délivrance des médicaments, la possibilité pour l'hôpital d'investir dans un système de rangement pour les ordonnances nominatives. Ce projet s'inscrit parfaitement dans celui d'extension des locaux.

Le rapport d'inspection sanitaire de la maison d'arrêt de LAVAL (du 11 au 15 juin 2007)

Une équipe pluridisciplinaire d'inspecteurs de la DDASS et DRASS ont visité la maison d'arrêt de Laval et se sont entretenus avec les différents intervenants au sein de l'établissement.

Après étude de ce document, j'ai relevé des informations utiles ou pouvant être expérimentées à la maison d'arrêt de Vannes :

Le centre hospitalier de rattachement est situé à moins de 500 mètres de la maison d'arrêt. Cette **proximité géographique**, absente à Vannes, facilite les relations entre l'hôpital et la maison d'arrêt.

La formalisation de temps d'échange périodiques entre l'UCSA et l'hôpital de Vannes (allouer un temps pharmacien) est indispensable pour réduire l'isolement des infirmières de l'UCSA et répondre efficacement aux besoins de l'UCSA.

La proximité géographique, constatée à Laval, permet de prendre en charge rapidement à l'hôpital les urgences médicales.

Celle-ci n'existant pas à Vannes, la mise en place de matériels d'urgence (médicaments pour soins urgents, bouteille d'oxygène médical de secours, défibrillateur) est d'autant plus justifiée en cas d'urgence vitale.

Comme à Vannes, il n'existe **pas de « service pharmaceutique »** implanté dans la maison d'arrêt de Laval. L'UCSA dispose seulement d'armoires de service pour les médicaments.

Les **prescriptions** manuscrites sont effectuées sur support papier triple, dont un pour le détenu. Elles sont toutes ressaisies sur informatique, toutes les prescriptions (réalisées par différents prescripteurs) sont ainsi analysées par un pharmacien, ce qui permet d'éviter des redondances ou des interactions entre les produits prescrits.

L'utilisation du nouveau concept d'ordonnances abordé dans la troisième partie de la thèse (ordonnance-tableau) permet de confronter les médicaments prescrits par différents médecins.

J'ai relevé, dans le paragraphe : « **organisation permettant de prévenir tout détournement de médicaments** », l'utilisation du broyeur de comprimé destiné à l'écrasement des comprimés de SUBUTEX® afin de limiter leur récupération.

Cette pratique pourrait être utilisée à la maison d'arrêt de Vannes où on constate un trafic avéré de SUBUTEX® (proposition citée précédemment dans la 3^{ème} partie au paragraphe : la distribution).

CHAPITRE 2

ORGANISATION DES SOINS SOMATIQUES ET PSYCHIATRIQUES ET ADAPTATION DES POLITIQUES DE SANTE PUBLIQUE EN MILIEU CARCERAL

Objectif de l'inspection : améliorer la prise en charge sanitaire des personnes détenues

Rappels :

L'établissement public de santé assure, ..., les examens de diagnostic et les soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire et, si nécessaire, en milieu hospitalier. Il concourt, dans les mêmes conditions, aux actions de prévention et d'éducation pour la santé organisées dans les établissements pénitentiaires (loi du 18/01/94).

Sécurité sociale

Les détenus sont affiliés dès leur incarcération au régime général de la sécurité sociale (loi du 18/01/94). Une carte d'assuré social leur est délivrée (circulaire du 10/08/94) ainsi qu'un carnet médical (loi du 18/01/94).

Consultations médicales obligatoires (CPP Art. D381)

Les médecins chargés des prestations de médecine générale assurent des consultations médicales, suite à des demandes formulées par le détenu ou, le cas échéant, par le personnel pénitentiaire ou par toute autre personne agissant dans l'intérêt du détenu. Ces médecins réalisent en outre :

un examen médical systématique pour les détenus venant de l'état de liberté ;

les visites aux détenus placés au quartier disciplinaire chaque fois que ces médecins l'estiment nécessaire et en tout cas deux fois par semaine au moins ;

les visites au quartier d'isolement, chaque fois que ces médecins l'estiment nécessaire et en tout cas deux fois par semaine au moins ;

l'examen des détenus sollicitant des attestations relatives à une inaptitude au travail pour raison médicale ;

l'examen médical des détenus sollicitant une attestation relative à la pratique d'une activité sportive

l'examen des détenus sollicitant pour raison médicale un changement d'affectation ou une modification ou un aménagement quelconque de leur régime de détention.

Ces médecins veillent à ce que la continuité des soins soit assurée à l'occasion des transfèrements des détenus.

Dossier médical (CPP Art. D375) Le dossier médical du détenu est conservé sous la responsabilité de l'établissement de santé ou du service médical pour les établissements pénitentiaires dont le fonctionnement est régi par une convention passée en application de la loi n° 87-432 du 22 juin 1987 relative au service public pénitentiaire.

Seul le personnel soignant peut avoir accès au dossier médical. En cas de transfèrement ou d'extraction vers un établissement hospitalier, les informations médicales contenues dans le dossier sont transmises au médecin destinataire dans des conditions matérielles garantissant leur

inviolabilité.

Consentement aux soins (CPP art D 362) : Hors le cas où l'état de santé du détenu rend nécessaire un acte de diagnostic ou de soins auquel il n'est pas à même de consentir, celui-ci doit exprimer son consentement préalablement à tout acte médical et, en cas de refus, être informé par le médecin des conséquences de ce refus. Lorsque le détenu est mineur, il appartient au détenteur de l'autorité parentale d'exprimer son consentement. Toutefois, lorsque la santé ou l'intégrité corporelle du mineur risque d'être compromise par le refus du représentant légal, ou l'impossibilité de recueillir son consentement, le médecin responsable peut saisir le ministère public afin de provoquer les mesures d'assistance éducative lui permettant de donner les soins qui s'imposent.

Grève de la faim (CPP Art. D364)

Si un détenu se livre à une grève de la faim prolongée, il ne peut être traité sans son consentement, sauf lorsque son état de santé s'altère gravement et seulement sur décision et sous surveillance médicales. Il en est rendu compte aux autorités à prévenir en cas d'incident dans les conditions visées à l'article D. 280.

Prévention de la tuberculose (CPP Art. D384-1)

Le dépistage de la tuberculose est réalisé chez tous les entrants provenant de l'état de liberté par un examen radiologique pulmonaire effectué et interprété dans les délais les plus brefs à compter de la date d'incarcération. Cette mesure s'applique également aux détenus présents qui n'auraient jamais bénéficié, ni lors de leur entrée en détention, ni au cours de leur incarcération, d'un dépistage radiologique de la tuberculose. Cet examen systématique est pratiqué sur place, sauf impossibilité matérielle. Les détenus dont l'état de santé le nécessite sont isolés sur avis médical. Le médecin prescrit les mesures appropriées pour éviter toute contamination du personnel et des détenus.

En liaison avec le médecin responsable de l'UCSA et le médecin de prévention du personnel pénitentiaire, le médecin du service de lutte antituberculeuse effectue le dépistage de la tuberculose auprès des personnes ayant été en contact avec un détenu présentant une maladie tuberculeuse.

La déclaration obligatoire des cas de tuberculose est faite par le médecin ayant effectué le diagnostic et est transmise par le médecin responsable de l'UCSA au médecin inspecteur de la DDASS.

Prévention des maladies transmissibles (CPP Art. D384)

Des moyens de prévention et d'information sur les maladies transmissibles sont mis à la disposition des personnes incarcérées. Le médecin responsable des structures visées aux articles D. 368 et D. 371 prescrit, en liaison avec le médecin de prévention du personnel pénitentiaire, toutes les mesures nécessaires à la prophylaxie individuelle et collective des maladies transmissibles. Ces mesures sont mises en œuvre en collaboration avec l'administration pénitentiaire.

Information sur le VIH (CPP Art. D384-3)

Toute personne incarcérée doit pouvoir bénéficier, avec son accord, d'une information et d'un conseil personnalisé sur l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et, le cas échéant, au cours de consultations médicales, de la prescription d'un test de dépistage et de la remise du résultat.

Extractions médicales (CPP Art. D394)

Lorsque l'hospitalisation d'un détenu s'impose, le chef de l'établissement pénitentiaire avise dans les meilleurs délais le directeur de l'établissement de santé afin qu'il prenne toutes dispositions pour que l'intéressé soit accueilli dans des locaux adaptés, de manière à ce que la garde de celui-ci puisse être assurée sans entraîner de gêne pour l'exécution du service hospitalier ou pour les autres malades. Le chef de l'établissement pénitentiaire doit donner également tous renseignements utiles à l'autorité préfectorale pour la mettre en mesure de prescrire l'escorte et la garde du détenu hospitalisé par les services de police ou de gendarmerie et, d'une façon générale, pour arrêter les mesures propres à éviter tout incident compte tenu de la personnalité du sujet.

Femmes enceintes (CPP Art D400-1 et 401)

Les détenues enceintes et celles qui ont gardé leur enfant auprès d'elles, bénéficient de conditions de détention appropriées. Les enfants peuvent être laissés auprès de leur mère en détention jusqu'à l'âge de dix-huit mois. Des locaux spécialement aménagés sont réservés à l'accueil des mères ayant gardé leur enfant auprès d'elles. Il appartient au service pénitentiaire d'insertion et de probation compétent auprès de l'établissement pénitentiaire, en liaison avec les services compétents en matière d'enfance et de famille et avec les titulaires de l'autorité parentale, d'organiser le séjour de l'enfant auprès de sa mère détenue et les sorties de celui-ci à l'extérieur de l'établissement pénitentiaire, et de préparer, le cas échéant, la séparation de l'enfant d'avec sa mère, au mieux de son intérêt. Durant les six mois suivant son départ, l'enfant peut être admis à séjourner pour de courtes périodes auprès de sa mère.

DATE DE L'INSPECTION : *Questionnaire rempli le 17/10/4*

Nombre de personnes détenues le jour de l'inspection :

Hommes : 119

Femmes : 0

Mineurs : 0

2.1 - LOCAUX ET UNITES DE SOINS

I - L'UCSA

a) Les locaux

Localisation dans l'établissement pénitentiaire :

- installation dans une aile spécifique
 installation éclatée en plusieurs antennes
combien _____

Des cellules sont-elles réservées à proximité de l'UCSA pour une surveillance sanitaire de personnes détenues ? **CCP art 370**

OUI NON

Nombre de locaux de soins et de consultations : (y compris activité psychiatrique) 3

les détailler en fonction de l'activité médicale (dentiste, kinésithérapie, psychiatrie, préparation de soins etc....)

Nombre de salles d'attente : 1

* Cabinet dentaire
* Cabinet médical
* Salle de soins (armoire à médicament)
* Capacité : (complet)

Surface globale : 37 m².

Existe-t-il des locaux de soins propre à l'activité psychiatrique ?

OUI NON

Existe-il une pièce réservée à des activités thérapeutiques psychiatriques

OUI NON

Lesquelles :

Existe-t-il un système d'alarme dans les salles de soins et de consultations ?

OUI NON

Précisez le type (alarme au pied, coup de poing...)

Sanitaires :

WC réservé au personnel : OUI NON

WC réservés aux personnes détenues en consultation : OUI NON

L'activité de nettoyage des couloirs et salles d'attente est-elle confiée à une personne détenue ? OUI NON

En présence d'un personnel infirmier ? OUI NON personnel pénitentiaire
entretien avec la personne détenue chargée du nettoyage

A-t-il été fait appel au comité de lutte contre les infections nosocomiales ?

OUI NON

préciser

b) Les équipements

Équipement des cabinets de consultations

Lavabo à commande manuelle : OUI NON

Les matériels utilisés permettent-ils la pratique d'un protocole conforme de lavage des mains OUI NON

Sanitaires :

WC réservé au personnel : OUI NON

WC réservés aux personnes détenues en consultation : OUI NON

Dispositif d'éclairage satisfaisant : OUI NON

L'équipement en mobilier est-il ?

satisfaisant insuffisant

Mais insuffisant si la préparation des doses administrées se fait grâce aux ordonnances nominatives (nécessité d'un emplacement se

État général du mobilier : neuf bon état usagé dégradé

Existe-t-il une table d'examen médical dans chaque cabinet de consultation ?
 OUI NON

Si OUI,

Cette ou ces table(s), sont-elles à hauteur variable ? OUI NON

Existence d'une table équipée pour un examen gynécologique ?

OUI NON Pas de femmes détenues

Existence d'un négatoscope OUI NON

Mode de chauffage : chauffage électrique

Température de la salle le jour de l'inspection : les I.D.E. peuvent faire varier rapidement la température de la salle grâce au chauffage électrique.

État de l'installation électrique : bon état dégradé

Existe-t-il une VMC ? OUI NON

Si OUI, fonctionne-t-elle ? OUI NON

Si OUI, est-elle entretenue ? OUI NON

Equipement des salles de soins

Lavabo à commande manuelle : OUI NON

Les matériels utilisés permettent-ils la pratique d'un protocole conforme de lavage des mains OUI NON

Dispositif d'éclairage satisfaisant : OUI NON

État général du mobilier : neuf bon état
 usagé dégradé

Existe-t-il une table d'examen médical dans chaque salle de soins ?
 OUI NON

Si OUI,

Cette ou ces table(s), sont-elles à hauteur variable ? OUI NON

Existe-t-il un fauteuil de prélèvements ? OUI NON

Existe-t-il des plans de travail adaptés ? OUI NON Marqué de place

un chariot de soins ? OUI NON Le chariot reste à l'UCSA, il n'est pas transporté dans les coursives.

État du petit matériel ? usagé dégradé neuf bon état

Existence d'un local de douche à usage médical au sein de l'UCSA :
 OUI NON

Mode de chauffage : cf équipement salle de consultation
Température de la salle le jour de l'inspection : _____

État de l'installation électrique : bon état dégradé
Existe-t-il une VMC ? OUI NON
Si OUI, fonctionne-t-elle ? OUI NON
Si OUI, est-elle entretenue ? OUI NON

Équipement des cabinets dentaires

Lavabo à commande manuelle : OUI NON
Les matériels utilisés permettent-ils la pratique d'un protocole conforme de lavage des mains ? OUI NON

Dispositif d'éclairage satisfaisant : OUI NON

État général du mobilier : neuf bon état
 usagé dégradé

existence de plans de travail adaptés : OUI NON

État du fauteuil dentaire et de ses équipements neuf bon état
usagé dégradé

Existence d'un équipement en matériel de dentisterie suffisant et adapté
 OUI NON

Décontamination des instruments rotatifs de dentisterie : *préciser*

Le matériel à stériliser est envoyé au CHBA.

Conditions d'élimination des amalgames dentaires : *préciser*

Mode de chauffage :

Température de la salle le jour de l'inspection : (satisfaisante)

État de l'installation électrique : bon état dégradé

Existe-t-il une VMC ? OUI NON
Si OUI, fonctionne-t-elle ? OUI NON
Si OUI, est-elle entretenue ? OUI NON

Équipement des salles de kinésithérapie

→ *Le kinésithérapeute exerce dans le cabinet de consultation.*

Lavabo à commande manuelle : OUI NON
Les matériels utilisés permettent-ils la pratique d'un protocole conforme de lavage des mains OUI NON

Dispositif d'éclairage satisfaisant : OUI NON

État général du mobilier : neuf bon état
 usagé dégradé

Existence d'un équipement en matériel de kinésithérapie suffisant et adapté
 OUI NON *une table est demandée*

Mode de chauffage :

Température de la salle le jour de l'inspection : _____

État de l'installation électrique : bon état dégradé

Existe-t-il une VMC ? OUI NON

Si OUI, fonctionne-t-elle ? OUI NON

Si OUI, est-elle entretenue ? OUI NON

L'équipement de radiologie

L'UCSA est-elle équipée d'un équipement radiographique* ?

OUI NON

Précisez le type d'équipement : _____

Date de conformité de l'installation par l'OPRI : _____

Une radio panoramique est-elle installée* ? OUI NON

le matériel d'urgence – *vérifier la composition*

Y a-t-il un chariot ou une valise d'urgence ? OUI NON *Il y a eu une valise d'urgence ce. Celle-ci étant périmée, elle n'a pas été renouvelée.*

L'ouverture de ce chariot ou valise est-elle sécurisée ? OUI NON

Y a-t-il une procédure de contrôle du contenu ? OUI NON

Si OUI,

Quel est le rythme de la vérification ?

Annuel

Mensuel

Hebdomadaire

Quotidien

Qui effectue le contrôle ?

Y a-t-il vérification de la date de péremption des médicaments ? → de l'annuaire à pharmacie

OUI NON

Par quel personnel ? *Une infirmière vérifie 1x/an et note les mois au cours desquels les médicaments périment afin de les sortir du stock.*

L'UCSA dispose-t-il d'un électrocardiogramme ? OUI NON

d'un masque et ballonnet d'insufflation (type AMBU) ? OUI NON

d'un défibrillateur ? OUI NON

D'une bouteille d'oxygène médicale de secours OUI NON

CHAPITRE III

FONCTIONNEMENT DU SERVICE PHARMACEUTIQUE

Objectifs : Améliorer la prise en charge des personnes détenues.
S'assurer du respect de la réglementation et des bonnes pratiques de pharmacie hospitalière

DATE DE L'INSPECTION : Informations recueillies grâce à Marie-Elaine DENIS,
I. D. E. à l'USCA le 17/04.
Personnes rencontrées (nom/qualité)

TYPE DE SERVICE PHARMACEUTIQUE

Service pharmaceutique rattaché à la pharmacie à usage intérieur (PUI)
d'un établissement de santé OUI NON
Si oui, lequel : le Centre Hospitalier de Bretagne Atlantique

Etablissement pénitentiaire disposant de sa propre PUI OUI NON
Si oui, date de l'autorisation

PERSONNES DETENUES

Nombre de personnes détenues le jour de l'inspection : consulter le chef
d'établissement pénitentiaire

Hommes : 119

Femmes : 1

Mineurs : 1

RENSEIGNEMENTS GENERAUX RELATIFS AUX TRAITEMENTS

Nombre global de personnes détenues sous traitement médicamenteux :

une cinquantaine

Nombre global de personnes détenues sous traitement de substitution :

METHADONE : 1

SUBUTEX : 1

} effectif au 17/04 mais cette valeur est très variable

Nombre global de personnes détenues sous traitement anti-dépresseur :

une trentaine

Nombre global de personnes détenues sous traitement anti-rétroviraux :

Ces traitements sont utilisés de façon occasionnelle ; il y a parfois 1 ou 2 détenus concernés.

3.1 - FONCTIONNEMENT DU SERVICE PHARMACEUTIQUE

HORAIRES UCSA :

L	8H15 - 12H30	14H - 17H
M	8H15 - 12H30	13H45 - 18H30
Me	8H15 - 12H30	14H - 17H
J	8H15 - 12H30	14H - 18H30
V	8H15 - 12H30	14H - 18H
S-D	8H - 13H	

Plages horaires et jours d'ouverture: de h à h et de h à h du -----

3.1.1 PERSONNEL

pharmaciens :

Nom et statut du pharmacien, chef de service :

M. HUSSETTE

Le cas échéant, nom et statut du pharmacien ayant plus particulièrement en charge le secteur pénitentiaire et de son remplaçant :

Mme GHASSIA (mais rien n'est précisé sur l'organigramme)

Existe-t-il une fiche de poste définissant le poste et les fonctions du pharmacien affecté à l'UCSA :

OUI NON

S'occupe-t-il de plusieurs sites pénitentiaires :

OUI NON

Temps affecté à l'activité de l'UCSA : Le pharmacien est consulté ponctuellement en cas de problème.

Temps de présence sur le site :

Organisation périodique de réunions professionnelles avec les autres personnels de l'UCSA :

OUI NON

Habilitation au titre de l'article R 5126-30 du Code de la Santé Publique :

OUI NON

Internes, faisant fonction d'internes, étudiant 5^{ème} AHU :

Temps affecté à l'activité de l'UCSA :

Temps de présence sur le site :

Préparateurs en pharmacie :

Temps affecté à l'activité de l'UCSA : 1H/semaine

Temps de présence sur le site :

Autres : préciser

Temps de présence affecté à l'activité de l'UCSA :

Temps de présence sur le site :

Il n'y a pas de P.U.I. à la maison et ARRÊT de Janvier de l'UCSA

3.1.2 LOCAUX → de l'UCSA

Locaux hors secteur de détention OUI NON

préciser leur localisation exacte

Superficie : 37m²

Description sommaire des locaux (différentes zones – superficie)

3 pièces : - un cabinet dentaire
accès - un cabinet médical
- une "salle de soins" (lieu de préparation des doses à administrer)

Identification des personnes possédant ou ayant accès aux clés : nommer

Modalités d'accès en dehors des heures d'ouverture normales : préciser

Les clés de l'UCSA sont, en dehors des heures d'ouverture, au greffe (elles ne sortent pas de l'établissement).
En dehors des heures d'ouverture normales, le greffier peut récupérer les clés au greffe.

Livraisons

Lieu et modalités de livraison des médicaments préciser

L'I.D.E. rejoint le livreur en dehors de la détection, au niveau du sas, et prend la caisse contenant les médicaments.

Etat général

Etat des sols – murs – plafond : bon moyen dégradé
le carrelage est à rénover.

Eclairage : bon moyen
 mauvais

Température : existence d'un système de climatisation ? OUI NON

Si la réponse est non, conditions de température compatibles avec une bonne conservation des produits ? OUI NON

Organisation et moyens généraux

Gardes et astreintes

UCSA { Un système de gardes et/ou d'astreinte est-il instauré ? OUI NON
si oui, décrire

En cas de besoin, "SOS médecin" est contacté.

CHBA

{ En dehors des heures d'ouverture de la pharmacie, il existe un système de gardes.
Produits gérés par la pharmacie pour l'UCSA :

- Médicaments OUI NON
 - Dispositifs médicaux stériles OUI NON
 - Gaz médicaux OUI NON
 - Liquides inflammables OUI NON
 - Dispositifs médicaux non stériles OUI NON
- si non, préciser qui les gère
- Autres OUI NON
- si oui, préciser

Stérilisation de dispositifs médicaux *

OUI NON

Si « oui », l'autorisation spécifique a-t-elle été sollicitée ?

OUI NON

s'assurer de l'absence d'opération de stérilisation au sein du cabinet dentaire

Si « non » : identification du service assurant les opérations de stérilisation :

Absence de Poupinels dans tous les lieux susceptibles d'être concernés
(cabinet médical, cabinet dentaire...)

OUI NON

Commissions (au sein de l'établissement de santé)

Existence et fonctionnement d'une commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles ?

OUI NON

Livret thérapeutique

OUI NON

Procédures écrites
Si « oui », lesquelles ?

OUI NON
OUI → au CHBA

Documentation suffisante

OUI NON

Préciser la nature de la documentation disponible

Si besoin d'informations, le CHBA est contacté.

Accès à des banques de données OUI NON L'intranet est disponible mais peu utilisé.

Informatisation du fonctionnement de l'UCSA*

Logiciel de prescription* OUI NON

Logiciel de dispensation* OUI NON

Logiciel de gestion de stock* OUI NON

Détention des médicaments thermo-labiles

Réfrigérateur ou armoire réfrigérante OUI NON

Préciser sa localisation

Cabinet médical

Existence de systèmes de contrôle et de sécurité qualifiés (alarmes – enregistrement)

OUI NON

Détention des dispositifs médicaux stériles à emballages souples

OUI NON

Conditions de détentions satisfaisantes

OUI NON

Détention de stupéfiants *

. Réglementaire * OUI NON

. Armoire renforcée OUI NON

. Compartiment fermant à clef OUI NON

Suivi régulier des dates de péremption * OUI NON

Existence d'une procédure écrite de suivi OUI NON

} et page 7 du questionnaire

Des produits périmés ont-ils été trouvés le jour de l'inspection ?

OUI NON

Organisation des retraits de lots* *L'UCSA peut potentiellement contacter le CHBA et inversement Mais les IDE ne consultent pas quotidiennement une seule d'information à ce sujet.*

Le service pharmaceutique est-il prévenu sans délai d'un retrait de lot

OUI NON

La pharmacie du CHBA envoie des messages via l'intranet.

Le retrait de lot est-il étendu aux médicaments en possession

des personnes détenues OUI NON

NB : peu de détenus possèdent leurs médicaments

Un emplacement spécifique existe-t-il pour les produits impropres

à la consommation ?

OUI NON

Moyens de communication

Le service est-il doté d'un téléphone dédié (ligne directe) OUI NON

Le service est-il doté d'un télécopieur dédié OUI NON

Le service est-il connecté au réseau intranet de

de rattachement

OUI NON

Le service est-il doté d'un accès internet

OUI NON

3.2 - MODALITES DE PRESCRIPTION ET DE DETENTION DES MEDICAMENTS

RESPECT DE L'ARRETE MINISTERIEL DU 31 MARS 1999 (SUBSTANCES VENENEUSES)

Remarque : la composition, les modalités de détention et la « maintenance »

du chariot d'urgence sont traitées dans le chapitre 2

Liste mise à jour des personnes habilitées à prescrire OUI NON

Prescriptions

.Modalités de transmission des prescriptions au service informatique
copie papier (télécopie)

.Prescriptions individuelles, écrites, datées et signées y compris pour les stupéfiants * OUI NON

.Conservation pendant trois ans OUI NON

.Remise d'un exemplaire à la personne détenue OUI NON de façon exceptionnelle

Analyse pharmaceutique de l'ordonnance *

- Systématique
- Occasionnelle
- Jamais

Existence d'un outil informatique d'aide à l'analyse pharmaceutique

OUI NON

si oui, préciser

Le logiciel "PHARMA" est utilisable à la pharmacie du CHBA mais les ordonnances de l'UCSA ne sont pas concernées.

Détention des médicaments contenant de substances vénéneuses, dans des locaux ou dans des dispositifs de rangement fermant à clef

OUI NON

Dotation des médicaments

Existe-t-il une dotation de médicaments sous la responsabilité du médecin responsable

et du pharmacien ?

OUI NON
" Mais dotation " à revoir (feuille de commande obsolète)

Détention des médicaments dans le conditionnement d'origine ou dans des conditionnements réglementairement étiquetés OUI NON

Renouvellement de la dotation sur présentation des doubles de documents de prescription et de l'état récapitulatif signé par le médecin

OUI NON

Existence de procès-verbaux de contrôle de la dotation OUI NON

Dotation de médicaments pour soins urgents

Existence d'une dotation de médicaments pour soins urgents établie par le médecin responsable et le pharmacien * OUI NON

Détention des médicaments dans le conditionnement d'origine ou dans des conditionnements réglementairement étiquetés OUI NON

Renouvellement de la dotation sur présentation des doubles de documents de prescription et de l'état récapitulatif signé par le médecin

OUI NON

Existence de procès-verbaux de contrôle de la dotation OUI NON

Dotation de stupéfiants

Existence d'une dotation établie par le médecin responsable et le pharmacien

OUI NON

Renouvellement de la dotation sur présentation des documents réglementaires

(prescription – documents de dispensation – document d'administration)

OUI NON

Quelle signature figure sur le document de renouvellement ? *décrire*

3.3 - MODALITES DE PREPARATION ET DE DISTRIBUTION DES MEDICAMENTS

Personnel chargé de la préparation :

Personnel du service pharmaceutique OUI NON

si oui, préciser

Personnel infirmier OUI NON

Autres OUI NON

si oui, préciser

- Le C.H.B.A. honore les ordonnances de façon nominative (sachets)
- Les infirmières préparent des piluliers de l'U.C.S.A.

Type de présentation préciser (piluliers, sachets)

Comment est faite l'identification du traitement du patient détenu ? préciser (étiquette ?)

spanachap collé sur le pilulier

Personnel chargé de la distribution

Personnel du service pharmaceutique OUI NON

si oui, préciser

Personnel infirmier OUI NON I.D.E. de l'U.C.S.A.

Autres OUI NON

si oui, préciser

Distribution commune et simultanée des traitements de

l'UCSA et du SMPR OUI NON

les prestations psychiatriques à la Maison d'Arêt de Jannes sont dispensées par le Centre Hospitalier de St Avé (intention d'un psychiatre à l'UCSA). Les traitements issus de ces prescriptions sont distribués avec les traitements issus des prescriptions des médecins généralistes.

Fréquence et horaires de distribution

En semaine : préciser *Tous les matins vers 11 H + w.e.*

Le week-end : préciser (traitement de substitution)

pl's à l'UCSA

Lieux de distribution

Dans des locaux de détention OUI NON
Si oui, le personnel chargé de la dispensation est-il accompagné
d'un surveillant OUI NON
Dans des locaux de soins OUI NON
Autres OUI NON
si oui, préciser

Vérification des médicaments avant distribution par le personnel chargé
de la distribution OUI NON

Enregistrement au dossier médical de la date, de l'heure, de la
nature des produits et des doses distribuées OUI NON

Traçabilité des doses préparées.

Absence de dilutions de médicaments non destinés à cet usage *
 OUI NON

Médicaments dérivés du sang
Existence d'une dotation établie par le médecin responsable et le
pharmacien OUI NON

Renouvellement de la dotation sur présentation des documents
réglementaires
(prescription – documents de dispensation – documents d'administration)
 OUI NON

Médicaments laissés à disposition des personnes détenues

En cas d'opposition du chef de l'établissement pénitentiaire, existence d'une
décision individuelle et motivée (art. L 273 du CPP) OUI NON

↳ Situation jamais observée
Remise des médicaments au détenu en sachets ou piluliers à son nom,
mentionnant la date de prescription, les produits concernés, les posologies et
la durée du traitement * OUI NON

Mesures prises pour éviter un stockage ou des échanges de médicaments
pendant la détention : préciser *L'I.D.E. observe l'intérieur de la cellule*

Trousse d'urgence de nuit *du détenu lors de la distribution et remarque
alors un éventuel stockage.*

Existence d'une trousse d'urgence de nuit OUI NON
Trousse sous la responsabilité du gradé de nuit OUI NON
Si non, préciser qui est responsable de cette trousse

La trousse ne contient-elle qu'un antalgique mineur, ne contenant pas de substances vénéneuses ? OUI NON
Si non, quels sont les autres médicaments ?

Un relevé systématique des médicaments prélevés est-il réalisé
 OUI NON

Il existe un stock de médicament dans un bureau de surveillant. Je traite plus précisément de celui-ci dans la 3^{ème} partie de la thèse au chapitre "délivrance des médicaments" par le personnel pénitentiaire

3.4 - RELATIONS UCSA - SMPR

L'UCSA prend-elle en charge l'approvisionnement des médicaments prescrits dans le cadre du SMPR * OUI NON
(article R 711-13 - 3° du C.S.P.)

Les dossiers médicaux des détenus sont-ils partagés * ?
 OUI NON

Si non, quelle(s) procédure(s), évitent-elles les prescriptions "redondantes" ?
- les interactions et les effets indésirables des médicaments ? *décrire*

Les pilluliers concernant les traitements prescrits par le SMPR sont-ils préparés ?

par l'UCSA seule OUI NON

par le SMPR seul OUI NON

pour partie par l'UCSA et pour partie par le SMPR OUI NON

(exemple : traitement de substitution - psychotropes - classes pharmacologiques spécifiques)

si la réponse est "oui", *explicitier* :

La dispensation des médicaments s'effectue-t-elle

par l'UCSA seule OUI NON

par l'UCSA et le SMPR, conjointement OUI NON

par l'UCSA pour partie et par le SMPR pour partie, de façon non conjointe

OUI NON

si oui, *explicitier* :

Quelles suggestions éventuelles pouvez-vous faire pour améliorer la coordination des pratiques et la prise en charge globale des personnes détenues ?

3.5 - RENSEIGNEMENTS DIVERS

Médicaments sous ATU

En cas de nécessité, l'accès des personnes détenues aux médicaments sous ATU pose-t-il des problèmes particuliers OUI NON

Si oui, lesquels et pour quelles raisons

Recherche Biomédicale (art. L 1121-6 du Code de la Santé Publique)

Les personnes détenues participent-elles à des recherches biomédicales ?

OUI NON

Si Oui, établir la liste pour l'année N et N-1

Substituts nicotiniques

Les personnes détenues ont-elles accès aux substituts nicotiniques * ?

OUI NON

Si oui, un substitut nicotinique est-il systématiquement proposé ?

OUI NON *Il faut que le détenu fasse la demande de participer à une réunion anti-tabac.*

ou la personne détenue doit-elle en faire la demande expresse ?

OUI NON

Par qui est pris en charge le coût du traitement ?

Hôpital

Etablissement pénitentiaire

Personne détenue

Structure associative préciser _____

Autre préciser _____

Les cellules non-fumeurs sont-elles réservées aux détenus non-fumeurs ou bénéficiant de produits de substitut nicotinique ? *NON*

Médicaments non-agrérés aux collectivités

En cas de nécessité justifiée, les détenus peuvent-ils avoir accès à certains médicaments non-agrérés aux collectivités OUI NON

Si "oui", quel est le circuit d'acquisition de ces médicaments ? *préciser*

Achat par les infirmières (argent prélevé sur le compte du détenu après accord) dans une officine de ville

qui en supporte le coût ? *préciser* _____

Produits « cantinés »

Absence de possibilité d'acquisition de médicaments en dehors du circuit institutionnel par le biais du cantinage * *les médicaments ne sont disponibles que sur prescription médicale.*

OUI NON

vérifier la liste des produits susceptibles d'être cantinés – demander à consulter la cantine générale, celle relative au sport et les, exceptionnelles

Certains produits indiqués dans la liste « cantinable » vous semblent-ils être de nature à présenter un danger ou à être déconseillé dans le cadre de la détention ? OUI NON

Si oui lesquels et pourquoi

Kit d'urgence VIH

Disponibilité d'un kit d'urgence en cas d'exposition accidentelle au sang ?

OUI NON Existence d'un protocole et transfert aux urgences
de la CHBA

Respect des conditions de conservation OUI NON

Disponibilité d'une procédure d'utilisation actualisée

OUI NON

Activités éventuelles des personnes détenues en relation avec le code de la
santé publique

Fabrication et/ou conditionnement de produits cosmétiques et d'hygiène
corporelle OUI NON

Assemblage et/ou conditionnement de dispositifs médicaux

OUI NON

Conditionnement de médicaments OUI NON

Autres OUI NON

Si oui , préciser

En cas de réponse positive, relever tous renseignements utiles (nom de la
société - nom des produits – nature des opérations – personnel
d'encadrement – état de l'environnement des ateliers...), en vue de
l'information de l'AFSSAPS

CONCLUSION

CONCLUSION

Depuis la loi 94-43 du 18 janvier 1994 et son décret d'application, la prise en charge sanitaire des détenus fait partie des missions du service public hospitalier. Cette nouvelle organisation restructure le circuit du médicament en milieu carcéral.

L'étude réalisée permet de faire un état de lieux sur l'enchaînement des étapes allant de la prescription à la distribution des médicaments.

Le bilan est positif quant à l'expérience hospitalière apportée au milieu carcéral.

Cependant, certaines irrégularités persistent et l'enquête montre les difficultés rencontrées par l'équipe de l'UCSA et le centre hospitalier de Vannes pour faire évoluer le circuit du médicament. On peut citer plusieurs facteurs contribuant au blocage du développement du circuit du médicament : locaux de l'UCSA inadaptés, surcharge de travail pour les infirmières, manque de communication entre l'UCSA et le centre hospitalier de Vannes.

Pourtant, grâce à la collaboration des infirmières de l'UCSA et l'investissement du cadre de santé et du pharmacien hospitalier, l'amélioration de la situation actuelle est envisagée.

Il serait intéressant d'évaluer à posteriori l'impact des mesures proposées dans la thèse.

BIBLIOGRAPHIE

- 1- Adhesia laboratoire
Catalogue équipement
- 2- ANDRE *et al.*
Dispensation nominative en milieu carcéral
Pharmacie Hospitalière Française , n°117, 1996
- 3- BARATHON G.
La substitution en milieu carcéral : Enquête dans les prisons du Morbihan
Thèse de Médecine, Angers 2003
- 4- Centre Hospitalier de Bretagne Atlantique
Rapport du comité de coordination
21 novembre 2007
- 5- CERTAIN P.
Article sur la maison d'arrêt de Vannes : « il nie avoir tué son compagnon de cellule »
Ouest France , Vendredi 4 avril 2008
- 6- Code de la Santé Publique
Arrêté du 31 mars 1999 relatif à la prescription, à la dispensation et à l'administration des médicaments soumis à la réglementation des substances vénéneuses dans les établissements de Santé
Journal Officiel n°77, 1^{er} avril 1999
- 7- Code la Santé Publique
Loi n°94-43 du 18 janvier 1994
Journal Officiel n°15, 19 janvier 1994
- 8- Commission Assurance Qualité d'Aquitaine
Guide d'assurance qualité officinale, 2002
- 9- Council of Europe
Situation of penal institutions on 1st september 2005 by decreasing prison population rates
Statistiques Pénales Annuelles du Conseil Européen, 2005
- 10- DEMAZURE M.C., TILLIER D.
Hôpital et prisons

Pharmacie Hospitalière Française, n°111, 1995

11- Direction de l'administration pénitentiaire

Guide du détenu arrivant, 3^{ème} édition, 2005

12- Direction de l'administration pénitentiaire

Mémento du surveillant, Edition 2005

13- Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins et Direction Générale de la Santé

Outils d'aide à l'inspection sanitaire des établissements pénitentiaires

Circulaire du 10 janvier 2006

14- Ecole Nationale de l'Administration Pénitentiaire

Droit pénitentiaire : recueil de textes, Edition 2007 (www.enap.justice.fr)

15- GORECKI N. *et al.*

Aspect légal du circuit du médicament en milieu carcéral après la loi du 18 janvier 1994

Journal de Médecine légale Droit médical, n°6 volume 40, 1997

16- GUERIN G.

La santé en prison

Actualité et dossier de santé publique, n°44, Septembre 2003

17- HARCOUET L., HAZEBROUCQ G.

Particularités de l'exercice pharmaceutique en prison : expérience de la pharmacie de l'Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires (UCSA) de la maison d'Arrêt Paris-La Santé.

Journal de Pharmacie clinique, n°2 volume 19, Juin 2000

18- HYEST J.-J., CABANEL G.P.

Les conditions de détention dans les établissements pénitentiaires en France

Rapport de commission d'enquête n°449, 1999-2000

19- LEMONNIER F.

La santé en prison : Etat du système de soins dix ans après la mise en application de loi de 1994 à travers deux exemples : la maison d'arrêt et le centre pénitentiaire de Caen

Thèse de pharmacie, Caen, 2006

20- Ministère de la Justice

Les chiffres clés de l'administration pénitentiaire, 2007-2008 (www.justice.gouv.fr)

21- Ministère de la Santé et de la Protection Sociale, Ministère de la Justice

Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues,
Septembre 2004

22- Ministère de la Santé et de la Solidarité

Circulaire n°2006-09 relative à l'inspection sanitaire des établissements pénitentiaire

10 janvier 2006

23- Observatoire International des Prisons (OIP)

Rapport 2005 : les conditions de détention en France

OIP, 2005

24- QUENON J.L., DE SARASQUETA A.M.

Evaluation de la sécurité du circuit du médicament dans 19 établissements de santé

Projet SECURIMED, 2003-2005

25- RAMBOURG P. *et al.*

Conservation des archives en pharmacie hospitalière dans les établissements publics de santé

Fiche de pratique professionnelle, Syndicat Nationale des Pharmaciens des Etablissements Publics de Santé, Janvier 1999

26- ROBERT J.F.

Cours : Officine et qualité

Faculté de pharmacie de Nantes, 2006-2007

27- Service de pharmacie du Centre Hospitalier de Bretagne Atlantique

Consommations de l'UF UCSA

Exercice 2006

28- Service de pharmacie du Centre Hospitalier de Bretagne Atlantique

Liste des médicaments en stock à la pharmacie

Mise à jour du 20/04/07

29- SHALANSKY S. *et al.*

Self-reported Morisky score for identifying nonadherence with cardiovascular medications

The Annals of pharmacology, n°9 volume 38, 2004

30- VIDAL

Edition 2008

ANNEXES

Annexe A

Centre Hospitalier Bretagne Atlantique
M.A Vannes
Docteur D P
56 1 03471 1/01 201
56017 VANNES CEDEX

Observation médicale d'entrée,
le

NOM : Prénom : Né(e) le

Sexe : M / F

Situation familiale : Célibataire
Marié(e) ou concubin(e)
Veuf(ve), divorcé(e), séparé(e)

Enfant(s) à charge :

Niveau d'études :

Situation professionnelle :

Domicile fixe : OUI / NON

Médecin Traitant : OUI / NON

Si oui coordonnées

ANTECEDENTS

Allergiques OUI / NON

Si oui, lesquels.....

Médicaux

Chirurgicaux

.....
.....
.....
.....

Psychiatriques

.....
.....
.....
.....

TOXIQUES

Tabac

Alcool

Drogues OUI / NON

Héroïne Cocaine Haschich Autres

VACCINATIONS

.....
.....
.....
.....

Transfusions OUI / NON

EXAMEN CLINIQUE

Cardiovasculaire : Pouls :

 T.A

Auscultation.....

Pulmonaire.....

Abdominal.....

Dermato :

Neuro
.....

Autres.....

Tatouage OUI / NON Etat bucco dentaire BON / MAUVAIS

Sport aptitude OUI / NON

CONDUITE A TENIR

Consultation spécialisée :

Examen complémentaire :

Biologie : Syphilis, Hépatite B, C, SIDA, Autres :

IDR :

Radio :

Traitement à l'entrée :

CONCLUSIONS

Annexe B

OBSERVATIONS MÉDICALES FICHE COMPLÉMENTAIRE MÉDECINE		NOM : _____ Prénoms : _____ N° du dossier _____	N° D'ORDRE CHRONOLOGIQUE DE LA FICHE DANS LE DOSSIER
		N°	
DATES	OBSERVATIONS	NOM ET SIGNATURE DU PRATICIEN	

Observations médicales

FICHE COMPLÉMENTAIRE

PSYCHIATRIE

NOM : _____

Prénom : _____

N° du dossier : _____

N° d'ordre
chronologique de la
fiche dans le dossier

N° :

DATES	OBSERVATIONS	NOM et signature du praticien

Annexe D

Pharmacie CHBA

Deux produits locaux sont disponibles au CHBA pour le traitement de l'acné

1. ECLARAN 10% = peroxyde de benzoyle
gel pour application locale tube de 45g
liste 2

acné inflammatoire

- Antibactérien sur propionibacterium acnes principal responsable des phénomènes inflammatoires
Kératolytique et sébostatique
- 1 à 2 applications par jour
- Eviter sur les plaies ou lésions cutanées
- Eviter l'exposition solaire (risque de photosensibilisation)
- Se laver les mains après l'application

2. DIFFERINE crème 30g = adapalène liste 1

Acné rétentionnelle, acné de sévérité moyenne

- Composé type rétinoïde avec une activité antiinflammatoire
- Une application le soir au coucher après nettoyage de la peau
- Peut être associé à un autre antiacnéique, en évitant l'administration concomitante

Ex=

Eclaran le matin, différine le soir au coucher

- Sensation de chaleur, picotements possibles, irritation
- Déconseillé pendant la grossesse

Docteur P

N L

21/02/2007

**CENTRE HOSPITALIER
DE VANNES**

MOIS DE
.....

NOM DE L'UF : MAISON D'ARRÊT

N° de l'UF : 1109

☎ 02.97.47.48.69

MEDICAMENTS

LISTE	DESIGNATION	UN	QUANTITE DEMANDEE					OBSERVATIONS
			1 SEMAINE DU AU					
	ALVITYL DRAGEE	UN						
I	AMYCOR CREME	UN						
	ANTIPHLOGISTINE POT	UN						
	ASPEGIC 100 MG SACHET	UN						
	ASPEGIC 250 MG SACHET	UN						
	ASPEGIC 500 MG SACHET							
	BETADINE POMMADE							
	BIAFINE CREME	UN						
	BIOCIDAN COLLYRE							
	CALCIUM GLUCONATE 10 % AMP INJ	UN						
	CETAVLON CREME	UN						
II	CLARITYNE 10 MG COMPRIME	UN						
	COLLU-HEXTRIL	UN						
	DACRYOSERUM FLACON	UN						
	DECONTRACTYL BAUME	UN						
I	DELIPROCT POMMADE	UN						
	DENORAL COMPRIME	UN						
I	DI-ANTALVIC GELULE	UN						
	DOLIPRANE GELULE	UN						
	DUPHALAC 15 MG SACHET	UN						

Le Signature du Médecin				
Le Signature du Préparateur				
N° ORDON :				

BMA1

LISTE	DESIGNATION	UN	QUANTITE DEMANDEE					OBSERVATIONS
			1 SEMAINE DU AU					
	EAU PPI 5 ML	UN						
	EAU PPI 10 ML	UN						
	EAU PPI 20 ML	UN						
	ECONAZOLE EMULSION 10 G	UN						
	ECONAZOLE SPRAY FLACON 30 ML	UN						
	EXTRANASE COMPRIME							
	GLYCERINE SUPPOSITOIRE ADULTE	UN						
	HEMOCLAR POMMADE	UN						
	HEXTRIL BAIN DE BOUCHE	UN						
II	IMODIUM GELULE	UN						
	IMUDON COMPRIME	UN						
I	KETODERM GEL MOUSSANT	UN						
	LACRYPOS COLLYRE	UN						
	LACTEOL FORT GELULE	UN						
	LANSOYL GELEE DOSE	UN						
II	LENITRAL SPRAY	UN						
II	LIDOCAINE 1 % 20 ML	UN						
	LYSOPAINE COMPRIME	UN						
	MAGNE B6 COMPRIME	UN						
	MICROLAX LAVEMENT	UN						
II	MOTILJUM COMPRIME	UN						
	MUCOMYST 200 MG SACHET	UN						

LISTE	DESIGNATION	UN	QUANTITE DEMANDEE					OBSERVATIONS
			1 SEMAINE DU AU	SEMAINE DU AU.....	SEMAINE DU AU.....	SEMAINE DU AU.....	SEMAINE DU AU.....	
I	NERISONE CREME	UN						
I	NERISONE POMMADE	UN						
	NORMACOL LAVEMENT	UN						
	OSMOGEL TUBE	UN						
I	PERCUTALGINE GEL	UN						
	PERISTALTINE COMPRIME	UN						
	POLYSILANE TABLETTE	UN						
II	PRIMPERAN SIROP	UN						
	QUOTANE CREME	UN						
	RHINATHIOL SIROP	UN						
	SMECTA SACHET	UN						
	SOFRAMYCINE SPRAY NASAL	UN						
	SPASFON LYOC	UN						
	SYNTHOL	UN						
	TANGANIL 500 MG COMPRIME	UN						
	TOPLEXIL SIROP	UN						

BMA3

**CENTRE HOSPITALIER
DE VANNES**

Semaine du.....
au.....

SERVICE :

U.F. N° :



IRRIGATION - DESINFECTANTS - HYGIENE

LI ST E	DESIGNATION	UN	QUANTITE DEMANDEE					QUANTITE DELIVREE					OBSERVATION
			LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENREDI	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENREDI	
	SOLUTES IRRIGATION												
	SOLUTE VERSABLE EAU 250 ML	UN											
	SOLUTE VERSABLE EAU 500 ML	UN											
	SOLUTE VERSABLE EAU 1000 ML	UN											
	SOLUTE VERSABLE EAU 5000 ML	UN											
	SOLUTE VERSABLE NACL 9%° 250 ML	UN											
	SOLUTE VERSABLE NACL 9%° 500 ML	UN											
	SOLUTE VERSABLE NACL 9%° 1000 ML	UN											
	UROMATIC NACL 9 %° 1000 ML POCHE	UN											
	UROMATIC EAU 1000 ML POCHE	UN											
	UROMATIC NACL 9%° 3000 ML POCHE	UN											
	UROMATIC GLYCOCOLLE 1.5% 3000ML POCHE (GLYCINE)	UN											
	SOLUTE POUR HEMOFILTRATION HEMOSOL POCHE 5 Litres	UN											
	HUMIDIFICATION												
	EAU STERILE POUR HUMIDIFICATION flacon 350 ml	UN											
	RESPIFLO SET POUR NEBULISATION (cupule 145 ml + flacon 1.5 L + raccord)	UN											
	CUPULE NaCl 145 ml	UN											
	RECHARGE EAU 1.5 L	UN											
	DESINFECTANT												
	ANYOXYDE 1000 BIDON 5 LITRES	UN											
	ANIOXYDE CONTRÔLE BANDELETTES	UN											
	ANIOSPRAY 29	UN											
	ANIOS DETERGENT DESINFECTANT SURFACES HAUTES	UN											
	ENDOSPORINE BIDON 5 LITRES	UN											
	ENDEX 25 BIDON 5 LITRES	UN											
	PHOSPHAX BIDON 5 LITRES	UN											
	TDF 75 BIDON 5 LITRES	UN											
	SOLVANT ERCESOLVANT	UN											
	HYGIENE												
	GANT VINYL 5-6	UN											
	GANT VINYL 6-7	UN											
	GANT VINYL 7-8	UN											
	GANT VINYL 8-9	UN											

VERTSOLUT1

Annexe F

10/04/2007	[REDACTED] né(e) le	N°Bord :
N°Pres 88425	28/01/965	48062
* BI-PROFENID 150MG COMPRIME & (5589807)		
Ordonnancier : 191797 Quantité : 10		
		Disp. AP



ETABLISSEMENT PUBLIC DE SANTE MENTALE
B.P. 10 – 56896 SAINT-AVE Cedex
Tél : 02 97 54 49 49 – Fax 02 97 54 48 48
N° Finess : 56 000 038 2
Secteur de Psychiatrie Générale 56 G 04 et Addictologie

Docteur E M
Psychiatre des hôpitaux - Praticien hospitalier
N° ADELI 5610 3259 0



**Centre Hospitalier
Bretagne Atlantique**
VANNES - AURAY

Finess : 560000127



MAISON D'ARRÊT - VANNES

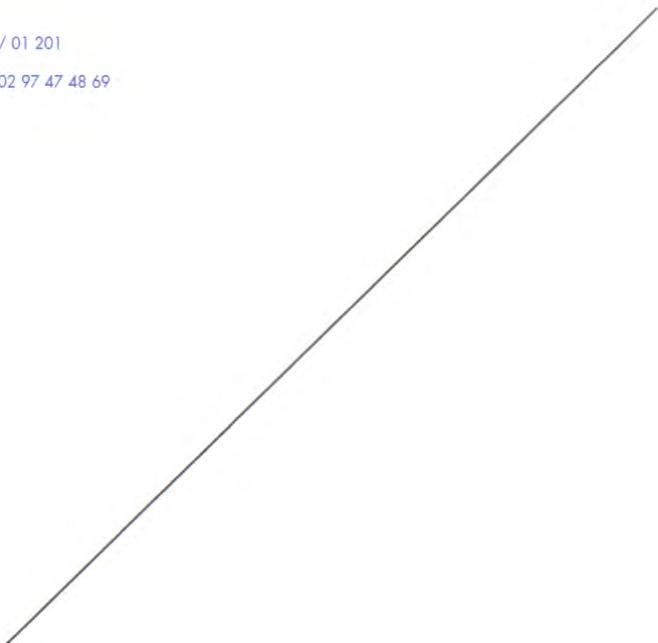
Docteur P

Vannes, le.....

U.C.S.A.

56 1 03471 1 / 01 201

Téléphone : 02 97 47 48 69



20, boulevard Général GUILLAUDOT - B.P. 70555 - 56017 VANNES CEDEX
Téléphone : 02 97 01 41 41



Secteur de Psychiatrie Générale 56 G 04 et Addictologie

Docteur E. M
Chef de Service
N° ADÉLI 5610 2312 8

Docteur R. F
Praticien Hospitalier
N° ADÉLI 5610 1695 7

Docteur A. M
Praticien Hospitalier
N° ADÉLI 5610 2991 9

Docteur M. E
Praticien Hospitalier
N° ADÉLI 5610 3259 0

Docteur L. R
Assistant Spécialiste
N° ADÉLI 5610 345 6

Docteur A. G
Praticien Contractuel
N° ADÉLI 5610 3181 6



PROTOCOLE

POUR

**LA DISPENSATION DES SOINS ET LA COORDINATION DES
ACTIONS DE PREVENTION EN MILIEU PENITENTIAIRE.**

PARTIES SIGNATAIRES

- le Préfet de la région Bretagne, *Monsieur G*
- la Directrice de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation de Bretagne, *Madame P*
- le Préfet du département du Morbihan, *Monsieur B*
- le Centre Hospitalier Bretagne Atlantique, représenté par son Directeur, *Monsieur N*
- le Directeur régional des services pénitentiaires, *Monsieur C*
- la Maison d'Arrêt de Vannes, représenté par son Chef d'Etablissement, *Madame D*

----- ✂ -----

Préambule

La loi du 18 janvier 1994 a défini les objectifs et modalités de prise en charge par les Etablissements publics de santé des soins en milieu pénitentiaire.

Conformément aux circulaires et directives d'application, un PROTOCOLE a été élaboré et signé en juillet 1995 entre les parties concernées pour la dispensation des soins aux détenus de la Maison d'Arrêt de VANNES.

Cinq années après la mise en œuvre de ce dispositif novateur, les évolutions intervenues et les aménagements nécessaires justifient, tout en réaffirmant les principes fondamentaux d'organisation, une nouvelle rédaction de ce PROTOCOLE .

Tel est l'objet de ce nouveau texte proposé à l'agrément des parties signataires.

Article 1er

Le Centre Hospitalier Bretagne Atlantique assure les missions sanitaires prévues par les articles R 711-7 et suivants du code de la santé publique, à l'exclusion des prestations psychiatriques qui font l'objet d'un Protocole particulier, établi par le Centre Hospitalier de SAINT-AVE.

Article 2

Le Centre Hospitalier Bretagne Atlantique est chargé de dispenser, au sein de la Maison d'Arrêt de VANNES, les soins aux détenus. Dans ce cadre, il lui revient d'assurer l'ensemble des prestations ambulatoires relevant de la médecine générale, les soins dentaires, des consultations spécialisées et de mettre en place une permanence de soins. Pour ce faire, une unité de consultation et de soins ambulatoires (U.C.S.A.) en milieu pénitentiaire est constituée, dont les modalités d'organisation et de fonctionnement, définies en accord avec le chef de la Maison d'Arrêt, sont décrites en **annexe I**.

Le Centre Hospitalier Bretagne Atlantique assure la fourniture des produits et petits matériels à usage médical ainsi que des médicaments et des produits pharmaceutiques qui sont placés sous la responsabilité du pharmacien gérant la pharmacie à usage intérieur du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique.

Le Centre Hospitalier Bretagne Atlantique effectue ou fait effectuer les examens de laboratoire et de radiologie mentionnés à l'article R 711-13 du code de la santé publique.

En application de la circulaire DGS/DAP/n°98-538 du 21 août 1998 relative à la lutte contre la tuberculose en milieu pénitentiaire, un cliché radiologique pulmonaire est réalisé pour chaque détenu entrant, dans les plus brefs délais, et interprété au plus tard dans les huit jours suivant l'incarcération.

Article 3

Les consultations spécialisées qui ne peuvent être organisées en milieu pénitentiaire sont assurées au Centre Hospitalier Bretagne Atlantique. En cas d'impossibilité, celui-ci prend toutes dispositions pour que ces consultations soient réalisées dans un autre Centre Hospitalier.

La Maison d'Arrêt prend toute mesure utile pour assurer la sécurité des personnes à l'occasion de ces consultations, conformément aux dispositions du code de procédure pénale.

Article 4

Le Centre Hospitalier Bretagne Atlantique coordonne, en accord avec la Direction de l'Etablissement Pénitentiaire, les actions de prévention et d'éducation pour la santé.

A ce titre, il veille à ce que les conditions soient réunies pour que :

- puissent être dispensées les prestations de conseil, de prévention personnalisée et de dépistage volontaire, anonyme et gratuit, de l'infection par le Virus de l'Immunodéficience Humaine;

- les services du Conseil Général puissent assurer les missions de prophylaxie de la tuberculose et les maladies sexuellement transmissibles et de protection de la mère et de l'enfant qui leur sont dévolues dans le cadre de la loi du 22 juillet 1983. Une convention avec le conseil général fixe notamment les modalités de mise en oeuvre du radio dépistage des entrants.

Enfin le Centre Hospitalier Bretagne Atlantique élabore le programme de prévention et d'éducation pour la santé prévu par l'article R 711-14 du code de la santé publique et définit les objectifs annuels ou pluriannuels en liaison avec la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales et la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales.

A cet effet, le médecin responsable de l'UCSA détermine, en étroite collaboration avec la Direction de l'Etablissement Pénitentiaire et en accord avec la DDASS et la DRASS, les thèmes prioritaires du programme en fonction des problèmes révélés par les examens médicaux d'entrées et les données épidémiologiques fournies à cette occasion. Le programme doit également tenir compte des conditions de détention dans l'Etablissement.

Ce programme, qui peut être annuel ou pluriannuel, fait état des conventions et accords passés pour sa réalisation avec les différents partenaires concernés.

Article 5

Le Centre Hospitalier Bretagne Atlantique remplit, lors de la visite obligatoire d'entrée, une fiche épidémiologique pour chaque détenu. L'exemplaire nominatif de ce recueil reste au dossier médical du détenu comme bilan d'entrée.

Le traitement anonyme des données de ces fiches et la communication des résultats épidémiologiques seront réalisés conformément aux modalités définies par l'arrêté pris en application du 1° de l'article R 711-13 du code de la santé publique.

Article 6

Le suivi médical après l'incarcération est préparé par l'équipe hospitalière en liaison avec le Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation du Morbihan.

Article 7

Les interventions mentionnées aux articles 2 et 6 sont assurées par une équipe hospitalière placée sous l'autorité médicale d'un Praticien hospitalier.

La composition de l'équipe hospitalière est définie en **annexe II**.

L'activité de ses membres s'exerce dans le cadre des règles professionnelles qui leur sont applicables.

Article 8

Les membres de l'équipe hospitalière intervenant en milieu pénitentiaire sont soumis à une procédure d'habilitation par l'administration pénitentiaire, conformément aux dispositions du code de procédure pénale, telle que décrite en **annexe IV**.

Les personnels hospitaliers sont informés des règles de fonctionnement en vigueur dans l'établissement, auxquelles ils doivent se conformer. L'Administration pénitentiaire y assure leur sécurité.

Le personnel pénitentiaire est informé des missions dévolues au Centre Hospitalier Bretagne Atlantique et des modalités de fonctionnement de l'unité de consultations et de soins ambulatoires. Il concourt à ce fonctionnement dans le cadre de ses missions propres.

Les personnels de surveillance sont affectés par le chef de la Maison d'Arrêt au maintien de l'ordre et à la sécurité de l'unité de consultation et de soins ambulatoires, après avis du Praticien responsable de l'unité. Ce dernier peut proposer le remplacement de tout agent de l'unité si ce remplacement lui paraît nécessaire à l'intérêt du service.

Article 9

Les locaux de l'unité de consultations et de soins ambulatoires, aménagés et mis à disposition par l'administration pénitentiaire, sont décrits en **annexe III**.

L'administration pénitentiaire assure l'entretien et la sécurité de ces locaux.

La Maison d'Arrêt prend toutes dispositions nécessaires afin que les locaux destinés à recevoir l'unité de consultations et de soins ambulatoires soient conformes aux missions du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique.

Article 10

Le Centre Hospitalier Bretagne Atlantique pourvoit à l'équipement médical et non médical des locaux mentionnés à l'article 9 et en assure l'entretien.

Article 11

Le dossier médical des détenus de la Maison d'Arrêt est placé sous la responsabilité exclusive du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique. Les conditions de gestion et d'archivage des dossiers sont définies en **annexe V**.

Article 12

Le Centre Hospitalier Bretagne Atlantique met en oeuvre le système d'information prévu par l'article R 711-16 du code de la santé publique. Le Centre Hospitalier Bretagne Atlantique présente un rapport d'activité annuel incluant la présentation des actions de prévention et d'éducation pour la santé. Ce rapport est transmis aux signataires du protocole ainsi qu'à la commission de surveillance de la Maison d'Arrêt. Il est également adressé aux instances délibératives et consultatives concernées du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique et de la Maison d'Arrêt.

Article 13

Le Centre Hospitalier Bretagne Atlantique assure le traitement, le ramassage et le transport des déchets hospitaliers. Les déchets ménagers ou assimilables restent à la charge de l'administration pénitentiaire.

Article 14

Le Centre Hospitalier Bretagne Atlantique assure le transport des produits et petits matériels à usage médical ainsi que des médicaments et des produits pharmaceutiques.

Le Centre Hospitalier Bretagne Atlantique peut faire ponctuellement appel à du personnel hospitalier pour intervenir dans l'unité de consultations et de soins ambulatoires en milieu pénitentiaire. Ce personnel, lorsqu'il se déplace pour les besoins du service, peut prétendre à la prise en charge de ses frais de transports dans les conditions prévues à l'article R 711-15 du code de la santé publique.

Article 15

Pour l'application du 10° de l'article R 711-16 du code de la santé publique est constitué un comité de coordination composé du :

- * Directeur du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique, représenté et accompagné par les collaborateurs de son choix,
- * Directeur du Centre Hospitalier de SAINT-AVE ou son représentant ,
- * Chef d'Etablissement de la Maison d'Arrêt de VANNES ou son représentant,
- * Directeur Départemental des Affaires Sanitaires et Sociales du Morbihan ou son représentant,
- * Directeur Régional des Services Pénitentiaires ou son représentant,
- * Directeur du Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation du Morbihan ou son représentant,
- * médecin responsable de l'UCSA,
- * médecin psychiatre intervenant à l'établissement,
- * pharmacien chef de service ou son représentant.

Peuvent également assister à la réunion, en fonction de l'ordre du jour, toutes personnes dont la participation est jugée nécessaire.

Le Comité se réunit au moins une fois par an, à l'initiative du Directeur du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique et en tout état de cause à l'occasion de la remise du rapport annuel d'activité.

Article 16

Dès l'élaboration de son projet de budget, le Centre Hospitalier Bretagne Atlantique transmet à la Maison d'Arrêt un état annuel prévisionnel des dépenses et des recettes afférentes aux différentes missions et actions qu'il doit assurer en application du présent protocole. Cet état prévisionnel est arrêté par le directeur de Centre Hospitalier Bretagne Atlantique et le chef de la Maison d'Arrêt, au plus tard le 1er janvier de l'année considérée, sous réserve de sa prise en compte dans le cadre du budget approuvé du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique.

Il est établi sur la base des coûts prévisionnels correspondant aux dépenses relatives à l'exécution des missions qui lui ont été confiées.

Il inclut les dépenses afférentes aux actions de prévention et d'éducation pour la santé prises en charge par l'administration pénitentiaire ainsi que les frais de transport des biens et des personnes prévus à l'article R.711-15 du code de la santé publique.

S'il apparaît, en cours de gestion, un écart important entre les prévisions de dépenses actualisées et les dépenses initialement prévues, le directeur du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique et le chef de la Maison d'Arrêt s'engagent à analyser les causes de l'écart, à prendre toute mesure utile pour y remédier et à procéder au besoin à la révision de l'état prévisionnel.

Dès la clôture de l'exercice, le Centre Hospitalier Bretagne Atlantique établit et transmet et au Chef d'Etablissement de la Maison d'Arrêt, un état annuel définitif des dépenses et des recettes constatées. Cet état est complété d'une estimation des recettes afférentes aux soins externes et à l'hospitalisation des détenus, que ces prestations aient eu lieu au Centre Hospitalier Bretagne Atlantique signataire ou dans un autre établissement de santé.

L'état annuel prévisionnel et l'état annuel définitif sont, dès qu'ils sont établis, transmis par le Centre Hospitalier Bretagne Atlantique au Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation et au représentant de l'Etat dans le département.

Article 17

Pour le remboursement de la part des dépenses de soins assurés en milieu carcéral restant à la charge de l'administration pénitentiaire, l'établissement de santé adresse trimestriellement au Chef de l'Etablissement Pénitentiaire, l'avis des sommes à payer concernant le trimestre précédent, accompagné de l'état des prestations délivrées aux détenus pendant la période considérée.

Cet état comporte :

- un relevé des consultations et examens réalisés, leur valorisation, le taux de prise en charge et le montant des frais restant à la charge de l'Administration Pénitentiaire ;
- un relevé des médicaments délivrés en distinguant ceux pris en charge à 100% de ceux pour lesquels un taux moyen de ticket modérateur de 40% est appliqué.

Le mandatement par l'administration pénitentiaire des sommes ainsi définies, ainsi que des frais de transport mentionnés à l'article 14, doit intervenir au plus tard le dernier jour du mois suivant celui de l'émission du titre de recette.

Les dépenses afférentes aux actions de prévention et d'éducation pour la santé, sans préjudice des actions prises en charge par d'autres personnes morales de droit public ou privé, sont mises en recouvrement par l'établissement et réglées par l'administration pénitentiaire dans les conditions définies en **annexe VI**.

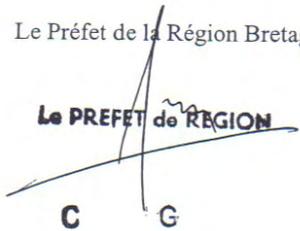
Article 18

Le présent protocole est applicable à compter de sa signature.
Les annexes au protocole sont actualisées en tant que de besoin, après accord de l'ensemble des signataires.

Vannes le 29 juin 2001

Le Préfet de la Région Bretagne,

Le PREFET de REGION



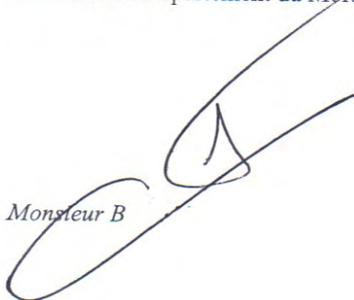
C G
Monsieur G

La Directrice
de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation
de Bretagne



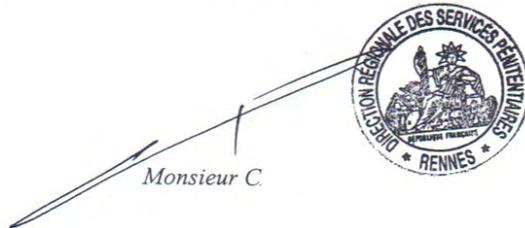
Madame P

Le Préfet du Département du Morbihan,



Monsieur B

Le Directeur Régional des Services
Pénitentiaires,



Monsieur C

Le Directeur du Centre Hospitalier
Bretagne Atlantique



Monsieur N

Le Chef d'Etablissement
de la Maison d'Arrêt de Vannes,



Madame D

ANNEXE I

ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT DE L'U.C.S.A.

Préambule

L'U.C.S.A. de la Maison d'Arrêt de VANNES constitue une Unité Fonctionnelle du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique.

Elle est dénommée U.C.S.A. Maison d'Arrêt, et porte le N° 1109 dans le fichier de structures de l'Etablissement.

Elle est rattachée au service de Médecine Interne.

L'U.C.S.A. assure les missions de consultation et de soins ambulatoires courants à l'intérieur de la Maison d'Arrêt de VANNES.

L'U.C.S.A. fonctionne chaque jour de la semaine, toute l'année, selon des horaires discontinus, entre 7 h 30 et 18 h 30.

Le Médecin assure une vacation fixe hebdomadaire. Le reste de la semaine, il peut être joint selon les modalités définies supra. En cas d'absence pour congés, le Centre Hospitalier Bretagne Atlantique pourvoit à son remplacement.

Le médecin Chef du service de rattachement de l'U.C.S.A. s'enquiert régulièrement du fonctionnement du service. A cet effet, il peut se déplacer dans les locaux de l'U.C.S.A..

I - Personnel infirmier

Le personnel infirmier est chargé d'assurer les soins dans toutes ses dimensions : préventives, éducatives, curatives et relationnelles.

Le roulement des Infirmières D.E. se fait à partir d'un effectif de trois I.D.E. à temps partiel (50 %), de façon à ce que leur présence soit effective tous les jours de l'année et permette d'assurer l'administration des médicaments matin, midi et soir, ainsi que la coordination globale des activités de soins. Cette organisation permet une autonomisation de l'équipe pour toute absence.

Par ailleurs, 2 heures de rencontre entre l'Infirmière Générale et les Infirmières sont organisées 1 fois par trimestre.

Roulement des Infirmières D.E.

		IDE 1	IDE 2	IDE 3	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche	total
1 ^{ère} semaine	7 h 30											46 heures
	8 h 30											
	9 h 30	7 h 30 – 11 h 30	7 h 30 – 11 h 30	7 h 30 – 11 h 30	7 h 30 – 12 h 00	7 h 30 – 12 h 00						
	10 h 30											
	11 h 30											
	12 h 00	Réunion										
	12 h 30	Coordination										
	14 h 00											
	15 h 00											
	16 h 00											
	17 h 00	17h00 – 18h00	17h00 – 18h00	14h00 – 18h30	14h00 – 18h30	17h00 – 18h00						
	18 h 00											
	18 h 30											
2 ^{ème} semaine	7 h 30											43 heures
	8 h 30											
	9 h 30			7 h 30 – 11 h 30	7 h 30 – 12 h 00	7 h 30 – 12 h 00	7 h 30 – 11 h 30	7 h 30 – 11 h 30				
	10 h 30											
	11 h 30											
	12 h 00											
	12 h 30											
	14 h 00											
	15 h 00											
	16 h 00											
	17 h 00	17h00 – 18h00	17h00 – 18h00	14h00 – 18h30	14h00 – 18h30	17h00 – 18h00	17h00 – 18h00	17 h 00 – 18 h 00				
	18 h 00											
	18 h 30											
3 ^{ème} semaine	7 h 30											46 heures
	8 h 30											
	9 h 30	7 h 30 – 11 h 30	7 h 30 – 11 h 30									
	10 h 30											
	11 h 30											
	12 h 00	Réunion										
	12 h 30	Coordination										
	14 h 00											
	15 h 00											
	16 h 00											
	17 h 00	17 h 00 – 18 h 00	17h00 – 18h00									
	18 h 00											
	18 h 30											

II - Personnel médical

a) *Médecin responsable de l'U.C.S.A.* : Le Médecin responsable de l'UCSA est le Docteur J H .

Il assure le suivi médical des détenus, en y consacrant deux demi-journées en moyenne par semaine. Pour cela, il est présent chaque lundi après-midi. Le reste de la semaine, il répond aux besoins diurnes : du lundi au vendredi de 8 h 00 à 18 h 00, le samedi de 8 h 00 à 12 h 00.

En cas d'urgence, la nuit et les dimanches et fériés, l'infirmière ou l'agent responsable de la Maison d'Arrêt fait appel au Médecin de garde de ville, après régulation par le Centre 15.

b) *Dentiste*

Les soins dentaires sont assurés par le Médecin stomatologue Attaché du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique, le Docteur M H , à raison de deux demi-journées par semaine.

III - Périodicité du passage du Pharmacien

Le Pharmacien Chef de service du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique visite au moins deux fois par an la Pharmacie de l'U.C.S.A.

IV - Consultations spécialisées

Il n'est pas prévu de consultations spécialisées à l'intérieur de la Maison d'Arrêt. Les consultations spécialisées sont prescrites par le Médecin responsable de l'U.C.S.A., auprès des Praticiens du Centre Hospitalier. L'infirmière assure la coordination et le suivi des rendez-vous.

En tant que de besoin, et de manière exceptionnelle, il peut être fait appel à des consultations spécialisées extérieures au Centre Hospitalier Bretagne Atlantique.

V - Examens

a) *Radiologie*

L'examen radiologique systématique d'entrée est réalisé en lien avec les services du Département du Morbihan, dans le cadre de la lutte contre la Tuberculose. Pour les autres examens de radiologie, ils sont organisés de la même façon que les consultations spécialisées.

b) *Examens de laboratoire*

Dans la mesure où ils sont prescrits par le Médecin responsable de l'U.C.S.A., les examens de laboratoire sont à la charge du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique et sont réalisés dans ses laboratoires.

Dans la mesure où ils sont prescrits en dehors de ce cadre, ils sont organisés de la même façon que les consultations spécialisées.

VI - Autres prestations sanitaires

L'infirmière organise les autres prestations sanitaires.

ANNEXE II

COMPOSITION DE L'EQUIPE HOSPITALIERE

I - Effectif médical

- Docteur H J , Praticien contractuel, Médecin généraliste.
- Docteur H M , Attaché, Stomatologue .

II - Effectif infirmier

- Mlle D M , I.D.E.
- Mme J C , I.D.E.
- Mme H M , I.D.E.

III - Contrat du Docteur HULIN Jean-Claude

- VU les Articles L. 710 à L. 715 du Code de la Santé Publique,
- VU le Décret n° 84-131 du 24 Février 1984, portant statut des Praticiens Hospitaliers dans les Etablissements Publics de Santé,
- VU le Décret n° 93.701 du 27 Mars 1993 relatif aux Praticiens contractuels des Etablissements Publics de Santé,
- VU le Diplôme de Docteur en Médecine délivré le 25 Juin 1971 au Docteur Jean-Claude HULIN par l'Université de Nantes,
- VU l'Inscription du Docteur J H à l'Ordre Départemental des Médecins du Morbihan sous le numéro 723,
- VU l'Avis favorable émis le 26 Juin 1995 par la Commission Médicale d'Etablissement du Centre Hospitalier P. Chubert de Vannes pour le recrutement à titre contractuel du Docteur J H ,
- VU la délibération du Conseil d'Administration du Centre Hospitalier P. Chubert de Vannes en date du 27 Juin 1995 donnant un avis favorable au recrutement à titre contractuel du Docteur J H ,

ENTRE

le Centre Hospitalier de VANNES, représenté par son Directeur, P. NOURY,

ET

Monsieur le Docteur J H ,

il est convenu ce qui suit :

ARTICLE 1 – OBJET

Le Docteur J H est recruté en qualité de Praticien contractuel à compter du 1er Juillet 1995. Le Docteur J H est affecté à compter de cette date sur le poste vacant de Praticien Hospitalier à temps partiel de l'Unité Fonctionnelle de consultations et de soins ambulatoires de la Maison d'Arrêt (UCSA), rattachée au service de Médecine Interne du Centre Hospitalier de VANNES.

ARTICLE 2 – MISSION

Dans le cadre de ses activités professionnelles, le Docteur J H est responsable du fonctionnement médical de l'Unité Fonctionnelle de consultations et de soins ambulatoires de la Maison d'Arrêt, sous l'autorité du Praticien Hospitalier Chef du service de Médecine Interne. A ce titre, le Docteur J H est chargé :

- d'assurer l'ensemble des prestations médicales ambulatoires relevant de la Médecine Générale, particulièrement par la réalisation de la visite médicale d'entrée, obligatoire pour chaque détenu, ainsi que par la réalisation du suivi médical après l'incarcération,
- de participer, en coordination avec le Praticien Hospitalier spécialiste du Centre Hospitalier de SAINT-AVE aux actions de prévention et d'éducation pour la santé, entreprises au profit des détenus présents dans la Maison d'Arrêt de VANNES.

ARTICLE 3 - ACTIVITES

Dans le cadre de l'application du présent contrat, le Docteur J H consacre deux demi-journées hebdomadaires en moyenne au fonctionnement de l'UCSA de la Maison d'Arrêt.

Le Docteur J H s'engage à participer à la permanence du fonctionnement de l'UCSA de la Maison d'Arrêt, en répondant aux demandes de déplacements exceptionnels et urgents qui lui sont adressées par le responsable de la Maison d'Arrêt de VANNES.

ARTICLE 4 – REMUNERATION

Le Docteur J H percevra après service fait, une rémunération forfaitaire calculée par équivalence à la rémunération applicable aux Praticiens Hospitaliers à temps plein au 2ième échelon.

Pour tenir compte du fait que les obligations hebdomadaires du service du Docteur J H sont fixées à 2/10e des obligations hebdomadaires de service prévues par le décret n° 84.131 du 24 Février 1984 susvisé pour les Praticiens Hospitaliers à temps partiel, les émoluments calculés en application de l'alinéa précédent sont limités à 20 % de la valeur prévue par la réglementation pour la rémunération des Praticiens Hospitaliers à temps plein, au 2ième échelon.

ARTICLE 5 - CONGES

Le Docteur J H a droit :

- à des congés annuels, par application de la réglementation en vigueur, périodes pendant lesquelles il perçoit la totalité de la rémunération mensuelle définie à l'article 4 ; toute absence du fait d'un congé annuel doit faire l'objet d'une demande préalable adressée au moins 15 jours à l'avance au Praticien Hospitalier Chef du Service de Médecine Interne qui informe l'intéressé de sa réponse, ainsi que la Direction du Centre Hospitalier ;

- éventuellement à des congés de maladie.

ARTICLE 6 - AVANTAGES SOCIAUX

Le Docteur J H sera déclaré par le Centre Hospitalier de VANNES auprès du régime général de la Sécurité Sociale (CPAM du Morbihan), au titre de l'application de la présente convention. Il bénéficiera de ce fait de l'ensemble des avantages sociaux prévus par ce régime. Le Docteur J H sera en outre affilié au régime de retraite complémentaire de l'IRCANTEC.

ARTICLE 7 - REGIME DISCIPLINAIRE

En matière disciplinaire il est fait application des dispositions prévues par le Code du Travail.

ARTICLE 8 - DEMISSION - LICENCIEMENT

Dans les cas de démission ou de licenciement, il est fait application des dispositions prévues par le Code du Travail.

ANNEXE III

LOCAUX DE L'U.C.S.A.

La Maison d'Arrêt de VANNES reçoit en majorité une population masculine. Elle comporte également un quartier de femmes de 10 places.

Elle a été retenue pour un effectif de 83 détenus.

I - Description générale

Les locaux de l'U.C.S.A. sont situés au fond de l'établissement et au rez-de-chaussée, dans ceux de l'actuelle infirmerie.

La surface utile est de 37 M².

L'infirmerie a été rénovée par les soins de l'établissement. Les locaux sont en bon état.

II - Description sommaire

Le Centre Hospitalier Bretagne Atlantique dispose de 37 M² de surface utile se répartissant ainsi :

↳ Cabinet dentaire.....	12 M ²
↳ Cabinet médical (généraliste, spécialiste).....	15 M ²
↳ Salle de soins.....	10 M ²
TOTAL	37 M ²

III - Localisation

Les locaux sont localisés sur les plans en annexe 1 et 2.

Ils comportent :

↳ une issue principale en A utilisée par le personnel et la population pénale; c'est l'accès habituel.

↳ et une issue d'intervention en B qui ne sert qu'en cas de nécessité. Elle devra rester dégagée en permanence.

IV - Tableaux des surfaces

Surfaces utiles

Infirmerie	10 M ²
Cabinet Médical (généraliste - spécialiste).....	15 M ²
Cabinet dentaire	12 M ²
TOTAL	37 M ²

ANNEXE IV

PROCEDURE D'HABILITATION DES PERSONNELS HOSPITALIERS

Sont soumis à l'habilitation individuelle préalable, l'ensemble des personnels de l'UCSA. En outre, sont également soumis à l'habilitation les agents du Centre Hospitalier qui, sans exercer leurs activités de façon permanente à la Maison d'Arrêt, sont amenés à s'y rendre régulièrement.

L'habilitation individuelle est délivrée par le Directeur Régional des Services Pénitentiaires de Rennes après constitution d'un dossier auprès du Chef d'Etablissement de la Maison d'arrêt.

Les pièces suivantes sont fournies :

- ◆ La demande du Directeur du Centre Hospitalier, afin d'habiliter un membre du personnel de son établissement, qui précisera les fonctions que cet agent sera amené à exercer dans l'Etablissement Pénitentiaire,
- ◆ L'état civil complet de la personne demandant l'habilitation (nom, prénom, qualité, date et lieu de naissance, adresse personnelle),
- ◆ Le bulletin n° 2 du casier judiciaire
- ◆ L'avis du Préfet de département,
- ◆ Deux photos d'identité,
- ◆ Un document signé par le personnel indiquant qu'il a pris connaissance des conditions d'exercice en milieu carcéral et des obligations résultant du Code de Procédure Pénale.

La demande d'habilitation doit être déposée préalablement à la prise de fonction. Dans l'attente de l'habilitation définitive, une autorisation d'accès provisoire peut être délivrée par le Chef d'Etablissement.

Toute cessation de fonction (démission, départ à la retraite, décès,...) doit être signalée sans délai à l'Etablissement Pénitentiaire. La carte d'habilitation doit être retournée à l'Etablissement Pénitentiaire, qui l'adressera à la Direction Régionale des Services Pénitentiaires, dès la cessation des fonctions en milieu carcéral.

ANNEXE V

CONDITION DE GESTION ET D'ARCHIVAGE DES DOSSIERS MEDICAUX

Les dossiers médicaux sont établis et gérés sous la responsabilité du Médecin responsable de l'U.C.S.A. Il est assisté pour cela par l'équipe infirmière.

Les dossiers sont conservés dans l'enceinte pénitentiaire, dans les locaux réservés à l'U.C.S.A., dans un meuble fermé à clef. Seule l'équipe sanitaire y a accès.

Le traitement épidémiologique et statistique des dossiers médicaux est réalisé par le Département d'Information Médicale du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique.

Pour le reste, la gestion et l'archivage des dossiers médicaux de la Maison d'Arrêt de VANNES sont soumises à la réglementation en vigueur relative au dossier médical, notamment en ce qui concerne les règles de confidentialité et de transmission.

ANNEXE VI

DEPENSES AFFERENTES AUX ACTIONS DE PREVENTION ET D'EDUCATION POUR LA SANTE

- I - Examens radiologiques pulmonaires d'entrée - Lutte contre la Tuberculose.
- II - Dépistage obligatoire MST.
- III - Lien avec le Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit (C.D.A.G.) pour le dépistage du VIH.
- IV - Dépistage des hépatites.
- V - Intervention du Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie.
- VI - Actions de prévention et d'éducation pour la santé dans le cadre du programme annuel



BORDET Christelle

Titre de la thèse :

Dysfonctionnements et mesures de correction concernant le circuit du médicament en milieu carcéral : Etude réalisée à la maison d'arrêt de Vannes

Résumé de la thèse :

Les établissements pénitentiaires avaient pour mission première de veiller au maintien des détenus en détention, la fonction de soins a lentement émergée. L'état alarmant de la santé des détenus a décidé le gouvernement à entreprendre une refonte globale de la prise en charge sanitaire au sein des établissements pénitentiaires. L'organisation des soins des détenus est transférée au service public hospitalier suite à la loi du 18 janvier 1994.

C'est dans ce contexte que les pharmaciens hospitaliers se voient chargés d'organiser un circuit du médicament en milieu carcéral.

La maison d'arrêt de Vannes est rattachée au Centre Hospitalier de Bretagne Atlantique. L'étude porte sur le circuit du médicament issu de cette collaboration.

L'analyse des différentes étapes du circuit du médicament, de sa prescription à son administration, montre des difficultés auxquelles des réponses sont proposées.

MOTS CLES : CIRCUIT – MEDICAMENT – MILIEU CARCERAL – UCSA – QUALITE**JURY****Président** : M. Alain PINEAU, Professeur de Toxicologie

Faculté de Pharmacie de Nantes

Asseseurs : M. ROBERT Jean-François, Professeur Associé – Conseil à l'Officine

Faculté de Pharmacie de Nantes

Mme MAULAZ Brigitte, Pharmacien Hospitalier

Centre Hospitalier de Nantes

Mme GHNASSIA Corinne, Pharmacien Hospitalier

Centre Hospitalier de Vannes

Christelle BORDET

9, allée de la reine Margot

44000 NANTES