



HAL
open science

Exercice pharmaceutique et perspectives d'actions pour l'Unité Hospitalière Spécialement Aménagée de Marseille

Margaux Labrousse

► **To cite this version:**

Margaux Labrousse. Exercice pharmaceutique et perspectives d'actions pour l'Unité Hospitalière Spécialement Aménagée de Marseille. Sciences pharmaceutiques. 2022. dumas-03846736

HAL Id: dumas-03846736

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03846736v1>

Submitted on 10 Nov 2022

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

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



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0
International License

THÈSE D'EXERCICE
DU DIPLÔME D'ÉTUDES SPÉCIALISÉES
DE PHARMACIE HOSPITALIÈRE
PHASE D'APPROFONDISSEMENT

Soutenue le **6 octobre 2022**

Par **Mme Margaux Labrousse**

Né(e) le **15 octobre 1994** à **Montpellier (34)**

Conformément aux dispositions du décret n°2019-2020 du 04 octobre 2019

----oOo----

**Exercice pharmaceutique et perspectives d'actions pour
l'Unité Hospitalière Spécialement Aménagée de Marseille**

----oOo----

JURY :

Président : Pr Patrice VANELLE

Membres : Madame le Docteur Susanna DAVOUST

Madame le Docteur Manon ROCHE

Monsieur le Docteur Guillaume HACHE

Madame le Docteur Pascale GIRAVALLI

27 Boulevard Jean Moulin – 13385 MARSEILLE Cedex 05
Tel. : 04 91 83 55 00 – Fax : 04 91 80 26 12

ADMINISTRATION :

<i>Doyen :</i>	Mme Françoise DIGNAT-GEORGE
<i>Vice-Doyens :</i>	M. Jean-Paul BORG, M. François DEVRED, M. Pascal RATHELOT
<i>Chargés de Mission :</i>	Mme Pascale BARBIER, Mme Alexandrine BERTAUD, M. David BERGE-LEFRANC, Mme Manon CARRE, Mme Caroline DUCROS, M. Philippe GARRIGUE, M. Guillaume HACHE, M. Thierry TERME
<i>Conseiller du Doyen :</i>	M. Patrice VANELLE
<i>Doyens honoraires :</i>	M. Patrice VANELLE, M. Pierre TIMON-DAVID,
<i>Professeurs émérites :</i>	M. José SAMPOL, M. Athanassios ILIADIS, M. Philippe CHARPIOT, M. Riad ELIAS
<i>Professeurs honoraires :</i>	M. Guy BALANSARD, M. Yves BARRA, Mme Claudette BRIAND, M. Jacques CATALIN, Mme Andrée CREMIEUX, M. Gérard DUMENIL, M. Alain DURAND, Mme Danielle GARÇON, M. Maurice JALFRE, M. Joseph JOACHIM, M. Maurice LANZA, M. Patrick REGLI, M. Jean-Claude SARI
<i>Chef des Services Administratifs :</i>	Mme Chloé SIMON
<i>Chef de Cabinet :</i>	Mme Aurélie BELENGUER
<i>Responsable de la Scolarité :</i>	Mme Nathalie BESNARD

DEPARTEMENT BIO-INGENIERIE PHARMACEUTIQUE

Responsable : Professeur Philippe PICCERELLE

PROFESSEURS

BIOPHYSIQUE

M. Vincent PEYROT
M. Hervé KOVACIC
M. François DEVRED

GENIE GENETIQUE ET BIOINGENIERIE

M. Christophe DUBOIS

PHARMACIE GALENIQUE, PHARMACOTECHNIQUE INDUSTRIELLE,
BIOPHARMACIE ET COSMETOLOGIE

M. Philippe PICCERELLE

MAITRES DE CONFERENCES

BIOPHYSIQUE

Mme Odile RIMET-GASPARINI
Mme Pascale BARBIER
Mme Manon CARRE
M. Gilles BREUZARD
Mme Alessandra PAGANO

GENIE GENETIQUE ET BIOTECHNOLOGIE

M. Eric SEREE-PACHA
Mme Véronique REY-BOURGAREL

PHARMACIE GALENIQUE, PHARMACOTECHNIE INDUSTRIELLE,
BIOPHARMACIE ET COSMETOLOGIE

M. Pierre REBOUILLON
M. Emmanuel CAUTURE
Mme Véronique ANDRIEU
Mme Marie-Pierre SAVELLI

BIO-INGENIERIE PHARMACEUTIQUE ET BIOTHERAPIES
PHARMACO ECONOMIE, E-SANTE

M. Jérémy MAGALON
Mme Carole SIANI
Mme Muriel MASI

ENSEIGNANT CDI

ANGLAIS

Mme Angélique GOODWIN

A.H.U.

PHARMACOTECHNIE

Mme Mélanie VELIER

DEPARTEMENT BIOLOGIE PHARMACEUTIQUE

Responsable : Professeur Françoise DIGNAT-GEORGE

PROFESSEURS

BIOLOGIE CELLULAIRE

M. Jean-Paul BORG

HEMATOLOGIE ET IMMUNOLOGIE

Mme Françoise DIGNAT-GEORGE
Mme Laurence CAMOIN-JAU
Mme Florence SABATIER-MALATERRE
Mme Nathalie BARDIN
M. Romaric LACROIX

MICROBIOLOGIE

M. Jean-Marc ROLAIN
M. Philippe COLSON

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE, HYGIENE ET
ZOOLOGIE

Mme Nadine AZAS-KREDER

MAITRES DE CONFERENCES

BIOCHIMIE FONDAMENTALE, MOLECULAIRE ET CLINIQUE

M. Edouard LAMY
Mme Alexandrine BERTAUD
Mme Claire CERINI
Mme Edwige TELLIER
M. Stéphane POITEVIN
Mme Sandra GHAYAD

HEMATOLOGIE ET IMMUNOLOGIE

Mme Aurélie LEROYER
Mme Sylvie COINTE

MICROBIOLOGIE

Mme Anne DAVIN-REGLI
Mme Véronique ROUX
M. Fadi BITTAR
Mme Isabelle PAGNIER
Mme Sophie EDOUARD
M. Seydina Mouhamadou DIENE

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE, HYGIENE ET ZOOLOGIE

Mme Carole DI GIORGIO
M. Aurélien DUMETRE
Mme Magali CASANOVA
Mme Anita COHEN

BIOLOGIE CELLULAIRE
BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLECULAIRE

Mme Anne-Catherine LOUHMEAU
Mme Alexandra WALTON

A.H.U.

HEMATOLOGIE ET IMMUNOLOGIE

Mme Amandine BONIFAY

MAITRES DE CONFERENCE ASSOCIES A TEMPS PARTIEL (M.A.S.T.)

PRATIQUE OFFICINALE

Mme Emmanuelle TONNEAU-PFUG

DEPARTEMENT CHIMIE PHARMACEUTIQUE

Responsable : Professeur Patrice VANELLE

PROFESSEURS

CHIMIE ANALYTIQUE, QUALITOLOGIE ET NUTRITION

Mme Catherine BADENS

CHIMIE PHYSIQUE - PREVENTION DES RISQUES ET NUISANCES TECHNOLOGIQUES

M. David BERGE-LEFRANC

CHIMIE THERAPEUTIQUE - CHIMIE MINERALE ET STRUCTURALE

M. Pascal RATHELOT
M. Maxime CROZET

CHIMIE ORGANIQUE PHARMACEUTIQUE

M. Patrice VANELLE
M. Thierry TERME

MAITRES DE CONFERENCES

BOTANIQUE ET CRYPTOLOGAMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE	Mme Anne FAVEL M. Quentin ALBERT
CHIMIE ANALYTIQUE, QUALITOLOGIE ET NUTRITION	Mme Catherine DEFOORT M. Alain NICOLAY Mme Estelle WOLFF Mme Elise LOMBARD Mme Camille DESGROUAS M. Charles DESMARCHELIER M. Mathieu CERINO
CHIMIE PHYSIQUE - PREVENTION DES RISQUES ET NUISANCES TECHNOLOGIQUES	M. Duje BURIC M. Pascal PRINDERRE
CHIMIE THERAPEUTIQUE - CHIMIE MINERALE ET STRUCTURALE	Mme Sandrine ALIBERT Mme Caroline DUCROS M. Marc MONTANA Mme Manon ROCHE Mme Fanny MATHIAS
CHIMIE ORGANIQUE PHARMACEUTIQUE HYDROLOGIE	M. Armand GELLIS M. Christophe CURTI Mme Julie BROGGI M. Nicolas PRIMAS M. Cédric SPITZ M. Sébastien REDON
PHARMACOGNOSIE, ETHNOPHARMACOLOGIE	Mme Valérie MAHIOU-LEDDER Mme Sok Siya BUN Mme Béatrice BAGHDIKIAN M. Elnur GARAYEV

MAITRES DE CONFERENCE ASSOCIES A TEMPS PARTIEL (M.A.S.T.)

CHIMIE ANALYTIQUE, QUALITOLOGIE ET NUTRITION CHIMIE PHYSIQUE - PREVENTION DES RISQUES ET NUISANCES TECHNOLOGIQUES	M. Cyril PUJOL
DROIT ET ETHIQUE	Mme Laurie PAHUS
GESTION PHARMACEUTIQUE, PHARMACOECONOMIE ET ETHIQUE PHARMACEUTIQUE OFFICINALE, DROIT ET COMMUNICATION PHARMACEUTIQUES A L'OFFICINE ET GESTION DE LA PHARMAFAC	Mme Félicia FERRERA
DISPOSITIFS MEDICAUX	Mme Valerie MINETTI-GUIDONI

DEPARTEMENT MEDICAMENT ET SECURITE SANITAIRE

Responsable : Professeur Benjamin GUILLET

PROFESSEURS

PHARMACIE CLINIQUE	M. Stéphane HONORÉ
PHARMACODYNAMIE	M. Benjamin GUILLET
TOXICOLOGIE ET PHARMACOCINETIQUE	M. Bruno LACARELLE M. Joseph CICCOLINI
TOXICOLOGIE GENERALE	Mme Caroline SOLAS-CHESNEAU

MAITRES DE CONFERENCES

PHARMACIE CLINIQUE	M. Florian CORREARD Mme Marie-Anne ESTEVE
PHARMACODYNAMIE	M. Guillaume HACHE Mme Ahlem BOUHLEL M. Philippe GARRIGUE
PHYSIOLOGIE	Mme Sylviane LORTET
TOXICOLOGIE ET PHARMACOCINETIQUE	Mme Raphaëlle FANCIULLINO Mme Florence GATTACECCA Mme Anne RODALLEC M. Nicolas FABRESSE
TOXICOLOGIE GENERALE	M. Pierre-Henri VILLARD

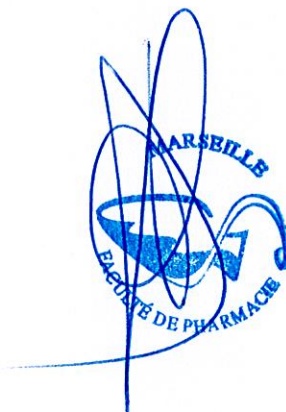
A.H.U.

PHYSIOLOGIE / PHARMACOLOGIE	Mme Anaïs MOYON M. Vincent NAIL
-----------------------------	------------------------------------

CHARGES D'ENSEIGNEMENT A LA FACULTE

Mme Valérie AMIRAT-COMBRALIER, Pharmacien-Praticien hospitalier
M. Pierre BERTAULT-PERES, Pharmacien-Praticien hospitalier
Mme Marie-Hélène BERTOCCHIO, Pharmacien-Praticien hospitalier
Mme Martine BUES-CHARBIT, Pharmacien-Praticien hospitalier
M. Nicolas COSTE, Pharmacien-Praticien hospitalier
Mme Sophie GENSOLLEN, Pharmacien-Praticien hospitalier
M. Sylvain GONNET, Pharmacien titulaire
Mme Florence LEANDRO, Pharmacien adjoint
M. Stéphane PICHON, Pharmacien titulaire
M. Patrick REGGIO, Pharmacien conseil, DRSM de l'Assurance Maladie
Mme Clémence TABELLE, Pharmacien-Praticien attaché
M. Badr Eddine TEHHANI, Pharmacien – Praticien hospitalier
M. Joël VELLOZZI, Expert-Comptable

Mise à jour le 13 décembre 2021



**LE DOYEN
F. DIGNAT-GEORGE**

Remerciements

A **Monsieur le Professeur Patrice Vanelle**, je vous remercie de l'honneur que me faites pour avoir accepté de présider le jury de ma thèse. Veuillez recevoir l'expression de ma reconnaissance et de mon profond respect.

A **Madame le Docteur Manon Roche**, vous avez accepté rapidement de siéger dans ce jury de thèse. Veuillez trouver ici le témoignage de ma reconnaissance et de mes sincères remerciements.

A **Monsieur le Docteur Guillaume Hache**, vous avez aimablement accepté de participer à ce jury de thèse. Je vous exprime toute ma gratitude et ma profonde reconnaissance.

A **Madame le Docteur Pascale Giravalli**, je vous remercie pour votre accueil au sein de l'UHSA et pour avoir accepté de participer à ce jury de thèse. C'est un véritable honneur pour moi que de vous présenter ce travail.

A **Madame le Docteur Susanna Davoust**, je te remercie d'avoir accepté de diriger ce travail. Ce fut un réel plaisir de travailler avec toi pendant ce semestre aux Baumettes. Ton écoute, tes conseils, ta disponibilité et ta bienveillance m'auront permis de mener sereinement ce long travail de thèse.

A **Madame le Docteur Valérie Amirat-Combralier**, je vous remercie pour votre accueil au sein de la pharmacie du Centre Pénitentiaire de Marseille- Les Baumettes, ainsi que pour votre participation à ce travail. Vos conseils, toujours éclairés et bienveillants, m'auront été d'une grande aide pour l'écriture de cette thèse d'exercice.

A **toute l'équipe de la Pharmacie du Centre Pénitentiaire de Marseille**, je vous remercie pour votre accueil chaleureux durant ce semestre aux Baumettes.

A mes parents,

Merci pour votre soutien tout au long de ce parcours qui a parfois été chaotique. Vous avez toujours cru en moi, même dans les moments les plus difficiles.

A mes frères Arthur et Cyprien,

Arthur, félicitations pour ta réussite personnelle et professionnelle, tu as énormément travaillé pour ça, tu le mérites.

Cyp, tu ne peux malheureusement pas être présent pour ce jour de thèse car tu révises ton concours, et j'espère de tout mon cœur que dans dix ans, ce sera toi qui prêteras serment.

A mes grands-parents, à mes tantes,

Vous avez suivi mon parcours de très près. Voilà maintenant un pharmacien de plus dans la famille.

A mon parrain Alex,

Tu as toujours été de bon conseil, merci pour ton soutien sans faille depuis le début de ces études.

A ma marraine Mariel,

Tu as toujours été à l'écoute, j'espère qu'avec Manon je serai une aussi bonne marraine que tu l'es avec moi.

A ma grand-mère Irène,

Où que tu sois, je sais qu'aujourd'hui tu vis ces moments de joie avec nous.

A Lydia,

Tu me connais mieux que personne. On en a fait du chemin en 20 ans... !

Aux Pharmaciens Montpelliérains, avec qui l'aventure pharmaceutique a débuté,

Thomas et Lilia,

« Les frilles ». Toutes ces heures à se stresser mutuellement, des partiels, au concours de l'internat, et maintenant la thèse ... Mais aussi tous ces scandales, depuis les apéros dansants dans l'écusson montpelliérain aux soirées dans les quatre coins de la France. Je n'ai pas besoin d'écrire des lignes entières pour vous dire combien je vous aime, parce que vous le savez déjà. Merci d'être les amis que vous êtes.

Vincent, Antonin, Delphine, Claire,

On ne sait toujours pas synthétiser correctement un médicament ni identifier correctement une plante, mais on aura quand même bien ri. A ces débuts d'été gâchés aux rattrapages à Veyrassi (sauf pour toi Delphine)- à nos redoublements respectifs pour certains – à tous les fous rires en TP, ces bons moments passés ensemble, et ceux à venir. A nos réussites personnelles et professionnelles.

Aux Marseillais (d'origine et d'adoption) : la vie est faite de surprise, et quelle chance qu'elle ait mis sur mon chemin des personnes comme les vôtres !

A mes Pharmaciens : c'est avec vous que l'aventure marseillaise a commencé. D'abord avec l'internat, puis le ski, le confinement, et depuis des amis pour la vie.

Maurine, si un jour tu fais « Danse avec les stars », je voterai pour toi. Mais peut-être qu'avant tu auras fait l'acquisition d'une paillote en Corse. **Erwan,** j'espère qu'en ce jour de thèse tu me feras l'honneur de mettre tes mocassins. J'attends toujours qu'on organise ce voyage en Bretagne, et j'ai hâte qu'on aille fumer des cigares en jouant au golf à Monaco. **Lola,** je te souhaite de bien profiter de ces six prochains mois à la Réunion, et de ce repos

bien mérité ! **Mimi**, pharmacienne d'adoption, je suis ravie d'avoir trouvé quelqu'un qui aime le pastis autant que moi. **Alexis**, « quand la vie de tend les bras, il ne faut pas lui serrer la main » ; j'espère que depuis la Corse tu as vraiment appris à conduire un bateau. **Moïse**, tu sais que ton coach sera toujours là pour toi (même si tu vis à Nîmes et que c'est la pire ville du monde)

A mes Médecins : Que de belles personnes rencontrées au septième ciel de l'internat ! C'est quand des rencontres comme celles-ci se font que l'on réalise combien la vie est bien faite.

Laura, après ces deux années de colloc, j'ai découvert une belle personne et surtout une amie. J'ai hâte de venir écouter des vinyles dans ton futur appart, mais dans celui-ci il faudra que tu fasses attention à ne pas mettre du champagne sur les murs. **Théo**, tu as été le premier à venir vers moi et à aller au-delà de mon caractère au premier abord réservé. J'ai de la chance de te compter toi aussi parmi mes amis. Peut-être qu'un jour on arrivera enfin à faire ce fameux resto ??? **Léa**, tu as toujours été présente, dans les bons comme les mauvais moments, et j'ai hâte de venir voir ta maison, et qu'on retourne à la danse classique ensemble. **Margot**, Margaux/Margot, duo de choc, toutes ces conversations qui nous mènent inévitablement à la même conclusion : nous avons toujours raison. Tu as toujours su trouver les bons mots, au bon moment. **Baptiste**, mon Batou, merci pour ta joie de vivre, ta bienveillance, et de me faire rire comme tu me fais rire, même dans les moments les plus difficiles. Ces conversations lunaires (**Max**), et ces blagues kemaesques (**Louis**, même si tu mets tes pieds sur les fauteuils...)... Pour **les anciens du 7 et de l'internat** qui se reconnaîtront... à tous ces bons moments passés ensemble, et ceux à venir.

A mes cointernes, anciens cointernes, à mes confrères pharmaciens et mes collègues préparateurs en pharmacie: merci pour tous ces semestres à vos côtés. C'est grâce à vous que ces journées en stage sont plus légères. Merci d'avoir réussi à me supporter ces derniers temps où j'étais particulièrement stressée et en manque de sommeil.

« L'Université n'entend donner aucune approbation, ni improbation aux opinions émises dans les thèses. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs. »

Liste des acronymes

AP : Administration Pénitentiaire

AP-HM : Assistance Publique Hôpitaux de Marseille

BMO : Bilan Médicamenteux Optimisé

BPP : Bonnes Pratiques de Préparation

BPPH : Bonnes Pratiques de Pharmacie Hospitalière

BPPM: Bonnes Pratiques de Prescription Médicamenteuse

CTM : Conciliation des Traitements Médicamenteux

CMPR : Centres Médico-Psychologiques Régionaux

CPM : Centre Pénitentiaire de Marseille

CPP : Code de Procédure Pénale

CS : Cadre de Santé

CSAPA : Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

CSP : Code de la Santé Publique

DASRI : Déchets d'Activités de Soins à Risques Infectieux

DI : Divergence Intentionnelle

DNI : Divergence Non Intentionnelle

DPI : Dossier Patient Informatisé

EI : Effet Indésirable

EM : Erreur Médicamenteuse

EP : Etablissement Pénitentiaire

EPM : Etablissement Pénitentiaire pour Mineurs

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

IP : Intervention Pharmaceutique

MA : Maison d'Arrêt

NAP : Neuroleptique à Action Prolongée

PACA : Provence Alpes Côte d'Azur

PDA : Préparation des Doses à Administrer

PMAD-ML : Psychiatrie, Médecine, Addictologie en Détention – Médecine Légale

PPH : Préparateur en Pharmacie Hospitalière

PUI : Pharmacie à Usage Intérieur

SAS : Structure d'Accompagnement à la Sortie

SDRE : Soins sur Décision d'un Représentant de l'Etat

SIDA : Syndrome de l'Immunodéficience Acquise

SFPC : Société Française de Pharmacie Clinique

SMPR : Service Médico-Psychologique Régional

SPIP : Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation

UHSA : Unité Hospitalière Spécialement Aménagée

UHSI : Unité Hospitalière Sécurisée Interrégionale

UMD : Unité pour Malade Difficile

US : Unité de Soins

USMP : Unités Sanitaires en Médecine Pénitentiaire

Liste des figures

Figure 1. Organigramme de l'administration pénitentiaire française	7
Figure 2. Organisation de l'AP sur le territoire français en 2021	9
Figure 3. Descriptif de l'occupation des établissements pénitentiaires au 1e janvier 2022.....	13
Figure 4. Evolution des effectifs de personnes détenues depuis 2017	14
Figure 5. Logigramme « analyse pharmaceutique d'une prescription »	27
Figure 6. Cartographie des établissements pénitentiaires desservis par l'UHSA de Marseille	40
Figure 7. Evolution de la file active des patients de l'UHSA de 2018 à 2021.....	43
Figure 10. Descriptif des dotations actuelles des deux unités de l'UHSA.....	49
Figure 11. Extrait du document de suivi des prescriptions validées durant les heures non ouvrables ..	56
Figure 12. Lignes de traitements à visée psychiatrique par classe thérapeutique.....	57
Figure 13. Prescription des présentations galéniques des médicaments à visée psychiatrique	58
Figure 14. Lignes de traitements à visée somatique par indication	59
Figure 15. Prescription des différentes formes galéniques des médicaments à visée somatique	59
Figure 16. Répartition des différents types d'IP émises pour l'année 2021 pour l'UHSA de Marseille	61
Figure 17. Capture d'écran d'une IP formulée sur Pharma® suite à un dépassement de posologie	62
Figure 18. Document de relevé d'utilisation de la dotation de buprénorphine	68
Figure 19. Traçabilité informatique des stupéfiants sur Pharma®	69
Figure 20. Photographie du chariot de préparation des traitements de l'unité 2.....	74
Figure 21. Photographie du rangement présent sur le plateau de préparation des traitements de l'unité 2	76
Figure 22. Photographie d'un pilulier de l'unité 2.....	80
Figure 23. Echelle d'évaluation des effets anticholinergiques observés pour certains médicaments....	89
Figure 24. Recommandations de bon usage des laxatifs.....	90
Figure 25. Schéma de la CTM proactive issu du guide de CTM de la HAS	93
Figure 26. Exemple de document pouvant être utilisé pour la CTM à l'UHSA.....	96
Figure 27. Modèle intégratif de la pharmacie clinique décrit par la SFPC.....	100
Figure 28. Plaquette d'information à destination des patients	102
Figure 29. Schéma explicatif du mécanisme d'action des antipsychotiques	108

Liste des tableaux

Tableau 1. Les différents niveaux d'analyse pharmaceutique définis par la SFPC.....	29
Tableau 2. Récapitulatif des 12 centres hospitaliers rattachés à l'UHSA de Marseille.....	41
Tableau 3. Caractéristiques des principales hospitalisations à l'UHSA de Marseille en 2018	45
Tableau 4. Personnel impliqué dans la CTM selon les référentiels de la SFPC.....	94
Tableau 5. Classement des traitements médicamenteux et exemple de réponses attendues..	107
Tableau 6. Récapitulatif des principaux EI rencontrés avec les traitements antipsychotiques et les traitements correcteurs associés	109

Table des matières

Introduction	4
I- L'organisation du soin en détention	6
A- Le système pénitentiaire français	6
A-1) L'Administration Pénitentiaire française.....	6
1) Exécution des peines.....	8
a) Les EP en France.....	8
a.1) Les milieux fermés.....	10
a.2) Les milieux ouverts.....	11
2) Réinsertion sociale.....	12
A- 2) La population détenue française.....	12
B- Le soin en détention	15
B-1) Principes fondateurs.....	15
1) Les réformes Amor.....	15
2) Le CPP de 1958.....	15
3) Loi du 18 janvier 1994.....	16
B-2) La psychiatrie en détention.....	17
1) Les Centres Médico-Psychologiques Régionaux (CMPRs).....	17
2) Les Services Médico-Psychologiques Régionaux (SMPRs).....	18
3) Nouvelles politiques de santé.....	18
4) Création des UHSAs.....	19
B-3) Description des facteurs de risques socio-sanitaires de la population pénale.....	20
1) Psychiatrie.....	20
2) Somatique.....	21
C- Les différentes unités de soin en détention	21
C-1) Les structures destinées aux soins somatiques.....	22
1) Les USMPs.....	22
2) Les UHSIs.....	22
C-2) Les structures destinées aux soins de psychiatrie.....	22
1) Les soins de niveau 1.....	22
2) Les soins de niveau 2.....	22
3) Les soins de niveau 3.....	23
D- L'exercice pharmaceutique en milieu pénitentiaire	23
D-1) La PUI.....	23
D-2) Prise en charge thérapeutique des unités sanitaires par la PUI.....	24
1) Le circuit clinique.....	24
a) La prescription.....	24
b) La dispensation pharmaceutique.....	25
c) L'administration.....	30
2) Le circuit logistique.....	31
a) L'achat des médicaments et des dispositifs médicaux.....	31
b) Approvisionnement de la PUI et des US.....	32
II- Organisation des soins pour l'UHSA de Marseille	34
A- Généralités	34
A-1) Le CPM- Les Baumettes.....	34
1) Les soins somatiques.....	35
2) Les soins psychiatriques.....	35
3) Le service pharmacie.....	36
B- L'UHSA de Marseille	36
B-1) Généralités sur le fonctionnement d'une UHSA.....	36
1) Généralités.....	36
2) Modalités d'hospitalisation.....	37
a) L'hospitalisation en soins libres.....	37
b) L'hospitalisation sans consentement.....	38

3)	Fonctionnement	38
4)	Lien justice-santé	39
B-2)	Présentation de l'UHSA de Marseille	39
1)	Description des lieux	42
2)	Etude des patients accueillis	42
3)	Fonctionnement du service	46
C-	Prestation pharmaceutique	46
C-1)	Etat des lieux de la prestation pharmaceutique mise en place à l'ouverture de l'UHSA	47
1)	Gestion et suivi des dotations pour besoins urgents de produits pharmaceutiques	47
a)	Généralités	47
b)	Elaboration des dotations de produits de santé pour les deux unités de l'UHSA	48
b.1)	Dotation de médicaments	50
Médicaments somatiques	50	
Médicaments psychotropes	51	
Autres thérapeutiques	52	
b.2)	Dotation de dispositifs médicaux stériles et de pansements	52
b.3)	Dotation de solutés	52
b.4)	Dotation d'antiseptiques	52
b.5)	Dotation de gaz médicaux	53
b.6)	Dotation de produits de nutrition	53
2)	Approvisionnement globalisé en produits pharmaceutiques	54
3)	Analyse et validation pharmaceutique des prescriptions médicales	54
4)	Vigilances- retraits de lots	60
C- 2)	Optimisation de la prestation en place	60
1)	Optimisation de l'analyse et de la validation pharmaceutique des prescriptions	60
a)	Réévaluation bi-hebdomadaire de l'ensemble des prescriptions	60
b)	Interventions pharmaceutiques	61
2)	Optimisation de l'approvisionnement	64
a)	Augmentation des fréquences d'approvisionnement	64
b)	Mesures prises pour assurer la continuité des soins	64
b.1)	Prêts entre établissements	64
b.2)	Cas des traitements nécessitant une hospitalisation	64
b.3)	Cas des traitements hors livret	64
3)	Optimisation des dotations	65
a)	Médicaments somatiques	65
a.1)	Révision de la dotation	65
a.2)	Résultats	66
b)	Médicaments stupéfiants et assimilés stupéfiants	66
b.1)	Médicaments assimilés stupéfiants (buprénorphine)	67
b.2)	Médicaments stupéfiants	69
c)	NAP	70
4)	Optimisation des pratiques professionnelles	70
a)	Evaluation des pratiques professionnelles : « flash bonnes pratiques »	70
a.1)	Les produits pharmaceutiques	70
a.2)	Médicaments stupéfiants et assimilés stupéfiants	71
a.3)	Médicaments thermosensibles	71
b)	Audit : préparation des traitements nominatifs	72
b.1)	Présentation de l'audit	72
b.2)	Résultats	73
Généralités	73	
Préparation et administration des traitements	74	
Traitements hors compartiment patient	77	
Traitements nominatifs	77	
Synthèse	80	
III-	Projets	83
A-	Poursuite des actions engagées pour l'optimisation de la prestation pharmaceutique	84
A-1)	Renforcement de la présence pharmaceutique à l'UHSA	84
A-2)	Révision des dotations	84

A-3) Optimisation de la préparation nominative des traitements.....	85
1) Préparation des doses à administrer (PDA) par le personnel pharmaceutique du CPM.....	86
2) Automatisation de la préparation des traitements.....	86
A-4) Promotion des bonnes pratiques de prescription	87
1) Médicaments à risques.....	87
2) Sensibilisation aux effets anticholinergiques.....	88
Prise en charge du risque de constipation associé à la prise de traitements présentant des effets indésirables anticholinergiques.....	90
B- Mise en place de nouvelles actions de pharmacie clinique.....	91
B-1) Conciliation des Traitements Médicamenteux.....	91
1) Généralités	91
2) Patients inclus dans la CTM en psychiatrie	92
3) Mise en œuvre de la CTM à l'UHSA	92
a) Intérêts de la mise en œuvre de la CTM proactive	92
b) Personnel impliqué dans le processus de CTM	93
c) Supports	95
c.1) Document de BMO.....	95
c.2) Document de CTM	97
d) Etapes.....	97
d.1) Le recueil d'informations concernant les médicaments pris par le patient	97
d.2) La réalisation du BMO	98
d.3) L'actualisation de la prescription médicamenteuse et du dossier patient.....	98
B-2) Actions thérapeutiques ciblées pour le patient.....	99
1) Entretiens pharmaceutiques	99
a) Mise en place des entretiens pharmaceutiques à l'UHSA	101
b) Déroulement des entretiens pharmaceutiques.....	103
b.1) Avant l'entretien pharmaceutique	103
b.2) Déroulement de l'entretien pharmaceutique	103
b.3) Rédaction d'un compte-rendu d'entretien pharmaceutique	104
2) Ateliers d'éducation à la santé : information sur les traitements utilisés en psychiatrie	104
a) Présentation des ateliers	105
b) Objectifs des ateliers	105
c) Patients inclus	106
d) Contenu des ateliers	106
d.1) Les différentes classes de médicaments psychotropes	106
d.2) Effets indésirables associés aux antipsychotiques.....	108
d.3) Importance de l'observance.....	109
3) Journées d'éducation à la santé.....	110
a) Personnel impliqué et contenu	111
b) Organisation	111
Discussion.....	113
A- Points forts du travail	113
A-1) Actions menées pour l'optimisation de la prestation pharmaceutique en place	113
1) Actions de terrain.....	113
2) Actions opérées depuis le CPM	114
A-2) Bilan des actions menées	114
B- Perspectives.....	115
B-1) Projets pour la gestion et le suivi de l'arsenal pharmaceutique	115
B-2) Projets auprès du personnel soignant de l'UHSA	115
B-3) Projets auprès des patients de l'UHSA	116
Conclusion.....	117
Bibliographie	120
Annexes	125

Introduction

Dans l'Antiquité, la prison n'existait pas et les peines reposaient essentiellement sur les châtiments corporels.

La Révolution française marque le point de départ du système pénitentiaire contemporain : le Code Pénal de 1791 introduit les peines privatives de liberté, remplaçant alors partiellement les peines corporelles, et des maisons d'arrêt, de justice et de correction, puis par la suite des maisons centrales sont créées auprès des tribunaux. Ces institutions dépendent du Ministère de l'Intérieur et les décisions pénales sont prononcées par le Ministère de la Justice. Les régimes d'enfermement sont déterminés selon l'importance de la peine, pouvant allier travail la journée et encellulement la nuit, ou condamnant à l'enfermement en cellule de façon ininterrompue tout au long de la peine. Ces régimes d'enfermement tiennent lieu jusqu'au lendemain de la Seconde Guerre Mondiale (1). L'Administration Pénitentiaire (AP) est rattachée au Ministère de la Justice en 1911, et les réformes mises en œuvre en 1945 par son directeur Paul Amor, fondatrices du système pénitentiaire actuel, aboutissent à l'instauration d'un régime progressif, allant de l'isolement cellulaire à la semi-liberté. L'amendement de la personne détenue s'obtient par le travail et la formation professionnelle, dans un objectif de réinsertion sociale (2).

Les attributions du pharmacien exerçant en milieu pénitentiaire ont été introduites dans le Code de Procédure Pénale (CPP) par le règlement du 5 octobre 1831 et la circulaire du 5 juin 1860. Le Centre Pénitentiaire de Marseille (CPM), les Baumettes, construit entre 1933 et 1939, possède sa propre pharmacie, qui a été créée par l'arrêté préfectoral du 25 octobre 1950. Cette pharmacie constitue l'un des cinq services de la Pharmacie Usage Intérieur (PUI) de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille (AP-HM).

L'Unité Hospitalière Spécialement Aménagée (UHSA) de Marseille, située au nord de la ville, a été effective en 2018. Sa création fait suite à la loi de programmation et d'orientation de la justice de 2002, qui prévoit l'ouverture de structures destinées à l'accueil des hospitalisations de psychiatrie à temps complet pour les personnes détenues. Dès lors, la Pharmacie du CPM a mis en place, en collaboration avec tous les acteurs du soin de l'UHSA, une organisation aussi bien *in situ* qu'à distance pour assurer une prestation pharmaceutique optimale, aux patients détenus hospitalisés dans cet établissement.

De ce fait, toutes les activités pharmaceutiques, aussi bien logistiques (achat des produits pharmaceutiques et approvisionnement des unités de soins (US)) que cliniques (analyse et

validation pharmaceutique des ordonnances, dispensation des thérapeutiques) sont assurées en majorité par la pharmacie du CPM, avec la participation de la Pharmacie de l'Hôpital Sainte Marguerite (réception des commandes, continuité pharmaceutique durant les horaires de garde). Cette prestation a été pensée pour garantir à la fois la qualité et la sécurité des soins du patient.

Quatre années ont passé et un bilan d'étape en 2022 a permis à l'équipe de la Pharmacie du CPM d'entreprendre un travail d'optimisation de la prestation pharmaceutique, afin de répondre à l'évolution des besoins de santé de l'UHSA. Pour améliorer les activités pharmaceutiques déjà proposées, de nombreuses dispositions ont été prises et des projets ont été présentés pour consolider la prise en charge thérapeutique du patient. Fruit d'une étroite collaboration, ce travail a renforcé les liens déjà existants entre les équipes de soins de l'UHSA et la pharmacie du CPM. Cette cohésion d'équipe confirme la place du pharmacien en tant qu'acteur à part entière de la qualité et de la sécurité des soins.

L'objectif de ce travail est de décrire quelle est l'organisation mise en place et son évolution, pour assurer et adapter la prise en charge thérapeutique des patients nouvellement accueillis dans un établissement spécialisé.

Afin d'appréhender au mieux le contexte particulier qu'est l'exercice de la santé en milieu pénitentiaire, la première partie de cette thèse décrira l'organisation du système pénitentiaire français et du soin en détention. La seconde partie présentera l'UHSA de Marseille pour aborder ensuite les missions assurées par la Pharmacie pour cet établissement. Enfin, nous terminerons sur la dynamique d'actions engagées avec les perspectives et les projets pour répondre aux attentes des praticiens et tendre tous ensemble vers une qualité des soins pharmaceutiques la plus efficiente possible.

Nous allons dans un premier temps décrire l'organisation du soin en détention et les différents dispositifs de soins présents.

I- L'organisation du soin en détention

L'exercice du soin en établissement pénitentiaire (EP) est à la fois corrélé au fonctionnement de l'AP et à celui de l'établissement de santé dont dépend cet EP.

A- Le système pénitentiaire français

A-1) L'Administration Pénitentiaire française

L'AP, avec la police et la gendarmerie, assure d'une part la sécurité de la société en surveillant les personnes qui lui sont confiées et en luttant contre la récidive, et d'autre part la sécurité des personnes détenues en veillant au respect et à l'application des règles de détention (3).

Placée sous l'autorité du Garde des Sceaux depuis 1911, elle est l'une des cinq directions du ministère de la Justice.

L'AP s'articule en plusieurs parties :

- Organisation centrale : la direction de l'AP
- Les services déconcentrés : directions inter-régionales, établissements pénitentiaires (EP), service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP)
- Le service de l'emploi pénitentiaire
- L'école nationale de l'AP

Organigramme de l'administration pénitentiaire

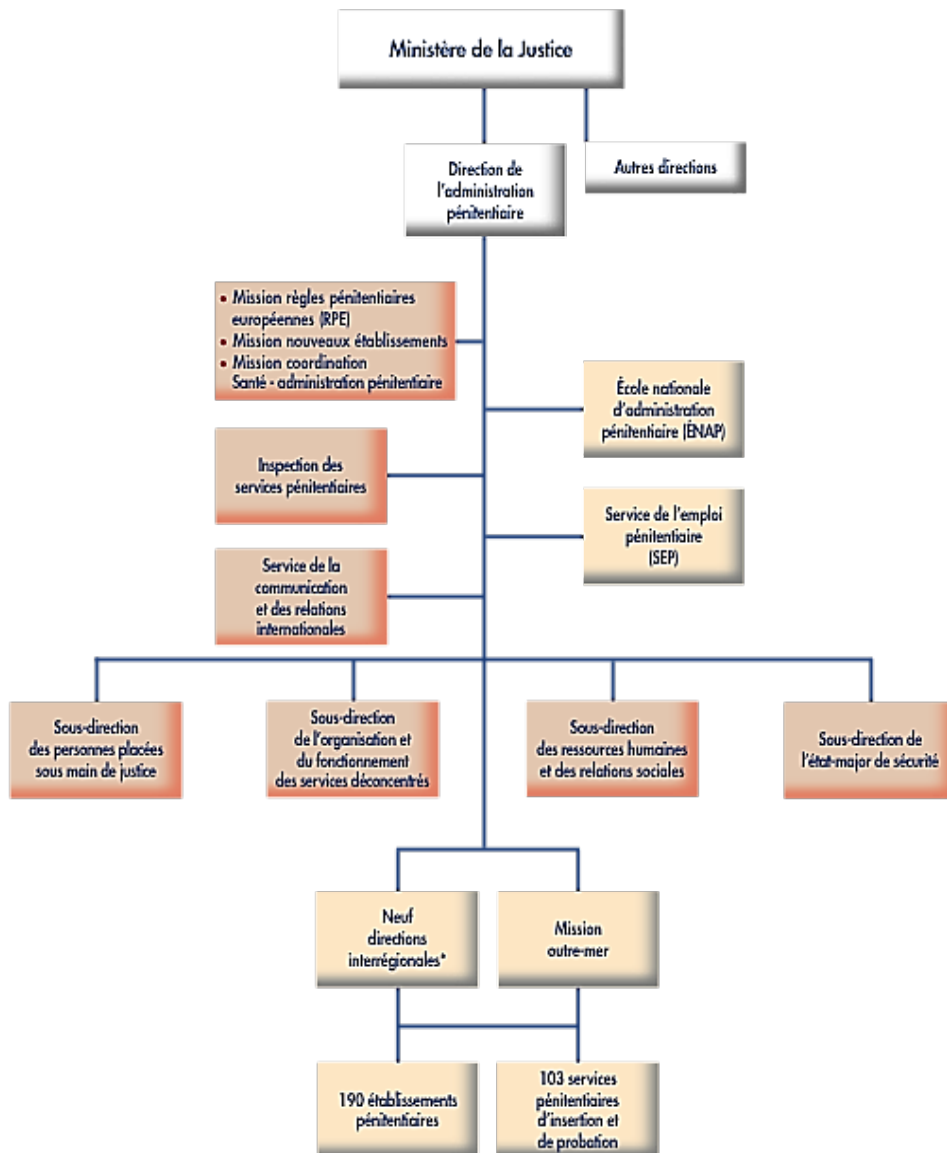


Figure 1. Organigramme de l'AP française (3)

1) Exécution des peines

L'écrou désigne l'acte par lequel est établie la prise en charge par l'AP des personnes placées en détention provisoire ou condamnées à une peine privative de liberté. La première mission de l'AP est la participation à l'exécution des peines des personnes placées entre les mains de la justice. Selon leur statut judiciaire, les personnes écrouées peuvent être prévenues ou condamnées :

- La personne « prévenue » est placée en détention provisoire ou sous contrôle judiciaire dans l'attente de son jugement, ou alors jugée mais n'ayant pas épuisé ses voies de recours.
- La personne « condamnée » a fait l'objet d'une condamnation pénale devenue définitive, ses voies de recours étant épuisées.

Les mesures sont prononcées avant ou après le jugement, et sont exécutées en milieu fermé dans les prisons en établissement pénitentiaire, ou en milieu ouvert avec ou sans enfermement préalable dans un service pénitentiaire d'insertion et de probation.

En 2021, le territoire français compte 186 EP et 103 SPIPs (4).

a) Les EP en France

Les EP dépendent de neuf Directions Inter-Régionales des Services Pénitentiaires qui animent, contrôlent et coordonnent leur activité : Bordeaux, Centre-Est-Dijon, Est-Strasbourg, Lille, Lyon, Marseille, Paris, Rennes et Toulouse pour la métropole ainsi que d'une mission des services pénitentiaires d'Outre-Mer regroupant: Guadeloupe, Guyane, Martinique, Mayotte, Nouvelle-Calédonie, Polynésie Française, Réunion et Saint-Pierre-et-Miquelon.



Figure 2. Organisation de l'AP sur le territoire français en 2021 (5)

a.1) Les milieux fermés

Les centres pénitentiaires sont des établissements mixtes, destinés à l'accueil des peines privatives de liberté pour les personnes majeures. Ils comprennent au moins deux quartiers différents, en fonction du type de population pénale hébergée :

- Les Maisons d'Arrêt (MA): au nombre de 81, elles reçoivent les personnes prévenues ainsi que les personnes condamnées dont la peine ou le reliquat de peine n'excède pas deux ans. Il en existe au moins une par département.
- Les Etablissements pour Peine: on en dénombre 98, ils sont divisés en plusieurs catégories :

Les Maisons Centrales (13 en France), qui accueillent les personnes détenues condamnées à une longue peine et/ou considérés comme dangereux. Le régime de détention s'axe donc à ce titre essentiellement sur la sécurité et de nombreux dispositifs sont déployés

Les Centres de Détention (25 en France), orientés vers la resocialisation, qui accueillent les personnes détenues condamnées à une peine supérieure à deux ans et présentant les meilleures perspectives de réinsertion sociale.

Les Etablissements Pénitentiaires pour Mineurs (EPM) (6 en France), destinés à l'accueil des mineurs dès l'âge de 13 ans et jusqu'à la veille de leurs 18 ans, prévenus ou condamnés. Ils s'articulent autour d'un projet éducatif personnalisé pour chaque détenu, dans le but d'appliquer les décisions de justice et d'accompagner à la réinsertion, et bénéficient donc à ce titre de personnel de surveillance et d'éducation spécialisé, avec l'intervention permanente de la Protection Judiciaire de la Jeunesse et les partenariats avec l'Education Nationale.

L'Etablissement Public de Santé National de Fresnes est un établissement sous tutelle conjointe des Ministères de la Justice et de la Santé, fonctionnant comme un hôpital-prison qui vient compléter l'offre de soins somatiques.

Il existe également des mesures d'aménagement de peines, effectuées dans des structures adaptées au sein des centres pénitentiaires. La loi du 24 novembre 2009 dite « loi pénitentiaire » prévoit que la situation de chaque personne éligible à ces mesures doit être examinée par le SPIP. La semi-liberté doit obligatoirement suivre des conditions fixées en fonction de la situation de la personne détenue (horaires des activités, indemnisation des victimes, mais également interdiction de fréquenter des personnes). Le but *in fine* est de favoriser la réinsertion socio-professionnelle :

- Les centres pour peines aménagée et centres de semi-liberté : sont destinés aux personnes condamnées bénéficiant d'une mesure de semi-liberté, ainsi qu'aux personnes condamnées dont le reliquat de peine est inférieur à un an. Ces personnes peuvent s'absenter de l'établissement durant la journée pour exercer une activité professionnelle, suivre un enseignement ou une formation, ou bénéficier d'un traitement médical.
- Le placement sous surveillance électronique, avec un bracelet électronique porté au poignet ou à la cheville, permet le contrôle à distance de la présence de la personne détenue sur un lieu, déterminé par décision de justice, en dehors de certaines plages horaires pendant lesquelles cette dernière peut exercer une activité professionnelle, d'enseignement ou de formation. (6)

a.2) Les milieux ouverts

Deux tiers des personnes placées sous la main de la justice sont suivies en milieu ouvert. Cette mesure non privative de liberté, alternative à l'incarcération, répond à une démarche axée sur la responsabilisation de la personne détenue. Le suivi peut se faire sous la forme d'un sursis avec mise à l'épreuve, de travaux d'intérêt généraux, de libération conditionnelle, d'un contrôle judiciaire ou d'un ajournement avec mise à l'épreuve. La personne détenue est placée sous le contrôle du juge de l'application des peines, et suivie à sa demande par les SPIPs, dès le jugement ou après une période de détention.

2) Réinsertion sociale

Le second rôle de l'AP est d'assurer la réinsertion sociale des personnes qui lui sont confiées. Ce rôle s'effectue par le biais des SPIPs, en milieu fermé en permettant aux personnes détenues de préparer leur sortie et de retrouver une place dans la société, et en milieu ouvert par le conseil et l'orientation vers les organismes compétents. Cette mission s'effectue en collaboration avec des partenaires publics ou associatifs en proposant aux personnes détenues des dispositifs d'insertion tels que l'hébergement, la formation, l'emploi ou le suivi médical.

A- 2) La population détenue française

Les derniers rapports du Ministère de la Santé font état d'un profil sociodémographique très différent de celui de la population générale.

Au 1^{er} janvier 2022, on compte pour la France entière 83267 personnes écrouées, dont 69448 personnes détenues (48151 condamnées, 18660 prévenues et 2637 condamnées-prévenues) et 13819 personnes non détenues (686 placées à l'extérieur et 13133 sous surveillance électronique). La densité carcérale globale, tout établissement confondu, est de 114,3%. Cette population est majoritairement masculine (seulement 3,5% des personnes détenues sont des femmes). (7)

La dernière enquête épidémiologique menée en 2003 révèle une population jeune et défavorisée : la moitié des personnes détenues avaient moins de 28 ans lors de leur arrivée en détention, près de 20% déclaraient ne pas avoir de domicile fixe et 13% ne pas disposer de protection sociale (8). Il s'agit enfin d'une population avec un faible niveau éducatif : plus de 11% des personnes détenues sont illettrées, le niveau baccalauréat est obtenu chez moins de 5% de la population carcérale et 3% sont diplômées de l'enseignement supérieur contre, respectivement, 13% et 19% dans la population en générale (9).

	Au 1 ^{er} janvier 2021	Au 1 ^{er} janvier 2022		Au 1 ^{er} janvier 2021	Au 1 ^{er} janvier 2022
Part de femmes parmi les écroués	3.6%	3.5%	Part des mineurs parmi les écroués	1.0%	0.8%
¹ hors places mineurs					
Descriptif de l'occupation des établissements au 1^{er} janvier 2022					
Type d'établissement ou quartier	Densité carcérale	Etablissements ou quartiers	Etablissements ou quartiers avec une densité >= 120%	Détenus dont la densité de la structure >= 120%	
MA/QMA (1)	134.7%	131	90	37 374	
CD/QCD	92.4%	67	2	450	
MC/QMC	78.2%	13	0	0	
CPA/QPA	63.3%	9	0	0	
EPM/QM	53.4%	52	1	4	
CNE	34.9%	4	0	0	
EPSN	67.9%	1	0	0	
CSL/QSL	65.4%	32	0	0	
Total France entière	114.3%	309	93	37 828	
¹ hors places mineurs					
Type d'établissement ou quartier	Détenus	Places opérationnelles	Places libres	Détenus en surnombre	
MA/QMA (1)	47 030	34 925	310	12 415	
CD/QCD	18 663	20 198	1 668	133	
MC/QMC	1 676	2 142	466	0	
CPA/QPA	387	611	228	4	
EPM/QM	613	1 147	535	1	
CNE	59	169	112	2	
EPSN	57	84	27	0	
CSL/QSL	963	1 473	516	6	
¹ hors places mineurs					

Figure 3. Descriptif de l'occupation des établissements pénitentiaires au 1e janvier 2022 (10)

Courbes d'évolution mensuelle des personnes détenues depuis 2017

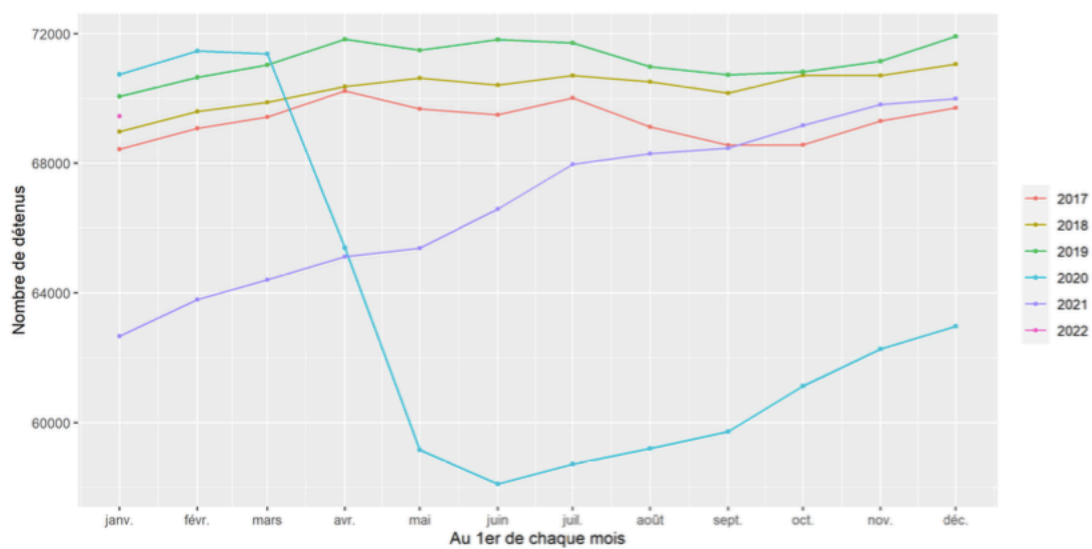


Figure 4. Evolution des effectifs de personnes détenues depuis 2017 (10)

B- Le soin en détention

Le soin en EP est une notion contemporaine: dès le début du xx^e siècle G. Clemenceau énonce que la prison doit être « une maison de guérison ». Il faut attendre la période de l'après-guerre pour que ce principe soit mis en œuvre, d'abord avec des soins de psychiatrie, puis plus tard par des soins somatiques.

B-1) Principes fondateurs

1) Les réformes Amor

Au lendemain de la Seconde Guerre Mondiale, les prisons et les asiles sont surpeuplés et endommagés ; de nombreux malades mentaux sont morts de mauvais traitements dans ces asiles. Paul Amor, alors directeur général des services pénitentiaires du ministère de la Justice engage une série de réformes à l'origine de la réorganisation de l'AP et élabore de nouvelles orientations visant principalement à rappeler les fonctions de la peine privative de liberté, qui ne doit pas priver l'individu de sa dignité et de son droit fondamental de réintégrer la société.(11)

Le 9 décembre 1944, la commission des réformes pénitentiaires institutionnalise la notion de soins en milieu carcéral et une nouvelle structure, sous l'autorité de l'AP, est fondée en 1947 : le service social et médico-psychologique des prisons, ayant un rôle de dépistage et de signalement des troubles psychiatriques.

2) Le CPP de 1958

Les principes énoncés par les réformes Amor sont consolidés par le code de procédure pénale en 1958. Ainsi, l'article D395 du CPP officialise l'existence de consultations d'hygiène mentale dans les M.A., et l'article D397 l'existence des services psychiatriques. Les médecins psychiatres et infirmiers exerçant dans ces structures sont recrutés par l'AP.

La notion de consentement libre et éclairé pour tout acte de soin sur la personne détenue est également retranscrite. Enfin, pour l'hospitalisation en psychiatrie des personnes détenues, le

CPP pose la notion de l'incompatibilité entre aliénation mentale et prison dans l'article D398, l'idée étant de séparer le crime de la folie.

Par la suite, des actions de promotion de dispensation des soins somatiques et psychiatriques en prison sont entreprises dès 1972. Le contrôle sanitaire des établissements pénitentiaires, jusqu'alors effectué par l'AP, est confié en 1984 à l'Inspection Générale des Affaires Sanitaires et Sociales, puis par la suite au Ministère de la Santé. Le corps médical devient alors indépendant de l'AP, tout en restant soumis aux règles de sécurité en vigueur en EP.

3) Loi du 18 janvier 1994

Dans les années 1990, les prisons françaises font face à la surpopulation carcérale et le vieillissement de leurs résidents condamnés à des peines de longue durée. La situation sanitaire est alarmante : en 1993, 10% des personnes détenues sont séropositives au Virus de l'Immunodéficience Humaine, 15% sont usagers de drogue intraveineuse, 30% ont une dépendance à l'alcool et 80 % fument plus d'un paquet de cigarettes par jour, 1 personne détenue sur 5 souffre de troubles psychologiques et 80 % nécessitent des soins dentaires. (12) Face à l'urgence, la loi du 18 janvier 1994, relative à la santé publique et à la protection sociale, est votée et transfère au service public hospitalier la prise en charge médicale des personnes écrouées. Les Unités de Consultation en Soins Ambulatoires - depuis appelées Unités Sanitaires en Médecine Pénitentiaire (USMP) - destinées aux soins somatiques, sont créées, offrant ainsi aux détenus un accès aux soins comparable à celui en milieu libre. Toujours dans un souci d'égal accès aux soins, cette loi rattache les détenus et leurs ayants-droits au régime général de la sécurité sociale, par le biais d'une dotation budgétaire du ministère de la Justice versée aux caisses d'assurance maladie. (13)

L'offre de soins somatiques sera par la suite complétée par l'ouverture des Unités Hospitalières Sécurisées Interrégionales (UHSI), suite à l'arrêté du 24 août 2000.

B-2) La psychiatrie en détention

Dès le XIXe siècle, un régime dichotomique de l'enfermement est mis en place entre hôpital psychiatrique et EP. Si l'irresponsabilité pénale des malades mentaux est inscrite dans le corpus juridique dès l'époque romaine, l'article 64 du Code Pénal renforce ce principe en énonçant qu'« il n'y a ni crime ni délit, lorsque le prévenu était en état de démence au temps de l'action, ou lorsqu'il a été contraint par une force à laquelle il n'a pas pu résister ». La loi du 30 juin 1838 définit l'enfermement médico-administratif et les personnes dont l'état d'aliénation mentale a été avancé sont placées dans les asiles. Cet enfermement vise à éviter à ces malades, alors placés sous la tutelle de l'Etat pour être soignés, de se retrouver en prison, et présente une vocation protectrice de la société du péril potentiel causé par l'aliénation. (14). Depuis, de nombreuses questions ont été soulevées : quelle est la frontière entre la responsabilité et l'irresponsabilité de la personne au moment des faits commis ? Faut-il créer des asiles pour criminels ? *Quid* de la prise en charge des personnes nécessitant des soins psychiatriques en prison ? Pour répondre au mieux à ces problématiques, de nombreux dispositifs de soins psychiatriques ont été mis en place en détention.

1) Les Centres Médico-Psychologiques Régionaux (CMPRs)

Les CMPR sont créés par la circulaire AP 67-16 du 30 septembre 1967. Ces structures sont destinées à fournir une assistance médico-psychologique à la population pénale. Elles sont installées au sein des M.A et les établissements pour peines. Le personnel médical, néanmoins rémunéré par une structure sanitaire, est placé sous l'autorité du chef de l'EP dans lequel il exerce : de ce fait, il n'y a pas de secret médical et c'est l'AP qui décide du placement de la personne détenue dans le CMPR. (15)

La circulaire interministérielle Santé-Justice du 28 mars 1977 définit l'implantation de chaque CMPR dans la M.A la plus importante de chaque région pénitentiaire, et leur fonctionnement doit s'articuler avec les services publics de psychiatrie afin de garantir la continuité des soins. Ce texte consacre également l'autonomie professionnelle des psychiatres vis-à-vis de l'AP, qui reste responsable de la prise en charge des frais de fonctionnement des CMPR.

2) Les Services Médico-Psychologiques Régionaux (SMPRs)

Les SMPRs sont fondés en 1986, en application de la loi 85-1461 du 31 décembre 1985 relative à la sectorisation psychiatrique. Ce sont des services de psychiatrie en milieu pénitentiaire, chargés de répondre aux besoins de santé mentale des personnes détenues. Les équipes pluridisciplinaires des SMPRs (psychiatres, psychologues, infirmiers, assistantes sociales, éducateurs spécialisés, secrétaires médicales...) sont rattachées à un établissement hospitalier public.

Les missions des SMPRs sont régionales et consistent en la prévention des affections mentales en milieu pénitentiaire, la mise en œuvre des traitements psychiatriques nécessaires aux personnes détenues pouvant être maintenus en EP et la lutte contre la toxicomanie et l'alcoolisme par le biais des d'un Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA).

Les personnes détenues présentant des pathologies mentales rendant leur maintien dans l'EP impossible, peuvent être hospitalisés d'office conformément à l'article D.398 du Code Pénal après demande du psychiatre du SMPR.

La circulaire 1164 de la Direction Générale de la Santé du 5 décembre 1988, abrogée par la circulaire du 8 décembre 1994, rappelle le fonctionnement des SMPRs : le secret professionnel doit être respecté, et la pratique de la psychiatrie doit s'adapter aux contraintes liés à l'exercice en milieu carcéral. L'implantation des SMPRs dans les MAs est encouragée, tout comme les actions de santé des secteurs de psychiatrie dans les MAs dépourvues de SMPR.

3) Nouvelles politiques de santé

Dès les années 1980, la politique d'ouverture des hôpitaux psychiatriques, visant à diminuer les dépenses hospitalières, entraîne une diminution importante des capacités d'accueil et du nombre de lits des services hospitaliers. De plus, la révision du Code Pénal en 1992 redéfinit la notion du crime en permettant de condamner à des peines de prison les personnes dont le discernement aurait été non « aboli » mais « altéré » par un trouble mental au moment des faits. De ce fait, les experts psychiatres plaident davantage en faveur de la responsabilisation pénale et le nombre de personnes déclarées irresponsables pénalement diminue ; la population

carcérale croît parallèlement à la diminution des capacités d'accueil des hôpitaux psychiatriques. (16)

A la fin des années 1990 en France, plusieurs observateurs font état d'une situation catastrophique face à l'augmentation du nombre personnes présentant des troubles mentaux en prison. Le terme de « prison-asile » est souvent employé (17).

Le rapport Pradier de 1999 et le rapport du sénat de 2000 préconisent une augmentation des capacités d'accueil des Unités pour Malades Difficiles (UMD), en application de l'article D.398 où l'hospitalisation sans consentement d'une personne détenue peut être demandée par un médecin intervenant dans l'EP (18) ; cependant, ces structures, destinées à l'accueil des patients présentant une dangerosité psychiatrique, ne possèdent pas les ressources logistiques requises pour l'accueil des patients détenus. En l'absence des forces de l'ordre, c'est au personnel soignant d'assurer la sécurité de ces patients en suivant les instructions données par l'AP. De ce fait, les UMDs n'acceptent généralement de garder ces patients-détenus que pour des périodes courtes avant leur retour en détention, ce qui ne permet pas une stabilisation de la pathologie. (19)

Il fallait alors proposer une solution complémentaire, destinée à l'accueil des personnes détenues présentant une dangerosité pénitentiaire et non psychiatrique. (20)

4) Création des UHSAs

Les UHSAs voient le jour avec la loi de programmation et d'orientation de la justice de septembre 2002. Ces unités sont prévues pour les hospitalisations complètes en psychiatrie des personnes détenues, avec ou sans leur consentement. Leur ouverture est la réponse apportée aux carences du dispositif de soin proposé au moment de leur mise en place : insuffisance du nombre de lits dans les SMPRs et les UMDs, absence de couverture paramédicale nocturne pour la plupart des SMPR et un recours trop fréquent aux hospitalisations en UMD au titre de la dangerosité pénitentiaire et non psychiatrique. (21)

La loi de programmation et d'orientation de la justice de septembre 2002 prévoit en tout l'ouverture de dix-sept UHSAs sur le territoire français, soit une capacité totale de 705 places. L'arrêté du 20 juillet 2010 marque le point de départ de l'inauguration des UHSAs dites de la « première tranche ». La première UHSA en France a été ouverte en mai 2010 à Lyon- Le Vinatier. En 2012, deux UHSA ont été mises en service à Toulouse et Nancy, puis en 2013 des nouvelles structures ont été ouvertes à Villejuif, Orléans, Seclin et Rennes. Enfin, les UHSA de Bordeaux et de Marseille ont été respectivement ouvertes en juin 2016 et février 2018.

A ce jour, et dans l'attente de finalisation de ce programme, le Code de la Santé Publique (CSP) permet les hospitalisations complètes des détenus au sein des établissements de santé autorisés en psychiatrie.

B-3) Description des facteurs de risques socio-sanitaires de la population pénale

Les soins mis en place en détention s'expliquent de par le fait que la population pénale soit particulièrement vulnérable aux problèmes de santé. Près de 40% des personnes incluses dans l'enquête « Santé-Entrants » de 2003 déclarent n'avoir eu aucun contact avec le système de soins dans les douze mois précédant l'incarcération (22).

1) Psychiatrie

L'enquête publiée en 2002 par le Ministère de la santé, sur la santé mentale et le suivi psychiatrique, a révélé une surreprésentation des pathologies psychiatriques en détention : 25% des personnes détenues, en souffrent, dont au moins un trouble psychiatrique de gravité plus ou moins importante chez 55% des entrants. En 2007, les enquêtes épidémiologiques ont montré que 3,8 % des personnes sont schizophrènes (environ quatre fois plus qu'en population générale), 17,9 % présentent un état dépressif majeur (quatre à cinq fois le taux en population générale) et 12 % souffrent d'anxiété généralisée. Sur le versant addictologique, 38% des détenus présentent une dépendance aux substances illicites, et 30% sont alcoolodépendants.

(8)

2) Somatique

L'enquête PREVACAR d'octobre 2011 a montré une prévalence du Virus de l'Hépatite C et du Virus de l'Immunodéficience humaine plus importante en détention que dans la population générale (Hépatite C : 4,2% en détention contre 0,84% dans la population générale ; Virus de l'Immunodéficience humaine : 4,5 fois plus élevée en détention qu'en liberté) (23). Enfin, la demande de soins dentaires est importante, et l'état bucco-dentaire de la moitié des personnes incarcérées est jugé comme « nécessitant des soins dentaires ».

C- Les différentes unités de soin en détention

L'accès aux soins en prison est un droit imprescriptible et fondamental, inscrit dans la Déclaration Universelle des droits de l'Homme, dans la loi française, ainsi que dans les recommandations du Conseil de l'Europe depuis 1987. Son fonctionnement est encadré par les règles pénitentiaires européennes, adoptées par la France et l'ensemble des Etats membres du Conseil de l'Europe en janvier 2006.

Pour l'organisation des soins en détention, le Ministère chargé de la Santé et le Ministère de la Justice ont élaboré un guide méthodologique, qui précise les aspects législatifs ainsi que les principes et modalités d'organisation des soins nécessaires pour assurer aux personnes détenues des soins de même qualité que pour la population générale, en application de la loi de janvier 1994. La version actuelle date de 2019 (24). Le code de déontologie et le secret médical s'appliquent de la même manière qu'à l'extérieur. La prise en charge sanitaire s'articule de façon dichotomique, séparant les soins somatiques des soins de psychiatrie.

C-1) Les structures destinées aux soins somatiques

1) Les USMPs

Au sein des EPs, les soins somatiques en journée sont assurés par les USMPs conformément à la loi du 18 janvier 1994. Ce sont des soins de niveau 1. Le personnel de santé exerçant dans une USMP est sous l'autorité d'un chef de service de l'hôpital.

Le personnel pénitentiaire fait également partie intégrante de ces structures, afin d'assurer la sécurité du service.

2) Les UHSIs

Les hospitalisations en soins somatiques programmées de plus de 48 heures, pour les personnes majeures et les mineurs de plus de treize ans, ont lieu dans une UHSI. Il en existe huit en France.

Les UHSIs sont implantées dans un établissement de santé public : les personnes détenues doivent donc être extraites de leur EP d'origine.

C-2) Les structures destinées aux soins de psychiatrie

1) Les soins de niveau 1

Ils sont assurés par les US de chaque EP, sous forme de consultations.

2) Les soins de niveau 2

Ces soins sont assurés par les SMPRs. Il existe vingt-huit SMPRs en France implantés dans les EPs, permettant un suivi plus soutenu des détenus souffrant de pathologie psychiatrique et ayant consenti aux soins. Le suivi se fait à temps partiel, *via* des consultations médicales, mais

également par des entretiens individuels ou de groupe, des activités de médiation et d'expression.

3) Les soins de niveau 3

Ce sont les soins nécessitant une hospitalisation à temps complet. Il existe plusieurs établissements prévus à cet effet :

- Dans un service de psychiatrie générale d'un établissement de soin, sans consentement obligatoire (SDRE). La responsabilité du patient est donc transférée à l'établissement où se trouve le patient.
- Dans une UHSA : avec ou sans consentement du patient. Les lieux sont sécurisés par l'AP.

(20)

D- L'exercice pharmaceutique en milieu pénitentiaire

D-1) La PUI

Les missions de la pharmacie d'un EP sont les mêmes que celles de la PUI, telles que définies dans le CSP : gestion, approvisionnement, vérification des dispositifs de sécurité ; préparation, contrôle, détention, évaluation et dispensation des médicaments et dispositifs médicaux stériles. Elle doit également mener des actions de pharmacie clinique et de promotion du bon usage des produits de santé, et concourt à la pharmacovigilance et à la matériovigilance (25).

D-2) Prise en charge thérapeutique des unités sanitaires par la PUI

Le circuit du médicament en EP est le même que pour les autres services. Ce circuit est défini par l'arrêté du 31 mars 1999, modifié par l'arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé du CSP (26).

Cet arrêté mentionne une prescription, une validation et une dispensation individuelle et une vérification à chaque étape. Cependant, la mise en pratique de ces exigences présente certaines particularités, de par le contexte hors-norme que représente l'exercice en milieu carcéral : dichotomie prononcée entre les soins somatiques et psychiatriques, rapport complexe au médicament de la personne détenue (forte demande, risque de mésusage important), confidentialité des traitements et la préparation à la sortie difficiles. Leur application varie d'un EP à l'autre, selon les moyens humains (personnel présent sur place) et matériels (particulièrement le développement de l'informatisation des prescriptions) mis à disposition (27).

La prise en charge thérapeutique se décompose en un axe « clinique » en trois étapes (prescription, dispensation, administration) et en un axe « logistique » comportant l'achat des médicaments et l'approvisionnement de la PUI et des Unités de Soins (US).

1) Le circuit clinique

a) La prescription

La prescription est un acte médical, établie au contact du patient en intégrant des données cliniques et paracliniques (historique et antécédents, examen clinique, explorations complémentaires, information...). La liste des personnes habilitées à prescrire doit être définie, actualisée et communiquée à la pharmacie avec leurs signatures.

La prescription médicamenteuse peut être informatique ou rédigée sur un support papier. Elle doit contenir l'ensemble des items réglementaires concernant l'établissement, le service, le patient, le prescripteur, les médicaments prescrits. Cette prescription tient également compte du choix du médicament ou du dispositif médical stérile (prise en compte du risque de

mauvaise utilisation ou de mésusage, de la physiopathologie...), de la voie d'administration, du respect du Résumé des Caractéristiques du Produit et du dosage (le plus faible pouvant atteindre l'effet recherché).

La prescription médicamenteuse se fait dans la mesure du possible en fonction du livret thérapeutique de l'établissement de soins. Lorsque la prescription est informatisée, celle-ci s'effectue *via* un logiciel d'aide à la prescription, qui permet d'orienter le prescripteur vers les produits de santé disponibles au livret thérapeutique et en dotation dans le service de soins.

b) La dispensation pharmaceutique

La dispensation est un acte pharmaceutique associant analyse pharmaceutique de l'ordonnance médicale, préparation éventuelle des doses à administrer et mise à disposition des informations et les conseils nécessaires au bon usage du médicament ou du dispositif médical délivré. Cette analyse s'inscrit dans une démarche qualité : c'est lors de cette phase que des éventuelles erreurs de prescriptions peuvent être détectées, pouvant entraîner une mauvaise thérapeutique.

Le modèle intégratif de la pharmacie clinique définit la dispensation pharmaceutique comme une prestation de type 1 : cela signifie que ce type de prestation concerne tous les patients et doit être réalisé quel que soit le type de structure. (28)

L'analyse pharmaceutique, telle que définie par l'arrêté du 6 avril 2011 comprend l'analyse règlementaire (veiller à ce que rien n'interdise la délivrance de la spécialité prescrite) et pharmacologique (prévenir toute interaction et en les confrontant au dossier patient) de l'ordonnance. Elle fait partie des missions de pharmacie clinique introduites par l'ordonnance n°2016-1729 du 15 décembre 2016, prise en application de l'article 204 de la loi n°2106-41 du 26 janvier 2016, et le décret n°2019-489 du 21 mai 2019, relatifs aux PUI du CSP (29).

La Société Française de Pharmacie Clinique (SFPC) a défini cinq éléments à vérifier sur toute ordonnance (30):

- le choix des médicaments
- les posologies
- les interactions (médicamenteuses, phytothérapie, automédication)

- la prévention des risques
- l'optimisation de l'utilisation des thérapeutiques

Le logigramme suivant résume les grandes étapes et les outils à disposition des pharmaciens pour l'analyse pharmaceutique :

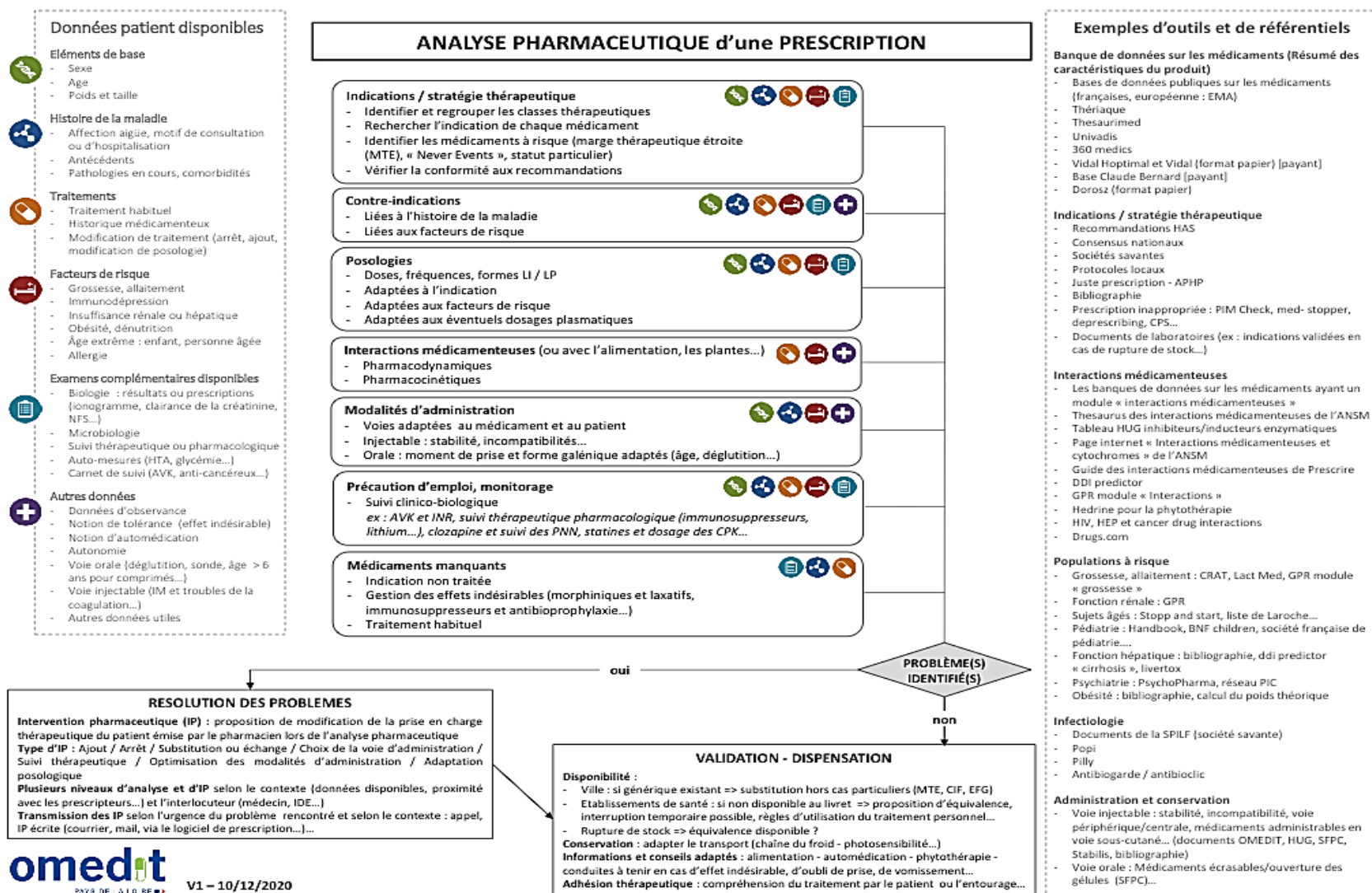


Figure 5. Logigramme « analyse pharmaceutique d'une prescription » (30)

Le modèle intégratif de la pharmacie clinique définit la dispensation pharmaceutique comme une prestation de type 1 : cela signifie que ce type de prestation concerne tous les patients et doit être réalisé quel que soit le type de structure. (28)

Les différents niveaux d'analyse sont résumés dans le tableau suivant :

Niveaux d'analyse pharmaceutique

Type	Contexte	Contenu	Éléments requis
Analyse niveau 1: Revue de prescription	Patient connu, sans point d'intérêt clinique nouveau	Choix et disponibilité des produits de santé, posologies, contre-indications et interactions principales.	Ensemble des prescriptions, renseignements de base sur le patient
Analyse niveau 2: Revue des thérapeutiques	Patient connu, situation en évolution	Choix et disponibilité des produits de santé, posologies, contre-indications et interactions principales. Adaptations posologiques, liens avec résultats biologiques, évènements traceurs.	Ensemble des prescriptions, renseignements patient, données biologiques.
Analyse niveau 3: Suivi pharmaceutique	Nouvelle admission d'un patient, évolution en cours et issues non établies	Choix et disponibilité des produits de santé, posologies, contre-indications et interactions principales. Adaptations posologiques, liens avec résultats biologiques, évènements traceurs. Respect des objectifs thérapeutiques, monitoring thérapeutique, observance. Liens avec conciliation, conseil et éducation thérapeutique.	Ensemble des prescriptions, renseignements et dossier patient, données biologiques, historique médicamenteux, objectifs thérapeutiques.

Tableau 1. Les différents niveaux d'analyse pharmaceutique définis par la SFPC (31)

La préparation concerne la délivrance des médicaments et autres produits de santé, et peut être globale à l'US, par renouvellement d'une dotation préalablement définie par le pharmacien et le médecin responsable de l'US, nominative pour un patient, ou globalisée à partir d'un ensemble d'ordonnances.

c) L'administration

L'administration des traitements par le personnel qualifié (Infirmiers Diplômé d'Etat (IDE), médecin) repose sur un enchaînement d'étapes : prise de connaissance de la prescription, la planification, préparation, identification du patient, remise du traitement couplée à l'information, administration à proprement dit, traçabilité et surveillance thérapeutique du patient. Dans les EPs, il s'agit d'un processus ambulatoire et non hospitalier car l'administration des traitements est réalisée lors d'une consultation, le patient sous écrou n'étant pas un patient hospitalisé.

La remise des thérapeutiques s'effectue à l'US ou en cellule, directement au patient. Elle est effectuée par un infirmier accompagné de l'AP à des horaires garantissant la sécurité du personnel soignant. Cette distribution se fait selon un rythme prenant aussi en compte l'autonomie du patient pour prendre son traitement. C'est également lors de l'administration que le l'IDE délivre les informations nécessaires à la bonne observance des traitements. (32)

La personne détenue peut garder à sa disposition, les médicaments, matériels et appareillages médicaux prescrits par le médecin de l'EP (sauf décision individuelle du chef d'établissement motivée par des raisons d'ordre et de sécurité).

2) Le circuit logistique

a) *L'achat des médicaments et des dispositifs médicaux*

Les établissements de santé disposant d'une PUI achètent 95% de leurs médicaments et dispositifs médicaux directement auprès des laboratoires pharmaceutiques. Ces achats se font dans le respect d'une procédure d'appel d'offre régie par le code des marchés publics. Afin de limiter les coûts, les achats se font par groupements : nationaux, par le biais de la centrale d'achats UniHA, ou *via* des Groupements Hospitaliers de Territoire. L'établissement de santé peut également choisir d'ouvrir ses propres marchés, par exemple lorsqu'il estime que le contenu d'un appel d'offre ne répond pas à sa demande. Seulement 5 % des achats des PUI sont effectués auprès des grossistes-répartiteurs, essentiellement pour des dépannages ou des compléments non prévus par les appels d'offres. Les PUI des établissements de santé ne délivrent les médicaments qu'aux patients hospitalisés ou résidants dans ces établissements.

Les médicaments et dispositifs médicaux fournis par la PUI sont ceux appartenant au livret thérapeutique de l'établissement, qui comprend l'ensemble des produits de santé définis comme indispensables à la prise en charge du patient par la commission des Médicaments et des Dispositifs Médicaux Stériles de l'établissement. Il est régulièrement mis à jour et tenu à disposition de tous les professionnels de santé. (33)

En EP, les modalités de gestion du traitement personnel des personnes détenues sont les mêmes que dans les autres services hospitaliers, ce qui signifie qu'aucun médicament en dehors de ceux auront été prescrits dans l'établissement ne peut être laissé à disposition. Néanmoins, afin d'assurer la continuité des soins et garantir la sécurité du patient, le prescripteur et la pharmacie peuvent formuler une demande auprès du service central des achats, à la manière d'un « achat ponctuel », dans les cas où un patient bénéficierait à l'extérieur d'un traitement hors livret pour lequel il n'y a pas d'équivalence stricte, ou dans le cas d'une initiation de traitement habituellement administré dans des services d'hospitalisation et ce afin d'éviter l'extraction du patient.

b) Approvisionnement de la PUI et des US

Le directeur de l'Agence régionale de l'Hospitalisation désigne, pour chaque EP, l'établissement public de santé en charge des soins. Conformément à l'article R. 5104-13 du décret du 26 décembre 2000 du CSP, les EP comptant plus de 1000 personnes détenues ou ne pouvant être desservis quotidiennement par la PUI de l'établissement de santé désigné peuvent implanter une PUI, hors des locaux de détention. (34) Autrement, une armoire à pharmacie est installée dans un local spécifique des US et l'approvisionnement est opéré à distance par la PUI de rattachement, à condition que celle-ci n'excède pas 40 kilomètres.

L'approvisionnement en produits « entrants » dans l'EP doit se faire en respectant les règles de sécurité d'approvisionnement et de stockage de ces produits.

Le transport des médicaments entre la PUI et les US doit se faire dans des conditions d'hygiène et de sécurité permettant notamment de respecter le maintien des températures pour les produits thermosensibles, de garantir la sécurité par un système de fermeture approprié et d'assurer un transport rapide pour les besoins urgents. Le responsable du transport des médicaments, entre la pharmacie à usage intérieur et les unités fonctionnelles ou leur équivalent, est identifié. (35)

Cette présentation de l'organisation du système pénitentiaire français et des différentes structures destinées à l'accueil des personnes-détenues a permis d'aborder la façon dont s'organise le soin en milieu carcéral. Les besoins en santé de la population carcérale, supérieurs à ceux de la population générale, permettent de comprendre les enjeux derrière l'existence des différentes structures de soin présentes en détention, dont la pharmacie est un acteur à part entière.

Dans une prochaine partie, nous allons étudier l'application de ces principes à l'UHSA de Marseille.

II- Organisation des soins pour l'UHSA de Marseille

La seconde partie de cette thèse décrit l'organisation de la prise en charge thérapeutique pour l'UHSA de Marseille. Dans un premier temps, nous allons présenter cette UHSA, son fonctionnement ainsi que sa position au sein de Centre Pénitentiaire de Marseille (CPM). Nous reviendrons sur la prestation pharmaceutique qui avait été mise en place au moment de son ouverture, puis nous expliquerons comment cette prestation a été optimisée, au travers des différentes actions menées pour satisfaire aux exigences relatives à l'exercice du soin en détention.

A- Généralités

L'AP-HM assure la prise en charge sanitaire des personnes détenues de la région Provence Alpes Côte d'Azur (PACA)- Corse depuis la loi de janvier 1994.

A-1) Le CPM- Les Baumettes

Le CPM s'articule en différentes parties :

- une MA d'hommes, comprenant deux quartiers de détention, un quartier arrivant, un quartier d'isolement et un quartier disciplinaire
- une MA pour femmes, comprenant un quartier de détention, un quartier arrivant, un quartier d'isolement et un quartier disciplinaire, un quartier pour mineures et un secteur « nursery » destiné aux femmes enceintes et jeunes mamans, ainsi qu'un centre de détention.
- Une Structure d'Accompagnement à la Sortie pour les détenus de sexe masculin.

La prise en charge sanitaire se fait au sein du CP, et se partage entre les soins somatiques et les soins psychiatriques.

1) Les soins somatiques

Le service des USMPs appartient au pôle n°11 « Psychiatrie, Médecine, Addictologie en Détention – Médecine Légale » (PMAD-ML) de l'AP-HM. Il est situé hors des bâtiments de détention et se compose de deux infirmeries (une chez les hommes et une chez les femmes), trois cabinets dentaires, une salle de radiologie, un cabinet d'ophtalmologie et une salle de kinésithérapie. Les US sont ouvertes tous les jours de la semaine. Le week-end et les jours fériés, un médecin du service et une équipe infirmière assurent un service de garde pour les soins durant les heures d'ouverture; en dehors, la continuité des soins est assurée par le centre 15.

L'hospitalisation programmée pour des soins somatiques d'une personne détenue se fait après formulation de la demande par le médecin référent, et l'extraction vers l'UHSI (située à l'Hôpital Nord de Marseille et dépendant entièrement de cette structure, sur le plan médical et pharmaceutique) est gérée par l'AP. Si le plateau technique de l'UHSI n'est pas adéquat (par exemple, si le patient nécessite une dialyse en service néphrologie, pour certaines imageries...), l'extraction a lieu vers l'établissement de soins concerné.

2) Les soins psychiatriques

Le SMPR appartient également au pôle n°11 de l'AP-HM. Il est constitué d'une unité « intra » avec les lits pour les hospitalisations de jour en psychiatrie et d'une unité « extra » dédiée aux consultations et d'un CSAPA. Comme pour les soins somatiques, chaque unité possède une équipe fixe composée de personnels médicaux et paramédicaux. Les consultations se font dans l'enceinte du SMPR.

Les hospitalisations programmées à temps complet ont lieu à l'UHSA, située au nord de la ville sur le site du centre hospitalier Edouard Toulouse. Depuis 2017, en vue de l'ouverture de l'UHSA, il n'y a plus de présence médicale et paramédicale au SMPR la nuit, y compris pour l'unité « intra ». Cette décision témoigne des besoins en hospitalisations à temps complet pour l'UHSA.

3) Le service pharmacie

Le service pharmacie du CPM appartient au pôle 24 de l'AP-HM et fait donc partie intégrante de la PUI. Elle se situe dans le même bâtiment que les US mais hors détention et est ouverte de 8 heures à 17 heures en semaine.

Le circuit des prescriptions est informatisé avec le logiciel métier Pharma© ; toutes les prescriptions sont soumises à un contrôle pharmaceutique avant la délivrance des traitements. Les soirs et week-end, la permanence pharmaceutique est assurée par l'interne de garde de la pharmacie des hôpitaux Sud de l'AP-HM.

B- L'UHSA de Marseille

B-1) Généralités sur le fonctionnement d'une UHSA

1) Généralités

Une convention, spécifique à chaque UHSA et définie dans le Code de la Santé Publique (CSP), est établie et signée par :

- le directeur général de l'établissement de santé siège l'UHSA
- le directeur de l'établissement pénitentiaire d'écrou des personnes détenues hospitalisées à l'UHSA
- le directeur de l'agence régionale de santé
- le directeur interrégional des services pénitentiaires du ressort
- le cas échéant, le directeur de l'établissement de santé auquel est rattaché le SMPR
- le préfet du département dans lequel est située l'UHSA
- le directeur interrégional de la PJJ du ressort de l'UHSA

La prise en charge d'un territoire géographique par une UHSA est définie par arrêté. En l'absence de place dans l'UHSA de rattachement, ou lorsque l'hospitalisation concomitante

de certaines personnes détenues dans une même UHSA est susceptible d'entraîner un risque majeur d'atteinte à la sécurité publique ou des personnes, l'hospitalisation peut se faire dans celle la plus proche disposant de places.

2) Modalités d'hospitalisation

Les UHSAs accueillent des personnes détenues des deux sexes, majeures et mineures, souffrant de troubles psychiatriques et nécessitant une hospitalisation à temps complet, avec ou sans consentement. Les personnes écrouées mineures peuvent être accueillies, par exception au principe pénitentiaire de séparation des personnes détenues mineures et majeures, à condition que la vigilance soit renforcée et que le projet médical soit adapté, et qu'ils puissent bénéficier d'un enseignement ou d'une formation professionnelle.

La permanence et la continuité des soins sont sous la gouverne du médecin responsable de l'UHSA.

a) L'hospitalisation en soins libres

Les soins libres sont privilégiés lorsque l'état de la personne-détenue le permet. Le médecin du SMPR établit le certificat médical et adresse la demande au médecin de l'UHSA. Le médecin du SMPR s'assure également, selon l'état de santé du patient, de solliciter auprès du directeur de l'établissement de santé, du personnel soignant pour le transport.

L'AP est en charge du transport de la personne détenue, et l'admission administrative du patient revient au directeur de l'établissement de santé. Au moment de la sortie de ce dernier, le médecin de l'UHSA informe le personnel pénitentiaire de la structure au minimum 48 heures à l'avance afin d'organiser le retour de ce dernier vers l'établissement pénitentiaire.

b) L'hospitalisation sans consentement

Une personne atteinte de troubles mentaux peut être hospitalisée sans son consentement et à la demande d'un tiers si ses troubles rendent impossibles son consentement, et si son état impose des soins immédiats nécessitant une surveillance constante en milieu hospitalier. Ce type d'hospitalisation se fait conformément à l'article D398 du CPP, et fait systématiquement l'objet d'un contrôle par le juge des Libertés et de la Détention conformément à la loi du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge. (36)

Le médecin demandeur doit établir un certificat médical circonstancié indiquant la nécessité de l'hospitalisation, qui sera ensuite transmis au préfet du département par le directeur de l'établissement de soin. L'admission dans l'UHSA sera décidée par arrêté préfectoral.

Le transport de la personne détenue et l'admission administrative dans l'UHSA incombent à l'établissement de santé siège de l'UHSA de destination. Ce transport est organisé avec l'administration pénitentiaire qui en assure l'escorte du détenu. La sortie du patient se fait sur avis d'un psychiatre intervenant dans l'UHSA et le préfet du département dans lequel est située l'UHSA prend un arrêté de levée de l'hospitalisation sans consentement.

3) Fonctionnement

Les forces de l'ordre et l'AP ne sont présentes qu'à l'extérieur du bâtiment des UHSA, de façon à assurer la sécurité en dehors des zones de soin (sas d'entrée, parloir). Le contrôle effectif des personnes détenues au sein de la zone de soin incombe donc au personnel soignant et le règlement intérieur est celui de l'établissement de soins ; néanmoins le nombre de détenus doit être communiqué à l'AP matin, midi et soir, et les équipes des UHSA possèdent une obligation de signalement au préfet, au Procureur de la République et au Magistrat en charge du dossier si l'absence irrégulière d'un patient est constatée dans l'unité. Des fouilles ponctuelles peuvent également avoir lieu.

La personne détenue est autorisée à détenir des effets personnels et des produits d'hygiène et peut obtenir des produits dont la liste est établie conjointement par l'établissement pénitentiaire et l'établissement de santé. Elle peut recevoir des visites de son entourage proche et se déplacer librement dans le service, accompagnée du personnel hospitalier.

4) Lien justice-santé

Afin d'assurer la circulation des informations nécessaires au bon fonctionnement de l'UHSA, des réunions pluridisciplinaires de travail sont régulièrement organisées entre les personnels de santé et les personnels pénitentiaires. Elles traitent des communications sur les admissions et sorties prévisionnelles de l'UHSA, des déplacements des détenus au sein et à l'extérieur de l'unité, de la transmission des fiches de liaison des détenus par le directeur de l'établissement pénitentiaire au responsable médical de l'UHSA. (37)

B-2) Présentation de l'UHSA de Marseille

L'UHSA de Marseille fait partie des UHSAs de la « première tranche ». Elle a une vocation régionale, accueillant les personnes placées sous la main de la justice (femmes et hommes, majeurs et mineurs) de la région PACA-Corse nécessitant des soins psychiatriques en hospitalisation complète. Les patients proviennent des 16 établissements pénitentiaires et des 12 centres hospitaliers de rattachement géographique de cette région. Le premier patient a été accueilli le 6 février 2018.

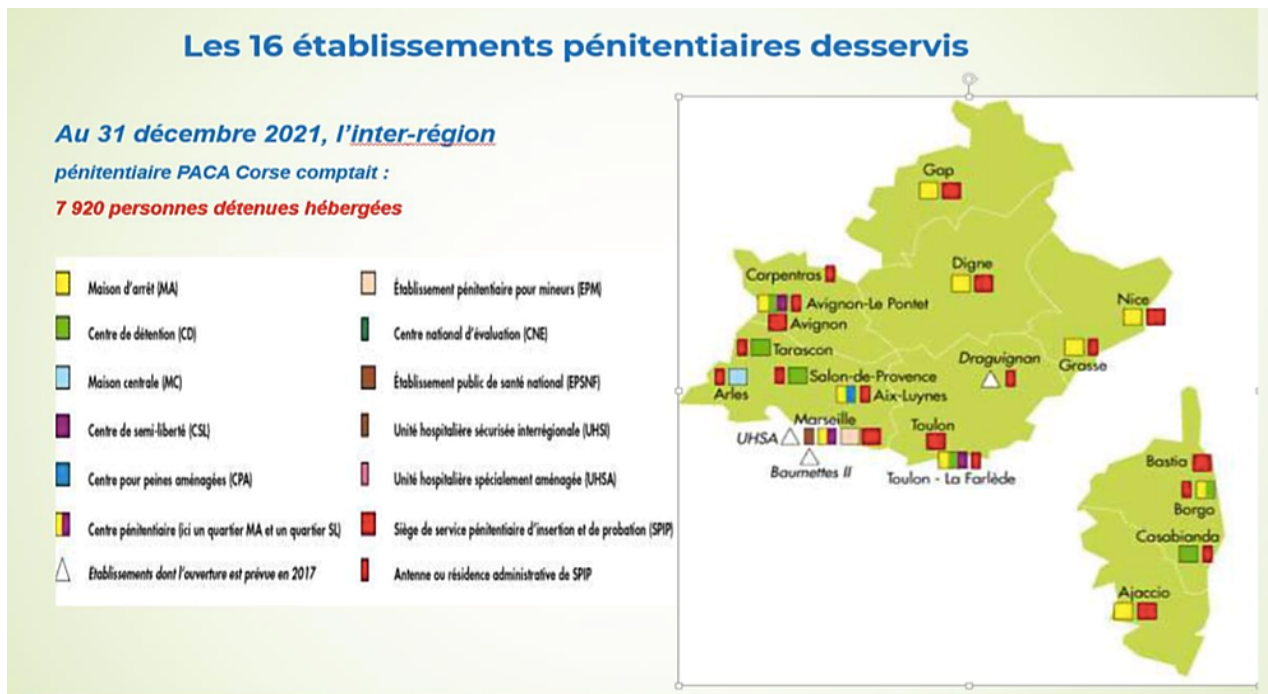


Figure 6. Cartographie des établissements pénitentiaires desservis par l'UHSA de Marseille

(38)

EP	Etablissement de santé siège du dispositif de soins psychiatriques
Aix – Luynes / Salon	C.H Montperrin
Casabianda Borgo Ajaccio	C.H Bastia Clinique Santornello C.H Castelluccio
Arles/ Le Pontet/ Tarascon	C.H Montfavet
Digne	C.H Digne
Gap	C.H Laragne
Grasse	C.H Grasse
Nice	C.H Sainte Marie
La Farlède (Toulon)	C.H Pierrefeu
Draguignan	C.H La Dracenie
EPM (La Valentine)	AP-HM
Baumettes	AP-HM

Tableau 2. Récapitulatif des 12 centres hospitaliers rattachés à l’UHSA de Marseille

Implantée sur le site du centre hospitalier Edouard Toulouse, elle est sous l’autorité de l’Hôpital Nord de Marseille pour l’organisation des soins et du CPM pour toutes les missions de sécurité. Sa situation géographique la place à proximité du plateau somatique de l’UHSI, également située sur le site de l’Hôpital Nord, ce qui facilite l’accès aux services d’urgence et aux consultations spécialisées.

1) Description des lieux

La construction s'est faite avec un budget accordé au Ministère de la Justice ainsi que d'une dotation de l'Agence Régionale de Santé. Au niveau de l'architecture, le rez-de-chaussée englobe la zone pénitentiaire, comprenant une zone greffe, une zone parloir et une zone administrative, et la zone hospitalière avec le secrétariat, le bureau des entrées, une salle de réunion et des bureaux médicaux. L'AP assure, dans le cadre de ses missions spécifiques, la sécurité périmétrique de l'UHSA ; de ce fait, l'entrée dans le bâtiment n'est possible que pour les personnes ayant été autorisées (demande spécifique ou personnel du CPM et de l'UHSA), sur présentation de la carte d'identité ou de la carte professionnelle. Au rez-de-chaussée, le contrôle des personnes se fait par passage sous un portique de détection des masses métalliques, et celui des objets est effectué sous un tunnel d'inspection à rayon X.

Les US sont situées à l'étage, et les deux premières disposent d'un patio extérieur dont l'accès est réglementé selon l'organisation des soins. Autour du patio, sont réparties les chambres, les bureaux et les espaces communs.

Au deuxième étage se situe la troisième unité ainsi qu'un pôle d'activités avec un terrain multisport et une salle d'activités. (20)

2) Etude des patients accueillis

Cette UHSA dispose d'une capacité d'accueil de 60 places. Les deux premières unités de 20 lits ont ouvert entre février et avril 2018. Une troisième unité viendra prochainement compléter la structure.

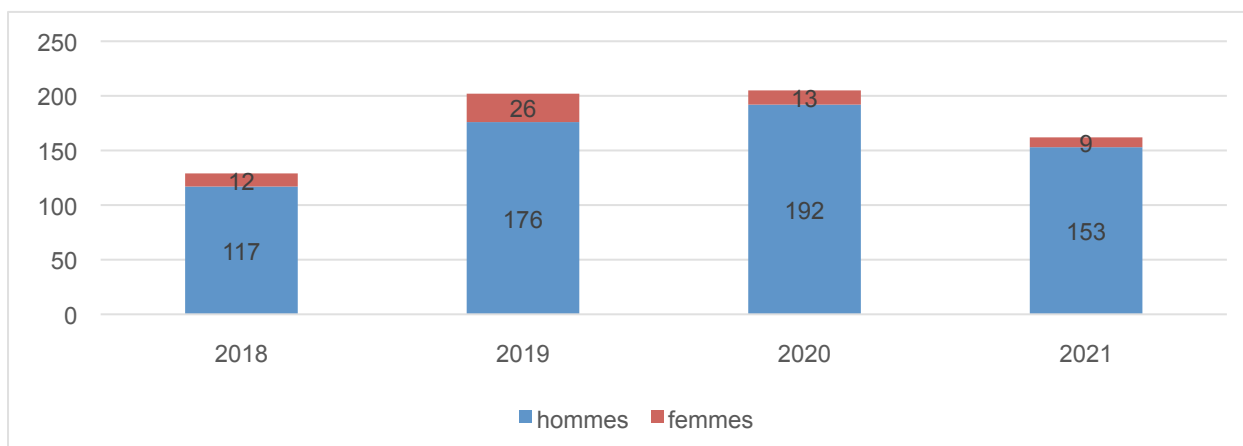


Figure 7. Evolution de la file active des patients de l’UHSA de 2018 à 2021

La première année d’ouverture, l’UHSA n’était pas totalement occupée. La file active de patient est restée stable entre 2019 et 2020 puis en légère baisse entre 2020 et 2021, notamment suite à des agressions envers le personnel en 2021.

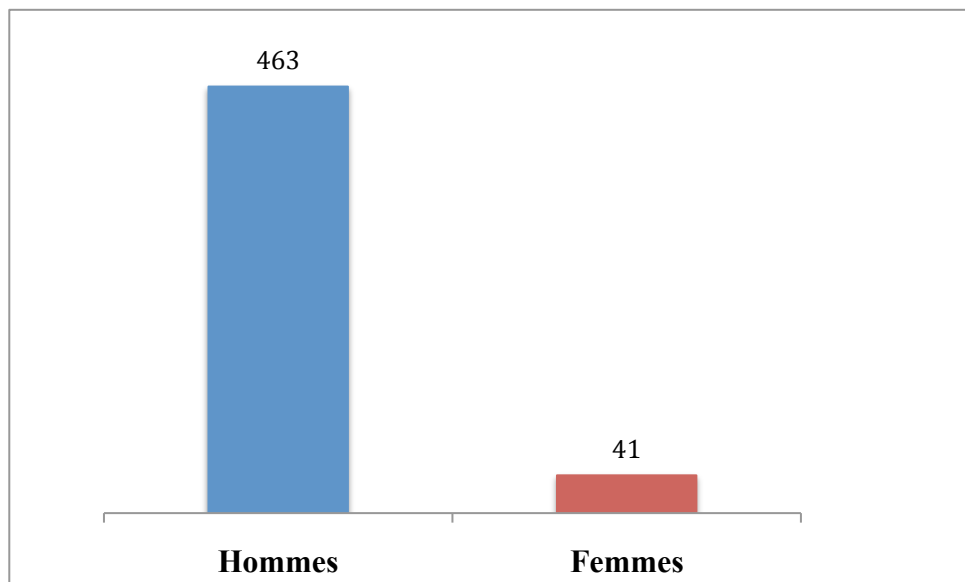
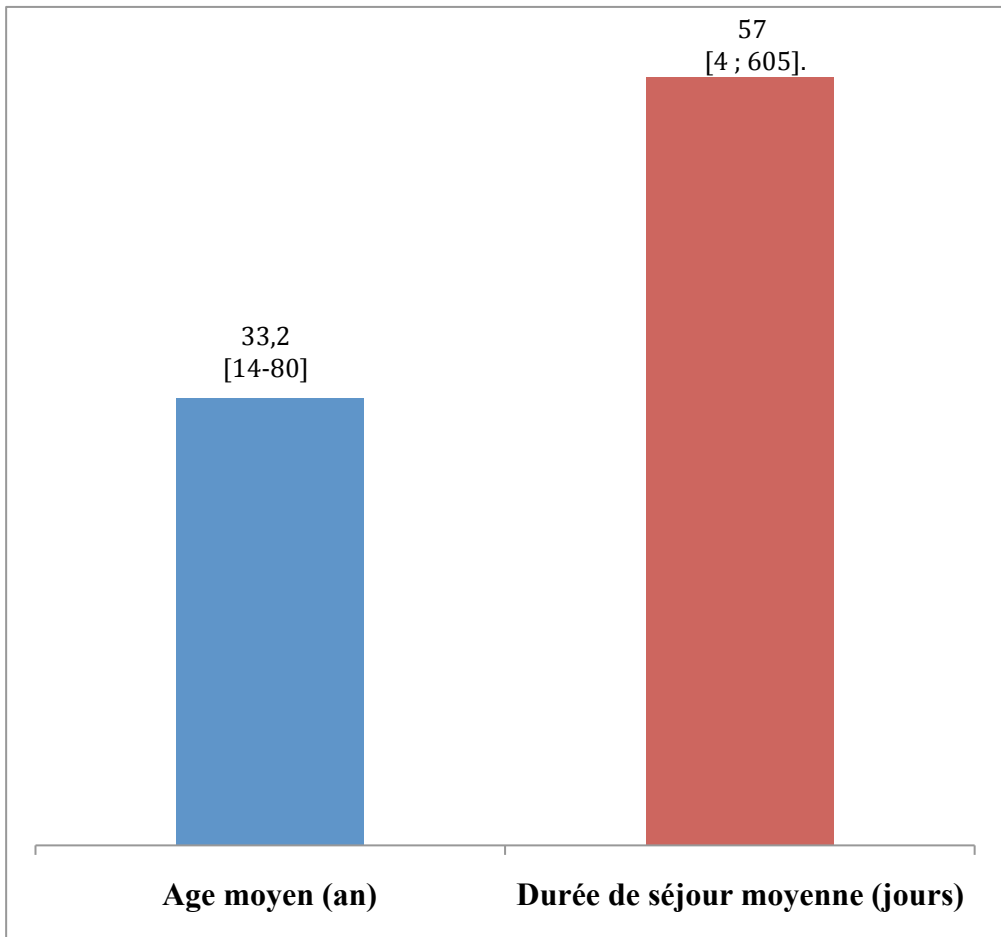


Figure 8 et 9. Caractéristiques des admissions de l'UHSA depuis l'ouverture du service

Le tableau suivant, issu d'une étude menée en 2018 sur l'UHSA de Marseille, répertorie les caractéristiques des hospitalisations par rapport au nombre total de séjours :

	Hommes		Femmes		Total	
	Effectif n=162	%	Effectif n=20	%	Effectif n=182	%
Motif d'hospitalisation						
Décompensation psychotique	75	46,3	10	50,0	85	46,7
Crise suicidaire	35	21,6	3	15,0	38	20,9
Séjour de rupture	9	5,5	2	10,0	11	6,0
Hospitalisation séquentielle	14	8,7	2	10,0	16	8,8
Syndrome anxio-dépressif	11	6,8	2	10,0	13	7,2
Décompensation maniaque	10	6,2	1	5,0	11	6,0
Évaluation psychiatrique	4	2,5	0	0	4	2,2
Passage à l'acte hétéro-agressif	2	1,2	0	0	2	1,1
Sevrage	2	1,2	0	0	2	1,1
Nombre d'hospitalisations sur la période						
1	96	78,7	5	45,5	101	75,9
2	16	13,1	4	36,5	20	15,0
3	7	5,7	1	9,0	8	6,1
4 et plus	3	2,5	1	9,0	4	3,0
Diagnostic principal CIM 10						
Schizophrénie F20.0	38	31,1	5	45,4	43	32,3
Autres troubles psychotiques F21-29	32	26,2	2	18,2	34	25,6
Trouble bipolaire F30-31	9	7,4	0	0	9	6,7
Troubles dépressifs F32-33	18	14,8	2	18,2	20	15,0
Troubles névrotiques F40-48	6	4,9	1	9,1	7	5,3
Troubles de la personnalité F60-69	16	13,1	1	9,1	17	12,8
Addictions F10-19	3	2,5	0	0	3	2,3
Modalités de soin						
SL	79	48,8	10	50,0	88	48,9
SDRE	36	22,2	2	10,0	38	20,9
SL>SDRE	8	4,9	2	10,0	10	5,5
SDRE>SL	39	24,1	6	30,0	45	24,7
Modalités d'entrée						
Hospitalisation	54	33,3	8	40,0	62	34,0
Détention	108	66,7	12	60,0	120	66,0
Modalités de sortie						
Levée d'écrou	30	18,6	2	10,0	32	17,6
Poursuite hospitalisation	1	0,6	1	5,0	2	1,1
Détention	128	79,6	17	85,0	146	80,2
Toujours à l'UHSA à la fin de l'étude	2	1,2	0	0	2	1,1

Tableau 3. Caractéristiques des principales hospitalisations à l'UHSA de Marseille en 2018

(20)

3) Fonctionnement du service

L'UHSA accueille les patients pour des hospitalisations psychiatriques à temps complet pour des soins de recours et des cas complexes, et non d'urgence *stricto sensu*. Ces soins sont assurés par une équipe soignante constituée de personnel médical et paramédical.

Les admissions sont programmées et ont lieu durant les heures d'ouverture du service, du lundi au vendredi et le samedi matin. Les psychiatres de l'UHSA consultent en semaine durant les heures ouvrables du service. En dehors de ces horaires, l'interne en psychiatrie de garde présent sur le site de l'Hôpital Nord se déplace si besoin à l'UHSA, et peut faire appel au psychiatre senior d'astreinte. Le psychiatre senior d'astreinte assure également la visite des patients en isolement et la rédaction des certificats médico-légaux pour les patients en soins sans consentement, le dimanche et les jours fériés.

Les consultations somatiques sont assurées par un médecin généraliste, présent sur le site quatre demi-journées par semaine, et le relais en dehors de ces périodes se fait par l'interne de l'UHSA.

C- Prestation pharmaceutique

La décision de rattachement de l'UHSA à la pharmacie du CPM a été prise conjointement entre les pôles Pharmacie et PMAD-ML de l'AP-HM, en collaboration avec l'Agence Régionale de Santé. Le raisonnement repose sur une logique de compétence pour être le plus efficient possible dans des domaines très spécifiques que sont la psychiatrie et le domaine de la médecine en milieu pénitentiaire, et non pas sur la situation géographique qui aurait suggéré le rattachement à l'Hôpital Nord.

La prestation pharmaceutique consiste à fournir l'ensemble des produits de santé gérés par le pôle Pharmacie, analyser et valider l'ensemble des prescriptions médicales informatisées tout en assurant le suivi pharmaceutique. Tout ceci s'inscrit dans une logique de continuité de parcours de soins de la personne détenue. A cela, s'ajoutent des missions de veille à la qualité du circuit du médicament et de contribution aux vigilances réglementaires, de pilotage et

participation des actions d'informations, de promotion et d'évaluation des produits pharmaceutiques. Le pharmacien n'est pas présent sur place mais se déplace régulièrement *in situ* pour assurer un suivi pharmaceutique.

Nous allons dans un premier temps décrire la prestation pharmaceutique qui avait été mise en place à l'ouverture de l'UHSA de Marseille.

C-1) Etat des lieux de la prestation pharmaceutique mise en place à l'ouverture de l'UHSA

1) Gestion et suivi des dotations pour besoins urgents de produits pharmaceutiques

a) Généralités

La délivrance des traitements à une US peut revêtir deux modalités: nominative, par patients, avec une fréquence journalière ou pluri-journalière, avec dispensation ou non de la totalité des médicaments prescrits; ou par délivrance globalisée de produits pharmaceutiques dans les US. La gestion des dotations de produits pharmaceutiques pour besoins urgents fait partie de la gestion de la qualité et de la sécurité de la prise en charge médicamenteuse du patient telle que définie par l'arrêté du 6 avril 2011 et les Bonnes Pratiques de Pharmacie Hospitalière (BPPH) (39). Les objectifs d'une dotation globale sont multiples : gain de temps infirmier, diminution des commandes urgentes, diminution des coûts de stockage et des périmés et renforcement de la coopération entre les services de soins et la pharmacie.

b) Elaboration des dotations de produits de santé pour les deux unités de l'UHSA

La dotation de produits de santé de l'UHSA contient l'ensemble des produits de santé (médicaments, dispositifs médicaux) adaptés à ses besoins. Elle découle d'une analyse en amont des historiques de sorties de stock avec des indicateurs (nombre de lignes de prescription, nombre de mouvements de stock) et intègre une étude des besoins logistiques du service. Cette dotation a été créée à l'ouverture de l'UHSA en se basant sur les dotations d'autres services (SMPR, services de psychiatrie des Hôpitaux Sud) et selon les besoins exprimés par les médecins. Le nombre de spécialités et les quantités allouées ont souvent été pensées en excès, dans l'optique de réévaluer la dotation par la suite et à distance de l'ouverture.

Ainsi, une dotation de produits pharmaceutiques a été élaborée pour chaque unité, avec environ 300 références.

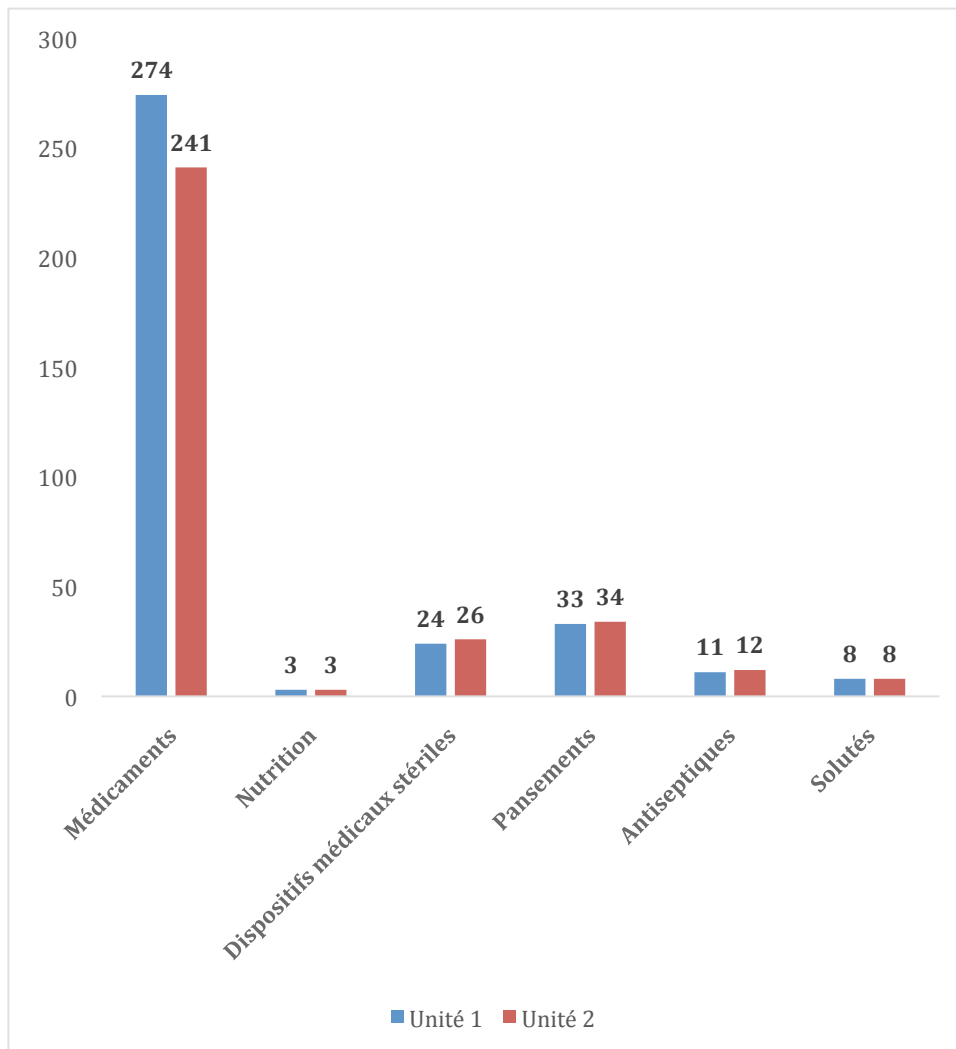


Figure 10. Descriptif des dotations actuelles des deux unités de l’UHSA

b.1) Dotation de médicaments

Les médicaments constituent la majeure partie de la dotation pour les deux unités, avec 274 références pour l'unité 1 et 241 références pour l'unité 2.

- Médicaments somatiques

Les spécialités contenues dans la dotation reflètent les pathologies les plus fréquemment rencontrées au sein de la population carcérale.

Ainsi, les classes thérapeutiques référencées sont :

- Les anti-infectieux. La molécule la plus fréquemment prescrite est l'amoxicilline, le plus souvent pour des soins dentaires
- Les médicaments de cardiologie, notamment les antihypertenseurs et les anticoagulants
- Les médicaments d'endocrinologie. L'affection la plus fréquemment rencontrée est le diabète de type 2 ; pour le traitement du diabète, une insuline lente et une insuline rapide, en stylo, sont prévues dans la dotation
- Les médicaments destinés au traitement de la douleur, dont le plus prescrit est le paracétamol
- Les médicaments antiallergiques et pour le traitement de l'asthme : le produit le plus utilisé est la cétirizine par voie orale et le salbutamol est le plus prescrit

- Les médicaments pour le traitement des troubles digestifs : de nombreuses prescriptions concernent les antispasmodiques et les inhibiteurs de la pompe à proton (pantoprazole)
- Les laxatifs et anti diarrhéiques. Les traitements laxatifs majoritairement employés pour traiter la constipation provoquée par la prise des neuroleptiques.
 - Médicaments psychotropes

Tous les patients de l'UHSA bénéficient au moins d'une molécule psychotrope parmi leurs traitements.

Concernant les médicaments prescrits, nous retrouvons :

- Les médicaments anxiolytiques et sédatifs : utilisés dans les troubles du sommeil à type de trouble de l'endormissement, les troubles anxieux renforcés par le contexte carcéral avec rupture des liens familiaux. Les formes orales les plus prescrites sont les gouttes, notamment le diazépam et l'alimémazine, pour les états d'agitation ou d'anxiété intense
- Le diazépam sous forme injectable est également fréquemment utilisé en cas de refus des formes orales.
- Les médicaments antidépresseurs. Les plus prescrits sont les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine : en 2021, un patient a été traité par la paroxétine, et un autre patient a été traité avec la duloxétine
- les médicaments neuroleptiques ou médicaments antipsychotiques atypiques : ce sont les traitements les plus prescrits de par le fait que de nombreux patients dans les deux unités présentent une symptomatologie psychotique. Le traitement le plus utilisé est la loxapine, sous forme orale sèche ou de goutte en cas de refus, ainsi que sous forme injectable en cas d'état d'agitation important.

- Une dotation de Neuroleptiques à Action Prolongée (NAP) a également été instaurée pour chacune des unités du fait que de nombreux patients nécessitent une forme retard injectable pour leur prise en charge psychiatrique. Bien qu'il ne s'agisse pas d'un traitement d'urgence, il a été décidé d'intégrer les NAP dans la dotation afin que les deux unités aient toujours ce type de traitement à disposition sur place.
- Les traitements correcteurs des effets extra pyramidaux des antipsychotiques (trihexyphenidyle, biperidène, tropatepine).
 - Autres thérapeutiques

Afin de limiter la prescription de molécules pouvant entraîner une dépendance (type benzodiazépines), plusieurs alternatives sont déjà proposées depuis déjà plusieurs années au CPM. Pour s'inscrire dans la même démarche, des tisanes à base de verveine et de tilleul sont proposées pour la prise en charge de l'anxiété et des troubles du sommeil.

b.2) Dotation de dispositifs médicaux stériles et de pansements

Cette dotation contient des aiguilles, des cathéters, des pansements, des bandes de crêpes et des gants, nécessaires à la réalisation des soins de routine.

b.3) Dotation de solutés

Cette dotation contient les solutés nécessaires aux perfusions de réhydratation communément utilisés en service de soin (glucose, chlorure de sodium, isofundine).

b.4) Dotation d'antiseptiques

Cette dotation contient les antiseptiques nécessaires pour la désinfection des mains par friction hydro-alcoolique et à la désinfection des plaies.

b.5) Dotation de gaz médicaux

L'unité 1 est dotée de trois bouteilles d'oxygène et l'unité 2 de deux bouteilles d'oxygène.

L'UHSA étant à la fois une structure hospitalière et pénitentiaire, il n'y a pas de prise murale dans les chambres des patients, comme dans les autres services d'hospitalisation. De ce fait, l'administration des gaz médicaux s'effectue dans les locaux de l'infirmierie de l'unité.

b.6) Dotation de produits de nutrition

Cette dotation contient des compléments alimentaires oraux. Ces mélanges nutritifs hyper énergétiques et/ou hyper protidiques sont prescrits dans le cadre de la stratégie nutritionnelle de l'adulte dénutri. Généralement destinés à être bus, ils peuvent également s'administrer par sonde nasogastrique.

La dotation fixe également les modalités de rangement des produits de santé et prévoit de ce fait des locaux et équipements adaptés à l'UHSA. La sécurisation des thérapeutiques s'est faite sur le même modèle que les US du CPM : rangement des traitements dans des armoires de type Zargal®, sécurisées et fermées à clés, avec séparation des traitements psychiatriques et somatiques. Un réfrigérateur est prévu pour les médicaments thermosensibles et les médicaments stupéfiants sont placés dans un coffre fermé à clé également. Ces rangements sont situés en retrait de la salle de soins, dans une zone dédiée elle-même fermée par une porte.

Le rangement des médicaments est organisé (étiquetage en vigueur) avec la DCI (première identification puis nom de la spécialité courante) ; ils doivent rester identifiables (nom de la

spécialité et/ou DCI, dosage, date de péremption et numéro de lot) avec la mise à disposition de la documentation nécessaire pour chaque médicament détenu.

2) Approvisionnement globalisé en produits pharmaceutiques

Les dotations des deux unités sont dématérialisées et disponibles sur l'application Pharma® ; il existe une dotation distincte pour les produits des chariots d'urgence des deux unités établie par l'équipe du SAMU. Pharma® possède une interface « Web » permettant à l'IDE en charge de la commande de récupérer directement la dotation au moment de générer sa commande. Cette fonctionnalité permet d'éviter la saisie manuelle des commandes et sécurise ainsi les demandes. La gestion des stocks est également assurée par l'IDE référent de chaque unité.

Après validation des commandes par l'équipe de la pharmacie du CPM (contrôle de l'adéquation entre les demandes des unités 1 et 2 de l'UHSA et les ordonnances en cours de validité pour chaque unité, vérification de la disponibilité des produits demandés), la délivrance globale des produits s'effectue depuis la pharmacie des Hôpitaux Sud à partir des stockeurs rotatifs. Chaque demande doit être accompagnée d'un bordereau récapitulatif, qui sera par la suite conservé par archivage par la Pharmacie et l'UHSA.

Les commandes sont acheminées depuis les Hôpitaux Sud vers l'UHSA par deux coursiers rattachés au pôle 11, et de ce fait sous l'encadrement de la Cadre de Santé (CS) des services médicaux et non de la pharmacie.

A l'ouverture de l'UHSA, une commande hebdomadaire pour l'ensemble des produits pharmaceutiques est passée durant le week-end par les équipes des deux unités, pour être livrée le mardi. Un réassort est également opéré le jeudi, pour être livré le vendredi. Dans le cas où un besoin supplémentaire est nécessaire, une demande en urgence est déclenchée ; elles sont assurées les jours ouvrables jusqu'à 17 heures par la pharmacie du CPM, et un relai est effectué les week-ends, jours fériés et en dehors de ces heures par la pharmacie des Hôpitaux Sud afin de garantir la continuité des soins.

3) Analyse et validation pharmaceutique des prescriptions médicales

Historiquement, les prescriptions et les Dossiers Patient Informatisés (DPI) des services de psychiatrie de l'AP-HM sont hébergés sur le logiciel Cimaise®. Cependant, dès l'informatisation des prescriptions au CPM, il a été décidé collégalement que l'ensemble des lignes de prescriptions seraient sur un même et unique support sur Pharma®, pour optimiser le circuit. Pour la continuité des soins, il a donc été acté que les traitements de l'UHSA seraient prescrits sur ce même logiciel. L'UHSA est de ce fait le premier établissement psychiatrique de l'AP-HM à prescrire sur Pharma®. Le DPI de psychiatrie demeure cependant dans Cimaise® et celui de somatique, complété par le médecin généraliste intervenant à l'UHSA, est accessible dans Cimaise® et Axigate®, toujours dans le but de garantir la continuité de l'accès aux informations aux soignants intervenant en dehors du domaine de la psychiatrie.

Pharma® possède des outils d'aide à la validation de la prescription, déclenchés dès la prescription pour alerter à la source le prescripteur. Ces outils sont à nouveau utilisés par le pharmacien lors de la validation pharmaceutique des ordonnances (Thériaque, Vidal et autres référentiels officiels). Tout le personnel habilité à prescrire sur Pharma® a au préalable été formé à son utilisation. Pharma® permet en outre une traçabilité complète de tout le circuit du médicament, et les IDEs tracent les administrations dans ce logiciel.

L'analyse des prescriptions et la validation pharmaceutique sont assurées par l'équipe des pharmaciens du CPM en temps réel pendant la semaine. Un relais est assuré par l'interne de garde de la pharmacie des Hôpitaux Sud durant les heures non ouvrables, les week-ends et les jours fériés. La transmission des informations s'effectue par le biais d'un document de suivi, faxé par l'interne de garde à la pharmacie du CPM à chaque fin de garde.

VALIDATION UHSA EN GARDE UF : 7711-7712		
Nom de l'interne :		
Date :		
<u>UF</u>	<u>Patients</u>	<u>Commentaires</u>

A faxer en fin de garde à la pharmacie des Baumettes : 44356

Figure 11. Extrait du document de suivi des prescriptions validées durant les heures non ouvrables

Pour chaque prescription, le dossier patient et son bilan biologique sont consultés, et une note à destination de l'équipe pharmaceutique, répertoriant les informations pertinentes, est formulée (cas d'un patient avec des poches de stomie : référence de ces poches ; traitement habituel avant admission...)

A cela, s'ajoute une réévaluation de l'ensemble des prescriptions des deux unités au moment de la préparation des commandes : cette organisation permet de vérifier la concordance entre

les spécialités commandées et celles prescrites, et de limiter les ruptures de traitements, plus compliquées à gérer en raison de la distance entre les établissements.

Ainsi, 3757 prescriptions ont été analysées et validées en 2021; parmi les lignes de prescription : la proportion de traitements psychotropes est de 61,4% et celles de traitements somatiques est de 38,9%.

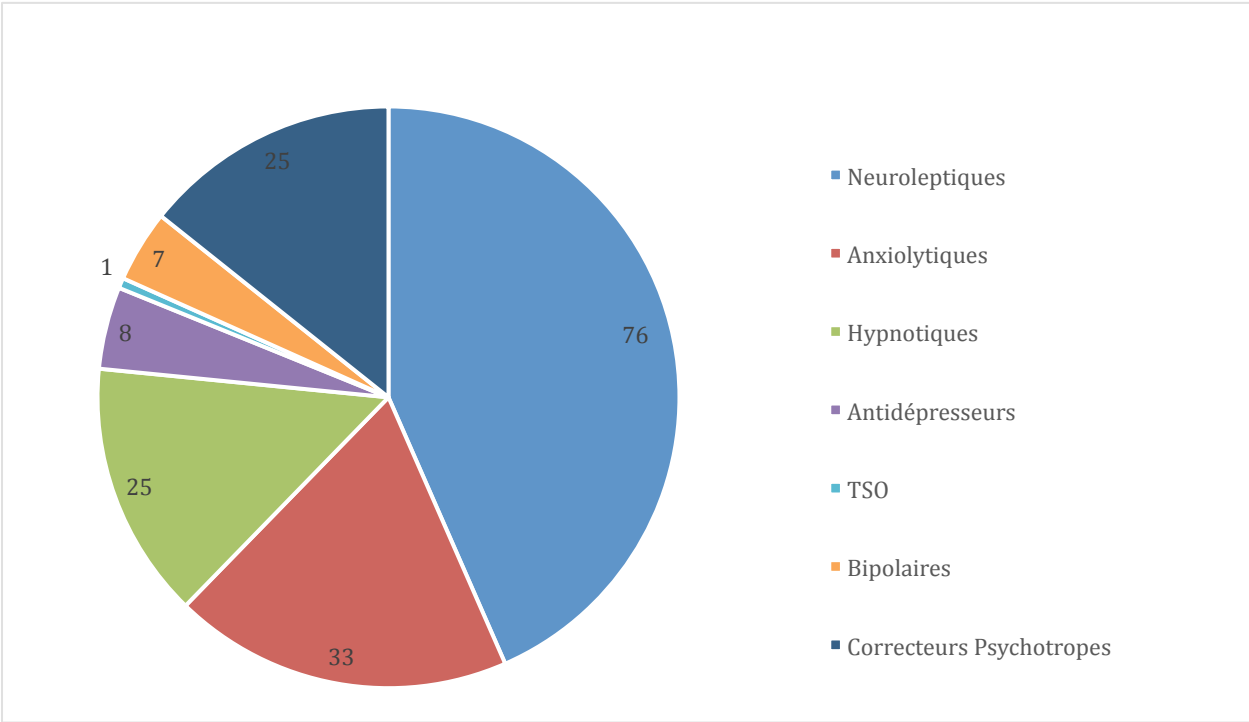


Figure 12. Lignes de traitements à visée psychiatrique par classe thérapeutique

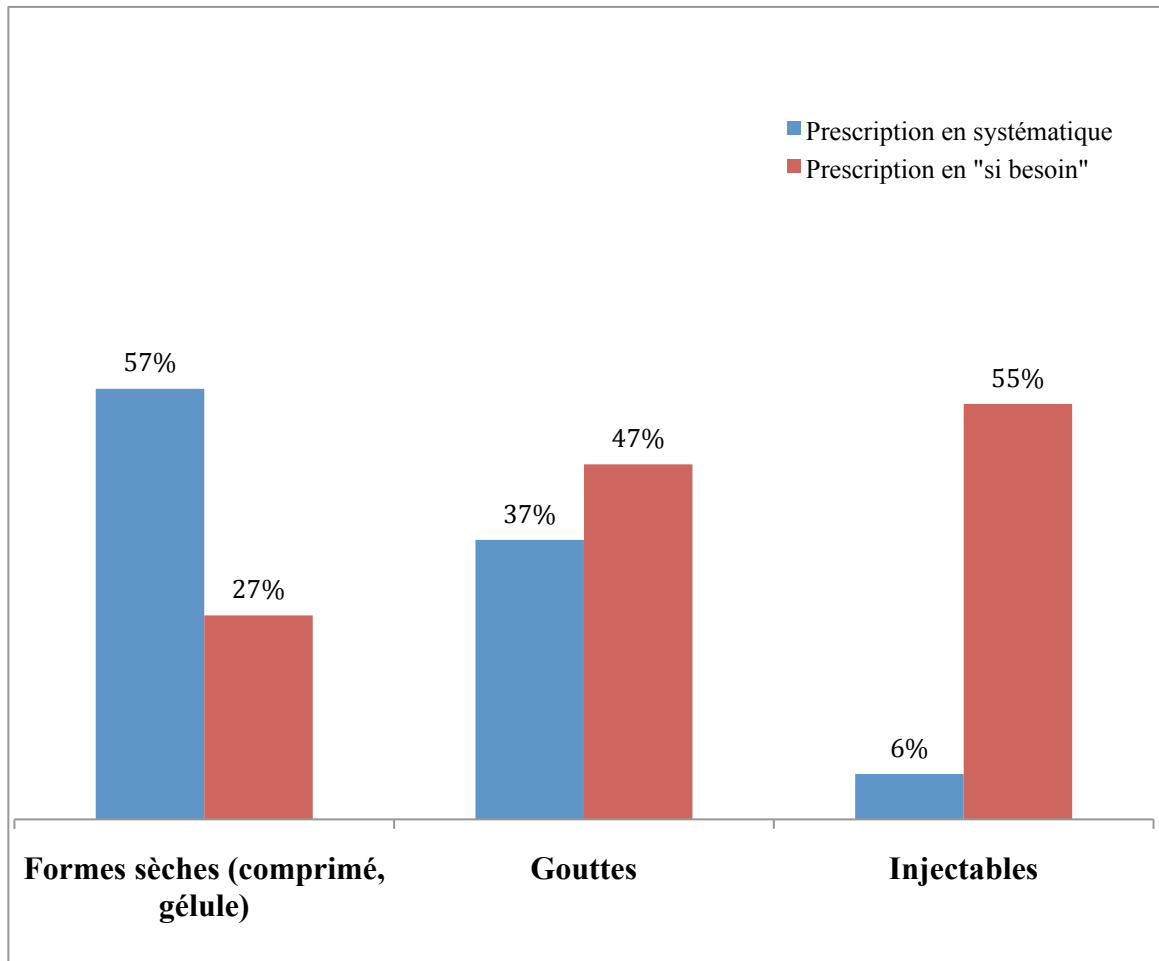


Figure 13. Prescription des présentations galéniques des médicaments à visée psychiatrique

Les traitements en gouttes sont fréquemment prescrits en cas de refus ou d'incapacité de prise d'une forme orale sèche. Les formes injectables sont généralement administrées en cas de refus des gouttes.

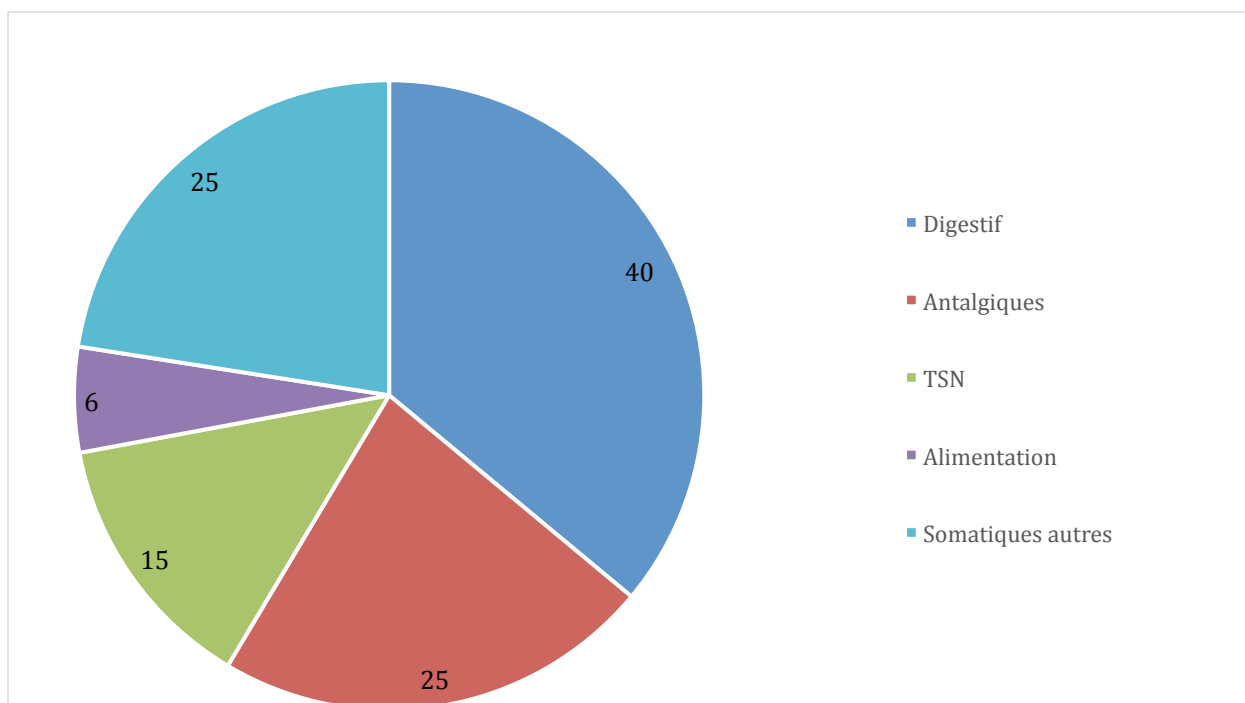


Figure 14. Lignes de traitements à visée somatique par indication

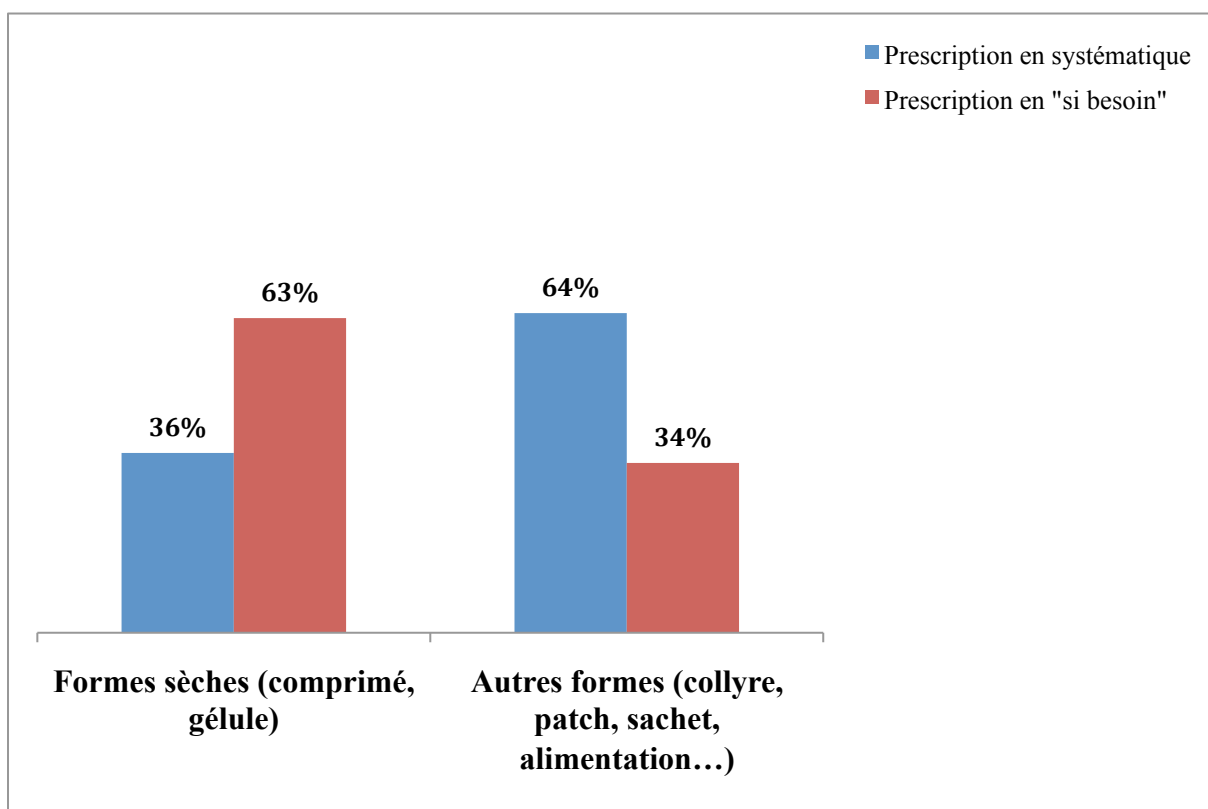


Figure 15. Prescription des différentes formes galéniques des médicaments à visée somatique

4) Vigilances- retraits de lots

La surveillance des alertes émanant de l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament, en lien avec celles provenant du Service Central de la Qualité et de l'Information Pharmaceutique de l'AP-HM, est effectuée quotidiennement par les pharmaciens du CPM, selon le même fonctionnement que celui déjà en place au CPM et à l'EPM. Aux heures ouvrables, la pharmacie du CPM assure la transmission des informations vers les unités de soins de l'UHSA ; en dehors de ces heures, la continuité pharmaceutique de gestion et suivi des vigilances est assurée par l'interne de garde de la pharmacie des Hôpitaux Sud.

C- 2) Optimisation de la prestation en place

1) Optimisation de l'analyse et de la validation pharmaceutique des prescriptions

Les patients de l'UHSA présentent une importante prise en charge médicamenteuse de par la pathologie psychiatrique et le contexte hors norme. De ce fait, un suivi approfondi des prescriptions a été instauré.

a) Réévaluation bi-hebdomadaire de l'ensemble des prescriptions

Parallèlement à la validation et à la préparation des commandes, une réévaluation de l'ensemble des prescriptions des deux unités a été instaurée deux fois par semaine, le lundi et le vendredi. Cela permet au pharmacien du CPM de vérifier l'intégralité des prescriptions des deux unités, y compris celles qui n'ont pas été réévaluées par le prescripteur dans Pharma®. En effet, les deux unités de l'UHSA sont des services d'hospitalisation, ce qui signifie qu'il n'y a pas de date de fin indiquée pour les lignes de prescription, à l'exception de certaines classes médicamenteuses nécessitant une réévaluation régulière (par exemple, les anti-infectieux).

Cette fréquence de validation assure également le suivi thérapeutique de certains médicaments dits « à haut risque » comme la clozapine nécessitant une surveillance de la numération

formule sanguine, les taux résiduels d'acide valproïque, et les inter-cures entre deux injections de NAP. Pour attester de ce suivi, une note à destination de l'équipe pharmaceutique est formulée sur Pharma® par le pharmacien validant la prescription, mentionnant les constantes biologiques du patient au moment de la validation.

b) Interventions pharmaceutiques

Les Interventions Pharmaceutiques (IPs) représentent un moyen de coordination des activités de pharmacie clinique au sein d'une US, avec un impact clinique (moyen de dialogue avec le prescripteur) et médico-économique (réduction du coût médicamenteux du service. La fiche d'IP émise par la SFPC récapitule les problèmes liés à la thérapeutique médicamenteuse, et propose un choix de résolution pour chacun des problèmes rencontrés. (Annexe 1).

En 2021 sur les 3757 prescriptions analysées et validées, 135 IPs ont été émises et 95 ont reçu une réponse de la part du prescripteur ; elles concernent 65 patients sur les 162 ayant séjourné à l'UHSA. Les autres IPs sont celles pour lesquelles nous n'avons pas eu de retour ou concernent des patients sortis avant que le prescripteur n'ait pu prendre connaissance de l'IP.

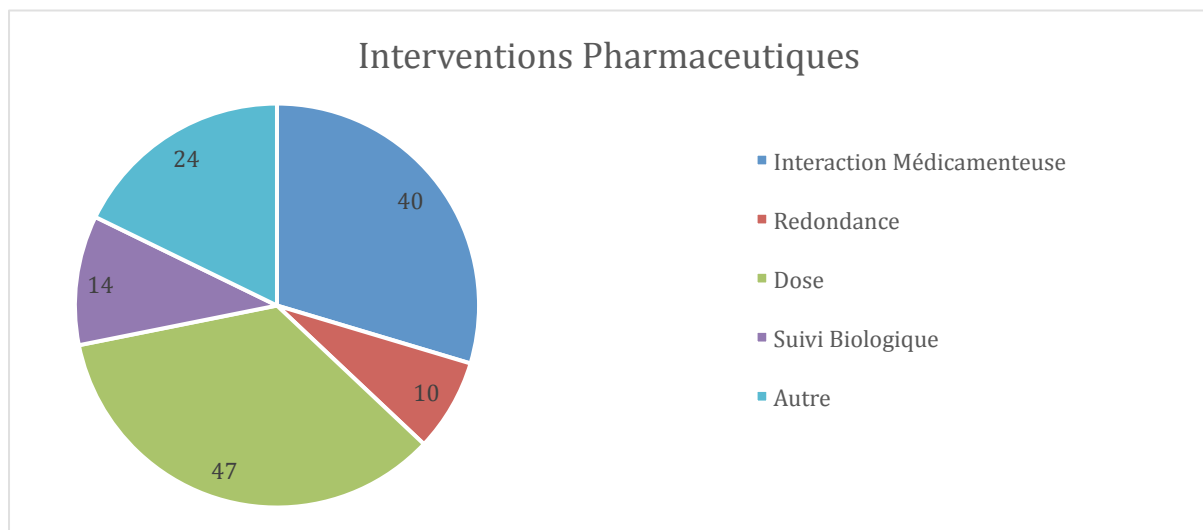


Figure 16. Répartition des différents types d'IP émises pour l'année 2021 pour l'UHSA de Marseille

Les IPs pour les prescriptions de l'UHSA sont formulées informatiquement *via* le logiciel Pharma®. Elles sont visibles pour le prescripteur par une petite étiquette rouge sur la ligne de prescription ; une fois l'IP lue, l'étiquette devient verte. Le prescripteur a la possibilité d'y répondre, et en cas d'absence de retour de sa part ce dernier est contacté par e-mail. Dans tous les cas, selon l'urgence de l'intervention (par exemple une contre-indication majeure entre deux traitements), l'IP informatique est doublée d'un appel au prescripteur.

	1h	2h	3h	4h	5h	6h	7h
Médicaments - 10 lignes							
Per-os - 10 lignes							
ALFUZOSINE LP 10 MG CPR (XATRAL) : 1 comprimé à 18.00 Voie orale (non broyable)							
ALIMEMAZINE 5 MG CPR (THERALENE) : 6 comprimé à 22.00 Voie orale (non broyable)							
CYANEMAZINE SOL BU 25 goutte à 08.00, 25 g 22.00 Voie orale	ALIMEMAZINE 5 MG CPR (THERALENE) (ALIMEMAZINE) : 6 comprimé à 22:00 Depuis le 23/06/2022 à 14:45 Voie : Voie orale (non broyable) / Mode d'adm. : (sans)						
LACTULOSE SOL BUV 1 sachet à 08.00 Voie o	Prescripteur : ██████████ Dispensation : Pas encore dispensé.						
OLANZAPINE 20 MG CP 1 comprimé à 18.00 Voie o	Avis pharmaceutique : Délivrance autorisée Opinion Pharmaceutique : [M]> maintien de la prescription ██████████ : 07/07/2022 à 11:54						
TRANSPEC 5,9 G SACH 2 sachet à 08.00 Voie o	[P]> Résolution : Maintien de la prescription (██████████) le 23/06/2022 à 15:26						
VALPROATE DE SODIUM 500 milligramme à 08.00	[P]> Problème : Surdosage ██████████ 23/06/2022 à 15:26 [P]> Poso max de théralène 2umg par prise, confirmez vous cette poso élevée: ██████████ e 23/06/2022 à 15:26						
LACTULOSE SOL BUV 15 ML (DUPHALAC) : Si besoin : dose max/prise de 1 sachet avec une période réfractaire de 4h = 2 sachet maximum par jour Voie orale							

Figure 17. Capture d'écran d'une IP formulée sur Pharma® suite à un dépassement de posologie

Les IPs les plus fréquentes sont celles concernant les « interactions médicamenteuses » entre deux molécules majorant le risque torsadogène, principalement entre les neuroleptiques. Ces associations, pour la plupart déconseillées, demandent un électrocardiogramme pour l'évaluation de ce risque, mais il arrive que l'interaction soit contre-indiquée (neuroleptique avec l'antidépresseur escitalopram par exemple). Ce type d'IP a par ailleurs conduit certains prescripteurs à mentionner la présence de l'électrocardiogramme dans le DPI.

Les « redondances » se réfèrent aux doublons de prescription : des lignes similaires, en particulier pour les traitements prescrits en « si besoin », peuvent apparaître en l'absence de mention de date de fin, émanant du même prescripteur ou d'un prescripteur différent.

Les IPs relatives aux « doses » concernent le plus souvent des prescriptions à doses supra thérapeutiques quand une même spécialité apparaît plusieurs fois (cas d'une ligne en systématique et d'une en « si besoin »). Ce surdosage peut pour certains cas être lié à la physiopathologie du patient et nécessite une adaptation de dose (cas du patient insuffisant rénal ou hépatique). Quelques autres IPs concernent des erreurs d'unité de dose prescrite entraînant un surdosage ou un sous dosage : confusion entre gouttes et unité de dose, confusion entre l'unité de mesure et l'unité de conditionnement pour les héparines (seringue/unité internationale).

Les IPs « suivis biologiques » sont formulées en cas d'absence de suivi thérapeutique pharmacologique d'un médicament, comme le lithium et l'acide valproïque avec respectivement le dosage de la lithémie et du taux résiduel d'acide valproïque. Ces IPs peuvent également concerner le bilan biologique du patient, en lien avec le traitement : numération formule sanguine pour la clozapine, plaquettes pour les héparines, INR pour les anti-vitamines K.

Enfin, un item « autres » traite principalement des demandes de modification de prescription (molécule hors livret thérapeutique, renseignement du poids du patient...).

Toutes les IPs sont répertoriées dans un fichier informatique propre au service de la pharmacie du CPM pour suivre leur devenir : pour chaque IP restant sans réponse, le prescripteur est systématiquement contacté par mail afin d'obtenir une explication.

Enfin, pour assurer la continuité des soins pharmaceutiques, toutes les IPs émises pendant le service de garde sont communiquées le matin aux pharmaciens du CPM, *via* un document faxé par l'interne de garde des Hôpitaux Sud. Cela permettra ensuite de procéder en journée aux ajustements nécessaires.

Tout ce travail s'inscrit dans une démarche de sécurisation renforcée de la validation pharmaceutique des prescriptions. (40)

2) Optimisation de l'approvisionnement

a) *Augmentation des fréquences d'approvisionnement*

Avec l'ouverture de la deuxième unité, deux préparations de commandes hebdomadaires ont été instaurées afin de répondre au mieux aux besoins de l'UHSA.

b) *Mesures prises pour assurer la continuité des soins*

b.1) *Prêts entre établissements*

Pour les produits de santé figurant dans le livret thérapeutique de l'AP-HM, mais non détenus par l'UHSA et la pharmacie CPM, des prêts auprès des autres sites de l'AP-HM ou du groupement hospitalier de territoire sont engagés afin d'assurer la continuité des soins : cela a par exemple été le cas en 2021 avec des canules et des chemises de trachéotomie, pour un patient en provenance de l'UHSA, ainsi que pour des poches de stomie pour un autre patient, initialement incarcéré à la prison de Luynes.

b.2) *Cas des traitements nécessitant une hospitalisation*

Des traitements habituellement administrés en hôpital de jour sont fournis afin d'éviter l'extraction systématique des patients détenus ; c'est le cas par exemple des stylos sous-cutané d'infliximab (Remsima®) utilisés pour certaines affections de rhumatologie.

b.3) *Cas des traitements hors livret*

Enfin, un des aspects complexes de la détention en hospitalisation est la durée d'incarcération et non le motif d'hospitalisation. Contrairement à une hospitalisation classique, où il est possible de différer de quelques jours la prise de certains traitements d'appoint ou non agréés

aux collectivités, les patients de l'UHSA ne peuvent bénéficier de ces thérapeutiques hors livret à moins d'être libéré. De ce fait, dans les cas où aucune équivalence n'existe ou la substitution par un autre traitement compromet l'observance du patient, une demande d'achat est formulée au service central des opérations pharmaceutiques. Ces achats peuvent être réalisés pour un patient donné: par exemple, en 2021, l'antihistaminique hypnotique Donormyl® a été obtenu pour une patiente détenue psychotique souffrant d'insomnies sévères et refusant tout autre traitement. Certains de ces achats sont également non nominatifs, et concernent les thérapeutiques hors livret que l'AP-HM réserve à la détention (cas de la simvastatine).

3) Optimisation des dotations

a) Médicaments somatiques

Plusieurs réunions de travail avec les équipes médicales des deux unités de l'UHSA ont eu lieu en amont pour réévaluer les dotations de médicaments. En effet, certaines spécialités peu utilisées entraînaient des retours trop fréquents vers la pharmacie du CPM et des problèmes de gestions des périmés. Il a donc été décidé conjointement entre les équipes de soins de l'UHSA et de la pharmacie de réévaluer cette dotation. Le premier axe de travail s'est concentré sur la dotation des médicaments somatiques : un nouveau médecin généraliste venait d'intégrer l'UHSA et ce travail de réévaluation était l'opportunité de collaborer avec ce dernier et de connaître ses attentes.

a.1) Révision de la dotation

Au préalable, la dotation de chacune des unités a été imprimée *via* Pharma® et confrontée aux ordonnances et historiques des commandes passées par les unités. Elle a également été transmise au médecin généraliste afin que ce dernier la réévalue de son côté.

Une fois sur place, la présence et les quantités pour chaque molécule listée ont été vérifiées. Ce premier travail a permis au pharmacien d'établir la pertinence ou non du choix de chaque spécialité dans la dotation, en regard des consommations et des habitudes du service. Dans un

second temps, ces résultats ont été présentés et discutés avec le médecin généraliste du service, pour que ce dernier valide ou non les choix de retrait ou de conservation de certaines spécialités. La nouvelle dotation a ensuite été enregistrée dans Pharma®, et un exemplaire imprimé et signé par ce médecin a été conservé par la pharmacie. Ce document a également été envoyé aux IDEs référentes de chaque unité, qui le transmettent à l'ensemble du personnel soignant pour qu'il puisse en prendre connaissance et adapter ses pratiques.

a.2) Résultats

De nombreux traitements peu prescrits (antidiabétiques oraux tels que le repaglinide ; anticoagulants tels que la coumadine et le clopidogrel ; gouttes ophtalmiques comme le gel-larme) ont été retirés, le service préférant générer une commande urgente dans l'éventualité où une personne détenue aurait besoin d'une de ces spécialités.

L'armoire des médicaments a été réorganisée afin d'uniformiser le rangement des thérapeutiques. Les tiroirs de rangement ont été réorganisés par système (ophtalmologie, digestif, douleur...) afin d'éviter les risques de confusion au moment de la préparation des traitements. De nouvelles étiquettes ont été apposées sur chaque emplacement, indiquant chaque spécialité contenue dans la dotation en dénomination commune internationale et la quantité accordée par la dotation, ce qui permettra de faire gagner du temps aux équipes responsables des commandes des produits de santé au moment de la vérification des traitements. Les spécialités absentes de la dotation sont retirées de l'armoire et retournées à la pharmacie du CPM.

Les IDEs ont prévu prochainement de se rapprocher des médecins-psychiatres en vue d'une réévaluation de la dotation des psychotropes. La dotation de dispositifs médicaux va également être revue.

b) Médicaments stupéfiants et assimilés stupéfiants

b.1) Médicaments assimilés stupéfiants (buprénorphine)

La dotation a été mise à jour de la même façon que pour les médicaments somatiques. Ainsi, l'unité 1 conserve en dotation la buprénorphine 2 mg et 8 mg et la buprénorphine 0.4 mg est supprimée. L'unité 2 conserve la buprénorphine 2 mg, 4 mg, 6 mg et 8 mg.

La gestion de ces traitements a été simplifiée : la pharmacie du CPM prend en charge la préparation nominative hebdomadaire du traitement pour toute nouvelle prescription et dispense ce traitement aux services les jours de livraisons des commandes ; le service utilise sa dotation le temps que la pharmacie prenne le relais. La pharmacie du CPM a élaboré un document de relevé d'« utilisation de la dotation », que le service lui envoie afin que celle-ci soit renouvelée lors de la prochaine livraison.

UTILISATION DE LA DOTATION DE BUPRENORPHINE

Service: **UHSA 1 (7711)**

Date	Nom - Prénom - Écrou	Dose journalière	Nombre de comprimés délivrés			Nom et signature
			Buprénorphine			
			0,4 mg	2 mg	8 mg	

Renouvellement :	Dotation	Quantité restante en dotation	Quantité totale demandée	Cadre réservé à la pharmacie	
				Quantité dispensée	Date :
Buprénorphine 0,4 mg	7				Nom, Qualité et Signature :
Buprénorphine 2 mg	7				
Buprénorphine 8 mg	7				

Date :

Nom, Qualité et Signature du responsable de la demande :

S:\SudBaumettes\Pharmacie\STUPEFIANTS\Assimilés\Utilisation de dotation Bupré

Figure 18. Document de relevé d'utilisation de la dotation de buprénorphine

Il est proposé de renouveler la dotation tous les six mois afin que les molécules non périmées puissent servir aux autres services, avec une livraison le mardi et un retour le vendredi des périssables.

b.2) Médicaments stupéfiants

Le suivi des traçabilités des administrations des médicaments stupéfiants a été dématérialisé : les feuilles de traçabilité des administrations ont été remplacées par le suivi informatique de cette traçabilité par le CPM.

METHADONE 5 MG FL 3.75 ML : 1 flacon à 08:00 pendant 16 jours Du 31/05/2022 à 12:07 au 15/06/2022 à 23:59 Voie orale		0 flac
METHADONE 20 MG FL 15 ML : 1 flacon à 08:00 pendant 16 jours Du 31/05/2022 à 12:09 au 15/06/2022 à 23:59 Voie orale		1 flac
METHADONE 40 MG FL 15 ML : 1 flacon à 08:00 pendant 16 jours Du 31/05/2022 à 12:09 au 15/06/2022 à 23:59 Voie orale		1 flac

Figure 19. Traçabilité informatique des stupéfiants sur Pharma®

Ce sont les IDEs qui tracent l'administration de la prise sur Pharma®. La pastille apparaît en vert lorsque le médicament a été pris par le patient et en rouge en cas de refus de ce dernier ou de non administration (modification de posologie, absence du patient...)

Une fois par semaine, la pharmacie du CPM fait parvenir le relevé des administrations issu de Pharma® imprimé que le médecin devra signer et lui renvoyer. De par le peu de prescriptions de médicaments stupéfiants à l'UHSA, les demandes se font sous forme de dotations exceptionnelles, et sont réalisées de la même façon que pour les assimilés stupéfiants.

In fine, la prise en charge thérapeutique des patients-détenus a été améliorée et la sécurité du médicament a été renforcée.

c) *NAP*

En 2021, dix patients de l'unité 1 et quinze patients de l'unité 2 ont reçu un traitement par NAP.

Au vu du nombre important de prescription et d'administration, il a été décidé que la dotation serait réapprovisionnée à chaque administration, afin de limiter le risque de rupture de traitement.

4) Optimisation des pratiques professionnelles

Dans la continuité du travail engagé pour la révision des dotations, l'équipe de la pharmacie est allée à la rencontre du personnel soignant de l'UHSA à plusieurs reprises.

Dans un premier temps, un questionnaire a été construit par les pharmaciens du CPM afin d'évaluer les pratiques professionnelles relatives au circuit du médicament (Annexe 2). Dans un second temps, un audit de préparation des chariots des traitements nominatifs a été mené.

a) *Evaluation des pratiques professionnelles : « flash bonnes pratiques »*

Les questions ont été posées à l'IDE de l'équipe de jour référent pour la gestion de l'arsenal pharmaceutique de son unité.

a.1) *Les produits pharmaceutiques*

Les commandes sont saisies manuellement, avec un contrôle simultané des armoires et des dotations par deux personnes. Chaque emplacement de l'armoire des traitements possède un porte-étiquette : lorsque le stock de cet emplacement est vide, l'étiquette est retirée, ce qui indique que le produit doit être à nouveau commandé.

La réception des traitements se fait dans l'heure suivant la livraison dans les locaux de l'infirmierie, et les bons de livraison sont archivés dans un dossier prévu à cet effet.

Le rangement de chaque traitement se fait à l'emplacement dédié dans l'armoire et de manière sécurisée ; traitements psychotropes et les traitements somatiques sont séparés afin d'éviter toute confusion. Les traitements somatiques sont également rangés en fonction de leur forme galénique et de leur indication (gouttes ophtalmiques, sachets de pansements digestifs, pastilles de traitements de substitution nicotiques, traitements injectables). Il existe des compartiments prévus pour les thérapeutiques n'ayant pas d'emplacement (cas des neuroleptiques à action prolongée, des compléments alimentaires oraux).

Pour ce point, nous rappelons que la liste quantitative et qualitative des produits pharmaceutiques doit être récupérée sur l'interface Pharma Web® avant de passer la commande.

a.2) Médicaments stupéfiants et assimilés stupéfiants

A l'UHSA de Marseille, la buprénorphine, classée comme un médicament « assimilé stupéfiant », est également placée dans ce coffre. L'inventaire contradictoire est effectué chaque jour en fin de vacation par les équipes de jour. Il a été noté que pour l'unité 1, le nouveau personnel n'a pas accès à la clé du coffre.

En absence de dotation d'un médicament stupéfiant ou assimilé, le personnel soignant se rapproche dans un premier temps de l'autre unité, sinon elle formule une demande pour besoins exceptionnels auprès de la pharmacie.

a.3) Médicaments thermosensibles

Il n'y a pas de sonde connectée à un système de contrôle de température pour le réfrigérateur prévu pour le stockage des médicaments thermosensibles. Les relevés de températures se font donc à l'aide d'un thermomètre et sont répertoriés sur document affiché sur ce réfrigérateur. Il a également été constaté la présence de certains produits ne nécessitant pas un stockage à basse température (compléments alimentaires, eaux de boisson).

b) Audit : préparation des traitements nominatifs

Conformément aux préconisations du CSP et de la Haute Autorité de Santé, l'évaluation des pratiques professionnelles s'est faite par la conduite d'un audit interne, ou plusieurs critères ont été comparés à des références admises, en vue de les améliorer. (41)

La préparation des doses à administrer aux patients-détenus est réalisée par les IDEs des équipes de nuit, et non par la pharmacie. Les traitements sont disposés dans des chariots conçus pour la dispensation journalière individuelle nominative des traitements.

Les objectifs étaient de prendre connaissance des modalités de préparation des traitements nominatifs afin de proposer des solutions d'optimisation prenant en compte les pratiques des équipes et garantissant la sécurité du patient.

b.1) Présentation de l'audit

Cet audit s'est déroulé sur une demi-journée. Le chariot de préparation des traitements nominatifs de chaque unité a été audité par un binôme de la pharmacie du CPM (unité 1 : un pharmacien et l'interne de pharmacie ; unité 2 : un pharmacien et la cadre de santé). Les documents de travail utilisés sont la liste des points à étudier issus des BPPH (Annexe 3) et les prescriptions imprimées *via* Pharma® mentionnant les numéros de chambre des patients. Après ce, le compte rendu de l'audit et des pistes d'amélioration ont été présentés d'abord aux équipes de nuit de l'UHSA, puis aux équipes de jours.

b.2) Résultats

- Généralités

Chaque chariot se compose d'un plateau pour la préparation des traitements et leur administration, d'un compartiment contenant les thérapeutiques autres que les traitements nominatifs, et administrées au besoin, et d'un compartiment comportant les traitements nominatifs pour chacun des patients de l'unité.

Conformément aux BPPH, l'accès aux chariots est sécurisé, de par leur placement dans l'infirmierie de l'unité, fermée à clé. La confidentialité des traitements est préservée grâce à un rideau roulant et une fermeture à code. Bien qu'en bon état général, ces chariots n'ont ni traçabilité de nettoyage, ni poubelle de déchets d'activités de soins à risques infectieux (DASRI) adossée. L'action correctrice pour ce point est l'établissement d'une procédure de nettoyage et d'un document attestant sa traçabilité.

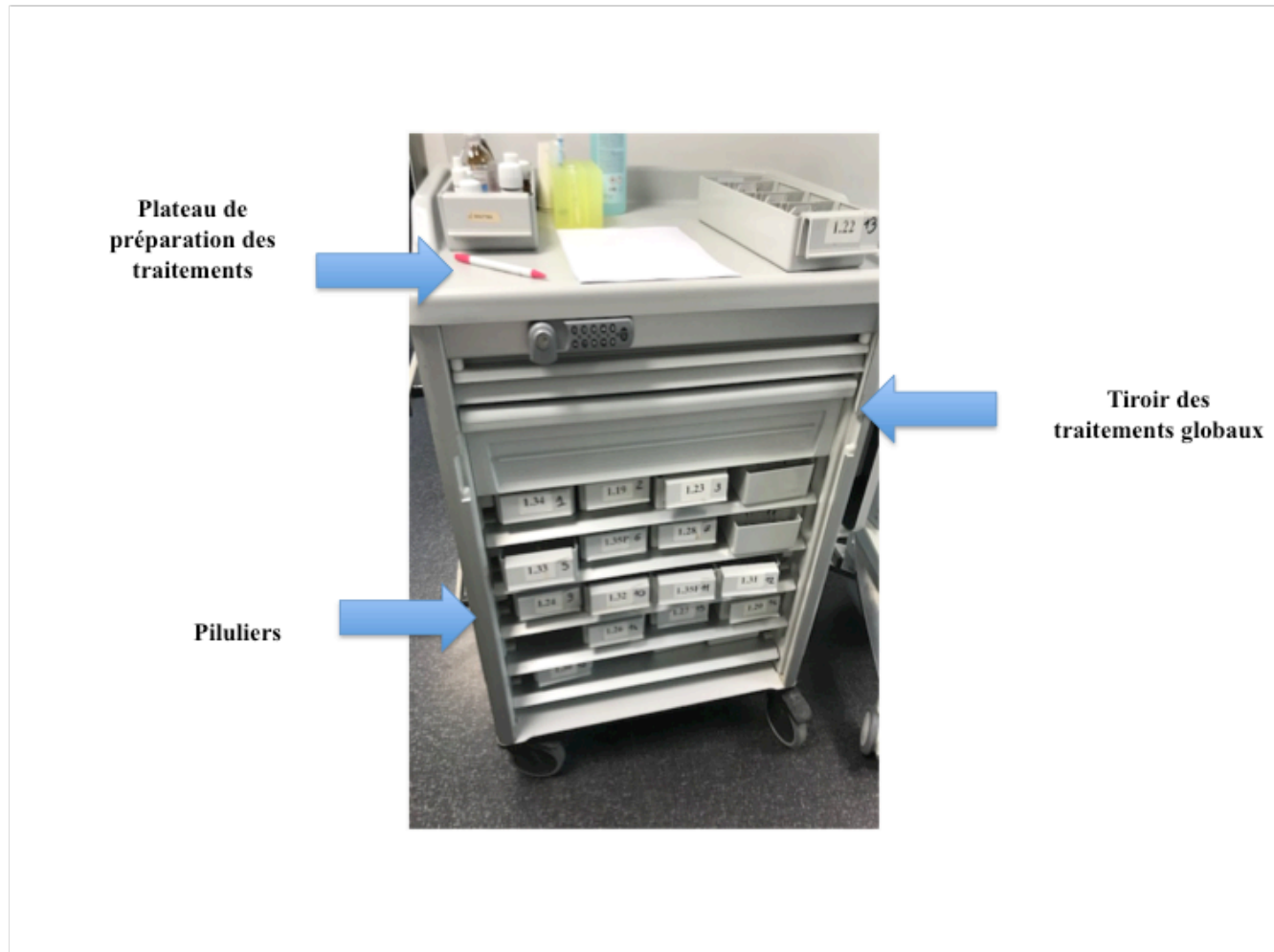


Figure 20. Photographie du chariot de préparation des traitements de l'unité 2

- Préparation et administration des traitements

Sur chaque plateau de préparation des traitements est disposé un flacon de solution hydro-alcoolique pour le lavage des mains avant les soins. Il existe également un casier où sont placées toutes les spécialités entamées (solutions buvables, solutions de bain de bouche, traitements dermatologiques externes pour l'unité 1). Ce rangement présente un risque de confusion entre les solutions buvables et les solutions de bain de bouche non destinées à être avalées. Il est donc proposé de séparer ces solutions pour *in fine* sécuriser l'administration. Enfin, il n'existe plus de prescription en cours pour certaines de ces spécialités, ce qui

démontre la nécessité de réévaluer régulièrement les thérapeutiques présentes dans le chariot avec les ordonnances des patients.

Les solutions buvables possèdent des pipettes pour l'administration, placées dans un gobelet unique pour l'unité 1 et dans un casier à compartiments pour l'unité 2. Plusieurs remarques sont soulignées : contrairement à ce que préconisent les BPPH, aucune date d'ouverture n'est inscrite sur les spécialités ouvertes, les pipettes sont mélangées et non identifiables. Il est donc rappelé aux équipes responsables de la préparation qu'il est indispensable de laisser chaque spécialité dans son emballage primaire (boîte en carton) avec la pipette correspondante, afin d'éviter tout risque de confusion et d'erreur d'unité de dose, et que l'inscription de la date ouverture est primordiale compte-tenu de l'absence de conservateur dans ces formes galéniques.

Les doses prescrites en gouttes sont reconstituées à l'aide d'une seringue unique, nettoyée entre chaque préparation, et graduée en millilitres. L'administration des traitements aux patients se fait au moyen de gobelets à usage unique. Il n'existe pas de tableau d'équivalence ni de procédure décrivant les étapes de la préparation et formalisant le matériel à utiliser. En ce sens, l'équipe de la pharmacie du CPM s'est engagée à produire un tableau d'équivalences, qui sera ensuite mis en place dans le service.



Figure 21. Photographie du rangement présent sur le plateau de préparation des traitements de l'unité 2

- Traitements hors compartiment patient

Les médicaments contenus dans ces tiroirs sont rangés par thématique ou par forme galénique. Cette organisation présente plusieurs risques de confusion au moment de l'administration: mélange entre spécialités de même forme galénique mais d'indications différentes (sachet unidosé d'alginat de sodium placés avec le lactulose et le macrogol ; mélange entre les différents dosages des patchs de nicotine avec les patchs de scopolamine...), spécialités de même thématique mais de mécanisme d'action distinct rangées au même emplacement (antalgiques ibuprofène et paracétamol : risque chez le patient insuffisant rénal pour l'ibuprofène), mélange des formes galénique (comprimés effervescents et les gélules de paracétamol : forme effervescente à éviter chez le patient en surcharge sodée).

Pour l'unité 2, on trouve une spécialité à usage externe ouverte pour laquelle il n'y a pas de patient identifié, ainsi que des spécialités pour lesquelles il n'y a aucune prescription en cours, rappelant une fois de plus l'importance de la préparation des traitements en regard des prescriptions. On note également la présence de tropatépine, prescrit « en si besoin », présent dans casier d'un patient et dans le tiroir global.

Les pistes d'amélioration proposées sont d'une part l'optimisation du stockage avec un étiquetage du tiroir global par spécialité, l'utilisation de contenants avec identification pour séparer les différentes spécialités, et d'autre part l'élaboration d'une liste des médicaments pour ce tiroir.

- Traitements nominatifs

Les traitements nominatifs sous forme orale sèche sont disposés dans des piluliers, identifiés par le numéro de chambre, et non par l'étiquette du patient. De facto, ces piluliers sont rangés par ordre des chambres, et l'adéquation entre le patient et le numéro de chambre est systématiquement contrôlé au moment de la préparation.

Quand l'ordonnance d'un patient ne présente pas de forme orale sèche en systématique, ou que la chambre n'est pas occupée, les tiroirs contenant les piluliers sont retournés afin d'éviter

toute confusion. La particularité de l'unité 2 repose sur la renumérotation des chambres au feutre, dû au déménagement de cette unité (le traitement du patient de la chambre 19 est dans le tiroir de la chambre 18, pour laquelle il n'y pas de patient dans le logiciel de prescription).

De façon générale, les piluliers sont spacieux et ils sont compartimentés avec des séparateurs ; leur entretien est insuffisant (présence de coulées de sirop dans quelques piluliers pour les deux unités). L'absence de traçabilité de nettoyage de ces piluliers conduit à la proposition de l'instauration d'une procédure, au même titre que pour l'entretien général du chariot.

Le nombre de patients est corrélé au nombre de prescriptions. La vérification des doses à administrer par l'IDE s'effectue à la porte de la chambre du patient, et l'administration est tracée dans Pharma® de manière instantanée. Chaque pilulier est doté de séparateurs.

Il n'existe pas de doctrine de préparation clairement identifiée. Le nombre de jours préparés est variable, la logique de positionnement des séparateurs n'est pas claire et il n'est de ce fait pas toujours possible d'identifier à quel moment de la journée le traitement doit être pris :

- Pour l'unité 1, on compte au maximum un séparateur, sans logique de répartition entre les compartiments et une même spécialité peut être retrouvée de part et d'autre de l'unique séparateur.
- Pour l'unité 2, il y a quatre séparateurs dotés de ruban adhésif où il est inscrit le moment de la prise (matin, midi, soir, nuit), mais si plus de quatre spécialités sont prescrites, alors il n'y a pas assez de compartiments disponibles et ces spécialités sont mélangées dans un même compartiment, pouvant entraîner des risques de confusion (exemple relevés lors de l'audit : olanzapine 5/10, tropatépine/amoxicilline, orozamudol/diazépam, olanzapine/zopiclone, tropatépine/phloroglucinol).

Il existe des divergences entre la prescription et la préparation : spécialités ou doses surnuméraires (unité 1 : sachets de diosmectite, une plaquette de fluindione, des comprimés de prazépam quand passage à la forme buvable depuis une dizaine de jours; unité 2 : comprimés de phloroglucinol et des doses en « si besoin » dans certains cas), oubli de spécialités ou doses (unité 1 : un oubli d'oxazépam 50 mg ; unité 2 : un oubli de collyre d'atropine), présentation non unitaire des médicaments (unité 1 : plaquette avec le numéro de

lot et/ou date de péremption découpés, présence de blister vide dans certains casiers ; unité 2 : présence de plaquettes découpées « en leur moitié »).

Aucune procédure concernant l'adaptation des doses prescrites en journée au moment de l'administration n'existe.

Dans le but d'améliorer la préparation des traitements nominatifs, d'uniformiser les pratiques et de sécuriser le circuit du médicament, il est proposé la rédaction d'une procédure, destinée à l'ensemble des soignants et définissant les règles de préparation (fréquence, formes galéniques présentes dans les piluliers, présence ou non des médicaments en « si besoin »...) et la répartition des compartiment la mieux adaptée à la pratique (il est préconisé de préparer en fonction des moments de prise). Enfin, il est nécessaire d'identifier toutes les spécialités jusqu'à l'administration : soit en préparant juste avant l'administration le traitement, soit en laissant une plaquette entière dans le pilulier, qui sera « dé-blistérisée » au moment de la prise.



Figure 22. Photographie d'un pilulier de l'unité 2

- Synthèse

Les résultats de cet audit ne mettent pas en évidence des non-conformités majeures. L'équipement du service est adapté aux pratiques de soin, cependant, l'absence de processus commun défini entraîne des divergences au niveau des pratiques professionnelles, mettant en jeu la qualité et la sécurité des soins.

Lors de la présentation des résultats aux équipes de nuit, celles-ci ont fait part de leur expérience parallèlement à nos remarques (DASRI transporté avec le chariot au moment de la

distribution des traitements, solution buvables très fortement consommées par le service, leur ouverture ne dure que quelques jours d'où l'absence d'inscription de date d'ouverture, nombre insuffisant de séparateurs pour la préparation des piluliers). Un mois après cette première visite, le compte-rendu de cet audit a été présenté aux équipes de jour ; cela a permis d'obtenir de premiers retours sur notre intervention, comme le fait que depuis notre visite, les pipettes sont laissées dans les conditionnements primaires des solutions buvables correspondantes.

Cette seconde partie a donné un aperçu de la manière dont s'organise la prise en charge pharmaceutique de l'UHSA par la pharmacie du CPM. Cette prise en charge est pensée pour répondre aux besoins du service tout en s'adaptant au contexte de l'exercice du soin à l'UHSA.

Outre les activités déjà en place (analyse et validation des prescriptions, préparations des commandes et gestion des besoins urgents), plusieurs dispositions ont été prises afin d'améliorer la prestation pharmaceutique déjà en place et de répondre à l'évolution des besoins de l'UHSA depuis son ouverture. Ainsi, en regard de l'augmentation de l'activité des deux unités depuis 2018, plusieurs mesures visant à optimiser l'approvisionnement ont été engagées. La sécurité des soins a été renforcée, avec l'instauration d'un suivi plus approfondi des prescriptions, mais également par des actions de terrain telles que la révision des dotations et une première évaluation des pratiques professionnelles. Ces actions ont par ailleurs confirmé le rôle des pharmaciens du CPM en tant qu'acteurs à part entière dans la prise en charge des patients de l'UHSA.

Le travail pharmaceutique engagé s'inscrit dans une démarche d'amélioration continue, et de ce fait de futurs projets pour l'UHSA pour la qualité et la sécurité des soins vont être présentés.

III- Projets

La dernière partie de ce travail traite des projets engagés par les pharmaciens du CPM pour l'amélioration de la prise en charge thérapeutique des patients de l'UHSA. Initialement, la présence d'un pharmacien au sein de l'UHSA se faisait par le biais de vacations, plusieurs fois par semaine. Un poste d'assistant spécialiste à plein temps a été créé en janvier 2022 pour l'UHSA, permettant de ce fait la mise en œuvre de plusieurs actions.

Les projets envisagés pour améliorer et développer la prestation pharmaceutique déjà en place à l'UHSA abordent tous les aspects de l'exercice pharmaceutique. Dans une démarche collaborative, ces projets ont fait l'objet de réunions de travail entre les pharmaciens du CPM, les médecins et CS des deux unités de l'UHSA. Ils intègrent les propositions formulées par les pharmaciens du CPM, les attentes du personnel de santé de l'UHSA envers la pharmacie et les moyens matériels et humains disponibles.

Dans la continuité du travail déjà engagé, la révision des dotations et l'optimisation de la préparation des traitements nominatifs vont être poursuivies. Enfin, de nouvelles actions vont être entreprises, auprès du personnel de santé par une sensibilisation aux bonnes pratiques de prescription et auprès du patient avec plusieurs actions de pharmacie clinique (conciliation des traitements médicamenteux (CTM) proactive, entretiens pharmaceutiques, éducation à la santé).

A- Poursuite des actions engagées pour l'optimisation de la prestation pharmaceutique

Afin de poursuivre le travail engagé par les pharmaciens du CPM, plusieurs actions s'inscrivant dans la continuité de ce travail vont être entreprises.

A-1) Renforcement de la présence pharmaceutique à l'UHSA

Compte tenu de tous les projets qui vont être présentés, il est nécessaire de repenser les ressources humaines et le temps pharmacien alloué pour l'UHSA.

Dans un premier temps, il conviendra de définir des référents pour l'UHSA : ainsi, un Préparateur en Pharmacie Hospitalière (PPH) du CPM et une IDE pour chaque unité seront désignés. Cela permettra de faciliter les échanges entre la Pharmacie et l'UHSA.

Une visite une fois par mois de l'UHSA va être programmée. Cette visite pourra être effectuée par le pharmacien en charge de l'UHSA, mais également par l'interne de pharmacie ou le PPH référent. L'objectif de ces visites est de pouvoir évaluer régulièrement les projets mis en place par la Pharmacie pour la prise en charge thérapeutique des patients, d'engager des actions correctrices ou de proposer des pistes d'amélioration le cas échéant.

Enfin, des audits auront lieu minimum tous les ans pour évaluer et améliorer de façon continue les pratiques professionnelles des soignants de l'UHSA.

A-2) Révision des dotations

La révision des dotations doit s'effectuer au minimum une fois par an comme préconisé par les référentiels de Pharmacie Hospitalière, pour suivre l'évolution des consommations et des besoins du service de soins.

Ainsi, dans la même démarche que pour les médicaments somatiques, les autres dotations vont être réévaluées prochainement.

Pour les médicaments psychotropes, le travail se déroulera de la même manière que pour la révision des médicaments somatiques : les dotations des deux unités seront revues en regard des prescriptions des deux unités, nous réorganiserons ensuite l'armoire des médicaments en fonction des modifications apportées et manière à sécuriser leur stockage; en parallèle, nous contacterons les psychiatres de l'UHSA afin de connaître leurs souhaits concernant l'évolution de ces dotations afin d'en discuter avec eux.

Les dotations de dispositifs médicaux stériles, de pansements, de solutés, ainsi que celles des antiseptiques et des compléments alimentaires vont également être revues, en regard des consommations des deux unités. Nous souhaitons également proposer une nouvelle organisation pour leur rangement, avec un emplacement dédié, comme cela est fait pour les médicaments.

De la même façon que pour le CPM, des comités de pilotage sur le médicament pourront par la suite être organisés une fois par mois, avec les équipes de soins. Ils permettront de suivre les besoins des deux unités.

Un prochain contact avec les CS des deux unités est prévu, de façon à programmer notre venue.

A-3) Optimisation de la préparation nominative des traitements

Bien qu'actuellement la préparation nominative des traitements soit effectuée par le personnel de nuit des deux unités de l'UHSA, les référentiels de Pharmacie Hospitalière préconisent d'effectuer la préparation et la dispensation nominative des traitements avec les moyens humains et matériels disponibles à la PUI. (33)

De la même façon que pour la préparation des commandes des deux unités, cette préparation serait planifiée, en lien avec les US.

1) Préparation des doses à administrer (PDA) par le personnel pharmaceutique du CPM

La PDA est déjà réalisée de façon hebdomadaire pour les traitements somatiques des patients des MAs hommes et femmes. Elle est effectuée par un PPH affecté à cette tâche simultanément à l'analyse et la validation des prescriptions par l'interne de pharmacie. Ce mode de préparation sécurise de façon importante la prise en charge thérapeutique des patients-détenus car il permet de prendre en compte plus facilement les modifications de traitements et les IPs. Les doses préparées sont également saisies informatiquement. L'idée serait donc d'instaurer une préparation nominative hebdomadaire pour l'UHSA, sur le même modèle que le CPM.

Ce projet fait également écho aux divergences rencontrées lors de l'audit de préparation des traitements nominatifs : la PDA sera formalisée par une procédure, en adaptant celle du CPM à l'UHSA, et la mise à profit du savoir-faire du personnel pharmaceutique permettra par exemple de palier aux problèmes d'identification exhaustive des traitements.

2) Automatisation de la préparation des traitements

Depuis 2020, l'AP-HM a développé le projet d'automatisation de la PDA avec l'installation d'un robot à la pharmacie de l'hôpital de la Conception. En 2022, la PDA est effectuée pour le service d'endocrinologie de cet hôpital, et l'objectif futur est d'étendre ce mode de préparation à l'ensemble des services de l'AP-HM.

Pour s'inscrire dans la continuité de ce projet avec l'UHSA, il est nécessaire d'ores et déjà de réfléchir à une organisation. Le pharmacien référent de l'UHSA sera en charge de la planification de cette activité et des réunions de concertation seront au préalable programmées avec les médecins et les CS de l'UHSA. Ces réunions de travail auront pour but d'établir l'organisation la plus optimale, garantissant la sécurité des soins du patient.

A-4) Promotion des bonnes pratiques de prescription

Les patients accueillis par les deux unités de l'UHSA sont porteurs de pathologies lourdes, justifiant une prise en charge thérapeutique importante. Cette poly médication est associée à un risque de survenue d'un événement indésirable médicamenteux.

Les pharmaciens du CPM, de par leur expertise, peuvent mettre en place des réunions de service avec le personnel de santé concernant les bonnes pratiques de prescription, comme cela déjà était fait dans d'autres prisons françaises (42). Ces réunions s'appuient sur des références bibliographiques, sur les bonnes pratiques en vigueur à l'UHSA et sur la gestion des risques, conformément à l'arrêté du 6 octobre 2011.

Plusieurs types de réunions peuvent être proposés : des réunions concernant les médicaments dits « à risque », et des réunions sur la sensibilisation aux effets indésirables anticholinergiques associés à la prescription de médicaments psychotropes.

1) Médicaments à risques

L'arrêté du 6 avril 2011 définit comme médicament à risques tout « médicaments requérant une sécurisation de la prescription, de la dispensation, de la détention, du stockage, de l'administration et un suivi thérapeutique approprié ». Les médicaments pouvant être classés à risques sont, par exemple, les anticoagulants, les anti arythmiques, les agonistes adrénergiques et les digitaliques par voie intraveineuse, les insulines, les anticancéreux, et les solutions d'électrolytes concentrées.

Dans un premier temps, il conviendra d'identifier pour les deux unités les médicaments à risques détenus et d'élaborer une liste de ces médicaments, placée dans l'infirmerie de manière à être visible pour tout le personnel soignant. L'élaboration de cette liste est le résultat d'une réflexion pluridisciplinaire entre les pharmaciens du CPM, les prescripteurs et les CS des deux unités de l'UHSA. Cette liste devra également être actualisée en fonction des traitements détenus. (43)

Par la suite, ces réunions pourront se faire sous la forme de « flash sécurité », à la manière des outils d'amélioration des pratiques professionnelles élaborés par la HAS. Ces flashes, sous

forme de cas cliniques concrets, reprennent les recommandations de bonnes pratiques de prescriptions associées. (44)

2) Sensibilisation aux effets anticholinergiques

De nombreux médicaments en psychiatrie sont pourvus d'effets anticholinergiques. Ces effets indésirables peuvent être responsables de confusion, de chutes, de rétention urinaire ou encore de constipation. Ce dernier risque est par exemple fréquemment observé avec les antipsychotiques, et plus particulièrement ceux de première génération, et peut se compliquer d'une occlusion intestinale.

La figure suivante classifie les différents niveaux de potentiel anticholinergique présents selon les molécules. L'élaboration de cette classification s'est faite en recensant les médicaments présentant un effet anticholinergique en pratique. (45)

Tableau 3 Échelle des médicaments anticholinergiques (Anticholinergic Drug Scale [ADS]).		
Niveau 1 : potentiel anticholinergique démontré		
Acide valproïque	Dipyridamole	Oxazépam
Alprazolam	Divalproex	Oxycodone
Amantadine	Famotidine	Pancuronium
Ampicilline	Fentanyl	Paroxétine
Azathioprine	Fluoxétine	Perphénazine
Bromocriptine	Fluphénazine	Phénelzine
Captopril	Flurazépam	Piperacilline
Cefoxitine	Fluvoxamine	Prednisolone
Céphalotine	Furosémide	Prochlorpérazine
Chlordiazépoxide	Gentamicine	Sertraline
Chlorthalidone	Hydralazine	Témazépam
Clindamycine	Hydrocortisone	Théophylline
Clonazépam	Isosorbide	Thiothixène
Chlorazépate	Lopéramide	Tramadol
Codéine	Lorazépam	Triamcinolone
Cortisone	Méthylprednisolone	Triatérene
Cyclosporine	Midazolam	Triazolam
Déxaméthasone	Morphine	Vancomycine
Diazépam	Nifédipine	Warfarine
Digoxine	Nizatidine	
Diltiazem	Olanzapine	
Niveau 2 : effet anticholinergique habituellement observé à dose élevée		
Carbamazépine	Disopyramide	Oxcarbazépine
Cimétidine	Loxapine	Pimozide
Cyclobenzaprine	Mépidine	Ranitidine
Cyproheptadine	Méthotriméprazine	
Niveau 3 : potentiel anticholinergique élevé		
Amitriptyline	Dicyclomine	Oxybutynine
Atropine	Dimenhydrinate	Procyclidine
Benztropine	Diphenhydramine	Prométhazine
Bromphéniramine	Doxépine	Propanthéline
Chlorphéniramine	Hydroxyzine	Pyrilamine
Chlorpromazine	Hyoscyamine	Scopolamine
Clémastine	Imipramine	Toltérodine
Clomipramine	Méclizine	Trihexyphénydyl
Clozapine	Nortriptyline	Trimipramine
Désipramine	Orphénadrine	

Figure 23. Echelle d'évaluation des effets anticholinergiques observés pour certains médicaments

Pour pallier à ce risque, de bonnes pratiques de prescription doivent être observées. Dans un premier temps, il conviendra de choisir la molécule avec le moins d'effets anticholinergiques, puis d'adapter la prescription en fonction des effets indésirables rencontrés.

Prise en charge du risque de constipation associé à la prise de traitements présentant des effets indésirables anticholinergiques.

Le protocole suivant résume les recommandations de bon usage pour les traitements laxatifs.

Il conviendra au préalable d'évaluer l'état du transit du patient, et d'ajouter à ces traitements, des règles hygiéno-diététiques visant à prévenir ce risque (régime alimentaire riche en fibres ou complément alimentaire si nécessaire - Optifibre© pour l'AP-HM ; hydratation ; exercice physique).

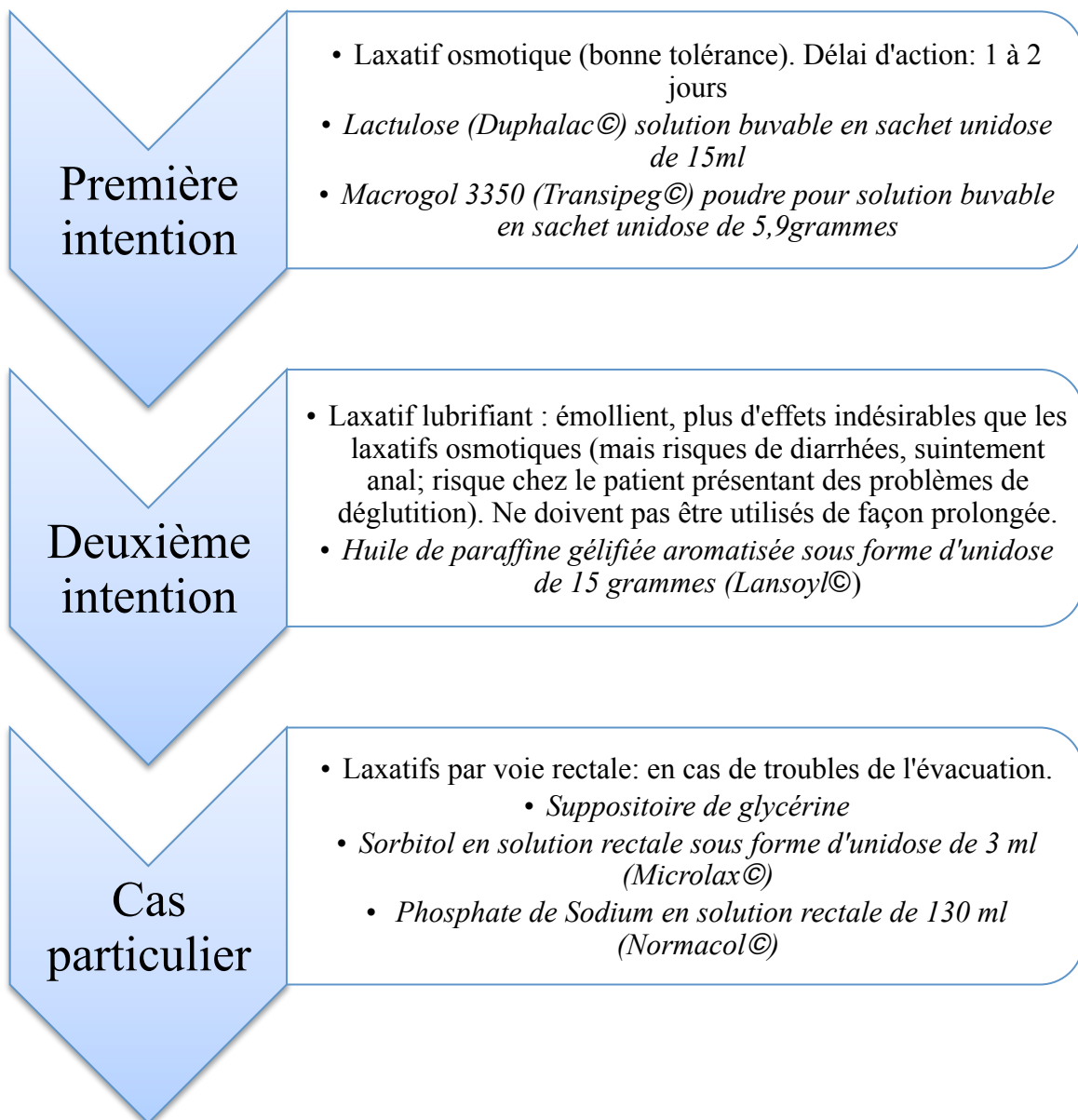


Figure 24. Recommandations de bon usage des laxatifs (46)

Par la suite, ces recommandations de bonnes pratiques pourront faire l'objet de protocoles informatisés. Chaque médecin pourra saisir le protocole prescrit par ses soins directement dans Pharma®. Le pharmacien disposera ainsi pour son analyse pharmaceutique de l'exhaustivité des traitements prescrits pour chaque patient.

B- Mise en place de nouvelles actions de pharmacie clinique

Plusieurs actions de pharmacie clinique ont déjà été engagées dans les Hôpitaux Sud et au CPM, et nous proposons de les transposer aux deux unités de l'UHSA.

B-1) Conciliation des Traitements Médicamenteux

1) Généralités

La conciliation des traitements médicamenteux (CTM) est une activité de pharmacie clinique qui consiste à prendre en compte, à chaque nouvelle prescription, tous les médicaments pris et à prendre par le patient. Elle s'appuie sur un partage d'informations entre les professionnels de santé impliqués dans le parcours de soin du patient afin de garantir la continuité de sa prise en charge médicamenteuse.(47) Ce processus permet de prévenir et intercepter les erreurs médicamenteuses pouvant survenir à chaque point de transition du parcours de soins.(48)

Au cours de la CTM, un bilan médicamenteux optimisé (BMO) est réalisé. Ce BMO formalise la liste exhaustive et complète des médicaments pris ou à prendre par le patient. Cela permet d'identifier d'éventuels écarts, ou divergences, non documentés dans le dossier patient, entre le BMO et l'ordonnance en cours du patient.

Les référentiels de la SFPC préconisent de croiser au minimum trois sources d'information, en s'appuyant notamment sur la consultation du dossier patient, puis en planifiant un entretien avec le patient et un contact avec son pharmacien d'officine. Après validation du BMO par le médecin ou l'interne en médecine, le pharmacien réalise l'analyse pharmaceutique.

Ce bilan pourra ensuite être utilisé tout au long du parcours de soin médicamenteux du patient.

2) Patients inclus dans la CTM en psychiatrie

Les patients des services de psychiatrie, de par leurs caractéristiques (pathologies chroniques, comorbidités multiples, prise en charge multidisciplinaire, hospitalisations répétées), appartiennent à une population devant pleinement bénéficier de la CTM. (49)

Plusieurs études concernant la mise en place de la CTM en psychiatrie font état de critères d'inclusions vastes, liés au parcours et à l'organisation des soins (hospitalisation forcée, adressage par une structure d'hospitalisation à temps plein ou partiel...), au patient lui-même (âge >65 ans, pathologie chronique cardiorespiratoire, rénale, infectieuse...) ou aux médicaments (médicaments stupéfiants, anticoagulants oraux, médicaments à marge thérapeutique étroite...). (50)

Ainsi, ces études montrent que tous les patients sont potentiellement éligibles.

3) Mise en œuvre de la CTM à l'UHSA

Dans la mesure où l'admission des patients de l'UHSA est programmée, nous proposons la mise en place d'une CTM proactive, c'est-à-dire avant la rédaction de la première ordonnance du patient dans l'US. Ce type de CTM est déjà réalisé pour le service de chirurgie orthopédique de l'hôpital Sainte Marguerite de l'AP-HM.

a) Intérêts de la mise en œuvre de la CTM proactive

La CTM proactive est à privilégier dans la mesure du possible car elle est plus efficace que la CTM rétroactive (établie après rédaction de la première ordonnance).

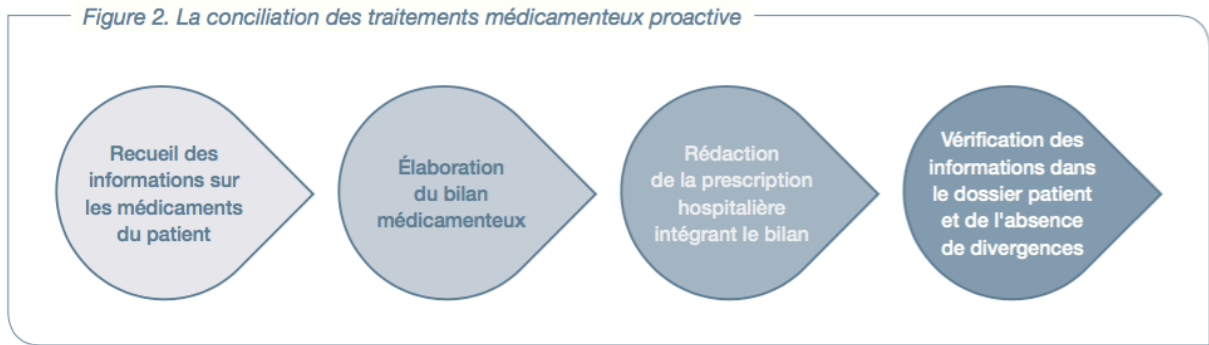


Figure 25. Schéma de la CTM proactive issu du guide de CTM de la HAS.(51)

De nombreuses études ont montré que le nombre d'erreurs médicamenteuses était plus important en CTM rétroactive est plus important qu'en CTM proactive.(52)(53)

b) Personnel impliqué dans le processus de CTM

La liste du personnel impliqué dans le processus de CTM est résumée dans le tableau ci-dessous, élaboré à partir des référentiels de la SFPC :

<u>Recherche active d'informations sur les médicaments du patient</u>	<u>Réalisation du BMO</u>	<u>Actualisation de la prescription médicamenteuse et du dossier patient</u>
<ul style="list-style-type: none"> - PPH - Etudiant hospitalier en médecine ou en pharmacie - Interne en médecine ou pharmacie - Pharmacien - Médecin - IDE 	<p><u>Formalisation du bilan médicamenteux :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Etudiant hospitalier en pharmacie - PPH - IDE - Interne en pharmacie - Pharmacien <p><u>Validation du BMO:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Pharmacien - Médecin - Interne en pharmacie ou médecine par délégation 	<p><u>Gestion des divergences :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Interne en pharmacie - Pharmacien - Interne en médecine - Médecin <p><u>Enregistrement dans le DPI :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Interne en médecine - Médecin

Tableau 4. Personnel impliqué dans la CTM selon les référentiels de la SFPC (54)

Pour l'UHSA, le personnel amené à s'impliquer en priorité est celui de la pharmacie du CPM. Cependant, les autres professionnels de santé intervenant à l'UHSA pourront également être amenés à intervenir afin d'intégrer au mieux la CTM dans le parcours de soin du patient.

c) Supports

Pour mettre en œuvre la CTM à l'UHSA, nous allons utiliser les documents de CTM des Hôpitaux Sud, que nous allons adapter à l'UHSA. Les documents utilisés sont informatisés de manière à éviter les retranscriptions, sources d'erreurs et de rendre ainsi le processus efficient.

c.1) Document de BMO

Le support utilisé pour le BMO est un document nominatif élaboré par les pharmaciens du CPM. Il regroupe les informations relatives au patient telles que son identité, son sexe, sa date de naissance et son numéro de séjour à l'UHSA. Des informations concernant à sa ou ses pathologies et ses allergies sont également renseignées.

CONCILIATION DES TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX

Nom : Prénom : Date de naissance : Date d'entrée :
Sexe : patient : IEP : Motif :
Poids/taille :
Allergie(s) :

Traitements habituels					Traitements proposés pour l'hospitalisation						
Sources :											
Médicament Nom/dosage/forme	Posologie				Commentaires	Disponible au livret	Médicament Nom/dosage/forme	Posologie			
	Ma	Mi	S	C				Ma	Mi	S	C

Fait par :

Validé par :

Document édité le :

Ce document n'est pas une ordonnance

Figure 26. Exemple de document pouvant être utilisé pour la CTM à l'UHSA

Le BMO est réalisé avec au minimum trois sources, mais nous utiliserons autant de sources que nécessaires afin d'avoir les renseignements les plus exhaustifs possibles.

c.2) Document de CTM

Ce document, à destination du psychiatre en charge du patient, regroupe toutes les informations recueillies avec le BMO et les traitements proposés par le pharmacien, après analyse de ce BMO.

d) Etapes

La démarche s'effectue en trois étapes :

d.1) Le recueil d'informations concernant les médicaments pris par le patient

Dans la mesure où les admissions à l'UHSA sont toutes programmées, le pharmacien du CPM est au préalable prévenu par l'UHSA de la date d'arrivée du patient dans le service afin de pouvoir mettre en œuvre les moyens nécessaires pour mener à bien la CTM. Cette étape est réalisée par un PPH, un étudiant en pharmacie ou par l'interne de pharmacie.

Dans le cas où il s'agit d'un patient du CPM, les sources utilisées sont le DPI (Axigate© et Cimaise© afin d'avoir les renseignements les plus exhaustifs possibles) et ses ordonnances informatisées sur Pharma©. Si le patient provient d'un autre EP que le CPM, nous envoyons au préalable une fiche de liaison à cet EP pour le recueil des informations. Nous utilisons les informations fournies, ainsi que tout autre document mis à notre disposition (ordonnances provenant de l'extérieur, lettre de liaison, comptes rendus d'hospitalisation...).

d.2) La réalisation du BMO

Après croisement de toutes les sources d'informations, les éventuelles divergences sont identifiées. Ces divergences sont, selon la définition de la SFPC, des écarts, non documentés dans le dossier patient, entre le BMO et l'ordonnance en cours du patient. Elles peuvent être multiples : omission de traitement, traitement poursuivi ou arrêté à tort... Des sources d'informations complémentaires peuvent également être identifiées lors de la réalisation du BMO (famille du patient si c'est cette dernière qui gère habituellement ses traitements à l'extérieur, dossier patient informatisé présent sur la carte vitale...).

Le pharmacien procède ensuite à l'analyse pharmaceutique.

d.3) L'actualisation de la prescription médicamenteuse et du dossier patient

Après analyse du BMO, le pharmacien remplit le document de CTM. Ce document regroupe tous les traitements proposés durant l'hospitalisation du patient à l'UHSA. Il comporte également des commentaires, comme l'arrêt de certains traitements, ou la substitution dans le cas où il s'agit d'un médicament hors du livret de l'AP-HM.

Une fois complété, le BMO et la CTM sont archivés dans le DPI, afin d'être réutilisés lors de la CTM de transfert ou de sortie du patient hospitalisé. (54)

B-2) Actions thérapeutiques ciblées pour le patient

Les actions thérapeutiques ciblées s'inscrivent dans un contexte d'autonomisation et de responsabilisation des patients vis-à-vis de leur pathologie, grâce à une meilleure compréhension de leur pathologie et de leurs traitements.

Plusieurs actions de ce type sont déjà menées au CPM, basées sur la participation volontaire des personnes-détenues :

- Des entretiens pharmaceutiques sont menés au sein de la Structure d'Accompagnement à la Sortie (SAS) et à la MAF.
- Des ateliers d'éducation à la santé sont conduits avec les patients du SMPR.
- Des journées d'éducation à la santé sont tenues ponctuellement au CPM.

Forts de ces expériences, plusieurs actions thérapeutiques ciblées, adaptées au contexte de l'UHSA, sont en cours d'élaboration.

1) Entretiens pharmaceutiques

L'entretien pharmaceutique est un échange entre un patient et un pharmacien, au cours duquel ce dernier recueille des informations relatives au traitement de ce patient. Des conseils de bon usage sont prodigués. Le but *in fine* est de permettre au patient de s'approprier les données relatives à son traitement. Cet entretien fait partie intégrante du parcours de soin du patient, comme décrit dans le modèle intégratif de la pharmacie clinique de la SFPC.

Les entretiens pharmaceutiques peuvent être conduits au cours d'une hospitalisation, et mis en œuvre dans le cadre d'une CTM, d'une évaluation ou d'un renforcement de l'adhésion thérapeutique ou d'une action thérapeutique ciblée. Un compte rendu de cet entretien doit être intégré dans le DPI. (55)

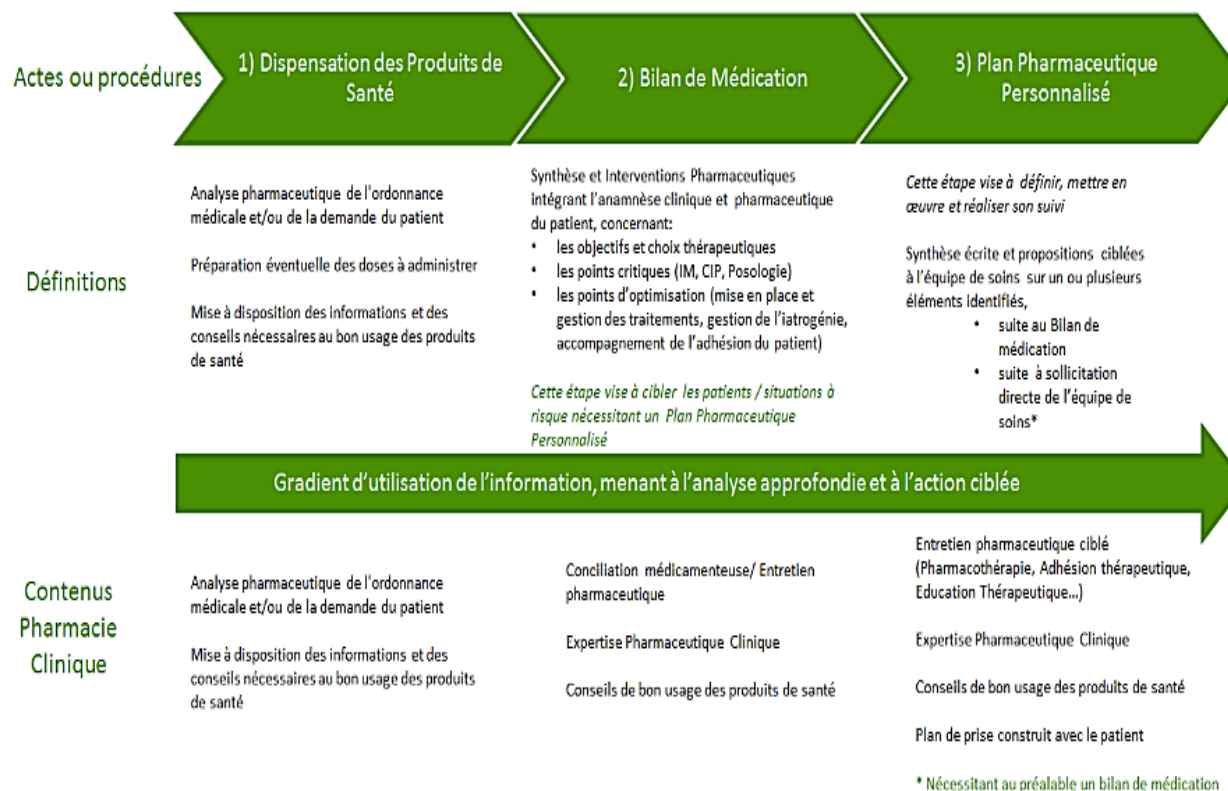


Figure 27. Modèle intégratif de la pharmacie clinique décrit par la SFPC(55)

Des entretiens pharmaceutiques sont menés depuis plus de trois ans au CPM avec les patients de la SAS et de la MAF, qui souhaitent devenir autonomes vis-à-vis de leur traitement, en vue de leur libération future.

La consultation se déroule dans un bureau de l'US, entre le pharmacien du CPM et la personne détenue. Elle dure environ une heure et rappelle les principaux points concernant la pathologie et les traitements. Le but est d'échanger avec le patient afin d'évaluer ses connaissances et lui prodiguer des conseils pour la gestion de son traitement, en regard de sa pathologie.

a) Mise en place des entretiens pharmaceutiques à l'UHSA

Nous proposons de mener des entretiens pharmaceutiques avec les patients de l'UHSA sur le même modèle que ceux de la SAS et de la MAF.

Ce type d'entretien s'adresse en priorité aux patients ayant reçu une CTM à leur entrée afin d'intégrer les éventuelles modifications de traitements instaurées pendant l'hospitalisation, ainsi qu'à ceux adressés en priorité par un médecin de l'UHSA. Cette prestation reste néanmoins accessible à tout patient désireux de s'entretenir avec un pharmacien pour améliorer ses connaissances concernant sa pathologie et ses traitements.

Pour faire connaître notre prestation, nous proposons de déposer les flyers, élaborés de la même façon que pour les entretiens pharmaceutiques du CPM, dans les salles de soin de l'UHSA.



Nous vous proposons un Entretien avec le Pharmacien



- ✓ Pour vous aider à comprendre votre ordonnance
- ✓ Pour répondre à vos questions sur les médicaments prescrits
- ✓ Pour mieux vous soigner

Rendez-vous

Date :

Heure :

Etre plus autonome à la sortie

Figure 28. Plaquette d'information à destination des patients

Ces entretiens se font sur rendez-vous, afin de pouvoir préparer l'échange en amont. Ils permettent d'aborder l'ensemble des traitements (somatiques et psychotropes) pris par le patient de façon générale, le but étant de délivrer des informations simples et faciles à retenir.

b) Déroulement des entretiens pharmaceutiques

b.1) Avant l'entretien pharmaceutique

Pour procéder à un entretien pharmaceutique avec un patient, l'accord de son psychiatre référent est systématiquement demandé en amont. Puis, un rendez-vous est fixé avec ce dernier, en fonction de ses disponibilités.

A la suite de la prise de rendez-vous, l'ensemble des données relatives à la santé de ce patient sont collectées par le pharmacien du CPM. Différentes sources sont utilisées : DPI Axigate® et Dossier Patient Psychiatrie Cimaïse®, prescriptions informatisées Pharma®, document de CTM si le patient a été concilié à son entrée à l'UHSA.

Un document de travail avec un bilan de médication adapté au contexte est ensuite rédigé ; il regroupe les informations nécessaires pour mener l'entretien avec le patient. Des fiches explicatives sont également élaborées afin de faciliter la compréhension : elles reprennent les points essentiels de la pathologie et des traitements devant être connus par le patient.

Les soignants sont également rencontrés afin d'établir un bilan avant l'entretien et cibler les points sur lesquels mettre l'accent.

b.2) Déroulement de l'entretien pharmaceutique

L'entretien pharmaceutique se déroule dans les locaux des unités de soins de l'UHSA, dans un lieu où le respect de la confidentialité peut être respecté.

Toutes les explications au cours de l'entretien sont données dans un langage clair et concis, et les propos sont reformulés s'ils ne sont pas compris par le patient. La démarche étant participative, ce dernier est libre de poser les questions et de faire les remarques qu'il souhaite à tout moment de l'entretien.

Après une présentation commune, l'échange commence avec un focus sur la (les) pathologie(s) du patient : nous en rappelons ainsi les points principaux pour pouvoir ensuite établir le lien avec les traitements prescrits.

Nous reprenons ensuite chaque médicament prescrit sur l'ordonnance du patient, avec leur indication pour la pathologie. L'entretien pharmaceutique est axé sur l'importance de

l'observance des traitements avec les conseils de bon usage (modalités de prise, conduite à tenir en cas d'oubli, précautions d'emploi concernant l'automédication, stockage des traitements...). Durant l'échange, toutes les remarques du patient sont prises en compte. Il peut s'agir de difficultés d'observance en relation avec un effet indésirable, une mauvaise compréhension du traitement, un rythme de prise non adapté à son quotidien...

L'entretien se termine lorsque nous avons terminé nos explications et qu'elles ont été comprises par le patient.

b.3) Rédaction d'un compte-rendu d'entretien pharmaceutique

Une fois la consultation terminée, le document de travail rédigé avant l'entretien est complété avec le rapport de l'entretien pharmaceutique. Ce rapport relate les points abordés avec le patient et les pistes d'améliorations proposées concernant ses traitements.

Ce document est ensuite déposé sur le DPI après prise de connaissance et validation par le psychiatre référent. (28)

Par la suite, un nouvel entretien avec le patient peut être programmé quelques mois plus tard afin d'évaluer l'impact de notre intervention sur sa compréhension des traitements.

2) Ateliers d'éducation à la santé : information sur les traitements utilisés en psychiatrie

En région PACA, de nombreux programmes d'éducation à la santé à destination des patients atteints de pathologie psychiatrique existent. Ces programmes ont pour objectif d'informer les patients sur tous les aspects de leur pathologie, pour le permettre de devenir un acteur à part entière dans leur prise en charge. Des ateliers d'éducation à la santé sont également conduits avec les patients du SMPR.

Nous proposons d'élaborer des ateliers d'éducation à la santé pour les patients de l'UHSA. De par la prévalence du nombre de patient atteints de troubles psychotiques à l'UHSA, les premiers ateliers concernent les traitements utilisés dans la schizophrénie. Ces ateliers viennent compléter les entretiens pharmaceutiques, en exposant de façon plus approfondie les différents traitements.

a) Présentation des ateliers

Ces ateliers sont animés par un pharmacien du CPM, l'interne de pharmacie et un PPH. Certains ateliers peuvent également faire intervenir une IDE ou une CS.

Chaque atelier est préparé en amont par l'intervenant. Pour rendre la démarche participative, des cahiers avec des questions relatives à la thématique abordée sont distribués aux patients afin que ces derniers préparent également la séance. Les réponses aux questions de chaque participant seront par la suite échangées au fil des sujets traités durant l'atelier. Plusieurs supports seront utilisés afin de permettre aux participants de construire activement leurs connaissances : schémas explicatifs, jeux de cartes...

La participation aux ateliers se fait sur inscription, par petit groupe de participants (au maximum une dizaine).

Dans un premier temps, nous proposons la mise en place de ces ateliers sur une demi-journée, afin de bénéficier du temps nécessaire à l'échange durant la séance et à la compréhension des patients. Ce temps permettra aussi de faire des pauses si les participants en font la demande.

b) Objectifs des ateliers

La mauvaise observance des traitements en psychiatrie est à ce jour un problème majeur, avec un impact important sur le nombre de ré hospitalisations. (56) Ce défaut d'observance est multifactoriel : mauvaise compréhension du traitement et des enjeux liés à son observance, existence d'effets indésirables invalidants liés au traitement. (57)

Dans la continuité des entretiens pharmaceutiques, ces ateliers ont pour objectif d'aborder avec les patients de l'UHSA les différents traitements psychotropes qui leur sont prescrits. La

prise de connaissance des différents traitements doit permettre aux patients d'en améliorer la compréhension et ainsi d'en favoriser l'adhésion. (57)

c) Patients inclus

Nous reprenons les critères d'inclusion utilisés dans les études menées sur l'impact de l'éducation à la santé chez les patients atteints de schizophrénie :

Ainsi, ces ateliers sont proposés à tous les patients majeurs dont le diagnostic de schizophrénie a été posé, en phase de stabilité de la maladie. La participation repose sur le volontariat du patient, afin de renforcer son implication dans la gestion de sa pathologie et ses traitements. Cette participation nécessite l'accord du psychiatre en charge de son suivi à l'UHSA, qui peut également orienter un patient vers ce type d'atelier. (58)

d) Contenu des ateliers

L'atelier commence par une brève présentation de chaque intervenant, ensuite le déroulement de la séance et ses objectifs sont expliqués.

L'atelier est construit en trois parties: les différentes classes de psychotropes, leurs effets secondaires et enfin des conseils pour la gestion des traitements et l'amélioration de l'observance.

d.1) Les différentes classes de médicaments psychotropes

Les réponses attendues sont des dénominations communes internationales ou des noms de spécialités.

L'échange commence entre les intervenants et les participants, les réponses sont dans un premier temps notées au tableau. Le pharmacien prépare ensuite cinq colonnes, qui serviront à ranger par classe thérapeutique les différents psychotropes.

<u>Anxiolytiques</u>	<u>Antidépresseurs</u>	<u>Hypnotiques</u>	<u>Antipsychotiques</u>	<u>Thymorégulateurs</u>
<i>Utilisés pour le traitement de l'anxiété</i> <u>Famille des benzodiazépines :</u> alprazolam, prazépam, oxazépam <u>Antihistaminiques :</u> Hydroxyzine	<i>Visent à lutter contre la dépression</i> <u>Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la serotonine :</u> escitalopram, sertraline, fluoxétine... <u>Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la serotonine et de la noradrénaline :</u> duloxétine, venlafaxine <u>Inhibiteurs de la monoamine oxydase :</u> moclobémide <u>Imipraminiques :</u> clomipramine	<i>Utilisés pour provoquer le sommeil</i> <u>Apparentés benzodiazépines :</u> zolpidem, zopiclone <u>Antihistaminiques :</u> Hydroxyzine, alimémazine	<i>Traitement de la schizophrénie</i> <u>Antipsychotiques de première génération :</u> haldol, clopixol, loxapine <u>Antipsychotiques atypiques :</u> clozapine, aripiprazole, olanzapine, quétiapine	<i>Egalement appelés « normothymiques »</i> <u>Anti épileptiques thymorégulateurs :</u> tégréto, lamotrigine, acide valproïque <u>Antipsychotiques thymorégulateurs :</u> Olanzapine, aripiprazole, risperidone

Tableau 5. Classement des traitements médicamenteux et exemple de réponses attendues

L'équipe de la pharmacie explique dans un premier temps les propriétés pharmacologiques des différentes classes de psychotropes ainsi que les effets attendus, en s'appuyant sur des schémas explicatifs. Ensuite, les différentes formes galéniques disponibles sur le marché sont abordées : les formes orales, sous forme de comprimé ou de gélule ; les suspensions buvables ; les formes injectables dont les NAP, en expliquant la spécificité de ce type de traitement (explication du principe du traitement « retard », traitement non corrélé à la gravité de la pathologie mais pouvant être utile si cela est plus confortable pour le patient).

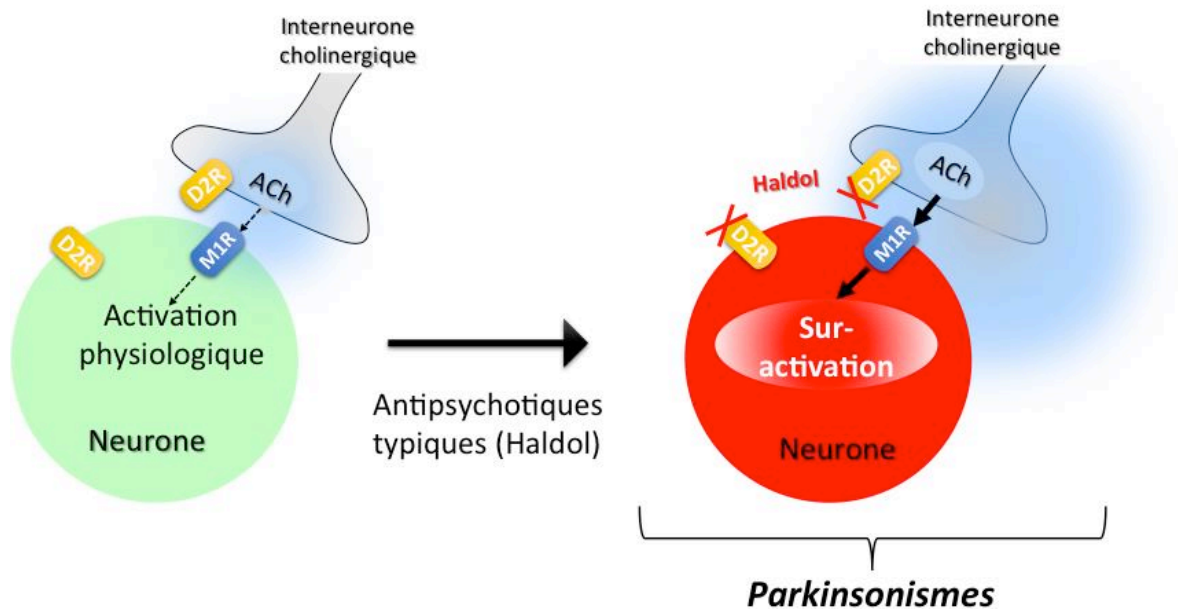


Figure 29. Schéma explicatif du mécanisme d'action des antipsychotiques (59)

L'objectif ici est d'apporter des connaissances générales sur ces médicaments, et de les compléter en fonction des questions et des attentes des patients. Il conviendra également d'expliquer quels sont les bénéfices escomptés, et approximativement dans quels délais.

d.2) Effets indésirables associés aux antipsychotiques

Cette partie de l'atelier est animée sous la forme d'un jeu de questions/réponses. Pour se faire, nous allons utiliser des cartes que nous avons élaborées : chaque carte mentionne un effet indésirable (EI) ou un traitement correcteur. Le but est d'apparier un EI donné avec le traitement correcteur correspondant.

Deux cartes, une comportant un EI et une autre mentionnant un traitement correcteur, sont distribuées à toutes les personnes présentes, y compris aux intervenants, afin que l'ensemble du groupe participe. Un participant commence en lisant à voix haute une carte « EI », et l'autre personne dans le groupe possédant la carte du traitement correcteur correspondant se manifeste. Ensuite, chaque effet indésirable et son traitement correcteur sont expliqués. Les patients peuvent également échanger leur ressenti concernant leur vécu par rapport à ces effets.

	<u>EI</u>	<u>Traitement correcteur</u>
<u>Neurologiques</u>	Syndrome parkinsonien : tremblement, hypertonie akinésie	Trihexyphénidyle, tropatépine
<u>Métaboliques</u>	Prise de poids, diabète, dyslipidémie, hypertension artérielle	Antidiabétiques, antihypertenseurs, hypolipémiants
<u>Anticholinergiques</u>	Sècheresse buccale, constipation, rétention urinaire	Activateur de sécrétion salivaire, laxatifs, intégrer des fibres dans l'alimentation et s'hydrater
<u>Autres</u>	Agranulocytose, photosensibilité Nausée, vomissement Hépatotoxicité	Suivi régulier de la NFS (globules blanc) Eviter les expositions au soleil, utiliser une protection solaire

Tableau 6. Récapitulatif des principaux EI rencontrés avec les traitements antipsychotiques et les traitements correcteurs associés (60)

Avec une approche rassurante, ces effets indésirables sont discutés avec les participants afin de les aider à les différencier de la maladie en elle-même et mieux les gérer au quotidien. Les explications de chaque effet indésirable s'appuient sur la physiopathologie et les mécanismes d'action des antipsychotiques, pour permettre la compréhension la plus optimale possible. Le lien établi entre les EI rencontrés et les traitements correcteurs associés peuvent permettre de diminuer l'anxiété de certains patients vis-à-vis de leur traitement, et ainsi faciliter leur adhésion médicamenteuse. (61)

d.3) Importance de l'observance

Cette dernière partie comporte des rappels concernant l'observance du traitement : il ne s'agit pas forcément d'un traitement à vie mais il est important de respecter les prises et la durée du traitement pour éviter l'apparition des signes liés à la pathologie. Nous expliquons aussi que les effets thérapeutiques d'un traitement sont variables d'un patient à l'autre, tout comme

l'apparition des EIs et qu'il est possible de changer d'antipsychotique si ces EIs deviennent trop importants.

L'atelier se conclut par des fiches d'information sur les psychotropes, choisies par les patients, qui leur seront remises en fin de séance. Ces fiches permettent d'effectuer un rappel des différentes notions abordées tout au long du module. Pour se faire, nous nous appuyons sur les fiches explicatives élaborées par le réseau Psychiatrie-Information-Communication. (Exemple de fiche en Annexe 4).

A la fin de l'atelier, des questionnaires de satisfaction pourront être distribués aux participants afin de connaître leur ressenti vis-à-vis de notre action, et nous permettre d'ajuster notre contenu pour les séances futures.

Par la suite, de prochains ateliers d'éducation à la santé pourront être élaborés sur d'autres thématiques (autres pathologies, sevrage tabagique, VIH...).

3) Journées d'éducation à la santé

Des journées d'éducation à la santé sont ponctuellement organisées au sein du CPM : une a lieu au mois de novembre à l'occasion du « mois sans tabac », et deux sont organisées à l'occasion des journées mondiales d'information sur le Syndrome de l'Immunodéficience Acquise (SIDA). Ces dernières ont respectivement lieu au mois de décembre et au mois d'avril.

Ces journées font intervenir l'ensemble des professionnels médicaux et paramédicaux du CPM, et permettent aux personnes-détenues d'acquérir et renforcer leurs connaissances concernant ces sujets de santé publique. Au préalable, l'information concernant les journées d'éducation à la santé est diffusée auprès des patients par le biais d'affiches, élaborées par les équipes de soins du CPM et placées dans les locaux des USMPs et du SMPR.

La participation à ces journées se fait sur inscription auprès des équipes soignantes. Les différents ateliers sont organisés le matin et l'après-midi, afin que deux groupes différents puissent participer.

Nous proposons d'organiser ces journées pour l'UHSA.

a) Personnel impliqué et contenu

Ces journées font intervenir l'ensemble des professionnels de santé, et différents stands d'information sont tenus afin de permettre aux personnes détenues d'obtenir une approche pluridisciplinaire du sujet traité. Ainsi, l'aspect « médical » du sujet est traité par les soignants des deux unités (physiopathologie du SIDA ou de l'addiction au tabac, effets sur l'organisme...). Un stand « santé publique » est tenu par les travailleurs sociaux (éducateurs et assistantes sociales) pour renseigner les patients sur les actions de prévention et les modalités d'accès au soin. Enfin, des personnes de l'équipe de la pharmacie du CPM (un interne ou un pharmacien, accompagné d'un étudiant en pharmacie ou d'un PPH) sont présentes pour aborder les traitements associés à la pathologie et délivrer des conseils associés à la prise de ces traitements.

Nous faisons appel à différentes associations (Mois sans tabac©, Sidaction©) pour nous fournir le matériel nécessaire pour l'animation des différents stands. Différentes activités en lien avec la thématique sont proposées : par exemple, dans le cadre du mois sans tabac, les soignants proposent une évaluation du statut tabagique, l'équipe de la pharmacie renseigne sur les différents substituts nicotiniques disponibles pour l'UHSA ainsi que ceux en vente à l'extérieur.

b) Organisation

Nous utilisons les mêmes affiches informatives pour faire connaître ces journées auprès des patients-détenus. Ces affiches sont placées dans les salles de soins ainsi que dans les parties communes des deux unités.

Comme pour le CPM, nous envisageons de tenir les ateliers sur deux demi-journées : nous intervenons le matin auprès des patients de l'unité 1 et l'après-midi auprès de ceux de l'unité 2.

Les actions et projets à venir pour l'optimisation de la prestation pharmaceutique en place sont multiples. Tout d'abord, le travail engagé par les pharmaciens du CPM pour l'optimisation de la gestion et du suivi de l'arsenal pharmaceutique des deux unités va être poursuivi. Ainsi, des actions telles que la révision des dotations de produits pharmaceutiques puis la PDA par l'équipe de la pharmacie du CPM, vont être entreprises. Des réunions de travail se tiendront régulièrement pour évaluer ces actions. Ces projets s'inscrivent dans la même logique de sécurisation de la prise en charge thérapeutique des patients que celles précédemment conduites. De nouvelles actions de pharmacie clinique compléteront également l'offre de soins proposée. D'une part, des actions à destination des équipes soignantes, par le biais d'informations sur les bonnes pratiques de prescription et de la CTM, permettront de renforcer la sécurisation des prescriptions. D'autre part, des actions telles que les entretiens pharmaceutiques et l'éducation à la santé permettront d'inclure le patient dans le processus de soin ; l'autonomisation du patient en regard de sa pathologie et de ses traitements constitue une des étapes pour la préparation active à la sortie de son hospitalisation voire de détention.

Des réunions avec les médecins de l'UHSA vont être programmées afin de présenter ces projets et les mettre prochainement en application.

Discussion

Depuis son ouverture en 2018, les besoins en soins de l'UHSA ont évolué, et l'équipe de la pharmacie du CPM a su adapter sa prestation à cette évolution.

A- Points forts du travail

L'offre de soins proposée par les pharmaciens du CPM est très complète car elle couvre le circuit du médicament dans sa totalité, de la prescription à l'administration. De plus, cette offre est adaptée à la fois au contexte hospitalier et à celui de la détention. Les patients-détenus de l'UHSA peuvent ainsi bénéficier de la même prestation pharmaceutique que les patients hospitalisés en services de soins, conformément à la loi de janvier 1994.

La diversité des actions engagées ont démontré la pluralité des compétences des pharmaciens du CPM pour la prise en charge thérapeutique des patients de l'UHSA.

A-1) Actions menées pour l'optimisation de la prestation pharmaceutique en place

1) Actions de terrain

Les actions menées *in situ* ont permis la promotion des bonnes pratiques :

- La réévaluation de la dotation des médicaments somatiques a permis d'adapter cette dotation aux besoins actuels du service. Il faudra cependant attendre quelques mois avant de constater les retombées de ce travail
- Les actions d'évaluation des pratiques professionnelles des soignants de l'UHSA, telles que le « flash bonnes pratiques » et l'audit des chariots de préparation des traitements nominatifs, ont permis de sensibiliser le personnel soignant aux bonnes pratiques de préparation. La connaissance et le respect de ces bonnes pratiques est un

élément supplémentaire dans la sécurisation de la prise en charge thérapeutique des patients de l'UHSA.

2) Actions opérées depuis le CPM

Ces actions ont concouru à renforcer la qualité et la sécurité des soins.

Les mesures d'optimisation de l'approvisionnement de l'UHSA, réponse apportée à l'augmentation du nombre de patients pris en charge depuis la création de l'unité, garantissent la qualité et la continuité des soins.

La validation pharmaceutique des prescriptions et le système de vigilance établi (continuité de la validation pendant les horaires de gardes, les week-ends et les jours fériés, surveillance des IP, suivi régulier de l'ensemble des prescriptions) constituent des éléments supplémentaires pour la sécurisation des prescriptions.

Ces actions sont également la preuve que les actions opérées à distance depuis la Pharmacie du CPM garantissent une prise en charge thérapeutique de qualité pour les patients de l'UHSA.

A-2) Bilan des actions menées

Les actions engagées présentent un double intérêt : d'une part, elles sécurisent tous les niveaux de la prise en charge thérapeutique des patients hospitalisés dans l'UHSA, en prenant en compte le contexte hors-norme qu'est la détention. D'autre part, ces actions ont renforcé la présence du pharmacien dans les deux unités et confirment sa place en tant qu'acteur à part entière dans la prise en charge thérapeutique des patients-détenus.

La plupart de ces actions ont par ailleurs été menées avec un pharmacien en poste à temps partiel. Le poste de pharmacien assistant spécialiste à temps plein, créé par l'AP-HM pour l'UHSA en janvier 2022, va de ce fait permettre de poursuivre le travail d'optimisation engagé.

B- Perspectives

Plusieurs projets ont été présentés pour poursuivre le travail d'optimisation engagé. Ils s'inscrivent dans la même logique de qualité et de sécurisation de la prise en charge thérapeutique des patients-détenus. Ils concernent essentiellement des actions opérées directement dans les locaux de l'UHSA, et la présence renforcée du pharmacien a pour objectif de renforcer la cohésion avec les équipes de soins des deux unités.

B-1) Projets pour la gestion et le suivi de l'arsenal pharmaceutique

Ainsi, le travail de réévaluation des dotations de produits pharmaceutiques, va être poursuivi. L'ensemble des dotations sera ensuite régulièrement revu et des comités de pilotage du médicament seront organisés une fois par mois, afin de suivre au plus près l'évolution des besoins des deux unités de l'UHSA. Des audits seront également réalisés, de la même manière que celui pour la préparation nominative des traitements, afin d'évaluer les pratiques professionnelles pour la gestion de l'arsenal thérapeutique. Enfin, l'un des projets est de mettre en place la PDA par le personnel pharmaceutique du CPM ; si ce projet est adopté, il faudra par la suite réfléchir à une organisation pour sa mise en place, avec la possibilité qu'un PPH se rende directement dans les unités de soins pour la PDA.

B-2) Projets auprès du personnel soignant de l'UHSA

Plusieurs actions auprès du personnel soignant vont être engagées, avec dans un premier temps la poursuite du travail de sensibilisation aux bonnes pratiques de prescription. Des formations ponctuelles sur ces bonnes pratiques pourront par la suite être proposées par les pharmaciens du CPM, en fonction des besoins et des disponibilités des équipes de soins. L'information et la sensibilisation du personnel est une des composantes pour la réduction des risques associés au médicament, et sécurise ainsi la prise en charge thérapeutique des patients. En outre, la mise en place de la CTM proactive pour les nouveaux patients entrants constitue une étape supplémentaire pour la qualité et la sécurité des soins de l'UHSA.

B-3) Projets auprès des patients de l'UHSA

Plusieurs actions de pharmacie clinique ont été proposées.

Les entretiens pharmaceutiques et les différentes actions d'éducation à la santé (ateliers d'information sur les effets indésirables, journées d'information sur le tabac et le SIDA) vont permettre aux patients de bénéficier de l'expertise et des conseils des pharmaciens du CPM pour leurs traitements. Ces actions s'inscrivent dans une démarche d'autonomisation des patients-détenus vis-à-vis de ces traitements en vue d'une préparation à la sortie de l'hospitalisation voire de détention ou d'un transfert vers un autre EP. Le pharmacien est un acteur à part entière dans cette démarche.

Il s'agit de propositions, et il conviendra par la suite de hiérarchiser les actions à poursuivre en priorités. Il faudra également définir quelles sont les ressources humaines nécessaires pour mener à bien ces projets. Par exemples, des référents pour l'UHSA (un PPH et une IDE) pourront être désignés, des visites régulières du pharmacien dans les deux unités seront programmées afin de suivre la mise en application des propositions formulées.

Ce travail permettra par la suite d'appliquer cette prestation pharmaceutique à l'ouverture de la troisième unité de l'UHSA.

Conclusion

La création des UHSAs en 2002 suite à la loi de programmation et d'orientation de la justice a permis de répondre à la problématique de l'hospitalisation à temps complet des patients-détenus atteints de pathologie psychiatrique. L'ouverture de l'UHSA de Marseille en 2018 a ainsi répondu à cette problématique pour les personnes-détenues des structures pénitentiaires des régions PACA et Corse. La prévalence des pathologies psychiatriques étant supérieure dans la population carcérale à celle observée pour la population générale, cette décision également permis de pallier à un besoin de santé publique important. Les UHSAs sont des structures hospitalières adaptées à la détention qui permettent de faire bénéficier les patients d'une prise en charge adaptée à leur pathologie.

Le droit à la santé est un droit fondamental. La loi de janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale a permis aux personnes-détenues de bénéficier du même accès aux soins que les personnes en liberté. De ce fait, l'offre de soins présente dans une UHSA est la même que dans un service d'hospitalisation conventionnel. Les équipes de soins de l'UHSA de Marseille sont sous la direction de l'AP-HM, et donc indépendantes de l'AP. La gestion et le suivi de l'arsenal pharmaceutique, ainsi que la prise en charge thérapeutique des patients est sous la responsabilité de la Pharmacie du CPM.

A l'ouverture de l'UHSA de Marseille en 2018, une prestation pharmaceutique a été mise en place pour répondre aux besoins de santé de la population détenue accueillie. Cette prestation intègre également les besoins exprimés par le personnel soignant à l'ouverture de l'unité. Cette offre soins couvre l'intégralité du circuit du médicament, de la validation des prescriptions à l'administration. De ce fait, des dotations de produits de santé et des modalités d'approvisionnement adaptées ont été mises en place, et la validation des prescriptions s'inscrit dans une démarche de sécurisation des pratiques de prescription, d'autant plus importante au vu du contexte d'exercice.

Quatre années après sa création, un bilan d'étape de l'équipe de la Pharmacie du CPM a conduit à une optimisation de la prestation pharmaceutique en place afin de s'adapter à l'évolution des besoins de l'UHSA de Marseille. D'une part, des mesures pour l'optimisation de la gestion et du suivi de l'arsenal pharmaceutique ont ainsi été prises, avec la révision des

dotations des traitements somatiques, en regard des prescriptions et des nouveaux besoins exprimés par les prescripteurs. D'autre part, les modalités d'approvisionnement de l'UHSA ont été réactualisées de manière à couvrir les besoins des patients. Un suivi régulier des prescriptions a également permis de renforcer la bonne continuité du soin. L'optimisation de la prestation en place a par ailleurs été agrémentée d'actions de terrain, avec des réunions de travail avec les équipes de soins, puis des interventions auprès des équipes soignantes. Ces actions ont permis de renforcer la cohésion entre la Pharmacie du CPM et l'UHSA.

Avec le renforcement du temps pharmaceutique alloué à l'UHSA, de nouveaux projets vont compléter l'offre de soins avec de nouvelles actions de terrain. Dans un premier temps, le travail de révision des dotations va être poursuivi, et des réunions vont être organisées régulièrement avec le personnel de santé pour suivre l'évolution des pratiques de soins. Des formations aux bonnes pratiques de prescriptions vont également être entreprises auprès du personnel soignant. Enfin, des actions de pharmacie clinique, telles que la conciliation proactive des traitements médicamenteux, les entretiens pharmaceutiques et les actions d'éducation à la santé vont renforcer la prise en charge thérapeutique des patients de l'UHSA et leur permettre de devenir acteur à part entière dans cette prise en charge. Ces projets sont des propositions, et il conviendra au personnel soignant de hiérarchiser les actions à mettre en place.

L'optimisation de la prestation pharmaceutique de l'UHSA s'inscrit dans l'optique de la création future de la troisième unité d'hospitalisation. Les patients accueillis pourront ainsi bénéficier d'une prise en charge thérapeutique de qualité et sécurisée.

Le travail de mise en place d'une prestation pharmaceutique pour l'UHSA, de sa conception à son optimisation, est une illustration du travail du pharmacien hospitalier, en regard de l'évolution de la profession. Les actions mises en place pour l'UHSA sont le témoin de cette évolution, et confirme la place du pharmacien en tant qu'acteur à part entière dans la prise en charge thérapeutique du patient.

Bibliographie

1. Ministère de la Justice. Visite historique : de l'Ancien Régime au Premier Empire. justice.gouv.fr. Disponible sur: <http://www.justice.gouv.fr/histoire-et-patrimoine-10050/histoire-des-prisons-12128/visite-historique-de-lancien-regime-au-premier-empire-21133.html>
2. Ministère de la Justice. Visite historique : du XIXe au XXe siècle. justice.gouv.fr. Disponible sur: <http://www.justice.gouv.fr/histoire-et-patrimoine-10050/histoire-des-prisons-12128/visite-historique-du-xixe-au-xxe-siecle-21200.html>
3. Ministère de la Justice - L'administration pénitentiaire en France , juillet 2007. Disponible sur: http://www.justice.gouv.fr/art_pix/administration_penitentiaire_en_france.pdf
4. Ministère de la Justice. Les structures pénitentiaires. justice.gouv.fr. 2021. Disponible sur: <http://www.justice.gouv.fr/prison-et-reinsertion-10036/ladministration-penitentiaire-10037/les-structures-penitentiaires-14557.html>
5. Ministère de la Justice - Carte de l'administration pénitentiaire, 2021. Disponible sur: http://www.justice.gouv.fr/art_pix/Carte_administration_penitentiaire_2021.pdf
6. Ministère de la Justice - La semi liberté, février 2013. justice.gouv.fr. Disponible sur: <http://www.justice.gouv.fr/prison-et-reinsertion-10036/la-vie-hors-detention-10040/la-semi-liberte-11996.html>
7. Statistique des établissements des personnes écrouées en France 1e janvier 2022.
8. Kanoui-Mebazaa V, Valantin MA. La santé en prison. Les Tribunes de la santé. 2007;n° 17(4):97.
9. Bilan National de l'Enseignement sur l'année 2007 -J.-P. Laurent. Disponible sur: http://www.justice.gouv.fr/art_pix/BilanNationalEnseignementAnnee2008.pdf
10. Mesure de l'incarcération au 1e janvier 2022.pdf.
11. Hedhili-Azéma H. La réforme d'administration pénitentiaire Amor de mai 1945. Criminocorpus Revue d'Histoire de la justice, des crimes et des peines. 29 août 2019;(13). Disponible sur: <https://journals.openedition.org/criminocorpus/6244>
12. Moreau F. Health in French Prison. Pouvoirs. 29 nov 2010;135(4):69-86.
13. DGOS. Les personnes détenues, Pour un accès équitable aux soins et à la protection sociale équivalent à celui de la population. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2022. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-des-populations/personnes-detenu-es-personnes-placees-sous-main-de-justice/article/les-personnes-detenu-es>
14. Contrast C. La création des UHSA : une nouvelle régulation de l'enfermement ? Deviance et Societe. 2015;39(4):429-53.
15. Glezer D. La Psychiatrie publique à l'épreuve des murs de la prison. Criminocorpus

Revue d'Histoire de la justice, des crimes et des peines 16 juill 2012 ;(1). Disponible sur:
<https://journals.openedition.org/criminocorpus/2043>

16. Lancelevée C. Quand la prison prend soin : enquête sur les pratiques professionnelles de santé mentale en milieu carcéral en France et en Allemagne. Travail de recherche doctorale financé par l'attribution d'une bourse EN3S. Regards. 2017;51(1):245-55.

17. Les conditions de détention en France - OIP (Observatoire international des prisons) - Éditions La Découverte. Disponible sur:
https://www.editionsladecouverte.fr/les_conditions_de_detention_en_france-9782707159090

18. Les conditions de détention dans les établissements pénitentiaires en France (tome 1, rapport). Disponible sur: <https://www.senat.fr/rap/199-449/199-44918.html>

19. Brahmy B. Psychiatrie et prison. Etudes. 2005;402(6):751-60.

20. Bondoux G. État des lieux de la première année d'ouverture de l'Unité Hospitalière Spécialement Aménagée de Marseille. 2020;

21. Création d'unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) pour les personnes détenues - Question écrite n° 26213 de Mme Joëlle Garriaud-Maylam (Français établis hors de France - UMP) publiée dans le JO Sénat du 08/02/2007 - page 277 Disponible sur:
<https://www.senat.fr/questions/base/2007/qSEQ070226213.html>

22. Enquête « Santé-Entrants » - Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques , 2003. 2003;12.

23. Direction Générale de la Santé - Enquête PREVACAR, volet offre de soins VIH, hépatites et traitements de substitution en milieu carcéral, 2010. Disponible sur:
https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Enquete_PREVACAR_-_Volet_offre_de_soins_-_VIH_hepatites_et_traitements_de_substitution_en_milieu_carceral_octobre_2011.pdf

24. Guide Méthodologique - Prise en charge sanitaire des personnes placées sous la main de la Justice - Ministère de la Santé et des Solidarités. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_methodo_2019_ppsmj.pdf

25. Chapitre VI : Pharmacies à usage intérieur. (Articles L5126-1 à L5126-11) - Code de la Santé Publique [Internet]. Disponible sur:
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006171372/#LEGISCTA000006171372

26. Arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé.

27. L'exercice pharmaceutique hospitalier en milieu carcéral - L. Harcoët , juillet 2010.

28. Allenet B, Juste M, Mouchoux C, Collomp R, Pourrat X, Varin R, et al. De la dispensation au plan pharmaceutique personnalisé : vers un modèle intégratif de pharmacie clinique. Le Pharmacien Hospitalier et Clinicien. mars 2019;54(1):56-63.

29. Décret n° 2019-489 du 21 mai 2019 relatif aux pharmacies à usage intérieur. 2019-489 mai 21, 2019.

30. Analyse pharmaceutique - OMEDIT Pays de la Loire. OMEDIT. Disponible sur:

<https://www.omedit-paysdelaloire.fr/lien-ville-hopital/pharmacie-clinique/analyse-pharmaceutique/>

31. Niveaux d'analyse SFPC. Disponible sur: <https://www.omedit-grand-est.ars.sante.fr/analyse-pharmaceutique>
32. 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, les syndicats interhospitaliers et les établissements médico-sociaux disposant d'une pharmacie à usage intérieur mentionnés à l'article L. 595-1 du code de la santé publique - Légifrance. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000393107/2022-04-25/>
33. Référentiel-de-Pharmacie-Hospitalière (1).pdf.
34. Décret du 26 décembre 2000 sur les Pharmacie à Usage Intérieur - Code la Santé Publique. Disponible sur: <http://prison.eu.org/IMG/pdf/62.pdf>
35. Harcouët L, Hazebroucq G. Particularités de l'exercice pharmaceutique en prison : expérience de la pharmacie de l'Unité de consultations et soins ambulatoires (UCSA) de la maison d'arrêt Paris-La Santé. Journal de Pharmacie Clinique. 12 sept 2000;19(2):149-56.
36. LOI n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge (1). 2011-803 juill 5, 2011.
37. Circulaire interministérielle DGOS/R4/PMJ2 no 2011-105 du 18 mars 2011 relative à l'ouverture et au fonctionnement des unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA). Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2011/11-05/ste_20110005_0100_0076.pdf
38. Commission de coordination locale de suivi de l'UHSA.
39. Bonnes Pratiques de Pharmacie Hospitalière. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/014000475.pdf>
40. Lalande L, Bertin C, Rioufol C, Boleor P, Cabelguenne D. Prise en charge médicamenteuse en milieu carcéral : contribution de l'équipe pharmaceutique à la sécurité des patients. Annales Pharmaceutiques Françaises. mars 2016;74(2):146-53.
41. Methodologie Audit Clinique - Haute Autorité de Santé. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-10/audit_clinique_cible_2006_4pages.pdf
42. Cabelguenne D, Sourty A, Meunier F, Beaupere P, Bert A, Pittel-Buttez MA. Comment concilier pharmacie clinique et évaluation des pratiques professionnelles : exemple de la démarche des équipes médicales et pharmaceutique des prisons de Lyon. 2007;26:9.
43. Reunion-26-juin-2012-medicaments-à-risques.pdf. Disponible sur: <https://www.omeditpacacorse.fr/wp-content/uploads/2018/05/Reunion-26-juin-2012-medicaments-a%CC%80-risques.pdf>
44. Flash sécurité patient « Médicaments à risque : Sous-estimer le risque c'est risqué ». Haute Autorité de Santé. . Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3275489/fr/flash-

securite-patient-medicaments-a-risque-sous-estimer-le-risque-c-est-risque

45. Mebarki S, Trivalle C. Échelles d'évaluation de l'effet anticholinergique des médicaments. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*. juin 2012;12(69):131-8.
46. La constipation en psychiatrie. Disponible sur: https://www.omedit-nag.fr/sites/default/files/public/54/livret_constipation.pdf
47. Mettre en œuvre la conciliation des traitements médicamenteux en établissement de santé. Haute Autorité de Santé. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2736453/fr/mettre-en-oeuvre-la-conciliation-des-traitements-medicamenteux-en-etablissement-de-sante
48. Tahir H, Ramagiri Vinod N, Daruwalla V, Umair Malik M, Zeeshan N, Vuppu L, et al. Decreasing Unintended Medication Discrepancies in Medication Reconciliation through Simple Yet Effective Interventions. *AJPHR*. 26 août 2017;5(2):30-5.
49. Noblot-Rossignol M, Vailleau JL, Hamad M, Denis F, Beye F. Conciliation des traitements médicamenteux à l'admission : expérimentation en établissement de santé mentale et éligibilité des patients pouvant en bénéficier en priorité. *Le Pharmacien Hospitalier et Clinicien*. juin 2017;52(2):177-85.
50. Garriguet P, Beauverie P, Yassine S, Mouffak S, Alemanni J, Gaudoneix-Taïeb M, et al. Conciliation médicamenteuse en psychiatrie générale adulte : résultats de 3 années d'expérience. *Le Pharmacien Hospitalier et Clinicien*. juin 2017;52(2):138-46.
51. Mettre en œuvre la conciliation des traitements médicamenteux en établissement de santé. Haute Autorité de Santé. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2736453/fr/mettre-en-oeuvre-la-conciliation-des-traitements-medicamenteux-en-etablissement-de-sante
52. Curatolo N, Gutermann L, Devaquet N, Roy S, Rieutord A. Reducing medication errors at admission: 3 cycles to implement, improve and sustain medication reconciliation. *Int J Clin Pharm*. févr 2015;37(1):113-20.
53. Intérêt de la conciliation médicamenteuse proactive dans un service de diabétologie. | Elsevier Enhanced Reader Disponible sur: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S2211104218301577?token=DAB77A238911E12120D83B406188381F3FDC71F7665628D164603ADF1BD007AB750873E9B9B5E766B4837C599FF804B4&originRegion=eu-west-1&originCreation=20220824185225>
54. Nice CRC. SFPC Mémo Conciliation des traitements médicamenteux. :16.
55. [sfpc_les_entretiens_pharmaceutiques\(1\).pdf](#).
56. Beauchamp I de, Giraud-Baro E, Bougerol T, Calop J, Allenet B. Education thérapeutique des patients psychotiques : impact sur la ré-hospitalisation. *Educ Ther Patient/Ther Patient Educ*. 1 déc 2010;2(2):S125-31.
57. Corruble E, Hardy P. Observance du traitement en psychiatrie. *EMC - Psychiatrie*. janv 2004;1(1):1-6.
58. Catana A, Baudoux-Meunier A, Charpeaud T, Chéreau I, Denizot H, Gremeau I, et al. Intérêt de l'éducation thérapeutique chez les malades souffrant de schizophrénie : le

programme SCHIZ'EDUC. Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique. févr 2015;173(1):97-100.

59. #. Peut-on éliminer les effets indésirables des antipsychotiques? Salle de presse | Inserm. 2016. Disponible sur: <https://presse.inserm.fr/peut-on-eliminer-les-effets-indesirables-des-antipsychotiques/24463/>

60. American Psychiatric Association, éditeur. The American Psychiatric Association practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia. Third edition. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2021. 297 p.

61. Effets indésirables des psychotropes : quand et comment en parler aux patients ? Revue Medicale Suisse. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2018/revue-medicale-suisse-619/effets-indesirables-des-psychotropes-quand-et-comment-en-parler-aux-patients>

Annexes

Annexe 1 – Fiche intervention pharmaceutique SFPC

Figure 1

FICHE D'INTERVENTION PHARMACEUTIQUE		
📅 DATE : / /	📁 N° FICHE :	📍 N° CENTRE :
IDENTITE PATIENT :		SERVICE D'HOSPITALISATION :
Nom : Prénom :		<input type="checkbox"/> Psychiatrie <input type="checkbox"/> Séjour Court (MCO) <input type="checkbox"/> Séjour Long <input type="checkbox"/> Soins de Suite et Réadaptation
Age : ans / Poids : Kg Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		DCI MEDICAMENT :
1- PROBLEME (1 choix) :		3- FAMILLE MEDICAMENT (ATC) :
1 <input type="checkbox"/> Non conformité aux référentiels / contre-indication		<input type="checkbox"/> A Voie digestives /Métabolisme
2 <input type="checkbox"/> Indication non traitée		<input type="checkbox"/> B Sang /Organes hématopoïétiques
3 <input type="checkbox"/> Sous-dosage		<input type="checkbox"/> C Système cardiovasculaire
4 <input type="checkbox"/> Surdosage		<input type="checkbox"/> D Médicaments dermatologiques
5 <input type="checkbox"/> Médicament non indiqué		<input type="checkbox"/> G Système génito-urinaire/Hormones Sex.
6 <input type="checkbox"/> Interaction		<input type="checkbox"/> H Hormones systémiques
<input type="radio"/> A prendre en compte		<input type="checkbox"/> J Anti-infectieux systémiques
<input type="radio"/> Précaution d'emploi		<input type="checkbox"/> L Antinéoplasiques/Immunomodulateurs
<input type="radio"/> Association déconseillée		<input type="checkbox"/> M Muscle et squelette
<input type="radio"/> Association contre-indiquée		<input type="checkbox"/> N Système nerveux
<input type="radio"/> Publiée (= hors GTIAM de l'AFSSAPS)		<input type="checkbox"/> P Antiparasitaires, insecticides
7 <input type="checkbox"/> Effet indésirable		<input type="checkbox"/> R Système respiratoire
8 <input type="checkbox"/> Voie/administration inappropriée		<input type="checkbox"/> S Organes sensoriels
9 <input type="checkbox"/> Traitement non reçu		<input type="checkbox"/> V Divers
10 <input type="checkbox"/> Monitoring à suivre		
2- INTERVENTION (1 choix) :		4- DEVENIR DE L'INTERVENTION :
1 <input type="checkbox"/> Ajout (prescription nouvelle)		<input type="checkbox"/> Acceptée
2 <input type="checkbox"/> Arrêt		<input type="checkbox"/> Non acceptée
3 <input type="checkbox"/> Substitution/Echange		<input type="checkbox"/> Non renseigné
4 <input type="checkbox"/> Choix de la voie d'administration		
5 <input type="checkbox"/> Suivi thérapeutique		
6 <input type="checkbox"/> Optimisation modalités d'administration		
7 <input type="checkbox"/> Adaptation posologique		
DETAILS ⇒ S'il y a lieu, préciser : Dosage, posologie, rythme d'administration des médicaments ; Eléments pertinents en relation avec le problème dépisté ; Constantes biologiques perturbées ou concentration d'un médicament dans liquides biologiques (+ normales du laboratoire) ; Décrire précisément l'intervention pharmaceutique.		
Contextes		
Problème		
Intervention		

Tableau 1 : description des problèmes liés à la thérapeutique médicamenteuse

- ✓ **L'identification des problèmes** liés à la thérapeutique médicamenteuse se fait au vu de l'ensemble des prescriptions (sous forme ou non d'ordonnance), et en fonction des données cliniques disponibles sur le patient.
- ✎ **Un seul choix** : Si la situation thérapeutique du patient fait émerger plusieurs problèmes, remplir autant de fiches que de problèmes.
- ? **Se poser la question** : Ce patient développe ou est susceptible de développer un symptôme clinique lié à **OU** il existe un problème lié à la thérapeutique médicamenteuse nécessitant une intervention pour éviter une mobilisation inutile de ressources.

	PROBLEME LIE A	DESCRIPTION
1.1	Non conformité aux référentiels ou Contre-indication	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Non conformité du choix du médicament au livret thérapeutique</i> : Il existe un équivalent au livret thérapeutique. - <i>Non conformité du choix du médicament aux différents consensus</i> : Un autre médicament est tout aussi efficace et moins coûteux ou moins toxique pour ce patient conformément aux consensus ou recommandations ou référentiels. - <i>Il existe une contre-indication à l'usage de ce médicament</i> : Par exemple, le patient présente un terrain qui contre-indique le médicament prescrit : asthme et bêtabloquant.
1.2	Indication non traitée	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Absence de thérapeutique pour une indication médicale valide.</i> - <i>Un médicament n'a pas été prescrit après un transfert.</i> - <i>Le patient n'a pas bénéficié d'une prescription de prophylaxie ou de prémédication.</i> - <i>Un médicament synergique ou correcteur devrait être associé.</i>
1.3	Sous-dosage	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Posologie infra-thérapeutique</i> : le médicament est utilisé à une dose trop faible pour ce patient (dose par période de temps). - <i>La durée de traitement est anormalement raccourcie</i> (Ex : antibiotique prescrit sur 5 jours au lieu de 10 jours)
1.4	Surdosage	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Posologie supra-thérapeutique</i> : <ul style="list-style-type: none"> . Le médicament est utilisé à une dose trop élevée pour ce patient. . Il existe une accumulation du médicament. - <i>Un même principe actif est prescrit plusieurs fois sur l'ordonnance</i> (Ex : Doliprane® et Di-antalvic®).
1.5	Médicament non indiqué	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Un médicament est prescrit sans indication justifiée.</i> - <i>Un médicament est prescrit sur une durée trop longue sans risque de surdosage</i> (Ex : antibiothérapie sur 15 jours). - <i>Prescriptions de deux médicaments à principe actif différent mais appartenant à la même classe thérapeutique créant une redondance pharmacologique</i> (Ex : Josir® et Xatral®).
1.6	Interaction	<p><i>Un médicament du traitement interfère avec un autre médicament</i> et peut induire une réponse pharmacologique exagérée ou insuffisante.</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>D'après le GTIAM de l'AFSSAPS</i> : Association à prendre en compte (selon la pertinence clinique), Précaution d'emploi, Association déconseillée, Association contre-indiquée. - <i>Interaction publiée mais non validées par le GTIAM de l'AFSSAPS.</i> (préciser les références bibliographiques).
1.7	Effet indésirable	<i>Le patient présente un effet indésirable alors que le médicament est administré à la bonne posologie.</i> Il peut s'agir d'un effet clinique ou biologique, cinétique.
1.8	Voie et/ou administration inappropriée	<p>Le médicament choisi est correct mais la voie d'administration n'est pas adaptée :</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Autre voie plus efficace, ou moins coûteuse à efficacité équivalente</i> - <i>La méthode d'administration n'est pas adéquate</i> (reconstitution, dilution, manipulation, durée). - <i>Mauvais choix de galénique.</i> - <i>Libellé incomplet</i> (absence de dosage...) - <i>Plan de prise non optimal</i> (répartition horaire et moment).
1.9	Traitement non reçu	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Incompatibilité physico-chimique entre plusieurs médicaments injectables</i> : risque de précipitation entre des médicaments incompatibles en cours d'administration par perfusion. - <i>Problème d'observance.</i>
1.10	Monitoring à suivre	<i>Le patient ne bénéficie pas d'un suivi approprié ou suffisant</i> pour son traitement : suivi biologique ou cinétique ou clinique (glycémie, ECG, tension artérielle, mesure de concentration d'un médicament...)

Elaboré par le groupe de travail SFPC "Standardisation et valorisation des activités de pharmacie clinique". Juin 2004 et Copyright 2004. Version 1

Tableau 2 : description des interventions pharmaceutiques

un seul choix possible sur la fiche

	INTERVENTION	DESCRIPTIF
2.1	Ajout (prescription nouvelle)	<i>Ajout d'un médicament au traitement d'un patient.</i>
2.2	Arrêt	<i>Arrêt d'un médicament du traitement d'un patient <u>sans</u> substitution.</i>
2.3	Substitution /échange	<p><i>Mise en place d'une alternative générique ou thérapeutique à un médicament du traitement d'un patient :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Il peut s'agir d'une substitution générique (application de décisions liées à un marché) ou thérapeutique (formulaire local). - L'échange thérapeutique correspond à la dispensation d'une alternative dans le cadre d'un protocole approuvé. - L'alternative est mieux adaptée au patient.
2.4	Choix de la voie d'administration	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Relais voie injectable /voie orale :</i> . Alternative thérapeutique d'un produit différent à efficacité équivalente et passage voie injectable vers voie orale. . Alternative voie injectable vers voie orale du même produit avec efficacité conservée. - <i>Choix d'une voie d'administration plus adaptée au patient.</i>
2.5	Suivi thérapeutique	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Suivi INR, kaliémie, suivi clinique, suivi cinétique...</i> - <i>Demande / arrêt du dosage d'un médicament.</i> - <i>Demande / arrêt prélèvement biologique.</i>
2.6	Optimisation des modalités d'administration	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Plan de prise :</i> . Répartition des prises par rapport au repas ou aux interactions médicamenteuses sans modification de posologie. . Conseils de prise optimale (Ex : Prise à jeun, à distance des repas, en position debout...). - <i>Précisions des modalités d'administration ou du libellé (dosage...)</i> (Ex : Modalité de reconstitution, de dilution, durée d'une perfusion...).
2.7	Adaptation posologique	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Adaptation de la posologie d'un médicament à marge thérapeutique étroite</i> en tenant compte d'un résultat de concentration de ce médicament dans un milieu biologique, de la fonction rénale (clairance de la créatinine) et/ou de la fonction hépatique ou du résultat d'un autre examen biologique. - <i>Adaptation de la posologie d'un médicament par ajustement des doses avec le poids, l'âge, l'AMM ou la situation clinique du patient.</i> - <i>Allongement d'une durée de traitement jugée trop courte.</i>

Annexe 2 – Fiche « Flash Pharmaceutique et Bonnes Pratiques »

Date : Auditeur :
Service – qualité des personnes auditées :

Flash Pharmaceutique et Bonnes Pratiques

- Thématique Dotation de Produits Pharmaceutiques
 - Savez-vous passer une commande sur PharmaWeb ? (si oui : montrez-nous, distinction ou non avec la dotation du chariot d'urgence)
 - Comment contrôlez-vous le contenu de la commande (de façon générale, pour les produits thermosensibles) ?
 - Quel emplacement utilisez-vous s'il n'y a pas d'étiquette correspondant au produit ?
 - Comment passez-vous une commande pour un produit ne faisant pas partie de la dotation ?

- Thématique Médicaments Stupéfiants et assimilés
 - Comment est gérée la clé du coffre des Stupéfiants ?
 - Comment contrôlez-vous la dotation de buprénorphine ? (fréquence, dosages, contrôle contradictoire)

- Thématique « Réfrigérateur »
 - Comment contrôlez-vous la température de l'enceinte ?
 - Que peut contenir le réfrigérateur ?
 - Comment doivent-être stockées les insulines ? (avant et après première utilisation, rangement nominatif) ?

DESCRIPTIF DES PRODUITS ET AUTRES PRESENTS SUR LE CHARIOT

Commentaires :

Point important sur les solutions buvables :

- Date ouverture flacon
- pipette/seringue /modalités d'administration
- un flacon par patient ?

Point important sur les médicaments thermosensibles :

Commentaires :

Point important sur les médicaments stupéfiants :

Point important sur les médicaments NAP :

Date : UF : Auditeur :
Identification des personnes auditées :

Modalités de Préparation des traitements

Descriptif

- Ordonnances papiers ou écran
- Préparations : à quel moment et plages horaires (pour 24 h ?)
- Modifications ?

Modalités de validation des administrations dans Pharma

Descriptif

Grille d'audit chariot nominatif

1- Le chariot est stocké dans un lieu sécurisé : O N

- Si oui : localisation =
- Si non :

2- Le chariot est en bon état : O N

- Si oui : traçabilité du nettoyage :
- Si non :

3- Le chariot est en état de propreté : O N

- Si non :

4- Le chariot respecte la confidentialité : O N

Annexe 4 – Fiche d'information pour l'aripiprazole élaborée par le réseau Psychiatrie-Information-Communication



ARIPIPRAZOLE (ABILIFY®) ANTIPSYCHOTIQUE (NEUROLEPTIQUE)

Comprimés à 5mg (comprimés simples)
Comprimés à 10mg, 15mg (comprimés simples ou orodispersibles)
Solution buvable à 1 mg/ml - après ouverture du flacon, le médicament est à utiliser dans les 6 mois
Solution injectable à 7,5 mg/ml

QUEL BÉNÉFICE ATTENDRE DE CE MÉDICAMENT ?



Les antipsychotiques sont prescrits pour soulager la souffrance psychique. Ils ne modifient pas la personnalité mais au contraire vont vous permettre de la retrouver. Ils vous aident à vous rassembler à l'intérieur de vous et à gérer votre vie quotidienne. Ils calment la tension intérieure, l'anxiété et l'agressivité. Ils réduisent ou suppriment les désordres de la pensée (délires, hallucinations). Ils vous aident à garder le contact et à communiquer avec les autres

Ce médicament occupe une place importante dans votre projet de soins en vous aidant à diminuer progressivement les symptômes liés à la maladie. Mais le médicament n'est pas suffisant pour assurer à lui seul votre rétablissement. Il est aussi nécessaire de bénéficier d'un accompagnement adapté reposant sur le lien avec les soignants, vos proches et les professionnels du social.

COMMENT PRENDRE VOTRE MÉDICAMENT ?



Il doit être pris chaque jour, à heure(s) régulière(s), en respectant les posologies prescrites sur votre ordonnance.

L'aripiprazole se prend habituellement en une seule prise, avec un verre d'eau, avant, pendant, ou après le repas en position assise ou debout.

Le comprimé orodispersible doit être placé sous la langue, il sera dissout rapidement par la salive. Il peut aussi être dissout dans un verre d'eau, et avalé.

La dose de solution buvable doit être préparée avec le système doseur ou le bouchon doseur gradué.

En cas d'oubli d'une prise : Si vous avez oublié votre prise unique du matin, vous pouvez la prendre dans la journée. Si vous avez oublié votre prise unique du soir, sautez la prise et attendez la prise prévue du lendemain. Ne doublez jamais les doses pour compenser l'oubli d'une prise.

QUELS EFFETS INDESIRABLES PEUVENT APPARAÎTRE ?



Ces effets indésirables peuvent ne jamais apparaître et sont différents d'une personne à l'autre. La grande majorité des effets indésirables ne sont pas graves. Certains régressent, dès les premières semaines du traitement. Il faut les connaître pour pouvoir les identifier ou les éviter et, dans tous les cas, en parler à votre médecin qui recherchera une solution pour les atténuer, voire les faire disparaître.

Effets	Que dois-je faire ?
Impatiences, akathisie (besoin de bouger constamment), rigidité, contractures musculaires, tremblements, agitation, anxiété	Parlez-en à votre médecin pour adapter le traitement ou corriger ces effets
Somnolence, fatigue	Évitez de conduire ou d'utiliser des machines qui pourraient s'avérer dangereuses. Parlez-en au médecin qui pourra éventuellement réévaluer les doses et leur répartition dans la journée.
Insomnie	Parlez-en à votre médecin, un changement de l'heure de l'heure de prise d'un de vos médicaments peut parfois solutionner ce problème.
Maux de tête, céphalées	Reposez-vous. Évitez les substances pouvant favoriser vos maux de tête (excitants, café, chocolat...) Ces symptômes diminuent avec le temps, s'ils persistent, demandez l'avis de votre médecin ou pharmacien.
Nausées, vomissements	Prenez de préférence votre médicament au milieu d'un repas. Ces symptômes diminuent avec le temps, s'ils persistent, demandez l'avis de votre médecin ou pharmacien.

Effets	Que dois-je faire ?
Constipation	Favorisez les aliments contenant des fibres (fruits crus, légumes verts), mangez des pruneaux et des figues et buvez suffisamment d'eau, en particulier le matin à jeun. Pratiquez une activité physique adaptée (marche...). Présentez-vous à la selle à heure régulière. En cas de douleurs abdominales et/ou de persistance de la constipation contactez votre médecin ou votre pharmacien.
Hypotension orthostatique, vertiges ou sensation de malaise en se levant, étourdissements (surtout en début de traitement)	Levez-vous lentement. Si vous êtes couché, asseyez-vous un moment avant de vous lever doucement. Si les symptômes persistent, faites vérifier votre tension artérielle.
Troubles de la vision : vision floue, difficultés à lire,	Évitez de conduire. Ces symptômes diminuent avec le temps, s'ils persistent, demandez l'avis de votre médecin ou pharmacien.

Cette fiche fait mention d'effets indésirables parmi les plus fréquemment rencontrés et souvent décrits en consultations par les patients ; d'autres effets peuvent apparaître (voir notices complètes) ; parlez-en avec votre médecin ou votre pharmacien.

QUE SURVEILLER PENDANT LE TRAITEMENT ?



Le poids : Certains antipsychotiques peuvent entraîner une prise de poids. Certains patients grossissent, d'autres pas, d'autres maigrissent. Pour éviter une surcharge pondérale, il convient dès le début du traitement, de surveiller régulièrement son poids (une fois par semaine le premier mois, puis mensuellement), d'éviter les sucreries, les boissons sucrées, les grignotages entre les repas, de pratiquer une ou des activités physiques. Une prise de poids supérieure à 5 kg après trois mois de traitement nécessite une consultation diététique.

Le cœur : Certains antipsychotiques impliquent une surveillance cardiologique, la réalisation d'un ECG s'avère alors nécessaire, demandez l'avis de votre médecin.

Les dents : Faites-les surveiller régulièrement (une fois par an) car ce médicament favorise l'apparition de caries. Brossez-les, si possible, après chaque repas, et sinon au moins une fois par jour, avant de vous coucher.

La peau : Évitez de vous exposer au soleil. Utilisez une crème écran total indice 50 et portez un tee shirt, un chapeau et des lunettes de soleil avant toute exposition.

Les signes d'alerte : Prévenir immédiatement votre médecin en cas d'apparition brutale de fièvre, forte transpiration, pâleur, rigidité musculaire ou accélération des battements du cœur.

QUELLES PRECAUTIONS A OBSERVER ?



Hygiène de vie : Évitez les situations répétées de manque de sommeil et la consommation d'excitants : café, thé, cola, drogues.

L'alcool : La prise d'alcool est contre indiquée, surtout en début de traitement, car elle peut entraîner une somnolence excessive, augmenter les effets indésirables, le mal-être et l'angoisse. Par la suite, une consommation très modérée est possible. Parlez-en avec votre médecin.

Les drogues : La consommation de ces produits peut favoriser une réapparition des hallucinations liées à votre maladie, de plus elle s'oppose à la réussite de votre traitement.

Les médicaments : Ne prenez pas de médicaments non prescrits par votre médecin. Demandez l'avis de votre médecin ou pharmacien car ce médicament peut présenter des interactions avec d'autres médicaments courants.

La conduite de véhicules et l'utilisation de machines : Soyez très prudent : demandez l'avis d'un professionnel de santé.

Projet de grossesse : Si vous envisagez une grossesse, parlez-en avec votre médecin. Lui seul sera à même d'évaluer la poursuite du traitement.

LA REGULARITE DU TRAITEMENT



La prise régulière du traitement conditionne son efficacité qui apparaît après quelques semaines. Vous pouvez préparer un semainier pour ne pas oublier de prendre votre traitement. La poursuite du traitement est indispensable pour obtenir une stabilité psychique. Par contre, une interruption brutale du traitement vous expose à un mal-être (rebond d'angoisse, d'insomnie, contractures) dans les jours qui suivent et, à plus long terme, à une rechute.

L'arrêt du traitement doit toujours être décidé en accord avec votre médecin prescripteur. Il doit être progressif sur plusieurs semaines.

Cette fiche d'information a été réalisée par les professionnels de santé du Réseau P.I.C. (Psychiatrie - Information - Communication). Toutefois, cette fiche est un support d'information non exhaustif qui doit vous permettre d'en parler plus largement avec votre médecin ou pharmacien. Vous pouvez également consulter la fiche plus détaillée sur le site reseau.pic.info

© Copyright reseau PIC - 2018

SERMENT DE GALIEN

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

- ❖ D'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement.*
- ❖ D'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement.*
- ❖ De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine, de respecter le secret professionnel.*
- ❖ En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels.*

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

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