



Thèse

2004

Public access

This version of the publication is provided by the author(s) and made available in accordance with the copyright holder(s).

---

Prescription médicamenteuse non psychotrope à la prison préventive de  
Champ-Dollon en 1997

---

Bindschedler, Marc

**How to cite**

BINDSCHEDLER, Marc. Prescription médicamenteuse non psychotrope à la prison préventive de Champ-Dollon en 1997. Doctoral Thesis, 2004. doi: 10.13097/archive-ouverte/unige:226

This publication URL: <https://archive-ouverte.unige.ch/unige:226>

Publication DOI: [10.13097/archive-ouverte/unige:226](https://doi.org/10.13097/archive-ouverte/unige:226)

© This document is protected by copyright. Please refer to copyright holder(s) for terms of use.

Last deposit update in Archive ouverte UNIGE on 13.08.2025 09:28

UNIVERSITÉ DE GENÈVE

FACULTÉ DE MÉDECINE  
Section de médecine clinique  
Département de santé et médecine  
communautaires  
Institut universitaire de médecine légale

Thèse préparée sous la direction du professeur Timothy-W. Harding

---

**PRESCRIPTION MÉDICAMENTEUSE NON PSYCHOTROPE  
À LA PRISON PRÉVENTIVE DE CHAMP-DOLLON EN 1997**

**Thèse**

Présentée à la Faculté de Médecine  
de l'Université de Genève  
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

**Marc BINDSCHIEDLER**

de  
Genève

Thèse n° 10356

Genève  
2004

## REMERCIEMENTS

Mes cordiaux remerciements vont

- à la Dresse Bernice Elger pour sa patience, sa rigueur scientifique, et ses innombrables conseils et idées tout au long de ce travail;
- à la Dresse Catherine Ritter pour les explications qu'elle m'a données concernant le service médical de la prison de Champ-Dollon;
- à l'équipe infirmière de Champ-Dollon pour m'avoir longuement et attentivement présenté le fonctionnement de leur équipe;
- au directeur de la prison de Champ-Dollon, M. Franziskakis, pour m'avoir expliqué le fonctionnement de la prison et m'en avoir présenté les locaux;
- à la Dresse Elisabeth Delaporte et au Dr Patrick Bovier pour m'avoir accompagné sur SPSS.

## Résumé

Durant trois semaines, nous avons analysé la prescription médicamenteuse de 179 détenus, dont 77,9% d'étrangers, 87% d'hommes, avec une moyenne d'âge de 34 ans ( $33,9 \pm 11,3$ ).

90,5% des patients ressortent de la première consultation avec une prescription de médicaments. Les médicaments les plus prescrits sont les analgésiques, sans pour autant être excessivement représentés par rapport aux prescriptions du monde libre. La prescription des psychotropes, bien que quantitativement très importante, a déjà été analysée ailleurs, et n'est pas reprise dans notre étude.

Notre étude démontre que le principe d'équivalence, édicté par le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines et traitements inhumains ou dégradants, qui vise à

garantir des soins de qualité égale aux détenus et aux personnes libres, semble respecté en ce qui concerne la prescription médicamenteuse à l'égard de la quantité, des indications et des formes galéniques.

## Table des matières

	<u>Pages</u>
Résumé	
Remerciements	
1. Introduction	<b>1-3</b>
2. Objectifs	<b>4</b>
3. La prescription médicamenteuse comme objet d'étude dans la littérature médicale	<b>5-9</b>
4. Le projet KAP à la prison de Champ-Dollon	<b>10-12</b>
5. Description de la prison préventive de Champ-Dollon	<b>13-14</b>
6. Caractéristiques de la population des détenus de Champ-Dollon	<b>15</b>
7. Le service médical de Champ-Dollon	<b>16-17</b>
8. Administration des médicaments à Champ-Dollon	<b>18-19</b>
9. La polyclinique de médecine de l'hôpital cantonal de Genève	<b>20</b>
10. Caractéristiques socio-démographiques des patients de la polyclinique de médecine de l'hôpital cantonal de Genève	<b>21</b>
11. Caractéristiques socio-démographiques des patients de la prison de	

Champ-Dollon	22-24
12. Résultats	25-47
13. Discussion	48-59
14. Conclusion	60-62
Bibliographie	60-66

## 1. Introduction

Les soins médicaux au sein d'un établissement pénitentiaire constituent un problème depuis la création de ces mêmes établissements. Louis-André Gosse (1791-1873), médecin genevois, écrit "Examen médical et philosophique du système pénitentiaire" en 1837, soit douze ans après l'ouverture du premier pénitencier à Genève (2). Dans un ouvrage à mi-chemin entre les explications biologique et environnementale des comportements délictueux, il expose ses recommandations, basées sur des considérations médicales, pour des conditions de détention propres à la "régénération" du détenu. Loin de remettre en cause le système pénitentiaire, il milite néanmoins pour un isolement relatif, c'est-à-dire uniquement nocturne, pour la possibilité d'exercer une activité rémunérée, et pour des conditions d'hygiène, au sens large du terme, décentes. Il recommande aussi la création d'un quartier criminel dans les hospices d'aliénés, idée qui sera concrétisée en 1988 avec l'entrée en fonction d'un quartier carcéral psychiatrique à la clinique psychiatrique de Belle-Idée (Genève).

Mais le problème des soins médicaux au sein d'un établissement pénitentiaire, pour ancien qu'il soit, n'a attiré jusqu'à il y a peu l'attention que de quelques médecins, de quelques chercheurs, qui osaient s'attaquer à une facette doublement secrète de notre société (prisons et médecine à la fois!).

Si le secret avait été la seule raison de ce manque d'intérêt, sans doute celui-ci aurait-il été moins frappant. Il existe à vrai dire plusieurs autres raisons: la notion dans bien des esprits, souvent non-exprimée (7), que les détenus n'ont pas à faire valoir le droit à une médecine

dont la qualité équivaldrait à celle des citoyens libres, qu'une médecine "au rabais" fait en définitive partie de la peine; le fait aussi que la médecine pénitentiaire est à cheval entre deux systèmes sociaux majeurs, celui de la justice et celui de la santé (3), et que ces deux systèmes se sont longtemps rejeté la responsabilité en la matière; le fait encore que l'on a longtemps, et à tort se rend-on de plus en plus compte, considéré la prison comme un endroit clos et statique, limitant ainsi automatiquement la propagation des maladies contagieuses.

Or, le flux de détenus transitant par une prison en une année, la promiscuité et les risques de mauvaise hygiène dans les cellules et les locaux communs, la provenance sociale d'une proportion importante de détenus (milieu défavorisé ou de la toxicomanie) sont autant de conditions favorisant le développement et la transmission de maladies (4, 5, 8). Ce constat inquiétant est certes à nuancer dans notre pays, où le surpeuplement et les piètres conditions d'accès aux mesures d'hygiène se font ressentir de façon beaucoup moins aiguë qu'ailleurs. En France, une étude effectuée entre 1997 et 1983 arrivait même à la conclusion rassurante que la mortalité, toutes causes confondues (sauf les causes externes), était inférieure dans la population masculine des prisonniers par rapport à la population libre du même âge. Les auteurs attribuaient cet effet bénéfique de l'incarcération entre autres au sevrage de toxiques tels que le tabac, l'alcool et les drogues dures (60).

Une autre raison qui vient s'ajouter à la liste est que la réputation qui entoure la prison et les prisonniers s'étend à toute personne entrant en relation avec le milieu carcéral. Ainsi la profession médicale elle-même considère-t-elle les médecins de prison comme une catégorie à part, de par les relations complexes et dérangeantes qui s'établissent entre les problèmes de santé, la marginalité, la délinquance, voire la déviance (6). Un corollaire frappant de cette dernière assertion est l'inégalité de salaire qui existe, par exemple en France, entre un médecin de prison et un médecin "hors-murs" (7).

Les cent cinquante dernières années de médecine pénitentiaire n'ont donc été marquées que par la pensée de quelques-uns, qui voyaient en la question l'un des défis majeurs posé par l'organisation de la société, entre médecine, psychiatrie, éthique, recherche, répression et solutions alternatives à la criminalité. L'Organisation mondiale de la santé (ci-après OMS) et les grands journaux médicaux eux-mêmes s'en désintéressaient.

Il a fallu, au début des années 1980, la conjonction de deux facteurs pour que les interpellations des médecins pénitentiaires rencontrent un écho: la surpopulation rapidement

progressive en milieu carcéral (imputable surtout à une criminalisation plus active de la toxicomanie), et l'apparition de l'épidémie de HIV (3).

Cette dernière a mis en évidence de façon criante les faiblesses des réseaux de santé en prison, les Etats-Unis montrant à cet égard les défaillances les plus importantes. Ce constat d'échec qui, pour n'avoir pas été annoncé, n'en était pas moins prévisible, a des conséquences diverses, mais qui vont toutes dans le sens d'un essai d'amélioration de l'efficacité, si ce n'est de la qualité, de la médecine pénitentiaire.

Premièrement, le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) a défini clairement le principe d'équivalence des soins, qui veut que la médecine pénitentiaire offre les mêmes services, en qualité et en quantité, que la médecine destinée aux citoyens libres (59). Deuxièmement, la médecine préventive revêt une importance de plus en plus grande en prison, même si le chemin est encore long pour atteindre la perfection, à l'image de la lutte contre le HIV, dont le dépistage est obligatoire dans certains pays, qui ne garantit pas la confidentialité des résultats et prescrit des mesures d'isolement inutiles et néfastes au patient, cela contrairement aux recommandations de l'OMS (8). Enfin, la littérature médicale accorde une place grandissante à celle qui a longtemps été son parent pauvre, comme en témoigne le nombre toujours croissant de publications concernant la médecine pénitentiaire.

Toutefois, ces publications sont toujours et avant tout motivées par la concentration nouvelle de maladies infectieuses potentiellement curables, et dont la "popularité" est importante, soit du fait de la nouveauté de leur apparition et de la rapidité aussi bien de leur progression que des recherches visant à la contrecarrer (l'on pense bien entendu à l'infection à HIV), soit du fait de leur résurgence sous des formes quelquefois plus virulentes que par le passé (tuberculose). Ces publications ont donc trait aux aspects les plus spectaculaires de la médecine pénitentiaire, et à ceux qui constituent un véritable enjeu de santé publique par les mécanismes que nous avons cités plus haut.

L'optique du présent travail est considérablement plus modeste, et cela pour deux raisons. D'une part, nous ne nous occuperons que du cas spécifique de la prison préventive de Champ-Dollon. Nos conclusions ne sauraient donc aboutir à des généralisations sur la prescription médicale en prison, tant il est vrai qu'il existe des différences très importantes entre les diverses catégories d'établissements pénitentiaires (capacité d'accueil, prison préventive, d'accomplissement des peines de longue durée, de fin de peine, pour mineurs), et entre deux

établissements de même catégorie mais de localisation différente. A titre d'exemple, et sans parler des différences internationales, le service médical pénitentiaire de Champ-Dollon est l'un des rares en Suisse qui soit rattaché à un service universitaire.

Une comparaison de nos résultats avec ceux d'autres études ne sera également guère possible, ce qui nous amène à parler de la deuxième raison. La prescription médicale, bien qu'éminemment importante dans la pratique, n'est pas l'une des facettes les plus spectaculaires de la médecine. Le nombre d'études ou d'articles consacrés à ce sujet est quasiment nul après recherche dans la base de données *Medline* sous les mots-clés "drug, prescription, jail or prison", et ces quelques articles traitent surtout des médicaments psychotropes et des analgésiques (37).

S'il est vrai que ces deux groupes de médicaments sont les plus demandés et les plus prescrits derrière les barreaux, qu'en est-il des médicaments somatiques? Le médecin de prison a en effet à traiter une population dont le taux de morbidité est plus élevé que celui de la population générale du même âge (9). Le tabagisme (qui touche 66% de la population carcérale), l'alcoolisme (20%), la pauvreté qui engendre une alimentation déséquilibrée et souvent constitue une entrave au recours aux réseaux de santé, le faible niveau d'éducation qui ne permet pas d'accéder à des mesures préventives d'hygiène de vie, le stress, tous ces facteurs concourent à faire de la population carcérale une population malade bien avant l'incarcération.

Mais avoir à faire à des patients malades signifie-t-il obligatoirement les traiter? Derrière cette formulation provocatrice se cachent les interrogations suivantes: le médecin de prison, souvent aux prises avec l'urgence, avec des problèmes peu communs et potentiellement graves auxquels son cursus ne l'a pas forcément préparé (*body-pack syndromes*, automutilations, grèves de la faim), avec les demandes incessantes et pressantes de médicaments psychotropes, de certificats médicaux dans le but d'obtenir une relaxation ou un traitement de faveur (9), aux prises encore avec des patients présentant de graves troubles psychiques (psychopathies préexistantes, dépressions réactionnelles [10]), contraint de parer au plus pressé et au plus grave (ce d'autant plus que les séjours à la prison de Champ-Dollon sont souvent courts et qu'un suivi est souvent impossible)... ce médecin peut-il garder le temps, ou la disponibilité d'esprit, de s'occuper de problèmes de santé qui, pour être invalidants, n'en sont pas moins préexistants à l'incarcération, et parfois de longue date (dyspepsie, céphalées, douleurs diverses plus ou moins psychosomatiques, mauvaise

dentition)? Peut-il faire de son cabinet un endroit de prévention primaire ou secondaire (diabète, hypertension artérielle, dyslipidémie, maladie coronarienne)? Et parvient-il à essayer d'enrayer les épidémies (HIV, tuberculose, hépatite B)?

L'intention du présent travail n'est pas de répondre à ces questions, mais de constituer un premier pas d'analyse de terrain, pour servir à des comparaisons ultérieures et déclencher une réflexion sur une base plus solide que des impressions intuitives. Nous avons analysé les données d'une étude (KAP) portant sur la récolte de toutes les prescriptions médicamenteuses pendant trois semaines à la prison de Champ-Dollon (les médicaments psychotropes ayant fait l'objet d'une étude à part, nous ne les avons pas inclus dans notre analyse), étude qui fut menée en parallèle à la polyclinique de médecine de l'hôpital cantonal universitaire de Genève (11). Nous disposerons ainsi d'un point de comparaison pour l'analyse de nos résultats.

## 2. Objectifs

L'objectif général de la présente étude est de décrire les caractéristiques de la prescription médicamenteuse non psychotrope dans le cadre de la consultation médicale à la prison de Champ-Dollon.

Les objectifs plus spécifiques sont les suivants:

1. classer les diagnostics les plus fréquents en détention;
2. analyser la prescription médicamenteuse;
3. évaluer si le type de consultation, l'âge du patient, le sexe du médecin, le sexe du patient, la nationalité et l'état civil du patient influent sur le nombre de médicaments prescrits;
4. définir quels sont les médicaments les plus fréquemment prescrits;
5. commenter la prescription de certains médicaments en particulier;
6. décrire les caractéristiques socio-démographiques des patients du service médical à la prison de Champ-Dollon;
7. établir une comparaison entre la prescription de médicaments à la prison de Champ-Dollon et la policlinique de médecine de l'hôpital cantonal de Genève;
8. examiner les prescriptions médicamenteuses de ces deux établissements, afin de déterminer si le principe d'équivalence est respecté;
9. constituer une base de données en vue d'études semblables ultérieures, afin d'observer l'évolution de la prescription médicamenteuse en prison.

### 3. La prescription médicamenteuse comme objet d'étude dans la littérature médicale

La prescription médicamenteuse a fait l'objet de nombreuses études à travers le monde. Il s'agit d'un acte extrêmement fréquent dans la pratique médicale: en France, par exemple, 83% des consultations de médecine générale se soldent par la prescription d'une ordonnance (15).

Le but de ce chapitre est de présenter les divers angles sous lesquels la prescription médicamenteuse est le plus souvent étudiée, ainsi que la littérature concernant la prescription médicamenteuse en milieu carcéral.

Les études publiées et répertoriées dans la base de données Medline (*Pubmed*) sous les mots-clés "prescriptions AND ambulatory care" sont au nombre de quelques centaines. Elles font appel à différentes méthodes telles que des interviews à domicile, l'analyse des ordonnances (soit au niveau des pharmacies, soit au niveau des dossiers médicaux eux-mêmes), ou l'analyse de données issues d'assurances. Les buts visés sont également très divers, et nous nous proposons ici d'énumérer les plus courants. Nous donnons en référence quelques articles représentatifs pour chaque cas de figure.

L'une des questions les plus fréquemment abordées est celle des coûts engendrés par la prescription médicamenteuse. Ces coûts sont en effet un sujet de préoccupation pour la plupart des pays industrialisés, dans la mesure où ils occupent une place importante dans le budget de la santé, et cela de façon grandissante. Le but de ces études est donc d'établir la description détaillée du profil des prescriptions médicamenteuses d'un pays ou d'une région afin de permettre ultérieurement de mettre en évidence des possibilités de les réduire (15, 16). Très souvent intriquées avec le problème financier, se retrouvent également les études qui se proposent d'analyser systématiquement la prescription médicamenteuse afin de vérifier si elle suit les recommandations des *guidelines* officielles. Le plus souvent, une seule classe de médicaments est analysée en fonction d'un diagnostic courant. Il est intéressant de noter au passage que la plupart de ces études concluent à un non-respect des *guidelines* de la part des médecins ainsi indirectement examinés (18, 19, 20).

Une autre préoccupation de certains auteurs est de savoir si, pour une même affection, des disparités de traitement peuvent être mises en évidence en fonction de différents facteurs. Parmi ces facteurs, on citera l'âge du patient (21), le sexe du patient (22), la grossesse (23) ou l'appartenance ethnique du patient (24, 25).

Un autre point de vue encore est d'analyser la prescription médicamenteuse afin d'y déceler des erreurs, sous forme d'associations contre-indiquées, de médicaments inefficaces pour l'affection en cause, ou surdosés (26). Certains auteurs se sont également intéressés à la lisibilité des ordonnances et parviennent à un taux d'illisibilité de 4,5% (27).

Plusieurs études s'attachent au problème de santé publique que représentent l'utilisation excessive des antibiotiques et le développement subséquent de souches de bactéries résistantes. Le propos de ces études est de définir si la prescription d'antibiotiques suit les critères cliniques généralement reconnus justifiant un tel traitement (28, 29).

On a également tenté d'évaluer l'observance thérapeutique à partir de la prescription médicamenteuse. Une étude a consisté par exemple à chiffrer le nombre de prescriptions non réclamées dans les pharmacies. Les auteurs reconnaissent toutefois que des imprécisions importantes ont pu se glisser dans leur étude, et on peut ajouter de surcroît que le fait que le patient aille chercher son traitement dans une pharmacie n'est de loin pas une garantie qu'il le prendra de façon adéquate (30).

Par l'analyse de la prescription médicamenteuse, on a également pu mettre en évidence des différences entre généralistes et spécialistes dans la façon de traiter une même affection (31, 32, 33).

Certaines études, se plaçant davantage du point de vue du patient, ont essayé d'évaluer si la prescription médicamenteuse correspondait à l'attente de ce dernier ou pouvait être remplacée, dans la mesure du possible évidemment, par une explication rassurante ou des médicaments de soutien ne nécessitant pas nécessairement une ordonnance médicale (34, 35).

Enfin, avec le développement de l'outil informatique, se multiplient les études définissant quels programmes pourraient s'avérer les plus utiles pour éviter des erreurs de prescription (36).

La prescription médicamenteuse en prison n'a quant à elle pas donné lieu à de nombreuses études. La plupart des auteurs qui se sont intéressés à ce sujet n'ont traité que le problème des médicaments psychotropes. Nous donnons ci-dessous un aperçu des travaux déjà publiés.

En 1985, Zimmermann et Von Allmen publient une étude concernant la consultation et la prescription médicale à la prison de Champ-Dollon (37). Le but de cette étude, qui englobe 208 patients, est de savoir si la détention a pour effet une consommation médicale et médicamenteuse plus importante qu'en liberté, si la demande de soins en prison est une suite continue de la demande de soins en liberté, ou si des facteurs tels que la toxicomanie, le récidivisme pénal ou certains traits de la personnalité peuvent influencer la prise en charge médicale.

Les résultats montrent que la moitié des détenus ont bénéficié le jour même de leur arrivée à Champ-Dollon d'un geste médical, qu'au dixième jour seul un cinquième des détenus n'ont pas encore été vus par le service médical, et qu'après trois semaines seule une infime minorité seront encore dans ce cas. Notons cependant qu'un nombre relativement élevé de détenus quitte la prison dans les premiers jours sans prescription médicale. Dans l'ensemble, 89% des détenus ont bénéficié au cours de leur détention d'une prescription médicamenteuse. Le détail de cette prescription, dans laquelle prédominent somnifères et tranquillisants, sera repris lors de l'analyse de nos propres résultats. Concernant la "cinétique" de la prescription, les auteurs relèvent qu'une fois prescrits, les psychotropes "restent un acquis durant la majeure partie du séjour en prison", mais que la consommation de somnifères tend à diminuer après les quatre premières semaines d'incarcération. Ils concluent que les habitudes médicamenteuses acquises en liberté, les antécédents relatifs à la santé mentale tels que des traits névrotiques, ainsi que la toxicomanie et le récidivisme pénal exercent un effet marqué sur la consommation de médicaments en cours de détention, dans un rapport proportionnel.

Un article publié en 1984 a comparé les soins médicaux dispensés en prison et ceux dispensés en liberté (38). Les auteurs ont étudié la prison anglaise de Bedford dont la population moyenne est de 330 personnes. Si le nombre de consultations en prison est plus élevé qu'en ville, cela tient, selon les auteurs, au fait qu'une simple demande de médicaments disponibles sans ordonnance en liberté doit passer en prison par une consultation médicale. Pour le reste, la proportion de consultations se soldant par une prescription en prison est plus basse (60%) qu'en liberté (91%). Le nombre total de médicaments prescrits est donc plus faible en prison, différence que l'on retrouve également au niveau des psychotropes, benzodiazépines comprises. Cette dernière conclusion, étonnante par le fait qu'elle va à l'encontre de nombreuses études et idées reçues, pourrait s'expliquer par le fait que la prison de Bedford est un établissement d'exécution de peine où les séjours ont donc une durée définie, à la

différence d'une prison préventive comme Champ-Dollon, où le stress de la nouveauté ainsi que l'incertitude de la peine motivent une prescription de psychotropes plus importante que dans la population libre (58).

Notons aussi que la politique d'une prison ou de son service médical peut exercer une influence considérable sur la quantité de médicaments délivrés: une étude sur la qualité des soins en milieu carcéral menée en 1997 dans 19 prisons anglaises (39) a montré que, dans certaines prisons, deux tiers de la population recevait régulièrement des benzodiazépines ou des somnifères, alors que dans six autres prisons, aucun détenu n'en recevait, excepté les patients en cours de sevrage de ces substances ou en cours de sevrage alcoolique.

Une étude menée en 1986 dans l'état de New York sur 3'637 détenus (40) a cherché à savoir si la prescription de psychotropes en prison pouvait, comme elle l'est fréquemment, être assimilée à une camisole chimique à visée de contrôle plutôt que de traitement, ou si elle reposait sur des critères médicaux. Ses conclusions se veulent rassurantes en ce sens que les prescriptions sont motivées avant tout par des troubles psychiatriques mesurés en termes de degré de dépression, symptomatologie manifeste, agressivité ou antécédents d'hospitalisations psychiatriques.

Ces résultats sont toutefois à nuancer en regard de la difficulté qui existe à poser un diagnostic de dépression en milieu carcéral (10). D'après cet autre article, en effet, la plupart des diagnostics de "dépression" seraient plutôt à classer dans un groupe de "symptômes dépressifs très variables et souvent associés à une angoisse plus importante" s'inscrivant dans le cadre d'"états réactionnels" qui sont parfois regroupés sous l'étiquette peu satisfaisante de "réactions carcérales".

L'auteur tente de distribuer ces réactions en quatre catégories: a) réaction à l'incarcération; b) réaction conflictuelle; c) réaction de type bilan existentiel; d) réaction de décompensation aiguë. Les symptômes dépressifs prédominent dans les réactions de type bilan existentiel.

L'auteur, en se basant sur des données de 1982 récoltées à la prison de Champ-Dollon, définit encore deux groupes où la prescription de psychotropes est de 90% environ: les toxicomanes et les femmes. Postulant que le taux de "maladie mentale" dans ces deux groupes n'est pas aussi élevé que la prescription de psychotropes pourrait le laisser croire, l'auteur identifie trois mécanismes qui peuvent conduire le médecin de prison à prescrire des psychotropes en l'absence d'une indication médicale au sens strict. Il s'agit premièrement d'une intention de tranquilliser le patient "prophylactiquement", deuxièmement d'une demande des détenus eux-

mêmes d'être tranquilisés, troisièmement du fait que "chez les toxicomanes privés de leur drogue habituelle, n'importe quel psychotrope acquiert une valeur toxicologique, ce qui les pousse à réclamer tranquilisants, antidépresseurs, anorexigènes, somnifères et analgésiques".

Un ouvrage sur la prescription de psychotropes dans les prisons françaises apporte une vision très nuancée et détaillée du problème (41). Nous en citerons les conclusions générales suivantes: il existe une disproportion hommes-femmes (ces dernières recevant plus de psychotropes que les hommes), une plus grande consommation de psychotropes dans les prisons préventives par rapport aux prisons d'accomplissement de peine, et un rapport inversement proportionnel entre la pratique d'un sport ou le fait de travailler et la consommation de psychotropes.

Les toxicomanes ont depuis longtemps formé un groupe social dont l'incarcération constitue *de facto* un problème médical, de par le sevrage qu'elle occasionne. Un article genevois de 1976 (42) présente les problèmes spécifiques des toxicomanes en prison qui se posent en termes d'une relation triangulaire entre détenus, gardiens et personnel médical. Il donne des indications précises sur les modalités de sevrage à la méthadone, et s'achève sur le constat suivant: "La prison n'a sur le drogué aucun effet thérapeutique mesurable et il existe pour cette catégorie de malades une contradiction entre milieu de détention et milieu thérapeutique".

La prescription de méthadone en milieu pénitentiaire en Suisse a depuis lors fait école et le Rapport sur la méthadone de la Commission fédérale sur les stupéfiants de 1995 (43) estime que 90% des prisons permettaient de poursuivre un traitement de substitution à base de méthadone préalablement entrepris de manière indéfinie.

La relation triangulaire citée plus haut reste toujours problématique: les médecins, tout en protégeant les intérêts du patient, ne doivent pas entrer avec lui dans une relation de complicité contre l'institution pénitentiaire; le patient doit comprendre que le médecin lui offre non seulement une substance lui permettant de passer le cap de l'abstinence forcée de drogue, mais aussi des ouvertures vers des solutions d'abstinence durables, et les gardiens doivent comprendre que le médecin ne fournit pas au service médical la drogue qu'eux-mêmes s'acharnent à traquer dans le reste de l'établissement, et que les détenus sous méthadone peuvent se consacrer plus pleinement aux activités de la prison (43).

Très peu d'études ont été publiées au sujet des médicaments visant à traiter des affections somatiques. Ces derniers ne sont la plupart du temps que mentionnés, par exemple dans le

cadre d'un article qui traite d'une pathologie particulièrement grave ou fréquente en prison, comme le HIV ou la tuberculose. Nous aurons l'occasion d'y revenir lors de la discussion de nos résultats.

En règle générale cependant, l'avis est que "leur emploi est plus simple que les psychotropes et plus directement influencé par la pratique médicale que par la détention" (44). Pourtant, cette simplicité n'est sans doute pas absolue, comme en atteste un article de revue de 1997 (45). Ce dernier étudie à travers différents cas de jurisprudence les situations où la responsabilité civile des autorités et du médecin pénitentiaires peut être impliquée quant à la distribution des médicaments aux détenus.

Ces situations, au nombre de six, sont les suivantes:

- a) traitement antalgique insuffisant pour une blessure ou une maladie grave (l'auteur donne l'exemple de prescription d'antalgiques mineurs pour des fractures osseuses, des douleurs neurogènes ou postopératoires);
- b) diagnostic erroné résultant en un traitement erroné, surtout s'il "existe une preuve solide d'une indifférence patente à l'endroit d'un sérieux besoin médicamenteux d'un détenu" (on donne l'exemple d'un patient souffrant d'une crise d'asthme et ayant reçu comme traitement de cette crise une injection de neuroleptiques, avec comme résultat le décès du patient);
- c) remplacement d'une médication adéquate par une médication inadéquate (l'exemple est donné d'un traitement antiépileptique que le médecin de prison avait refusé de reconduire et avait remplacé par un traitement de son choix, changement qui avait résulté en une augmentation de la fréquence et de la sévérité des crises);
- d) médication administrée en dépit d'une allergie connue à cette médication (on cite l'exemple de gouttes auriculaires, que le médecin avait prescrites malgré les avertissements répétés du patient, et qui ont abouti à un transfert du patient à l'hôpital dans un état grave);
- e) prescription d'une médication contre-indiquée par la situation clinique (l'auteur donne l'exemple d'un patient arrêté en état d'ivresse qui, le jour suivant son incarcération, fait une chute avec traumatisme crânien. Malgré la surveillance recommandée par l'hôpital où le patient a été envoyé, et de nouvelles chutes, un médecin de prison prescrit par téléphone et à trois reprises des sédatifs. Le patient décède dix jours plus tard);
- f) le dernier point correspond plus à une spécificité américaine et fait référence à la fourniture de médicaments inappropriés par un organisme non-étatique.

Si la responsabilité civile d'un établissement pénitentiaire peut être engagée, et pas seulement la responsabilité du médecin en cause, c'est parce qu'en privant un individu de sa liberté, et par conséquent du libre choix de son médecin et de son recours aux soins, l'Etat s'engage à lui fournir des soins d'une qualité équivalente à ceux qu'il pourrait obtenir en liberté. L'auteur ajoute que le coût des médicaments en prison, qui s'élève à 97 millions de dollars par an aux Etats-Unis et s'accroît plus rapidement que tous les autres coûts pénitentiaires, ne peut en aucun cas servir d'argument pour fournir des médicaments inefficaces pour des raisons budgétaires.

En conclusion, si les psychotropes font l'objet d'une grande attention de la part des professionnels de la santé en prison, les médicaments somatiques ne doivent pas être oubliés.

Dans plusieurs des études citées ci-dessus, les auteurs décrivent les modalités pratiques de la distribution des médicaments. Sans entrer dans les détails, relevons que la distribution de médicaments par les surveillants se pratique encore couramment dans certains pays, que les médicaments sont très souvent distribués dilués, et à une heure de la journée inadéquate (tourné de somnifères à 17h30, que les détenus sont obligés d'avaler sous surveillance).

Au terme de cette rapide revue de la littérature médicale concernant la prescription médicamenteuse, il convient de définir de quelle optique se rapprochera notre étude. Les buts visés sont avant tout descriptifs puis comparatifs. Nous utiliserons pour cela une étude identique à la nôtre dans sa technique mais pratiquée à la policlinique médicale de l'hôpital cantonal de Genève, ainsi que différents articles faisant état de la prescription de certaines classes de médicaments dans le monde libre et, dans les cas où ils y sont disponibles, en prison. Notre description, pondérée par les diagnostics relatifs, permettra de savoir si les *guidelines* officielles sont respectées en prison. Elle permettra aussi de détecter d'éventuelles lacunes dans les mesures préventives que l'on peut être amené à envisager de manière courante au sein de la population carcérale.

#### 4. Le projet KAP à la prison de Champ-Dollon

Le projet KAP (kit d'autoévaluation de la prescription) se base sur un questionnaire évalué déjà à plusieurs reprises au cours des années précédentes à la policlinique de médecine de l'hôpital cantonal de Genève (ci-après PMG).

Durant 3 semaines (de fin mai à début juin 1997), toutes les prescriptions médicamenteuses sont répertoriées à Champ-Dollon et à la PMG sur des formulaires préimprimés (dont un exemplaire figure en page suivante) lors de chaque consultation médicale, qu'il s'agisse d'un traitement nouvellement prescrit ou reconduit.

Les formulaires sont directement remplis par le médecin prescripteur. Ils contiennent les rubriques suivantes: nom du médicament, dosage, forme galénique, posologie et quantité totale à administrer. Cette dernière est calculée par le prescripteur selon la date d'arrêt prévue du médicament. Les médications non-stop (traitement de durée indéterminée) sont indiquées comme telles. Figure également sur les formulaires une rubrique indiquant le diagnostic principal motivant le traitement en question, le nom du médecin prescripteur, le lieu, la date de la consultation et le degré d'urgence de la consultation, "garde sur place" signifiant que la consultation a été effectuée "en urgence", le jour même de la demande du détenu ou du rapport de symptômes aigus par les gardiens ou l'équipe infirmière.

Un consentement oral (après une information sur les modalités de l'étude et le droit du détenu de refuser la participation sans aucune conséquence pour lui) est documenté dans le dossier du patient à la prison. Notons que sur le questionnaire ne figure pas le nom du détenu, mais seulement ses initiales, sa date de naissance, son sexe, sa nationalité et son état civil.

Cette récolte systématique fournit une base de données qui permettra premièrement de se faire une idée précise de la prescription médicamenteuse en milieu carcéral, en termes de qualité comme en termes de quantité, deuxièmement d'établir une comparaison avec la prescription à la PMG, après ajustement selon l'âge des patients, les diagnostics et éventuellement d'autres différences comme le sexe, la nationalité et l'état civil, et troisièmement de présenter un "état des lieux" de l'une des activités médicales de la prison de Champ-Dollon qui pourrait s'avérer utile comme point de comparaison pour d'éventuelles études analogues ultérieures.

# Projet KAP (kit d'autoévaluation de la prescription)

Collecte du 14 mai au 6 juin 1997

## Instructions:

Remplissez les renseignements relatifs au patient et à la consultation. En vous servant de l'exemple fourni, inscrivez ci-dessous **toute la médication en cours**. Si un médicament est prescrit de manière continue, inscrivez NS (Non Stop) dans la case "Quantité totale prescrite". Si votre patient reçoit plus de 7 médicaments, utilisez un second formulaire. Si aucun médicament n'est en cours ni prescrit, complétez quand même le formulaire.



Nom du médecin: .....

Quartier: .....

Date de consultation: .....

Nationalité: .....

Consultation:  Sur rendez-vous  Garde sur place  Domicile Etat civil:  Célibataire  En couple  Séparé  Veuf  
ou marié ou divorcé

N°	Nom de marque	Dosage	Forme galénique	Fois par	Prise régulière	En réserve	Nouveau médicament?	Quantité totale prescrite	Principal diagnostic associé
----	---------------	--------	-----------------	----------	-----------------	------------	---------------------	---------------------------	------------------------------

				jour			Oui	Non		
0	Ex: Augmentin	625 mg	1 cp	3	√		√		30	Pneumonie

Les données sont récoltées pendant trois semaines, à chaque consultation, si bien qu'un patient qui a été vu plusieurs fois durant ce laps de temps figurera autant de fois dans l'étude.

Pour deux raisons exposées ci-dessous, nous avons choisi de limiter notre étude à la prescription médicamenteuse de la première consultation. Premièrement, l'étude analogue réalisée à la PMG, et qui nous servira de point principal de comparaison, ne s'est également occupée que de la première prescription pour chaque patient. Deuxièmement, et c'est là l'argument majeur, le risque serait grand, si l'on tenait compte des consultations suivant la première, d'introduire un biais par surreprésentation artificielle d'un médicament qui ne serait que reconduit.

Si l'on analyse en effet les prescriptions médicamenteuses des deuxièmes consultations et des consultations ultérieures des 56 patients qui ont bénéficié de plus d'une consultation durant la période de l'étude, on se rend compte que 30 patients (54%) ont vu leur traitement reconduit sans changement, ou réduit d'un ou plusieurs médicaments ou encore n'ont pas eu de prescriptions lors des consultations suivant la première.

Par ailleurs, 3 patients (5%) ont vu le premier médicament être substitué par un médicament de la même classe (2 anti-inflammatoires non stéroïdiens et 1 laxatif), et que 23 patients (41%) ont reçu en ajout un ou plusieurs médicaments d'une autre classe (11 patients ont reçu un traitement dermatologique, 5 patients ont reçu un somnifère, 4 ont reçu un anti-inflammatoire non-stéroïdien, 2 un médicament contre le rhume, 2 un traitement antiallergique, 2 un myorelaxant, 2 un laxatif, 1 un antalgique topique, 1 un anti-ulcéreux, 1 un antidiarrhéique, 1 un collyre simple, 1 un antihémorroïdaire et 1 un antalgique opioïde).

Dans quelques situations précises toutefois, et qui seront dûment mentionnées, nous nous servirons des consultations suivant la première pour tenter de mieux cerner le profil de la prescription d'un des médicaments étudiés.

Les tests statistiques ont été réalisés au moyen du logiciel SPSS (Statistical Package for the Social Sciences). Nous avons analysé séparément le nombre total de prescriptions et le pourcentage de patients qui ont reçu différentes sortes de médicaments. Pour les comparaisons entre des variables à intervalle (comme l'âge ou le nombre de consultations concernant les deux sites [PMG vs prison]), nous avons utilisé des t-tests pour échantillons indépendants. Pour comparer des variables dichotomiques, nous avons utilisé le test de chi carré. Les différences ont été considérées comme significatives si  $p \leq 0,05$ . Le logiciel SPSS étant

suffisamment puissant pour que cela reste mathématiquement correct, nous avons indiqué les valeurs de  $p$  exactes.

## 5. Description de la prison préventive de Champ-Dollon

La prison de Champ-Dollon, inaugurée en 1977, a pris le relais du pénitencier de Saint-Antoine, jugé peu sûr, insalubre et de trop faible capacité d'accueil. A l'inverse de la prison de Saint-Antoine qui était située au coeur de la vieille ville genevoise, la prison de Champ-Dollon a été construite en pleine campagne, dans un espace de verdure à l'écart de tout endroit de passage. A moins donc de s'y rendre expressément, il est rare que la population l'aperçoive.

Le mur d'enceinte en béton nu, sans fil de fer barbelé ou électrifié ni autre obstacle supplémentaire, est d'une hauteur de 7 mètres et comprend une porte unique, monumentale, coulissante que, pour l'anecdote, l'artiste mandaté a exécuté en barreaux couleur rouille censés représenter les fanons d'une gueule de baleine.

Les bâtiments à l'intérieur du mur sont regroupés en un bloc comprenant l'administration, un autre contenant les cellules proprement dites et un dernier où se situent les ateliers. Les matériaux utilisés sont le métal, le verre et le béton, avec une nette prépondérance de ce dernier. C'est à cause de cet aspect bétonné et austère que la prison de Champ-Dollon a suscité peu après son inauguration une vague de mécontentement, aussi bien parmi les détenus, dont certains avaient organisé des émeutes, que dans la presse qui la qualifiait d'inhumaine. Paradoxalement, des voix se sont aussi élevées dans la population libre pour protester contre ce qui ressemblait à une prison "de luxe", souvent comparée à un hôpital ou à un hôtel.

En 23 ans d'existence, les lieux se sont humanisés avec la réalisation de peintures murales, l'ajout de quelques plantes vertes dans les couloirs et l'adoption de mesures telles que la possibilité de prendre ses repas en commun dans les couloirs. La prison dispose d'un terrain engazonné non couvert pour la promenade et le football et d'une salle de gymnastique couverte.

La capacité d'accueil théorique est de 270 personnes. Depuis 1984, la population carcérale est cependant plus élevée, exception faite de 1995, 1996 et 1997. Lorsque le nombre de détenus dépasse le maximum prévu, on ajoute des lits dans les cellules, qui passent alors du statut de cellule individuelle à celui de cellule à deux. Pour les hommes, on compte 127

cellules à 1 place de 12 m<sup>2</sup>, 34 cellules à 3 places de 25 m<sup>2</sup>, et 3 cellules à 5 places de 38 m<sup>2</sup>. Pour les femmes, on compte 14 cellules individuelles, et 4 cellules à 3 places.

Chaque cellule comporte des toilettes avec une porte mettant à l'abri des regards, et un lavabo. Des barreaux existent sur un tiers de la surface de la fenêtre, que l'on peut donc ouvrir pour l'aération, les deux tiers restants étant constitués d'une vitre blindée.

Il n'y a pas d'extinction des feux, les détenus peuvent donc bénéficier toute la nuit de l'électricité s'ils le désirent. Les postes de télévision et de radio ainsi que les lecteurs audios sont autorisés. Les détenus bénéficient d'une heure de promenade par jour, peuvent faire du sport en salle deux heures par semaine et du culturisme un jour sur deux. S'ils le désirent, et sur leur demande seulement, les détenus hommes peuvent s'inscrire à différentes activités, de la reliure à la cuisine en passant par la déconstruction d'appareils informatiques. Les femmes peuvent profiter d'ateliers proposant des activités artistiques créatrices. Pour cinq heures et demie de travail par jour, un détenu touche 17 FS. L'attente entre l'inscription à l'atelier et la participation effective peut être de quelques semaines selon le nombre de demandes à traiter.

Les repas sont servis chauds, sur des plateaux véhiculés dans des chariots identiques à ceux d'un hôpital. Un service de prêt de livres est organisé. En plus de la visite d'aumôniers, les détenus ont la possibilité d'assister à une cérémonie religieuse une fois par semaine, chrétienne ou musulmane. A l'entrée dans la prison, chaque détenu reçoit un set comprenant entre autres une brosse à dents et de la pâte dentifrice.

Etant donné son statut de prison préventive, la prison de Champ-Dollon n'accorde aucun congé, par opposition aux établissements d'accomplissement des peines.

## 6. Caractéristiques de la population des détenus de Champ-Dollon

La prison de Champ-Dollon étant une prison préventive, la plupart des détenus n'y restent que quelques jours. La moitié des détenus restent moins de huit jours, le quart moins de 24 heures et en une année 98% de la population carcérale se renouvelle. La durée de séjour moyenne de 35 jours n'est pas très représentative, car elle englobe des incarcérations de longue durée, comme les séjours pour infraction à l'article 43. Il découle de ces courtes durées d'incarcération une certaine difficulté à établir des caractéristiques précises de la population carcérale de Champ-Dollon, surtout en ce qui concerne les critères médico-psychologiques et sociaux.

On compte environ 10% de détenues de sexe féminin et environ 80% de détenus de nationalité étrangère. Cette dernière proportion est stable depuis plusieurs années, avec des variations de nationalité à l'intérieur du groupe des étrangers. Ces dernières années, à la faveur de la guerre dans les Balkans et de l'immigration consécutive à la chute du rideau de fer, les populations de l'ex-Yougoslavie se trouvent les plus représentées.

Un tiers des détenus sont de religion musulmane (1). L'âge moyen est de 30 ans (médiane 28 ans), les détenus sont majoritairement célibataires (61%), la moitié sont récidivistes, et le motif principal d'incarcération est le vol (40%) (12).

De 1983 à 1987, on a aussi mis en évidence, par des questionnaires distribués le dixième jour de l'incarcération, le fait que 35% des détenus présentaient un problème de drogues et que 15% consommaient des drogues dures presque tous les jours (12). En 1987, 33% des patients du service médical de Champ-Dollon présentaient anamnesticquement une toxicodépendance aux opiacés, aux médicaments, à la cocaïne, au cannabis, ou autre. Toujours selon ces questionnaires, 20% des détenus présentaient une anamnèse récente ou une symptomatologie actuelle d'affection psychiatrique, et 14% avaient déjà fait une tentative de suicide en liberté. 30% absorbaient des médicaments tranquillisants très fréquemment ou régulièrement; 37% consommaient des somnifères et 49% des analgésiques. 20% disaient avoir un problème d'alcool, 66% étaient des fumeurs et 30% avaient fait au moins une visite à un médecin généraliste dans les trois mois précédant l'incarcération.

On considère que la population carcérale est en moins bonne santé que la population libre du même âge, de par la situation de précarité dans laquelle elle se trouve souvent, la mauvaise

hygiène de vie, la violence qui s'attache souvent à son quotidien, une certaine désinsertion sociale et familiale, et une toxicodépendance intraveineuse fréquente.

Les plaintes seront souvent du type psychosomatique ou psychiatrique, mais aussi somatique (suite de blessures ou abcès, dentition délabrée). Le médecin, quant à lui, pourra mettre en évidence des maladies infectieuses telles que la tuberculose, le HIV, des hépatites ainsi que des troubles réactionnels à l'incarcération se manifestant le plus souvent par un état dépressif ou des réactions d'automutilation équivalant à un appel à l'aide (9). Les chiffres cités plus hauts sont certainement un bon indicateur de la réalité, mais sont à prendre avec une certaine distance, car ils ne concernent que les détenus demeurant depuis plus de 10 jours à la prison, et datent d'environ 15 ans. Un nouveau pointage systématique de telles données médico-sociales serait à entreprendre.

## 7. Le service médical de Champ-Dollon

Le service médical de la prison de Champ-Dollon, ainsi que le quartier cellulaire psychiatrique et le quartier cellulaire de l'hôpital, déjà mentionnés plus haut, dépendaient en 1997 (année de l'étude) de l'Institut universitaire de médecine légale, lui-même rattaché depuis le 1<sup>er</sup> janvier 1999 au département de médecine communautaire de l'hôpital cantonal universitaire de Genève. Il est indépendant de l'administration de la prison et des autorités judiciaires. Les médecins et les infirmières(-ers) touchent le même salaire que leurs collègues de l'hôpital cantonal et ont l'occasion de participer aux colloques de formation de l'hôpital. Le service médical est présenté dans une brochure distribuée à chaque nouveau détenu et qui existe en dix-sept langues.

En 1997, le service médical de Champ-Dollon était constitué de 10 postes plein-temps d'infirmières (-ers), de deux postes plein-temps de médecins internes fonctionnant comme internistes ou généralistes, d'un poste plein temps de chef de clinique, d'un poste plein-temps de psychiatre et d'un poste plein-temps de dentiste. Les médecins ont la possibilité de faire appel à des spécialistes en oto-rhino-laryngologie, dermatologie, ophtalmologie, gynécologie et chirurgie qui viennent consulter une fois par mois à la prison même.

L'équipe infirmière assure une permanence de trois personnes durant les journées de la semaine, de deux personnes durant les journées du week-end et d'une personne chaque nuit. Elle donne des consultations sans médecins pour des problèmes courants, des suites de traitement ou des soins de plaies. On comptait 6'000 consultations de ce genre par année en 1991. Chaque nouveau détenu est vu dans les 24 heures suivant son incarcération par un membre de l'équipe infirmière qui évalue la nécessité de la poursuite d'un traitement ou d'une consultation ultérieure. L'équipe infirmière assure également la distribution des médicaments.

Une particularité du service médical de Champ-Dollon est l'existence de consultations conjointes médecin-infirmière(-er), qui permettent souvent de mieux comprendre le patient-détenu. La répartition des rôles n'est cependant pas clairement établie, ce qui entraîne des frustrations chez les deux parties soignantes et tend à faire diminuer la fréquence de ce genre de consultation.

Les médecins internes donnent des consultations les jours ouvrables de 8h30 à 11h et de 14h à 17h. En dehors de ces heures et les week-ends, ils sont appelables à tour de rôle en cas

d'urgence. Les patients qui souhaitent une consultation médicale doivent le demander par écrit et déposer leur requête dans une boîte aux lettres prévue à cet effet disponible dans chaque unité. Ce courrier, relevé chaque jour par un membre de l'équipe infirmière qui le transmet au médecin, n'est pas soumis à la censure. La consultation se passe en règle générale sans la présence d'un gardien et est soumise au secret médical.

Les détenus peuvent évidemment aussi bénéficier de consultations en urgence: ils doivent pour cela alerter les gardiens ou un membre de l'équipe infirmière par exemple lors d'une tournée de médicaments. On estime à 3'000 le nombre de consultations médicales durant l'année 1991 et à 90% la proportion de détenus qui ont consulté le service médical après deux semaines d'incarcération (12).

Les consultations médicales et infirmières se déroulent au quatrième étage du bâtiment des cellules, dans des locaux comparables en taille et en matériel disponible à ceux de la PMG. Le service médical dispose d'un appareil de radiologie, mais envoie ses analyses dans un laboratoire privé à l'extérieur. Sur le même étage que le service médical se trouve le centre psychothérapeutique dit "de la Pâquerette", qui fait également partie de l'Institut universitaire de médecine légale.

## 8. Administration des médicaments à Champ-Dollon

Les seuls prescripteurs à Champ-Dollon sont les médecins généralistes et les médecins psychiatres. Les traitements proposés par un confrère spécialisé sont administrés par le généraliste, afin d'éviter un dédoublement des prescriptions qui pourrait déboucher sur des trafics de médicaments entre les détenus.

Les traitements complets sont transmis par écrit à l'équipe infirmière qui prépare des pochettes nominatives avec le nom des médicaments à l'intention de chaque détenu concerné. La distribution est effectuée par l'équipe infirmière, dans les cellules, deux à trois fois par jour. Elle est très rapide et ne peut pas, selon l'équipe infirmière, être l'occasion d'un moment d'échange entre patient et soignant.

Les gardiens ne sont pas habilités à délivrer des médicaments, à l'exception de ceux que les membres de l'équipe infirmière les autorisent à donner pour quelques demandes sporadiques (par exemple pour des céphalées).

Une liste de médicaments que l'équipe infirmière est autorisée à distribuer sans ordre médical (au maximum pendant trois jours consécutifs a été établie (Tableau 1). Sauf la méthadone, les médicaments sont délivrés depuis 1998 dans leur forme d'origine, solides et non dissous.

Pour des raisons de sécurité, en particulier pour éviter de confondre les patients entre eux, les doses unitaires maximales de méthadone que l'équipe infirmière est autorisée à emporter dans sa tournée de médicaments est de 40 mg. Pour des doses supérieures à 80 mg par jour (2x40 mg), les détenus montent quotidiennement au service médical, où ils prennent ces doses sous contrôle infirmier.

Les tournées, au nombre de trois par jour, ont lieu le matin de 7h à 7h45, l'après-midi à 17h30 et le soir de 20h30 à 22h30. La tournée de l'après-midi concerne les médicaments qui doivent être pris sous contrôle pour éviter les risques de stockage; le trafic existe cependant et nombreux sont les cas de découverte d'importantes caches de médicaments. Certains antirétroviraux sont vendus comme des benzodiazépines en raison de la ressemblance entre les comprimés, on découvre de l'Augmentin chez un détenu à qui il n'a jamais été prescrit, le prix au marché noir de 2,5 mg de Temesta peut aller jusqu'à 5 FS (prix normal: 40 ct), et l'on pourrait multiplier les exemples sans naturellement pouvoir les chiffrer.

La possibilité de stockage donne lieu à toutes sortes de trafics et est susceptible d'augmenter légèrement les risques de suicide par intoxication médicamenteuse. Toutefois, une étude portant sur les décès à Champ-Dollon de 1977 à 1992 (14) a montré que 60% des suicides ont été commis par pendaison, 12% par intoxication médicamenteuse, 12% par veinosection, et 8% par asphyxie au moyen d'un sac en plastique. En postulant que le risque suicidaire nul n'existe pas et que le meilleur moyen de prévenir les tentatives n'est pas de tenter de supprimer tous les moyens disponibles à cet effet, on peut se rallier à l'argument selon lequel une distribution de médicaments solides et donc stockables permet au patient-détenu de se responsabiliser face à sa maladie et à son traitement.

Une particularité de la prescription médicamenteuse à Champ-Dollon est l'existence de traitements "non-stop", c'est-à-dire pour lesquels une prolongation par un médecin après l'instauration initiale n'est pas nécessaire. Nous verrons lors de notre analyse si les traitements concernés par ce régime spécial peuvent effectivement être administrés de cette façon.

L'approvisionnement en médicaments se fait une fois par semaine (ou plus si urgence) dans une pharmacie privée située non loin de la prison.

Les médicaments répertoriés ci-dessous (Tableau 1) peuvent être donnés aux patients sans ordre médical. Les doses indiquées sont les doses maximales par 24h, sont gérées par le patient et ne peuvent en aucun cas être dépassées. Par ailleurs, ces médicaments ne doivent pas être administrés pendant plus de trois jours de suite. Toute remise de médicament est consignée dans le dossier et signalée au médecin. A noter que dans cette liste ne figure pas l'acide acétylsalicylique, et qu'en lui remettant le médicament, l'infirmière-er donne au patient une information appropriée.

**Tableau 1.** Médicaments, administrables sans prescription médicale, à disposition de l'équipe infirmière à Champ-Dollon. cp(s)=comprimé(s), tabl=tablette.

<i>Substance active ou nom de marque (®)</i>	<i>Dose unitaire</i>	<i>Dose maximale par 24h</i>
alucol	550 mg	5x1 cp
clorazébate	10 mg	1x1 cp (2 cps pour les toxicomanes)

Collypan®	monodoses	3 doses (données une seule fois)
Contac Rhume®	54 mg	2x1 cp
flurazépam	15 mg	1x1 cp (2 cps pour les toxicomanes)
Hextril®	50 ml	50 ml (donné une seule fois)
ibuprofène	400 mg	3x1 cp
lorazépam	2,5 mg	1x1 cp (2 cps pour les toxicomanes)
métoclopramide	10 mg	3x1 cp
néodécylène	dosage inconnu	6x1 tabl
nitroglycérine	0,8 mg	1x1 cp ou 1x2 cps (appeler le médecin)
paracétamol	500 mg	6x1 cp
PED	100 ml	1x100 ml (donné une seule fois)
potion noire	100 ml	1x100 ml (donné une seule fois)
sirop de figue	100 ml	1x100 ml (donné une seule fois)
Triomer®	monodoses	3 doses

Le nombre de tournées pour la distribution de médicaments ainsi que d'autres modalités sont en constante réévaluation. Une simplification est intervenue en 2002.

## 9. La Polyclinique de médecine de l'hôpital cantonal de Genève (PMG)

La PMG est l'un des trois départements de médecine de l'hôpital universitaire de Genève. Elle fonctionne comme un service de médecine de premier recours. Ses locaux se trouvent directement dans l'un des bâtiments de l'hôpital. Les patients sont reçus sur rendez-vous, ou en urgence par l'un des dix-huit médecins internes du service, sous la supervision des chefs de clinique.

Chaque patient est attribué à un médecin interne, et dans le cas où un contrôle d'évolution ou un suivi à long terme est nécessaire, le médecin interne est le médecin de référence durant toute la durée de son engagement dans le service de la PMG, soit généralement une année.

Les médecins internes ont la possibilité de recourir à des spécialistes qui ne dépendent généralement pas de la PMG.

## 10. Caractéristiques socio-démographiques des patients de la PMG

Nombre de patients:	701
Nombre de consultations:	701
Âge moyen des patients:	44,4 ans; 84% ont moins de 65 ans
Genre:	51% d'hommes, 49% de femmes
Nationalité:	61% d'étrangers, 39% de Suisses
Etat-civil:	51% de patients vivant en couple, 33% de célibataires, 10% de patients séparés ou divorcés, 6% de patients veufs

Les patients de la PMG présentent quelques similitudes avec les patients de Champ-Dollon: la majorité (84%) des patients ont moins de 65 ans (contre 98,3% à Champ-Dollon), et les patients non-suisses (61%) sont plus fréquents que les patients suisses (77,1% contre 22,9% à Champ-Dollon), la population de la PMG étant constituée en majorité de migrants (requérants d'asile).

En revanche, ils présentent également de nettes différences d'avec les patients de la prison de Champ-Dollon: la majorité des patients de la PMG (51%) vivent en couple ou sont mariés, alors que 54,2% de patients vivent seuls à Champ-Dollon, et la proportion hommes-femmes est quasi de 50% à la PMG (49%-51%), alors qu'on constate une nette prépondérance des hommes (87,7%) à Champ-Dollon. L'âge moyen est de 46 ans à la PMG et de 34 ans à Champ-Dollon.

Les diagnostics fréquents à la PMG sont les lombalgies, les affections oto-rhino-laryngologiques (ci-après ORL) aiguës, les douleurs de la partie supérieure de l'abdomen, les douleurs articulaires, les affections psychiatriques, l'hypertension artérielle et le diabète (Tableau 9).

## 11. Résultats : Caractéristiques socio-démographiques des patients du service médical à la prison de Champ-Dollon

### **Taux de participation à l'étude**

100%.

### **Nombre de patients**

Les patients ayant consulté dans les trois semaines de l'étude sont au nombre de 179.

### **Nombre de consultations**

Le nombre total de consultations est de 269 si l'on inclut les deuxièmes consultations et les suivantes.

### **Age**

4,5% (8) des 179 patients inclus dans l'étude sont âgés de moins de 16 à 19 ans, 36,7% (65) ont entre 20 et 29 ans, 32,8% (58) entre 30 et 39 ans, 11,3% (20) entre 40 et 49 ans, 13% (23) entre 50 et 59 ans, et 1,7% (3) 60 ans et plus avec un âge maximal de 74 ans. Deux patients sont d'âge inconnu. 90,2% ( $p=0,05$ ) des patients africains ont moins de 39 ans contre 69% ( $p=0,07$ ) des patients européens (Tableau 2).

### **Genre**

12,3% (22) des patients sont des femmes contre 87,7% (157) d'hommes.

### **Nationalité**

22,9% (41) des patients sont de nationalité suisse, 40,8% (73) sont européens au sens large du terme, c'est-à-dire y compris les pays d'Europe de l'Est, 23,5% (42) viennent du continent africain, 6,1% (11) viennent du continent américain (nord et sud) et 1,7% (3) viennent d'autres régions du globe. 5% (9) sont de nationalité inconnue.

### **Etat civil**

54,2% (97) des patients sont célibataires, 28,5% (51) vivent en couple ou sont mariés, 16,2% (29) sont séparés, divorcés ou veufs. On ignore l'état civil de 2 patients. 63,8% ( $p=0,03$ ) des patients africains sont célibataires (Tableau 2).

### **Toxicodépendance**

Si l'on se base sur l'anamnèse seulement, 17,9% (32) des patients sont des consommateurs de drogues par voie intraveineuse, et deux tiers d'entre eux ont reçu de la méthadone. 15,1% (27) des patients disent présenter une dépendance à l'égard d'une substance quelconque (héroïne, cocaïne, lysergide, alcool, benzodiazépines), fumée, ingérée ou autre, mais non injectée. Les patients présentant une toxicomanie intraveineuse sont plus jeunes que les patients présentant une toxicomanie non intraveineuse (âge moyen  $29,9\pm 5,9$  contre  $35,0\pm 12,4$  ans,  $p=0,001$ ). En règle générale, les patients présentant une toxicomanie sous n'importe quelle forme sont plus jeunes que les patients ne présentant aucune toxicomanie (âge moyen  $31,9\pm 8,8$  contre  $35,2\pm 12,8$  ans,  $p=0,059$ ).

### **Durée d'incarcération au moment de la consultation**

Au moment de la première consultation, 24,7% (39) des patients ont passé moins de trois jours en prison, 0,9% (3) ont passé entre 3 et 30 jours en prison, 29,7% (47) ont passé entre 31 et 90 jours en prison, et 23,4% (38) ont passé plus de trois mois en prison. On ignore la durée de détention pour 12,3% (22) des patients. Les patients présentant une toxicomanie quelle qu'elle soit sont en majorité (64%,  $p=0,07$ ) incarcérés plus de huit jours, contrairement au reste de la population carcérale. Une proportion de 60,3% des patients présentant une toxicomanie, quelle qu'elle soit, sont incarcérés depuis moins de huit jours lors de la première consultation, contre 21,3% du reste de la population carcérale ( $p=0,01$ ).

### **Nombre de médicaments prescrits**

Lors de la première consultation, 9,5% (17) des patients ressortent du cabinet médical sans prescription. 39,7% (71) des patients se voient prescrire un seul médicament, 25,7% (46) deux médicaments, 12,8% (23) trois médicaments, 8,4% (15) quatre médicaments, 2,2% (4) cinq médicaments, 1,1% (2) six médicaments, et 0,6% (1) huit médicaments.

### **Toxicodépendance et consultations multiples**

L'impression selon laquelle les patients présentant une toxicodépendance ont davantage tendance que les autres à demander des consultations multiples (définies arbitrairement ici par plus de deux consultations en trois semaines) peut être confirmée par la présente étude pour les usagers de drogue intraveineuse, puisque 46,9% d'entre eux ont eu des consultations multiples contre 28,5% pour les non toxicomanes ( $p=0,04$ ).

### **Durée d'incarcération**

Il n'est pas possible (Tableau 3) de dégager des associations significatives entre les caractéristiques des détenus et la durée d'incarcération, hormis le fait qu'une proportion plus élevée de toxicomanes (39,7%) que de non toxicomanes (21,3%) sont incarcérés depuis moins de huit jours lors la première consultation ( $p=0,01$ ). Le Tableau 3 montre également que 71,9% des consultations en urgence sont consacrées à des patients incarcérés depuis moins de huit jours ( $p<0,01$ ).

**Tableau 2.** Associations significatives et non significatives entre certaines caractéristiques démographiques des 179 détenus vus en consultation (consultations multiples=plus de 1 en 3 semaines). Les chiffres entre parenthèses indiquent le nombre de détenus. Dans chaque case est indiqué le nombre de détenus dans les deux catégories définies en tête de colonne et séparées par un “/”, en nombre absolu et, entre parenthèses, en fréquence relative.

NS= non significatif ( $p>0,05$ ), j=jours, a=années, n=nombre absolu.

	Age <40a/>40a	Célibataire oui/non	Vivant en couple oui/non	Consultation s multiples oui/non	Durée d’incar- cération <8j/>8j
<i>Afrique (41)</i>	37/4 (90,2%/9,8%) p=0,005	28/13 (68,3%/31,7%) p=0,033	8/33 (19,5%/80,5%) p=0,087	5/36 (14,3%/85,7%) p=0,006	NS
<i>Europe (114)</i>	78/35 (69%/31%) p=0,079	NS	NS	NS	NS
<i>Homme de nationalité suisse (31)</i>	NS	NS	NS	NS	21/10 (69,5%/30,5%) p=0,017
<i>Femme de nationalité suisse (6)</i>	NS	NS	NS	NS	NS
<i>Homme (157)</i>	NS	NS	NS	NS	NS
<i>Femme (22)</i>	NS	NS	NS	NS	NS
<i>Total (n)</i>	131/46	97/80	51/126	54/125	49/121
<i>Total (%)</i>	26/74	54,8/45,2	28,8/71,2	30,2/69,8	28,8/71,2

**Tableau 3.** Associations significatives et non significatives entre la durée d’incarcération et certaines caractéristiques des 179 détenus vus en consultation. Les chiffres entre parenthèses indiquent le nombre de détenus. Dans chaque case est indiqué le nombre de détenus dans les deux catégories définies en tête de colonne et séparées par un “/”, en nombre absolu et, entre parenthèses, en fréquence relative. NS=non significatif ( $p>0,05$ ), m=mois, j=jour.

	<i>Durée d’incarcération</i> <6m/>6m	<i>Durée d’incarcération</i> <8j/>8j
<i>Célibataire (97)</i>	NS	NS
<i>Nationalité européenne (114)</i>	NS	NS
<i>Nationalité suisse (41)</i>	NS	NS
<i>Consultation urgente (35)</i>	33/35 (95%/5%) p=0,017	23/12 (71,9%/28,1%) p<0,01
<i>Toute toxicomanie (59)</i>	NS	23/36 (39,7%/60,3%) p=0,01
<i>Toxicomanie intraveineuse (32)</i>	NS	16/16 (50%/50%) p=0,002

## 12. Résultats : la prescription médicamenteuse

Dans les pages qui suivent, les résultats sont présentés séparément pour chaque groupe de médicaments en fonction de l'analyse selon les différents points suivants:

- représentation par rapport aux autres médicaments;
- diagnostics associés;
- durée du traitement;
- nouveauté ou non du traitement;
- fréquence d'administration;
- forme galénique et forme d'administration;
- nombre de consultations avant la première prescription;
- durée d'incarcération avant la première prescription;
- prescription en fonction de l'état-civil du patient;
- association entre toxicodépendance, nationalité, sexe et âge du patient, formation du médecin prescripteur et prescription d'un médicament.

Dans un souci de faciliter la lecture, l'analyse selon ces différents points n'est mentionnée que si les données récoltées ont été suffisantes pour chaque groupe de médicaments.

Le Tableau 4 donne un rapide aperçu des médicaments analysés, et de leur représentation (en pourcentage des prescriptions totales) à la prison de Champ-Dollon et à la PMG lors de la première consultation chez les patients de moins de 40 ans.

**Tableau 4.** Comparaison entre la prison de Champ-Dollon et la PMG du nombre de prescriptions (premier chiffre indiqué) et du pourcentage de toutes les prescriptions (chiffre entre parenthèses) pour différents médicaments ou classes de médicaments lors de la première consultation chez les patients de moins de 40 ans. po=par voie orale.

<i>Médicaments</i>	<i>Champ-Dollon</i>	<i>PMG</i>
AINS	15 (6,2%)	66 (12,2%)
Paracétamol	18 (7,4%)	56 (10,4%)
Acide acétylsalicylique	0	10 (1,8%)
Tramadol	0	3 (0,6%)
Analgésiques topiques	3 (1,2%)	3 (0,6%)
Antalgiques non opioïdes po	32 (13,2%)	118 (21,8%)
Myorelaxants	8 (3,3%)	23 (4,3%)
Antibiotiques	8 (3,3%)	31 (5,7%)
Antiviraux	3 (1,2%)	0
Antimycobactéries	1 (0,4%)	4 (0,7%)
Vaccins	0	0
Antigrippaux	0	5 (0,9%)
Cardiotropes	4 (1,7%)	8 (1,5%)
Hypolipémiants	0	0
Antacides et antiulcéreux	3 (1,2%)	35 (6,5%)
Laxatifs	2 (0,8%)	15 (2,8%)
Spasmolytiques digestifs et antinauséux	6 (2,5%)	20 (3,7%)
Antihémorroïdaires	2 (0,8%)	14 (2,6%)
Antiasthmatiques	3 (1,2%)	9 (1,7%)
Traitement dermatologique	5 (2,1%)	3 (0,6%)
Traitements à visée ORL	2 (0,8%)	28 (5,2%)
Vitamines	3 (1,2%)	8 (1,5%)
Antidiabétiques	0	3 (0,6%)
Traitement hormonal	0	3 (0,6%)
Préparations phytothérapeutiques	0	0
Placebo	0	0

Psychotropes	164 (46,3%)	119 (7,6%)
--------------	-------------	------------

### **Anti-inflammatoires non stéroïdiens**

Les anti-inflammatoires non stéroïdiens (ci-après AINS) représentent 5,9% (34) des 354 prescriptions de l'ensemble des consultations ou 6,8% (24) des prescriptions de la première consultation. Si l'on ne retient que les patients de moins de 40 ans, les AINS représentent 6,2% (15) des prescriptions de la première consultation, contre 12,2% (66) des prescriptions à la PMG dans les mêmes conditions.

Les diagnostics les plus fréquemment associés à la prescription d'AINS sont les affections rhumatologiques (lumbago, épicondylite, capsulite rétractile de l'épaule, arthralgie) à 33% (8), les lésions traumatiques à 25% (6), les céphalées à 17% (4), divers à 21% (5). On ignore les diagnostics associés dans 4% (1) des cas.

Les AINS sont prescrits à 50% (12) pendant une semaine, à 36% (9) pour 2 semaines et à 8% (2) pour 20 à 30 jours. On ignore la durée de prescription dans 6% (1) des cas.

Les AINS sont un nouveau médicament et non un traitement reconduit dans 87,5% (21) des cas et un ancien traitement dans 12,5% (3) des cas ( $p < 0,001$ ).

Les AINS sont administrés dans 79% (19) des cas à raison de 3x/jour, dans 8% (2) des cas à raison de 2x/jour et dans 12,5% (3) des cas à raison de 4x/jour.

Tous les AINS sont distribués sous leur forme originale de comprimé.

Les AINS sont prescrits dans 71% (24) des cas à la première consultation, dans 17% (6) des cas à la deuxième consultation et dans 12% (4) lors des consultations ultérieures.

Dans 9% (2) des cas, les AINS sont prescrits durant la première semaine d'incarcération, dans 18% (4) des cas entre le huitième et le trentième jour, dans 27% (6) des cas entre le trente-et-unième et le nonantième jour, et dans 46% (10) des cas ultérieurement.

42% (10) des AINS sont prescrits à des patients célibataires, 33% (8) à des patients vivant en couple ou mariés, 21% (5) à des patients séparés, divorcés ou veufs et 4% (1) le sont à des patients dont l'état civil est inconnu ( $p = 0,05$ ).

On ne retrouve pas de différence significative concernant la prescription d'AINS en fonction d'une toxicodépendance quelle qu'elle soit ( $p = 0,5$ ), ni en fonction de la nationalité du patient ( $p = 0,07$ ), ni du médecin prescripteur (comparaison des deux médecins généralistes, appelés par la suite généraliste A et B), ni du sexe du patient ( $p = 0,5$ ), ni de l'âge du patient ( $p = 0,6$ ).



**Tableau 5.** Prescription d’AINS en fonction de certaines caractéristiques des détenus ou des diagnostics parmi les 157 détenus hommes vus en consultation. Les chiffres entre parenthèses indiquent le nombre de détenus. Dans chaque case est indiqué le nombre de détenus dans les deux catégories définies en tête de colonne et séparées par un “/”, en nombre absolu et, entre parenthèses, en fréquence relative.

	<i>AINS oui/non</i>
<i>Nationalité suisse (35)</i>	1/34 (8,1%/91,9%) p=0,045
<i>Affection ORL (5)</i>	3/2 (60%/40%) p=0,003
<i>Traumatisme (7)</i>	6/1 (85,7%/14,3%) p=0,020
<i>Rhumatologie (20)</i>	10/10 (50%/50%) p=0,000
<i>Alcoolisme (6)</i>	3/3 (50%/50%) P=0,010
<i>Céphalées (12)</i>	4/8 (33,3%/66,7%) p=0,045
<i>Lumbago (4)</i>	4/0 (100%/0%) p=0,001

### **Paracétamol**

Le paracétamol représente 5,2% (30) des prescriptions de l’ensemble des consultations ou 6,8% (24) des prescriptions des premières consultations. Si l’on ne retient que les patients de

moins de 40 ans, le paracétamol représente 7,4% (18) des prescriptions des premières consultations, contre 10,4% (56) des prescriptions à la PMG dans les mêmes conditions.

Les diagnostics les plus fréquemment associés à la prescription de paracétamol sont des céphalées à 33% (8), des myalgies à 21% (5), une douleur thoracique sans précision à 8% (2). Le reste des cas, soit 38% (9), est constitué de diverses pathologies isolées.

Le paracétamol est prescrit à 29% (12) pendant une semaine, et à 50% (12) pour 8 à 30 jours. Dans 8% (2) des cas, le paracétamol est prescrit de manière “non-stop”. On ignore la durée de prescription dans 12,5% (3) des cas.

Le paracétamol est un nouveau médicament et non un traitement reconduit dans 66% (16) des cas et un ancien traitement dans 25% (6) des cas, mais cela de façon non significative ( $p=0,7$ ). On ignore s’il s’agit d’un nouveau traitement ou d’un traitement reconduit dans 8% (2) des cas.

Le paracétamol est administré dans 71% (17) des cas à raison de 4x/jour, dans 25% (6) des cas à raison de 3x/jour et dans 4% (1) des cas à raison de 1x/jour.

Le paracétamol est distribué sous sa forme originale de comprimé dans 92% (22) des cas. On ignore la forme galénique dans 8% (2) des cas.

On retrouve une différence significative dans la fréquence de prescription du paracétamol en fonction de la formation suivie par le médecin prescripteur, le généraliste A prescrivant 78% (14 prescriptions) du paracétamol, contre 22% (4 prescriptions) pour le généraliste B qui a une formation supplémentaire en psychiatrie ( $p=0,005$ ).

Le paracétamol est prescrit dans 80% (24) des cas à la première consultation, dans 13% (4) des cas à la deuxième consultation et dans 7% (2) lors des consultations ultérieures.

Dans 21% (5) des cas, le paracétamol est prescrit durant la première semaine d’incarcération, dans 12% (3) des cas entre le huitième et le trentième jour, dans 25% (6) des cas entre le trente-et-unième et le nonantième jour, et dans 12% (3) des cas ultérieurement. On ignore ce qu’il en est dans 30% (7) des cas et les résultats ne sont pas significatifs ( $p=0,9$ ).

On ne retrouve pas de différence significative concernant la prescription de paracétamol en fonction d’une toxicodépendance quelle qu’elle soit ( $p=0,07$ ), ni en fonction de la nationalité du patient ( $p=0,07$ ), ni de l’âge du patient, ni du sexe du patient.

### **Acide acétylsalicylique**

L'acide acétylsalicylique représente 0,5% (3) des prescriptions de l'ensemble des consultations ou 0,3% (1) des prescriptions de la première consultation, pour des céphalées. Si l'on ne retient que les patients de moins de 40 ans, l'acide acétylsalicylique n'a fait l'objet d'aucune prescription lors de la première consultation, contre 1,8% (10) des prescriptions à la PMG dans les mêmes conditions.

Etant donné la très faible fréquence d'administration de cette substance, on renonce à pousser plus loin les analyses, dont aucune ne donne de résultats significatifs.

### **Tramadol**

Cet analgésique opioïde, le seul employé à Champ-Dollon, représente 0,5% (3) des prescriptions de l'ensemble des consultations et 0% des prescriptions de la première consultation. Le tramadol a fait l'objet de 0,6% (3) des prescriptions de la première consultation à la PMG.

A Champ-Dollon, le tramadol a été introduit à la troisième, quatrième, et sixième consultation.

Etant donné la très faible fréquence d'administration de cette substance, on renonce à pousser plus loin les analyses, dont aucune ne donne de résultats significatifs.

### **Analgésiques topiques**

Les analgésiques topiques représentent 0,9% (5) des prescriptions du total des consultations ou 0,8% (3) des prescriptions des premières consultations. Si l'on ne retient que les patients de moins de 40 ans, les analgésiques topiques représentent 1,2% (3) des prescriptions des premières consultations, contre 0,6% (3) des prescriptions à la PMG dans les mêmes conditions.

Etant donné la très faible fréquence d'administration de ces substances, on renonce à pousser plus loin les analyses, dont aucune ne donne de résultats significatifs, sauf en ce qui concerne la posologie et la voie d'administration, qui sont conformes aux recommandations.

### **Antalgiques non opioïdes par voie orale**

Les antalgiques non-opioïdes par voie orale (ci-après ANOVO) sont un groupe dans lequel nous avons choisi de réunir les AINS, le paracétamol et l'acide acétylsalicylique. Les ANOVO représentent 11,2% (64) des prescriptions de l'ensemble des consultations ou 13,2% (47) des prescriptions des premières consultations. Si l'on ne retient que les patients de moins de 40 ans, les ANOVO représentent 13,7% (33) des prescriptions des premières consultations, contre 24,4% (132) des prescriptions à la PMG dans les mêmes conditions.

Les ANOVO sont un nouveau médicament et non un traitement reconduit dans 77% (36) des cas et un ancien traitement dans 19% (9) des cas ( $p < 0,001$ ). On ignore la situation dans 4% (2) des cas.

51% (24) des ANOVO sont prescrits par le généraliste A, et 32% (15) par le généraliste B ( $p = 0,03$ ). Cependant, les ANOVO représentent 14% des prescriptions du généraliste et 12% des prescriptions du généraliste ayant une formation supplémentaire en psychiatrie.

Les ANOVO sont prescrits à 73% (47) lors de la première consultation, à 16% (10) lors de la seconde consultation et à 11% (7) lors des consultations ultérieures.

Le taux de prescription des ANOVO reste constant tout au long de la durée d'incarcération.

Les ANOVO ( $n = 45$ ) sont prescrits davantage aux patients de nationalité étrangère (91% [41]) qu'aux patients de nationalité suisse (9% [4]) ( $p = 0,01$ ), ces résultats ayant été pondérés par la représentation des différentes nationalités au sein de la population étudiée.

On ne retrouve pas de différence significative dans la prescription d'ANOVO en fonction de l'âge du patient ( $p = 0,6$ ), ni en fonction du sexe ( $p = 0,4$ ), ni d'une toxicodépendance quelle qu'elle soit ( $p = 0,5$ ), ni d'une toxicomanie intraveineuse ( $p = 0,062$ ).

**Tableau 6.** Prescription d'ANOVO en fonction de certains diagnostics chez les 179 patients ayant participé à l'étude. Les chiffres entre parenthèses indiquent le nombre de détenus. Dans chaque case est indiqué le nombre de détenus dans les deux catégories définies en tête de colonne et séparées par un "/", en nombre absolu et, entre parenthèses, en fréquence relative. IVRS=infections des voies respiratoires supérieures.

	<i>Prise d'analgésiques oui/non</i>
<i>Céphalées (14)</i>	14/0 (100%/0%) p=0,000
<i>Lumbago (4)</i>	4/0 (100%/0%) p=0,000
<i>IVRS (5)</i>	5/0 (100%/0%) p=0,000
<i>Affection rhumatologique (20)</i>	19/5 (95%/5%) p=0,000
<i>Traumatisme (7)</i>	6/1 (85,7%/14,3%) p=0,000
<i>Grippe (4)</i>	3/1 (75%/25%) p=0,031
<i>Traitement à la méthadone (18)</i>	1/17 (5,6%/94,4%) p=0,027
<i>Toxicomanie opiacés (32)</i>	5/27 (18,5%/81,5%) p=0,16
<i>Total</i>	47/132 26,3%/73,7%)

## **Myorelaxants**

Les myorelaxants représentent 3% (17) des prescriptions du total des consultations ou 2,5% (9) des prescriptions de la première consultation. Si l'on ne retient que les patients de moins de 40 ans, les myorelaxants représentent 3,3% (8) des prescriptions de la première consultation, contre 4,3% (23) des prescriptions à la PMG dans les mêmes conditions.

Les diagnostics les plus fréquemment associés à la prescription de myorelaxants sont : la dépendance aux opiacés, la rééducation des personnes présentant des abus de drogues ou de médicaments à 55% (5), les spasmes et crampes musculaires à 22% (2), les lombalgies et céphalées à 22% (2).

Les myorelaxants sont prescrits à 33% (3) pendant une semaine, et à 67% (6) pour deux semaines.

Les myorelaxants sont un nouveau médicament et non un traitement reconduit dans 89% (8) des cas et un ancien traitement dans 11% (1) des cas ( $p=0,04$ ).

Les myorelaxants sont administrés dans 78% (7) des cas à raison de 3x/jour, dans 11% (1) des cas à raison de 2x/jour et dans 11% (1) des cas à raison de 4x/jour.

Tous les myorelaxants sont distribués sous leur forme originale de comprimé.

Les myorelaxants sont prescrits dans 53% (9) des cas à la première consultation, dans 29% (5) des cas à la deuxième consultation et dans 18% (3) lors des consultations ultérieures.

Les myorelaxants sont prescrits à 69% (6) à des patients âgés de 30 à 40 ans, et le reste (31% [3]) à des patients plus ou moins âgés ( $p=0,25$ ).

Dans 67% (6) des cas, les myorelaxants sont prescrits durant la première semaine d'incarcération, dans 22% (2) des cas entre le huitième et le trentième jour, dans 11% (1) des cas ultérieurement.

100% (9) des myorelaxants sont administrés à des patients qui avouent une toxicodépendance, que celle-ci soit aux benzodiazépines, aux opiacés ou à l'alcool ( $p<0,001$ ).

On ne retrouve pas de différence significative concernant la prescription de myorelaxants en fonction du sexe du patient ( $p=0,35$ ), ni en fonction du médecin prescripteur ( $p=0,9$ ), ni de l'état civil du patient ( $p=0,9$ ), ni de la nationalité du patient ( $p=0,44$ ).

## **Antibiotiques**

Les antibiotiques représentent 2,3% (13) des prescriptions de l'ensemble des consultations ou 2,8% (10) des prescriptions de la première consultation. Si l'on ne retient que les patients de moins de 40 ans, les antibiotiques représentent 3,3% (8) des prescriptions de la première consultation, contre 5,7% (31) des prescriptions à la PMG dans les mêmes conditions.

Les diagnostics les plus fréquemment associés à la prescription d'antibiotiques sont l'acné à 60% (6), une pharyngite aiguë à 20% (2), divers (complication d'un traumatisme et séropositivité HIV) à 20% (2).

Les antibiotiques sont un nouveau médicament et non un traitement reconduit dans 50% (5) des cas et un ancien traitement dans 40% (4) des cas ( $p=0,7$ ). On ignore ce qu'il en est dans 10% (1) des cas.

Tous les antibiotiques sont distribués sous leur forme originale de comprimé, crème ou liquide.

Les antibiotiques sont prescrits dans 77% (10) des cas à la première consultation, dans 23% (3) des cas à la deuxième consultation ( $p=0,9$ ).

Dans 11% (1) des cas, les antibiotiques sont prescrits durant la première semaine d'incarcération, dans 11% (1) des cas entre le huitième et le trentième jour, dans 44% (4) des cas entre le trente-et-unième et le nonantième jour, et dans 34% (3) des cas ultérieurement ( $p=0,5$ ).

90% (9) des antibiotiques sont prescrits à des patients célibataires, 10% (1) à des patients vivant en couple ou mariés ( $p=0,1$ ).

On ne retrouve pas de différence significative ( $p=0,5$ ) dans la prescription d'antibiotiques en fonction de l'âge du patient ( $p=0,5$ ), ni en fonction du sexe du patient ( $p=0,8$ ), ni d'une toxicodépendance quelle qu'elle soit ( $p=0,9$ ), ni de la nationalité du patient ( $p=0,3$ ).

## **Cardiotropes**

Les médicaments cardiotropes représentent 2,3% (13) des prescriptions de l'ensemble des consultations ou 2,8% (10) des prescriptions de la première consultation. Si l'on ne retient que les patients de moins de 40 ans, les médicaments cardiotropes représentent 1,7% (4) des prescriptions de la première consultation, contre 1,5% (8) des prescriptions à la PMG dans les mêmes conditions.

Les diagnostics les plus fréquemment associés à la prescription de médicaments cardiotropes sont une hypertension artérielle à 80% (8), une angine de poitrine à 10% (1) et une cardiopathie artérioscléreuse à 10% (1).

Les médicaments cardiotropes sont prescrits à 10% (1) pendant une semaine, à 10% (1) pour deux semaines et à 30% (3) pour vingt à trente-cinq jours. 50% (5) des traitements cardiotropes sont prescrits de façon discontinue.

Les médicaments cardiotropes sont un nouveau médicament et non un traitement reconduit dans 30% (3) des cas et un ancien traitement dans 60% (6) des cas. On ignore ce qu'il en est dans 10% (1) des cas ( $p < 0,001$ ).

Les médicaments cardiotropes sont administrés dans 70% (7) des cas à raison de 1x/jour, dans 2% (2) des cas à raison de 2x/jour et dans 1% (1) des cas à raison de 3x/jour ( $p = 0,8$ ).

Tous les médicaments cardiotropes sont distribués sous leur forme originale de comprimé.

Les médicaments cardiotropes sont prescrits dans 77% (10) des cas à la première consultation, dans 15% (6) des cas à la deuxième consultation et dans 8% (4) lors des consultations ultérieures ( $p = 0,9$ ).

Les médicaments cardiotropes sont prescrits à 33% (3) à des patients âgés de 20 à 30 ans, à 11% (1) à des patients âgés de 40 à 50 ans, à 33% (3) à des patients âgés de 50 à 60 ans, à 11% (1) à des patients âgés de 60 à 70 ans, et à 11% (1) à des patients âgés de 70 à 80 ans ( $p < 0,001$ ).

Dans 22% (2) des cas, les médicaments cardiotropes sont prescrits durant la première semaine d'incarcération, dans 33% (3) des cas entre le huitième et le trentième jour, dans 22% (2) des cas entre le trente-et-unième et le nonantième jour, et dans 22% (2) des cas ultérieurement ( $p = 0,8$ ).

44% (4) des médicaments cardiotropes sont prescrits à des patients célibataires, 33% (3) à des patients vivant en couple ou mariés, 22% (2) à des patients séparés, divorcés ou veufs ( $p=0,9$ ). On ne retrouve pas de différence significative dans la fréquence de prescription des médicaments cardiotropes en fonction du médecin prescripteur, ni en fonction du sexe du patient ( $p=0,9$ ), ni d'une toxicodépendance quelle qu'elle soit ( $p=0,8$ ), ni de la nationalité du patient ( $p=0,4$ ).

### **Antacides et antiulcéreux**

Les antacides et antiulcéreux représentent 2,3% (13) des prescriptions de l'ensemble des consultations ou 2,3% (8) des prescriptions de la première consultation. Si l'on ne retient que les patients de moins de 40 ans, les antacides et antiulcéreux représentent 1,2% (3) des prescriptions de la première consultation, contre 6,5% (35) des prescriptions à la PMG dans les mêmes conditions.

Les diagnostics associés à la prescription d'antacides et antiulcéreux sont les douleurs de la partie supérieure de l'abdomen, un ulcère digestif de localisation non précisée, un reflux gastro-oesophagien, une gastrite, une hernie hiatale, des douleurs épigastriques.

Les antacides et antiulcéreux sont prescrits à 12,5% (1) pendant une semaine, à 50% (4) pour deux semaines et à 25% (2) pour 20 à 30 jours. Ils sont prescrits à 12,5% (1) de façon non-stop.

Les antacides et antiulcéreux sont un nouveau médicament et non un traitement reconduit dans 50% (4) des cas et un ancien traitement dans 25% (2) des cas ( $p<0,02$ ). On ignore ce qu'il en est dans 25% (2) des cas.

Les antacides et antiulcéreux sont administrés dans 50% (4) des cas à raison de 2x/jour, dans 25% (2) des cas à raison de 3x/jour, dans 12,5% (1) des cas à raison de 1x/jour, et dans 12,5% (1) des cas à raison de 6x/jour.

Tous les antacides et antiulcéreux sont distribués sous leur forme originale de comprimé ou de liquide.

Les antacides et antiulcéreux sont prescrits dans 62% (8) des cas à la première consultation, dans 23% (3) des cas à la deuxième consultation et dans 15% (2) lors des consultations ultérieures.

Dans 14% (1) des cas, les antacides et antiulcéreux sont prescrits durant la première semaine d'incarcération, dans 43% (3) des cas entre le huitième et le trentième jour, dans 14% (1) des cas entre le trente-et-unième et le nonantième jour, et dans 29% (2) des cas ultérieurement ( $p=0,4$ ).

12,5% (1) des antacides et antiulcéreux sont prescrits à des patients célibataires, 62,5% (2) à des patients vivant en couple ou mariés, 25% (2) à des patients séparés, divorcés ou veufs ( $p=0,09$ ).

On ne retrouve pas de différence significative dans la fréquence de prescription des antacides et antiulcéreux en fonction du médecin généraliste ( $p=0,9$ ), ni en fonction de l'âge du patient ( $p=0,2$ ), ni du sexe du patient ( $p=0,2$ ), ni d'une toxicodépendance quelle qu'elle soit ( $p=0,9$ ), ni de la nationalité du patient ( $p=0,4$ ).

### **Laxatifs**

Les laxatifs représentent 2,1% (12) des prescriptions de l'ensemble des consultations ou 1,7% (7) des prescriptions de la première consultation. Si l'on ne retient que les patients de moins de 39 ans, les laxatifs représentent 0,8% (2) des prescriptions de la première consultation, contre 2,8% (15) des prescriptions à la PMG dans les mêmes conditions.

Tous les laxatifs sont distribués sous leur forme originale de comprimé ou de liquide.

Dans 17% (1) des cas, les laxatifs sont prescrits entre le huitième et le trentième jour d'incarcération, dans 83% (5) des cas entre le trente-et-unième et le nonantième jour ( $p=0,03$ ).

Aucune autre analyse ne fournit de résultats statistiquement significatifs.

### **Traitements dermatologiques**

Les traitements dermatologiques représentent 6,2% (22) des prescriptions de la première consultation. Les traitements dermatologiques (émollients) représentent 1,9% (11) des prescriptions de l'ensemble des consultations ou 2% (7) des prescriptions de la première consultation. Si l'on ne retient que les patients de moins de 40 ans, les traitements dermatologiques (émollients) représentent 2,1% (5) des prescriptions de la première consultation, contre 0,6% (3) des prescriptions à la PMG.

Le seul diagnostic associé à la prescription d'un traitement dermatologique (émollient) est l'anhydrose.

Les traitements dermatologiques sont prescrits à 50% (3) pendant une semaine, à 33% (2) pour vingt à trente jours, et à 17% (1) de façon non-stop.

Les traitements dermatologiques sont un nouveau médicament et non un traitement reconduit dans 86% (6) des cas et un ancien traitement dans 14% (1) des cas ( $p=0,1$ ).

Tous les traitements dermatologiques sont distribués sous leur forme originale d'onguent, crème ou lotion.

Les traitements dermatologiques sont prescrits à 42% (3) à des patients non toxicomanes et à 57% (4) à des patients avouant une toxicomanie quelle qu'elle soit ( $p=0,003$ ).

Aucune autre analyse ne fournit de résultats statistiquement significatifs.

### **Antiasthmatiques**

Les antiasthmatiques représentent 1,6% (9) des prescriptions de l'ensemble des consultations ou 1,4% (5) des prescriptions de la première consultation. Si l'on ne retient que les patients de moins de 40 ans, les antiasthmatiques représentent 1,2% (3) des prescriptions de la première consultation, contre 1,7% (9) des prescriptions à la PMG dans les mêmes conditions.

Les diagnostics les plus fréquemment associés à la prescription d'antiasthmatiques sont un asthme sans précision à 80% (4), et des bronchectasies congénitales à 20% (1).

Les antiasthmatiques sont prescrits à 60% (3) de façon non-stop et à 40% (2) de façon indéterminée.

Les antiasthmatiques sont un nouveau médicament et non un traitement reconduit dans 100% (5) des cas ( $p=0,06$ ).

Tous les antiasthmatiques sont distribués sous leur forme originale de spray.

Les antiasthmatiques sont prescrits dans 56% (5) des cas à la première consultation, dans 33% (3) des cas à la deuxième consultation, et dans 11% (1) lors des consultations ultérieures ( $p=0,9$ ).

40% (2) des antiasthmatiques sont administrés à des hommes, contre 60% (3) à des femmes ( $p=0,001$ ).

Aucune autre analyse ne fournit de résultats statistiquement significatifs.

### **Antiviraux**

Ce groupe de médicaments est composé en totalité de substances anti-HIV.

Les antiviraux représentent 1,6% (9) des prescriptions de l'ensemble des consultations ou 1,7% (6) des prescriptions de la première consultation. Si l'on ne retient que les patients de moins de 40 ans, les antiviraux représentent 1,2% (3) des prescriptions de la première consultation, contre 0% des prescriptions à la PMG dans les mêmes conditions.

Les antiviraux sont prescrits à 100% (6) de façon non-stop.

Les antiviraux sont un ancien traitement dans 100% (6) des cas ( $p=0,06$ ).

Aucune autre analyse ne fournit de résultats statistiquement significatifs.

## **Vitamines**

Les vitamines représentent 0,7% (4) des prescriptions de l'ensemble des consultations ou 1,1% (4) des prescriptions de la première consultation. Si l'on ne retient que les patients de moins de 40 ans, les vitamines représentent 1,7% (4) des prescriptions de la première consultation, contre 1,5% (8) des prescriptions à la PMG dans les mêmes conditions.

Les diagnostics les plus fréquemment associés à la prescription de vitamines sont la tuberculose à 50% (2), et la dépendance à l'alcool à 50% (2).

Les vitamines sont prescrites à 25% (1) pendant une semaine, à 50% (2) pour deux semaines et à 25% (2) pour nonante jours.

Les vitamines sont un nouveau médicament et non un traitement reconduit dans 25% (1) des cas, et un ancien traitement dans 75% (3) des cas ( $p=0,3$ ).

50% (2) des vitamines sont prescrits à des patients avouant une dépendance à l'alcool, contre 50% (2) à des patients n'avouant aucune toxicodépendance.

Aucune autre analyse ne fournit de résultats statistiquement significatifs.

## **Traitements à visée ORL**

Les traitements à visée ORL représentent 1% (6) des prescriptions de l'ensemble des consultations ou 1,1% (4) des prescriptions de la première consultation. Si l'on ne retient que les patients de moins de 40 ans, les médicaments à visée ORL représentent 0,8% (2) des prescriptions de la première consultation, contre 5,2% (28) des prescriptions à la PMG dans les mêmes conditions.

Les diagnostics les plus fréquemment associés à la prescription de médicaments à visée ORL sont la rhino-pharyngite aiguë à 25% (1), la rhinite allergique à 25% (1), la sinusite chronique à 25% (1), et d'autres maladies du nez et des sinus à 25% (1).

Les traitements à visée ORL sont un nouveau médicament et non un traitement reconduit dans 75% (3) des cas ( $p=0,049$ ). On ignore ce qu'il en est dans 25% (1) des cas.

Tous les médicaments à visée ORL sont distribués sous leur forme originale de comprimé, gouttes ou spray.

Aucune autre analyse ne fournit de résultats statistiquement significatifs.

### **Spasmolytiques digestifs et antinauséux**

Les spasmolytiques digestifs représentent 1,7% (10) des prescriptions de l'ensemble des consultations ou 2,3% (8) des prescriptions de la première consultation. Si l'on ne retient que les patients de moins de 40 ans, les spasmolytiques digestifs représentent 2,5% (6) des prescriptions de la première consultation, contre 3,7% (20) des prescriptions à la PMG dans les mêmes conditions.

Les diagnostics les plus fréquemment associés à la prescription de spasmolytiques digestifs sont la dépendance aux opiacés à 25% (2), un côlon irritable à 25% (2), des complications de soins médicaux ou chirurgicaux à 12,5% (1), la rééducation de personnes ayant présenté un abus de drogues ou de substances à 12,5% (1), et inconnus dans 25% (2) des cas.

Les spasmolytiques digestifs sont prescrits à 37,5% (3) pendant une semaine, à 37,5% (3) pour deux semaines et à 25% (2) pour trois semaines.

Les spasmolytiques digestifs sont un nouveau médicament et non un traitement reconduit dans 87,5% (7) des cas et un ancien traitement dans 12,5% (1) des cas ( $p=0,07$ ).

Les spasmolytiques digestifs sont administrés dans 62,5% (5) des cas à raison de 3x/jour, dans 12,5% (1) des cas à raison de 4x/jour. On ignore ce qu'il en est dans 25% (2) des cas ( $p=0,02$ ).

Aucune autre analyse ne fournit de résultats statistiquement significatifs.

### **Vasoprotecteurs et antihémorroïdaires**

Les vasoprotecteurs et antihémorroïdaires représentent 0,5% (3) des prescriptions de l'ensemble des consultations ou 0,6% (2) des prescriptions de la première consultation. Si l'on ne retient que les patients de moins de 40 ans, les vasoprotecteurs et antihémorroïdaires représentent 0,8% (2) des prescriptions de la première consultation, contre 2,6% (14) des prescriptions à la PMG dans les mêmes conditions.

Les vasoprotecteurs et antihémorroïdaires sont prescrits à 100% (2) pour des hémorroïdes internes.

Tous les vasoprotecteurs et antihémorroïdaires sont distribués sous leur forme originale d'onguent, crème ou suppositoire.

Aucune autre analyse ne fournit de résultats statistiquement significatifs.

### **Antidiabétiques**

Les antidiabétiques représentent 0,3% (2) des prescriptions de l'ensemble des consultations ou 0,6% (2) des prescriptions de la première consultation. Si l'on ne retient que les patients de moins de 40 ans, les antidiabétiques représentent 0% des prescriptions de la première consultation, contre 0,6% (3) des prescriptions à la PMG dans les mêmes conditions.

Aucune autre analyse ne fournit de résultats statistiquement significatifs.

### **Antimycobactéries**

Les antimycobactéries représentent 0,2% (1) des prescriptions de l'ensemble des consultations ou 0,3% (1) des prescriptions de la première consultation. Si l'on ne retient que les patients de moins de 40 ans, les antimycobactéries représentent 0,4% (1) des prescriptions de la première consultation, contre 0,7% (4) des prescriptions à la PMG dans les mêmes conditions.

Aucune autre analyse ne fournit de résultats statistiquement significatifs.

### **Hypolipémiants**

Les hypolipémiants représentent 0,2% (1) des prescriptions de l'ensemble des consultations ou 0,3% (1) des prescriptions de la première consultation. Si l'on ne retient que les patients de moins de 40 ans, les hypolipémiants représentent 0% des prescriptions de la première consultation, et 0% des prescriptions à la PMG dans les mêmes conditions.

Aucune autre analyse ne fournit de résultats statistiquement significatifs.

### **Vaccins**

Durant la période de notre étude, aucun vaccin n'a été administré à la prison de Champ-Dollon, ni à la PMG, du moins en ce qui concerne les patients âgés de moins de 40 ans.

### **Phytothérapie et tisanes**

Durant la période de notre étude, aucun traitement phytothérapeutique n'a été prescrit à la prison de Champ-Dollon, alors qu'un tel traitement a été prescrit chez 1,1% (6) des patients âgés de moins de 40 ans à la PMG.

## Placebo

Durant la période de notre étude, aucun placebo n'a été administré à la prison de Champ-Dollon, de même qu'à la PMG, du moins en ce qui concerne les patients âgés de moins de 40 ans.

## Traitements hormonaux

Durant la période de notre étude, aucun traitement hormonal n'a été prescrit à la prison de Champ-Dollon, alors qu'un tel traitement a été prescrit chez 0,6% (3) des patients âgés de moins de 40 ans à la PMG.

## Antigrippaux (mucolytiques, expectorants, préparations composées)

Durant la période de notre étude, aucun traitement antigrippal n'a été prescrit à la prison de Champ-Dollon, alors qu'un tel traitement a été prescrit chez 0,9% (5) des patients âgés de moins de 40 ans à la PMG.

**Tableau 7.** Comparaison entre Champ-Dollon et la PMG de la prescription aux hommes de moins de 40 ans de certaines substances.

<i>Substances</i>	<i>PMG (n=151 patients)</i>	<i>Champ-Dollon (n=113 patients)</i>	<i>p</i>
<i>AINS</i>	33 (21,9%)	12 (10,6%)	0,016
<i>Analgésiques (toute sorte)</i>	56 (37,1%)	27 (23,9%)	0,02
<i>Antiacides et antiulcéreux</i>	10 (6,6%)	2 (1,8%)	0,06
<i>Traitements dermatologiques</i>	5 (3,3%)	12 (10,6%)	0,017

**Tableau 8.** Comparaison entre Champ-Dollon et la PMG de la probabilité pour les hommes de moins de 39 ans de vivre en couple ou séparé.

Mode de vie	PMG (n=151 patients)	Champ-Dollon (n=113 patients)	p
Vivant en couple	50 (36,5%)	25 (22,5%)	0,01
Vivant séparé	2 (1,5%)	8 (7,2%)	0,02

**Tableau 9.** Cinq premiers diagnostics par ordre décroissant de fréquence de prescription à la PMG et à Champ-Dollon chez les hommes de moins de 39 ans. Pour chaque affection sont indiqués le nombre relatif et, entre parenthèses, le nombre absolu de prescriptions; pour certaines affections est indiqué entre parenthèse le détail des diagnostics regroupés sous cette appellation.

<i>Champ-Dollon (n=198 prescriptions)</i>	<i>PMG (n=250 prescriptions)</i>
<b>Affection psychiatrique (sans abus de substances) 18% (36)</b> (épisode dépressif [1], trouble anxieux [24], trouble mentaux et du comportement [5], schizophrénie [2], trouble délirant [1], psychose non organique [3])	<b>Lombalgies 17.2% (43)</b>
<b>Insomnie 13,6% (27)</b>	<b>Affection ORL 12% (31)</b> (infection des voies respiratoires supérieures [23], sinusite aiguë [6], sinusite chronique [1], otite moyenne [1])
<b>Affection dermatologique 9% (18)</b> (dermite [2], anhydrose [5], mycose superficielle [5], acné [6])	<b>Affection digestive 10% (26)</b> (oesophagite, reflux gastro-oesophagien et maladie ulcéreuse gastro-duodénale [20], iléus [3], côlon irritable [3])
<b>Affection rhumatologique 6,1% (12)</b> (lésion de l'épaule [2], myalgie [5], douleur thoracique [3], douleur articulaire [1], lumbago [1])	<b>Affection rhumatologique (sans lombalgies) 8,2% (21)</b> (myalgies [5], douleurs thoraciques [5], douleurs articulaires [4], torticolis [2], épicondylite [2], lésion de l'épaule [1], contractures musculaires [2])
<b>Céphalées (présümées de tension) et migraines 4% (8)</b>	<b>Affection psychiatrique (sans abus de substances) 6,4% (16)</b> (épisode dépressif sans précision [5], schizophrénie [1], trouble anxieux [10])

Les aspects suivants sont enfin à relever (concernant toutes les prescriptions) :

- les myorelaxant ne sont que rarement prescrit à Champ-Dollon pour le traitement des lombalgies;

- le traitement médicamenteux des affections rhumatologiques à Champ-Dollon repose essentiellement sur les AINS et le paracétamol, alors qu'il est plus diversifié à la PMG (25 substances différentes, dont le paracétamol, des myorelaxants, du magnésium et du tramadol);
- le traitement des affections ORL est de même plus diversifié à la PMG qu'à Champ-Dollon (18 substances différentes à la PMG contre 5 à Champ-Dollon);
- aucun antidépresseur n'a été prescrit à Champ-Dollon comme nouveau traitement.

**Tableau 10.** Présence de toxicomanie intraveineuse (iv) et de toxicomanie sous toute autre forme en fonction de la nationalité chez tous les détenus. Dans chaque case est indiqué le nombre de détenus dans les deux catégories définies en tête de colonne et séparées par un “/”, en nombre absolu et, entre parenthèses, en fréquence relative. NS= non significatif. Le terme “toxicomanie iv” comprend la cocaïne et l’héroïne injectées par voie intraveineuse. Le terme “toxicomanie sous toute autre forme” regroupe la prise régulière de cocaïne, d’héroïne, de benzodiazépine ou d’alcool, par toute voie d’administration.

	<i>Toxicomanie iv</i> <i>oui/non</i>	<i>Toxicomanie sous toute autre forme</i> <i>oui/non</i>
<i>Nationalité suisse</i> <i>(n=41)</i>	14/27 (34,1%/65.9%) p=0,003	23/18 (56.1%/43.9%) p=0,001
<i>Nationalité européenne</i> <i>(n=108)</i>	24/84 (22,2%/77.8%) p=0.095	NS

A noter enfin que les analyses en fonction du sexe ou de l’état civil ne donnent pas de résultats statistiquement significatifs.

**Tableau 11.** Nombre moyen de médicaments prescrits (total des prescriptions, médicaments psychotropes et non psychotropes) et nombre moyen de visites en fonction de certaines caractéristiques des 179 détenus vus en consultation. Entre parenthèses est indiqué le nombre de détenus dans les deux catégories définies dans chaque ligne. Le terme “toxicomanie iv” comprend la cocaïne et l’héroïne injectées par voie intraveineuse. Le terme “toxicomanie sous toute autre forme” regroupe la prise régulière de cocaïne, d’héroïne, de benzodiazépines ou d’alcool, par toute voie d’administration.

	<i>Nombre moyen de médicaments prescrits</i>	<i>Nombre moyen de médicaments psychotropes prescrits</i>	<i>Nombre moyen de médicaments non psychotropes prescrits</i>	<i>Nombre moyen de visites</i>
<i>Nationalité africaine oui / non (41)/(138)</i>	1,0/1,5 p= 0,037	0,5/1 p<0,001	NS	1,1/1,6 p<0,001
<i>Homme/Femme (157)/(22)</i>	2,2/1,8 NS	0,9/1,2 p=0,051	NS	1,4/1,9 p=0,009
<i>Nationalité européenne oui/non (124)/(55)</i>	NS	1/0,7 p=0,009	NS	1,6/1,3 p=0,009
<i>Nationalité suisse oui/non (37)/(142)</i>	2,3/1,8 p=0,03	1,4/0,7 p=0,000	NS	NS
<i>Vivant séparé oui/non (29)/(150)</i>	NS	NS	NS	1,9/1,4 p=0,021
<i>Vivant en couple oui/non (51)/(126)</i>	NS	NS	0,8/1,1 p=0,05	NS
<i>Célibataire oui/non (97)/(82)</i>	NS	NS	NS	1,3/1,6 p=0,019

<i>Age en années</i> >54/<54 (23)/(156)	NS	NS	NS	2,5/1,4 p=0,033
<i>Age en années</i> >40/<40 (56)/(123)	2,3/1,7 p=0,031	NS	1,4/0,8 p=0,04	NS
<i>Toxicomanie iv</i> <i>oui/non</i> (31)/(148)	2,8/1,7 p=0,000	1,7/0,7 p=0,000	NS	NS
<i>Toxicomanie sous</i> <i>toute autre forme</i> <i>oui/non</i> (56)/(123)	2,4/1,6 p=0,000	1,4/0,6 p=0,000	NS	NS
<i>Total (n=179)</i>	1,9	0,91	0,96	1,5

Note 1: L'âge inférieur à 40 ans pour l'analyse de beaucoup de médicaments a été retenu pour pouvoir comparer la PMG à la prison de Champ-Dollon, les groupes étant à ce moment-là comparables. L'analyse des patients âgés de plus ou moins de 54 ans dans le tableau 11 a été effectuée uniquement pour voir si l'âge avait une influence sur les paramètres étudiés.

Note 2: Le fait que les patients présentant une toxicomanie intraveineuse ou sous toute autre forme reçoivent davantage de médicaments psychotropes mais ne demandent pas plus de visite médicale en moyenne s'explique par le fait que ces patients présentent la plupart du temps une polytoxicomanie, incluant benzodiazépines, opiacés et fréquemment une prescription à l'extérieur d'antidépresseurs ou de neuroleptiques. Les médicaments psychotropes sont donc introduits simultanément à l'entrée, sans forcément de consultation supplémentaire, dans le souci soit de remédier aux symptômes de sevrage, soit de poursuivre le même traitement qu'à l'extérieur.

**Tableau 12.** Nombre absolu et, entre parenthèses, fréquence des diagnostics posés lors des 354 prescriptions des détenus vus en première consultation, traitement administré et caractéristiques de ce traitement: forme galénique (cp=comprimé, caps=capsule), traitement non-stop, fréquence d'administration, mode d'administration (régulière [rég] ou traitement en réserve [R]). Entre parenthèses est indiqué le nombre de traitements dans la colonne "Traitement".

	<i>Fréquence du diagnostic</i>	<i>Traitement</i>	<i>Forme galénique</i>	<i>Traitement non stop</i>	<i>Fréq. d'administration</i>	<i>Mode d'administration</i>
<i>Acné</i>	7 (2%)	Dalacin (6) Lubex (1)	onguent onguent		2x/j 2x/j	rég rég
<i>Affection cardiologique</i>	4 (1,1%)	Aspirine (2) Trinitrine (2)	cp caps	oui oui	1x/j 2x/j	rég rég
<i>Affection dermatologique</i>	29 (8,4%)	Daivonex (1) Dalacin (6) Dermacal (3) Elocom (1) Emovate (1) Excipial (3) Locacortène (1) Lubex (1) Nizoral (2) Pevaryl (5) Unguentum (4) Zolben (1)	onguent onguent onguent onguent onguent onguent onguent onguent onguent onguent onguent onguent	non non non non non non non non non non non non	2x/j 2x/j 2x/j 2x/j 2x/j 2x/j 2x/j 2x/j 2x/j 2x/j 2x/j 2x/j	rég rég rég R rég rég R rég rég rég rég R
<i>Affection digestive</i>	16 (4,5%)	Alucol (1) Eucarbon (1) Flatulex (1) Parafon (2) PED (3) Sirop figues (1) Spasmoca (2) Zantic (5)	liquide cp cp cp liquide liquide cp cp	non non non non non non non non	selon recom- manda- tions	rég rég rég R R rég rég

<i>Affection rhumatologique</i>	21 (6%)	Ecofenac (1) Floxapen (1) Olfen (1) Ponstan (1) Sirdalud (1) Zolben	cp cp crème cp cp cp	non non non non non non	3x/j 3x/j 2x/j 3x/j 2x/j 3x/j	R rég rég rég rég rég
<i>Affection traumatologique</i>	9 (2,5%)	Ecoprofen (4) Floxapen (1) Néodécongestine (1) Ponstan (1) Voltarène (1) Zolben (1)	cp cp onguent cp cp cp	non non non non non non	3x/j 3x/j 1x/j 3x/j 2x/j 4x/j	rég rég rég R rég rég
<i>Céphalées</i>	16 (4,5%)	Aspirine (1) Cafergot (1) Ecoprofen (2) Fortalis (1) Ponstan (2) Sirdalud (1) Zolben (8)	cp cp cp onguent cp cp cp	non oui non non non non non	3x/j 3x/j 3x/j 3x/j 3x/j 3x/j 3x/j	R R R R R R R
<i>HIV</i>	7 (2%)	3 TC (1) Bactrim (1) Videx (1) Invirase (1) Retrovir (2)	cp cp cp cp cp	oui oui oui oui oui	selon recom- manda- tions	rég rég rég rég rég
<i>Hypertension artérielle</i>	10 (2,8%)	Adalat (1) Hygroton (1) Lasix (1) Plendil (1) Reniten (2) Tenormin (2) Vesdil (1) Zestril (1)	cp cp cp cp cp cp cp cp	oui oui oui oui oui oui oui oui	tous 1x/j sauf Vesdil 3xj	rég rég rég rég rég rég rég rég

<i>Infection des voies respiratoires supérieures</i>	9 (2,5)	Augmentin (2)	cp	non	3x/j	rég
		Decatyl (1)	cp	non		rég
		Ponstan (2)	cp	non	3x/j	R
		Prorhinel (2)	gouttes	non	1x/j	rég
		Zolben (2)	cp	non	3x/j	rég
<i>Insomnie</i>	43 (12,1%)	Chloral (16)	dilué	non	1x/j	rég
		Dalmadorm (14)	dilué	non	1x/j	rég
		Dormicum (1)	dilué	non	1x/j	rég
		Stilnox (10)	dilué	non	1x/j	rég
		Valium (1)	dilué	non	1x/j	rég
<i>Lumbago</i>	5 (1,4%)	Ecopropene (3)	cp	non	3x/j	rég
		Sirdalud (1)	cp	non	2x/j	rég
		Zolben (1)	cp	non	4x/j	rég
<i>Anxiété</i>	35 (11,3%)	Lexotanil (15)	caps	non	3x/j	rég
		Melleril (2)	cp dilué	non	1x/j	rég
		Temesta (17)	caps	non	2x/j	rég
		Seresta (1)	caps	non	2x/j	rég
<i>Dépendance à l'alcool</i>	7 (2%)	Becozyme (2)	caps ou	non	2x/j	rég
		Seresta (3)	cp	non	1-4x/j	rég
		Tegretol (1)		non	1x/j	rég
		Temesta (1)		non	6x/j	rég
<i>Dépendance aux opiacés</i>	37 (10%)	Imodium (1)	cp	oui	3x/j	R
		Méthadone (23)	cp dilué	oui	1x/j	rég
		Parafon (5)	cp	oui	3x/j	rég
		Primpéran (3)	cp	oui	3x/j	rég
		Rivotril (3)	cp dilué	oui	4x/j	rég
		Seresta (2)	cp	oui	1x/j	rég
<i>Dépendance aux sédatifs ou aux hypnotiques</i>	25 (7%)	Halcion	cp	non	1x/j	rég
		Lexotanil	cp	non	3x/j	rég
		Rivotril	dilué	non	2-6x/j	rég
		Temesta	cp	non	2x/j	rég

<i>Dépression</i>	8 (2,2%)	Deanxit (1)	dilué	oui	1x/j	rég
		Deroxat (1)	dilué	oui	1x/j	rég
		Fluctine (1)	dilué	oui	1x/j	rég
		Fluanxol (1)	dilué	oui	1x/j	rég
		Lexotanil (1)	cp	oui	3x/j	rég
		Melleril (1)	dilué	oui	2x/j	rég
<i>Affection psychiatri- que</i>	134 (38%)	Chloral (1)	dilué	oui	1x/j	rég
		Deanxit (1)	dilué	oui	1x/j	rég
		Deroxat (1)	dilué	oui	1x/j	rég
		Entumine (1)	cp	non	1x/j	rég
		Fluanxol (3)	dilué	oui	1x/j	rég
		Fluctine (2)	dilué	oui	1x/j	rég
		Leponex (2)	dilué	oui	1x/j	rég
		Lexotanil (17)	cp	non	3x/j	rég
		Melleril (5)	dilué	oui	1x/j	rég
		Prazine (2)	dilué	oui	1x/j	rég
		Surmontil (1)	cp	non	1x/j	rég
		Temesta (17)	cp	non	2x/j	rég
		Akineton (2)	cp	oui	1x/j	rég
		Haldol (2)	dilué	oui	1x/j	rég
		Nozinan (2)	dilué	oui	1x/j	rég
		Seresta (2)	cp	oui	2x/j	rég

**Tableau 13.** Médicaments non-psychotropes les plus fréquemment prescrits sur 354 prescriptions à la première consultation. Les groupes de médicaments sont définis selon la classification de l’OMS (1997). Leur fréquence est indiquée en nombre absolu et, entre parenthèses, en pourcentage. Dans la troisième colonne, les chiffres entre parenthèses indiquent les nombres absolus.

<i>Médicaments</i>	<i>Fréquence</i>	<i>Substances actives</i>
AINS	24 (6,8%)	ibuprofène (14), diclofénac (3), acide méfénamique (7)
Paracétamol	24 (6,8%)	paracétamol
Myorelaxants	9 (2,5%)	tizanidine (2), chlorzoxazone (7)
Antibiotiques	10 (2,8%)	flucloxacilline (1), amoxicilline et inhibiteur d’enzyme (2), triméthoprime (1), clindamycine (6)
Antiviraux	6 (1,7%)	zidovudine (2), lamivudine (1), saquinavir (1), ritonavir (1), didanosine (1)
Antimycobactéries	1 (0,3%)	isoniazide (1)
Cardiotropes	10 (2,8%)	dérivés nitrés (2), chlortalidone (1), furosémide (1), amlodipine (1), nifédipine (1), énalapril (2)
Hypolipémiants	1 (0,3%)	Fenofibrate
Antacides et antiulcéreux	8 (2,3%)	ranitidine (5), aluminium et magnésium (3)
Laxatifs	6 (1,7%)	séné (2), ispagule (1), paraffine (3)
Spasmolytiques digestifs	8 (2,3%)	métoclopramide (5), butylscopolamine (3)
Vasoprotecteurs et antihémorroïdaires	2 (0,6%)	tribénoside (2)
Antiasthmatiques	5 (1,4%)	salbutamol (5)
Emollients dermatologiques	7 (2%)	paraffine (4), acide salicylique (3)

Traitements à visée ORL	4 (1,1%)	acide cromoglicique (1), dequalinium (1), éphédrine (2)
Antidiabétiques	2 (0.6%)	metformine (1), glimépiride (1)
Vitamines	3 (0,8%)	cholécalférol (1), complexe B (1), pyridoxine (1)

**Tableau 14.** Comparaison des profils de prescription des médicaments classés par grands groupes entre la PMG et Champ-Dollon.

<i>Médicaments</i>	<i>Fréquence à Champ-Dollon</i>	<i>Fréquence à la PMG</i>
Analgésiques (AINS et paracétamol) et myorelaxants	16,1%	28%
Cardiotropes	2,8%	18%
Antidiabétiques et hypolipémifiants	0,9%	10%
Antacides, spasmolytiques et laxatifs	6,3%	10%
Psychotropes	46,3%	8%
Autres	27,6%	26%

## 13. Discussion

### **AINS**

Les AINS représentent 6,2% des prescriptions de la première consultation chez les patients de moins de 40 ans à Champ-Dollon. Ce pourcentage est plus faible que celui qui a été décrit dans d'autres études: 12,2% à la PMG (11), 17% dans un centre de santé finlandais (49).

Si l'on s'intéresse aux patients dans leur ensemble, la même constatation s'applique: les AINS représentent 6,8% des prescriptions de la première consultation à Champ-Dollon (prescrits à 13,4% des patients), contre 2,6% dans une étude néo-zélandaise, 8,3% dans un centre médical d'accueil parisien (48), 8,6% de la population générale dans les Pays-Bas (47), 12,3% dans un centre de soins de santé de première intention en Afrique du Sud (46), et 20% à la PMG (11).

Un biais peut exister concernant l'âge des patients, car la population carcérale de Champ-Dollon a une moyenne d'âge de 33 ans et 10 mois; or, il a été montré (49) que la consommation d'AINS augmente avec l'âge, et que les plus gros utilisateurs sont les patients âgés de plus de 75 ans.

Cependant, si l'on considère le pourcentage de patients recevant des AINS, on voit également (Tableau 7) que 10,6% des patients hommes (âge<39) de Champ-Dollon en ont reçu, contre 21,9% à la PMG ( $p=0,016$ ), ce qui est en accord avec les résultats décrits ci-dessus.

Cette différence entre Champ-Dollon et la PMG pourrait s'expliquer par le fait que l'équipe infirmière de Champ-Dollon a l'autorisation de distribuer de l'ibuprofène (Ecoprofen®) durant 3 jours sans ordre médical. Relevons toutefois que l'ibuprofène existe aussi dans le commerce sans ordonnance médicale (Norofen®), ce qui permet de penser que les chiffres concernant les prescriptions médicales d'AINS à la population genevoise vivant en liberté sont également sous-évalués.

25% des AINS sont prescrits pour des lésions traumatiques. Si l'on se réfère au Tableau 4, on constate que 85,7% des patients chez qui l'on a posé un diagnostic traumatologique reçoivent des AINS ( $p=0,02$ ). Il s'agit d'une indication reconnue selon le Compendium suisse des médicaments et largement répandue dans la pratique courante, mais controversée car non dénuée d'effets secondaires, et pas forcément supérieure au paracétamol selon certains auteurs (48). L'alternative des antalgiques opioïdes étant à éviter chez beaucoup de détenus qui présentent une toxicomanie, l'emploi des AINS peut constituer cependant une bonne solution.

Les AINS représentent le traitement unique des lombalgies à la prison de Champ-Dollon ( $p<0,001$ ), sans association avec des myorelaxants. Ce dernier traitement est couramment employé dans la pratique, mais n'est pas basé sur des preuves existant dans la littérature médicale. L'effet antalgique des myorelaxants ne semble pas plus important que celui des AINS, et il n'a pas été démontré que l'association de substances appartenant à ces deux groupes représentait un bénéfice (11).

La majorité (86%) des AINS sont prescrits pour une ou deux semaines à une fréquence journalière qui semble conforme aux recommandations, ce qui permet de réduire de manière optimale les risques d'effets secondaires, hémorragies digestives en tête (50).

La majorité (87,5%) des prescriptions d'AINS représentent un traitement qui a été introduit à la prison et non un traitement reconduit, ce qui est en accord avec la finalité de traitement ponctuel des AINS.

Presque trois quarts (71%) des AINS sont prescrits à la première consultation, mais 73% des prescriptions d'AINS ont lieu au-delà du trentième jour d'incarcération. Bien que ces résultats ne soient pas statistiquement significatifs ( $p=0,9$  et  $0,07$  respectivement), ils indiquent qu'il n'existe pas de tendance accrue à la prescription d'AINS durant les premiers jours de l'incarcération, ce qui ne permet donc pas de mettre en évidence des arrestations "musclées" ou des mauvais traitements dans les postes de police par ce biais. Cette conclusion doit cependant être prise avec prudence, car le fait que 87,5% des AINS soient introduits à la prison de Champ-Dollon et seulement 12,5% soient un traitement reconduit pourrait laisser penser qu'un événement traumatique a eu lieu récemment. D'autre part, toutes les violences policières ne débouchent pas forcément sur un traitement d'AINS, mais aussi parfois de glace locale, ou simplement de réassurance verbale. Le moyen le plus sûr et le plus direct d'établir une proportion de violence policière serait certainement de poser directement et systématiquement la question au patient, ce qui se fait actuellement (novembre 2003), grâce à une nouvelle présentation des dossiers médicaux.

63% des AINS sont prescrits à des patients célibataires, séparés, divorcés ou veufs. Il apparaît donc que le fait de vivre en couple semble "protéger" de la prescription d'AINS. Une interprétation possible est que le couple est un facteur de stabilité existentielle, mettant à l'abri de la violence et par là-même des lésions traumatiques.

Notre collectif de patients est malheureusement trop faible pour que nous puissions mettre en évidence une quelconque relation entre toxicomanie et emploi d'AINS ( $p=0,5$ ), ce qui ne nous permet ni d'infirmer ni de confirmer l'idée généralement reçue selon laquelle les toxicomanes seraient de grands demandeurs de traitements antalgiques (10).

Les résultats concernant l'influence du sexe du patient sur la prescription d'AINS ne sont pas statistiquement significatifs ( $p=0,5$ ). Cela est en désaccord avec les résultats d'une étude qui montre que les femmes en sont de plus grandes consommatrices que les hommes (46).

Dans tous les cas, les AINS sont distribués aux détenus sous leur forme originale et non diluée.

## **Paracétamol**

Comme à la PMG, le paracétamol est le médicament antalgique le plus fréquemment prescrit. Il représente 7,4% des prescriptions à la prison de Champ-Dollon et 10,4% des prescriptions à la PMG.

Comme pour les AINS, ce pourcentage peut être biaisé vers le bas si l'on prend en compte le fait que l'équipe infirmière a l'autorisation de prescrire du paracétamol (Acétalgine®) durant 3 jours jusqu'à six fois par jour sans ordre médical. Par ailleurs, le paracétamol s'obtient également en vente libre en pharmacie, ce qui peut engendrer un pourcentage de prescription à la PMG ne reflétant pas exactement la consommation de paracétamol en liberté. La

puissance des résultats est limitée en ce qui concerne la question de savoir si le paracétamol est un traitement reconduit ou ancien.

Tout le paracétamol distribué l'est sous sa forme originale.

La seule analyse statistiquement significative ( $p=0,003$ ) est celle qui concerne la différence de fréquence de prescription en fonction du médecin prescripteur, le généraliste A prescrivant beaucoup plus souvent le paracétamol que le généraliste B.

## **Acide acétylsalicylique**

La fréquence d'administration d'acide acétylsalicylique est plus faible à Champ-Dollon qu'à la PMG puisque cette substance n'est pas prescrite en prison et qu'elle représente 1,8% des prescriptions faites aux patients âgés de moins de 40 ans à la PMG.

Cette différence n'est sans doute pas l'objet de biais, car l'équipe infirmière de la prison n'a pas l'autorisation de délivrer de l'acide acétylsalicylique sans ordre médical.

## **Tramadol**

Le tramadol, seul analgésique opioïde employé à Champ-Dollon, n'est pas prescrit lors de la première consultation. Il l'est en revanche dans 0,6% des premières consultations à la PMG. L'emploi du tramadol lors des consultations ultérieures à Champ-Dollon est très parcimonieux (0,5%) et, de plus, n'intervient pas avant la troisième consultation. Ceci traduit sans doute le souci des médecins prescripteurs d'employer tout d'abord des analgésiques qui ne peuvent pas créer de dépendance ou procurer un effet apparenté à celui des opiacés. Le nombre de prescriptions de tramadol est si faible que l'on ne peut retrouver d'analyses statistiquement significatives.

## **Analgésiques non opioïdes par voie orale (ANOVO)**

En créant un groupe de médicaments constitué des AINS, du paracétamol et de l'acide acétylsalicylique (à l'exclusion des analgésiques opioïdes), nous pouvons nous faire une idée plus globale du traitement de la douleur à Champ-Dollon et nous autoriser certaines comparaisons avec des études antérieures. On retiendra que les ANOVO représentent 14,1% des prescriptions de la première consultation pour les patients hommes de moins de 39 ans contre 25,6 % à la PMG.

Une étude de 1984 (38) a montré une prescription d'antalgiques plus importante en prison qu'en liberté mais, dans la prison anglaise étudiée, tous les antalgiques, même mineurs, ont fait l'objet d'un recensement, ce qui n'est pas le cas de la présente étude.

En 1985, Zimmermann et Von Allmen (37) trouvent que 22% des patients recevaient des prescriptions antalgiques lors des premières consultations à la prison de Champ-Dollon. Si l'on inclut dans notre étude les patients des deux sexes et de tout âge, nous parvenons à un résultat semblable de 26,3% (n=47 patients).

Néanmoins, il ne faut pas oublier que la distribution de médicaments sans ordre médical par l'équipe infirmière de la prison de Champ-Dollon ne peut pas excéder une durée de trois jours. La quantité de médicaments délivrée par cette méthode est donc de faible importance, et si le traitement par cette substance se prolonge au-delà de trois jours, celui-ci sera alors comptabilisé dans notre étude.

Ces différentes considérations nous amènent à penser que, malgré des méthodes de comptage des médicaments différentes, on peut affirmer que la prescription d'antalgiques mineurs, c'est-à-dire d'antalgiques non opioïdes administrés par voie orale, n'a pas beaucoup augmenté par rapport à la prescription des autres classes de médicaments à Champ-Dollon.

Toutefois, nos résultats s'expriment en pourcentage des prescriptions totales. Si, comme l'affirme l'équipe infirmière de Champ-Dollon sans pouvoir donner de chiffres à l'appui, le volume global des prescriptions médicamenteuses a augmenté ces dernières années, le nombre absolu d'antalgiques non opioïdes pourrait donc également avoir augmenté sans que cela ne se reflète obligatoirement dans les pourcentages.

Comme on le voit, la comparaison dans le temps ou avec d'autres établissements de la prescription d'analgésiques se heurte à des barrières méthodologiques. En demeurant prudent, on peut néanmoins conclure que la prescription d'analgésiques non opioïdes à Champ-Dollon semble ne pas être plus élevée que celle de la PMG, et que la proportion d'antalgiques non opioïdes par rapport à la prescription globale de Champ-Dollon semble être approximativement la même que celle de la prescription à Champ-Dollon d'il y a quinze ans. Le traitement de la douleur semble donc avoir la même importance à Champ-Dollon et à la PMG.

Dans le même ordre d'idées, on constate que les antalgiques sont davantage prescrits aux patients d'origine étrangère qu'aux patients helvétiques (31% contre 9,8%,  $p=0,007$ ). La même tendance peut être mise en évidence à la PMG, où 27,8% des patients suisses reçoivent des ANOVO contre 34,6% des patients de nationalité étrangère ( $p=0,007$ ). Peut-être s'agit-il là du reflet de la difficulté de communication médecin-malade créée par une barrière linguistique, et qui se solde par une plus importante prescription médicamenteuse, signe du médecin qu'il a compris que son patient souffre et qu'il essaie de l'aider.

Rappelons que les autres analyses ne donnent pas de résultats statistiquement significatifs, et qu'on ne peut en particulier démontrer aucune relation entre toxicodépendance et emploi d'antalgiques non opioïdes.

### **Myorelaxants**

Le pourcentage des prescriptions de cette classe de médicaments est comparable à Champ-Dollon (3,3%) et à la PMG (4,3%) chez les patients de moins de 40 ans.

Dans la majorité des cas, les myorelaxants sont un traitement introduit à la prison, dès la première ou la deuxième consultation, et pour environ une semaine.

En ce qui concerne l'indication, il s'agit surtout (55%) d'un sevrage d'opiacés, puis de spasmes et crampes musculaires et de dorsalgies et céphalées (45%). Les dorsalgies avec contractures musculaires paravertébrales et certaines céphalées de tension peuvent évoluer favorablement sous un traitement de myorelaxants. Il en va de même en ce qui concerne certains spasmes et crampes musculaires, qu'il aurait été souhaitable de définir plus précisément.

En revanche, l'indication à prescrire des myorelaxants dans le cadre d'un sevrage d'opiacés n'est pas clairement établie. On trouve dans la littérature deux études avec un petit collectif de patients qui tendraient à montrer que la tizanidine diminue les symptômes de sevrage d'héroïne, soit en monothérapie, soit en association avec le dextrométorphan (51, 52). Ces études devraient cependant être répétées à plus vaste échelle avant que l'on admette un bénéfice réel des myorelaxants lors du sevrage d'opiacés. L'hypothèse de travail émane en effet directement de la psychopharmacologie, et de l'effet agoniste alpha-2 adrénergique de la tizanidine.

### **Cardiotropes**

Créer un groupe de médicaments "cardiotropes" est certes discutable étant donné la grande diversité de ces médicaments et le nombre important d'indications possibles, cependant nous avons préféré agir de la sorte afin de ne pas fractionner un collectif déjà petit, et dont l'indication à Champ-Dollon est pratiquement unique. Chez les patients de moins de 40 ans, la fréquence de prescription d'un traitement cardiotrope est de 1,7% à Champ-Dollon contre 1,5% à la PMG, c'est-à-dire pratiquement identique.

L'indication principale à un traitement cardiotrope à la prison est l'hypertension artérielle. A ce sujet, nous formulerons plusieurs remarques.

Tout d'abord, même si le traitement antihypertenseur est le plus souvent un traitement instauré en ville et reconduit en prison, les médecins de prison sont attentifs à exercer une médecine préventive. Il reste à savoir si cette prévention est suivie par les patients, c'est-à-dire s'ils prendront leur traitement ou non, mais force est de reconnaître que, conformément au principe d'équivalence, ce traitement est au moins proposé.

Notons également que, dans 30% des cas, il ne s'agit pas de la simple reconduite d'un traitement introduit antérieurement à l'incarcération, mais bien d'un nouveau traitement, ce qui indique que le médecin de prison propose régulièrement le dépistage de l'hypertension artérielle. Nous constatons de plus que la moitié des prescriptions de cardiotropes se fait selon le mode "non-stop". Dans la mesure où l'on sait que le traitement d'affections cardio-vasculaires nécessite un suivi médical régulier afin d'apprécier l'efficacité de ce même traitement, on peut s'étonner de la fréquence de ce mode de prescription. Cette façon de faire pourrait toutefois s'expliquer par le fait que le médecin s'est contenté, dans ces cas, de reconduire un traitement anti-hypertenseur que le patient lui assurait être efficace, et pensait ne pas revoir son patient à cause de la durée incertaine de son incarcération. Il n'empêche que la prescription "non-stop" devrait être évitée au maximum, surtout dans le cadre d'affections potentiellement graves comme le sont les affections cardio-vasculaires.

La dernière remarque que l'on peut faire concerne une étude de 1996 (53) qui établit que les tensions artérielles systolique et diastolique sont plus hautes chez les personnes emprisonnées que chez les personnes libres, et semblent augmenter avec la durée de l'emprisonnement. L'étude incrimine les événements stressants de la vie carcérale et éventuellement un abus de substances comme étant les causes de cette hypertension artérielle.

De plus, les résultats de l'enquête suisse sur la santé des détenus de 1992-1993 (54) montrent qu'il n'y a pas de différence au niveau de la tension artérielle auto-déclarée entre la population carcérale et la population générale. On peut donc en conclure qu'une mesure de pression en prison trop élevée chez un patient non connu précédemment pour une hypertension artérielle, ne signifie pas forcément que le patient souffre d'une hypertension artérielle réelle, mais représenterait plutôt un phénomène que l'on pourrait rapprocher de l'hypertension factice dite "de cabinet". La distinction est de taille car, si l'hypertension artérielle réelle justifie un traitement et parfois des investigations paracliniques, l'hypertension factice ne nécessite qu'un suivi régulier avec des contrôles espacés de plusieurs mois, voire plusieurs années.

Etant donné que 20% seulement (n=2) des patients recevant un traitement cardiotrope reçoivent un traitement différent d'un traitement antihypertenseur, dans le cas présent antiangineux, nous renonçons à analyser ces données.

### **Antacides et antiulcéreux**

Les antacides et antiulcéreux, toutes classes confondues, représentent 1,2% des prescriptions chez les patients hommes de moins de 40 ans lors de la première consultation à Champ-Dollon, contre 6,5% à la PMG.

Ces résultats ne peuvent être comparés avec ceux d'autres études, qui font toutes état de chiffres plus élevés: ces études englobent en effet des patients âgés de plus de 40 ans, alors que l'on sait que la prescription d'antacides et de gastroprotecteurs augmente avec l'âge (55, 56). La différence existant entre la prison et la PMG reste toutefois surprenante, d'autant plus

que les douleurs abdominales sont un motif de consultation deux fois plus fréquent parmi les détenus que dans la population générale (54).

On constate une augmentation de prescriptions entre les données de 1984 et celles de notre étude, les médicaments des pathologies gastro-entérologiques étant prescrit à 6% des patients en 1984 contre 4,5% (antacides et antiulcéreux) ou au total 10,6% (antacides, antiulcéreux, laxatives, spasmolytiques) dans la présente étude, patients de plus de 40 ans compris.

Les hypothèses suivantes peuvent être avancées pour expliquer ces différences.

Tout d'abord, la population de patients de la PMG se compose de 63% de patients non suisses, dont une fraction importante de requérants d'asile (11). Ces derniers souffrent souvent d'un état de stress post-traumatique ou d'une dépression qui peuvent initialement se présenter sous la forme de troubles psychosomatiques, en particulier de douleurs abdominales de type épigastralgies. La population de patients de la PMG présente donc sans doute plus souvent que la population de patients ambulatoires en ville des troubles digestifs susceptibles de bénéficier d'une prescription d'antacides ou d'antiulcéreux: le pourcentage de prescription de ces substances serait donc artificiellement légèrement plus élevé que dans la population générale.

D'autre part, l'étude de 1984 à la prison de Champ-Dollon regroupe les médicaments gastro-entérologiques dans une seule comptabilisation. Le chiffre de 6% cité plus haut comprend donc des médicaments qui ne sont pas des antacides ou des antiulcéreux (laxatifs par exemple).

Enfin, ce même chiffre répertorie tous les médicaments gastro-entérologiques, y compris ceux délivrés par l'équipe infirmière sans ordre médical, alors que notre étude ne tient compte que des prescriptions médicales. Sachant que les infirmières sont autorisées à administrer cinq comprimés d'Alucol R par jour pendant trois jours sans ordre médical, il y a des raisons de supposer que le chiffre de 1,2% obtenu dans notre étude est fortement sous-évalué. Ces hypothèses seraient toutefois à vérifier lors d'une étude ultérieure.

Les diagnostics associés à la prescription d'antacides et d'antiulcéreux sont en accord avec les indications reconnues. On ne sait pas si les diagnostics anatomo-pathologiques d'ulcère, de gastrite ou d'hernie diaphragmatique ont été vérifiés par fibroscopie.

Dans notre étude, on ne retrouve pas d'association statistiquement significative avec des variables telles que le sexe ou l'âge, alors que ces associations sont clairement établies dans d'autres études (56). Par extrapolation, on peut penser que notre collectif de patients est trop faible pour mettre en évidence d'autres associations qui seraient intéressantes, comme avec une toxicodépendance ou la nationalité.

## **Laxatifs**

Les laxatifs représentent 0,8% du total des prescriptions de la première consultation chez les patients de moins de 40 ans à Champ-Dollon contre 2,8% à la PMG.

Ici aussi, ce chiffre risque d'être sous-évalué par rapport à la distribution réelle, puisque l'équipe infirmière a le choix entre trois laxatifs différents qu'elle peut distribuer pendant trois jours au total.

Les laxatifs sont prescrits à 83% des patients en prison depuis deux à trois mois, signe que la constipation est un problème qui n'apparaît pas immédiatement au début de l'incarcération. Ceci serait le cas si le patient était obligé d'aller à selles devant ses co-détenus, rencontrant

alors des problèmes “psychologiques” d’exonération dus à la promiscuité. Or, on l’a vu, les patients bénéficient à Champ-Dollon de WC dans la cellule dont la porte peut être fermée. Comme origine à la constipation que présentent les patients de Champ-Dollon qui ont fait l’objet d’une prescription médicale de laxatifs, on peut donc mettre en avant la sédentarité qu’entraîne la vie en cellule ou un régime pauvre en fibres.

### **Traitements dermatologiques**

Les traitements dermatologiques représentent 6,2% du total des prescriptions de la première consultation à Champ-Dollon, contre 1,9% à la PMG.

En d’autres termes (Tableau 6), 10,6% des patients de Champ-Dollon, soit 39 hommes, reçoivent un traitement à visée dermatologique, contre 3,3% à la PMG ( $p=0,017$ ). Un grand nombre des traitements à la prison sont prescrits pour le diagnostic d’hypohydrose.

Ce diagnostic très courant et le plus fréquemment banal est néanmoins l’occasion d’un commentaire plus général. Comme on le voit, les traitements dermatologiques sont plus fréquemment prescrits à la prison qu’à la policlinique. Or, s’il est habituellement admis que les prisonniers présentent plus souvent des infections cutanées que la population générale, la simple sécheresse de la peau n’a pas de raison d’être plus fréquente dans une catégorie de patients ou dans une autre. On peut donc en déduire que le taux de prescription à la prison est artificiellement plus élevé par rapport à celui de la population générale par le simple fait que les émoullients dermatologiques ne figurent pas dans la liste des médicaments délivrables sans ordre médical par l’équipe infirmière de la prison. En conséquence de quoi, chaque utilisation doit faire l’objet d’une consultation et d’une prescription médicales.

C’est ce même phénomène que l’on attendrait avec d’autres classes de médicaments, tel le paracétamol, si l’équipe infirmière n’avait pas l’autorisation d’en prescrire sans ordre médical, et que l’on retrouve du reste dans une étude (38) menée dans une prison anglaise où la prescription de paracétamol, aspirine, crème hydratante et trisilicate de magnésium (un antacide) apparaît plus élevée que dans la population générale.

Le principe d’équivalence, qui veut que les patients détenus bénéficient des mêmes soins que les patients libres, semble donc s’appliquer à Champ-Dollon en ce qui concerne l’accès aux traitements dermatologiques, dans la mesure où l’accès à ces médicaments (que l’on peut qualifier de médicaments de confort plus que de traitement de nécessité) est facile et fait l’objet de prescriptions fréquentes.

### **Antiasthmatiques**

Les antiasthmatiques représentent 1,2% des prescriptions à Champ-Dollon, contre 1,7% à la PMG (âge<40). Il s’agit d’un chiffre étonnamment bas si l’on se réfère aux statistiques (54) qui indiquent que “12% des détenus sont importunés par des problèmes d’asthme, contre 3 % auprès de la population générale”.

Cependant, les données de cette étude reposent essentiellement sur des diagnostics anamnestiques auprès des patients, correspondant dans le cas précis à la question suivante: “Souffrez-vous d’asthme?”. Le risque est donc grand de voir ce diagnostic représenté de manière excessive de par le simple fait que le patient attribuera à tort des symptômes respiratoires à ce qu’il pense être un asthme, alors qu’il souffre en réalité d’une autre affection. On ne peut donc pas tirer de conclusions définitives pour cette catégorie de médicaments.



## **Antiviraux**

Les médicaments antiviraux sont dans notre étude exclusivement des médicaments anti-HIV. Ils représentent 1,6% des prescriptions à Champ-Dollon (âge<40) contre 0% à la PMG.

Cette différence ne saurait être le fait d'une quelconque différence de prévalence de la séropositivité pour le HIV entre la population libre et la population carcérale, mais repose sur la réalité suivante: la prise en charge des patients HIV positifs à la PMG se fait dans un secteur spécialisé de l'hôpital cantonal de Genève, dont les prescriptions n'ont pas été comptabilisées dans l'étude KAP.

La prévalence du HIV en milieu carcéral est élevée, et la Suisse ne fait pas exception: cette prévalence est de 11% en 1987 dans une étude portant sur cinq prisons bernoises (57). En 1994-1996 aux Etats-Unis, la prévalence du HIV est six fois plus élevée dans la population carcérale que dans la population libre (4). En 1992, les chiffres impressionnants de prévalence du HIV parmi les prisonniers sont de 20,3%, 25% et 30% en Italie, en Espagne et au Brésil respectivement (8).

Pourquoi dès lors les produits antirétroviraux sont-ils si peu représentés à Champ-Dollon? L'explication découle du fait que le dépistage à l'admission dans la prison n'est pas proposé systématiquement aux prévenus par les médecins eux-mêmes. Il s'agit d'une attitude délibérée qui doit se comprendre en fonction de la vocation même de la prison (détention préventive).

Comme on l'a vu, le séjour à Champ-Dollon est le plus souvent très court et empreint d'une angoisse intense pour le détenu qui, par définition, n'est pas encore fixé sur le sort que lui réserve la justice. On considère donc qu'il ne s'agit ni d'un lieu ni d'un moment propices à l'annonce d'un diagnostic qui accroîtrait inévitablement angoisse et dépression. Un tel état d'esprit chez le patient, ajouté à une relation patient-médecin dont la durée est imprévisible et le plus souvent très courte ne constitue pas une base thérapeutique suffisamment solide pour être satisfaisante. On préfère donc surseoir à un examen dont les conséquences pour le patient seraient très lourdes en cas de résultat positif, et dont les conséquences thérapeutiques seraient limitées. De ce fait, le service médical n'endosse pas un rôle de dépistage qui n'est pas sa vocation première. Il va de soi que le propos serait différent dans un établissement d'application des peines, où il deviendrait alors injuste et sans doute contraire à l'éthique médicale de refuser de pratiquer le dépistage d'une maladie dont le pronostic est amélioré par le traitement.

En conséquence directe de ce qui précède, tous les traitements antirétroviraux à Champ-Dollon sont des traitements reconduits.

## **Vitamines**

Les vitamines sont peu prescrites à Champ-Dollon, puisqu'elles ne représentent que 1,1% du total des premières consultations. Elles le sont un peu plus fréquemment à la PMG, tout en restant très modestement représentées (3.9%).

Mise à part la prescription de rigueur accompagnant une médication antituberculeuse, on peut mettre en évidence une association avec la dépendance à l'alcool. Dans ce dernier cas, il s'agit de la prescription de thiamine, dont la carence est très fréquente chez les personnes présentant une consommation d'alcool excessive, et dont la substitution chez ces mêmes personnes s'exerce pratiquement automatiquement lors d'un sevrage forcé, par exemple à l'occasion

d'un hospitalisation, dans le double but de restaurer le stock de thiamine et de prévenir les affections dues à la carence, notamment l'encéphalopathie de Wernicke.

Cette mesure, unanimement approuvée à l'hôpital, ne semble donc pas s'appliquer à Champ-Dollon. Pourtant, l'incarcération constitue une rupture totale et brusque de la consommation alcoolique car, selon Koller (54), 11% des détenus présentent une dépendance à l'alcool. Si à peine 1% de la population carcérale bénéficie donc de ce traitement, simple et bien toléré au demeurant, c'est qu'il existe des obstacles à la prescription.

Sans prétendre donner une réponse définitive, nous pouvons cependant tenter d'avancer quelques éléments permettant de mieux comprendre le phénomène.

Le dépistage de l'alcoolisme est une chose difficile, exigeant du médecin de l'expérience, du savoir-faire, et l'obtention d'une bonne relation thérapeutique avec le patient. Il repose essentiellement sur l'anamnèse dirigée (par exemple avec le questionnaire CAGE) et l'examen clinique, et par conséquent réclame du temps. On peut se demander si le médecin de prison, confronté comme on l'a vu à de multiples plaintes et problèmes, sera encore disponible pour consacrer de l'énergie à essayer de dépister une affection non seulement muette, mais que le patient cherchera souvent à cacher ou à minimiser.

Dans ce cas, plus encore sans doute que dans beaucoup d'autres, le vieil adage médical qui affirme que, pour diagnostiquer une maladie, il faut avant tout y penser, s'applique. Le médecin de prison a-t-il envie de penser à rechercher une maladie dont la prise en charge se fait sur le long terme, souvent de façon multidisciplinaire et avec un engagement de services sociaux, dont le résultat est souvent décevant tant les rechutes sont nombreuses? Posée de telle façon et juxtaposée à la faible prescription de substitution vitaminique dont nous parlons, la question amène malheureusement à une réponse négative.

Cependant, la difficulté du diagnostic de certitude, le déni de la part du patient et la faible efficacité pressentie de poser le diagnostic d'alcoolisme ne constituent pas une justification suffisante pour renoncer à dépister systématiquement l'alcoolisme lors de l'incarcération dans une prison préventive. En effet, la privation brusque de liberté expose le patient à un sevrage d'alcool aussi radical qu'involontaire. Il est donc du devoir du corps médical pénitentiaire de dépister les patients présentant une dépendance à l'alcool et de les substituer en vitamines (en adjonction bien évidemment avec certains neuroleptiques ou benzodiazépines) afin que la mesure judiciaire n'entraîne pas directement des conséquences médicales graves. Le dépistage de l'alcoolisme ne doit donc pas s'effectuer en prison dans la même intention qu'en médecine générale en ville, mais dans un premier temps au moins, comme une réelle mesure d'urgence. Il faut préciser toutefois que l'on manque complètement d'informations quantitatives sur le taux de complications lié à un sevrage d'alcool en prison.

## **Traitements ORL**

A raison de 0,8% des prescriptions à Champ-Dollon contre 5,2% à la PMG (âge des patients <40), les médicaments ORL sont moins fréquemment prescrits en prison. Ils y sont prescrits pour des affections banales du nez et des sinus (rhume, rhinite allergique et sinusite chronique), et sont un nouveau traitement dans 75% des cas.

Une variation saisonnière ne peut expliquer la différence mentionnée, car les données ont été récoltées à Champ-Dollon et à la PMG à la même époque de l'année, c'est-à-dire à la fin du printemps. Le Contac Rhume® (décongestionnant nasal) et le Triomer® (sérum physiologique) figurent sur la liste des médicaments de la prison délivrables sans ordonnance médicale, tout comme dans le commerce du monde libre.

On peut donc penser qu'un biais introduit par le non-libre accès au médicament est peu probable ou du moins négligeable. Une affection ORL banale représente un excellent prétexte de consultation pour le patient qui en réalité souffre d'un autre problème qui lui tient beaucoup plus à coeur, souffrance psychique réactionnelle à l'enfermement par exemple. Il est dès lors étonnant que les médicaments ORL ne soient pas prescrits plus souvent aux détenus de Champ-Dollon, car même si le motif de consultation premier n'est qu'un prétexte, il n'est pas rare que le médecin y réponde tout de même par une prescription adaptée pour initier une relation thérapeutique et lui donner une chance de se prolonger dans l'avenir.

La prescription relativement faible de médicaments ORL reste donc inexplicable, et des études ultérieures semblables à la nôtre montreront peut-être s'il s'agit d'une tendance qui existe réellement à Champ-Dollon ou d'une simple coïncidence.

### **Spasmolytiques digestifs**

La prescription de spasmolytiques digestifs aux patients âgés de moins de 40 ans est sensiblement la même à Champ-Dollon (2,5%) qu'à la PMG (3,7%).

Ce faible taux de prescription est difficilement explicable. Il l'est à vrai dire d'autant moins qu'aucun spasmolytique digestif ne se trouve dans la liste des médicaments délivrable sans ordre médical de Champ-Dollon, et qu'on peut s'en procurer sans ordonnance en liberté. Chaque administration de spasmolytiques digestifs doit donc faire l'objet d'une prescription médicale à Champ-Dollon, et le pourcentage de prescriptions devrait donc logiquement être artificiellement supérieur en prison qu'en liberté. Si l'on ajoute à cela que la prison préventive est un haut lieu de stress qui favorise les douleurs abdominales de type fonctionnel, on a encore plus de peine à comprendre que cette catégorie de médicaments soit si peu représentée à Champ-Dollon.

Deux hypothèses peuvent être envisagées cependant.

Premièrement, la clientèle de la policlinique de médecine se compose pour une bonne part de patients requérants d'asile, souvent victimes d'un syndrome de stress post traumatique non identifié, et qui vivent dans une quasi-complète insécurité quant à leur avenir, deux conditions qui se traduisent volontiers par des syndromes abdominaux douloureux. Il se pourrait donc que le chiffre de la PMG soit plus élevé que celui de la clientèle habituelle des praticiens installés en ville.

Deuxièmement, bien que les douleurs abdominales soient un motif de consultation "prétexte" habituel, peut-être le médecin va-t-il choisir de traiter d'emblée la cause et non pas les effets, en d'autres termes de proposer dès la première consultation un traitement anxiolytique. Une telle démarche est certainement moins courante en médecine du monde libre, où le médecin

préfère ne pas “psychiatriser” de prime abord les symptômes somatiques du patient, de crainte de perdre sa confiance et donc de mettre fin prématurément à leur relation thérapeutique. Il sera plus facile pour le médecin de prison de faire admettre au patient une relation entre ses symptômes et un événement déclenchant (l’incarcération) que pour le médecin installé.

### **Antihémorroïdaires et vasoprotecteurs**

Ces médicaments sont également moins prescrits à Champ-Dollon (0.8%) qu’à la PMG (2,6%).

Ici aussi, une nouvelle récolte de données pourrait nous indiquer s’il s’agit d’une différence qui se retrouve au fil des années, ou s’il ne s’agit que d’une différence fortuite.

## **Antidiabétiques**

Aucun antidiabétique n'est prescrit à Champ-Dollon aux patients de moins de 40 ans. Il faut voir ici le reflet de la prévalence de cette maladie, qui est très faible dans cette tranche d'âge, pour ce qui concerne bien entendu le diabète de type II.

Le traitement antidiabétique administré à des patients plus âgés est un traitement reconduit, puisqu'on ne pratique pas de glycémie systématique d'entrée et que, par conséquent, le traitement instauré repose uniquement sur l'anamnèse. Notons au passage qu'il n'existe pas de régime diabétique à proprement parler à Champ-Dollon, mais que le médecin peut donner au patient diabétique une feuille d'instruction contenant des équivalents caloriques qui peuvent aider le patient à faire son choix parmi les aliments de son plateau-repas.

## **Antimycobactéries**

Les antituberculeux ne représentent que 0,2% du total des prescriptions de Champ-Dollon, pourcentage qui ne s'élève pour ainsi dire pas si l'on ne s'intéresse qu'aux patients de moins de 40 ans (0,4%). Les antituberculeux sont davantage prescrits à la PMG (0,7%), mais ce taux de prescription reste faible.

Ces résultats sont surprenants si l'on considère que la population carcérale est en majorité issue d'un milieu socio-économique défavorisé, où il a été montré que l'incidence de la tuberculose est en augmentation, et que cette population comporte beaucoup d'étrangers en provenance de pays où la prévalence de la tuberculose est élevée. De plus, un dépistage systématique de la tuberculose est effectué à l'entrée en prison au moyen d'un test tuberculinique de Mantoux.

On s'attendrait donc à ce qu'un dépistage systématique de la tuberculose dans une population réputée présenter une prévalence augmentée par rapport à la population générale (par ailleurs, il n'est pas exclu que la prévalence de la tuberculose dans la population consultant la Polyclinique de médecine ne soit pas très différente de celle de la prison de Champ-Dollon, étant donné l'origine géographique et socio-économique des patients de la Polyclinique de médecine) aboutisse à un taux plus élevé de diagnostics positifs et, partant, à un taux plus élevé de traitement. Deux explications sont possibles à ce faible taux de prescription de traitement antituberculeux: la première, et la principale, est que chez les patients dont la maladie a été dépistée par Mantoux, très peu de cas de tuberculose sont réellement mis en évidence (Dresse Ritter, document interne). Il y aura donc une certaine réticence à instaurer un traitement prophylactique face à des signes indirects d'infection (test de Mantoux positif) chez une personne âgée de moins de 35 ans. Tous les cas de maladie tuberculeuse (bacille de Koch dans les expectorations) sont néanmoins traités. La seconde explication est que le temps nécessaire à poser le diagnostic sur la base du Mantoux, de la radiographie du thorax et de la récolte d'expectorations est de plusieurs jours, alors que la durée d'incarcération est généralement inférieure à six jours. Le traitement en cas de maladie tuberculeuse pulmonaire est donc certainement très souvent initié "hors les murs", soit dans les établissements d'accomplissement de peine, soit en liberté.

## **Hypolipémiants**

On peut faire à propos des hypolipémiants, qui ne sont pas prescrits aux patients de moins de 39 ans, les mêmes remarques qu'à propos des antidiabétiques.

## **Vaccins**

Aucun vaccin n'a été administré à Champ-Dollon pendant la période de l'étude.

Etant donné la forte proportion de patients toxicomanes, on pourrait penser qu'un programme de vaccination contre l'hépatite B pourrait trouver à Champ-Dollon un terrain propice. Si l'idée est séduisante en théorie, elle se heurte néanmoins à plusieurs écueils de taille en pratique.

Premièrement, il faudrait faire admettre l'utilité du vaccin à un patient qui risque bien de trouver la proposition du médecin particulièrement déplacée, car ne répondant pas à ses besoins immédiats et le confrontant de plus au caractère dangereux d'une toxicomanie intraveineuse, lui qui se trouve déjà dans une situation dangereuse, c'est-à-dire l'incarcération.

Deuxièmement, la lenteur de la procédure de vaccination est difficilement conciliable avec la brièveté de l'incarcération de la plupart des détenus: lors d'une première consultation, il faudrait prélever du sang pour s'assurer de la séronégativité du patient puis, lors d'une deuxième consultation, pratiquer la première injection de vaccin qui devra être suivie à un et six mois des deuxième et troisième injections. Après ces injections, il conviendra encore de s'assurer que le taux d'anticorps obtenu est suffisant. Cette procédure nécessite donc un suivi de plusieurs mois, durée d'incarcération rare à Champ-Dollon.

Il ressort de tout cela que, malgré le fait que le médecin de prison soit mis en contact avec de nombreux toxicomanes qui pourraient bénéficier d'une protection contre l'hépatite B, la prison préventive n'est pas un lieu adéquat pour initier un tel programme de vaccination.

## **Phytothérapie et tisanes**

Les tisanes et autres traitements phytothérapeutiques ne sont pas prescrits à Champ-Dollon durant les trois semaines de l'étude, ce qui est un reflet du très faible taux de prescription habituel. On peut effectivement se demander s'ils constituent une réponse adéquate au stress intense qu'éprouve le patient lors de l'incarcération préventive.

## **Placebo**

Aucun placebo n'est prescrit à Champ-Dollon, cela dans une volonté de garantir une relation de confiance entre le patient et le médecin. Il est à relever que le médecin, souvent réticent à prescrire un traitement multiple réclamé avec insistance par le patient (psychotropes), ne "profite" donc pas du fait que les comprimés sont distribués hors de leur emballage d'origine, ce qui les rend difficilement reconnaissables par les détenus. Enfin, à la PMG, un placebo n'est prescrit que lors d'une seule consultation.

## 14. Conclusion

Nous voici parvenus au terme de l'analyse de la prescription de médicaments non-psychotropes à la prison préventive de Champ-Dollon. Précisons qu'aucune étude similaire n'a été pratiquée récemment en Suisse ou en Europe à notre connaissance. Les résultats ont donc été confrontés à une étude similaire pratiquée simultanément dans le même canton, mais avec des patients libres, et ont été discutés en échauffant des hypothèses qui demandent à être infirmées ou confirmées à l'avenir.

Notre étude se veut effectivement avant tout un point de départ pour d'autres études ultérieures concernant la prescription médicamenteuse en prison. Les points faibles de notre étude sont un temps de récolte des données limité à trois semaines, et dans certains groupes de médicaments, une taille trop faible des échantillons ne nous permettant pas d'obtenir des résultats statistiquement significatifs. Même s'il est regrettable, comme mentionné à de nombreuses reprises dans l'analyse des résultats, que la récolte de données ait été effectuée sur une période de temps trop courte pour plusieurs médicaments, la prescription d'autres médicaments a pu être correctement analysée. L'étude étant appelée à se répéter sous une forme ou une autre, nous prévoyons une récolte de données sur une période plus longue. La courte période de la récolte de données n'a pas seulement influencé négativement le collectif de prescription analysé, mais a aussi pu introduire un biais de variation saisonnière pour certains médicaments (par exemple AINS, paracétamol, antibiotiques). Cependant, la comparaison principale de la prescription s'étant effectuée avec la prescription à la PMG elle-même réalisée simultanément à celle de Champ-Dollon, l'élément de variation saisonnière n'est pas déterminant dans notre étude.

Un autre point faible du présent travail est de savoir si la population carcérale et la population de la PMG sont réellement comparables, ou les comparaisons interprétables. La question de savoir quelle population représente un groupe contrôle valide en regard d'une population carcérale est délicate et ne trouve pas de réponse univoque. Si notre groupe contrôle avait été sélectionné dans la population générale, on aurait pu argumenter que les différences observées entre les deux groupes pourraient être imputables aux différences de statut socio-économique, et non au statut de prisonnier. Cette critique reste valable, mais dans une moindre mesure, puisque nous comparé deux groupes représentant une catégorie sociale à faible niveau socio-

économique, vivant de surcroît dans le même secteur. Nous considérons donc que le groupe contrôle que nous avons choisi renforce la validité de notre étude.

Les points suivants nous semblent cependant pouvoir être tenus pour acquis, et nous en faisons donc un court résumé.

Tout d'abord, le principe d'équivalence défini par le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants, qui veut que les soins offerts aux prisonniers soient équivalents aux soins prodigués aux personnes libres, semble respecté à la prison de Champ-Dollon pour la majorité des médicaments non-psychotropes, que l'on examine leur prescription sous l'angle de la quantité, des indications thérapeutiques, ou des formes galéniques. La variété de substances d'une même classe, pour une même affection, est moindre à la prison de Champ-Dollon qu'à la PMG (particulièrement en ce qui concerne le traitement des lombalgies), ce qui ne signifie pas que l'efficacité soit moins bonne, mais découle directement du nombre de médecins prescripteurs, qui est moindre à la prison, et aussi de la recommandation qui leur est faite d'utiliser les médicaments disponibles à la pharmacie du service médical.

Les analgésiques sont les médicaments somatiques les plus prescrits à Champ-Dollon, AINS en tête. Cependant, leur prescription n'est, contrairement à une idée reçue, pas plus importante que dans le monde libre, et aucune association entre toxicomanie et prescription d'analgésiques n'a pu être mise en évidence dans notre étude.

Les patients vivant en couple reçoivent significativement moins de médicaments que les patients vivant seuls.

Les patients suisses reçoivent en moyenne davantage de médicaments que les patients étrangers. Il s'agit ici d'un biais, 56% des patients suisses présentant une toxicodépendance (associée à un plus haut taux de prescription) contre 27,5% des patients étrangers. De même, les patients âgés de plus de 40 ans et les patients toxicomanes reçoivent en moyenne davantage de médicaments que les patients étrangers.

Le traitement des lombalgies aiguës à Champ-Dollon repose exclusivement sur les AINS ce qui, du strict point de vue de la médecine fondée sur des preuves, est correct, mais est en divergence par rapport à la pratique courante à la PMG qui veut que l'on prescrive également des myorelaxants.

Le tramadol, malgré son excellente action antalgique, n'est pour ainsi dire pas prescrit à Champ-Dollon, en raison de la crainte du médecin prescripteur de le voir détourné de son utilité première au vu de sa parenté avec les dérivés morphiniques.

La moitié des prescriptions de médicaments à visée cardiologique se fait selon le mode non-stop, c'est-à-dire de façon ininterrompue jusqu'à nouvel ordre médical. Il s'agit d'une exception parmi les médicaments non psychotropes, et la cardiologie n'est certainement pas la spécialité médicale pour laquelle ce mode de prescription est le plus approprié. Il semble au contraire plus judicieux d'effectuer des prescriptions de courte durée et de réévaluer régulièrement l'efficacité d'un et l'indication à un tel traitement.

Les laxatifs commencent à être prescrits durant les deuxième et troisième mois. On peut voir dans l'apparition tardive de cette constipation le reflet d'un régime pauvre en fibres et d'un manque d'activité physique. Il semble donc qu'un effort supplémentaire pourrait être consenti pour améliorer l'hygiène, pour reprendre un terme cher à Louis-André Gosse que nous citons au début de notre étude, quant à ces deux points en tout cas, à la prison de Champ-Dollon.

Les médicaments anti-HIV ne sont pas prescrits à la prison de Champ-Dollon en tant que traitement introduit après l'incarcération. Même si l'on possède suffisamment d'arguments dans la littérature pour affirmer que la prévalence de la séropositivité HIV est plus importante parmi la population carcérale que parmi la population libre, il faut voir dans cette absence de prescription d'antiviraux la volonté délibérée de ne pas dépister systématiquement à l'entrée dans la prison l'infection à HIV, pour les raisons que nous avons développées plus haut.

La thiamine n'est pratiquement pas prescrite à Champ-Dollon. Compte tenu de la haute prévalence de l'alcoolisme, ne serait-ce que dans la population générale, et du sevrage brusque et total que représente l'incarcération, il semble souhaitable de dépister plus efficacement l'alcoolisme chez les prisonniers de Champ-Dollon, afin de pouvoir prescrire plus souvent cette substance bien tolérée qui peut éviter les complications dues au sevrage. Depuis 2000, des efforts allant dans le sens d'un plus grand dépistage de la dépendance à l'alcool, et une antenne spécialisée en alcoologie ont été introduits à Champ-Dollon.

Les antituberculeux sont peu prescrits à Champ-Dollon, qui pourtant compte une population plus exposée à la tuberculose que la population générale. Considérant la faible spécificité du test de Mantoux isolé pratiqué systématiquement à l'entrée de la prison pour diagnostiquer une maladie tuberculeuse, le taux de prescription des antituberculeux apparemment faible est à corrélérer avec la réticence bien compréhensible de commencer un traitement prophylactique

dans une prison préventive versus plus tard quand la situation du patient est plus stable (en liberté ou après le jugement) face à des signes indirects d'infection (Mantoux positif) chez une personne âgée de moins de 35 ans.

## **Bibliographie**

1. Statistiques et données techniques internes de la prison de Champ-Dollon.
2. Montandon C. Louis-André Gosse et la médecine pénitenciaire. *Gesnerus* 1997;34:98-112.
3. Harding TW. Do prisons need special health policies and programmes? *The International Journal of Drug Policy* 1997;8(1):22-30.
4. Hazel D. Epidemiology of AIDS in incarcerated persons in the United States, 1994-1996. *AIDS* 1999;13:2429-35.
5. Reyes H. Pitfalls of tuberculosis programmes in prisons. *British Medical Journal* 1997;315:1447-50.
6. Editorial. Health care for prisoners: implications of Kalk's refusal. *Lancet* 1991;337:647-8.
7. Vasseur V. Médecin-chef à la prison de la santé. Le cherche-midi éditeur, Paris, 2000, p. 104.
8. Harding TW. Behind Bars: AIDS in prison. *WorldAIDS Briefing* 1992;19:8-11.
9. Bernheim J. Ethique en médecine pénitenciaire. *Médecine et Hygiène* 1991;49:2494-501.

10. Harding TW. Dépression en milieu carcéral. *Psychologie Médicale* 1984;16(5):835-9.
11. Antonini Revaz S. Evaluation of drug prescription in the primary care in Geneva in 1997. *Schweizerische Medizin Wochenschrift* 1999;129(49):1935-7.
12. Von Allmen M. Caractéristiques de la population des prévenus incarcérés à Champ-Dollon en 1983-84. Université de Genève, Institut de médecine légale, 1986.
13. Brochure d'information aux détenus. Prison de Champ-Dollon, 2000.
14. Zega L. Etude sur les décès à la prison genevoise de Champ-Dollon 1977-1992. Université de Genève, Institut de médecine légale, 1996. Thèse présentée à la Faculté de Médecine de l'Université de Genève pour l'obtention du grade de Docteur en médecine.
15. Druais P.-L. Du bon usage du médicament en médecine de ville. *La Presse Médicale* 2000;29(7):383-6.
16. Ungar WJ. The patient level cost of asthma in adults in south central Ontario. Pharmacy Medication Monitoring Program Advisory Board. *Canadian Respiratory Journal* 1998;5(6):463-71.
17. Weiss MC. Pressures on the general practitioner and decisions to prescribe. *Family Practice* 1996;13(5):432-8.
18. Roghmann MC. Adherence to asthma guidelines in general practices. *Journal of Asthma* 1999;36(4):381-7.
19. Rathores SS. Prescription medication use in older Americans: a national report card on prescribing. *Family Medicine* 1998;30(10):733-9.
20. Troein M. Guidelines and reported practice for the treatment of hypertension and hypercholesterolaemia. *Journal of Internal Medicine* 1997;242(2):173-8.

21. Aparasu RR. Inappropriate prescribing for elderly outpatients. *American Journal of Health System Pharmacology* 1999;56(5):433-9.
22. Bernardez M. A long-term pharmacoepidemiological study on drug dispensing by the pharmacy office in rural primary care. The influence of age and sex. *Aten Primaria* 1997;19(1):7-11.
23. Olesen C. Prescribing during pregnancy and lactation with reference to the Swedish classification system. A population-based study among Danish women. The Euromap Group. *Acta Obstetrics and Gynecology Scandinavian* 1999;78(8):686-92.
24. Melfi CA. Racial variation in antidepressant treatment in a Medicaid population. *Journal of Clinical Psychiatry* 2000;61(1):16-21.
25. Zito JM. Racial disparity in psychotropic medications prescribed for youths with Medicaid insurance in Maryland. *Journal of American Academy of Children and Adolescents Psychiatry* 1998;37(2):179-84.
26. Coste J. An epidemiologic approach to drug prescribing quality assessment: a study in primary care in France. *Medical Care* 1999;37(12):1294-307.
27. Lim KH. The prescribing pattern of outpatient polyclinic doctors. *Singapore Medical Journal* 1999;40(6):416-9.
28. Bouvenot G. French National Institute for observation of prescriptions and consumption of medicines. Prescription and consumption of antibiotics in ambulatory care. *Bulletin de l'Académie nationale médicale* 1999;183(3):601-9.
29. Gonzales R. Decreasing antibiotic use in ambulatory practice: impact of a multidimensional intervention on the treatment of uncomplicated acute bronchitis in adults. *JAMA* 1999;281(16):1512-9.

30. Kirking MH. Evaluation of unclaimed prescriptions in an ambulatory care pharmacy. *Hospital Pharmacology* 1993;28(2):90-1.
31. Lee JM. Helicobacter Pylori eradication therapy: a discrepancy between current guidelines and clinical practice. *European Journal of Gastroenterology and Hepatology* 2000;12(4):433-7.
32. Bijl D. Prescription changes and drug costs at the interface between primary and specialist care. *European Journal of Clinical Pharmacology* 1998;54(4):333-6.
33. Linden M. Specialty training and the personal use of benzodiazepines by physicians affect their proneness to prescribe tranquilizers. *Pharmacopsychiatry* 1998;31(2):42-7.
34. Schwartz MP. Which medicines do our patients want from us? *Journal of Family Practice* 2000;49(4):339-41.
35. Pradel FG. Physician over-the-counter drug prescribing patterns: an analysis of the National Ambulatory Medical Care Survey. *Annals of Pharmacotherapy* 1999;33(4):400-5.
36. Anderson JG. Computer-based ambulatory information systems: recent developments. *Journal of Ambulatory Care Management* 2000;23(2):53-63.
37. Zimmermann E. Consultations médicales et consommations médicamenteuses en cours de détention préventive à la prison de Champ-Dollon. *Médecine sociale et préventive* 1985;30:312-21.
38. Martin E. Comparison of medical care in prison and in general practice. *British Medical Journal* 1984;289(6450):967-9.
39. Reed J. The quality of health care in prison: results of a year's programme of semistructured inspections. *British Medical Journal* 1997;315(7120):1420-4.

40. Sommers I. Assessing the appropriateness of the prescription of psychiatric medications in prison. *Journal of Nervous and Mental Disease* 1991;179(5):267-73.
41. Jaeger M, Monceau M. La consommation des médicaments psychotropes en prison. Editions Erès, Ramouville Saint-Ague, 1996.
42. Eichenberger G. Traitement des patients drogués incarcérés à la prison Saint-Antoine à Genève. *Bulletin de médecine légale, urgence médicale, centre anti-poisons*, 1976;19(4):269-76.
43. Gravier B. La prescription de méthadone dans les prisons: entre réalités et contraintes. *Médecine et Hygiène* 1999;57:2045-9.
44. Eichenberger G. Les médicaments en prison préventive. *Informations pénitentiaires suisses* 1978;102:81-92.
45. Vaughn M. Civil liability against prison officials for prescribing and dispensing medication and drugs to prison inmates. *Journal of Legal Medicine* 1997;18:315-44.
46. Truter I. Patterns of analgesic prescribing in a South African primary care setting. *Journal of Clinical Pharmacological Therapy* 1997;22(1):33-7.
47. Leufkens HG. Utilization patterns of non-steroidal anti-inflammatory drugs in an open Dutch population. *Pharmacology Weekblatt Science* 1990;12(3):97-103.
48. Elkharrat D. Etude prospective de la prescription d'anti-inflammatoires non stéroïdiens dans un service médical d'accueil d'un hôpital universitaire. Influence du prescripteur. *Revue de médecine interne* 1993;14(10):951.
49. Ahonen R. A 1-year follow-up of prescribing patterns of analgesics in primary health care. *Journal of Clinical Pharmacological Therapy* 1992;17(1):43-17.

50. Graham DY. Prevention of NSAID induced gastric ulcer with misoprostol: Multicenter double-blind, placebo-controlled trial. *Lancet* 1998;2:1277-80.
51. Koyuncuoglu H. The combination of tizanidine markedly improves the treatment with dextrometorphan of heroin addicted outpatients. *Internal Journal of Clinical Pharmacological Therapy* 1995;33(1):13-9.
52. Sos I. Tizanidine in the treatment of acute withdrawal symptoms in heroin dependent patients. *Orv Hetil* 2000;141(15):783-6.
53. Olubodun J. Prison life and the blood pressure of the inmates of a developing community prison. *Journal of Human Hypertension* 1996;10(4):235-8.
54. Koller C. La santé des détenus dans les prisons suisses en 1993. Office fédéral de la statistique, 14 Santé, Berne, 1998.
55. Martin RM. Trends in prescribing H2-receptor antagonists and proton pump inhibitors in primary care. *Alimentary Pharmacological Therapy* 1998;12(8):797-805.
56. Roberts SJ. Prescribing of antacids and ulcer-healing drugs in primary care in the north of England. *Alimentary Pharmacological Therapy* 1995;9(2):137-43.
57. Harding TW. AIDS in prison. *Lancet* 1987;2(8570):1260-3.
58. Elger BS, Goehring C, Antonini Revaz S, Morabia A. Prescription of hypnotics and tranquillisers at the Geneva prison's outpatient service in comparison to a an urban outpatient medical service. *Soz.-Präventivmed.* 2002;47:001-5.
59. Council of Europe (1993a). CPT: third annual general report. Chapter 3. Strasbourg: Council of Europe.
60. Clavel F, Benhamou S. Decreased mortality among male prisoners. *Lancet* 1987;2(8566):1012-4.

