



# UNIVERSITÉ DE LILLE

UFR3S-MÉDECINE

Année : 2025

## THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Modalités de prescription et intoxications médicamenteuses en prison,  
étude rétrospective dans les centres pénitentiaires lillois.**

Présentée et soutenue publiquement le 15/05/2025 à 18h  
au Pôle Formation  
par **Chloé GILLIERS**

---

### JURY

**Président :**

**Monsieur le Professeur Valéry HEDOUIN**

**Assesseurs :**

**Madame le Docteur Sabine BAYEN**

**Monsieur le Docteur Ramy AZZOUZ**

**Directeur de thèse :**

**Madame le Docteur Perrine HEROGUEL**



## AVERTISSEMENT

L'université n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.



# SOMMAIRE

## Table des matières

<b>SOMMAIRE .....</b>	<b>5</b>
<b>LISTE DES ABREVIATIONS.....</b>	<b>7</b>
<b>RESUME .....</b>	<b>8</b>
<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>10</b>
<b>1. Cadre législatif et organisation du dispositif sanitaire en milieu pénitentiaire.....</b>	<b>10</b>
a. Cadre légal.....	10
b. Dualité des acteurs.....	11
c. Organisation du dispositif de soin .....	12
<b>2. Données épidémiologiques et état de santé des personnes détenues .....</b>	<b>14</b>
a. Évolution de la population carcérale en France .....	14
b. État de santé des personnes détenues.....	17
c. Exemple concret des USMP lillois (Annœullin et Sequedin) .....	21
<b>3. Déroulement des consultations et prescription médicamenteuse.....</b>	<b>22</b>
a. Les consultations .....	22
b. De la prescription à l'administration .....	23
c. A la sortie de détention.....	26
<b>4. Intoxications médicamenteuses .....</b>	<b>27</b>
a. Définition.....	27
b. Épidémiologie et caractéristiques .....	28
<b>5. Réflexion autour des prescriptions en détention .....</b>	<b>31</b>
<b>METHODE .....</b>	<b>33</b>
<b>1. Population .....</b>	<b>33</b>
<b>2. Recueil des données.....</b>	<b>33</b>
<b>3. Analyse des données.....</b>	<b>34</b>
<b>RESULTATS.....</b>	<b>36</b>
<b>1. Caractéristiques des prescriptions médicamenteuses sur 2023.....</b>	<b>36</b>
<b>2. Caractéristiques de la population .....</b>	<b>39</b>
<b>3. Caractéristiques des intoxications médicamenteuses en détention.....</b>	<b>40</b>
<b>4. Comparaison des groupes .....</b>	<b>42</b>

**DISCUSSION ..... 44**

- 1. Synthèse des résultats.....44
- 2. Discussion sur l'analyse en sous-groupes.....46
- 3. Discussion sur les analyses descriptives.....50
- 4. Forces de l'étude .....59
- 5. Limites de l'étude .....60

**CONCLUSION ..... 61**

**BIBLIOGRAPHIE ..... 64**

**ANNEXES..... 68**

## LISTE DES ABREVIATIONS

- APSEP Association des professionnels de santé exerçant en prison
- CAP Centre anti-poison
- CD Centre de détention
- CNE Centre national d'évaluation
- DSP Dispositif de soins psychiatriques
- DSS Dispositif de soins somatiques
- HCSP Haut Conseil de la santé publique
- IMV Intoxication médicamenteuse volontaire
- InVS Institut de veille sanitaire (remplacé depuis 2016 par l'Agence nationale de santé publique)
- ISRS Inhibiteur sélectif de recapture de la sérotonine
- MA Maison d'arrêt
- MAF Maison d'arrêt pour femmes
- QD Quartier disciplinaire
- QI Quartier d'isolement
- QPR Quartier de prise en charge de la radicalisation
- QS Quartier spécifique
- SC Soins continus
- SI UADM Soins intensifs unité d'accueil de déchocage médical
- SMPR Service médico-psychologique régional
- TSO Traitement de substitution aux opiacés
- UCSA Unité de consultation et de soins ambulatoires
- UDV Unité pour détenus violents
- UF Unité fonctionnelle
- UHSA Unité hospitalière spécialement aménagée
- UHSI Unité hospitalière sécurisée interrégionale
- USMP Unité sanitaire en milieu pénitentiaire
- VHC Virus de l'hépatite C
- VIH Virus de l'immunodéficience humaine

# RESUME

## **Contexte :**

Dans une population carcérale marquée par la précarité, en constante augmentation, et vieillissante, plus de 30% des personnes détenues nécessitent un suivi et un traitement chronique. Ces patients étant exposés au mésusage et aux intoxications médicamenteuses, la problématique de la délivrance des traitements et ses contraintes est un sujet récurrent en détention.

## **Objectif :**

Dans une optique de responsabilisation, d'autonomisation des patients, et d'amélioration des modalités de prescription, nous avons comparé la survenue d'intoxications médicamenteuses chez les patients en délivrance hebdomadaire, quotidienne et quotidienne sauf week-end. L'objectif était de montrer que la délivrance hebdomadaire est une alternative restant sécuritaire pour les patients incarcérés.

## **Méthode :**

Sur 2023, nous avons mené une étude descriptive, rétrospective et bi-centrique, avec un recueil de données multisources : données du PMSI et données de la réponse toxicologique urgente du centre anti-poison. Nous avons analysé les dossiers médicaux des patients ayant présenté une intoxication médicamenteuse volontaire ou involontaire, et leur mode de dispensation. Les caractéristiques des patients et la survenue d'une récurrence ont été évaluées.

## **Résultats :**

Au total, 55 patients ont présenté au moins une intoxication médicamenteuse en 2023 (1,48% des personnes détenues), et nous retrouvons 94 intoxications sur l'année. Ces intoxications étaient volontaires dans 86% des cas, souvent de faible gravité, et concernaient un traitement chronique chez 50 patients. La proportion d'intoxications médicamenteuses était significativement moins élevée dans le groupe « hebdomadaire » que dans le groupe « quotidien » ( $p < 0,001$ ) OR 0,24 [0,12-0,47]. Les groupes comparés ne présentaient pas de différence significative sur les antécédents somatiques, psychiatriques et d'intoxications médicamenteuses. Le taux de récurrence était significativement plus faible dans le groupe « hebdomadaire » comparé au groupe « quotidien » ( $p < 0,001$ ).

## **Conclusion :**

Les résultats suggèrent que la prescription hebdomadaire semble être une alternative sécuritaire encourageant la responsabilisation et l'autonomie pour la majorité des patients détenus. La prescription quotidienne n'est pas à exclure de notre pratique, mais plutôt à utiliser de manière ciblée. Une distribution quotidienne, personnalisée, effectuée par un binôme infirmier travaillant sur l'éducation pourrait être bénéfique pour les plus vulnérables.

# INTRODUCTION

## 1. Cadre législatif et organisation du dispositif sanitaire en milieu pénitentiaire

### a. Cadre légal

La Loi n°94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale a permis une réorganisation du système de soins en milieu pénitentiaire. Elle fait suite au rapport sur l'amélioration de la prise en charge sanitaire des détenus de janvier 1993, et aux propositions du Haut Conseil de santé publique (HCSP), sollicités initialement par le Garde des Sceaux et le Ministre de la Santé. (1)

Cette loi avait pour objectif que les personnes placées sous main de justice, dont les personnes détenues, puissent avoir accès à une qualité et une continuité de soins équivalentes à celles de la population générale.

Le terme « détenus » désigne « les personnes faisant l'objet d'une mesure privative de liberté à l'intérieur d'un établissement pénitentiaire ». Cette privation de liberté concerne la liberté d'aller et venir, cependant les personnes détenues conservent leurs droits à la santé et à prétendre à des soins équivalents à ceux qu'ils recevraient en milieu libre. (2)

Dans ce contexte, la loi de 1994 dispose les effets suivants :

- L'offre de soins sera assurée par le service public hospitalier, en rattachant chaque établissement pénitentiaire à un établissement public de santé de proximité. Pour rappel, cette mission incombait précédemment à l'administration pénitentiaire (Article

D.380 du Code de procédure pénale). Le personnel médical et infirmier était recruté et rémunéré par le ministère de la Justice, soulevant ainsi la problématique de l'accès aux soins et du respect du secret médical. (3)

*« Le service public hospitalier assure, dans des conditions fixées par voie réglementaire, les examens de diagnostic et les soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire et, si nécessaire, en milieu hospitalier. Il concourt, dans les mêmes conditions, aux actions de prévention et d'éducation pour la santé organisées dans les établissements pénitentiaires. »* (Article L 6112-1 du Code de la santé publique) (4)

- L'affiliation des personnes détenues au régime général d'assurance maladie et de maternité. (3)

*« Les détenus sont affiliés obligatoirement aux assurances maladie et maternité du régime général à compter de leur incarcération. »* (Article L 381-30 du Code de la sécurité sociale) (5)

## b. Dualité des acteurs

Concernant la prise en charge sanitaire des personnes détenues, il existe deux grands acteurs ayant des visions différentes :

- D'une part, le personnel hospitalier, acteur principal, dépendant du ministère de la Santé, avec au centre une dimension sanitaire, la vision certes d'un détenu, mais surtout d'un patient.
- D'autre part, les acteurs pénitentiaires dépendant du ministère de la Justice, avec une dimension sécuritaire au premier plan.

Ces deux entités, bien qu'ayant des visions différentes, sont interconnectées dans la prise en charge des personnes détenues. Cela nécessite une coopération dans le respect des prérogatives et des missions de chacun. Dans ce contexte, les principes d'accès aux soins susmentionnés ont été réaffirmés dans la Loi pénitentiaire du 24 novembre 2009. (6)

Enfin, le guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice, réactualisé en 2019, reprend ces principes, et se veut être un document de référence destiné à tous les acteurs, pénitentiaires comme personnels soignants. (7)

### c. Organisation du dispositif de soin

En France, en août 2024, il existe différentes structures pour la prise en charge sanitaire des personnes détenues (6)(7)(8) :

- 175 unités sanitaires en milieu pénitentiaire (USMP, regroupant le dispositif de soins somatiques DSS, et le dispositif de soins psychiatriques DSP) implantées dans les établissements pénitentiaires, dont les missions principales sont : (9)
  - Activité de consultation de médecine générale et spécialisée (dont consultation dentaire) ;
  - Actes infirmiers ;
  - Dépistage des personnes détenues à leur arrivée ;
  - Examens médico-techniques ;
  - Dispensation des médicaments ;

- Actions d'éducation et de prévention pour la santé ;
  - Continuité des soins à la sortie.
- 
- 154 chambres sécurisées dans les centres hospitaliers de rattachement, ayant pour vocation d'accueillir les hospitalisations non programmées et les hospitalisations programmées de moins de 48 heures.
  - 8 Unités hospitalières sécurisées interrégionales (UHSI), où sont organisées les hospitalisations programmées de plus de 48 heures, et les hospitalisations non programmées se prolongeant au-delà de 48 heures.
  - 7 Unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA), qui accueillent les hospitalisations psychiatriques avec et sans consentement.
  - 26 Services médico-psychologiques régionaux (SMPR), qui correspondent à des hôpitaux de jour pour soins psychiatriques, au sein des établissements pénitentiaires.

Cette organisation des soins repose sur deux dispositifs (soins somatiques et soins psychiatriques) répartis selon les 3 niveaux suivants (7) :

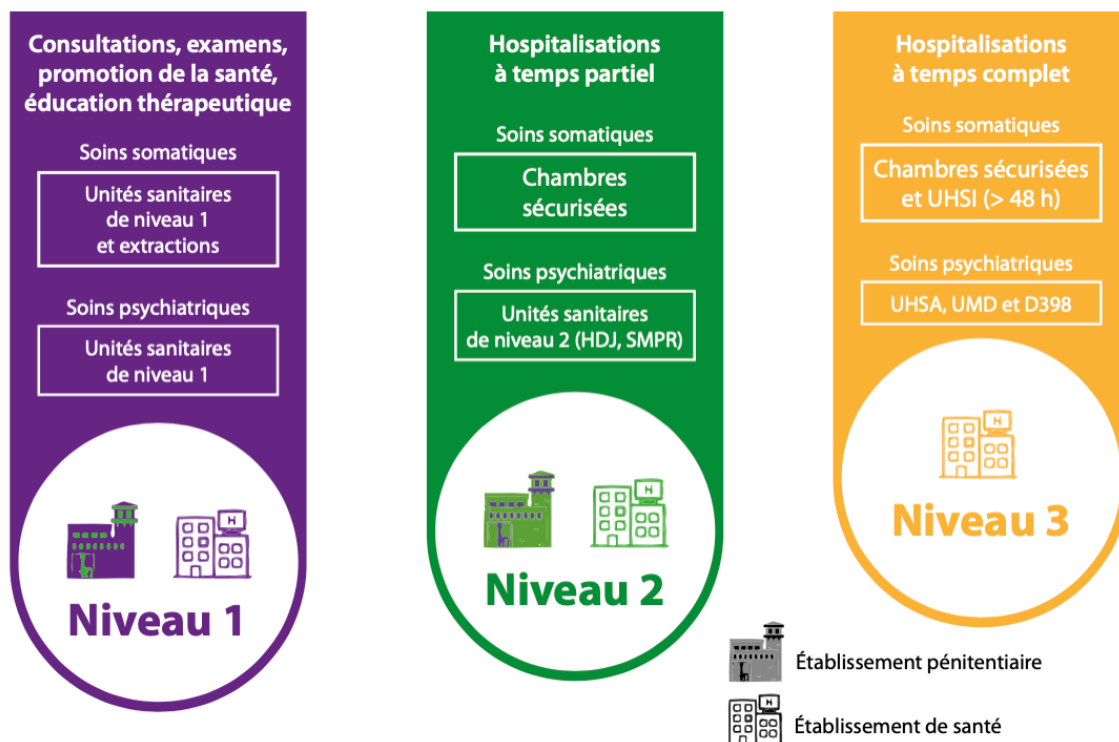


Figure 1: Organisation des soins en 3 niveaux (Guide méthodologique p.142)

## 2. Données épidémiologiques et état de santé des personnes détenues

### a. Évolution de la population carcérale en France

Au 1<sup>er</sup> janvier 2024, 91 647 personnes étaient écrouées, soit 5,7% de plus par rapport au 1<sup>er</sup> janvier 2023.

Parmi elles, on recensait 75 897 personnes détenues, soit une augmentation de 5,2% par rapport à l'année précédente. (10)(11)

Ces chiffres sont en croissance constante sur les dernières années (*Figures 2 a et b*), en dehors de l'année 2020 marquée par l'épidémie de Covid-19. Il semble important de

mentionner que le nombre de places opérationnelles dans les établissements pénitentiaires n'évolue que très peu (+ 1,8% entre 2023 et 2024). Ainsi, la surpopulation carcérale et ses répercussions sont devenues habituelles (matelas au sol, promiscuité, précarité des conditions de détention...). Cela n'est pas sans conséquence sur la santé des personnes détenues (pathologies musculosquelettiques, transmission de pathologies contagieuses, impact sur la santé mentale, accès aux soins...) et sur les conditions de travail des professionnels exerçant en prison. (12)

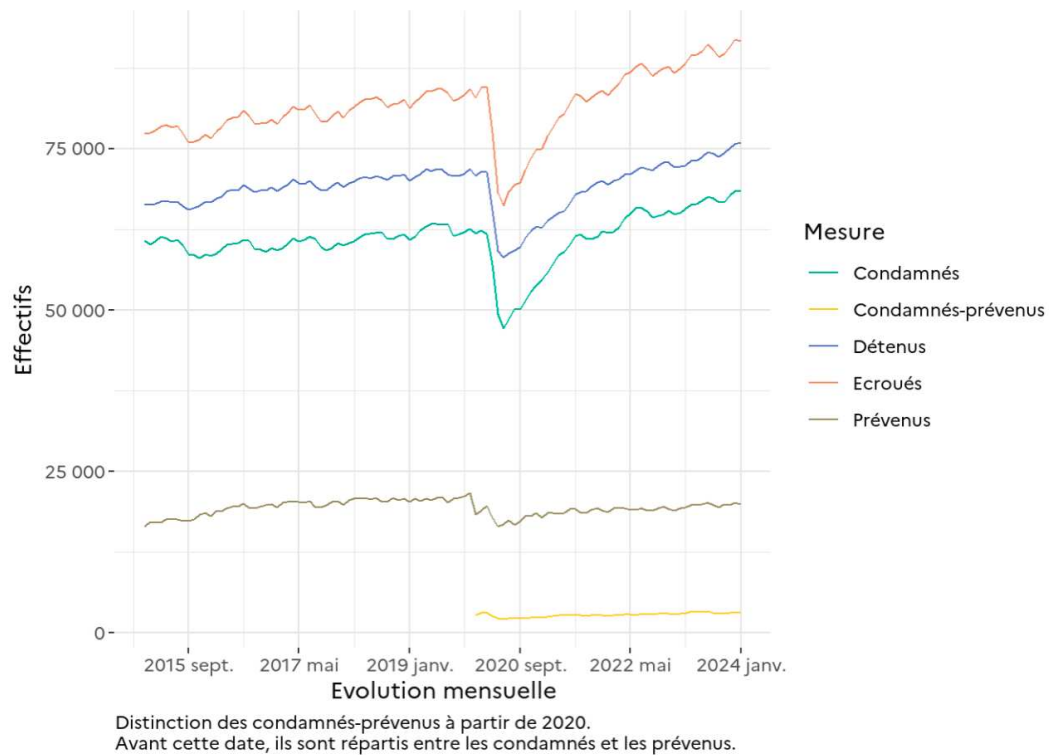


Figure 2: Courbes d'évolution mensuelle des personnes écrouées et des personnes écrouées détenues au 1er janvier 2024 en France Métropolitaine et Outre-mer (Ministère de la Justice)

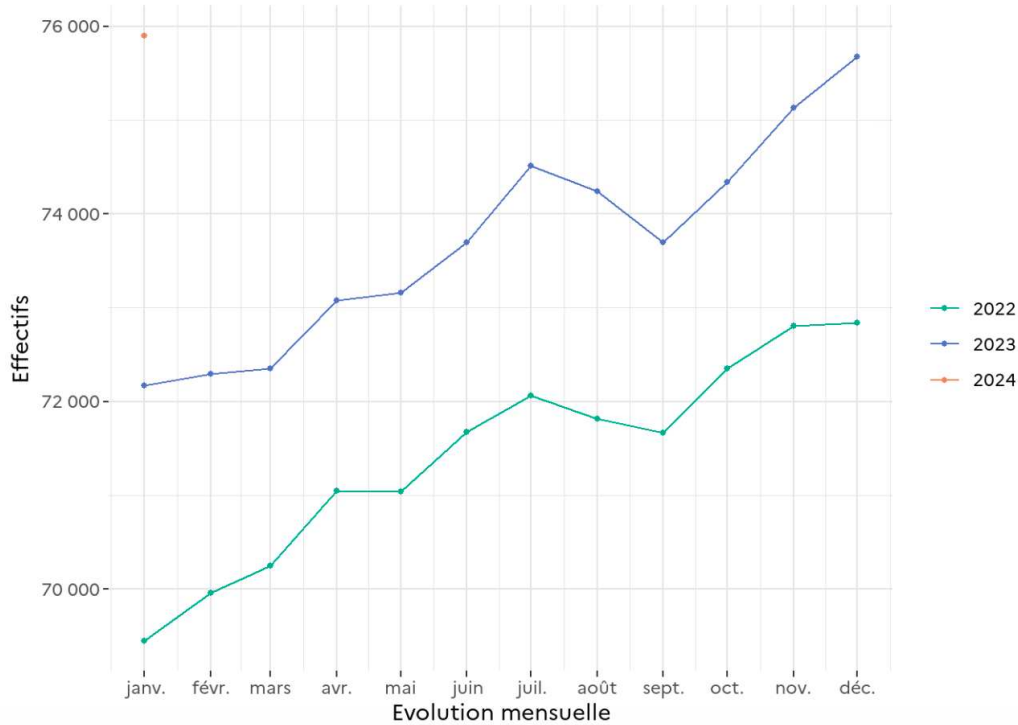


Figure 3: Courbe d'évolution mensuelle des personnes écrouées détenues en métropole et Outre-Mer (Ministère de la Justice)

En 2024, les caractéristiques de la population détenue en France étaient les suivantes :

(11)

- On comptait 2537 femmes détenues, soit 3,3% de la population carcérale ;
- Il y avait 732 mineurs en détention, soit 1% de la population carcérale ;
- La population pénale était vieillissante : 4,4% des personnes détenues avait plus de 60 ans fin 2024 contre 3% en 2018 ; 8,2% avaient entre 50 et 59 ans contre 8% en 2018 ; 20,9% entre 40 et 49 ans contre 15,9% en 2018, soit une augmentation de 5%. (13)

Caractéristiques des personnes écrouées au 31 décembre 2023					
	Prévenus (détenus)	Condamnés prévenus (détenus)	Condamnés détenus	Condamnés non détenus	Total
<b>Total</b>	<b>19 755</b>	<b>3 117</b>	<b>51 746</b>	<b>15 453</b>	<b>90 071</b>
Femmes	909	65	1 530	853	3 357
Hommes	18 846	3 052	50 216	14 600	86 714
Moins de 18 ans	447	17	253	54	771
18 à 19 ans	1 070	168	1 468	262	2 968
20 à 24 ans	3 746	795	8 729	2 459	15 729
25 à 29 ans	3 437	682	9 219	2 926	16 264
30 à 34 ans	3 001	499	8 127	2 672	14 299
35 à 39 ans	2 595	401	7 285	2 268	12 549
40 à 44 ans	1 901	244	5 714	1 767	9 626
45 à 49 ans	1 270	146	3 766	1 061	6 243
50 à 54 ans	911	76	2 800	809	4 596
55 à 59 ans	578	45	1 866	567	3 056
60 ans ou plus	799	44	2 519	608	3 970
Français	13 914	2 524	39 355	13 933	69 726
Étrangers	5 816	592	12 339	1 508	20 255
Apatrides et non renseigné	25	1	52	12	90

*Note* : sont comptabilisées parmi les détenus les personnes placées en détention simple et celles placées à l'extérieur avec hébergement ou en semi-liberté. Sont comptabilisées parmi les non-détenus les personnes placées sous surveillance électronique ou placées à l'extérieur sans hébergement.

Figure 4: Caractéristiques des personnes écrouées au 31 décembre 2023 (Chiffres clés de la justice, Edition 2024, *Ministre de la justice*)(11)

## b. État de santé des personnes détenues

Les études nationales traitant de l'état de santé des personnes détenues sont malheureusement anciennes, datant pour certaines de plus de 10 ou 20 ans. Néanmoins, toutes s'accordent à dire que les personnes détenues ont un état de santé fragilisé avec une prévalence plus importante des troubles mentaux, des addictions, des comportements à risque et des maladies infectieuses qu'en population générale. Cela émane du fait que la population carcérale est issue de catégories sociales moins favorisées, plus touchées par les difficultés socio-économiques, et avec un moins bon accès au système de soins encore aujourd'hui. (14)(15)

Les pathologies chroniques surviennent donc plus tôt qu'en population générale, dans un groupe de personnes en moins bon état général et souvent sans suivi approprié ou en rupture thérapeutique avant leur entrée en détention (16). D'ailleurs, ces phénomènes peuvent parfois être exacerbés en détention du fait des conditions (surpopulation, enfermement, conditions de vie).

Quatre études nationales, bien que datant de quelques années, nous donnent de bons indicateurs :

- L'étude de la DRESS, en 2003 (qui actualise des données de 1999), non renouvelée à ce jour, étudie l'état de santé des personnes entrant en maison d'arrêt. Elle retrouvait que 78% des détenus étaient fumeurs quotidiens, 31% déclaraient une consommation excessive d'alcool, 33% une utilisation régulière de drogue sur l'année précédente. (17)
- L'enquête HID prison de 2001, menée par l'Insee et l'Ined sur le handicap, l'incapacité et la dépendance, retrouvait une surreprésentation de certaines incapacités en prison, en comparaison avec la population générale (parfois jusqu'à 3 fois plus).

A âge similaire, 60% des détenus déclaraient des difficultés physiques, sensorielles, intellectuelles ou mentales dans leur vie quotidienne, contre environ 20% en population générale. 30% déclaraient une limitation dans leur activité quotidienne à cause de leur état de santé, contre 5% en population générale. Enfin en 2001, 4000 personnes avaient besoin d'une aide humaine ou matérielle, chiffre qui doit tendre à se majorer du fait de l'augmentation de l'âge des patients détenus comme vu précédemment. (18)

- L'étude « *Troubles psychiatriques en détention* », en 2004, réalisée sous l'impulsion de la Direction Générale de la Santé, étudiait la prévalence des troubles psychiatriques dans les établissements pénitentiaires, avec un volet spécifique sur les primo-incarcérés et les longues peines. On y retrouvait une surreprésentation des troubles psychiatriques, avec 28% de troubles de l'humeur, 28% de troubles anxieux et 17% de troubles psychotiques par rapport à la population générale sur une période similaire (19). Au total, 36% des personnes détenues présentaient au moins un trouble psychiatrique. (20)(21)

Enfin, cette étude comprenait également un recensement déclaratif de l'état de santé des personnes détenues au moment de leur incarcération, et retrouvait que 30,4% des primo-incarcérés nécessitaient un suivi médical permanent, ce qui rejoint les résultats retrouvés dans les autres études.

	<b>Etude «primo-incarcérés» N = 267</b>
Perception de leur état de santé, comparativement à des personnes du même âge :	
Excellente ou très bonne	36,6%
Bonne	39,2%
Moyenne	16,2%
Mauvaise ou très mauvaise	6,8%
Non réponse	1,1%
Déclare souffrir d'une maladie chronique au moment de l'incarcération	
Si oui, laquelle :	
Troubles pulmonaires (essentiellement asthme)	28,1%
Troubles psychiatriques ou psychologiques	14%
Troubles digestifs (essentiellement ulcères)	12,3%
Problèmes rhumatologiques	8,8%
Alcoolisme	7%
Hypertension	5,3%
Troubles dermatologiques	5,3%
Troubles allergiques non précisé	5,3%
Diabète	3,5%
Troubles hépatiques	3,5%
Problèmes dentaires	3,5%
Autres troubles	19,3%
Etat de santé nécessitant un suivi médical permanent ou un médicament nécessitant un renouvellement par un médecin	30,4%

Figure 5: *État de santé des personnes détenues au moment de leur incarcération. Étude de prévalence sur les troubles psychiatriques en milieu carcéral, Décembre 2004. Pour le Ministère de la Santé. (21)*

- L'enquête Prevacar réalisée en 2010 par l'InVS, qui s'intéresse à la prévalence du VIH, du VHC et des traitements de substitution aux opiacés (TSO) en milieu carcéral, retrouvait une prévalence de 2% du VIH dans la population carcérale, contre 0,23% en population générale et 4,80% pour le VHC contre 0,84% en population générale, soit plus de 6 fois plus qu'en population générale. (22)

Il n'existe actuellement pas d'étude nationale concernant les maladies et traitements chroniques en détention, uniquement quelques études locales qui permettent d'avoir un reflet de l'état de santé des patients, mais qui n'aident pas à tirer de conclusions probantes.

L'une des plus récentes, datant de 2021 et menée par l'ARS de la région Grand Est, retrouvait les données suivantes : (15)

- Plus de 30% des patients déclaraient avoir un traitement chronique en cours au moment de l'incarcération (32,7%), résultat pouvant être considéré comme un bon reflet des pathologies chroniques ;
- 60% des plus de 55 ans avaient un traitement chronique avant leur entrée en détention ;
- Plus de 50% des patients n'avaient pas eu de contact avec le système de santé depuis plus de 12 mois avant leur incarcération ;
- 76,6% des patients étaient fumeurs quotidiennement, ce qui rejoint les données de 2003 de l'étude menée par la DRESS ;

- 21% de ces personnes détenues avaient besoin d'un suivi chronique par un médecin généraliste à l'issue de la consultation des arrivants. Cela concernait pratiquement 50% des 55-64 ans.

Bien qu'anciennes ou manquant de robustesse car locales, toutes ces données nous permettent de dire que l'état de santé des personnes détenues est moins bon qu'en population générale, et qu'il nécessite bien souvent un suivi médical étroit, avec de plus en plus de prescriptions chroniques.

### c. Exemple concret des USMP lillois (Annœullin et Sequedin)

Sur le site du centre pénitentiaire de Lille-Loos-Sequedin, qui comprend une maison d'arrêt (deux quartiers pour hommes et un quartier pour femmes), un centre national d'évaluation et une unité pour détenus violents, les équipes ont été amenées à prendre en charge 2069 patients sur l'année 2023, ce qui représente 6792 consultations de médecine générale honorées.

Au centre pénitentiaire de Lille-Annœullin qui comprend deux maisons d'arrêt, un centre de détention et un quartier de prise en charge de la radicalisation, les équipes ont été amenées à prendre en charge 1628 patients en 2023, ce qui représente 9193 consultations de médecine générale.

### 3. Déroulement des consultations et prescription médicamenteuse

#### a. Les consultations

On peut distinguer trois grands types de consultation :

- La consultation arrivant, qui est le premier examen médical d'entrée des personnes détenues venant de l'état de liberté. Elle est proposée systématiquement dans les 48 heures suivant l'entrée en détention. La personne détenue est libre de refuser. Il s'agit d'une consultation à caractère général pour prendre en charge le patient, dépister des affections potentiellement contagieuses, et qui permet d'assurer la continuité des soins et des thérapeutiques prescrites à l'extérieur.
- La consultation à la demande d'une personne détenue, dont la demande de rendez-vous se fait par écrit et l'acheminement *via* une boîte aux lettres dédiée.
- La consultation de sortie, proposée à toute personne condamnée un mois avant la libération, l'objectif étant d'assurer une continuité des soins. (7)

Les consultations urgentes en dehors des heures ouvrables des unités sanitaires sont assurées par un médecin généraliste d'astreinte pour les deux sites jusqu'à minuit.

Lors de ces consultations, le patient peut se voir prescrire des traitements.

## b. De la prescription à l'administration

La prescription médicamenteuse est dispensée par la pharmacie qui a pour rôles l'analyse de l'ordonnance médicale, la préparation des doses à administrer, la mise à disposition de conseils ou d'informations au bon usage du médicament.

« L'administration » (*terme employé dans le guide méthodologique*) est réalisée par le personnel infirmier et comprend :

- les vérifications d'identité du patient, des médicaments à administrer (dose et modes) et de la date de péremption ;
- la distribution des piluliers ;
- la traçabilité de la délivrance des médicaments. (7)

Actuellement dans les unités sanitaires lilloises, la prescription médicale est réalisée sur le logiciel Otaia, qui permet plusieurs modalités de délivrance. Ainsi, au choix du praticien, le patient peut recevoir ses traitements selon différents moyens :

- « Quotidien » : délivrance chaque jour par une infirmière en cellule (la prise médicamenteuse reste la responsabilité du patient, sauf cas exceptionnel de certains traitements injectables) ;
- « Quotidien sauf week-end » : délivrance chaque jour, sauf pour le week-end, le patient recevant le vendredi ses thérapeutiques jusqu'au lundi ;

- « Hebdomadaire » : chaque semaine (le mardi à Sequedin, et le jeudi à Annœullin) l'équipe infirmière distribue les traitements préparés en sachet ou en pilulier pour sept jours par la pharmacie hospitalière ;
- « Totalité » : La totalité du traitement est remise directement au patient. Cela concerne principalement les thérapeutiques aiguës.

Une copie de la prescription médicale est remise au patient à chaque distribution.

Le choix des modalités de prescription / délivrance appartient au praticien. Il n'existe actuellement pas de recommandation précise concernant cette décision, elle reste donc à la discrétion du médecin, en fonction du profil du patient et des éléments perçus lors de la consultation.

Le guide méthodologique mentionne les principes suivants : (7)

*« Le médecin tient compte du contexte carcéral et des risques encourus par le patient en cas de mauvaise utilisation, ou d'utilisation détournée, des médicaments » Guide méthodologique, page 209.*

*« S'il apparaît que des précautions particulières doivent être prises, le médecin le notifie sur l'ordonnance. » Guide méthodologique, page 209.*

*« La dispensation et l'administration des médicaments sont assurées de manière individualisée, avec une périodicité définie par les médecins prescripteurs, en fonction de la nature du produit, du profil du patient*

*(vulnérabilité, addiction, etc.), mais aussi de son environnement (codétenu, activités, etc.) » Guide méthodologique, page 210.*

*« Une information sur le traitement est délivrée à la personne détenue sous forme adaptée et, le cas échéant, une éducation thérapeutique peut être mise en œuvre par l'équipe de soins, notamment dans les cas de pathologies chroniques » Guide méthodologique, page 211.*

Les seuls traitements abordés de manière plus précise sont les psychotropes et les TSO. Le guide rappelle qu'une attention particulière doit être faite sur l'observance de ces traitements.

Concernant la Méthadone, celle-ci fait l'objet d'une « *délivrance quotidienne supervisée, y compris le week-end et les jours fériés. La prescription de buprénorphine fait l'objet d'une période d'observation initiale, avec administration quotidienne supervisée, puis la délivrance est possible en cellule avec les autres thérapeutiques.* » (7)

Enfin, il est important de rappeler que les personnes détenues ont le droit de garder à disposition en cellule des traitements avec prescription médicale dans une optique d'éducation et de responsabilisation du patient.

Le principal risque évoqué est le mauvais usage des thérapeutiques, avec le risque d'intoxication médicamenteuse volontaire et involontaire, mais également le devenir du médicament au sein de la détention.

### c. A la sortie de détention

A leur sortie, les personnes détenues ne relèvent plus des USMP, mais d'une prise en charge en soins primaires, en ville. Par ailleurs, les quelques données concernant la santé des sortants de prison tendent à dire qu'il s'agit d'une période délicate, vulnérable. En effet, il est parfois difficile pour les anciennes personnes détenues de trouver des relais pour la continuité des soins, malgré le travail réalisé en amont en détention. Cela fait écho à une problématique de stigmatisation sociale qui amplifie les ruptures de suivi et les ruptures thérapeutiques. Les patients peuvent vivre cette étape de passage du dedans vers le dehors comme un « choc de libération ». (23)

La gestion de la temporalité est une difficulté, ainsi programmer ses rendez-vous médicaux et les assurer peut déjà être une épreuve pour certains patients. De la même manière, la temporalité du renouvellement des traitements peut être difficile à appréhender, surtout pour les patients les moins autonomes.

En France, la mortalité dans les 5 ans suivant la sortie de détention est 3,6 fois plus élevée qu'en population générale. Les principales causes retrouvées sont l'overdose, les maladies cardio-vasculaires, l'homicide, et le suicide. Éduquer le patient à la gestion de son suivi médical et de ses thérapeutiques en amont de la sortie de prison pourrait être une piste pour tendre à réduire cette surmortalité. (24)(25)

En médecine générale, la majorité des traitements sont délivrés pour 1 à 3 mois dans les pharmacies, sauf mention contraire sur l'ordonnance.

La délivrance quotidienne avec passage infirmier quotidien n'est possible que dans certains cas spécifiques : la prise en charge de l'administration et la surveillance d'une thérapeutique (Nomenclature NGAP 2024) est uniquement validée par la Sécurité Sociale en cas « *de troubles psychiatriques ou cognitifs, maladies neurodégénératives ou apparentées* ». (26)

Ainsi, seule une petite proportion de patients pourrait bénéficier d'un passage infirmier quotidien à leur domicile. Si l'on sort de ce cadre, la facturation est alors à la charge du patient.

## 4. Intoxications médicamenteuses

### a. Définition

On parle d'intoxication volontaire ou accidentelle lorsqu'une exposition à un xénobiotique (substance étrangère au corps humain) entraîne des manifestations cliniques somatiques ou psychiatriques, biologiques et ou électrocardiographiques.

## b. Épidémiologie et caractéristiques

Bien qu'il n'y ait pas d'étude nationale récente, on sait que l'incidence annuelle des intoxications médicamenteuses volontaires est en augmentation, passant de 1/1000 habitants dans les années 1970 à environ 4/1000 habitants dans les années 2000 en France. (27)

Cette incidence est variable en fonction des régions, du sexe, mais aussi des tranches d'âge avec un pic d'incidence en population générale chez les 15-20 ans, puis un second chez les 35-45 ans. (28)

Concernant le profil des molécules impliquées, une étude réalisée sur 2010 et 2011 en Ile-de-France *via* le Centre anti-poison (CAP) retrouvait les données suivantes en population générale : (29)

- Les intoxications médicamenteuses involontaires ou accidentelles concernaient par ordre de fréquence : le paracétamol, le bromazépam, l'ibuprofène, et le tramadol ;
- Les intoxications médicamenteuses volontaires : le bromazépam, le paracétamol, l'ibuprofène, l'hydroxyzine.

Concernant les classes médicamenteuses les plus impliquées dans les intoxications volontaires, on retrouve en première place les benzodiazépines.

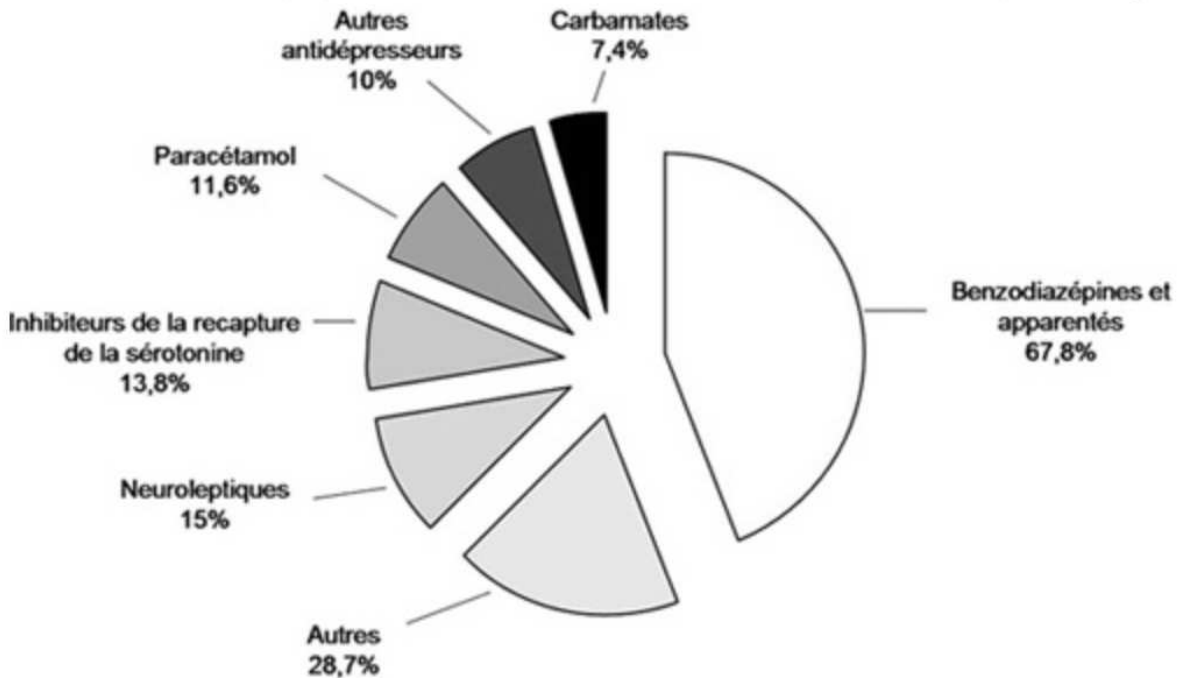


Figure 6 : Épidémiologie des classes médicamenteuses absorbées lors des IMV (Étude Epi Tox SMFU)(30)

Pour ce qui est de la gravité de celles-ci, on retrouve que dans 78% des cas le risque toxique est nul ou minime. A l'inverse, une surveillance hospitalière est nécessaire dans 22% des cas.

De plus la mortalité globale des intoxications (volontaires ou involontaires) serait faible et de l'ordre de moins d'un pourcent (28)(31). Cette mortalité varie en fonction des toxiques ingérés, et des comorbidités du patient. Pour exemple, la mortalité liée aux intoxications par psychotropes serait d'environ 1/1000, mortalité en diminution par rapport aux années 1980 grâce au changement de profil des prescriptions. En revanche, la mortalité liée aux cardiotropes peut dépasser les 10% (28).

Pour limiter le risque et le nombre d'intoxications fatales, plusieurs mesures ont été mises en place au fil du temps en population générale.

Le principe de « réduction de moyen » permet de limiter le nombre ou la gravité des intoxications volontaires en diminuant l'accès aux substances toxiques ou en modifiant le conditionnement (limitation des doses).

Cela peut passer par la sensibilisation auprès des professionnels de santé, mais aussi par le retrait de certaines molécules par la HAS, tels que les barbituriques (marge thérapeutique étroite), remplacés par les benzodiazépines, ce qui a permis de réduire la mortalité liées aux psychotropes. Nous pouvons aussi citer les antidépresseurs, avec la réduction de la prescription des tricycliques qui étaient cardiotoxiques, et qui ont été remplacés par les inhibiteurs sélectifs de recapture de la sérotonine (ISRS). (32)

A ce jour il n'existe pas à notre connaissance d'étude en France concernant spécifiquement les intoxications médicamenteuses volontaire ou accidentelles chez les personnes détenues.

## 5. Réflexion autour des prescriptions en détention

Actuellement, les patients bénéficiant d'une délivrance quotidienne dans les centres pénitentiaires lillois ne correspondent pas tous aux critères susmentionnés conditionnant la prise en charge de la sécurité sociale.

De plus, nous avons vu le nombre de prescriptions quotidiennes croître d'année en année sans véritable facteur identifiable, les hypothèses pouvant être les suivantes :

- Les praticiens ont adopté des habitudes de prescription ;
- Le profil des patients a changé ;
- Le nombre d'intoxications médicamenteuses en détention a augmenté.

La distribution des médicaments est devenue avec le temps de plus en plus chronophage pour les professionnels, et laisse moins de place à d'autres projets menés par l'équipe infirmière. Le principal motif de ces prescriptions quotidiennes semble être de prévenir le mauvais usage des traitements, et principalement l'intoxication médicamenteuse volontaire ou involontaire.

Dans une optique d'éducation des patients et de consolider leur autonomie dans les soins et la gestion de leurs traitements à leur sortie, il semble essentiel de se projeter vers une démarche de responsabilisation des patients, et si possible de tendre vers une prescription hebdomadaire mais restant sécuritaire.

L'objectif principal de cette étude est de montrer que la prescription des traitements en délivrance hebdomadaire ne présente pas de surrisque pour la sécurité du patient, en la comparant à la prescription en délivrance quotidienne, avec pour critère de jugement principal le nombre d'intoxications médicamenteuses sur la période de 2023.

Diminuer le nombre de distributions quotidiennes permettrait de dégager du temps infirmier à des fins d'éducation et de responsabilisation des patients, notamment pour les plus vulnérables, en les aidant dans la gestion de leur traitement.

Enfin, un objectif secondaire serait d'identifier les facteurs incitant les praticiens à la prescription quotidienne ou hebdomadaire.

Ainsi, la prescription hebdomadaire est-elle plus à risque d'intoxication médicamenteuse que la prescription quotidienne chez les patients détenus des centres pénitentiaires lillois en 2023 ?

# METHODE

Nous avons réalisé une étude épidémiologique, observationnelle rétrospective et bi-centrique au sein des unités sanitaires lilloises (centres pénitentiaires de Lille-Sequedin et Lille-Annœullin), unités fonctionnelles (UF) du CHU de Lille, sur la période du 01/01/2023 au 31/12/2023.

## 1. Population

La population de l'étude était constituée de l'ensemble des personnes détenues écrouées sur les centres pénitentiaires d'Annœullin et de Sequedin (hommes ou femmes, majeurs), ayant présenté une intoxication médicamenteuse volontaire ou involontaire entre le 01/01/2023 et le 31/12/2023. L'intoxication médicamenteuse était définie comme l'ingestion volontaire ou involontaire (accidentelle) en une prise, d'au moins une classe thérapeutique.

## 2. Recueil des données

Nous avons utilisé un recueil de données multisources :

- A travers la réponse toxicologique urgente des centres anti-poison *via* le logiciel SICAP (appel spontané vers les CAP lillois ou d'autres villes), et la collecte active de toxicovigilance (appel au SAMU). Les dossiers ont été sélectionnés *via* la date et la localisation de l'exposition (« Annœullin », « Sequedin », « Prison »), puis ont été relus afin d'inclure les intoxications médicamenteuses concernant uniquement

les personnes détenues. Ont également été exclus les patients ayant présenté des intoxications aux produits ménagers ou aux produits d'hygiène ou l'ingestion de piles.

- Utilisation des données issues du PMSI (CORA) concernant les patients ayant présenté au cours du séjour sur les UF 1306 (Consultation somatique Annœullin) et 1308 (Consultation somatique Sequedin), un passage sur les UF 5349 (Soins intensifs unité d'accueil de déchocage médical SI UADM) ou 3333 (Soins continus SC toxicologie) durant l'année 2023, avec pour critère de sélection les codes diagnostiques CIM10 (*Annexe 7*)

Les deux sources ont été comparées afin d'obtenir une base de données la plus exhaustive possible, et de limiter la perte de données. Nous avons inclus 55 patients sur la période du 01/01/2023 au 31/12/2023, ce qui représentait 94 intoxications médicamenteuses.

### 3. Analyse des données

L'analyse des dossiers *via* le dossier médical informatisé SILLAGE et le logiciel de prescription Otaia a permis le recueil des variables suivantes :

- Le sexe et l'âge ;
- La gravité des intoxications (d'après l'analyse du centre anti-poison) ;
- Les substances impliquées ;

- Les modalités de prescription (Quotidien, Hebdomadaire, Quotidien sauf week-end) au moment de l'intoxication médicamenteuse ;
- Le contexte de l'intoxication médicamenteuse (volontaire, involontaire) ;
- L'indication à une extraction de détention et la durée de l'hospitalisation le cas échéant ;
- Les modalités de prescription au retour en détention ;
- La présence d'antécédents psychiatriques et/ou addictologiques lors du passage en détention ;
- La présence d'antécédents somatiques lors du passage en détention ;
- La présence d'antécédents de passage à l'acte par IMV ;
- La récurrence de l'évènement, et si elle existe, à combien de temps ;
- Le lieu d'incarcération (MA, CD, MAF, QD, QI, UDV, QPR, QS).
- Données générales liées aux prescriptions médicamenteuses en détention.

Les données ont été entièrement anonymisées avant la réalisation des analyses statistiques et leur utilisation déclarée au service d'exploitation des données du CHU. Les analyses statistiques ont été réalisées sur le logiciel Excel, la comparaison des groupes a été faite via un test Chi deux puis avec un test post hoc pour comparer les groupes deux à deux.

# RESULTATS

Au total, sur l'année 2023, nous avons retrouvé 94 dossiers d'intoxications médicamenteuses en détention, qui concernaient 55 patients.

Les données du centre anti-poison nous ont permis de retrouver 70 dossiers, dont 54 ont été retenus. Nous avons exclu après relecture : 6 intoxications non médicamenteuses (produits ménagers, piles, produits d'hygiène corporelle), 2 intoxications survenues en dehors de la détention, 7 doublons de dossiers, 1 dossier avec des données manquantes.

Les données issues du PMSI ont retrouvé, sur l'année 2023, 113 séjours pour 66 patients. Nous avons retenu 40 dossiers en excluant les doublons (avec les données du CAP), les intoxications survenues avant l'entrée en détention ou après la sortie de détention, soit 74 dossiers.

## 1. Caractéristiques des prescriptions médicamenteuses sur 2023

Après l'analyse de la base de données Otalia sur l'année 2023, nous avons pu obtenir un aperçu des prescriptions médicamenteuses. En effet sur l'année 2023, 3322 patients ont bénéficié d'au moins une prescription médicamenteuse, aiguë ou chronique. Parmi ces patients, 89,4% étaient des hommes et 10,5% étaient de sexe féminin. On retrouvait un âge moyen de 36,8 ans, avec un âge minimal de 18 ans et un âge maximal de 87 ans. (*Tableau 1*).

Caractéristiques des patients ayant reçu au moins une prescription médicamenteuse sur l'année 2023.		n= 3322
<b>Centre</b>		
Annœullin	1438	43,28%
Sequedin	1881	56,62%
<b>Sexe</b>		
Homme	2972	89,46%
Femme	350	10,53%
<b>Age</b>		
Age moyen (sd)	36,83	11,7
Médiane	35	
Age moyen hommes (sd)	38,53	11,7
Age moyen femmes (sd)	36,63	11,7
Age minimal	18	
Age maximal	87	

Tableau 1 : Caractéristiques des patients ayant reçu au moins une prescription médicamenteuse sur l'année 2023.

Parmi eux, 1221 patients recevaient des traitements « chroniques » (traitement enregistré avec la mention « chronique », avec une durée de prescription d'au moins 28 jours), soit 36,7% des prescriptions. On retrouvait plus de patients avec des prescriptions chroniques à Sequedin avec 740 patients, contre 481 patients à Annœullin. L'âge moyen des patients recevant un traitement chronique était plus élevé (40,3 ans) avec un âge minimal de 19 ans et un âge maximal de 87 ans. La répartition homme/femme était similaire avec 87% d'hommes et 12% de femmes. (*Tableau 2*)

Concernant les modalités de prescription/délivrance des traitements chroniques, parmi les 1221 patients, 600 patients recevaient leur traitement de manière hebdomadaire (soit 49%), 465 en délivrance quotidienne (soit 38%) et 156 selon le mode « quotidien sauf week-end » (soit 13%) (*Tableau 2*). Des analyses pour chaque unité sanitaire ont montré la répartition suivante des modalités de prescription dans les unités sanitaires d'Annœullin et Sequedin : (*Annexe 1, Figure 7*)

- A Annœullin, 51% des patients recevant un traitement chronique étaient en délivrance hebdomadaire, 41% en délivrance quotidienne, 8% en délivrance « quotidien sauf week-end ».
- A Sequedin, 48% des patients étaient en délivrance hebdomadaire, 36% en délivrance quotidienne, 16% en modalité « quotidien sauf week-end ».

Caractéristiques des patients recevant des traitements chroniques sur 2023		n= 1221	
<b>Centre</b>			
Annœullin		481	
Sequedin		740	
<b>Sexe</b>			
Homme		1067	87,38%
Femme		154	12,60%
<b>Age</b>			
Moyenne (Sd)		40,37	12,2
Médiane		39	(36-46)
Age moyen hommes (sd)		40,37	12,2
Age moyen femmes (sd)		40,5	12,2
Age minimal		18	19
Age maximal		87	87
<b>Modalité de prescription &amp; délivrance sur les unités sanitaires</b>			
Hebdomadaire		600	49%
Quotidien		465	38%
Quotidien sauf Week-end		156	13%
<b>Modalité de prescription à Annœullin</b>		<b>n= 481</b>	
Hebdomadaire		247	51%
Quotidien		198	41%
Quotidien sauf Week-end		36	8%
<b>Modalité de prescription à Sequedin</b>		<b>n= 740</b>	
Hebdomadaire		353	48%
Quotidien		267	36%
Quotidien sauf Weekend		120	16%

Tableau 2 : Caractéristiques des patients recevant des traitements chroniques sur l'année 2023

## 2. Caractéristiques de la population

Sur l'année 2023, nous avons retrouvé 94 dossiers d'intoxications médicamenteuses (volontaires ou involontaires) qui concernaient 55 patients, 50 hommes (91%) et 5 femmes (9%) (*Annexe 2, Tableau 3*). Cet évènement concernait 1,48% de la population carcérale lilloise, soit 14,8 personnes pour 1000.

Parmi ces patients, 25 étaient incarcérés au centre pénitentiaire de Lille-Annœullin (45,4%) et 30 au centre pénitentiaire de Lille-Sequedin (54,5%).

De plus, 40 d'entre eux étaient incarcérés en maison d'arrêt (72,7%), 6 étaient incarcérés en centre de détention (10,9%), 5 au quartier pour femmes (9%). Les 4 derniers patients étaient respectivement incarcérés au QPR (1,8%), à l'UDV (1,8%), au QA (1,8%), et au QD (1,8%). (*Annexe 3, Figure 8*)

La moyenne d'âge des patients ayant présenté une intoxication médicamenteuse était de 32,6 ans (32,6 ans chez les hommes et 31 ans chez les femmes), avec un âge médian de 30 ans. L'âge minimal retrouvé était de 20 ans, l'âge maximal de 60 ans. La tranche d'âge la plus représentée était celles des 20-25 ans.

On notait une récurrence de l'évènement chez 27 patients soit 49%, avec une récurrence précoce (à moins d'un mois) chez 10 patients (37% des cas).

Nous avons également recensé les antécédents des patients ayant présenté une intoxication médicamenteuse. Chez 23 d'entre eux, on notait des antécédents somatiques (41,8%), et 50 patients présentaient des antécédents psychiatriques (90,9 %).

Enfin, nous avons retrouvé au moins un antécédent d'intoxication médicamenteuse volontaire chez 35 patients (63,6%). (*Annexe 4, Figure 9*)

### 3. Caractéristiques des intoxications médicamenteuses en détention

Concernant la gravité des intoxications médicamenteuses en 2023, 20 étaient classées avec une gravité nulle (21,2%), 52 avec une gravité faible (55,3%), 12 de gravité moyenne (12,7%), 3 de gravité forte ou sévère (3,1%), et on notait 7 intoxications avec une gravité indéterminable (7,4%). De plus, on retrouvait une guérison dans 100% des cas.

La prise en charge fut hospitalière dans 80,8% des cas (n=76). On note le refus d'hospitalisation malgré son indication dans 5 dossiers (5,3%). Dans 13 dossiers, la surveillance était réalisable sur place en détention (13,8%).

Dans le cadre des intoxications médicamenteuse hospitalisées, la durée d'hospitalisation variait entre 24 heures et 48 heures dans 71% des cas. 13 intoxications ont nécessité une hospitalisation de moins de 24 heures (17,1%) et 9 intoxications ont nécessité une hospitalisation plus longue (plus de 48 heures), soit 11,8%.

Enfin, à la sortie d'hospitalisation, dans 52,6% des cas les patients retournaient en détention (n=40), et dans 47,3% des cas on retrouvait une indication d'hospitalisation en psychiatrie (n=36).

L'intoxication médicamenteuse était jugée comme volontaire dans 81 cas (86,1%), involontaire dans 3 dossiers (3,1%), et l'intentionnalité n'était pas mentionnée dans 10 dossiers (10,6%). On retrouvait comme motif principal les idées suicidaires dans 66 cas,

soit 70,2%. Dans 12 cas, on notait une anxiété sans idée suicidaire (12,7%). 3 cas d'intoxication étaient liés à une douleur (3,1%). Un dossier retrouvait la notion de mésusage avoué de la part du patient (1%). Dans 2 cas plus particuliers, l'intoxication était réalisée à but de révolte à l'encontre du système pénitentiaire (2,1%). Nous n'avons pas retrouvé de motif dans 10 dossiers (10,6%). (*Annexe 2, Tableau 3*)

Enfin, nous avons étudié les classes thérapeutiques impliquées dans les intoxications médicamenteuses en détention.

Dans 24,5% des cas, une seule substance était impliquée (n=23). Dans 26,5% des cas, 2 substances étaient ingérées (n=25). On retrouvait 3 substances dans 22,3% des cas (n=21), et 24 cas (25,5%) concernaient plus de 3 substances impliquées. Le nombre maximum retrouvé était 7 substances actives dans deux dossiers.

Nous avons ensuite comparé la répartition par classe thérapeutique (par ordre de fréquence) : les benzodiazépines étaient impliquées dans 72% des intoxications médicamenteuses, puis les neuroleptiques & antipsychotiques (44%), les antidépresseurs dans 25% des cas et les antalgiques non opioïdes dans 18% des cas. La suite de ce classement retrouvait les hypnotiques dans 13% des cas, puis les antiépileptiques (10%), les TSO, les antalgiques opioïdes et les traitements classés « autre » étaient impliqués chacun dans 6% des cas. Enfin, dans 5% des cas d'intoxications médicamenteuses, nous retrouvions les antihypertenseurs, dans 4% les antibiotiques, dans 2% des cas les hormones, les antiparkinsoniens, les antihistaminiques et les anticoagulants. Enfin, dans un seul cas, nous retrouvions de l'insuline. (*Annexe 5, Figure 10*)

#### 4. Comparaison des groupes

Nous avons comparé la survenue des intoxications médicamenteuses en fonction des modalités de distribution. Nous avons formé 3 groupes : distribution hebdomadaire avec 11 cas d'intoxication médicamenteuse (1,8%), distribution quotidienne avec 34 cas d'intoxication médicamenteuse (7,3%) et distribution en modalité « quotidien sauf week-end » avec 5 cas (3,2%). (*Annexe 6, Tableau 4*)

Nous avons comparé les groupes :

La proportion d'intoxications médicamenteuses était significativement moins élevée dans le groupe « hebdomadaire » que dans le groupe « quotidien » ( $p < 0,001$ ). L'OR était de 0,24 [0,12-0,47], et le RR égal à 0,25 [0,13-0,49], indiquant que le groupe « hebdomadaire » a 75% de risque en moins d'intoxication médicamenteuse.

En revanche, il n'existait pas de différence statistique significative sur la comparaison des groupes « hebdomadaire » *versus* « quotidien sauf week-end » ( $p = 0,454$ ), et sur la comparaison « quotidien » *versus* « quotidien sauf week-end » ( $p = 0,101$ ).

Nous avons aussi analysé les récurrences dans les 3 groupes. Le groupe « hebdomadaire » présentait un risque significativement plus faible de récurrence comparé au groupe « quotidien » ( $p < 0,001$ ) avec un OR de 0,05 [0,01-0,42] et un RR de 0,13 [0,02-0,88].

De la même manière, la comparaison entre les groupes « quotidien » et « quotidien sauf week-end » montrait une différence significative ( $p < 0,05$ ).

Cependant, il n'y avait pas de différence significative entre les groupes « hebdomadaire » et « quotidien sauf week-end ».

Enfin l'analyse des récurrences précoces (moins d'un mois après l'évènement) n'était statistiquement pas significative entre les 3 groupes.

Ensuite, nous avons comparé la présence d'antécédents somatiques, psychiatriques et d'intoxications médicamenteuses volontaires chez les patients de chacun des groupes. Pour ces trois antécédents, aucun des trois groupes n'a présenté de différence statistique significative lors de la comparaison.

# DISCUSSION

## 1. Synthèse des résultats

L'objectif principal de notre travail était d'évaluer les modalités de prescription en détention, en recherchant si la prescription hebdomadaire présentait un risque plus élevé d'intoxication médicamenteuse que la prescription quotidienne.

Pour cela, nous avons analysé les prescriptions médicamenteuses des unités sanitaires lilloises sur l'année 2023. Nous retrouvons que 3322 patients sur 3697 ont bénéficié d'au moins une prescription médicamenteuse sur l'année. Parmi eux, 1221 patients recevaient des traitements de manière chronique, soit 36,7% de prescriptions chroniques, ou 33% des personnes détenues sur 2023, avec un âge moyen de 40,3 ans.

Sur ces 1221 patients, 600 recevaient leurs traitements chaque semaine (49%), 465 chaque jour (38%), 156 chaque jour sauf le week-end (13%).

Sur l'année 2023, 55 patients ont présenté au moins une intoxication volontaire ou involontaire (soit 1,48% sur l'ensemble des personnes détenues) : 50 hommes et 5 femmes, avec un âge moyen de 32,6 ans. Ils étaient principalement incarcérés en maison d'arrêt (72,7%). Enfin, chez 50 des patients, cela concernait un traitement pris de manière chronique.

Sur les 94 intoxications, les patients furent hospitalisés en toxicologie dans 80% des cas, et l'hospitalisation fut courte dans 88% des cas avec une durée d'hospitalisation inférieure à 48 heures.

Les intoxications étaient principalement volontaires (86% des cas), avec pour principal motif évoqué la présence d'idées suicidaires (70%), puis la présence d'une anxiété sans idée suicidaire, ou de douleurs.

Dans 51% des cas, l'intoxication concernait une ou deux substances actives. Les principales substances retrouvées étaient : les benzodiazépines, suivies des neuroleptiques et antipsychotiques, puis les antidépresseurs, et les antalgiques non opioïdes (paracétamol et ibuprofène).

L'analyse des groupes en fonction des modalités de prescription nous a montré que la proportion d'intoxications médicamenteuses était significativement moins élevée ( $p < 0,001$ ) dans le groupe avec une prescription hebdomadaire que dans le groupe avec une prescription quotidienne (OR 0,24 [0,12-0,47]). Le groupe « hebdomadaire » était donc moins à risque d'intoxication médicamenteuse, tout en précisant que les 3 groupes comparés étaient homogènes et ne présentaient pas de différence significative sur les antécédents somatiques, psychiatriques ou d'intoxications médicamenteuses, ce qui renforçait la validité interne de notre étude.

Enfin concernant les récurrences, le taux de récurrence était significativement plus faible dans le groupe « hebdomadaire » comparé au groupe « quotidien » ( $p < 0,001$ ), tout comme dans le groupe « quotidien sauf week-end » comparé au groupe « quotidien » ( $p < 0,05$ ).

## 2. Discussion sur l'analyse en sous-groupes

L'analyse statistique a montré que les patients bénéficiant d'une prescription hebdomadaire présentaient un risque significativement plus faible d'intoxication médicamenteuse comparativement à ceux recevant leur traitement de manière quotidienne. Le RR estimé à 0,25 [0,13-0,49] nous indique que le risque d'intoxication médicamenteuse était réduit de 75% dans le groupe « hebdomadaire ». Ces résultats étaient significatifs sur le plan statistique avec une *p value* inférieure à 0,001. Cela était renforcé par le fait que les trois groupes comparés ne présentaient pas de différence significative concernant les antécédents somatiques, psychiatriques ou les antécédents d'intoxication médicamenteuse volontaire, ce qui les rendait homogènes sur ces critères, et ce qui rendait nos résultats d'autant plus robustes ( $p > 0,05$ ).

Seuls 11 patients sur 600 bénéficiant d'un traitement hebdomadaire ont présenté l'événement, et parmi eux, un seul a récidivé. L'objectif de la distribution journalière du traitement était avant tout de protéger les patients et de limiter la survenue d'intoxications médicamenteuses et leur récurrence en restreignant l'accès au moyen. Or, ces analyses nous montrent que la délivrance quotidienne n'est pas un facteur réduisant le risque d'intoxication médicamenteuse dans notre échantillon. Cela peut être expliqué par la tendance des patients à stocker leur traitement sur un temps plus ou moins long, ce qui désorganise probablement leurs prises et peut précipiter finalement un passage à l'acte dans les cas d'intoxications volontaires. L'hypothèse que le groupe « quotidien » présentait davantage de comorbidités est invalidée par le fait que nos groupes sont homogènes sur les antécédents.

Dans les analyses descriptives, nous avons pu voir que les intoxications médicamenteuses étaient volontaires dans 86% des cas, et que les patients présentaient des idées suicidaires dans 76% des cas. Dans la littérature, l'un des principes fondamentaux de prévention au suicide reste la réduction d'accès aux moyens létaux lorsqu'un risque de passage à l'acte est identifié. (33)

L'intérêt de notre étude n'est pas de remettre en cause ce principe, mais d'utiliser la dispensation quotidienne de manière adaptée dans notre pratique. Nous savons que la population carcérale est plus à risque de suicide (10 fois plus élevé chez les hommes et 40 fois plus élevé chez les femmes qu'en population générale) d'après le récent rapport de Santé publique France de janvier 2025 sur les suicides chez les personnes écrouées en France, et que des outils spécifiques sont étudiés et mis en place afin de prévenir ce risque. (34)

Les principaux programmes de prévention du suicide en détention mettent en avant les principes suivants : « *La formation du personnel de l'administration pénitentiaire en matière de prévention du suicide et aux gestes de premiers secours, une évaluation systématique du risque suicidaire chez tout détenu arrivant puis une surveillance personnalisée du risque suicidaire tout au long de la détention, un soutien psychologique des détenus suicidaires, la facilitation du lien social, la limitation du recours à l'isolement physique, la mise à disposition de cellules sécurisées adéquates pour les personnes à haut risque.* » (35) Ces programmes ne présentent pas d'items dédiés à la prescription médicamenteuse de manière hebdomadaire ou quotidienne, ils sont principalement tournés vers la surveillance personnalisée de la personne détenue, la lutte contre l'isolement, le lien social. Ils n'ont à ce jour pas évalué l'implication des modalités de

prescription propre à la détention en termes de prévention, et notre étude semble être la seule actuellement à évaluer ce lien.

Dans les études récentes menées en détention, nous avons retrouvé que dans 90% des cas les suicides en milieu carcéral étaient réalisés par pendaison ou auto-strangulation, avec des intoxications médicamenteuses dans 7% des cas (35). L'étude « *VigilanS* » menée dans les Hauts-de-France entre 2021 et 2023 a analysé les moyens employés pour les tentatives de suicides en prison, et retrouvait en premier lieu les phlébotomies, puis les intoxications médicamenteuses volontaires, et enfin les pendaisons. (36)

Nos résultats questionnent l'intérêt de la dispensation quotidienne, principalement dans le cadre des traitements chroniques, population principale retrouvée dans notre étude, élargie à un grand nombre de personnes détenues. En effet, sur les deux unités sanitaires, 465 détenus bénéficiaient d'une dispensation quotidienne, et 156 d'une dispensation quotidienne sauf le week-end, soit 621 patients en délivrance quotidienne la semaine. Cette tâche est chronophage pour les équipes infirmières des deux sites et les temps de distribution sont donc optimisés afin de répondre à la demande croissante des délivrances en « quotidien ». Cette modalité de distribution ne permet actuellement pas de discuter avec le patient, ni d'entretenir un lien, ni d'évaluer une situation. Elle est aussi peu propice à l'éducation. Les résultats de notre étude convergent vers le fait que la distribution quotidienne n'est pas un facteur réduisant le risque d'intoxications médicamenteuses à l'échelle d'un groupe, et que la distribution hebdomadaire semble être une alternative tout aussi sécuritaire.

Réduire le nombre de prescriptions dispensées en « quotidien » sur nos unités sanitaires, en utilisant la distribution « hebdomadaire » chez plus de patients en fonction de leur profil permettrait probablement de passer plus de temps chaque jour avec les patients nécessitant une dispensation quotidienne. Cela permettrait d'une part d'autonomiser et responsabiliser un grand nombre de patients au travers de la prescription hebdomadaire, tout en gardant à l'esprit qu'ils retourneront un jour dans le système de soins primaires où la plupart devront gérer leur traitement en autonomie.

D'autre part, cela permettrait de réinvestir la relation de soins chez les plus vulnérables qui nécessitent impérativement une prescription quotidienne en les éduquant chaque jour à la prise de leurs traitements, afin de limiter les phénomènes de stockage, le mésusage des traitements, et dans certains cas de racket, aboutissant à une meilleure adhésion aux thérapeutiques. Pour finir, cela pourrait aussi désamorcer certaines situations à risque de passage à l'acte avec la possibilité d'un signalement précoce.

En ce qui concerne la comparaison des deux autres groupes, nous n'avons pas repéré de différence significative entre les groupes « quotidien » et « quotidien sauf week-end », mais également entre les groupes « hebdomadaire » et « quotidien sauf week-end ». Cela peut être expliqué par un petit effectif dans le groupe « quotidien sauf week-end » (5 patients), et par le fait que ce mode de prescription est moins utilisé par les praticiens du service comparativement aux deux autres groupes. (*Annexe 1, Figure 7*)

Pour aller plus loin, nous avons étudié les récurrences : le groupe « hebdomadaire » présentait moins de risque de récurrence par rapport au groupe « quotidien » ( $p < 0,001$ ), avec un OR de 0,05 [0,01-0,42] et un RR de 0,13 [0,02-0,88]. Cet effet était aussi significatif dans la comparaison entre le groupe « quotidien » et le groupe « quotidien sauf week-end » ( $p < 0,05$ ), avec un intervalle de confiance cependant plus large, ne permettant pas de tirer de conclusions aussi robustes que sur les groupes précédemment comparés, le tout lié à un faible effectif dans le groupe « quotidien sauf week-end ». En revanche, nous n'avons pas mis en valeur de différence significative entre les trois groupes sur les récurrences précoces.

### 3. Discussion sur les analyses descriptives

En comparant les groupes, nous avons constaté que la prescription hebdomadaire pouvait être une alternative sécuritaire, et moins chronophage, avec l'avantage d'autonomiser les patients. Nous avons aussi constaté que la prescription quotidienne à sa place en détention, compte tenu des comorbidités et des facteurs de risques des patients pris en charge. Les analyses descriptives nous apportent des informations complémentaires qui pourraient être une aide aux praticiens dans l'orientation de leurs prescriptions.

Au total, nous avons retrouvé 55 personnes détenues ayant présenté un ou plusieurs épisodes d'intoxication médicamenteuse sur 3697 patients en 2023. Cet événement concernait 1,48% de la population carcérale, soit 14,8 personnes pour 1000, de manière équilibrée entre les deux sites. L'incidence est donc plus élevée dans notre population

que dans la population générale (1 intoxication médicamenteuse pour 1000 habitants) (28). Cependant, rapporté sur les deux centres pénitentiaires, on peut dire que cela reste un évènement peu fréquent.

Les patients concernés étaient plutôt des hommes, avec un âge moyen de 32,6 ans. Cette différence d'incidence par rapport à la population générale peut être expliquée par des facteurs environnementaux propres à la détention, majorant la vulnérabilité des personnes détenues : vécu de l'enfermement, conditions de vies altérées en lien avec la surpopulation carcérale, la promiscuité, le manque d'activité, l'ennui (37). Mais cela peut également être expliqué par les antécédents médicaux somatiques et psychiatriques, comme mentionné précédemment (20).

Bien que nous prenions en charge une population vulnérable dans un environnement fermé, nous ne devons pas oublier que ces personnes détenues restent avant tout des patients qui quitteront un jour la détention pour retourner dans le système de soins primaires en ville. La majorité des intoxications médicamenteuses ont lieu en maison d'arrêt dans notre étude. Les maisons d'arrêt étant habituellement un lieu d'incarcération pour les prévenus, ou pour les personnes condamnées à une peine inférieure à deux ans, leur population est destinée à sortir de prison à court ou moyen terme. La responsabilisation et la préservation de l'autonomie des patients dans leurs prises médicamenteuses est donc à prendre en compte.

Concernant les intoxications dans les autres quartiers de détention, notre étude n'a identifié qu'un seul patient au quartier des arrivants en 2023, et une seule intoxication au quartier disciplinaire. Pour ce qui est du quartier des arrivants, les données ont probablement été sous-estimées : au centre pénitentiaire de Lille-Sequedin, le QA étant une aile « classique » de bâtiment d'hébergement, les patients concernés étaient moins facilement identifiables dans les dossiers médicaux.

L'arrivée en détention reste une période délicate bien identifiée dans la littérature pour les personnes détenues, avec une recrudescence du risque de passage à l'acte (35). En cas de doute au cours de cette période, chez les patients les plus à risque, une prescription initialement quotidienne, réévaluée rapidement, pourrait être envisagée. La délivrance quotidienne « personnalisée » avec évaluation par les infirmiers, serait alors temporaire et si besoin renouvelée à la discrétion du praticien, avec l'objectif principal de créer du lien avec la personne détenue et de travailler sur son éducation aux traitements. Une fois la période de l'arrivée en détention passée, son autonomie acquise, et s'il ne présente plus de facteurs de risques de passage à l'acte, la prescription pourrait passer en « hebdomadaire ». Les personnes détenues arrivant en détention sont bien souvent en rupture thérapeutique, ou dans une situation précaire avec peu d'accès au soins. Dans l'étude menée par l'ARS Grand Est en 2021, plus de 50% des personnes détenues arrivant en détention n'avaient pas eu de contact avec un professionnel de santé depuis plus d'un an, il semble donc logique que certains patients soient perdus dans la prise de leur traitements, notamment les plus âgées, ou les plus dépendants, qui pourraient bénéficier d'une aide temporaire à travers ce système. (15)

Les autres raisons pouvant expliquer cet effectif faible au quartier des arrivants pourraient être : un accès facilité aux soins lors de la consultation des arrivants au cours de laquelle la personne détenue rencontre les différents professionnels de santé, une surveillance plus spécifique dans ce quartier par le personnel pénitentiaire, et initialement un lieu plus hermétique au reste de la détention avec une durée de séjour plus courte en 2023 qu'actuellement. Il serait donc intéressant de voir ultérieurement si ce faible taux d'intoxications médicamenteuses au quartier des arrivants s'est maintenu lors des années 2024 et 2025, qui ont été marquées par une surpopulation encore plus importante, avec un allongement considérable de la durée d'hébergement au quartier arrivant, notamment sur le site d'Annœullin, et un accès plus difficile aux soins lié à l'organisation du service et aux contraintes sécuritaires imposées par l'administration pénitentiaire.

La dernière raison pourrait faire écho à celle du quartier disciplinaire. En effet, quartier arrivant et quartier disciplinaire sont des lieux avec des passages à l'acte plus agressifs, avec moins d'intoxications médicamenteuses, mais avec plus de pendaisons (34). Une étude menée sur l'année 2021 au centre pénitentiaire de Lille-Annœullin retrouvait un passage à l'acte par pendaison dans 67 % des cas au quartier disciplinaire. (38)

Enfin, dans notre étude, 50 patients étaient des hommes et 5 étaient des femmes. Ce petit recrutement féminin est expliqué principalement par la démographie carcérale sur les centres pénitentiaires lillois, qui sont composés principalement de quartiers pour hommes, ce qui ne correspond donc pas à la bibliographie en population générale avec une prédominance féminine dans les intoxications médicamenteuses. (29)

Concernant le profil des intoxications médicamenteuses en détention, nous avons constaté que dans la majorité des cas (77%), elles étaient qualifiées de gravité nulle ou faible (donnée obtenue *via* SICAP) (39), ce qui est cohérent avec la littérature où nous retrouvons une gravité « nulle ou minime » dans 78% des cas (28)(31). Seules 3 intoxications ont été enregistrées en « forte ou sévère », et nous avons constaté une guérison dans 100 % des cas. Par ailleurs, l'incidence des intoxications médicamenteuses, aurait pu être sous-évaluée par les décès survenus en détention dont la cause n'était pas évidente et pour lesquels nous n'avons pas connaissance des résultats des investigations médico-légales. Cependant, nous n'avons dénombré que deux décès de cause inconnue en 2023 pour les deux sites pénitentiaires. Enfin, pour exemple, nous n'avons retrouvé qu'un seul patient intubé et ventilé temporairement dans ce contexte en 2023.

Dans notre étude, nous avons observé un passage en hospitalisation dans 80,8% des cas, et une surveillance sur place dans 13,8% des cas. De prime abord, ce taux d'hospitalisation peut paraître élevé. Cependant, il est à mettre en relation avec une présence médicale et paramédicale sur place du lundi au vendredi de 9 heures à 18 heures, les unités sanitaires étant des services de consultation et de soins ambulatoires.

Dans la plupart des cas, les patients relevant d'une surveillance simple seront surveillés et réévalués sur place par les professionnels de santé. En revanche, en dehors des heures ouvrables de l'unité sanitaire, une intoxication médicamenteuse nécessitant une surveillance simple sera tout de même transportée au centre hospitalier, le personnel pénitentiaire n'étant pas voué, ni formé à effectuer cette surveillance.

Enfin, dans certains cas, les patients nécessitaient un passage par l'hospitalisation les week-end ou les nuits afin d'obtenir une évaluation psychiatrique dans le cadre d'intoxications volontaires, les centres pénitentiaires lillois n'étant pas pourvus d'une astreinte psychiatrique.

Cette tendance aux intoxications en dehors des horaires de présence médicale pourrait être expliquée par le fait que les personnes détenues connaissent le fonctionnement de la détention (horaires, rondes) et parfois choisissent volontairement ces plages pour passer à l'acte, mais cela peut aussi être interprété comme le reflet d'une personne démunie face à son anxiété ne trouvant pas de solution pour s'apaiser, ou encore un patient en souffrance qui malgré ses sollicitations par l'interphonie ne trouve pas d'autre solution afin d'apaiser ses douleurs.

Ainsi, bien que ce taux d'hospitalisation soit élevé, il est à rapporter à l'environnement spécifique de la détention, la faible gravité des intoxications étant reflétée par des durées d'hospitalisation de moins de 48 heures dans 88% des cas.

Dans un quart des cas, les intoxications médicamenteuses sont causées par une substance active dans notre étude et, dans un autre quart par deux substances actives. Les intoxications polymédicamenteuses sont un facteur de risque de gravité à prendre en considération lors de la prescription hebdomadaire ou quotidienne compte tenu du risque d'interactions médicamenteuses. Cependant, en fonction des classes présentes sur l'ordonnance, le passage en prescription hebdomadaire pourrait être tout de même

envisagé dans les cas où une ou deux molécules sont prescrites, et si elles ont un bon profil de tolérance avec peu d'interactions.

La majorité de nos intoxications concernaient les traitements chroniques des patients (50 sur 55), les 5 autres patients étaient concernés par des traitements remis en totalité ou procurés autrement (troc et échanges de médicaments, entrée illégale de substances par les parloirs, projectiles en promenade). Cela représente en effet un risque inhérent à notre lieu d'exercice que nous devons garder à l'esprit. Ces pratiques, bien que monnaie courante et organisées en détention, ne représentaient qu'une minorité de cas dans notre étude, en sachant que les substances ingérées étaient rapportées de manière déclarative par les patients, ce qui pouvait induire un biais de déclaration.

Sensibiliser les patients en leur expliquant l'intérêt de leurs prescriptions, en replaçant l'humain au centre de la prise en charge pour travailler la relation de confiance, nous permettrait d'obtenir une meilleure adhésion aux traitements et *a minima* de diminuer le risque d'échanges en détention. La dispensation est donc à inscrire dans une optique d'éducation des patients, et d'autant plus lorsque l'on suspecte un mésusage ou la recherche de bénéfice secondaire.

Dans certains cas plus particuliers, chez des patients très vulnérables, parfois atteints de déficience, et pouvant être la cible d'intimidation et de racket de la part de tierces personnes tels que leurs codétenus, ou d'autres personnes détenues en promenade par exemple, la délivrance quotidienne peut aussi être vue par l'équipe soignante comme une mesure de protection. Le guide méthodologique appelle à un principe de précaution, en tenant compte de l'environnement, lors du choix des modalités de dispensation. (7)

Certaines de nos intoxications médicamenteuses étaient liées à un phénomène bien décrit dans la littérature, avec une recherche d'effet euphorisant par surconsommation ou prise du traitement journalier en une fois (40). Une distribution quotidienne personnalisée serait intéressante chez ce type de patients car ils sont bien souvent multirécidivistes des intoxications médicamenteuses, même de manière temporaire, afin de leur réexpliquer chaque prise, l'heure et l'intérêt. D'ailleurs, dans ce contexte précis, le nombre d'intoxications médicamenteuses liées à ce phénomène est probablement sous-estimé, les patients ne se signalant pas systématiquement aux soignants. Dans ces conditions, on en vient à se questionner sur la légitimité de certains traitements, le patient ne sachant pas les utiliser, et n'en comprenant pas le sens.

L'autre phénomène à prendre en compte est le mésusage médicamenteux, avec un détournement des modalités de prises pour certaines substances. Dans une étude qualitative menée à la maison d'arrêt de Brest en 2014, au travers de neuf entretiens semi-dirigés de personnes détenues concernant les consommations de substances psychoactives en détention, on retrouvait cette demande d'autonomisation de la part des patients et l'étude concluait : *« tout comme la promotion de la santé qui cherche à valoriser la responsabilité et l'autonomie des patients, les soignants doivent éviter l'écueil de l'hétéro contrôle et créer les conditions pour que les patients soient le plus possible acteurs »* (40). Cette étude encourageait à diversifier les approches thérapeutiques en détention afin de réduire les discordances de prise en charge entre les soins en milieu fermé et ceux en liberté. Favoriser la prescription hebdomadaire de chez un plus grand

nombre pourrait représenter un pas en ce sens, tout en gardant à l'esprit les contraintes propres à la détention mentionnées précédemment.

Cette dualité est bien décrite par Anne Lécu, qui s'interroge sur la question de l'autonomie dans la prise médicamenteuse en détention alors que nos patients ne sont eux-mêmes pas libres. Elle insiste sur le fait que le principe d'autonomie n'est pas discutable, mais que la privation de liberté rend cette autonomie complexe entre les risques de trafic, de mésusage et donc d'intoxication médicamenteuse. Enfin, elle suggère de se poser la question : A qui va bénéficier cette prescription ? A qui va-t-elle faciliter la vie ? Au patient, au médecin, ou au surveillant ? (41)

Enfin, le profil médicamenteux de nos intoxications semble similaire à celui retrouvé dans la littérature (42)(30). En tête, nous retrouvons les benzodiazépines avec 72% des cas dans notre étude contre 67,8% dans l'étude Epitox (SMFU, 2009) (30). Puis les neuroleptiques et les antipsychotiques, dans 44,68% des cas, qui sont plus représentés dans notre population, probablement en rapport avec une prescription plus importante qu'en population générale, compte tenu des comorbidités psychiatriques et du profil des patients incarcérés. Les antidépresseurs sont retrouvés dans un quart des cas (25,5%), ce qui rejoint également les études en population générale (23,8%), avec en tête les ISRS qui sont plus sûrs d'utilisation (*Annexe 2, Tableau 3*). La dernière place du quatuor était occupée par les antalgiques non opioïdes, tels que le paracétamol ou l'ibuprofène dans 18% des cas.

Pour finir sur un versant organisationnel, réduire le nombre de prescriptions quotidiennes serait aussi plus sécuritaire pour les équipes, qui dans notre cas doivent reconditionner les traitements reçus de la pharmacie centrale sous forme de sachets quotidiens. La majoration du nombre de manipulations est dans ce contexte un facteur de risque d'erreur surajouté. L'utilisation plus fréquente de piluliers hebdomadaires pour les patients diminuerait ce nombre de manipulations, faciliterait le repérage des patients dans leur traitements. Enfin, cela permettrait aux personnes détenues de mieux se repérer dans le temps, de devenir plus actrices de leur prise en charge et de leur santé. Dans notre étude, aucune intoxication médicamenteuse n'a été recensée chez des patients utilisant des piluliers hebdomadaires.

#### 4. Forces de l'étude

Notre étude présente plusieurs points forts. D'une part, il s'agit de la première étude tentant d'évaluer les modalités de prescription et de délivrance des traitements au sein des centres pénitentiaires français. Bien qu'avec des effectifs relativement faibles, le recueil multi-source (centre anti-poison et données du PMSI) nous a permis d'élargir le recrutement et de limiter le nombre de données manquantes. Enfin, le caractère bi-centrique a permis d'inclure une population plus large (hommes, femmes, quartiers de détention plus spécifiques).

## 5. Limites de l'étude

Notre étude comporte de multiples biais et limites principalement liés à son caractère rétrospectif sur de petits effectifs. En effet, le biais principal reste le recueil, avec des données manquantes. Ces données manquantes peuvent être expliquées parfois par un défaut de retour au centre anti-poison sur les appels reçus en dehors de la permanence de soins et de l'astreinte passant par le SAMU, mais aussi parfois par une expertise de la situation par les praticiens du service indiquant directement l'extraction ou la surveillance sur place. Enfin, cela peut aussi concerner des situations où le patient refusait l'extraction vers le centre hospitalier, principalement sur la permanence du SAMU. L'intérêt du recueil multi-source était de limiter ce biais.

Bien que notre population étudiée comprenne des hommes et des femmes, nous avons obtenu un faible effectif du côté des femmes. Cela peut être expliqué par une population de départ plus petite dans les centres pénitentiaires lillois (unique quartier pour femmes sur Sequedin) qu'en population générale.

Enfin, il existait également un biais déclaratif sur les substances ingérées rapportées par les patients.

# CONCLUSION

Notre étude menée en 2023, dans les unités sanitaires lilloise (centres pénitentiaires de Lille-Annœullin et de Lille-Sequedin) nous a permis de comparer les modalités de prescription des traitements en détention, en prenant pour critère principal la survenue d'intoxications médicamenteuses, problématique fréquemment rencontrée dans l'exercice de la médecine en milieu pénitentiaire.

L'analyse comparative des groupes « quotidien », « quotidien sauf week-end » et « hebdomadaire » a mis en évidence des résultats significatifs en faveur de la prescription hebdomadaire. Les patients en délivrance hebdomadaire présentaient un risque d'intoxication médicamenteuse et de récurrence significativement moindre que dans le groupe quotidien ( $p < 0,001$ ).

Nos données suggèrent que la prescription et délivrance quotidienne utilisée à grande échelle n'est pas un facteur protecteur concernant la survenue d'une intoxication médicamenteuse, celle-ci ne limitant pas les phénomènes de stockage et de mésusage.

Bien que nos résultats concernent de petits effectifs sur une année et que leur portée reste limitée principalement sur le groupe « quotidien sauf week-end » par manque de puissance, initier une réflexion autour de la diminution du nombre de prescriptions quotidiennes pourrait être envisageable.

L'objectif secondaire de notre étude était d'identifier des facteurs pouvant aider les praticiens au choix des modalités de prescription. En effet, nous avons constaté que la majorité des intoxications concernait des hommes incarcérés en maison d'arrêt et étaient

volontaires, mais aussi qu'elles étaient de gravité faible ou nulle dans la majorité des cas, relevant généralement d'une surveillance simple, et impliquant une ou deux substances, et de manière préférentielle des benzodiazépines. La prescription hebdomadaire pourrait être élargie aux patients ne présentant qu'un seul ou deux traitements sur leur ordonnance, avec un bon profil de tolérance et peu d'interactions.

La généralisation de l'utilisation de piluliers hebdomadaires chez les patients avec plusieurs traitements pourrait constituer une aide au repérage et un premier pas vers l'autonomie.

Concernant le cas du quartier des arrivants, dans la situation où des éléments évoqueraient un risque d'intoxication médicamenteuse, de mésusage, ou une désorientation initiale liée à l'entrée en détention, notamment chez les plus âgés ; nous pourrions proposer une prescription initiale quotidienne ou selon la modalité « quotidien sauf week-end » sur une période prédéfinie (une dizaine de jours par exemple), afin d'éduquer le patient dès son entrée en détention et d'effectuer une réévaluation de la prescription à l'issue de la période. Si le patient répond favorablement et semble plus autonome, mieux adapté à son environnement, il pourrait bénéficier d'une prescription hebdomadaire.

La dispensation quotidienne n'a pas vocation à disparaître compte tenu du profil des patients pris en charge et de nos conditions d'exercice, mais elle pourrait être utilisée de manière différente, en ciblant les personnes détenues les plus vulnérables.

Réduire le nombre de dispensations quotidiennes nous permettrait de réaliser une distribution plus personnalisée, qui pourrait contenir une évaluation du patient par l'équipe

infirmière, l'éducation quotidienne aux thérapeutiques dispensées, comment les prendre, pourquoi les prendre, l'heure de prise. C'est d'ailleurs ce modèle qui semble être mis en place au sein du centre pénitentiaire de Paris-La Santé, qui prend en charge environ mille-deux-cent personnes détenues. Lors d'une présentation au sein du 15<sup>ème</sup> congrès des UCSA organisé par l'APSEP (Association de Professionnels de Santé Exerçant en Prison) en 2021, l'unité sanitaire du centre pénitentiaire de Paris-La-Santé annonçait avoir réduit leur nombre de prescriptions quotidiennes à une trentaine de patients, permettant ainsi leur évaluation lors des distributions par un binôme infirmier (somatique et psychiatrique), renforçant le lien patient-soignant et valorisant l'éducation à la santé.

Devant les résultats de notre étude qui montrent que la prescription hebdomadaire semble être sécuritaire, et que les intoxications médicamenteuses en détention restent souvent de faible gravité nécessitant une simple surveillance, nous pourrions entreprendre le passage vers le modèle de Paris-La-Santé. Une étude prospective multicentrique avec des groupes comparatifs pourrait être une piste afin d'enrichir notre travail et permettrait d'évaluer le modèle décrit précédemment.

# BIBLIOGRAPHIE

1. HAUT COMITE DE LA SANTE PUBLIQUE. Rapport sur l'amélioration de la prise en charge sanitaire des détenus [Internet]. 1993. Disponible sur: <https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger%253FNomFichier%253Dhc001097.pdf&ved=2ahUKEwjByZmE2siLAxV6Q6QEHYrtD5MQFnoECBMQAQ&usg=AOvVaw1TzET6F7dNakCZ3By7KJK->
2. Titre II : De la détention (Articles D50 à D521-1-1) - Légifrance [Internet]. Code de procédure pénale. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGISCTA000006137367>
3. Guérin G. adsp n° 44 - La santé en prison. sept 2003 [cité 16 déc 2024]; Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/adsp?clef=85>
4. Article L6112-1 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 2 févr 2025]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000031929285](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031929285)
5. Article L381-30 - Code de la sécurité sociale - Légifrance [Internet]. [cité 2 févr 2025]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000044628845#](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000044628845#)
6. DGOS. Ministère de la santé et de l'accès aux soins. [cité 17 déc 2024]. Les personnes détenues. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-des-populations/personnes-detenu-es-personnes-placees-sous-main-de-justice/article/les-personnes-detenu-es>
7. Guide méthodologique, prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice. [Internet]. [cité 2 févr 2025]. Disponible sur: [https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide\\_methodo\\_2019\\_ppsmj.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_methodo_2019_ppsmj.pdf)
8. fiche\_pedagogique\_patients\_detenus.pdf [Internet]. [cité 17 déc 2024]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-04/fiche\\_pedagogique\\_patients\\_detenus.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-04/fiche_pedagogique_patients_detenus.pdf)
9. Les unités sanitaires en milieu pénitentiaire USMP (ex UCSA) [Internet]. [cité 17 déc 2024]. Disponible sur: [https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche\\_mig\\_t03\\_unites\\_sanitaires\\_milieu\\_penitentiaire\\_usmp.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche_mig_t03_unites_sanitaires_milieu_penitentiaire_usmp.pdf)
10. Ministère de la justice. Statistiques mensuelles de la population détenue et écrouée | Ministère de la justice [Internet]. 2024 [cité 6 janv 2025]. Disponible sur: <https://www.justice.gouv.fr/documentation/etudes-et-statistiques/statistiques-mensuelles-population-detenu-ecrouee-0>

11. Chiffres Clés 2024 V3.pdf [Internet]. [cité 6 janv 2025]. Disponible sur: <https://www.justice.gouv.fr/sites/default/files/2024-11/Chiffres%20Cle%CC%81s%202024%20V3.pdf>
12. Les droits des personnes détenues : un constat alarmant nécessitant des réponses urgentes. 6 nov 2024;
13. Andraca R. Libération. [cité 6 janv 2025]. Combien de personnes âgées sont en prison en France ? Disponible sur: [https://www.liberation.fr/checknews/2019/10/24/combien-de-personnes-agees-sont-en-prison-en-france\\_1759473/](https://www.liberation.fr/checknews/2019/10/24/combien-de-personnes-agees-sont-en-prison-en-france_1759473/)
14. Kensey A. Que sait-on de la situation socioéconomique des sortants de prison ? Rev MAUSS. 19 nov 2012;40(2):147-60.
15. ARS Grand Est. Enquête sur la santé des patients incarcérés à l'entrée en détention en Grand Est. Juillet 2;
16. Deschamps C. Avis n° 94 La santé et la médecine en prison du Comité consultatif National d'éthique. 3 janv 2005;
17. ELBAUM M. La santé des personnes entrées en prison en 2003 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 7 janv 2025]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/la-sante-des-personnes-entrees-en-prison-en-2003-0>
18. Enquete Handicap-Incapacité-Dépendance auprès des personnes en prison Mai 2001 [Internet]. [cité 7 janv 2025]. Disponible sur: [https://ifrhandicap.ined.fr/hid/hid\\_ftp/prison/dico\\_des\\_codes\\_HID\\_prisons.pdf](https://ifrhandicap.ined.fr/hid/hid_ftp/prison/dico_des_codes_HID_prisons.pdf)
19. SPF. Prévalence des troubles de santé mentale et conséquences sur l'activité professionnelle en France dans l'enquête « Santé mentale en population générale : images et réalités » [Internet]. [cité 1 mars 2025]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/notices/prevalence-des-troubles-de-sante-mentale-et-consequences-sur-l-activite-professionnelle-en-france-dans-l-enquete-sante-mentale-en-population-gener>
20. Enquete de prévalence sur les troubles psychiatriques en milieu carcéral. Décembre 2004 [Internet]. [cité 2 févr 2025]. Disponible sur: [https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_detenus25-07-06-2.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_detenus25-07-06-2.pdf)
21. DUBURCQ A, COULOMB S, BONTE J, MARCHAND C, FAGNANI F, FALISSARD B. Enquête de prévalence sur les troubles psychiatriques en milieu carcéral (phase 1 de l'étude épidémiologique) ; Enquête sur la santé mentale des personnes détenues primo-incarcérées (phase 2 de l'étude épidémiologique) ; Enquête sur la santé mentale des personnes condamnées à de longues peines (phase 3 de l'étude épidémiologique) ; Etude

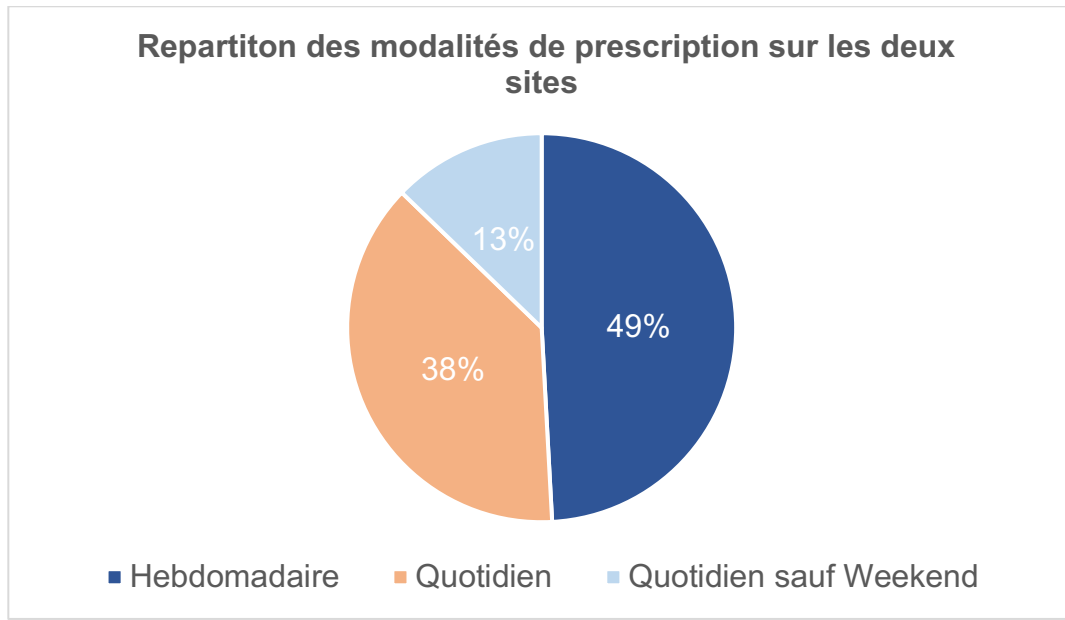
épidémiologique sur la santé mentale des personnes détenues : rapport final - Résultats des 3 phases de l'étude et synthèse. Bourg La Reine: Cemka-Eval; 2004. 283 p.

22. enquete\_prevacar\_-\_volet\_offre\_de\_soins\_-\_vih\_hepatites\_et\_traitements\_de\_substitution\_en\_milieu\_carceral\_octobre\_2011.pdf [Internet]. [cité 2 févr 2025]. Disponible sur: [https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/enquete\\_prevacar\\_-\\_volet\\_offre\\_de\\_soins\\_-\\_vih\\_hepatites\\_et\\_traitements\\_de\\_substitution\\_en\\_milieu\\_carceral\\_octobre\\_2011.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/enquete_prevacar_-_volet_offre_de_soins_-_vih_hepatites_et_traitements_de_substitution_en_milieu_carceral_octobre_2011.pdf)
23. Prisons OI des. oip.org. [cité 21 janv 2025]. Sortants de prison : poursuivre les soins, une étape essentielle. Disponible sur: <https://oip.org/analyse/sortants-de-prison-poursuivre-les-soins-une-etape-essentielle/>
24. Binswanger IA, Stern MF, Deyo RA, Heagerty PJ, Cheadle A, Elmore JG, et al. Release from prison--a high risk of death for former inmates. *N Engl J Med*. 11 janv 2007;356(2):157-65.
25. Désesquelles A, Kensey A. The death toll of French former prisoners. *Eur J Epidemiol*. oct 2017;32(10):939-41.
26. Caisse Nationale assurance maladie. Nomenclatures : la NGAP et la LPP [Internet]. [cité 20 janv 2025]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/infirmier/exercice-liberal/facturation-remuneration/nomenclatures-ngap-lpp>
27. Adnet F, Atout S, Galinski M, Lapostolle F. Évolution des intoxications médicamenteuses volontaires en France. *Réanimation*. 1 déc 2005;14(8):721-6.
28. Viglino D, Beaune S, Delahaye A, Maignan M. Intoxications médicamenteuses volontaires. *Médecine Thérapeutique*. 1 janv 2018;24(1):18-26.
29. SPF. Observatoire multisources des intoxications aiguës en Île-de-France : une étude exploratoire [Internet]. [cité 5 mars 2025]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/notices/observatoire-multisources-des-intoxications-aigues-en-ile-de-france-une-etude-exploratoire>
30. L. Quay, M. Maignan, M. Lum, C. Candille, C. Paquier, P. Saviuc, et al. Epidémiologie des intoxications médicamenteuses volontaires accueillies dans un service d'urgence. [cité 8 mars 2025]; Disponible sur: [https://www.sfm.org/upload/70\\_formation/02\\_formation/02\\_congres/Urgences/urgences\\_2011/donnees/communications/resume/resume\\_315.htm](https://www.sfm.org/upload/70_formation/02_formation/02_congres/Urgences/urgences_2011/donnees/communications/resume/resume_315.htm)
31. Mégarbane B, Alazia M, Baud F. Intoxication grave de l'adulte : épidémiologie, définition, critères d'admission en réanimation. *Réanimation*. oct 2006;15(5):354-63.
32. Fabresse N, Alvarez JC. Épidémiologie des intoxications aiguës. *Toxicol Anal Clin*. 1 déc 2020;32(4):291-300.

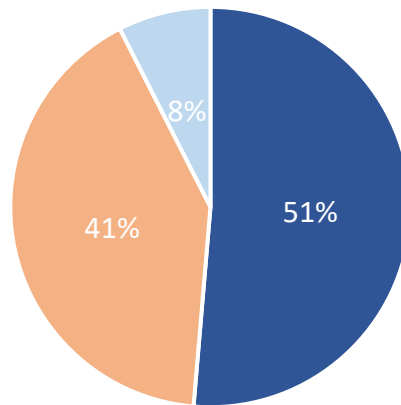
33. rapport\_les\_sucides\_et\_tentatives\_de\_suicide\_de\_patients\_juillet\_2022.pdf [Internet]. [cité 14 avr 2025]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-09/rapport\\_les\\_sucides\\_et\\_tentatives\\_de\\_suicide\\_de\\_patients\\_juillet\\_2022.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-09/rapport_les_sucides_et_tentatives_de_suicide_de_patients_juillet_2022.pdf)
34. Vanhaesebrouck Alexis. DESCRIPTION DES PERSONNES ÉCROUÉES DÉCÉDÉES PAR SUICIDE EN FRANCE SUR LA PÉRIODE 2017-2021 [Internet]. Santé publique France; 2025. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/sante-mentale/sucides-et-tentatives-de-suicide/documents/rapport-synthese/description-des-personnes-ecrouees-decede-es-par-suicide-en-france-sur-la-periode-2017-2021.-interpretation-de-donnees-de-surveillance-par-sante-pub>
35. Pierre Thomas et Thomas Fovet. Les suicides et tentatives de suicide, et leur prise en charge en milieu carcéral. sept 2018 [cité 14 avr 2025]; Disponible sur: <https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger%3FNomFichier%3Dad1042830.pdf&ved=2ahUKEwj4joCLtNeMAxU1VKQEHRNuCdIQFnoECCIQAQ&usg=AOvVaw1ebhsJglTgd8isFHpZpwCL>
36. Estoup Marion, Wathelet Marielle Fovet Thomas. Vigilans en milieu pénitentiaire. [Internet]. 2024. Disponible sur: <https://www.f2rsmpsy.fr/fichs/32214.pdf>
37. Lécu A, Delarue JM. La prison, un lieu de soin ? Paris: les Belles lettres; 2013. (Médecine & sciences humaines).
38. Isolement disciplinaire et risque suicidaire: étude retrospective au centre pénitentiaire de Lille-Annoeullin. [Internet]. [cité 14 avr 2025]. Disponible sur: <https://www.f2rsmpsy.fr/fichs/31508.pdf>
39. definition\_criteres\_gravite\_2008.pdf [Internet]. [cité 22 avr 2025]. Disponible sur: [https://centres-antipoison.net/wp-content/uploads/2017/08/definition\\_criteres\\_gravite\\_2008.pdf](https://centres-antipoison.net/wp-content/uploads/2017/08/definition_criteres_gravite_2008.pdf)
40. Pereira PF, Simon C. Consommations de substances psycho-actives en milieu carcéral : étude qualitative rétrospective. Psychotropes. 26 sept 2017;23(2):35-56.
41. Lécu A. Médicaments et prison. Éthique Publique Rev Int D'éthique Sociétale Gouv [Internet]. 1 janv 2006 [cité 8 mars 2025];(vol. 8, n° 2). Disponible sur: <https://journals.openedition.org/ethiquepublique/1840>
42. Medscape [Internet]. [cité 13 avr 2025]. Intoxication aiguë volontaire : quelles priorités aux urgences? Disponible sur: <https://français.medscape.com/voirarticle/3605059>

# ANNEXES

**Annexe 1: Figure 7, Répartition des modalités de prescription pour les traitements chroniques, par unité sanitaire sur l'année 2023**

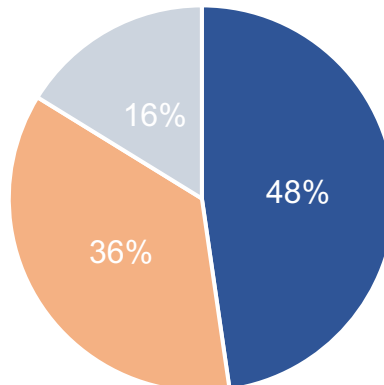


**Repartition des modalités de prescription sur Annoeullin**



■ Hebdomadaire   ■ Quotidien   ■ Quotidien sauf Weekend

**Repartition des modalités de prescription sur Sequeudin**



■ Hebdomadaire   ■ Quotidien   ■ Quotidien sauf Weekend

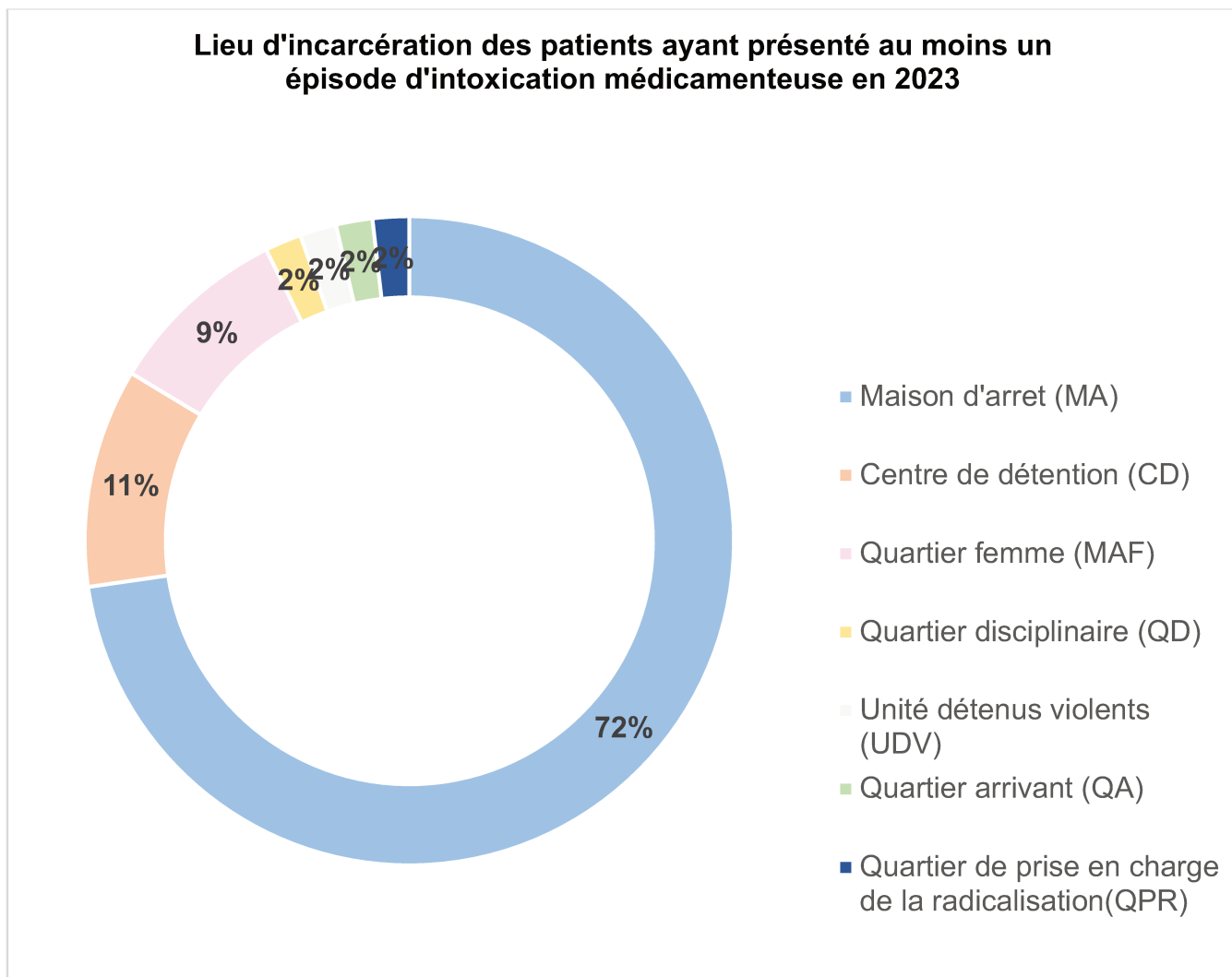
### Annexe 2 : Tableau 3, Analyse descriptive univariée

Intoxications médicamenteuses sur 2023	n= 94	(%)
<b>Centre</b>		
Annœullin	46	48,93 %
Sequedin	48	51,06%
<b>Source</b>		
CAP	54	57,44%
PMSI	40	42,55%
<b>Gravité</b>		
Nulle	20	21,27%
Faible	52	55,31%
Moyenne	12	12,76%
Forte ou sévère	3	3,19%
Non renseignée	7	7,44%
<b>Guérison</b>		
	94	100%
<b>Orientation de prise en charge</b>		
Hospitalisation en toxicologie / urgences	76	80,85%
Refus hospitalisation (de la part du patient)	5	5,31%
Surveillance en détention	13	13,82%
<b>Durée hospitalisation</b>		
<24h	13	17,10%
24-48h	54	71,05%
>48h	9	11,84%
<b>Orientation à la sortie hospitalisation</b>		
Détention	40	0,52631579%
Poursuite hospitalisation	36	0,47368421%
<b>Motif rapporté de l'intoxication médicamenteuse</b>		
Volontaire	81	86,17%
Involontaire	3	3,19%
Non renseigné	10	10,63%
Idée suicidaire	66	70,21%
Anxiété sans idée suicidaire	12	12,76%
Douleur	3	3,19%
Mésusage	1	1,06%
Révolte (motif pénitentiaire)	2	2,12%
Non renseigné	10	10,63%

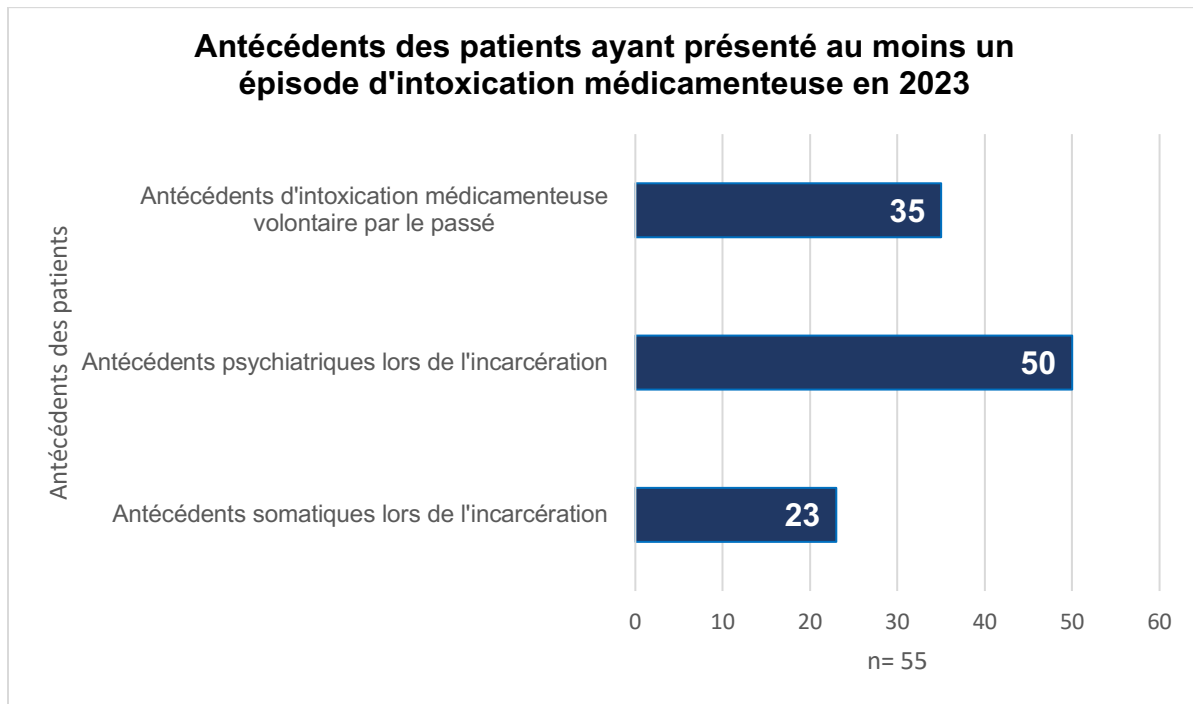
<b>Nombre de substances ingérées lors de l'intoxication.</b>		
1 substance	23	24,46%
2 substances	25	26,59%
3 substances	21	22,34%
+ 3 substances (poly intoxication)	24	25,53%
Non renseignée	1	1,06%
<b>Classes thérapeutiques des substances impliquées</b>		
Benzodiazépines	68	72,34%
Neuroleptiques & Antipsychotiques	42	44,68%
Antidépresseurs	24	25,53%
<i>ISRS</i>	12	
<i>Tétracycliques</i>	11	
<i>Autre antidépresseurs</i>	5	
<i>Tricycliques</i>	1	
Antalgiques non opioïdes	17	18,08%
Hypnotiques	13	13,82%
Antiépileptiques	10	10,63%
TSO	6	6,38%
Autre (IPP, Traitements inhalés, Substituts nicotiques)	6	6,38%
Antalgiques opioïdes	6	6,38%
Antihypertenseurs	5	5,31%
Antibiotiques	4	4,25%
Hormones	2	2,12%
Antiparkinsoniens	2	2,12%
Antihistaminiques	2	2,12%
Anticoagulants	2	2,12%
Insuline	1	1,06%
<b>Patients ayant présenté une intoxication médicamenteuse sur 2023</b>	<b>n=55</b>	<b>%</b>
<b>Sexe</b>		
Hommes	50	90,90%
Femmes	5	9,09%
<b>Centre</b>		
Annœullin	25	45,45%
Sequedin	30	54,54%
<b>Age</b>		
Moyenne	32,61	
Age moyen des hommes	32,6	
Age moyen des femmes	31,02	
Médiane	30	20-25
Age min	20	
Age max	60	
<b>Bâtiment</b>		
Maison d'arrêt (MA)	40	72,72%
Centre de détention (CD)	6	10,90%

Quartier femme (MAF)	5	9,09%
Quartier de prise en charge de la radicalisation (QPR)	1	1,81%
Unité pour détenus violents (UDV)	1	1,81%
Quartier arrivant (QA)	1	1,81%
Quartier disciplinaire (QD)	1	1,81%
<b>Antécédents des patients</b>		
Antécédents somatiques lors de l'incarcération	23	41,81%
Antécédents psychiatriques lors de l'incarcération	50	90,90%
Antécédents d'intoxication médicamenteuse volontaire par le passé	35	63,63%
<b>Récidive de l'évènement lors de l'incarcération</b>		
Récidive	27	49,09%
Récidive précoce (-1mois)	10	37,03%

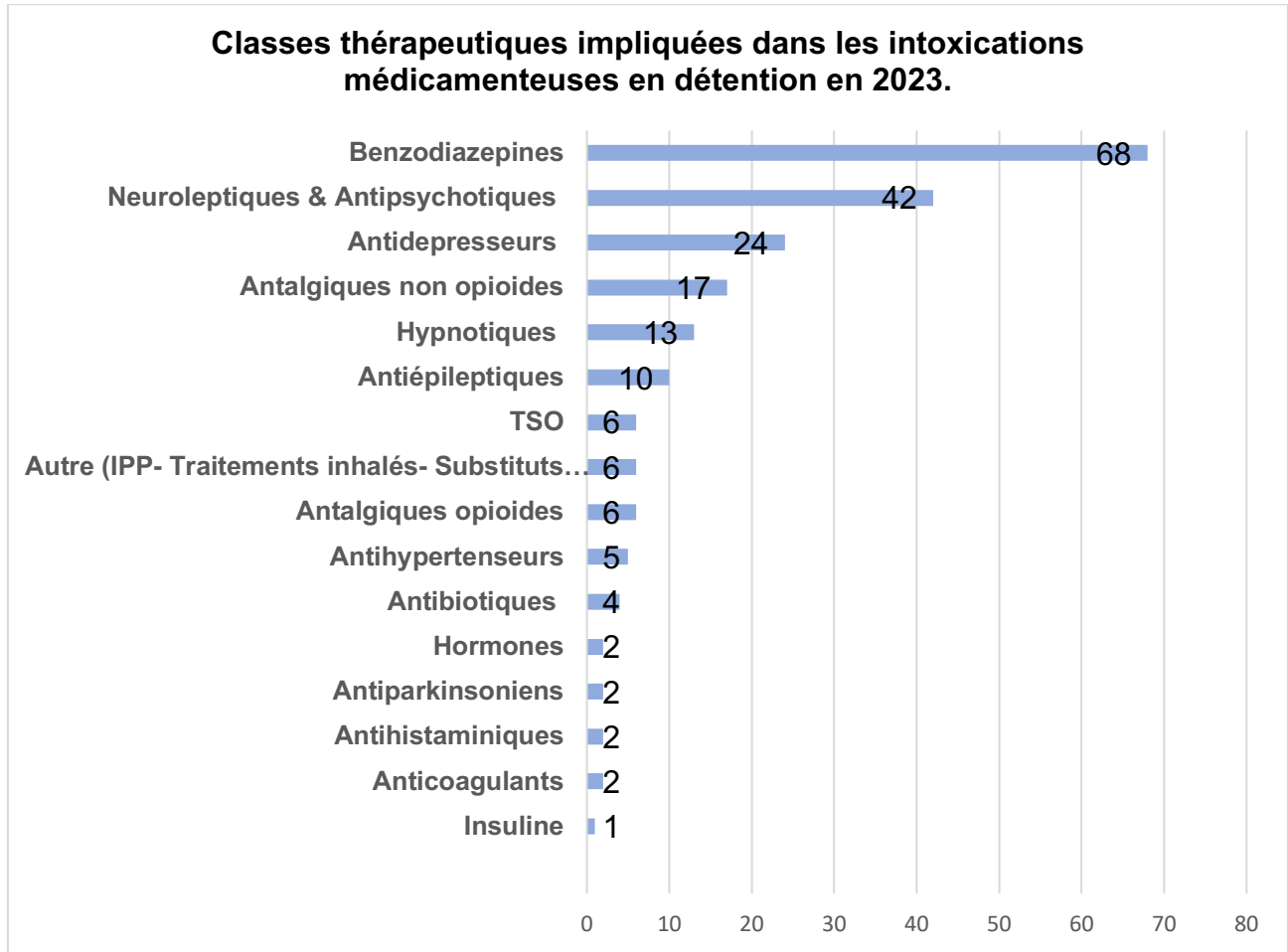
**Annexe 3 : Figure 8, Lieu d'incarcération des patients ayant présenté au moins un épisode d'intoxication médicamenteuse en 2023**



**Annexe 4 : Figure 9, Antécédents des patients ayant présenté au moins un épisode d'intoxication médicamenteuse en 2023**



**Annexe 5 : Figure 10, Classes thérapeutiques impliquées dans les intoxications médicamenteuses en détention en 2023**



	Distribution hebdomadaire n=600	Distribution quotidienne n=465	Distribution quotidien sauf WE n=156	Test
Survenue intoxication	11 (1,8%)	34 (7,3%)	5 (3,2%)	p<0,001
	<b>p value</b>	<b>RR</b>	<b>OR</b>	
Hebdomadaire vs quotidien	<0,001	0,25 [0,13-0,49]	0,24 [0,12, 0,47]	
Hebdomadaire vs quotidien sauf WE	p= 0,454	0,57 [0,20-1,62]	0,56 [0,19-1,65]	
Quotidien vs quotidien sauf WE	p= 0,101	2,28 [0,91-5,73]	2,38 [0,92-6,20]	
	Distribution hebdomadaire n=11	Distribution quotidienne n=34	Distribution quotidien sauf WE n=5	Test
Survenue récidive	1 (9%)	23 (67%)	1 (20%)	p<0,001
Survenue récidive précoce	1 (100%)	9 (39%)	0	
	<b>Récidive</b>	<b>RR</b>	<b>OR</b>	
Hebdomadaire vs quotidien	<0,001	0,13 [0,02-0,88]	0,05 [0,01-0,42]	
Hebdomadaire vs quotidien sauf WE	p=0,540	0,45 [0,04-5,89]	0,40 [0,02- 8,07]	
Quotidien vs quotidien sauf WE	p <0,05	3,38 [0,58-19,83]	8,36 [0,83-83,93]	
	<b>Récidive précoce</b>	<b>RR</b>	<b>OR</b>	
Hebdomadaire vs quotidien	<0,001	0,34 [0,05-2,42]	0,28 [0,03-2,49]	
Hebdomadaire vs quotidien sauf WE	p= 0,289	non calculable	1,00 [0,03-35,18]	
Quotidien vs quotidien sauf WE	p= 0,067	non calculable	3,60 [0,18-72,69]	
	Distribution hebdomadaire n=11	Distribution quotidienne n=34	Distribution quotidien sauf WE n=5	
Antécédents somatiques	5 (45,5%)	14 (41%)	1 (20%)	
Antécédents psychiatriques	9 (81,81%)	31 (91%)	5 (100%)	
Antécédents IMV	4 (36,6%)	25 (73,5%)	3 (60%)	
	<b>Antécédents somatiques</b>			
Hebdomadaire vs quotidien	p=1.0			
Hebdomadaire vs quotidien sauf WE	p=0,676			
Quotidien vs quotidien sauf WE	p=0,677			
	<b>Antécédents psychiatriques</b>			
Hebdomadaire vs quotidien	p=0,759			
Hebdomadaire vs quotidien sauf WE	p=0,838			
Quotidien vs quotidien sauf WE	p=1,0			
	<b>Antécédents d'IMV</b>			
Hebdomadaire vs quotidien	p=0,060			
Hebdomadaire vs quotidien sauf WE	p=0,734			
Quotidien vs quotidien sauf WE	p=0,923			

**Annexe 6 : Tableau 4. Analyse comparative des trois groupes**

## **Annexe 7 : Codes diagnostic CIM10, données issues du PMSI**

### **Critères de sélection :**

*X40 - Intoxication accidentelle par des analgésiques, antipyrétiques et antirhumatismaux, non opiacés et exposition à ces produits ;*

*X41 - Intoxication accidentelle par des antiépileptiques, sédatifs, hypnotiques, antiparkinsoniens et psychotropes et exposition à ces produits, non classés ailleurs ;*

*X42 - Intoxication accidentelle par des narcotiques et psychodysléptiques [hallucinogènes] et exposition à ces produits, non classés ailleurs ;*

*X43 - Intoxication accidentelle par d'autres substances pharmacologiques agissant sur le système nerveux autonome et exposition à ces substances*

*X44 - Intoxication accidentelle par des médicaments et substances biologiques et exposition à ces produits, autres et sans précision ;*

*X60 - Auto-intoxication par des analgésiques, antipyrétiques et antirhumatismaux non opiacés et exposition à ces produits ;*

*X61 - Auto-intoxication par des antiépileptiques, sédatifs, hypnotiques, antiparkinsoniens et psychotropes et exposition à ces produits, non classés ailleurs ;*

*X62 - Auto-intoxication par des narcotiques et psychodysléptiques [hallucinogènes] et exposition à ces produits, non classés ailleurs ;*

*X63 - Auto-intoxication par d'autres substances pharmacologiques agissant sur le système nerveux autonome et exposition à ces produits ;*

*X64 - Auto-intoxication par des médicaments et substances biologiques et exposition à ces produits, autres et sans précision ;*

**AUTEURE : Nom : GILLIERS**

**Prénom : Chloé**

**Date de soutenance : 15/05/2025**

**Titre de la thèse : Modalités de prescription et intoxications médicamenteuses en prison, étude rétrospective dans les centres pénitentiaires lillois.**

**Thèse - Médecine - Lille 2025**

**Cadre de classement :** *Médecine générale*

**DES + FST/option :** *Médecine générale*

**Mots-clés :** Médecine pénitentiaire, intoxications médicamenteuses, prescriptions, éducation du patient.

**Résumé :**

**Contexte :**

Dans une population carcérale marquée par la précarité, en constante augmentation, et vieillissante, plus de 30% des personnes détenues nécessitent un suivi et un traitement chronique. Ces patients étant exposés au mésusage et aux intoxications médicamenteuses, la problématique de la délivrance des traitements et ses contraintes, est un sujet récurrent en détention.

**Objectif :**

Dans une optique de responsabilisation, d'autonomisation des patients, et d'amélioration des modalités de prescription, nous avons comparé la survenue d'intoxications médicamenteuses chez les patients en délivrance hebdomadaire, quotidienne et quotidienne sauf week-end. L'objectif étant de montrer que la délivrance hebdomadaire est une alternative restant sécuritaire pour les patients incarcérés.

**Méthode :**

Sur 2023, nous avons mené une étude descriptive, rétrospective et bi-centrique, avec un recueil de données multi sources : données du PMSI et données de la réponse toxicologique urgente du centre anti poison. Nous avons analysé les dossiers médicaux des patients ayant présenté une intoxication médicamenteuse volontaire ou involontaire, et leur mode de dispensation. Les caractéristiques des patients et la survenue d'une récurrence ont été évaluées

**Résultats :**

Au total, 55 patients ont présenté au moins une intoxication médicamenteuse en 2023 (1,48% des personnes détenues), et nous retrouvons 94 intoxications sur l'année. Ces intoxications étaient volontaires dans 86% des cas, souvent de faible gravité, et concernaient un traitement chronique chez 50 patients. La proportion d'intoxications médicamenteuses était significativement moins élevée dans le groupe « hebdomadaire » que dans le groupe « quotidien » ( $p < 0,001$ ) OR0,24 [0,12-0,47]. Les groupes comparés ne présentaient pas de différence significative sur les antécédents somatiques, psychiatriques et d'intoxications médicamenteuses. Le taux de récurrence était significativement plus faible dans le groupe « hebdomadaire » comparé au groupe « quotidien » ( $p < 0,001$ ).

**Conclusion :**

Les résultats suggèrent que la prescription hebdomadaire semble être une alternative sécuritaire encourageant la responsabilisation et l'autonomie pour la majorité des patients détenus. La prescription quotidienne n'est pas à exclure de notre pratique, mais plutôt à utiliser de manière ciblée. Une distribution quotidienne, personnalisée, effectuée par un binôme infirmier travaillant sur l'éducation pourrait être bénéfique pour les plus vulnérables.

**Composition du Jury :**

**Président :** Monsieur le Professeur Valéry HEDOUIN

**Assesseurs :** Madame le Docteur Sabine BAYEN, Monsieur le Docteur Ramy AZZOUZ

**Directeur de thèse :** Madame le Docteur Perrine HEROGUEL